

SUPSI

DSA e ADHD

L'apprendimento, il benessere scolastico
e il bisogno educativo speciale



DSA e ADHD

L'apprendimento, il benessere scolastico
e il bisogno educativo speciale

Collana *Atti e Saggi*, volume 1,
DSA e ADHD: l'apprendimento, il benessere scolastico e il bisogno educativo speciale.

Editore

Dipartimento formazione e apprendimento - DFA, Locarno
Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana - SUPSI
www.supsi.ch/dfa

Curatori

Michele Mainardi e Sara Giulivi, Centro competenze bisogni educativi, scuola e società, DFA-SUPSI

Autori

Verena Cavadini, Giuseppe Foderaro, Vera Galli, Giulia Lampugnani, Daniele Lucchini,
Michele Mainardi, Cristiano Termine

Coordinamento progetto editoriale ed editing

Claudia Di Lecce, Servizio risorse didattiche e scientifiche, comunicazione ed eventi, DFA-SUPSI

Progetto grafico e impaginazione

Adamo Citraro, Servizio risorse didattiche e scientifiche, comunicazione ed eventi, DFA-SUPSI

Locarno, ottobre 2022

ISSN 2813-3579 (print)

ISSN 2813-3587 (online)

ISBN 978-88-85585-85-0 (print)

ISBN 978-88-85585-88-1 (online PDF)

Il volume nasce da un progetto del

Centro competenze bisogni educativi, scuola e società, DFA-SUPSI. La monografia raccoglie e integra gli interventi presentati nel Convegno *DSA e ADHD Benessere scolastico e qualità di vita* svoltosi presso il DFA-SUPSI di Locarno l'1 e il 2 ottobre del 2021 con ulteriori contributi originali.

Per la citazione: Michele Mainardi & Sara Giulivi (a cura di) (2022). *DSA e ADHD: l'apprendimento, il benessere scolastico e il bisogno educativo speciale*. Dipartimento formazione e apprendimento, SUPSI.

DSA e ADHD: l'apprendimento, il benessere scolastico e il bisogno educativo speciale.

di Mainardi M. & Giulivi S. (a cura di)

è distribuito con Licenza Creative Commons

Attribuzione - Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale



Sommario

Introduzione	5
<i>Michele Mainardi e Sara Giulivi</i>	
I. Dal concetto di deficit a quello di bisogno educativo speciale: sguardi e attenzioni non per forza convergenti	11
<i>Michele Mainardi</i>	
II. Disturbi specifici dell'apprendimento e dell'autoregolazione. Le caratteristiche essenziali dei DSA e dell'ADHD	27
<i>Giuseppe Foderaro</i>	
III. Linee guida e direttive: un esempio di obiettivi e di applicazioni in Ticino ...	45
<i>Verena Cavadini</i>	
IV. La scuola media di fronte ad allievi con deficit dell'attenzione, impulsività, iperattività: un quadro... variegato	51
<i>Daniele Lucchini</i>	
V. Studio ma non ricordo... come mai?	65
<i>Cristiano Termine e Vera Galli</i>	
VI. L'insegnante nel vissuto dello studente con DSA: fattore di protezione e mediatore della disclosure	77
<i>Giulia Lampugnani</i>	

Introduzione

La monografia è il frutto di un lavoro collettaneo nato dall'incontro fra discipline, persone e interessi distinti, con preoccupazioni e visioni restituite secondo prospettive diverse, ma con attenzioni analoghe, da un lato verso le problematiche associate alla presenza di disturbi neuroevolutivi dello sviluppo, dall'altro verso la qualità della scolarità e della vita di ragazze e ragazzi¹ nella scuola dell'obbligo o del postobbligo. Un incontro di reciproco scambio prefigurato dapprima nelle intenzioni di Dunja Torroni, Roberta Zariatti, Laura Rusconi, Sara Giulivi e Michele Mainardi e concretizzatosi poi nel *Convegno DSA e ADHD Benessere scolastico e qualità di vita* realizzato a Locarno con accesso anche da remoto presso l'aula Magna del Dipartimento formazione apprendimento (DFA) della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI), l'1 e il 2 ottobre del 2021. Il Convegno è stato organizzato dal Centro competenze bisogni educativi Scuola e Società (BESS) del DFA e dall'Associazione DSA ADHD Ticino (ADAT) con il sostegno dell'Istituto pediatrico della Svizzera italiana dell'Ente Ospedaliero cantonale (EOC), del Servizio Gender & Diversity della SUPSI, del Servizio Pari opportunità dell'Università della Svizzera italiana (USI), della Scuola universitaria federale per la formazione professionale (SUFFP) e del Dipartimento dell'Educazione della cultura e dello sport del cantone Ticino (DECS).

1. La monografia

Il volume include articoli originali ripresi dagli interventi al convegno *DSA e ADHD Benessere scolastico e qualità di vita* sopra citato e accoglie uno studio recente sul vissuto fortemente legato alle tematiche affrontate negli altri contributi.

1. Laddove per questioni di leggibilità si è rinunciato a una distinzione, il genere maschile è da considerarsi come epiceno ossia a valenza sia femminile che maschile.

I contributi si presentano vari per natura, taglio, estensione, punti di vista, accenti e stimoli. Tale eterogeneità riflette fra le altre cose anche quella dei profili, dei ruoli, delle professioni dei singoli autori presenti in questa monografia e delle diverse prospettive con cui essi si pongono di fronte al tema dei disturbi del neurosviluppo. Ogni contributo rispecchia riferimenti, studi, costatazioni empiriche o vissuti personali che risuonano fra loro in modo diverso ma complementare nell'interesse rivolto agli allievi, al loro benessere e alla qualità delle attenzioni che la scuola dedica ai bisogni educativi di ognuno.

La monografia si apre con il contributo di Michele Mainardi, che ripercorre, anche in chiave cronologica, il passaggio dal concetto di deficit a quello di bisogno educativo speciale, e sottolinea l'importanza di operare un cambio di paradigma che dall'eccezionalità delle attenzioni rivolte a chi ha un bisogno speciale, muove verso una dimensione di accessibilità universale, in cui le "attenzioni speciali" diventano "normali", entro i diversi contesti di vita dell'individuo, in una prospettiva realmente orientata alle pari opportunità.

Segue il testo di Giuseppe Foderaro, che offre una panoramica, essenziale per insegnanti e altri operatori e professionisti attivi nella scuola, sulle caratteristiche dei disturbi specifici dell'apprendimento (dislessia, disortografia, disgrafia, discalculia; DSA) e del disturbo da deficit di attenzione/iperattività (in inglese *attention-deficit/hyperactivity disorder*, ADHD); il contributo descrive la natura e le principali manifestazioni di tali disturbi, mette in luce gli aspetti ad essi comuni (per es. l'origine neurobiologica, il carattere specifico ed evolutivo, la prevalenza, la tendenza alla comorbidità, ecc.) per poi soffermarsi sul loro evolversi nel corso della crescita dell'individuo.

Il contributo di Verena Cavadini presenta poi, a titolo di esempio e di riferimento contestuale, una panoramica sulle direttive emesse dal Dipartimento dell'educazione della cultura e dello sport del Canton Ticino in merito al DSA, sui criteri diagnostici e sulle linee guida cantonali per la valutazione del disturbo.

Il testo di Daniele Lucchini porta l'attenzione sul contesto della scuola media - da un osservatorio privilegiato, quello del Servizio di sostegno pedagogico (per il contesto scolastico ticinese) - e sulla necessità di migliorare il quadro normativo legato alla presa a carico degli allievi con ADHD, che appare carente ai suoi occhi rispetto a quello relativo ai DSA. L'autore sottolinea l'importanza di lavorare affinché bambini e ragazzi con ADHD possano beneficiare di misure adeguate di supporto agli apprendimenti e al benessere scolastico, nonché di

una diffusa progettualità didattica mirata e realmente inclusiva.

Su queste premesse s'inserisce l'approfondimento tematico di Cristiano Termine e Vera Galli: *Studio ma non ricordo... come mai?*. Gli autori si soffermano sulle caratteristiche dei diversi tipi di memoria e sulle abilità mnestiche, con un approfondimento sulla relazione tra memoria di lavoro, attenzione e apprendimento.

Termine e Galli sottolineano come il disturbo primario del linguaggio (DPL), i DSA e l'ADHD siano alcune tra le condizioni cliniche caratterizzate da deficit nelle componenti della memoria o nelle funzioni esecutive; si soffermano sull'importanza di una diagnosi accurata che, come tale, non può prescindere da un'adeguata valutazione delle abilità mnestiche. Gli autori concludono sottolineando la relazione tra una diagnosi specifica e accurata, e le possibilità per il contesto scuola di avere a disposizione le informazioni necessarie per la messa a punto di un adeguato piano didattico personalizzato per gli allievi in difficoltà.

Il contributo conclusivo di Giulia Lampugnani mette il focus sui DSA, che nelle loro ricadute scolastiche e socioemotive tratta, in linea con il modello sociale della disabilità, come profondamente legati al contesto in cui l'individuo si trova a vivere e ad agire. L'autrice descrive uno studio da lei condotto in Italia su adolescenti con DSA volto a indagare il loro vissuto in relazione a tali disturbi. Lo studio approfondisce anche la relazione tra allievo e insegnante, ed evidenzia l'importanza di quest'ultimo come facilitatore e mediatore dell'esperienza individuale e collettiva in classe e in sede: un'interfaccia reale o potenziale rispetto a una positiva presa di consapevolezza e condivisione, con l'allievo e con la classe, della presenza del disturbo e delle sue caratteristiche.

2. Presentazione

La monografia tratta i DSA e l'ADHD in modo variegato grazie a contributi che sottolineano in forma univoca una serie di aspetti centrali dell'essere e del sentirsi allievo o allieva con bisogni educativi speciali: aspetti centrali sia per l'allievo che per i docenti e i familiari.

Lo fa innanzitutto considerando l'importanza di acquisire adeguate conoscenze sulla natura, sulle manifestazioni e sulle conseguenze psicoemotive di tali disturbi. Chi sceglie il mestiere di insegnante, ad esempio, ha la responsabilità e il dovere di integrare nella propria "cassetta degli attrezzi" quegli strumenti che possono o potranno consentirgli da un lato di ricono-

scere la possibile presenza di un disturbo, dall'altro di agire a sostegno degli apprendimenti, con strategie didattiche mirate e consapevoli, ogni volta che un allievo manifesta una difficoltà e indipendentemente dalla presenza o meno di un'etichetta diagnostica. L'importanza di tali conoscenze concerne anche l'allievo, i suoi compagni e i suoi familiari, cioè tutte quelle persone che in un modo o nell'altro, con i docenti, agiscono o reagiscono fra loro dentro e fuori l'aula di classe sui vissuti scolastici di ognuno.

Fondamentale è acquisire consapevolezza dell'alta frequenza con cui DSA e ADHD compaiono in comorbidità. L'associazione tra due o più disturbi è infatti tutt'altro che eccezionale. L'insegnante informato saprà dunque che il profilo di un allievo con diagnosi, ad esempio, di discalculia, potrà includere caratteristiche generalmente associate all'etichetta diagnostica di un altro DSA, e magari difficoltà di attenzione e autoregolazione.

Altrettanto importante, per chi opera nella scuola, è rendersi conto della grande variabilità che caratterizza gli allievi con DSA e ADHD. Una dislessia non è mai uguale a un'altra, né è mai uguale a se stessa nel tempo; lo stesso vale per un deficit di attenzione e/o per l'iperattività. Il disturbo cambierà, evolverà con il processo di crescita della persona e in relazione all'ambiente che la scuola e la famiglia sapranno creare per lui o per lei. In effetti, questo è primariamente il compito di un insegnante: creare per i propri allievi, tutti, indipendentemente dalle loro caratteristiche, un ambiente accogliente, attento ai punti forza di ciascuno, aperto alla ricerca continua e creativa di strategie didattiche innovative, orientato al piacere della scoperta, dunque favorevole all'apprendimento, alla crescita personale, al benessere dell'allievo. Per farlo, servono conoscenze adeguate sulla varietà di profili che possono far parte di una classe e, alla luce di quelle conoscenze, saper osservare.

Come si sottolinea nel primo contributo della monografia, tutto dipende dalla qualità dello sguardo che rivolgiamo alle cose e, soprattutto, dalla disponibilità o dalla propensione a riconsiderare continuamente quello sguardo, soprattutto se l'oggetto a cui si rivolge sono bambini e ragazzi, individui in età evolutiva impegnati nella costruzione del proprio sé.

Qual è, in fondo, il compito ultimo della scuola se non quello di garantire a tutti la possibilità di trarre il massimo dagli anni dedicati alla scolarizzazione, di raggiungere ed esprimere il proprio massimo potenziale, e di poter disporre, più a lungo possibile, della più ampia libertà di scelta per il proprio futuro accademico, professionale, di vita?

100

20

I. Dal concetto di deficit a quello di bisogno educativo speciale: sguardi e attenzioni non per forza convergenti

Michele Mainardi

Prof. Pedagogia speciale e inclusiva. Centro competenze bisogni educativi scuola società, DFA-SUPSI.

michele.mainardi@supsi.ch

Abstract

Paradigmi, concezioni e stato delle conoscenze spontanee o scientifiche, ma anche la capacità, la possibilità e la disponibilità nel riconsiderare la pertinenza o la parzialità dello sguardo, prefigurano e orientano i modelli interpretativi e conoscitivi, le sensibilità, le attenzioni, le realizzazioni e le loro evoluzioni: quali i modelli più ricorrenti nella rappresentazione e nell'analisi scientifica dei fattori determinanti l'esistenza di bisogni educativi speciali? Quali i concetti e i principi alla base della loro identificazione e delle azioni che ne conseguono?

Le concezioni della condizione di bisogno, dei fenomeni d'interdipendenza o meno fra fattori individuali e contestuali, alimentano e definiscono le attenzioni di più professioni e non da ultimo incidono direttamente sulle principali argomentazioni, sui presupposti alla base di scelte pedagogico-didattiche o terapeutiche, in ambienti scolastici e non, entro situazioni di apprendimento e di insegnamento o cliniche più o meno attente all'equità e alla miglior qualità educativa e formativa per tutti.

Quello che si vede *guardando* dipende prevalentemente dal come si osserva una cosa, un sistema, un fenomeno e qualsiasi altro oggetto di studio: da quanto attira e/o guida lo sguardo.

Parole chiave

Bisogno educativo speciale, deficit, equità, handicap di situazione, accumulo di difficoltà, accessibilità.

1. Introduzione

Interrogarsi sul benessere scolastico e la qualità di vita degli allievi con DSA e ADHD significa anche interrogare i paradigmi scientifici alla base dello studio della loro condizione nelle situazioni della quotidianità a scuola come altrove.

In linea di principio con Warnock (1978), ma anche già da Seguin (1846) e soprattutto grazie a Vygotskij (1931), la consapevolezza che talune condizioni di (dis)abilità possono comportare effetti secondari e accumulo di difficoltà in funzione delle condizioni di contesto è più che palese.

Meno immediata nel tempo è invece la conseguente trasposizione dei concetti e delle implicazioni derivanti da tale paradigma interattivo nel considerare, in analogia a quanto fatto per qualsiasi altro allievo o allieva e in ossequio ai principi di pari opportunità, di equità e di accessibilità, la necessità di intervenire sulle situazioni contingenti per attenuarne o evitarne l'impatto discriminante.

L'assunto universale secondo il quale ad ogni bambino/a e ad ogni ragazzo/a spettano attenzioni dedicate ed almeno equivalenti a quelle di ogni altro/a, comporta il dovere deontologico di monitorare e approfondire l'impatto delle variabili di contesto al momento del loro incontro dinamico e continuato in seno al sistema educativo e formativo vegliando sui loro effetti sulla persona, sulle pari opportunità, sulla qualità delle attenzioni educative, formative e didattiche erogate ... sul benessere scolastico e la qualità di vita di ogni allievo e di ogni allieva a scuola.

Nel caso di allievi con bisogni educativi speciali (BES) come quelli che si riconoscono in presenza di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) o dell'attenzione e iperattività (ADHD) ma anche di disabilità diagnosticate o di altre caratteristiche puntuali, la capacità di realizzare condizioni *normalmente* e non solo *eccezionalmente eque* in analogia con quello che la scuola oggi prevede per ogni altro allievo - quindi condizioni non per forza identiche per forma e contenuto ma equivalenti per richieste, per processi e/o prodotti dell'esperienza educativa e formativa - deve trarre insegnamento e spunto dall'evoluzione e dalla differenziazione di concetti e paradigmi scaturiti dallo studio delle disabilità, oggi alla base anche dei concetti di *bisogno educativo speciale* e di accessibilità in senso lato, che ci sembra opportuno riproporre nel contesto di questa monografia caratterizzata da un approccio interdisciplinare mirato.

2. Dal deficit al bisogno educativo speciale

Fin dalla sua concezione il concetto di *bisogno educativo speciale* è definito dall'interazione soggetto-contesto e riferito ad allievi con un rischio di *svantaggio in situazione* in assenza di attenzioni adeguate. In altre parole è una condizione riconosciuta a taluni allievi in corrispondenza di oggettive difficoltà riscontrabili in situazioni di apprendimento usuali (Warnock, 1978).

Dal 2007 è formalmente definita in Europa la macrocategoria degli *allievi con bisogni educativi speciali* (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico OCSE/OCDE, 2007). La definizione comprende tre grandi sottocategorie principali:

- allievi con disabilità diagnosticate;
- allievi con disturbi evolutivi specifici diagnosticati;
- allievi con svantaggio, culturale, sociale e linguistico.

Alcune realtà, è il caso dell'Italia, propongono una quarta categoria, quella degli allievi ad *alto potenziale cognitivo* in quanto considerabili a rischio di disagio scolastico.

Dal deficit alla defectologia

Nel 1978, sulla *New York Review of Books*, Stephen Toulmin consacrò Lev Vygotskij come «il Mozart della psicologia», un genio pari al grande musicista, un innovatore le cui idee avrebbero potuto produrre chissà quali risultati in psicologia se non fosse morto prematuramente (a 37 anni nel 1934).

(Meccacci, 2017).

Vygotskij, con la precisione e l'arguzia che ne contraddistinguono l'impressionante opera, fra le altre cose, con precisione, rigore e lungimiranza sostenne e disciplinò la defectologia (dal latino *defectus*-difetto e dal greco *logos*-parola, studio). Una scienza specifica relativa alle disabilità che volle contrapposta a quelle che studiavano e descrivevano la problematica esclusivamente in senso medico-anatomico, che evitavano di riconoscere il deficit come un importante fattore sociale e culturale fra altri, che propendevano a circoscrivere lo sguardo sulla "anormalità" della persona, sul deficit, sul difetto, e non anche sull'enorme riserva di risorse manifestamente (o potenzialmente e condizionalmente) presenti nella persona al momento dell'incontro con un ambiente fisico e sociale capace di riconoscere e considerare ostacoli e supporti all'esperienza indi-

viduale. Precorrendo largamente i tempi della formalizzazione istituzionale¹ Vygotsky (1931 in: Barisnikov e Petitpierre, 1994, p.142) afferma che il problema maggiore cui prestare attenzione non è il deficit organico in quanto tale ma le sue implicazioni nel rapporto dialettico della persona con l'universo (ambiente) fisico e sociale cui essa appartiene (Fig.1).



Fig.1 – Interdipendenza fra fattori personali e fattori ambientali nella determinazione delle opportunità nel «qui e ora» e dell'intensità della condizione di bisogno di attenzioni speciali.

Con Vygotskij la consapevolezza che le parole *deficit* e *handicap* non sono dei sinonimi è un'evidenza. È uno degli aspetti centrali della sua riflessione e della conseguente e coerente ricerca della comprensione dei processi e delle condizioni determinanti il bisogno educativo speciale (BES) in questa o quella persona, a questo o quell'allievo, in questa o quella situazione specifica: una condizione di svantaggio contingente osservabile. La possibilità di sviluppare abilità, da parte della persona (abilità funzionali) e del contesto (abilità di risoluzione di problematiche che inducono svantaggio), deve fare i conti non solo con (1) una caratteristica personale, il deficit, ma soprattutto con (2) le variabili responsabili dell'impatto del deficit sullo specifico reale quotidiano (ossia sull'handicap specifico per forma e intensità, generato dall'interazione soggetto-situazione particolare e specifica) e con (3) la capacità, le possibilità e le abilità del contesto di anticipare e conte-

1. Conclusioni riprese e formalizzate dall'OMS nel 2001 nella nuova *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute* (ICF) per significare l'importanza del focus sul funzionamento della persona oltre che alle condizioni di salute e promosse dal *Réseau international sur le Processus de Production du Handicap* (RIPPH) in particolare grazie ai lavori di Fougeyrollas (2001), Fougeyrollas e coll. (2014, 2019) e al Modello di Sviluppo Umano (MHD) concepito e applicato.

nere/evitare il potenziale di svantaggio intervenendo sulle situazioni già a monte dell'incontro (accessibilizzazione).

Dalla defectologia al bisogno educativo speciale

È in questo contesto dinamico che Vygotskij introduce il concetto di *accumulo addizionale di difficoltà* (Fig. 2) e invita a distinguere gli *effetti primari* della presenza di un deficit sulla persona, da quelli *secondari* in situazione.

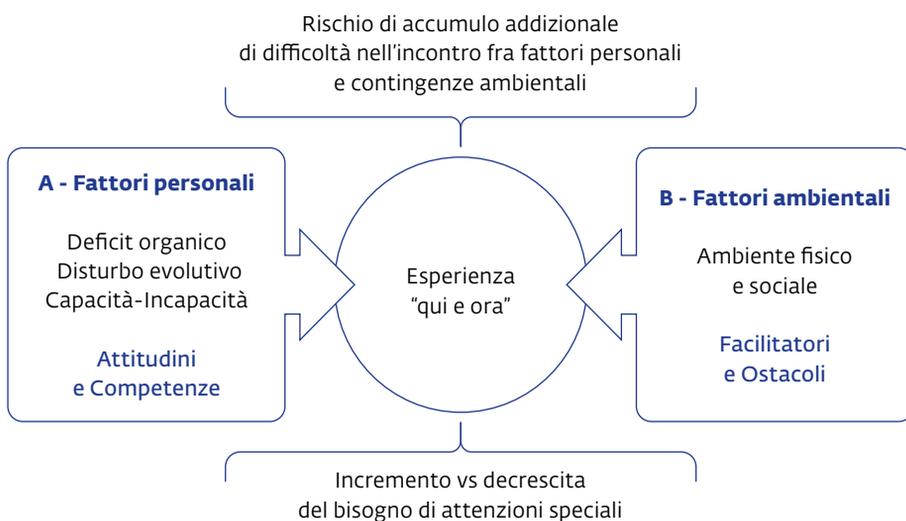


Fig.2 – L'esperienza "qui e ora": un'interazione particolare, specifica, dinamica e non neutra nel suo impatto sul presente e nei suoi sviluppi.

Già dagli anni settanta e in modo sempre più generalizzato e univoco negli anni successivi, tale invito è stato fatto proprio dalle pedagogie specializzate in modo costante e sempre più incisivo.

Dal 2001 anche l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), con la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF²), ha riorientato i propri strumenti di analisi della condizione individuale sulle varia-

2. Cfr. *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) dell'OMS (2001) e il *Modèle de Développement humain – Processus de production du handicap* (MDH-PPH) del RIPPH (Fougeyrollas, 2001; Fougeyrollas e coll. 2014, 2019).

bili di contesto (ambiente sociale, lavorativo e familiare) che intervengono nell'incrementare o ridurre difficoltà di funzionamento e svantaggi in situazione.

Prendendo spunto dalla nozione di handicap situazionale di Minaire (1978, 1992) abbiamo proposto il concetto operativo di *handicap di situazione* quale condizione di svantaggio contingente e specifica a cui la pedagogia e la didattica, oltre che l'educazione, devono costantemente prestare attenzione nella funzione di accessibilizzazione delle esperienze di vita e di apprendimento che le contraddistinguono (Mainardi, 2010; 2013). Nel caso ad esempio della persona con disabilità, essa non vive necessariamente e sempre una situazione di handicap (in contrasto con quanto lascia intendere la terminologia in uso in ambito francofono che la definisce "persona in situazione di handicap") ma può essere confrontata con degli *handicap di situazione* più o meno impattanti e specifici che vanno considerati e analizzati per *bypassarli* ogni qualvolta questo sia possibile e necessario in ossequio ai principi di equità e di analogia con quanto fatto per qualsiasi altra persona. Tale nozione appare essere particolarmente centrale in ambito psico-pedagogico e didattico a fronte di situazioni che vanno considerate dinamiche e interdipendenti per definizione.

L'attenzione alla condizione di necessità *in situazione* e nel *qui e ora* deve portare su:

1. lo studio delle variabili in gioco nel generare, mantenere, superare la condizione speciale e particolare di rischio potenziale di difficoltà e di accumulo addizionale di difficoltà eventualmente indotte in circostanze e situazioni di apprendimento usuali;
2. lo sviluppo di attenzioni specifiche da adottare per prevenire o per far fronte a difficoltà altrimenti osservabili in situazioni di apprendimento *indifferenti o poco attente alle singolarità* ossia in situazioni che al momento non contemplano ancora attenzioni rivolte all'equa accessibilità per tutti gli allievi di una classe nei termini dettati dall'eterogeneità di chi la compone.

Una situazione è costituita da tutte le relazioni concrete che, in un dato momento, legano un soggetto o un gruppo al contesto in cui deve vivere e reagire (Minaire, 1978). Nella prospettiva psico-pedagogica e didattica che è

la nostra questo implica a priori la possibilità (la necessità!) di considerare l'intervento proattivo sulle variabili determinanti il *qui e ora* in situazione e richiede il supporto e l'elaborazione di strumenti utili ad un'analisi funzionale per rendere conto del maggior numero di fattori d'influenza controllabili fra quelli identificati.

Una situazione può essere ritenuta responsabile della forma e dell'intensità di un handicap in corrispondenza con la presenza di caratteristiche e specificità particolari nella persona ma le situazioni possono anche (più o meno facilmente) essere modificate per tener conto di tali caratteristiche e specificità. Secondo questa prospettiva l'handicap, per forma e intensità, è la possibile e specifica risultante dell'immersione di una persona con caratteristiche e tratti propri entro una situazione contingente contestualmente determinata, più o meno attenta a tali caratteristiche e specificità. In tal caso adottando attenzioni adeguate è possibile contenere o evitare l'effetto dell'accumulo di difficoltà e influenzare sia la forma che l'intensità dell'handicap di situazione osservato o osservabile. In questo consistono le attenzioni psico-pedagogiche (speciali): il riconoscimento e/o la prevenzione di bisogni educativi speciali in quanto tali. La persona che presenta un *deficit* non vive per forza o continuamente un *handicap*, ma lo può vivere. Essa non è permanentemente in *situazione di svantaggio* così come non lo è chi presenta un disturbo del neurosviluppo, ma lo può essere in concomitanza con il manifestarsi di un *handicap di situazione*. Quest'ultimo comporta in ogni caso un *apporto addizionale di difficoltà*. È lo svantaggio generato dalla situazione a determinare l'accumulo addizionale di difficoltà. Per inciso ci sia concesso di affermare che l' *handicap di situazione* non è in quanto tale una prerogativa delle persone con disabilità, esso può interessare qualsiasi categoria di allievi ai quali sarebbe corretto riconoscere un bisogno di attenzioni speciali nelle situazioni usuali che ancora non ne tengono conto e quindi nei termini ben descritti da Warnock (1978).

L'accumulo di difficoltà: l'incremento dell'handicap di situazione

La figura seguente (Fig. 3) illustra a nostro modo di vedere in modo egregio i termini della questione rendendo macroscopica la distinzione esistente fra il deficit e l'handicap (in altri termini fra gli effetti primari di un deficit e gli effetti secondari in situazione) ed in particolare l'assenza di una corrispon-

denza univoca fra il primo e l'evidente svantaggio generato dalla situazione su una facoltà di fatto indipendente dal deficit (il voto): la vignetta presenta una persona che si capisce intenzionata a recarsi al seggio elettorale per votare, ma...



Fig. 3 – Deficit, capacità e handicap di situazione (illustrazione di Stefano D'ambrosio per il CCBESS, 2021, d'après RIPPH 2006, libero adattamento).

La persona sa votare, il deficit motorio non interessa tale facoltà, ma nell'immediato questo le è precluso dalla situazione specifica che nella circostanza le impedisce di accedere da sola al seggio elettorale (effetto secondario).

Un *handicap di situazione* quale quello raffigurato dalla vignetta è un fatto contingente e osservabile. La sua concettualizzazione fornisce (1) gli ingredienti per l'analisi dell'accessibilità *one-by-one* delle occasioni e delle opportunità di apprendimento, di esperienza e di partecipazione di ogni singola persona e (2) gli elementi per la pianificazione di una mediazione orientata all'accessibilità universale: l'accessibilizzazione (Mainardi, 2010).

Il focus sull'handicap di situazione consente un'analisi funzionale di ostacoli e sostegni, e rispettivamente, la predisposizione di aiuti e/o l'eliminazione di barriere all'esperienza in analogia con quanto previsto e predisposto per qualsiasi altra persona.

(Re)Agire oltre l'eccezionalità nel principio più generale di accessibilità

Consentire alla persona di accedere al seggio (in analogia a quanto si auspica per qualsiasi altra persona con facoltà e volontà di voto) rientra nell'ordine del diritto e delle pari opportunità.

Trovare una soluzione alternativa per lui (*eccezionalmente*) o ancora meglio proporre una valida per tutti (*accessibile*) non è una questione di discriminazione positiva, un favore al singolo, ma una misura di attenzione espressamente orientata all'equa considerazione di tutti e alla riduzione di eventuali handicap di situazione per alcuni.

L'*eccezionalità dell'attenzione*, è tale laddove la situazione usuale, la regola, non è rivisitata in termini di *accessibilità* (universale). In questo caso, l'attenzione all'handicap di situazione non modifica l'usuale ma considera il caso specifico (l'eccezione) proponendo nella fattispecie ad esempio, il voto per corrispondenza, dispensando se del caso dal voto in presenza, o negoziando una soluzione *una tantum* per superare l'ostacolo delle scale. Il consueto resta tale.

La regola prevede delle soluzioni compensative o dispense in termini eccezionali ogni qualvolta la questione dell'handicap di situazione si pone (in ossequio al diritto individuale).

L'*accessibilità universale*, rispetto all'eccezionalità, si pone come norma, come esplicita ricerca *a priori* di accessibilizzazione entro situazioni (neo)usuali che il concetto di handicap di situazione e l'imperativo di accessibilità hanno portato ad evolvere in tal senso. In questo caso l'attenzione speciale al *bisogno* è da ritenersi *normale* (ovvero presente di *default* in ossequio alla parità dei diritti e doveri) e con essa è da ritenere *normale* la ricerca ad esempio a scuola, di ambienti e situazioni di classe, di esperienza e di apprendimento adeguate, il più possibile comuni e usualmente accessibili (per ambienti, situazioni, proposte e contenuti) per tutti.

3. Scelte e approcci nelle attenzioni: una questione di sguardi e soprattutto di intenzioni

È nell'interazione con il suo universo fisico e sociale di appartenenza che la persona con le sue specificità, la sua personalità e la sua storia (in relazione al suo gruppo di riferimento) vive la sua vita, si confronta con situazioni e condizioni date, subite o provocate, con l'equità, con il vantaggio o con degli handicap di situazione. È negli ambienti di vita che sviluppa e esercita capacità e facoltà personali, ha accesso o meno alle risorse educative e formative, alle opportunità e occasioni di crescita e partecipazione alla vita sociale ... in contesti usuali per il tempo, le risorse e la storia culturale e istituzionale della comunità di appartenenza.

È in questo contesto socioculturale e istituzionale che le questioni sono

ritenute e messe a fuoco. È sulla base della rilevanza percepita o riconosciuta dall'istituzione, dall'opinione pubblica, da gruppi di pressione, ... che l'attenzione porta su un tema, su una problematica specifica, sulla risposta a delle richieste. Nel corso del tempo la riconsiderazione delle problematiche di cui è questione in queste pagine ha preso forza anche e forse soprattutto grazie al concorso dei paradigmi concettuali di riferimento (scientifici e culturali) che hanno supportato o ancora supportano le questioni e le realizzazioni emergenti che di volta in volta si sono ritenute o si ritengono degne di attenzioni specifiche e prioritarie (Bronfenbrenner e Ceci, 1994; Foujeirollas, 2001; Mainardi, 2021).

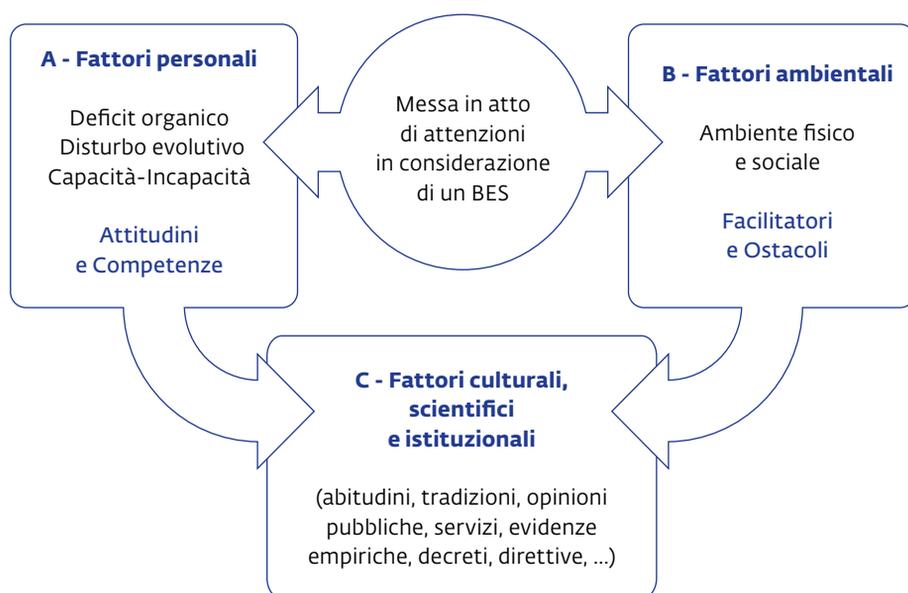


Fig.4 – I fattori d'influenza sulle attenzioni speciali riferite ai BES: fattori personali; fattori ambientali; fattori culturali e istituzionali.

Rispetto alle attenzioni riferite in modo specifico ai BES considerati quattro sono le prospettive scientifiche (i paradigmi principali) che ancora oggi orientano/prefigurano la loro definizione e determinano/controlano gli accenti dell'azione sui fattori d'influenza sul *qui e ora* della persona con disabilità o con disturbi evolutivi diagnosticati: a) la prospettiva bio-medica (tradizio-

nale); b) la prospettiva funzionale/(ri)abilitativa; c) la prospettiva ambientale; d) la prospettiva civica o dei diritti umani.

- a. *modello bio-medico*: la condizione della persona è studiata prevalentemente tramite un approccio di tipo medico curativo. La priorità: capire il disturbo/la condizione dal punto di vista bio-medico e trattare/modificare la situazione osservata attraverso un intervento «curativo».
- b. *modello funzionale/(ri) abilitativo*: la condizione della persona è studiata prevalentemente da una prospettiva normativo-funzionale e compensatoria. La priorità: sviluppare abilità o concepire aiuti e sostegni (protesi, ausili ortopedici, ...) per compensare gli effetti di un disturbo, una condizione o un deficit in senso generale (paradigma funzionale con focus sul soggetto).
- c. *modello accessibilizzante e ambientale*: la condizione della persona è studiata analizzando l'incidenza del contesto in relazione a singole categorie di fruitori. La priorità: adattare l'ambiente (pedagogico, didattico e organizzativo) per minimizzare l'impatto del disturbo, della condizione, sull'esperienza individuale (paradigma funzionale con focus sull'ambiente).
- d. *modello civico o dei diritti umani*: la condizione della persona è studiata analizzando la gestione dell'eterogeneità e delle pari opportunità. La priorità: approcciare il disturbo, la condizione, all'interno della problematica più generale della gestione dell'eterogeneità in accordo con la dichiarazione universale dei diritti umani e con il principio di equità (paradigma inclusivo e delle pari opportunità).

Ad ognuno di questi modelli corrispondono altrettanti quadri di riferimento, metodi di osservazione e approcci operativi specifici e distinti in funzione della singola categoria o sottocategoria di BES.

Il singolo modello non per forza ne esclude un altro ma caratterizza l'oggetto dello sguardo, per le priorità e talvolta per le sue implicazioni quanto a chi debba essere ritenuto più competente ad agire, ai quadri formali di riconoscimento dell'una o dell'altra prestazione specializzata o neousuale

(terapeutica, educativa, professionale, economica o sociale...) che il modello suggerisce, implica o che il suo riconoscimento richiama.

Quello che salta all'occhio è certamente la varietà degli sguardi. Essi spaziano dal modello prevalentemente (e tradizionalmente) bio-medico a modelli sempre più attenti e aperti a ulteriori fattori corresponsabili o concorrenti nella riduzione o meno del grado di handicap e della qualità delle interazioni individuo-universo.

4. Allievo/a con DSA e/o ADHD

L'handicap di situazione deve essere considerato in qualsiasi momento e in qualsiasi situazione. Valutare l'equità di contesti, condizioni d'esperienza e opportunità è un dovere.

Come osservato in precedenza, il disturbo in quanto tale e l'impatto dello stesso sull'esperienza scolastica e di vita riferiscono di fenomeni distinti. L'allievo con DSA e/o ADHD, vive gli effetti primari e secondari del disturbo in prima persona: i primi interessano caratteristiche neuro fisiologiche specifiche; i secondi sono la risultante in situazione dell'incontro fra la persona e un ambiente scolastico fatto di abitudini, tratti identitari della professione docente, dell'istituzione e della sede, di formazioni di base e continue mirate e quindi di attese specifiche quanto alle competenze e ai comportamenti da ritenere come assunti e adeguati in quel contesto e nelle circostanze che ne caratterizzano la dinamica. Entrambi i fattori hanno un impatto sullo sviluppo, sulla quantità e la qualità delle occasioni di esperienza e di apprendimento e sul senso di competenza individuale.

Nella situazione rappresentata di seguito (Fig. 5) si vede uno studente in difficoltà nel portare a termine quanto richiesto dalla consegna d'esame ricevuta. Ci si potrebbe chiedere il perché, cioè: *per quale ragione?*

Verosimilmente quest'attribuzione di causalità – fondata o meno – interesserà anche lo studente, che si porrà delle domande e farà delle inferenze in merito al suo vissuto. Ma interessa anche il/la docente e i familiari. Più di una ipotesi sulle ragioni delle difficoltà è evidentemente possibile. Più di una conclusione può essere tratta in merito all'episodio.

Spesso questo avviene in modo più o meno consapevole, talvolta anche in assenza di indicatori inconfutabili: più un pregiudizio in tal caso, come abbiamo avuto modo di presentare altrove (Mainardi, 2019), che una inferenza giustificata.



Fig.5 – Esame basato su una consegna scritta
(illustrazione di Stefano D'ambrosio per il CCBESS, 2022)

Non riesce perché: - non ha capito i concetti e le relazioni; - non si è preparato; - il testo scritto pone problema; - non padroneggia la lingua; ...

Percezioni e concezioni di possibili cause, altrove come a scuola, prefigurano l'oggetto e il focus delle attenzioni, orientano lo sguardo, le valutazioni, le sentenze e le risposte.

Esse sono il frutto della consapevolezza o meno, tanto nell'allievo che in chi gli è vicino nella circostanza, dell'esistenza di possibili condizioni di svantaggio e del come affrontarle per evitare gli effetti indesiderati:

Una performance scolastica in una situazione data non è necessariamente in rapporto diretto ed esclusivo con la presenza o meno delle competenze che la situazione intende mobilitare. L'esito positivo indica che l'allievo è capace di sostenere la prova così come proposta e in modo conforme alle aspettative; l'esito negativo consente di constatare unicamente che l'allievo in questione non riesce a produrre la performance attesa alle condizioni date.

(Mainardi, 2019, p.29).

Assumere di default il *principio di accessibilità* e quindi della *normale* considerazione di poter involontariamente generare un accumulo di difficoltà nel proporre l'una o l'altra situazione di apprendimento, esercizio o verifica, comporta il cercare di escludere nei fatti tutte quelle cause di svantaggio conosciute e controllabili che possono derivare direttamente dal rapporto fra caratteristiche personali e delle condizioni di esperienza e accessibilità dettate dall'ambiente (Warnock, 1978) e quindi anche da norme implicite o esplicite, abitudini, ecc. che orientano il rapporto dinamico fra l'allievo e la situazione contingente.

L'esito negativo della performance attesa richiede la valutazione di tutti i possibili fattori d'influenza che concorrono nella circostanza a definire il compito ed in particolare a circoscrivere gli effetti secondari eventuali che la situazione di osservazione/valutazione potrebbe comportare (...).

Consentire ad un allievo che presenta una forma di dislessia di poter disporre di più tempo per leggere il testo di un esame è una misura intesa a compensare uno svantaggio rispetto a condizioni normate ma non equivale a considerare gli effetti secondari della sua condizione di svantaggio. La situazione di svantaggio resta intatta anche se con una misura d'eccezione riguardo al tempo a disposizione. Consentire all'allievo in questione di accedere al contenuto del testo in forma diversa dal leggerlo di persona, sempre che la competenza in gioco non sia appunto una determinata competenza di lettura (...) non è una forma di discriminazione positiva ma un'attenzione particolare intesa a generare una condizione di equità in entrata.

(Mainardi, 2019, p. 30).

A ben vedere quindi non sono i bisogni educativi ad essere speciali ma le attenzioni che consentono ai/alle docenti di offrire lo stesso grado di considerazione delle specificità di ognuno nel perseguire le stesse finalità educative e formative.

L'inclusione scolastica in seno ad ambienti e pratiche (neo)usuali e comuni, mira a prestare le migliori attenzioni possibili ai bisogni educativi e formativi di tutti, progettando ed (ri)organizzando gli ambienti di apprendimento e le attività individuali e collettive per consentire a ciascuno, così come è, di partecipare alla vita di classe e all'apprendimento, nella maniera più attiva, valida, autonoma ed efficace possibile per lui e per tutti.

Bibliografia

- Vygotskij, L. S., Barisnikov, K., & Petitpierre, G. (1994) *Vygotsky : Défectologie et déficience mentale*. Delachaux et Niestlé.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. (1994) Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568-586.
- Fougeyrollas, P. (2001). Le processus de production du handicap : l'expérience québécoise. In R. de Riedmatten (a cura di), *Une nouvelle approche de la différence : comment repenser le «handicap»* (pp.101-122). Médecine et Hygiène.
- Fougeyrollas, P., & Charrier, F. (2014). Modello del Processo di produzione della disabilità. *EMC-Medicina Riabilitativa*, 21(1), 1 -8.

- Fougeyrollas, P., Boucher, N., Edwards, G., Grenier, Y., & Noreau, L. (2019). The Disability Creation Process Model: A Comprehensive Explanation of Disabling Situations as a Guide to Developing Policy and Service Programs. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 21(1), 25 -37.
- Mainardi, M. (2010) *Pour une pédagogie inclusive. La pédagogie de l'accessibilisation*. Centre universitaire de Pédagogie curative.
- Mainardi, M. (2013) *L'apport de la «défectologie moderne» aux pédagogies: en deçà de la zone proximale de développement (ZPD)*. In J.P. Bernié & M. Brossard (a cura di), Vygotski et l'Ecole (pp. 357 -365). Presses Universitaires de Bordeaux.
- Mainardi, M. (2018) Bisogni educativi speciali a scuola fra storia e (pre)concezioni. In C. Biffi (a cura di) *Stereotipi, pregiudizi. Scuola Ticinese : Periodico della Divisione della Scuola*, 335, 25-30.
- Mainardi, M. (2021) Educational accessibility: a catalyst for innovative practices. In Ebersold S. (a cura di) *Accessibility or reinventing education* (pp.63 -80). John Wiley & Sons, Incorporated.
- Mainardi M. & Martinoni, M. (2020) *L'école inclusive d'élèves en situation de handicap*. In J.-M. Bonvin, V. Hugentobler, C. Knöpfel, U. Tecklenburg & P. Maeder. *Dictionnaire de politique sociale suisse / Woerterbuch der Schweizer Sozialpolitik* (pp.184 -186). Seismo Verlag.
- Minaire, P. (1978). Proposition d'une nouvelle méthodologie dans l'évaluation du handicap. *Médias et handicapés*. Maison de l'UNESCO, ADEP Documentation.
- Minaire, P. (1992) Diseases, Illness et Health: The critical Models of the Disablement Process. *Bulletin of the World Health Organization*, 70 (3), 373 -379.
- Centre for Educational Research and Innovations (2008). *Students with Disabilities, Difficulties, and Disadvantages: Policies, Statistics and Indicators of OAS Countries*. Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico.
- OMS (2001) *Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*.
- Warnock, M. (1978) *Special Educational Needs. Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People*. Her Majesty's Stationery Office.
- Mecacci, L. (2017, 9 luglio) Le vere “colpe” di Vygotskij. *Il sole 24 ORE, Cultura*.
- Séguin, É. (1846). *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arrières*, Librairie de L'Académie Royale de Médecine.

100

100

100

II. Disturbi specifici dell'apprendimento e dell'autoregolazione. Le caratteristiche essenziali dei DSA e dell'ADHD

Giuseppe Foderaro

Neuropsicologo. Responsabile dell'Ambulatorio di Neuropsicologia e Logopedia pediatrica. Istituto Pediatrico della Svizzera Italiana, Ospedale Regionale di Lugano.

giuseppe.foderaro@eoc.ch

Abstract

I disturbi specifici dell'apprendimento, noti come DSA e il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, conosciuti con l'acronimo ADHD, sono condizioni che caratterizzano circa il 5% dei soggetti in età evolutiva. Ciò nonostante, la loro conoscenza è ancora parziale. Conseguentemente la diagnosi delle difficoltà di questi bambini e ragazzi è spesso tardiva, la tempestività e l'appropriatezza degli interventi non sono sempre garantite e l'evoluzione può assumere traiettorie diverse, talvolta anche poco favorevoli. Il capitolo si propone di fornire una descrizione sufficientemente esaustiva dei due disturbi, che possa rivelarsi utile per i professionisti del mondo della scuola e per i genitori, in prima linea nel riconoscimento precoce e nella presa in carico di questi bambini.

Parole chiave

ADHD, dislessia, disortografia, disgrafia, discalculia.

1. Introduzione

Nell'ultimo ventennio il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), ovvero dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia sono stati oggetto di grande interesse da parte di clinici, ricercatori, pedagogisti e docenti. L'attenzione che i media hanno rivolto a questi disturbi è progressivamente sempre più importante, anche grazie allo stimolo delle associazioni delle famiglie dei bambini e dei ragazzi che presentano difficoltà di apprendimento e dell'attenzione.

Se molto è stato fatto nell'ambito clinico e della ricerca, è ora necessario un maggiore impegno per trasferire e diffondere queste conoscenze nel mondo della scuola, rendendole operative e fruibili per i docenti che si trovano confrontati quotidianamente con bambini capaci ma caratterizzati da difficoltà specifiche.

Questo capitolo si propone di fornire una descrizione per quanto possibile sintetica ma al contempo esaustiva dei due disturbi. Una conoscenza dettagliata delle loro peculiarità è, infatti, premessa essenziale per qualsiasi intervento, sia esso pedagogico o terapeutico.

2. Definizione di DSA e ADHD

In questo primo capitolo non si fa riferimento alle definizioni cliniche e ai criteri per la diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento e del disturbo da deficit di attenzione e iperattività. Questi, pubblicati nelle più recenti edizioni dei manuali diagnostici, ovvero il DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) e l'ICD-11 (World Health Organization, 2019), sono facilmente reperibili. In questa sede ci si propone di fornire unicamente una definizione descrittiva dei due disturbi, che possa rivelarsi utile anche per il lettore meno esperto. Nel capitolo successivo, invece, ci si addentra nelle caratteristiche specifiche che accomunano DSA e ADHD.

I disturbi specifici di apprendimento (DSA)

I DSA sono caratterizzati da difficoltà nell'acquisizione delle abilità di lettura, scrittura e calcolo. Tali difficoltà si manifestano in bambini con intelligenza normale.

La lettura, la scrittura e il calcolo sono abilità come nuotare o andare in bicicletta: l'esposizione all'apprendimento fa sì che vengano automatizzate proprio come, grazie ad esperienze ripetute, è divenuta automatica la

sequenza e la coordinazione dei movimenti che mettiamo in atto quando nuotiamo o andiamo in bicicletta. Nei bambini con DSA gli automatismi di lettura, scrittura e calcolo non si sviluppano o lo fanno in modo parziale. Ciò significa che per leggere, per scrivere e per contare i bambini con DSA devono sempre mobilitare una quota molto importante di energia cognitiva. Ciò che per noi è automatico e a basso impegno mentale, comporta invece una grande fatica per i bambini e i ragazzi che presentano una forma di DSA.

La difficoltà nell'acquisire gli automatismi di lettura viene definita *dislessia*: gli allievi con dislessia leggono lentamente e commettono errori nel riconoscimento delle parole, ovvero leggono una parola in modo diverso rispetto a come questa è scritta.

La difficoltà nello scrivere correttamente le parole è denominata *disortografia*: il disortografico è incerto su come le parole vanno scritte, spesso è lento e compie diversi errori nella scelta delle lettere da abbinare per comporre una parola. Ne risulta che la sua produzione scritta non corrisponde a ciò che gli è stato dettato o a ciò che aveva in mente.

La difficoltà nello scrivere in modo chiaro e leggibile viene chiamata *disgrafia*: il bambino disgrafico non riesce a coordinare i movimenti necessari per ottenere una grafia riconoscibile. Ciò che scrive risulta illeggibile o difficilmente decifrabile per gli altri e, spesso, anche per sé. Frequentemente i bambini disgrafici presentano difficoltà che non riguardano solo la calligrafia ma anche la gestione dello spazio: i loro quaderni risultano molto disordinati perché faticano a scrivere restando sulle righe, non riescono a mantenere un allineamento ordinato verso il margine di sinistra e scrivono usando caratteri diversi e di dimensione variabile.

La difficoltà specifica e relativa ai numeri e al calcolo viene definita *discalculia*: il bambino discalculico non riesce ad accedere rapidamente e in modo automatico al risultato di una operazione, deve sempre o quasi sempre contare risultando lento e commettendo frequenti errori. Alcuni bambini discalculici manifestano difficoltà ancor più profonde legate ai numeri, ad esempio faticano a leggere le cifre, sono in difficoltà quando devono compiere stime numeriche e non riescono a stabilire quale tra due numeri sia il maggiore o dove vi sia una quantità maggiore di oggetti.

Dalle descrizioni appena esposte si evince che le fragili competenze dei bambini e dei ragazzi con DSA possono coinvolgere due aspetti principali dei processi di lettura, scrittura e calcolo: la velocità e la correttezza. Nei casi più

gravi, solitamente, il disturbo si manifesta con prestazioni che risultano lente e scorrette. In altre situazioni, invece, è solo una delle due componenti ad essere compromessa: possiamo avere bambini che leggono, scrivono o contano lentamente ma in modo sufficientemente corretto; la situazione opposta è rappresentata da bambini rapidi ma che compiono molti errori di lettura, di scrittura o di calcolo.

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD)

I bambini con ADHD sono caratterizzati da un deficit delle capacità di autoregolazione. Faticano, pertanto, a modulare e regolare il proprio funzionamento sia sul versante cognitivo, sia su quello emotivo e comportamentale.

I bambini con ADHD sono facilmente distraibili, come se fossero incapaci di filtrare le informazioni. Il nostro cervello possiede una sorta di “filtro” che decide quali elementi possono oltrepassarlo e quali vanno mantenuti all'esterno: quando conduciamo un'attività la nostra attenzione viene incanalata verso ciò che è rilevante per portarla a termine, mentre le informazioni irrilevanti vengono tenute sullo sfondo e non riescono a oltrepassare le maglie del filtro. Ad esempio, mentre leggiamo un libro, seduti comodamente in salotto, percepiamo i rumori circostanti, così come gli oggetti e le persone presenti nella stanza. Il nostro cervello, tuttavia, riconosce questi stimoli come non rilevanti, stringe le maglie del filtro e tiene questi eventi al di fuori della nostra attenzione. Nei bambini con ADHD il filtro è meno efficiente. Le sue maglie sono piuttosto larghe e vengono oltrepassate non solo dagli stimoli rilevanti per l'attività da svolgere, ma anche da quelli non importanti. L'attenzione del bambino con ADHD viene così facilmente catturata da qualsiasi oggetto presente nell'ambiente, così come dai pensieri del bambino stesso e dalle sensazioni fisiologiche che egli può avvertire. Tutti questi stimoli agiscono da distrattori e mettono il bambino con ADHD in seria difficoltà: resistere a questi stimoli disturbanti è estremamente difficile, così come è impossibile mantenere una adeguata e stabile concentrazione su un compito fino al suo completamento.

Un'ulteriore caratteristica dei bambini con ADHD è l'incapacità nel regolare il proprio comportamento. Sono bambini dotati di una grande energia che faticano a contenere e, di frequente, non riescono a restare fermi quando richiesto: per loro è difficile restare seduti a tavola fino alla fine del pran-

zo, rimanere al proprio banco durante la lezione, stare in fila alla cassa del supermercato e anche giocare o guardare la televisione tranquillamente. Si muovono freneticamente, si alzano, scorrazzano e sono difficili da calmare. In alcuni casi questa iperattività è maggiormente contenuta e si manifesta in modo meno disturbante per l'ambiente circostante: il bambino riesce a restare seduto o al proprio posto ma appare irrequieto, muove mani e piedi in modo ritmico, cambia frequentemente postura. L'iperattività del bambino con ADHD può essere non solo motoria ma anche verbale: alcuni bambini parlano tanto e sono iperloquaci, spesso già dal risveglio.

La difficoltà del bambino ADHD nel regolare il proprio comportamento si manifesta anche come tendenza ad essere impulsivo. Questi bambini non riescono ad attendere il proprio turno nei giochi o in qualsiasi altra situazione, interrompono le attività altrui, si intromettono nei discorsi degli adulti, chiedono insistentemente, voglio tutto subito e possono sembrare incuranti delle esigenze e dei bisogni altrui. In ambito scolastico l'impulsività li porta ad essere frettolosi e imprecisi. Nel rapporto con gli altri possono avere reazioni sproporzionate agli accadimenti, verbalmente e talvolta anche fisicamente.

Sulla base delle manifestazioni cognitive e comportamentali sopra descritte distinguiamo tre forme di ADHD:

- i bambini con ADHD di *tipo combinato* manifestano sia i sintomi da disattenzione, sia quelli dovuti all'iperattività e all'impulsività;
- i bambini con ADHD *prevalentemente iperattivo* sono caratterizzati da una predominanza della componente iperattiva e impulsiva, mentre mostrano capacità di attenzione sufficienti o solo lievemente deficitarie;
- i bambini con ADHD *prevalentemente disattentivo*, al contrario dei precedenti, presentano unicamente o in modo più importante le difficoltà di attenzione. I comportamenti impulsivi e iperattivi sono in loro di minima entità o addirittura assenti.

I bambini con iperattività e impulsività vengono segnalati per una consulenza specialistica in tempi relativamente accettabili, anche se raramente con tempestività. L'errore nel quale più di frequente si può incappare consiste nell'interpretazione *naive*, ovvero ingenua, in merito alle cause dei comportamenti disturbanti: solitamente questi vengono attribuiti ad immaturità,

a problemi emotivi del bambino, a presunte esperienze traumatiche da lui vissute, a difficoltà familiari o a carenti capacità educative dei genitori.

I bambini distratti ma non iperattivi giungono tardivamente all'osservazione perché sono tranquilli, non disturbano e vengono visti semplicemente come trasognanti e con la "testa sulle nuvole". L'errore nel quale si può incappare con questi bambini consiste nel ritenerli semplicemente dei sognatori, oppure come troppo interessati ad altre cose rispetto ai loro doveri.

3. DSA e ADHD: caratteristiche comuni

DSA e ADHD riguardano ambiti differenti del funzionamento neuropsicologico dell'individuo: come precedentemente specificato, i primi interessano le abilità di lettura, scrittura e calcolo, il secondo coinvolge le capacità di autoregolazione dell'attenzione e del comportamento. I due disturbi, tuttavia, presentano molteplici caratteristiche comuni.

Sono disturbi neurobiologici

DSA e ADHD sono disturbi di origine neuroevolutiva, ovvero dovuti a modalità alternative di sviluppo del sistema nervoso centrale. Il concetto di *disturbo*, in questo ambito, è differente rispetto a ciò che comunemente intendiamo. Il modello interpretativo che adottiamo, infatti, non è quello medico classico ma quello della *neurodiversità* (Singer, 1998). In base a questa prospettiva DSA e ADHD non sono altro che *l'espressione di una normale variazione del cervello umano e di una sua forma alternativa di funzionamento*. Ciò sta ad indicare che i bambini e i ragazzi con queste caratteristiche non presentano una malattia, piuttosto modalità di funzionamento alternative e non per questo sbagliate.

Come detto il modello della neurodiversità adotta una prospettiva diversa rispetto al modello medico classico: nel modello medico la diversità di comportamento oltre una certa soglia è interpretata come una disfunzione insita nella persona e la contraddistingue come malata; in base al modello della neurodiversità, invece, il problema non risiede nell'individuo ma nell'interazione tra questi e l'ambiente. Un semplice esempio può essere utile per comprendere la visione di questo paradigma alternativo di pensiero. Immaginiamo di avere un difetto cardiaco: questo ci darà problemi qualunque sia il posto nel quale risiediamo, sia esso Milano, New York o un villaggio della foresta amazzonica. Immaginiamo ora di essere dislessici e di vivere a Milano o a New York: in questi luoghi saremmo certamente confrontati con la no-

stra difficoltà. Pensiamo invece a cosa accadrebbe se vivessimo nella foresta amazzonica: lì non saremmo dislessici perché cresceremmo in un ambiente nel quale la cultura non si tramanda con i libri di testo ma prevalentemente per via orale ed esperienziale. Se ne evince che, se la manifestazione di un problema dipende dall'interazione individuo-ambiente, allora non è il primo ad essere malato, piuttosto è il secondo a porre degli standard di normalità che si adattano per una parte degli individui ma non per tutti.

Il modello della neurodiversità pone quindi l'accento sull'interazione tra l'individuo ed il suo contesto di vita, suggerendo che gli interventi diretti sull'individuo hanno efficacia limitata se non sono accompagnati da misure e strategie promosse e messe in atto dalle persone che costituiscono il suo ambiente: nel contesto dei DSA e dell'ADHD, pertanto, scuola e famiglia sono in prima linea e fortemente chiamate ad adottare un approccio basato su profonda conoscenza e flessibilità.

Sono frequenti

DSA e ADHD caratterizzano un elevato numero di persone. Gli studi di prevalenza più recenti attestano che, nella popolazione studentesca tra 6 e 16 anni, il 4.9% degli allievi presenta un DSA (Miur, 2020) e il 5.9% una forma di ADHD (Faraone et al., 2021). Si tratta pertanto di due condizioni molto comuni, non nuove e pertanto non frutto di “mode diagnostiche”: il primo riferimento alla dislessia risale al 1878 da parte del neurologo tedesco Adolf Kussmaul; la prima descrizione dell'ADHD è invece attribuita ad un altro studioso germanico, Melchior Adam Weikard che, in un trattato del 1775, descrive un paziente con manifestazioni chiaramente riconducibili ad un disturbo con disattenzione e iperattività.

Sono primari

I due disturbi non sono secondari a patologie organiche, a svantaggio culturale, a problemi psicologici e a difficoltà familiari. Sono da questi indipendenti. Ciò non vuol dire che in presenza di una di queste situazioni si debba automaticamente escludere un disturbo dell'attenzione o dell'apprendimento. Piuttosto, si dovrà valutarne l'entità per comprendere se la situazione di base possa essere la causa unica delle difficoltà scolastiche e di comportamento del bambino oppure, evenienza più frequente, se questa possa rappresentare un elemento che accentua le problematiche senza esserne l'origine.

In altre parole, patologie organiche, difficoltà psicologiche e problematiche ambientali possono coesistere con una situazione di DSA o ADHD.

Sono specifici

DSA e ADHD si manifestano in bambini e ragazzi con intelligenza perfettamente nella norma. Le loro difficoltà sono specifiche, ovvero riguardano funzioni neuropsicologiche settoriali, non la capacità intellettuale globale dell'individuo. Una eccezione riguarda l'ADHD: questo può essere diagnosticato anche per bambini con basso funzionamento intellettuale se le due condizioni possono essere distinte e quando vi sono elementi sufficienti per dimostrare che il deficit di attenzione/iperattività non è secondario a quello intellettuale.

Sono limitanti

I disturbi dell'apprendimento, dell'attenzione e della regolazione comportamentale interferiscono con il funzionamento scolastico, sociale e professionale dell'individuo. L'entità delle ricadute del disturbo sulla vita quotidiana dipende da svariati fattori: da un lato vi è la gravità del disturbo stesso, dall'altro lato la capacità dell'ambiente di riconoscere precocemente e di farsi carico delle difficoltà del bambino. In ambito scolastico, ad esempio, le conseguenze di una dislessia lieve possono essere minime o addirittura nulle se i docenti ne conoscono le caratteristiche e se applicano tempestivamente le misure necessarie; il disturbo, pur essendo lieve dal punto di vista clinico, può invece avere ripercussioni funzionali maggiori se non riconosciuto o, ancor peggio, ignorato.

Relativamente a questo punto è opportuno soffermarsi sul concetto di disagio scolastico che permea alcuni approcci pedagogici. Questi attribuiscono un'importanza relativa alla diagnosi, pongono l'accento sul funzionamento del bambino e mettono in atto interventi solo in presenza di disagio osservabile nell'allievo. Sebbene vi siano motivi anche logici alla base di questa corrente di pensiero, sono però evidenti alcuni suoi limiti. Questo approccio è, infatti, una delle cause principali delle diagnosi tardive e delle loro immaginabili conseguenze. Il bambino può non manifestare un disagio particolare durante gli anni di scuola elementare, ad esempio perché ben sostenuto da una docente attenta, oppure in presenza di un docente magnanimo e "largo di manica". Il disagio però comparirà inevitabilmente, al più tardi con il passaggio alla scuola media. Al bambino, ora ragazzo, è stato così limitato

l'accesso a possibili terapie e ad interventi volti a prevenire difficoltà e complicanze secondarie, tra i quali l'apprendimento di strumenti e strategie che avrebbero permesso un passaggio meno difficoltoso alla scuola secondaria.

L'assenza di disagio, quindi, non è un valido motivo per non porre diagnosi, per rimandare qualsiasi accertamento e per non attuare interventi. Infine, l'esperienza clinica ci mostra come diversi bambini giudicati sereni o privi di disagio significativo in ambito scolastico, facciano invece trasparire una sofferenza in famiglia, con altri adulti significativi o con i pari.

Sono precoci

Già durante il periodo prescolare possono essere colti segni di disattenzione e irrequietezza atipici, così come alcuni fattori di rischio per la possibile comparsa di un disturbo dell'apprendimento. A tale scopo sono stati messi in atto alcuni strumenti che possono essere di aiuto per una raccolta sistematica delle osservazioni da parte dei docenti già a partire dalla scuola dell'infanzia: tra questi strumenti citiamo le scale IPDA (Terreni et al., 2011), i questionari RSR-DSA (Cappa et al., 2017) e la scala SDAI per la rilevazione delle difficoltà attentive e di autoregolazione (Marzocchi et al., 2021). Queste scale e questionari supportano il docente nel processo di riconoscimento precoce e tempestivo di possibili “campanelli d'allarme”, punto di partenza per l'attuazione di una presa in carico che potrà prevedere attività di prevenzione in ambito scolastico, supporti pedagogici e interventi terapeutici laddove necessari. I genitori, dal canto loro, possono notare anche in età prescolare alcuni segnali indicativi di un possibile disturbo, ad esempio i bambini che presentano una dislessia sono spesso stati caratterizzati da un ritardo nella comparsa e nello sviluppo del linguaggio, così come da un mancato sviluppo delle abilità di pre-lettura e scrittura (es. riconoscere singole lettere o il proprio nome); i bambini con ADHD sono invece molto impegnativi fin dalla nascita, sono spesso neonati che dormono poco e continuano a mantenere negli anni un alto livello di attività. Il pediatra ha un ruolo centrale nella raccolta di queste informazioni anamnestiche e nel guidare i genitori verso un eventuale percorso diagnostico.

Sono evolutivi

DSA e ADHD sono caratteristiche che accompagnano l'individuo nel corso della propria vita. L'evoluzione di questi disturbi è solitamente favorevole se

riconosciuti, diagnosticati e presi in carico precocemente. Il loro tempestivo riconoscimento fa in modo che la scuola adotti le misure e le strategie necessarie per consentire all'allievo di esprimere al meglio le proprie potenzialità. Il bambino, con l'aiuto di terapisti e tutor dell'apprendimento, sviluppa nel tempo strategie autonome finalizzate a raggiungere gli obiettivi non solo scolastici ma, più in generale, di indipendenza nella vita quotidiana. La famiglia, informata, seguita ed addestrata, svolge poi un ruolo determinante nell'accompagnamento del percorso di crescita del figlio. Pertanto, i bambini che possono contare su un ambiente attento e supportivo avranno alte probabilità di essere adulti felici e perfettamente integrati nella società. La presenza di DSA e ADHD, infatti, non è di per sé un limite per la carriera scolastica e professionale, né per una soddisfacente qualità di vita.

Purtroppo, sappiamo che l'evoluzione non è sempre positiva e l'ambiente gioca un ruolo determinante nel tracciare la traiettoria che il bambino seguirà divenendo adolescente e poi adulto. È stato ampiamente dimostrato che il mancato riconoscimento del problema, la diagnosi tardiva, l'assenza di sostegni scolastici adeguati, la presenza di genitori disfunzionali e di famiglie con carenze affettive sono fattori altamente correlati con una evoluzione negativa del disturbo dell'apprendimento e dell'attenzione (Faraone et al., 2021). I disturbi che più frequentemente possono caratterizzare queste traiettorie sfavorevoli sono la depressione, i disturbi d'ansia, i disturbi di personalità e del comportamento, l'abuso e la dipendenza da sostanze.

Sono associati tra loro e con altri disturbi cognitivi

La presenza contemporanea di due o più disturbi tra loro distinti è definita comorbidità. In età evolutiva e nell'ambito dei disturbi del neurosviluppo la comorbidità è la regola più che l'eccezione. DSA e ADHD, infatti, sono spesso associati tra loro e con altri disturbi.

Diversi studi epidemiologici hanno documentato un'elevata comorbidità tra ADHD e DSA, che si attesta al 45% secondo le ricerche maggiormente accreditate (DuPaul et al, 2013). Ciò sta ad indicare che quasi la metà dei bambini con ADHD presenta anche una forma di disturbo specifico dell'apprendimento.

Il disturbo specifico di linguaggio (DSL), ovvero un disturbo dell'espressione e della comprensione orale, è presente nel 25% circa dei bambini con DSA (Catts et al., 2005) e può accentuare le difficoltà di apprendimento di questi allievi.

Il disturbo della coordinazione motoria (DCM), noto con il termine di disprassia, si ritrova nel 50% circa dei soggetti con DSA (Huc-Chabrolle et al., 2010). Abilità motorie iposviluppate possono avere ricadute nella vita quotidiana, rendendo il bambino goffo e maldestro, ma anche sul versante scolastico: la scrittura, il disegno, le attività manuali, l'uso di strumenti misura sono solo alcune delle attività scolastiche che richiedono l'efficienza del sistema motorio e delle abilità visuospaziali.

Sono associati con problemi psicologici e comportamentali

L'ADHD e i DSA sono ancora oggi ampiamente sottodiagnosticati o diagnosticati tardivamente, con conseguente impatto sia a livello individuale, sia a livello sociale. Per questi motivi la presenza di DSA e ADHD espone il soggetto ad un alto rischio di manifestare disturbi emotivi e psicopatologici.

La comorbilità tra disturbi psicopatologici e quadri di DSA e ADHD può caratterizzarsi in due modi: in alcuni casi vi è una co-occorrenza dei due disturbi, ovvero DSA e ADHD contribuiscono al manifestarsi di un disturbo psicopatologico che era soggiacente in bambini predisposti geneticamente per la sua comparsa; in altre situazioni, verosimilmente le più frequenti, DSA e ADHD sono responsabili della comparsa di problemi psicologici dovuti ai continui e ripetuti fallimenti scolastici, che portano il bambino a percepirsi come inappropriato e inadeguato.

La letteratura scientifica mostra, infatti, come i bambini affetti da ADHD e DSA presentino disturbi emotivi e psicopatologici con frequenza superiore rispetto ai bambini senza difficoltà di attenzione e di apprendimento (Donolato et al., 2021; Tistarelli et al., 2020). Questi possono essere distinti in disturbi internalizzanti ed esternalizzanti.

Il bambino che presenta *disturbi internalizzanti* sperimenta una sofferenza interna che non è sempre facile riconoscere. Si tratta di bambini che manifestano ansia, depressione, scarsa stima di sé, impotenza appresa (*learned helplessness*), tendenza all'ipercontrollo, inibizione, ritiro sociale e problemi somatici aspecifici e spesso senza riscontro medico oggettivo (mal di testa, nausea, dolori addominali, stanchezza, fastidio agli occhi, dolori articolari, sensazione di svenimento). Tra i disturbi internalizzanti l'ansia è il sintomo più frequentemente documentato nei bambini e nei ragazzi dislessici, riscontrato nel 70% degli allievi con difficoltà di apprendimento (Nelson & Harwood, 2011). All'interno dei disturbi d'ansia ritroviamo la fobia scolastica,

ovvero una particolare paura e avversione per la scuola alla quale contribuiscono in modo determinante componenti dell'ambiente scolastico come il comportamento dei compagni, la presenza di un sistema giudicante e competitivo e l'atteggiamento di uno o più docenti. Questa particolare paura, che può portare ad un rifiuto nei confronti della scuola, è presente nel 2% degli studenti (Moè et al., 2007). La depressione è presente nel 10% dei bambini e degli adolescenti di lingua italiana con DSA (Margari, 2013). Daniel e collaboratori (2006) in un'indagine sui quindicenni hanno trovato nei ragazzi con dislessia tendenze suicidarie tre volte superiori a quelle dei coetanei non dislessici.

I *disturbi esternalizzanti*, al contrario dei precedenti, sono maggiormente riconoscibili poiché il disagio del bambino e dell'adolescente si riversa all'esterno, configurandosi come elemento di disturbo per gli altri. Possono essere osservati comportamenti o veri e propri disturbi di tipo oppositivo-provocatorio, della condotta e di tipo esplosivo (American Psychiatric Association, 2014).

Il bambino oppositivo-provocatorio rifiuta spesso le richieste di genitori e insegnanti, viola deliberatamente le regole, ha un atteggiamento sfidante e compie azioni allo scopo di provocare adulti e coetanei. Questi bambini, oltre ad innervosire gli altri, sono facilmente irritabili, possono avere accessi di ira, accusano gli altri per i propri errori e si espongono, pertanto, a frequenti litigi.

I bambini e i ragazzi con disturbo della condotta sono propensi a violare le norme sociali e i diritti degli altri, assumono atteggiamenti prepotenti, provocano liti e colluttazioni. Possono rendersi responsabili di furti e danneggiamenti, appaiono insensibili e poco empatici e ciò li porta a mettere in atto angherie nei confronti di persone deboli e degli animali.

I bambini con disturbo esplosivo-intermittente sono soggetti ad esplosioni di rabbia sproporzionate rispetto alla reale entità degli eventi, durante le quali possono danneggiare oggetti, lanciare invettive o manifestare accessi di collera verbale.

La presenza di disturbi emotivi e psicopatologici che, come abbiamo visto, può arrivare fino a comportamenti devianti e antisociali, è in gran parte dovuta all'insuccesso scolastico e sociale e alla mancanza di interventi adeguati e tempestivi a favore dei bambini e dei ragazzi con DSA e ADHD. I disturbi psichici e del comportamento, infatti, sono amplificati nei casi non diagnosticati e in quelli che ricevono una diagnosi tardiva.

4. Evoluzione dei DSA e dell'ADHD in adolescenza e nell'età adulta

DSA e ADHD sono condizioni che caratterizzano l'individuo e che lo accompagnano nel corso della propria vita. I disturbi, tuttavia, si modificano nel tempo e ciò che può cambiare in modo rilevante è il loro impatto funzionale. Un ruolo determinante in questo processo è giocato dall'ambiente.

I ragazzi con DSA e ADHD hanno le stesse potenzialità dei coetanei di pari intelligenza. Il disturbo specifico, infatti, non è di per sé un limite per la carriera accademica e professionale. Oggi sappiamo che gli allievi con DSA e ADHD devono essere messi nelle condizioni migliori per poter apprendere ed esprimere ciò che hanno imparato; pertanto, non vanno penalizzati per le loro difficoltà specifiche, vanno sostenuti attraverso misure individualizzate e devono poter usare alcuni strumenti compensativi (es. le svariate funzioni e applicazioni per tablet e personal computer utili per l'apprendimento).

Il mondo della scuola e l'approccio di ogni singolo docente influenzano in modo determinante il percorso di vita di un allievo con DSA: l'allievo riconosciuto e sostenuto affronterà le proprie difficoltà e avrà la possibilità di scegliere il percorso di studio e la professione che sentirà propri; viceversa, l'allievo confrontato con docenti non motivati a riconoscerne le peculiarità, soccomberà di fronte alle proprie difficoltà. Quest'ultimo sarà ripetutamente confrontato con l'insuccesso, con l'incomprensione, con la frustrazione e con la conseguente limitazione delle possibilità di intraprendere alcuni percorsi di studio e professionali. È dunque immaginabile che ci si troverà di fronte ad un adolescente e poi ad un adulto insoddisfatto e infelice. Il rischio di disturbi psicopatologici, come detto in precedenza, è particolarmente alto in questi casi.

Non solo la scuola ma anche la famiglia contribuisce a delineare il percorso evolutivo del bambino con DSA o ADHD. Il riconoscimento del disturbo da parte dei genitori e la presenza di un approccio volto a sostenere il figlio nelle difficoltà favorisce il percorso di crescita del bambino con DSA o ADHD. Viceversa, la presenza di genitori che non riconoscono o negano l'esistenza del disturbo del figlio, la presenza di genitori che non seguono i consigli terapeutici, la trascuratezza affettiva, la presenza di famiglie caotiche e di disturbi psichici nei genitori sono fattori di rischio riconosciuti per una evoluzione negativa (Faraone et al., 2021).

L'evoluzione del disturbo di apprendimento e dell'autoregolazione è anche influenzata da un ulteriore aspetto ambientale, ovvero dalle risorse disponi-

bili a livello sociale, educativo e sanitario. È infatti intuitivo che si potrà assistere alla migliore evoluzione possibile in presenza di un sistema scolastico formato nel riconoscimento precoce e nella presa in carico delle problematiche, in presenza di un sistema sanitario in grado di fornire accertamenti diagnostici e terapie tempestive e disponibili sull'intero territorio e in presenza di un sistema sociale capace di accompagnare i bambini, i ragazzi e loro famiglie nel percorso di cura e in quello di inserimento nel mondo del lavoro.

5. La terapia dei DSA e dell'ADHD

L'offerta terapeutica per l'ADHD e i DSA è piuttosto ampia, tuttavia per diversi metodi mancano prove di efficacia robuste e convincenti. In questo paragrafo si cercherà di descrivere brevemente gli approcci riconosciuti come efficaci in base alle evidenze scientifiche di più alto livello ad oggi disponibili (Faraone et al., 2021).

La terapia farmacologica dell'ADHD è supportata da prove di efficacia provenienti da numerosi studi controllati. Il metilfenidato è il principio attivo che mostra i migliori risultati a fronte del minor numero di effetti collaterali.

Tra le terapie non farmacologiche per l'ADHD, invece, vi sono sufficienti prove di efficacia per ciò che concerne il *parent-training*, i training cognitivi e la psicoterapia cognitivo-comportamentale per gli adulti con ADHD. Al momento non è documentato un chiaro beneficio di altre forme di psicoterapia, soprattutto in bambini e ragazzi con ADHD: questo approccio può essere utile per affrontare i vissuti emotivi del soggetto, ma non determina una riduzione dei sintomi tipici del disturbo, né dà al bambino gli strumenti per fronteggiarli.

Altri approcci, nati in contesti differenti, hanno mostrato attenzione anche per l'ADHD ma senza riuscire a superare il vaglio della ricerca scientifica: tra questi vi sono i metodi basati sulla meditazione, le cosiddette terapie "alternative" (es. cromoterapia, Fiori di Bach, omeopatia) e i training di rieducazione visiva (Rucker & Phillips, 2018).

Nell'ambito dei DSA, tra i vari metodi adottabili, solo alcuni hanno dimostrato una efficacia, seppur modesta (Linee Guida sulla Gestione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, 2022). Si tratta di approcci combinati, nei quali l'intervento è diretto contemporaneamente su più componenti: esso consiste, per la dislessia, nel potenziamento simultaneo delle abilità fonologiche, metafonologiche, di transcodifica, lessicali, morfosintattiche e delle

strategie utili alla comprensione del testo; per la disortografia, nell'intervento contemporaneo sulla competenza ortografica, sulla rappresentazione dei pattern ortografici e sul potenziamento delle funzioni esecutive di memoria di lavoro e inibizione della risposta; per il calcolo, nel potenziamento simultaneo dell'automatizzazione dei fatti aritmetici e nell'adozione di strategie basate su esempi concreti, di vita reale, meglio se supportati dall'uso della tecnologia informatica, dimostratasi utile nel sostenere i processi di visualizzazione e di rappresentazione.

Se per dislessia, disortografia e discalculia si raggiungono risultati, seppur modesti, unicamente attraverso un lavoro contemporaneo su più aspetti, per la disgrafia si sono invece rivelati efficaci alcuni singoli approcci.

Gli studi hanno dimostrato che, anche per questi, il cambiamento osservato è significativo ma modesto. Gli interventi efficaci sono i seguenti:

- quelli basati sull'uso di istruzioni sistematiche ed esplicite della grafia, ovvero interventi riabilitativi strutturati sui raggruppamenti per famiglie di lettere, sull'esplicitazione della direzione dei tratti che le compongono con dimostrazione visiva e verbale, sul recupero del corretto pattern motorio attraverso la copia e la riproposizione a memoria;
- gli approcci fondati sull'applicazione di strategie di autodirezione verbalizzata, contemporanea alla sequenza di movimento prodotta per ogni singola lettera;
- i training che utilizzano modelli in movimento per visualizzare il processo di formazione della singola lettera, soprattutto con il supporto della tecnologia (pc e tablet). I dati trovati in letteratura non rilevano effetti positivi sulla fluenza e sulla leggibilità della scrittura dopo training mirati al solo miglioramento della motricità fine.

6. Conclusioni

I disturbi dell'attenzione e i disturbi specifici di apprendimento caratterizzano un elevato numero di bambini e ragazzi, almeno uno o due per classe.

Il funzionamento scolastico e sociale di questi soggetti dipende non solo da aspetti strettamente individuali ma, in larga misura, dalle risposte che essi ricevono dall'ambiente. Sappiamo che si tratta di giovani con intelligenza normale e che possiedono le medesime potenzialità dei coetanei non-DSA e non-ADHD.

Scuola, famiglia, sistema sanitario e sistema sociale hanno quindi la responsabilità di garantire ad ogni ragazzo la migliore evoluzione e la più alta qualità di vita possibile. Questo non solo a favore del soggetto, ma a favore dell'intera collettività: il benessere dei singoli individui si riflette, inevitabilmente, sul benessere della società.

Gli strumenti per seguire questa direzione, come ampiamente descritto in questo capitolo, sono il riconoscimento precoce delle difficoltà tipiche dei soggetti con DSA e ADHD, l'applicazione di misure per gestire le problematiche contingenti e l'attuazione di interventi clinici e pedagogici preventivi, ovvero utili per scongiurare l'insorgenza di problematiche secondarie o per limitarne la portata.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina.
- Cappa, C., Albanesi, E., Gagliano, A., Guglielmino, P., Molinas, L., Muzio, C., & Rossi, V. (2017). *RSR-DSA: questionari di osservazione sistematica per la rilevazione di difficoltà e disturbi dell'apprendimento*. Giunti Psychometrics.
- Catts, H.W., Adlof, S.M., Hogan, T.P., & Weismer S.E. (2005). Are specific language impairment and dyslexia distinct disorders? *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 48(6), 1378-96.
- Daniel, S.S., Walsh, A.K., Goldston, D.B., Arnold, E.M., Reboussin, B.A., & Wood, F.B. (2006). Suicidality, school dropout, and reading problems among adolescents. *Journal of Learning Disabilities*, 39(6), 507-514.
- Donolato, E., Cardillo, R., Mammarella, I.C., & Melby-Lervåg, M. (2021). Research Review: Language and specific learning disorders in children and their co-occurrence with internalizing and externalizing problems: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*. 63(5), 507-518. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13536>
- DuPaul, G.J., Gormley, M.J., & Laracy, S.D. (2013) Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 43-51.
- Faraone S.V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman J., Bellgrove, M.A., Newcorn, J.H., Gignac, M., Al Saud, N.M., Manor, I., Rohde, L.A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M.A., Albatti, T.H., Aljoudi, H.F., Alqahtani, M.M.J., Asherson, P., ..., & Wang, Y. (2021). The World Federation

- of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789818.
- Huc-Chabrolle, M., Barthez, M.A., Tripi, G., Barthélémy, C., Bonnet-Brilhault, F. (2010) Les troubles psychiatriques et psychocognitifs associés à la dyslexie de développement : un enjeu clinique et scientifique [Psychocognitive and psychiatric disorders associated with developmental dyslexia: A clinical and scientific issue]. *Encephale*, 36(2), 172179.
- Linee Guida sulla Gestione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (2022). https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2022/01/LG-389-AIPO_DSA.pdf
- Margari, L., Buttiglione, M., Craig, F., Cristella, A., De Giambattista, C., Matera, E., Operto, F., & Simone M. (2013). Neuropsychopathological comorbidities in learning disorders. *BMC Neurology*, 13, 13198.
- Marzocchi, G.M., Re, A.M., & Cornoldi, C. (2021). BIA-R. *Batteria Italiana per l'ADHD-Revised*. Erickson.
- Moè, A., De Beni, R., & Cornoldi, C. (2007). Difficoltà di apprendimento: aspetti emotivo-motivazionali. In C. Cornoldi (a cura di), *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*, (pp.253271). Il Mulino.
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (2020). *I principali dati relativi agli alunni con DSA nell'anno scolastico 2018/2019*. MI-DGSIS - Ufficio Gestione Patrimonio informativo e Statistica.
- Nelson, J.M., & Harwood, H. (2011) Learning disabilities and anxiety: a meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 44(1), 317.
- Rucker, J.C., & Phillips, P.H. (2018). Efferent Vision Therapy. *Journal of Neuro-Ophthalmology*, 38, 230236.
- Singer J. (1998). *Odd People In: The Birth of Community Amongst People on the Autistic Spectrum: A personal exploration of a New Social Movement based on Neurological Diversity*. Faculty of Humanities and Social Science University of Technology, Sydney.
- Terreni, A., Tretti M.L., Corcella, P.R., Cornoldi, C., & Tressoldi, P.E. (2011). IPDA nuova edizione. *Questionario osservativo per l'identificazione precoce delle difficoltà di apprendimento*. Erickson.
- Tistarelli, N., Fagnani, C., Troianiello, M., Stazi, M.A., & Adriani, W. (2020). The nature and nurture of ADHD and its comorbidities: A narrative review on twin studies. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 109, 6377.
- World Health Organization (2019). ICD-11. *International classification of diseases 11th Revision*. <https://icd.who.int/en>

100%

100%

100%

100%

III. Linee guida e direttive: un esempio di obiettivi e di applicazioni in Ticino

Verena Cavadini

Responsabile cantonale per la logopedia, Sezione della Pedagogia Speciale, Dipartimento dell'educazione della cultura e dello sport.

verena.cavadini@ti.ch

Abstract

Sulla base della Legge sulla pedagogia speciale del 15 dicembre 2011 e del Regolamento della pedagogia speciale del 26 giugno 2012 facendo propria la necessità di garantire una scolarizzazione adeguata agli allievi dislessici, disortografici e discalcolici, il Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport del Cantone Ticino nell'aprile del 2014 emana le Direttive 56. Nell'interesse degli allievi che presentano una forma di dislessia e/o disortografia e/o discalculia secondo i parametri diagnostici specifici, la scuola permette di ricorrere ad alcune misure pedagogiche di base sia per seguire le lezioni sia per lo svolgimento di prove di verifica. Il testo presenta e illustra tali direttive, i nuovi Criteri diagnostici e le Linee guida cantonali per la valutazione dei DSA.

Parole chiave

Direttiva n°56, Criteri diagnostici, Linee guida cantonali, valutazione DSA.

1. Direttive Dipartimentali DECS n°56

In Ticino esistono le Direttive Dipartimentali DECS n° 56 del 3 aprile 2014 sugli allievi dislessici, disortografici e discalculici che tengono conto delle disposizioni contenute nella Legge sulla pedagogia speciale entrata in vigore il 15 dicembre 2011 e del suo Regolamento di applicazione.

Queste Direttive tengono in considerazione la necessità di garantire una scolarizzazione adeguata agli allievi con un disturbo specifico dell'apprendimento (DSA) sia all'interno della Divisione della scuola sia all'interno della Divisione della formazione professionale.

Infatti per gli allievi che presentano una forma di dislessia e/o disortografia e/o discalculia secondo i parametri diagnostici riconosciuti dal/la Responsabile cantonale per la logopedia, la scuola permette di ricorrere ad alcune misure pedagogiche di base sia per seguire le lezioni sia per lo svolgimento di prove di verifica.

Le Direttive consentono, dopo la valutazione di ogni specifica situazione, compatibilmente con le leggi ed i regolamenti vigenti in ogni ordine e grado di scuola e nell'ambito di un progetto pedagogico, la messa in atto di uno o più dei seguenti interventi:

- limitare gli appunti e permettere di fotocopiare quelli dei compagni;
- concedere tempi più lunghi per le verifiche;
- consegnare i compiti per iscritto (se possibile in forma elettronica) e di formularli anche a voce;
- permettere nel corso del lavoro scolastico di effettuare delle brevi pause e di svolgere gli esercizi e le verifiche in aula separata.

In casi di comprovata necessità, dopo l'applicazione degli interventi sopramenzionati, può essere autorizzata l'utilizzo dei seguenti strumenti compensativi:

- uso di sintesi vocale;
- videoscrittura con correttore ortografico;
- dizionario elettronico;
- uso di mezzi compensativi: tabelle, calcolatrice, registratore, penna digitale.

Inoltre possono essere adottate le seguenti ulteriori misure pedagogiche sempre compatibilmente all'ordine e al grado scolastico:

- sostituzione delle verifiche scritte con quelle orali;
- riduzione della lunghezza delle prove (valutazione differenziata);
- esonero dalle lingue straniere.

Le misure vengono richieste dal referente scolastico per i DSA che prepara la richiesta di misure accompagnatorie in accordo con l'allievo, la famiglia, i docenti e gli specialisti.

Le misure vengono approvate dalla Direzione scolastica e inoltrate alla Sezione della pedagogia speciale la quale emana una Decisione per i casi di dislessia, disortografia e discalculia.

A monte, l'osservazione in classe di questi allievi porta ad una segnalazione, ad una valutazione logopedica e ad una valutazione cognitiva che permettono di porre una diagnosi e di effettuare un'analisi dei bisogni educativi e delle misure pedagogiche da mettere in atto.

L'obiettivo della differenziazione è quello di:

- semplificare le modalità e le strategie nell'apprendimento scolastico preservandone i contenuti;
- portare l'allievo all'autonomia rispettando il principio di equità e di pari opportunità.

2. Criteri diagnostici e Linee guida cantonali per la valutazione dei DSA

La Sezione della pedagogia speciale ha ritenuto necessario aggiornare i criteri per riconoscere le diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) per i quali vengono richieste delle misure compensative, rispetto all'evoluzione delle conoscenze internazionali degli ultimi anni riguardo a questa tematica.

Si è quindi deciso di riattivare, alla fine del 2019, il gruppo di lavoro che era stato istituito nel 2012 allo scopo di delineare procedure valutative condivise tra i diversi specialisti e nei differenti contesti. Il 4 aprile 2021 è stato presentato il documento aggiornato sui Criteri diagnostici e le Linee guida cantonali per la valutazione dei DSA.

Il gruppo di lavoro composto da Verena Cavadini, Sezione della pedagogia

speciale; Emanuela Di Campi, Associazione logopedisti della Svizzera italiana (ALOSI); Marco Di Gangi, Associazione ticinese psicologi (ATP); Giuseppe Foderaro, Istituto pediatrico della Svizzera italiana (IPSI) dell'Ente ospedaliero cantonale; Kathy Tamagni Bernasconi, Collegio dei capigruppo del Servizio di sostegno pedagogico della Scuola Media e Alberto Wohlgemuth, Collegio dei capigruppo del Servizio di sostegno pedagogico delle Scuole Comunali; ha condiviso al suo interno la necessità di fare riferimento alle Linee Guida per la diagnosi dei DSA attualmente disponibili a livello internazionale.

Il documento sui Criteri diagnostici del 2021 va pertanto inteso come un'integrazione delle linee guida già esistenti.

Esso specifica alcuni elementi e delinea alcune procedure all'intenzione dei diversi professionisti riconosciuti al fine di garantire ad ogni soggetto con DSA una valutazione che soddisfi criteri minimi di qualità.

La valutazione dei DSA deve includere obbligatoriamente una valutazione cognitiva e la valutazione degli apprendimenti. In caso di sospetto disturbo della letto-scrittura si rende necessario anche un esame del linguaggio (valutazione logopedica).

Nel documento vengono esplicitati gli esami da svolgere, gli strumenti da utilizzare e i criteri peritali necessari.

La diagnosi di DSA può essere formulata solo a seguito dell'avvenuto completamento dell'intero iter diagnostico.

In caso di conferma della diagnosi si suggerisce di fare riferimento ai sistemi di codifica attuali adottando i codici della classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati (ICD-10) e DSM-5, nello specifico F81.0 per disturbo specifico della lettura (dislessia); F81.1 per disturbo specifico della scrittura (disortografia); F81.2 per disturbo specifico delle abilità aritmetiche (discalculia); F81.3 per disturbo misto delle abilità scolastiche (discalculia con dislessia e/o disortografia) e F81.8 per disturbo dell'espressione scritta (disgrafia).

Bibliografia

Panel di aggiornamento e revisione della Consensus Conference DSA (2011).

Raccomandazioni cliniche sui DSA - Documento d'intesa.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

Consiglio di Stato (2017) *Regolamento della pedagogia speciale*, Cantone Ticino.

- Cornoldi et al. (2012). *Documento di accordo. La diagnosi di Discalculia*. AIRIPA-AID.
- Cornoldi C., & Tressoldi, P.(2014). Linee Guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170: invito ad un dibattito. In *Psicologia clinica dello sviluppo*, 18 (1), 75-92.
- Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport (2014). *Direttive sugli allievi dislessici, disortografici e discalculici*, n°56, Cantone Ticino.
- Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2011). *Consensus Conference: disturbi specifici dell'apprendimento. Documento conclusivo*.
- Gran Consiglio cantonale (1990) *Legge cantonale della scuola (LSc)*, Cantone Ticino.
- Gran Consiglio cantonale (2011) *Legge cantonale sulla Pedagogia speciale*, Cantone Ticino.
- Sezione della pedagogia speciale (2021). *Criteri diagnostici e le Linee guida cantonali per la valutazione dei DSA*. Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport, Cantone Ticino.
- World Health Organization (2016) *ICD 10: International statistical classification of diseases and related health problems - 10th revision, 5th edition*.

IV.

IV. La scuola media di fronte ad allievi con deficit dell'attenzione, impulsività, iperattività: un quadro... variegato

Daniele Lucchini

Lic. phil. scienze dell'educazione. Già Capogruppo del Servizio di sostegno pedagogico della Scuola Media, regione locarnese (2000-2021).

d_lucchini@bluewin.ch

Abstract

Rispetto ai disturbi evolutivi la scuola persiste nel riconoscere formalmente come allievi con bisogni educativi speciali (BES) unicamente chi presenta una certificazione medico-psicologica di disturbo specifico dell'apprendimento (DSA) escludendo altri disturbi evolutivi specifici come appunto ADHD o altre forme cliniche. Per di più la certificazione è un riconoscimento generico e poco operativo dal punto di vista scolastico che può rendere possibili delle disparità di attenzioni.

L'esperienza diretta e interna al Servizio di sostegno pedagogico della Scuola Media porta chi scrive a ricordare come da più anni fra i responsabili scolastici, i docenti e i genitori vi siano persone che invocano una risposta istituzionale più equa e meno riduttiva nella lettura dei BES nonché più efficace ed efficiente negli interventi.

Nonostante le importanti e crescenti risorse specialistiche dispiegate nell'ultimo decennio per rispondere ai BES individuali, fra i vari istituti di scuola media del Cantone permangono differenze notevoli nel riconoscere e valorizzare questi allievi a causa di un insufficiente quadro normativo e procedurale specifico e in particolare per quanto riguarda l'implementazione di una progettazione didattica strutturalmente inclusiva.

Parole chiave

Bisogni educativi speciali, disturbi evolutivi specifici, sostegno pedagogico.

1. Introduzione

Mi è stato chiesto d'intervenire parlando degli allievi con deficit dell'attenzione e Iperattività (ADHD) alla scuola media, ma faccio fatica tanto più che presentano spesso comorbidità con DSA o altri disturbi evolutivi o disabilità.

La mia esperienza e lettura della situazione nella scuola media è focalizzata su ciò che è a valle delle certificazioni: le manifestazioni in classe, le reazioni comportamentali, le difficoltà in fase di apprendimento e d'insegnamento e le misure d'intervento pedagogico-didattiche.

In altre parole un conto è l'accertamento della disabilità, o nel nostro caso, del disturbo specifico, un conto è sapere come funziona un allievo nel contesto scolastico, a prescindere delle origini delle sue difficoltà, quali sono i suoi bisogni educativi e quali didattiche inclusive intraprendere da parte dei docenti disciplinari, degli operatori specializzati e a livello sistemico.

Negli ultimi dieci anni vi è stata indubbiamente nella scuola una maggiore e concreta attenzione nei confronti degli allievi con disturbi evolutivi specifici, nello specifico i DSA, grazie anche alle direttive del DECS (n°56, 3 aprile 2014), di cui riferisce Cavadini nel suo intervento in questa monografia, e alle misure predisposte. Un lungo periodo nel corso del quale si sono svolte diverse esperienze significative.

Va comunque rilevato che la realtà scolastica ticinese non è omogenea - e mi limito alla scuola media - e da più parti (direzioni scolastiche, docenti, SSP, esperti di materia), e da anni, si chiedono con una certa urgenza maggiori chiarificazioni e qualche correttivo.

È notevolmente migliorata l'individuazione degli allievi con bisogni speciali, la collaborazione tra la scuola elementare e la scuola media, attraverso in particolare il Servizio di sostegno pedagogico (SSP), facendo aumentare notevolmente - seppur in modo molto disomogeneo a livello cantonale - le richieste di certificazioni, il numero di allievi con disturbi evolutivi specifici, i progetti educativi personalizzati (PEP) e per alcuni casi le richieste di risorse straordinarie.

In una recente risposta a un'interrogazione parlamentare su come agire e sostenere docenti e allievi con DSA e ADHD, il Consiglio di Stato ha risposto (Risposta 1663 del 1° aprile 2020 all'interrogazione n°14.20 del 20 gennaio 2020) che

Il sistema scolastico ticinese prevede diversi sostegni per gli studenti che hanno un bisogno educativo speciale/particolare (BES) e questo indipendentemente da una specifica diagnosi. Gli allievi con disturbi specifici di apprendimento e/o dell'attenzione e/o con iperattività beneficiano quindi di sostegni erogati in forme e intensità diverse in funzione dei loro bisogni. [...] Per quanto attiene ai problemi di attenzione e iperattività (ADHD) non vi sono delle misure specifiche [e che] i temi legati ai DSA/ ADHD restano ancora relativamente poco conosciuti all'interno della scolarizzazione regolare.

2. Qualche dato

A nostra conoscenza non c'è in Ticino uno studio sulla natura e l'ampiezza della problematica (ADHD, ecc.) nelle scuole medie (36 istituti) e quindi ci possiamo basare solo su quanto osservato nella funzione legata al Servizio di sostegno pedagogico (SSP) almeno a livello regionale senza pretese di generalizzazione.

Uno studio qualitativo del fenomeno, e delle misure pedagogico-didattiche adottate (le buone pratiche!), è ancor più necessario tenuto conto delle ben note differenze tra i diversi istituti o contesti scolastici.

Nello scorso anno scolastico, nel Locarnese, circa 30 allievi di scuola media avevano una certificazione ADHD e almeno altri 20 allievi erano senza una diagnosi, ma con un profilo che simula o è associato oppure è forse parte integrante dell'ADHD, ma per i quali non sappiamo se raggiungono una soglia di rilevanza clinica. Per quello che possono valere questi dati, essi rappresentano a livello regionale il 2,5% degli allievi: 1/3 degli allievi con ADHD segue una terapia farmacologica.

Punti nodali

Il quadro normativo del DECS si basa prevalentemente su una certificazione di disturbo specifico "limitata" ai DSA e senza alcuna distinzione procedurale per ordine scolastico; d'altra parte non sono immaginabili direttive distinte per allievi con ADHD, un funzionamento cognitivo limite, disturbi dello spettro autistico, disturbo oppositivo o della condotta, ecc.

Nonostante le innumerevoli discussioni a livello dei responsabili scolastici per almeno un decennio, non esiste al momento nella scuola media un quadro concettuale istituzionale per gli allievi con disturbi evolutivi specifici e questo concorre a mantenere delle disparità di trattamento a livello d'istituto scolastico e tra allievi BES con o senza certificazione.

Predomina ancora la dimensione medico-clinica e classificatoria (anche all'interno della scuola) e la dimensione pedagogica non ha ancora trovato la propria via e dei punti di riferimento validi in modo uniforme a livello cantonale. La certificazione non potrà mai essere risolutiva delle difficoltà scolastiche e ancor meno la buona volontà di qualche docente volenteroso.

Grazie al percorso diagnostico si possono individuare i cosiddetti falsi positivi e i disturbi in comorbidità (soprattutto per ADHD) o in generale gli allievi che non rispondono a tutti i criteri per una certificazione di disturbo specifico. Secondo le attuali disposizioni però, questi allievi non potranno beneficiare di un'attenzione specifica e straordinaria se non attraverso altre procedure, spesso insufficienti; questa distinzione è sempre più incomprensibile poiché la sintomatologia e i problemi d'apprendimento sono comuni.

La presenza di allievi con disturbi specifici interpella diversi enti o sezioni del DECS, in particolare la scuola regolare e la Sezione della pedagogia speciale (SPS), che negli ultimi anni hanno sviluppato una forte collaborazione strutturale; si pensi agli Operatori pedagogici per l'integrazione (OPI), le classi inclusive e la logopedia (fornitura e formazione all'uso di strumenti compensativi). In una scuola inclusiva che sostiene il diritto all'accesso, è forse opportuno superare questa storica e superata ripartizione di ruoli e competenze che spesso complicano diversi aspetti organizzativi e progettuali. È ormai inadeguato il concetto tradizionale secondo cui la scuola regolare delega a servizi o settori specialistici la risposta ai BES individuali.

Sono inoltre aumentate e diversificate le misure specifiche e le figure d'accompagnamento individualizzato nelle classi regolari. Sembra prevalere ancora l'idea di risorse per il singolo allievo con bisogni speciali. Sono misure di natura integrativa, cioè un'attenzione speciale in luoghi ordinari "solo", o in prevalenza, per allievi con certificazioni.

È richiesto un impegno non indifferente (e tempo) da parte dei docenti, soprattutto dei docenti di sostegno pedagogico (DSP) (e capogruppo del SSP), nell'elaborazione delle richieste di erogazione di risorse e al loro coordinamento, ma soprattutto nell'esplicitazione delle misure pedagogico-didattiche specifiche ai bisogni dell'allievo in questione. In molte situazioni questo frena o blocca direzioni scolastiche, diversi docenti e operatori SSP perché si teme – a mio avviso erroneamente – un'esplosione di progetti personalizzati formalizzati. D'altra parte non basta elaborare un bel progetto personalizzato se non vi è adesione convinta, competenze, ma anche e soprattutto indiriz-

zo e vigilanza da parte delle autorità scolastiche.

La Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) ci ricorda - ma è ben evidente a chi lavora nella scuola - che anche i contesti, la mediazione ambientale, possono creare difficoltà significative, non solo le situazioni, le patologie, individuali. In alcuni contesti scolastici o famigliari si sviluppano invece fattori protettivi e dei facilitatori per allievi con BES, con o senza certificazione.

A fronte di una certificazione ci si aspetta a volte (genitori e docenti) misure speciali o risorse straordinarie da parte della SPS, indipendentemente da un funzionamento problematico a scuola. In alcuni casi si parla di disparità di trattamento quando accanto vi sono allievi in grande difficoltà, ma che non posso ottenere una certificazione o misure straordinarie per rispondere adeguatamente ai propri BES.

Occorrerebbe distinguere e chiarire la flessibilità pedagogico-didattica (differenziazione) dalle risorse aggiuntive o straordinarie per un accompagnamento personalizzato e individuale da parte della Sezione della pedagogia speciale; si veda la piramide degli interventi (Bonvin, non pubblicato) e in particolare la natura delle resistenze o gli ostacoli alle misure personalizzate. A livello istituzionale i consigli di classi devono prendersi carico di una progettazione strutturalmente più inclusiva sulla base dei cosiddetti progetti educativi personalizzati (PEP); un obiettivo difficile senza lo stimolo e il sostegno dei responsabili scolastici e di una specifica formazione a riguardo dei docenti.

All'interno degli istituti scolastici (non tutti!) è forte la costante tensione attorno al concetto di giustizia/equità fra gli allievi di una classe quando si tratta di adottare delle misure speciali per un allievo con BES per rapporto alle indicazioni didattiche di un insegnamento disciplinare. Per diversi docenti il problema è molto sentito. È necessario che l'istituzione scolastica chiarisca e ostacoli trattamenti, percorsi e valutazioni diversificate quando gli obiettivi formativi sono comuni per tutta la classe.

Al di là del quadro normativo desueto, del peso e ruolo della certificazione di un disturbo evolutivo specifico, per molti docenti la vera sfida è la didattica inclusiva e non da ultimo le verifiche formative e le valutazioni/certificazioni degli apprendimenti.

Di fronte alle difficoltà a regolare l'attenzione, l'impulsività o l'iperattività, prevale ancora nella scuola (e per alcuni genitori) l'idea generale che l'allievo, se

vuole e s'impegna, è in grado di controllarsi da solo; se ciò è vero per molti casi, l'allievo ADHD non raggiunge spontaneamente l'autonomia e l'autocontrollo.

3. La certificazione

Per la scuola, la necessità o l'opportunità di un percorso diagnostico non è sempre possibile o necessaria per diverse ragioni:

- il quadro che emerge da un primo screening a livello di SSP e di consiglio di classe non evidenzia sufficienti indizi per un ulteriore approfondimento specialistico o non sembra rientrare in una zona clinica; all'interno del SSP non vi è purtroppo un protocollo uniforme per i disturbi dell'attenzione, con o senza impulsività/iperattività, come invece esiste per i DSA;
- non lo si ritiene necessario, a torto o a ragione, per rispondere ai bisogni educativi di un determinato allievo; sono sufficienti le misure ordinarie predisposte dal SSP in collaborazione con singoli docenti o consiglio di classe;
- In rari casi la famiglia è contraria oppure poco disponibile o collaborante, soprattutto per ADHD;
- le condizioni dell'allievo non lo permettono ancora oppure il suo funzionamento scolastico non arreca problemi significativi (si temporeggia!).

Empiricamente ci è stato possibile osservare comunque la costante ricerca di una certificazione, soprattutto da parte di qualche genitore, ma a volte anche dalla scuola, per DSA e per ottenere una maggiore attenzione (e risorse!) a livello pedagogico-didattico o semplicemente per ottenere un certificato per il postobbligato; a volte anche quando l'allievo compensa bene grazie magari anche a un contesto scolastico tendenzialmente inclusivo.

Per i disturbi dell'attività e dell'attenzione o ADHD il problema è più sfuggibile e multiforme e ci si focalizza su altri sintomi (primari o secondari): DSA, DSL, disturbi d'ansia, del comportamento...

Profilo degli allievi nella scuola media

Nella scuola media vi sono sempre stati allievi con significative difficoltà attentive, iperattività, impulsività, ma alcuni si evidenziano attraverso comportamenti molto disfunzionali con performance scolastica insufficiente o si caratterizzano in generale per un temperamento difficile; sono quelli che attirano l'interesse e preoccupano maggiormente la scuola.

All'osservazione ci è stato possibile rilevare con una certa frequenza:

- dimenticanze ricorrenti (materiali, compiti);
- poco studio e poco tempo per lo studio e i compiti;
- deficit nel controllo delle emozioni e del comportamento;
- evitamento di attività che richiedono sforzo cognitivo prolungato;
- difficoltà organizzative, scarsa cura per i dettagli, distrazioni;
- scarso rendimento scolastico: a volte inferiore alle potenzialità cognitive;
- faticano a portare a termine le attività perché iniziano a pensare altre cose;
- difficoltà di adattamento sociale;
- crisi di collera e comportamenti aggressivi;
- crescendo ci si aspetta maggiore autonomia (regolativa e organizzativa), ma invece essa permane deficitaria: aumento frustrazioni e conflitti con adulti oltre che una ferita nell'immagine di sé e nel sentimento di autoefficacia.

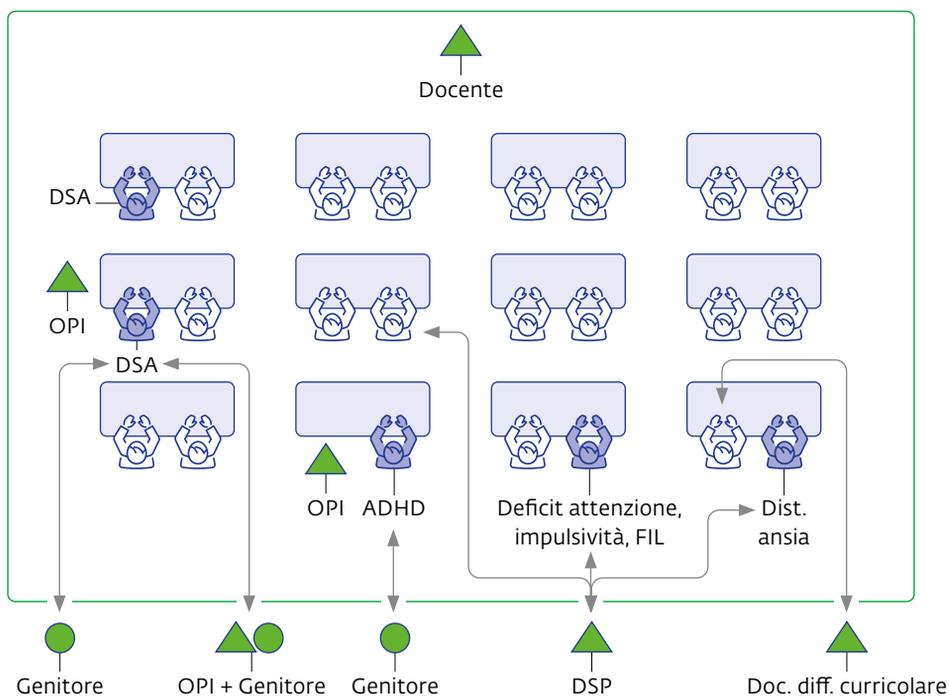
Va rilevato che nella pratica, pur non disponendo di dati scientifici assodati ma unicamente di osservazioni interne alle equipe, in circa la metà degli allievi in questione erano presenti DSA, DSL, disturbi d'ansia o fragilità cognitive.

In assenza di un vero percorso diagnostico, per la scuola (direzione e docenti) che privilegia risposte e misure immediate, questi allievi vanno spesso e velocemente sotto il capitolo di "situazioni difficili" con richieste d'intervento dell'educatore regionale o risorse straordinarie per un accompagnamento individualizzato.

In alcuni casi la scuola (singoli istituti o consigli di classe) è talmente presa dalle manifestazioni comportamentali disfunzionali di un determinato allievo che la presenza delle caratteristiche tipiche di un disturbo specifico dell'attenzione rimane sullo sfondo e non sufficientemente approfondito e tenuto in considerazione in un progetto esplicito di didattica inclusiva.

Occorre rilevare che da una parte abbiamo allievi che esternalizzano le loro difficoltà con una certa eccitazione verbale e motoria, oltre che una difficoltà nelle funzioni esecutive; altri invece si caratterizzano per uno "spengimento". In generale notiamo soprattutto allievi che pensiamo abbiano difficoltà a modulare l'*arousal* (dall'inglese eccitazione), ma vi sono anche allievi con un *arousal* molto basso o disequilibrato con evidenti difficoltà nell'attenzione e concentrazione.

Rispetto agli allievi con DSA per i quali i criteri diagnostici sono chiari e



- Classi relativamente numerose con allievi con profili molto diversi; molti con bisogni educativi normali e tanti con BES.
- Molti docenti disciplinari.

P.S. La sua diversità è una ricchezza e una risorsa che deve essere salvaguardata perché arricchente e formativa per ogni allievo. Sarebbe un grave errore ritornare al passato con classi più omogenee o parallele.

Presenza di allievi:

- con certificazioni
- senza certificazioni
- con accanto OPI per diverse ore

- Accompagnamento individuale fuori della classe
- interventi durante le lezioni (OPI, a volte DSP)

Collaborazione-coordinazione continua tra OPI e DSP con docenti disciplinari disponibili:

- Differenziazione pedagogica
- Misure dispensative
- Uso autonomo strumenti compensativi

Fig. 1 Realtà e dinamiche del contesto classe di scuola media

riconosciuti in campo internazionale (si veda il documento *Criteri diagnostici e Linee Guida cantonali per la valutazione dei disturbi specifici di apprendimento* della Sezione della pedagogia speciale del cantone Ticino del 1. Aprile 2021), sembra che per diversi allievi con sospetta ADHD la certificazione sia più difficile. Condivido quanto ci consigliano gli esperti: per queste situazioni acquistano particolare importanza le diagnosi differenziali e in comorbilità. Come è stato fatto per i DSA, occorrerebbero a livello cantonale dei criteri diagnostici comuni condivisi con le scuole.

4. In classe

Il tema degli allievi con disturbi evolutivi specifici non può essere compreso pienamente senza tener conto della realtà e delle dinamiche del contesto classe di scuola media. Lo schema alla pagina precedente rappresenta in modo semplificato la complessità quotidiana di una classe (Fig. 1).

Dalle nostre osservazioni vi sono fattori contestuali che influenzano le prestazioni e il funzionamento dell'allievo:

- la diversificazione e l'incremento della complessità dei compiti e attività; la velocità esecutiva e il carico di lavoro sono decisamente maggiori alla scuola media;
- il livello di stimolazione ambientale (uditiva, visiva);
- la fatica: grande sforzo a contenersi o gestire gli stimoli;
- assenza di regole esplicite e condivise e monitoraggio delle medesime;
- tensioni dovute a stress durante le verifiche degli apprendimenti;
- non da ultimo le aspettative e le scadenze dell'istituzione scolastica: passaggi alla classe successiva, scelta livelli, ecc.

Questi fattori sono a loro volta influenzati dagli antecedenti:

- esperienze negative;
- deficit dell'abilità di apprendimento e consapevolezza metacognitiva;
- scarsa empatia o attenzione da parte del docente o dei compagni;
- incomprensione delle consegne;
- inadeguata stima delle difficoltà o lunghezza del compito;
- fragilità emotive-relazionali;
- ...

Gli interventi a scuola

Per quanto riguarda gli interventi pedagogici o didattici a mio modo di vedere non c'è ancora sistematicità e una linea chiara nella scuola media cantonale; vi sono reazioni e approcci molto diversi fra gli istituti scolastici, stessa cosa per i consigli di classe o singoli docenti. Un'eterogeneità che in pratica si traduce in disparità di trattamento. Per questo motivo, come per i DSA, a mio avviso è opportuno elaborare formalmente un progetto pedagogico personalizzato (PEP) quale traccia del percorso inclusivo che ogni docente e consiglio di classe scolastico intende intraprendere.

Per gli allievi con ADHD (o per altri disturbi evolutivi specifici) non esiste un protocollo all'interno della scuola media.

Per gli allievi che possono beneficiare di un accompagnamento individualizzato per più ore alla settimana e in classe (Operatori pedagogici per l'integrazione, OPI) l'allievo riesce ad adattarsi, stare meglio e fare progressi. La presenza di un OPI in classe, durante le lezioni, non è scontata come pure il suo statuto all'interno del consiglio di classe.

In linea generale, a livello del gruppo-classe le misure si sviluppano su vari livelli:

- per gli allievi con DSA, o altri disturbi evolutivi specifici, abbiamo notato che una presentazione e discussione all'interno del gruppo classe (di regola da parte del DSP e docente di classe), delle caratteristiche e bisogni di un proprio compagno/a sono molto apprezzate e propedeutiche per l'inclusione; si crea maggiore sensibilità e un'effettiva collaborazione tra i coetanei. In questo ambito, a volte, vengono definite dal gruppo classe delle proprie regole di funzionamento e delle routine, un sistema di monitoraggio e di bilancio periodico sia del clima classe sia determinati problemi di funzionamento all'interno del gruppo;
- solitamente i DSP svolgono un'attività informativa destinata ai docenti, per consiglio di classe o per gruppi di materia, sui propri allievi con determinati disturbi evolutivi specifici: caratteristiche del disturbo, profilo allievo, misure dispensative o compensative per materia, ecc. In alcuni casi (pochi per rapporto alle esigenze!) vi sono stati momenti formativi per i docenti in collaborazione con SSP o persone esterne alla scuola.

Il ventaglio degli interventi, a livello individuale (DSP, OPI) e di gruppo

classe, è ampio e può variare molto da singoli docenti e consigli di classe; sono decisivi il ruolo del docente di classe e la stimolazione, l'appoggio attivo, della direzione scolastica. Empiricamente pensiamo di poter dire che i più osservabili per gli allievi delle nostre classi sono:

- definizione ed esposizione di regole per la classe: attività da parte del DSP assieme al docente di classe.
- messa in atto di routine;
- predisposizione di un contesto (fisico o relazionale) facilitante;
- personalizzazione di verifiche e apprendimenti: lunghezza, tempo, traguardi, ecc.
- monitoraggio comportamenti;
- uso di strumenti compensativi;
- misure dispensative;
- maggiore ed esplicita strutturazione e pianificazione dell'attività didattica: strategie metodologiche e didattiche facilitanti;
- *counseling* per genitori e singoli docenti da parte del DSP;
- interventi cognitivo-comportamentali mirati: contratti contingenti;
- programma rinforzi positivi con inventario comportamenti da aumentare/ridurre: *token economy*;
- sviluppo tecniche o approcci metacognitivi;
- adattamenti o modifiche curriculari.

Interventi esterni

Alcune osservazioni per quanto riguarda le terapie svolte all'esterno della scuola.

- Taluni allievi possono beneficiare favorevolmente di interventi di ergoterapia sovente accompagnata da informazione e coinvolgimento della scuola.
- Per i casi che ho potuto conoscere, la terapia farmacologica è stata molto positiva, malgrado a volte vi siano delle difficoltà nella gestione familiare del farmaco; buona la collaborazione con gli istituti pediatrici dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) o con pediatri.
- Spesso i docenti segnalano ai genitori, e magari lo scrivono ripetutamente nei giudizi intermedi, che il figlio è spesso disattento, chiacchiera, disturba ecc. Questa informazione arriva al pediatra tramite i genitori. In

certi casi questa segnalazione ha come correlato la prescrizione di una terapia farmacologica, ci è parso di capire, senza un adeguato approfondimento diagnostico e una coordinazione con gli operatori scolastici.

5. Per concludere un quesito per i pediatri e gli specialisti

In alcuni casi agli allievi con ADHD viene prescritto un trattamento farmacologico (chimico) e non voglio assolutamente sollevare ora la questione, ma semmai allargare l'orizzonte ad altri percorsi che coinvolgono e responsabilizzano direttamente l'allievo.

A livello scolastico riteniamo utile che i docenti abbiano una migliore conoscenza dei meccanismi fisiologici e comportamentali sottostanti al disturbo specifico di cui stiamo parlando e che spesso si evidenziano nei colloqui con i DSP e i genitori (chiacchiere, distrazioni, disorganizzazione, difficoltà di autocontrollo, ecc.) e che gli allievi stessi affermano di non riuscire a regolare autonomamente.

Mi preoccupano in particolare le situazioni di quegli allievi che non hanno una diagnosi (non ancora o perché non è possibile) o non sono in zona clinica, ma presentano probabilmente un evidente disequilibrio neurofisiologico con importanti ricadute a livello del benessere e del profitto scolastico. A questo proposito la nostra équipe SSP del locarnese ha iniziato una formazione con uno psicologo-psicoterapeuta per conoscere i presupposti di una via terapeutica che non sia chimica o cognitivo-comportamentale: le sedute di neurofeedback per apprendere e modulare il funzionamento del proprio sistema nervoso centrale (SNC), indipendentemente da una diagnosi di ADHD, poiché la finalità è migliorare lo stato di benessere e promuovere un buon equilibrio di funzionamento del SNC.

Al di là dell'aneddoto specifico riteniamo molto utile far conoscere ai docenti, oltre all'allievo direttamente interessato assieme ai genitori, indipendentemente dalla certificazione o meno di ADHD, quali sono i fattori contestuali o personali che influenzano il livello dell'*arousal*.

Qual è il parere di medici, pediatri o specialisti di ADHD? È possibile promuovere delle esperienze, assieme alla scuola, con questa tecnica di neuromodulazione la cui efficacia sembrerebbe essere ormai supportata da numerosi studi e pubblicazioni scientifiche?

Bibliografia

- Sezione della pedagogia speciale (2021) *Criteria diagnostici e Linee Guida cantonali per la valutazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento*, Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport, Cantone Ticino.
- Bonvin, P. *Il modello risposta all'intervento combinato alla differenziazione pedagogica. Libero adattamento del modello di Prud'homme e al.* (2016) In L. Prud'homme, H. Duchesne, P. Bonvin, R. Vienneau (a cura di), *L'inclusion scolaire : ses fondements, ses acteurs et ses pratiques*. De Boeck Supérieur
- Organizzazione mondiale della sanità. (2001) *Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*.

V.

V. Studio ma non ricordo... come mai?

Cristiano Termine¹ e Vera Galli²

¹Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università dell'Insubria, Varese.

²Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università di Brescia, Brescia.

Abstract

La memoria è un'abilità individuale implicata nei processi di sviluppo e di apprendimento. Un deficit di tale competenza può dunque ripercuotersi sull'andamento didattico, lavorativo, sociale e relazionale di un individuo, fin dall'età evolutiva. Diverse condizioni cliniche sono caratterizzate da deficit di una o più componenti della memoria e/o delle funzioni esecutive, tra cui il disturbo primario del linguaggio, i disturbi specifici dell'apprendimento e il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività. Ognuna di queste problematiche è meritevole di un percorso diagnostico specifico ed approfondito, finalizzato alla predisposizione di un profilo funzionale, alla pianificazione di un progetto riabilitativo e alla stesura di un piano didattico personalizzato. Dunque, una valutazione specialistica adeguatamente approfondita e una relazione clinica sufficientemente dettagliata saranno, per l'insegnante, fondamentali al fine di trarre dal profilo funzionale gli elementi utili a calibrare la metodologia didattica e le modalità valutative basate sulle specificità ed unicità dei bisogni educativi dell'alunno.

Parole chiave

Memoria, funzioni esecutive, apprendimento, linguaggio, attenzione.

1. Cos'è la memoria?

Il termine *memoria* indica sia la capacità di tenere traccia di informazioni relative a eventi, immagini, sensazioni, idee di cui si sia avuto esperienza e di rievocarle quando lo stimolo originario sia cessato riconoscendole come stati di coscienza trascorsi, sia i contenuti stessi dell'esperienza, in quanto rappresenta anche l'insieme dei meccanismi psicologici e neurofisiologici che permettono di registrare e successivamente di richiamare informazioni.

Partendo da tali presupposti, è facile immaginare quanto la memoria possa essere considerata uno strumento chiave per i processi di sviluppo e di apprendimento e quanto, d'altro canto, un deficit di tale competenza possa invece ripercuotersi sull'evoluzione didattica, lavorativa, sociale e relazionale.

Con il passare dei decenni, l'evoluzione delle conoscenze nell'ambito neurofisiologico e neurofunzionale ha permesso di sostituire la vecchia nozione secondo la quale ci sarebbero tre stadi della memoria unidirezionali (codifica, immagazzinamento e recupero), definendo come la memoria umana implichi, piuttosto, diversi sistemi mnesici che lavorano insieme in modo dinamico e simultaneo.

A scopo esplicativo può essere utile suddividere la memoria in diverse tipologie:

1. Memoria sensoriale
2. Memoria a breve termine
3. Memoria di lavoro o *working memory*
4. Memoria a lungo termine, a sua volta suddivisa in:
 - Memoria semantica
 - Memoria episodica
 - Memoria procedurale

Più in generale, inoltre, possiamo suddividere le abilità mnesiche in:

- Implicite, “si ricorda senza averne consapevolezza”: competenze stabilmente acquisite, utilizzate spontaneamente al momento del bisogno.
- Esplicite, “si sa di ricordare”: nozioni *pensate*, che necessitano di un certo livello di elaborazione volontaria e contestuale.

Più nello specifico, la memoria a breve termine rappresenta la capacità di immagazzinare un piccolo numero di informazioni per un periodo di tempo limitato. La memoria a lungo termine è quella che ci permette di immagazzinare esperienze personali specifiche, conoscenze ed abilità, che abbiamo la facoltà di “recuperare” in caso di necessità nell’ambito della vita quotidiana e, potenzialmente, nel corso di tutta la vita. Entrambe risultano alla base della formazione, del mantenimento e del recupero dei ricordi.

2. *Working memory*, attenzione e apprendimento

Con il termine memoria di lavoro o *working memory* identifichiamo quel sistema mnesico che consente il mantenimento attivo e la capacità di processare e manipolare le informazioni (ad esempio, tenere a mente una sequenza di cifre e rievocarla partendo dall’ultima per tornare alla prima). Questa è una funzione neuropsicologica ad alta variabilità interindividuale, che permette di mantenere ed elaborare, per un breve lasso temporale, le informazioni necessarie per lo svolgimento di un compito. Allo stesso tempo, il passaggio attraverso la memoria di lavoro è fondamentale affinché le informazioni “in transito” vengano immagazzinate nel sistema della memoria a lungo termine. È, dunque, necessaria per apprendere, comprendere, ragionare e mettere in campo abilità di *problem solving*.

La memoria di lavoro, inoltre, insieme alle abilità di pianificazione, inibizione, flessibilità cognitiva e fluenza verbale è alla base delle “funzioni esecutive” (Pennington, 1996), che hanno lo scopo di prestare attenzione a un certo dato/informazione, fornendo al soggetto la successiva possibilità di manipolare mentalmente e mantenere brevemente tali nozioni a livello cosciente, in previsione di una loro successiva codifica.

Per quanto appena detto, una memoria di lavoro funzionale e performante è una delle basi (insieme a linguaggio, funzionamento intellettivo, esercizio ecc.) dell’apprendimento umano, che si basa fundamentalmente sulle abilità di trasformare ed integrare l’informazione temporanea trattenuta nella memoria di lavoro nella matrice di informazioni semantiche ed episodiche conservate nel magazzino a lungo termine (Termini et al., 2021).

Negli anni ‘70, Baddley e Hitch hanno suddiviso la *working memory* in un sistema costituito da multipli componenti specializzati, distinguendo in particolare il *loop* fonologico, a sua volta costituito da:

- un *magazzino fonologico* (sistema passivo) dove sono ritenute le tracce mnestiche uditive
- un *sistema di ripetizione articolatoria* (sistema attivo) che rinforza tali tracce al fine di prevenirne la perdita immediata.

Il taccuino visuo-spaziale, implicato nel mantenimento e nell'elaborazione del materiale visivo, e costituito da una componente visiva (che si occupa delle caratteristiche degli oggetti) e da una componente spaziale (che ha a che fare con le informazioni relative alle posizioni e ai movimenti nello spazio), anch'esso è ulteriormente suddivisibile in:

- sistema passivo o *visual cache*, per pattern visivi
- sistema attivo *inner scribe*, per sequenze di movimenti.

Questi due elementi della memoria di lavoro sono collegati tra loro per mezzo dell'esecutivo centrale: sistema che permette di integrare le informazioni all'interno della *working memory* e di elaborarle in modo efficace. Il sistema esecutivo centrale è, a sua volta, parte integrante di quell'ampio network già sopraccitato che costituisce le cosiddette funzioni esecutive.

Quasi un decennio più tardi, tale modello è stato arricchito da un quarto elemento, il *buffer episodico*, definibile come un sistema separato, che permette di immagazzinare e integrare informazioni provenienti dai domini visivo, spaziale e verbale. Tale elemento rappresenta, inoltre, un ponte tra la memoria di lavoro e la memoria a lungo termine.

Importante sottolineare come, con lo sviluppo dell'individuo, la capacità della *working memory* di un individuo aumenti e si associ anche alla fondamentale abilità di ignorare informazioni irrilevanti, focalizzandosi piuttosto su quelle rilevanti e mettere in campo strategie utili a superare i limiti della memoria di lavoro stessa.

3. Studio ma non ricordo: la diagnosi

Diverse condizioni cliniche sono caratterizzate da deficit di una o più componenti della memoria e/o delle funzioni esecutive (Termine e coll. 2020). Tra le altre, citiamo il disturbo primario del linguaggio (DPL), il disturbo specifico dell'apprendimento (DSA) (es. dislessia evolutiva) e il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività (ADHD).

Come in tutti gli ambiti della medicina specialistica, al fine di porre una diagnosi che sia il più possibile accurata e specifica per il soggetto valutato, il primo passaggio da intraprendere è sicuramente la raccolta anamnestica, che dovrà essere il più possibile accurata e contestuale. A questo scopo, imprescindibile sarà sicuramente raccogliere informazioni da parte dei genitori in merito ai contesti quotidiani con domande mirate (es. Dimentica spesso il materiale scolastico? È necessario ripetergli più volte le consegne? Fatica a memorizzare apprendimenti nozionistici? Ricorda gli schemi di gioco o le procedure d'azione? Ha presentato difficoltà nell'apprendimento delle tabelline? Nel caso in cui gli venga sottoposta una comprensione di brano, necessita di rileggere più volte il testo al fine di comprenderne a fondo il significato? Riesce facilmente ad esprimersi recuperando il lessico necessario?).

Tutti gli elementi raccolti attraverso tali quesiti, coadiuvati dal parere delle insegnanti e del soggetto stesso (spesso molto consapevole delle proprie problematiche, da cui appare non raramente infastidito), ci permettono di focalizzarci globalmente sul funzionamento mnemonico.

Oltre all'anamnesi, al fine di arrivare ad una diagnosi che possa essere il più possibile specifica, definita e oggettivata, fondamentale è la somministrazione di test specifici che permettano al clinico di ottenere dati definiti e di univoca interpretazione, ossia validati (Termine et al. 2013).

Tra i test più utilizzati citiamo le scale di Wechsler che permettono di definire il quoziente intellettivo (QI), ma soprattutto il profilo del funzionamento cognitivo del soggetto (Wechsler 2003). Il QI ha valore medio pari a 100 con deviazione standard pari a 15, dunque il range di normalità oscilla tra 70 e 130. Il QI=70 è la soglia sotto la quale è verosimile la diagnosi di disabilità intellettiva, ovvero una condizione caratterizzata da un livello di funzionamento che compromette la possibilità di adattarsi efficacemente alle richieste della vita quotidiana, tra cui la memorizzazione, l'apprendimento del linguaggio, della lettura, della scrittura e delle abilità di calcolo. Pertanto, in presenza di una disabilità intellettiva viene esclusa la diagnosi di DPL o DSA, in quanto non si tratta di disturbi specifici ma secondari al basso funzionamento intellettivo.

E' però necessario precisare che il QI è un dato troppo sintetico per esprimere la complessità del profilo intellettivo di un individuo, motivo per cui è più opportuno considerare gli indici che compongono il profilo intellettivo: comprensione verbale, ragionamento percettivo, memoria di lavoro e velocità di elaborazione.

Alcuni esempi per chiarire il loro significato.

L'indice di comprensione verbale (ICV) esprime la dotazione intellettiva più strettamente correlata al linguaggio, mentre l'indice di ragionamento percettivo (IRP) esprime la dotazione intellettiva correlata ad abilità visuo-spaziali.

Alcuni soggetti mostrano significative discrepanze tra i due indici (es. ICV=65; IRP=100) e a causa di tale discrepanza possono presentare un QI totale (es. 80) che si attesta nella cosiddetta fascia *borderline* (70-85).

In questo caso, ad esempio, la presenza di un disturbo del linguaggio può compromettere alcune prestazioni del soggetto, la cui dotazione intellettiva è certamente stimata più adeguatamente dall'IRP che si attesta pienamente nella norma.

Oltre alle scale Wechsler, vengono ampiamente utilizzate le Matrici Progressive di Raven che consentono di stimare efficacemente il livello intellettivo non verbale, risultando particolarmente utili nel caso di bambini con disturbi del linguaggio.

In questo caso la prestazione intellettiva viene espressa con un punteggio percentile, motivo per cui le prestazioni deficitarie risultano quelle inferiori al 5° percentile.

Tornando alle scale Wechsler, sottolineiamo la necessità di considerare con particolare attenzione l'indice di memoria di lavoro (IML) e l'indice di velocità di elaborazione (IVE), entrambi spesso compromessi sia nei soggetti con DSA sia nei soggetti con ADHD.

L'IML, valutato tramite prove che richiedono la memorizzazione e la ripetizione sequenziale di cifre o l'esecuzione di calcoli aritmetici a mente, valuta la capacità di memorizzare nuove informazioni, immagazzinarle nella memoria a breve termine e di manipolarle per arrivare a dei risultati.

L'IVE, invece, sfruttando il riconoscimento di simboli e la risposta a stimoli grafici sequenziali, valuta la capacità del soggetto di focalizzare l'attenzione, la rapidità di analisi, la capacità di discriminazione e la capacità di ordinare sequenzialmente informazioni visive.

Nei soggetti con problematiche attentive e di apprendimento, non raramente ci si troverà di fronte a quozienti intellettivi che ricadono nella fascia *borderline* (tra 70 e 85) proprio a causa di cadute significative negli indici IML e IVE, a fronte di punteggi adeguati negli indici ICV e IRP.

In questi casi il QI non è da considerare un indice attendibile del funzio-

namento intellettuale ed è necessario calcolare l'Indice di abilità generale che stima più adeguatamente il livello di funzionamento, in quanto calcolato al netto delle cadute nella memoria di lavoro e nella velocità di elaborazione.

Alla raccolta anamnestica e alla valutazione intellettuale, nell'ambito della quale è possibile ricavare un indice di memoria di lavoro verbale (IML), potranno essere aggiunti altri test a discrezione del clinico, volti a definire eventuali difficoltà specifiche, ad esempio, nell'ambito della memoria visuo-spaziale, relativamente all'attenzione e al *problem solving*, oltre che in merito alla memoria a lungo termine, alle abilità di linguaggio (con particolare riferimento alla memoria a lungo termine) e alle abilità scolastiche.

Nel caso in cui vengano segnalate difficoltà di memorizzazione di apprendimenti nozionistici ("studio ma non ricordo") è necessario escludere la presenza di un ADHD, di un DPL e/o di un DSA della lettura, attraverso valutazioni e test specifici.

L'ADHD è caratterizzato da un persistente pattern di disattenzione e/o iperattività-impulsività più frequente di quanto si osservi in soggetti con uno sviluppo paragonabile. I soggetti che mostrano difficoltà attentive le manifestano a livello comportamentale nelle seguenti modalità: divagazione dal compito, difficoltà a mantenere l'attenzione per tempo prolungato e mancanza di ascolto, tutti aspetti che influenzano la possibilità di mantenere in memoria di lavoro le informazioni per il tempo sufficiente a stabilizzarle nella memoria a lungo termine. In genere la conferma della presenza di sintomi rilevanti in diversi contesti può essere fornita da persone che osservano i bambini negli ambienti quotidiani (ad esempio, genitori e insegnanti), mediante la compilazione di questionari specifici. I soggetti con ADHD mostrano prestazioni e risultati scolastici ridotti e spesso difficoltà relazionali e sociali.

L'applicarsi in modo inadeguato o mutevole nei compiti che richiedono uno sforzo sostenuto è spesso interpretato dagli altri come segno di pigrizia, irresponsabilità o mancanza di collaborazione. I soggetti che manifestano problematiche attentive mostrano difficoltà scolastiche che per molto tempo possono non essere chiaramente interpretate e in molti casi riconducibili ad un quadro del tipo "studio ma non ricordo".

Il DPL è caratterizzato da persistenti difficoltà nell'acquisizione e nell'uso del linguaggio che comprendono un lessico ridotto, una limitata strutturazione delle frasi (capacità di costruire frasi basandosi su regole sintattiche e morfologiche) e una compromissione delle capacità discorsive (capacità di

usare parole o di connettere frasi tra loro per descrivere un argomento o sostenere una conversazione).

Particolarmente critica per la gestione delle richieste scolastiche è la capacità di accedere al lessico in maniera efficace, elemento che condiziona significativamente le abilità espressive sia orali sia scritte e il senso di efficacia dello studente. Si consideri, inoltre, che a partire dal terzo anno di scuola primaria il lessico “cresce” in funzione del tempo dedicato alla lettura e che per questo i bambini con DSA della lettura (dislessia evolutiva), dedicandosi meno a tale attività in quanto non gradita, vedono ridursi significativamente l’espansione del lessico e di conseguenza le loro abilità narrative.

Nonostante l’importanza che riveste la memoria nel processo di apprendimento, la maggior parte dei clinici non approfondiscono in maniera specifica questo dominio. Se ad esempio, per determinare il profilo di funzionamento intellettivo vengono somministrate scale multicomponenziali come le scale Wechsler, che consentono una buona caratterizzazione della memoria a breve termine e della memoria di lavoro (Leffard, 2006), più raramente vengono impiegati test per valutare la memoria a lungo termine. Questa è, infatti, una componente fondamentale, spesso trascurata in clinica, del processo di apprendimento in aula e del successo scolastico.

Un bambino che non riesce a convertire informazioni acquisite attraverso la memoria a breve termine in dati per la memoria a lungo termine potrebbe non essere in grado di apprendere con efficacia e potrebbe presentare problematiche, oltre che sul piano scolastico, anche di integrazione sociale, occupazionale e di comportamento per tutto il resto della sua vita.

Per tali motivi un test di memoria come il ChAMP (*Child and Adolescent Memory Profile*) utilizzato nella pratica clinica ad integrazione dei test di valutazione del funzionamento intellettivo e dei test riguardanti gli apprendimenti (lettura, scrittura e calcolo), consente diagnosi più accurate per indirizzare i pazienti verso trattamenti e strategie compensative maggiormente mirate. Inoltre, le prove di questo test sono poco influenzate dalle funzioni esecutive, consentendo di meglio definire la presenza di oggettivi deficit di memoria, al netto di altri deficit funzionali (Sherman & Brooks 2018).

Questo strumento è appropriato sia per la valutazione del normale sviluppo sia per indagare sospetti problemi di memoria o di apprendimento. Il test è uno strumento completo che permette di valutare sia la memoria a breve termine che quella a lungo termine, sia nella modalità verbale sia in quella spaziale.

La valutazione diagnostica in funzione di un piano didattico personalizzato (pdp)

La predisposizione del profilo funzionale da parte degli specialisti è essenziale per pianificare un progetto riabilitativo e, ciò che interessa in questo contesto, per la stesura di un piano didattico personalizzato. Se la valutazione specialistica è stata realizzata secondo i criteri esposti e la relazione clinica è sufficientemente dettagliata, l'insegnante potrà trarre dal profilo funzionale tutti gli elementi utili a calibrare la metodologia didattica e le modalità valutative sulla specificità ed unicità dei bisogni educativi dell'allunno. Qui di seguito alcuni esempi.

Un deficit di memoria di lavoro verbale (difficoltà a manipolare informazioni stoccate in memoria per il tempo utile a svolgere questo compito) avrà ripercussioni sulla capacità di comprendere consegne verbali complesse oppure svolgere calcoli mentali (per cui sarà necessario consentire al bambino di annotare in forma scritta gli elementi necessari a fornire la risposta), sulla gestione di domande a risposta multipla che implicano il mantenimento in memoria delle diverse alternative tra cui scegliere ed anche sulla capacità di prendere appunti (per i quali si potrà impiegare un registratore).

Le difficoltà di accesso al lessico avranno ricadute in termini di abilità narrative, condizionando le verifiche, sia in forma scritta che orale, coinvolgendo tutti i contesti disciplinari, motivo per cui si dovranno evitare le domande aperte e si impiegheranno al loro posto domande direttive con possibilità di scelta multipla, si consentirà l'impiego di glossari, mappe e schemi per sostenere l'esposizione dei contenuti e lo svolgimento delle verifiche.

Nelle lingue straniere, in relazione alle forme di valutazione, per quanto riguarda la comprensione (orale o scritta), sarà valorizzata la capacità di cogliere il senso generale del messaggio; in fase di produzione sarà dato più rilievo all'efficacia comunicativa, ossia alla capacità di farsi comprendere in modo chiaro, anche se non del tutto corretto grammaticalmente. Inoltre, considerate le difficoltà di memorizzazione, risulterà conveniente insistere sul potenziamento del lessico ad alta frequenza piuttosto che focalizzarsi su parole più rare, o di registro colto, come quelle presenti nei testi letterari.

In tutte le discipline sarà necessario prediligere le verifiche in forma orale oppure contemplare la possibilità di recuperare oralmente le verifiche scritte che risultassero insufficienti.

La comorbidità di disattenzione e impulsività richiederà misure specifiche da parte degli insegnanti per contenere gli effetti della scarsa concentrazione dell'alunno, soprattutto nelle prove scritte, suggerendo anche in questo caso la necessità di prediligere le verifiche in forma orale e di offrire la possibilità di recuperare oralmente le verifiche scritte che risultassero insufficienti.

4. Conclusioni

In conclusione, è necessario richiamare l'attenzione sulla necessità di evitare le generalizzazioni, in quanto le misure dispensative e gli strumenti compensativi vanno scelti ed adattati sul singolo bambino.

Aver compreso le caratteristiche del disturbo, il profilo funzionale del bambino e le relative implicazioni, grazie ad una diagnosi specialistica stilata secondo i criteri descritti, è il primo passo per garantire il diritto alla personalizzazione didattica e valutativa, che rimane un compito dell'insegnante, chiamato alla piena espressione della sua professionalità (Termine et al. 2020).

Bibliografia

- Baddeley, A., Hitch, G., & Allen, R. (2020). A Multicomponent model of working memory. in R. Logie, V. Camos, & N. Cowan (a cura di), *Working Memory: The state of the science* (pp. 10-43). <https://doi.org/10.1093/oso/9780198842286.003.0002>
- Leffard, S. A., Miller, J. A., Bernstein, J., DeMann, J. J., Mangis, H. A., & McCoy, E. L. (2006) Substantive validity of working memory measures in major cognitive functioning test batteries for children. *Applied Neuropsychology*, 13 (4), 23041.
- Pennington, B. F., & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 37(1), 51-87. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01380.x>
- Sherman, E.M.S. & Brooks, B.L. (2018) *ChAMP - Child and Adolescent Memory Profile*. Traduzione e adattamento italiano a cura di Termine, C. & Luoni C., (2018) Hogrefe Ed.
- Termine, C., & Stella, G. (2013) *La diagnosi della dislessia e degli altri disturbi specifici dell'apprendimento*. Edizioni Omega.
- Termine, C., Ventriglia, L., & Staffolani, A. (2020). *Didattica inclusiva e Disturbi del Neurosviluppo*. Carocci.

- Termine, C., Ventriglia, L., & Uccello, M. (2021). *ADHD: dall'infanzia alla terza età*. Carocci.
- Wechsler, D. (2004). *WISC-IV: Wechsler Intelligence Scale for Children, 4th edition integrated: Technical and interpretive manual*. Harcourt Brace and Co.
- Intelligence Scale for Children – Quarta Edizione. Manuale di somministrazione e scoring. Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze, 2012).

VM.

VI. L'insegnante nel vissuto dello studente con DSA: fattore di protezione e mediatore della *disclosure*

Dr. *Giulia Lampugnani*, pedagogista, assegnista di ricerca,
Dipartimento Scienze Umane per la Formazione R.Massa, Università degli studi di
Milano Bicocca, Milano.

Giulia.lampugnani@unimib.it

Abstract

Con un cambio di paradigma, si guarda al DSA tramite il *modello sociale* di disabilità, secondo il quale il deficit non si colloca all'interno dell'individuo, ma è il contesto a rivelarsi abilitante/inclusivo o disabilitante/escludente.

In questa prospettiva, modificazioni didattiche in ottica inclusiva di alcuni elementi chiave, quali tempi, spazi, tecnologia, stili di apprendimento/insegnamento diversificati e accessibili, possono favorire non solo l'apprendimento, ma anche il benessere e l'autostima di un adolescente con DSA.

Da una ricerca condotta con 26 adolescenti italiani per comprendere dall'interno il punto di vista di chi vive la condizione di DSA, emerge l'importanza della figura dell'insegnante non tanto in termini di competenza didattica ed expertise nel campo DSA, ma per l'apertura al ragazzo e alla classe tramite relazione, disponibilità, sguardo come elementi predisponenti una co-costruzione, che vede al centro il ragazzo, di modalità di apprendimento, di serena consapevolezza delle proprie caratteristiche e di *disclosure* del DSA in classe.

Parole chiave

Vissuti, disturbi specifici di apprendimento, *disclosure*, insegnanti, modello sociale.

1. DSA: dal deficit individuale alle barriere sociali disabilitanti

Come esposto da Mainardi nella prima parte della monografia, oltre a un approccio di conoscenza e definizione del DSA secondo un “modello medico”, che si focalizza sulla specificità delle “barriere” individuali che la persona incontra nei confronti dell’apprendimento in alcuni ambiti specifici quali lettura, scrittura e calcolo (Istituto Superiore di Sanità, 2011), è possibile adottare, secondo un approccio sociologico, un “modello sociale” e “sistemico” di interpretazione del fenomeno, che sposta l’attenzione dalle “limitazioni funzionali” ai “problemi causati da un ambiente contingente disabilitante” (Macdonald, 2009a; Mainardi, 2013).

Tale approccio, tradizionalmente adottato nell’ambito della disabilità, può essere esteso alla lettura del DSA.

“La disabilità non è il risultato di un deficit biologico, che riduce la partecipazione sociale, ma piuttosto di una discriminazione istituzionale (quindi socialmente costruita), chiamata in sociologia barriera disabilitante” (Macdonald, 2009a, 348, tda) che riduce quindi le opportunità educative, lavorative e nella vita. Considerare il DSA “come un problema sociale piuttosto che individuale” (Macdonald) significa considerare il problema incontrato non come appartenente all’individuo, ma generato invece da “barriere sociali”. Tuttavia non si vuole per questo

rigettare i modelli esistenti ma lavorare accanto all’approccio medico-individuale [...] aprire una finestra sulle esperienze sociali di soggetti che vivono con la dislessia [...] l’obiettivo di questo modello è creare un sistema di inclusione per spostare il focus dalle limitazioni individuali alla rimozione di barriere sociali nelle istituzioni.

(Macdonald, 2009a, 359, tda).

Si intende quindi passare da una prospettiva basata sul deficit, secondo cui il problema appartiene al singolo studente con DSA, ad una prospettiva più ampia, che guarda complessivamente alle interazioni della persona con il suo contesto complesso; Dudley-Marling (2004) invita a non porsi nella scuola la domanda “Cosa c’è che non va in questo studente?” ma a chiedersi “Cosa sta succedendo?”. Significa che il DSA diagnosticato a uno studente non agisce facendogli incontrare difficoltà a prescindere dal contesto, ma il suo DSA interagisce con gli aspetti contestuali e può esprimere i suoi effetti in maniera diversa. Lo studio di Dudley-Marling (2004) interpreta la scuola “tradizionale” odierna occidentale come strutturata, in senso lato, secondo le istanze

di un certo tipo di società (americana, consumistica, competitiva, individualista), che si basa quindi sull'individualismo in termini di produttività, competitività, e quindi valutazione tramite costante confronto con il "normale" gruppo di riferimento; in questa visione di società, e quindi di scuola, alcuni singoli non riescono nel raggiungimento di alcuni standard (in termini di velocità ed efficienza, ad esempio in lettura e scrittura); perciò, si può affermare che, per evitare di mettere in crisi l'intero sistema, viene operata un'azione di etichettamento, attribuendo il *fallimento* alla singola persona, tramite la diagnosi di DSA (Dudley-Marlin, 2004). All'interno di un sistema meritocratico di questo tipo quindi il successo educativo viene posto in correlazione all'abilità individuale raggiunta in alcune aree, considerate di valore, e il fallimento connesso alla disabilità o incapacità del singolo; tale visione implica che chi non riesce ad adeguarsi sia portatore di un qualcosa di sbagliato che non gli consente di accedere con successo all'attività prevista (Dudley-Marlin). Tale aspetto deve quindi essere confermato da una diagnosi o da una documentazione che lo riconosca, per potersi avvalere di modalità più flessibili e personalizzate che ne garantiscano l'apprendimento, quali tempi più lunghi rispetto ai compagni, uso della videoscrittura, tabelle, registratore (Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport del Cantone Ticino, Direttive sugli allievi dislessici, disortografici e discalculici, 3/04/14).

Prova ne sia, dell'impatto di questa dimensione contestuale e sociale, che nel periodo del primo *lockdown* (marzo-maggio 2020) 17 adolescenti italiani con DSA, in una ricerca finalizzata a indagare i vissuti relativi alla pandemia (Lampugnani, 2021), hanno "dimenticato" il proprio DSA, che è stato compensato, sia in termini funzionali che di vissuto, dai tempi ridotti di "frequenza" scolastica, dalla riduzione del carico di compiti assegnati, calendarizzati in maniera digitalizzata e automatica, dall'ampio utilizzo di tecnologie che già gli studenti padroneggiavano, dalla mancanza di verifiche non programmate; questo ha creato le condizioni perché questi studenti continuassero a investire sullo studio e riportassero migliori risultati scolastici, percependo un alleggerimento del "peso" dell'apprendimento. Inoltre il non vivere la diversificazione dagli altri e, viceversa, vedere gli insegnanti in difficoltà, oltre a evitare la frequenza dell'ambiente scuola, ha molto contenuto il vissuto di fatica personale e ansia precedenti:

(M2, 2 media)

In questo periodo erano gli insegnanti a essere in difficoltà... sembravano noi disles-

sici nel periodo subito dopo la diagnosi, quando devi capire e imparare tutto, e soprattutto sei molto disorientato [...] io invece con tutta la tecnologia ero a mio agio, anche perché a quel punto tutti svolgevano il compito con la videoscrittura o dovevano fare una presentazione, così non ero più differente dagli altri.

In termini pedagogici potremmo ipotizzare la modifica, in modalità inclusiva, anche solo di cinque elementi in un contesto di apprendimento scolastico:

- La fruizione della lettura per tutti tramite ascolto (lettura ad alta voce da parte degli insegnanti, oppure in modalità silenziosa o in ascolto con dispositivi digitali) e non utilizzare la lettura come unico modo per acquisire informazioni.
- L'utilizzo per apprendere di modalità di sperimentazione diretta e "multi-modale", con video, movimento, corpo, spazio, manipolazione.
- La richiesta e l'insegnamento esplicito agli studenti a lavorare per gruppi collaborativi.
- Il fattore "tempo", non come elemento fissato a priori dall'insegnante per lo svolgimento di una determinata attività, ma gestito flessibilmente dai singoli studenti/gruppi per lo svolgimento di un obiettivo con processi non predefiniti.
- La possibilità di utilizzo strategico e consapevole della tecnologia, in maniera attiva e collaborativa da parte dei ragazzi.

Quali potrebbero essere le diverse possibilità di apprendimento e l'atteggiamento all'interno di questo contesto per un ragazzo o ragazza con DSA?

Diviene fondamentale porsi la questione relativa ai propri contesti di insegnamento: è lo studente con DSA che deve adeguarsi in autonomia a tempi e procedure predefinite? Gli adattamenti del contesto previsti per legge dalla normativa citata sono rigidi? Si limitano ad un'applicazione differenziante e "standard" degli ausili considerati utili per i DSA (mappe e computer), o tali adattamenti possono essere costruiti assieme agli studenti e alle classi in maniera personalizzata e inclusiva?

Con il riconoscimento e le tutele giuridiche offerte al DSA si rischia infatti quel "riduzionismo medicalizzante" e quella "stigmatizzazione etichettante" (Gaspari, 2017, 59), che non è data in sé e per sé dalla gestione di studenti con diagnosi di DSA, ma dall'approccio "burocratico" e procedurale che può derivare

nell'applicare la normativa a tutela. Sembra di dover provvedere “due didattiche” (o più): una adeguata alla maggior parte degli studenti; l'altra diversificata, individualizzata, personalizzata (Bocci, 2018), quindi applicata esclusivamente con e per il singolo soggetto, che “perturba” il sistema (Bocci, 2013).

Nonostante i rischi che si osservano e l'aspettativa di una modifica in prospettiva inclusiva dei contesti di apprendimento, sarebbe semplicistico legittimare però la posizione di chi, pur mantenendo una didattica “tradizionale”, non ritenga corretto e inclusivo operare differenziazioni dai compagni allo scopo di non far sentire diversi gli studenti con DSA: in questo modo si rischia di non fornire adeguati supporti, attendendosi dai ragazzi un adeguamento a una didattica tradizionale, che non viene problematizzata né resa inclusiva e aprendo a notevoli rischi, come la normativa italiana evidenzia in maniera esplicita:

non realizzare le attività didattiche personalizzate e individualizzate, non utilizzare gli strumenti compensativi, disapplicare le misure dispensative, collocano l'alunno e lo studente in questione in uno stato di immediata inferiorità rispetto alle prestazioni richieste a scuola, e non per assenza di “buona volontà”, ma per una problematica che lo trascende oggettivamente: il disturbo specifico di apprendimento. Analogamente, dispensare l'alunno o lo studente con DSA da alcune prestazioni, oltre a non avere rilevanza sul piano dell'apprendimento – come la lettura ad alta voce in classe – evita la frustrazione collegata alla dimostrazione della propria difficoltà.

(MIUR, Linee guida, 2011, 21).

In un contesto scolastico di questo tipo inoltre sono gli studenti con DSA stessi che evitano di adottare strumenti che andrebbero a differenziarli e screditarli agli occhi dei pari, nel tentativo di salvaguardare la propria immagine sociale (Lampugnani, 2019).

Anche in alcuni studi in cui si intervistano adulti con dislessia per capire il loro punto di vista rispetto agli anni dell'apprendimento scolastico, gli intervistati individuano nel sistema sociale l'elemento che fa percepire la diversità, mettendo in luce la loro dimensione di “minorità” e rendendo complesso il confronto e l'accettazione da parte dei pari (Morris&Turnbull, 2006; Gibson & Kendall, 2010; Alexander-Passe, 2015; Pino & Mortari, 2014). Gli autori ritengono perciò che la dislessia abbia una grossa componente di costruzione sociale (Alexander-Passe, 2015), sia quasi “un disturbo creato dal sistema di istruzione” (Gibson & Kendall, 2010), che si sperimenta solo in ambito scolastico, dunque sia socialmente costruita.

Riddick (2000) opera un'interessante decostruzione del ruolo dell'etichettamento considerato come causa di stigma sociale: stereotipi e pregiudizi infatti rispondono a un bisogno di categorizzazione e nominazione (Palmieri, 2020, 39) utile a gestire informazioni complesse in un processo che di per sé non è "buono" o "cattivo" (Leyens, in Riddick, 2000), ma di cui è fondamentale avere consapevolezza (Palmieri, 2020, 39). L'etichettamento però può portare a discriminazione positiva o negativa, a seconda del contesto sociale in cui avviene e della natura dell'"etichetta" (Quicke&Winter, in Riddick, 2000). Molti autori (Quicke&Winter in Riddick) ritengono che per "disabilità nascoste", come la dislessia, l'etichettamento avvenga già a livello informale e prima della diagnosi: la fatica che i ragazzi incontrano e le loro reazioni comportamentali ed emotive generano spesso giudizi, da parte dei docenti, ma anche di genitori e pari, che li descrivono come 'pigri', 'stupidi' e 'disattenti'. Addirittura si innescano sovente meccanismi di auto-stigmatizzazione per cui i ragazzi stessi si giudicano incapaci e mancanti di volontà (Riddick, 2000).

Riddick (2000) sottolinea invece che l'etichetta attribuita dal processo di diagnosi di DSA ha la funzione di evidenziare le cause di determinati effetti, indipendenti dalla volontà e capacità dell'individuo, non portando automaticamente allo stigma. Inoltre specifica che la persona con DSA potrebbe essere stigmatizzata e discriminata eventualmente nel momento in cui venga allo "scoperto" all'interno del gruppo sociale di appartenenza: da qui emerge il tema spinoso circa l'opportunità e i tempi per effettuare o meno la *disclosure* (Goffman, in Riddick, 2000), ossia rivelare la propria caratteristica di DSA all'interno del proprio gruppo sociale.

Anche secondo Macdonald (2009b), la diagnosi non rischia di costituire un fattore stressante e traumatico; al contrario, ricevere la diagnosi sembra un fattore di protezione perché "si passa dall'essere considerato di scarsa intelligenza a un'identità positiva basata sulla differenza" (Macdonald, 2009b, 277 tda).

Fermo restando, dopo la riflessione compiuta, che i ragazzi sono immersi in un determinato sistema sociale e scolastico, anche studenti della scuola secondaria italiani intervistati asseriscono che ricevere la diagnosi di DSA è stato un punto di svolta, una "liberazione", una sorta di rivelazione che spiega i motivi delle difficoltà, li alleggerisce dal senso di colpa e fornisce una speranza per il futuro di essere riconosciuti e rispettati, e di poter apprendere grazie a strumenti compensativi del disturbo (Lampugnani, 2019). Il processo diagnostico assume il valore innanzitutto di un importante passaggio in-

dividuale che la persona attraversa, utile a vedere riconosciute, nominate e spiegate le difficoltà inspiegabili incontrate (Lampugnani).

Inoltre Gibson (2006) ricorda che la voce delle persone etichettate con disabilità o altri gruppi oppressi non viene ascoltata, in quanto "vittime di una cultura del silenzio" (Freire, 1985) che ostacola il dialogo all'interno di una cultura imposta da pochi, nata dalla relazione tra gruppi sociali dominanti e dominati, e che non consente la partecipazione di tutti (Freire, 1985). È fondamentale "rompere la cultura del silenzio" (Gibson, 2006) perché le persone oppresse esprimano le proprie storie e i vissuti in maniera soggettiva, in uno spazio libero e aperto di ascolto prima che di azione (Gibson).

Altro elemento fondamentale è la *self-advocacy*, ossia il ruolo centrale che le persone disabili rivendicano per sé non solo come promotori del cambiamento, ma in termini di creazione di un'azione politico sociale contro-egemonica, che ha l'intento di opporsi all'ordine costituito (Oliver, 1990).

2. La ricerca: La voce degli studenti con DSA

Proprio in questa prospettiva sarà presentata in questo saggio una parte dei risultati di una ricerca che ha coinvolto direttamente adolescenti italiani con diagnosi di DSA (Lampugnani, 2019).

Le ricerche inerenti i vissuti e il punto di vista del soggetto che vive il DSA, infatti, sia in ambito internazionale che italiano, sono scarse e riguardano per la maggior parte adulti con DSA, che fanno riferimento retrospettivamente ai vissuti degli anni scolastici (Lampugnani, 2019; Pino&Mortari, 2014): mancano ricerche tramite storie di vita sull'esperienza dei discenti (Shah et al., 2004), ma si avverte il bisogno di fare ricerca dalla "prospettiva degli utenti [...] di accedere in modo etico e significativo alla voce degli studenti stessi" (Goode, 2007); è infatti urgente che educatori ed insegnanti "trovino modi per cercare queste voci silenziose perché possono insegnarci tanto sull'apprendimento e sui discenti stessi" (Johnson in SooHoo, 1993, 390).

Nella ricerca in oggetto tale prospettiva ha quindi un intento etico e politico e si muove nella direzione della *self-advocacy*, poiché intende far divenire bambini e adolescenti protagonisti attivi nel contribuire al miglioramento delle conoscenze sul DSA, valorizzando le loro esperienze e volontà di partecipazione sociale e personale, restituendo loro responsabilità e consapevolezza.

Nella ricerca in oggetto sono state proposte interviste secondo la metodologia dell'*Interpretative Phenomenological Analysis* (Smith et al, 2009), approc-

cio che presuppone che le persone attribuiscono continuamente significati all'esperienza, che tale processo di significazione si rifletta nei loro racconti e che la comprensione di tali significati venga co-costruita nell'incontro tra ricercatore e partecipante, considerato come "soggetto" con cui svolgere la ricerca, un co-ricercatore (Smith et al, 2009).

Si vanno quindi ad analizzare tali interviste allo scopo di far emergere "dal basso", secondo il metodo fenomenologico-*grounded* (Sità, 2012), temi e sottotemi rilevanti.

La domanda di ricerca indaga quindi il punto di vista di chi "vive" il DSA dall'interno, analizzando la realtà attraverso gli occhi di chi vi è coinvolto, per capire come veda, viva, interpreti cognitivamente ed emotivamente questa realtà; ma anche come cerchi, intenzionalmente o meno, di agire e interagire con i propri vissuti e bisogni, e con gli altri.

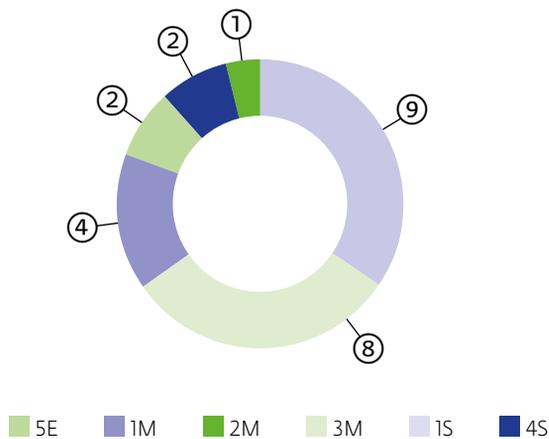


Fig. 1 Distribuzione per classi frequentate dei partecipanti alla ricerca (E=Primaria; M=Secondaria di Primo Grado; S=Secondaria di Secondo Grado)

I 26 adolescenti coinvolti, dai 10 ai 17 anni, avevano tutti diagnosi di disturbi afferenti al DSA, presenti isolatamente o in comorbidità, alcuni presentavano altre comorbidità (6 disturbi del linguaggio; 1 disturbo dello spettro autistico; 1 funzionamento intellettivo limite). Tutti appartenevano a famiglie con status socio-economico medio o alto, e seguivano da almeno

un anno un percorso extrascolastico di potenziamento pedagogico centrato sul metodo di studio e sullo sviluppo di consapevolezza relativo alle proprie caratteristiche di apprendimento.

In questa sede saranno presentati e discussi i risultati della ricerca inerenti il tema emergente relativo al “Supporto e relazione con gli insegnanti”, in particolare nei due sottotemi della relazione e delle modalità di supporto.

La relazione con gli insegnanti

La dimensione relazionale vissuta dagli studenti intervistati con i loro insegnanti costituisce un tema, di particolare rilevanza, innovativo rispetto alla letteratura internazionale (Lampugnani, 2019, 90-146), che invece si concentra maggiormente sulle modalità e strumenti di insegnamento/apprendimento adeguati. Questo aspetto riveste un fattore di protezione significativo per i ragazzi.

Dialogo aperto, personale, anche scherzoso, con apertura ad argomenti di interesse dei ragazzi; confronto personale tra docente e studente, anche circa le difficoltà incontrate a causa del DSA, un clima rilassato e piacevole in classe vengono descritti come facilitanti. Per gli studenti e le studentesse con DSA sentirsi “riconosciuti” e rispettati innanzitutto come persone, per le loro caratteristiche, vedendo valorizzati i punti di forza e sostenuti quelli di debolezza, con la disponibilità ad ascoltare le fatiche che incontrano nel proprio percorso scolastico, appare rilevante, anche quando non vi sia una specifica competenza docente sugli aspetti didattici facilitanti il DSA. Importante anche (ma rilevato da pochi soggetti nella ricerca) il riconoscimento del rischio DSA da parte dell’insegnante e l’invio all’accertamento diagnostico.

Anche se molto spesso i ragazzi intervistati parlano di un rapporto privilegiato solo con uno o due insegnanti, e di maggiori difficoltà relazionali con diversi altri, questo sembra essere un fattore di protezione importante e sufficiente a poter incidere significativamente sui vissuti e il benessere percepito a scuola, influenzando l’atteggiamento dei giovani nei confronti della scuola.

Alcuni partecipanti evidenziano come l’atteggiamento propositivo dell’insegnante incentivi il proprio impegno, ricambiando l’insegnante con continuità nel lavoro e motivazione, sviluppando una maggiore disponibilità a richiedere supporto e sostegno. Si crea in questo modo un interscambio che alcuni ragazzi evidenziano come proficuo e necessario: anche se gli adolescenti intervistati non sempre hanno incontrato insegnanti già esperti sul

DSA, trovano in questa relazione di collaborazione una guida, un riscontro, un feedback ai propri sforzi.

In questo clima relazionale i ragazzi e le ragazze intervistati si sentono in grado di affrontare anche l'errore, sostenuti dall'insegnante in un dialogo personalizzato, o in situazione sociale e di collaborazione con i compagni, senza sentirsi "in colpa". L'errore può essere visto allora come occasione di apprendimento, e alcuni errori specifici conseguenza del DSA possono essere relativizzati in base al tipo di obiettivo che ci si pone. Gli errori commessi non sono infatti gli stessi dei compagni, vengono commessi in quantità maggiore e sono qualitativamente diversi: gestire strumenti e valutazioni diversificate, allora, è qualcosa che secondo i partecipanti va insegnato, sia ai ragazzi con DSA che ai compagni, per far capire loro che non viene operato uno "sconto", ma una diversa valutazione in base alle caratteristiche e possibilità di ognuno.

Si potrebbe riflettere ad esempio che segnalare e sanzionare ogni giorno gli errori ortografici nella scuola secondaria andrebbe solo, tutti i giorni, a sottolineare la validità della diagnosi già effettuata, non a insegnare come compensare la disortografia. Insegnare invece l'uso del correttore ortografico, stabilire modalità di collaborazione per la revisione di testi, ed effettuare una valutazione delle tipologie di errore, per eventualmente predisporre strumenti di supporto alla prevenzione dell'errore, quali tabelle ortografiche, sono interventi didattici più consoni e da personalizzare in base al singolo ragazzo e alle priorità di lavoro utili.

Nell'esperienza degli intervistati il docente può favorire e deve poter proporre nel dialogo individuale con lo studente la comprensione ed espressione delle sue rappresentazioni, vissuti e bisogni relativi al DSA; per poi sostenere il necessario passaggio di *disclosure*, ossia lo spiegare in classe il DSA e condividere anche con i compagni i propri bisogni e vissuti.

Si può riflettere circa l'importanza di questo passaggio: il docente che coinvolge direttamente gli studenti con DSA, e non svolge solo un'attività di sensibilizzazione generica, compie un'operazione fondamentale per sensibilizzare i compagni, consentendo così al ragazzo di utilizzare senza paura strumenti e metodologie, che all'occasione potrebbero anche essere differenti da quelli del resto della classe, a meno invece di un auspicabile riprogettazione condivisa di un contesto più inclusivo per tutti. In questo modo si favorisce una comprensione e collaborazione da parte dei compagni di classe, che non vivono come un'ingiustizia subita i supporti forniti esclusivamente a chi ha

diagnosi di DSA, si facilitano le relazioni tra pari e si prevencono (o si interviene) sulle numerose situazioni di bullismo vissute dagli studenti con DSA, spesso non evidenti né riferite verbalmente (nella presente ricerca 8 studenti su 26 hanno riferito di aver subito bullismo almeno una volta).

Dalle interviste emergono però anche una maggioranza di relazioni difficili con gli insegnanti che si declinano in varie manifestazioni.

Spesso gli adolescenti intervistati si sentono sminuiti dai docenti per le proprie difficoltà, ascrivibili ad aree specifiche legate al DSA (fare calcoli, scrivere correttamente, ricordare): alcuni insegnanti attribuiscono esplicitamente lo svolgimento inadeguato di questi compiti a una mancanza di capacità, volontà e impegno del ragazzo, che viene perciò rimproverato.

Questo spesso avviene prima della diagnosi, ma non solo; quindi significa per i docenti sviluppare un atteggiamento di attenzione agli indicatori di rischio DSA, e soprattutto considerare che la mancanza apparente di motivazione in qualsiasi studente ha delle ragioni da indagare.

Le esperienze di forzata limitazione fisica, o costrizione (rimanere seduti, copiare), o esclusione dallo spazio di attività (andare fuori dall'aula), vengono vissute come umilianti e, anche quando limitate numericamente, incidono moltissimo nella significazione dell'esperienza di apprendimento nella direzione di vissuti di in/sofferenza profonda, atteggiamenti reattivi di oppositività, di evitamento del compito, di isolamento, di demotivazione verso l'apprendimento, con attribuzione sistematica di un basso valore alle proprie capacità, ma anche al proprio valore come persona; questo poiché i ragazzi credono e generalizzano, estendendolo, al giudizio di valore dato dall'insegnante.

Inoltre a molti viene negato l'utilizzo di alcune misure di supporto, generando vissuti di rabbia e sensazione di mancato riconoscimento dei propri bisogni e caratteristiche.

Secondo l'esperienza di due ragazze intervistate, inoltre, la relazione disfunzionale con l'insegnante genera malesseri fisici importanti, evidenziando che spesso è il corpo che esprime la minaccia percepita invece delle parole.

Modalità di intervento degli insegnanti

Dalle esperienze degli adolescenti intervistati emerge l'apprezzamento verso insegnanti che "concedono" a tutta la classe l'uso di mappe o computer: purtroppo però nei suoi effetti tale proposta rischia di rimanere solo formale perché i compagni non sfruttano questa possibilità in quanto non viene

inserita a pieno titolo nella didattica quotidiana del docente; in altre rare situazioni invece viene insegnato a tutti gli studenti come realizzare e utilizzare produttivamente le mappe, mentre il computer diviene uno strumento di lavoro integrato e strettamente collegato alle strategie che l'insegnante propone a tutta la classe, generando situazioni molto serene e inclusive.

I ragazzi evidenziano inoltre l'importanza di esperienze di apprendimento motivanti e significative, costituite da pratica, gioco, esplorazione, laboratori, video, strumenti tecnologici, che bypassano il solo linguaggio verbale e la pagina scritta, e consentono di esperire e acquisire concetti attraverso altri canali in maniera attiva.

Nel progettare e sognare una scuola più inclusiva anche per i ragazzi con DSA, gli intervistati stessi auspicano che tali strategie, che soddisfano i loro bisogni, siano garantite ed estese a tutti, ritenendo che potrebbero favorire anche altri, ribaltando perciò la logica dell'adattamento sugli altri.

Riflettere circa le misure utili agli studenti con DSA diviene perciò un'occasione per mettere in discussione una serie di prassi didattiche che spesso *dimenticano* la dimensione in una scuola attiva (Dewey, 2014) per tutti, andando nella necessaria direzione di creare le condizioni per un co-costruzione delle conoscenze in maniera significativa, invece dell'adozione di un approccio trasmissivo e basato sulla fruizione passiva di testi. Il ripensamento di un metodo di insegnamento/apprendimento in ottica inclusiva dei vari bisogni e stili di apprendimento porta verso la necessità di un allargamento delle modalità di apprendimento, diversificando e mettendo a disposizione di tutti gli studenti la scelta di più canali e strumenti integrati che possano comprendere, per tutti, la dimensione tecnologica, visiva, operativa.

Da questo punto di vista, l'esperienza del DSA aiuta a riflettere come il processo di insegnamento non significhi per il docente sapere già esattamente come muoversi e progettare, conoscere in anticipo quali siano le modalità adeguate da utilizzare in una classe, ma imparare a saper chiedere ai ragazzi stessi, facendosi aiutare a capire quali siano le modalità migliori, in continua interazione e modificazione. Significa perciò proporre modalità che avvicinino i ragazzi, sia relazionalmente che strategicamente, per poi capire quali strategie di apprendimento già utilizzano e insieme costruirne di nuove, adeguate ai contenuti di insegnamento, aiutandoli a sviluppare competenze di apprendimento critiche, autonome e sorrette da una forte motivazione alla conoscenza.

Spazi, tempi, osservazione, modalità di ascolto e dialogo, anche individualizzati, possono così diventare strumenti di lavoro fondamentali per l'insegnante: per cogliere i segnali indicatori del DSA, anche da quanto percepito dallo studente, indirizzando alla diagnosi; per accogliere il ragazzo dopo la diagnosi, in un confronto e necessario sostegno all'elaborazione esplicita del DSA, per favorirne la comprensione e l'accettazione. Tramite questo continuo dialogo con il ragazzo si facilita l'instaurarsi di una relazione sicura, la condivisione reciproca di rappresentazioni, vissuti e bisogni, facilitando il progettare condiviso con il ragazzo di un metodo di lavoro che costruisca progressivamente un adattamento interattivo delle modalità, degli strumenti, delle strategie che non hanno efficacia di per sé, come evidenziano ampiamente i ragazzi ad esempio rispetto all'uso delle mappe, ma necessitano di un insegnamento, un adattamento, una verifica e una costruzione congiunta che si lega alla specifica disciplina, allo specifico metodo dell'insegnante, ma anche alle caratteristiche del ragazzo.

Un ragazzo intervistato utilizza la metafora della povertà, indirettamente ponendo la questione della pari dignità della persona e di asimmetria nel potere educativo che deve quasi "concedere", elemosinare, quel minimo che consente non solo di sussistere ma che, se dato, apre la porta a possibilità e successi insperati.

(M9, 3 media)

Una persona che fa fatica bisognerebbe sempre aiutarla, almeno fare il più possibile perché non sarai te che gli dai un euro a dargli una casa ma avrai contribuito.

Anche nei *Disability studies* viene utilizzato tale tema:

La povertà è quindi da intendersi non soltanto in termini economici ma anche come una forma di limitazione alla partecipazione sociale, come assenza di pari opportunità, di possibilità di scegliere e decidere cosa fare della propria vita, una povertà che deriva non tanto da qualità intrinseche della persona ma da una condizione di dipendenza in cui persone disabili, e altri gruppi sociali oppressi, sono costretti a vivere.

(D'Alessio, 2013, 91)

È possibile però arrivare a percepirsi, per alcuni degli adolescenti intervistati, una volta accettate le proprie caratteristiche e allenati strategicamente, come "supereroi" o "piloti" vincenti:

(S5, 1 superiore)

[Essere DSA] è come essere dei supereroi [...]: Tu sei il supereroe, la calcolatrice o lo schema sono Robin e i gadget magici [...]. Ci sono i supereroi che non hanno bisogno di aiuti; e i supereroi mancati, come i dislessici, perché i gadget e l'aiutante li trovano solo dopo aver scoperto di essere un supereroe, dopo che hai scoperto di essere DSA si ha diritto a gadget e aiutanti.

(E1, 5 Primaria)

È come due macchine, una DSA e una normale. La macchina normale andava più forte, però il pilota era basilare, uno come tutti. Invece il pilota col DSA riusciva a guidare e pensare come far prima, trovando le strategie e quindi, nonostante avesse la macchina più lenta, ad arrivare anche davanti.

3. Conclusioni

In conclusione, appare fondamentale promuovere in ambito scolastico un processo di riflessività e revisione continua dei contesti, dei processi di apprendimento e dell'esperienza educativa non solo da parte degli insegnanti, in collaborazione di rete con altri operatori, ma anche con un coinvolgimento attivo degli studenti, affinché possano offrire il proprio punto di vista, evidenziando le proprie difficoltà e portando anche le proprie aspettative e aspirazioni future (Gibson, 2006), in ottica autenticamente inclusiva; necessario perciò fornire agli studenti stessi gli strumenti per parlare, andando incontro agli specifici modi di esprimersi di ognuno, per sviluppare queste possibilità di riflessività, per consentire loro di descrivere i propri processi e motivazioni di apprendimento (Quicke, 2003).

Prioritario comprendere, a livello educativo, come dialogare con questi studenti, non avendo timore di porre le domande e affrontare esplicitamente il tema DSA, a più livelli, con più linguaggi e mediatori educativi, in più contesti: nella relazione individuale docente-studente; in una situazione di gruppo e confronto tra pari con altri studenti con DSA, vissuto come ambiente protetto, ad esempio nell'esperienza del Laboratorio Teatrale (Lampugnani, 2020); in classe, con l'intero gruppo, per condividere e comprendere insieme il DSA nel processo di *disclosure*.

Secondo questa necessità di sensibilizzazione sul tema DSA e accompagnamento alla *disclosure* dei singoli studenti nei propri contesti scolastici, appare certamente un obiettivo urgente di ricerca educativa lo sviluppo, nei contesti scolastici e di ricerca pedagogica, di esperienze situate e significative e di materiali didattici sperimentati ed adottabili in più situazioni.

Bibliografia

- Alexander-Passe, N. (2015). The Dyslexia Experience: Difference, Disclosure, Labelling, Discrimination and Stigma. *Asia Pacific Journal of Developmental Differences*, 2(2), 202-233
- Bearne, E. (2002) A good listening to Year 3 pupils talk about learning. *Support for Learning*, 17 (3), 122-127.
- Bocci, F. (2013). Dall'esclusione all'inclusione. L'evoluzione del sistema scolastico verso una didattica inclusiva. In P. D'Alonso, P. Aiello, F. Bocci, R. Caldin, F. Corona, P. Crispiani, F. Falcinelli Di Matteo, S. Maggiolini, R. Militerini, S. Visentin & M. Sibilio. *DSA: Elementi di didattica per i bisogni educativi speciali*. (pp.15-28) ETAS.
- Bocci, F. (2018). L'insegnante inclusivo e la sua formazione: una questione aperta nell'ottica dei Disability Studies. In Goodley, D., D'Alessio, S, Ferri, B., Monceri, F., Titchkosky, T., Vadalà, G., Valtellina, E., Migliarini, V., Bocci, F., Marra, A.D., & Medeghini, R. (2018). *Disability studies e inclusione* (pp. 141-171). Erickson.
- D'Alessio, S. (2013). Disability Studies in Education: implicazioni per la ricerca educativa e la pratica scolastica italiane. In R. Medeghini, S. D'Alessio, A. Marra, G. Vadalà, & E. Valtellina. (2013), *Disability studies. Emancipazione, inclusione scolastica e sociale, cittadinanza* (pp. 89-124). Erickson.
- Dewey, J. (2014). *Esperienza ed educazione*. Raffaello Cortina Editore.
- Dudley-Marling, C. (2004), The social construction of Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 37 (6), 482-489.
- Freire, P. (1985) *The Politics of Education: Culture Power and Liberation*. Macmillan.
- Gaspari, P. (2017). *Per una pedagogia speciale oltre la medicalizzazione*. Guerini Scientifica.
- Gibson, S. (2006) Beyond a 'culture of silence': inclusive education and the liberation of 'voice'. *Disability and Society*, 21 (4), 315-329.
- Gibson, S., & Kendall, L. (2010). Stories from school: dyslexia and learners' voices on factors impacting on achievement. *Support for learning*, 25 (4), 187-193.
- Goode, J. (2007). Managing disability: early experiences of university students with disabilities. *Disability and Society*, 22 (1), 35-48.
- Lampugnani G., (2019) *La voce degli adolescenti con Disturbi Specifici di Apprendimento. Vivere, dar senso e affrontare il DSA nei contesti educativi*, Tesi di dottorato Scienze della Formazione e Comunicazione XXXI ciclo, Università degli Studi di Milano Bicocca, https://boa.unimib.it/retrieve/handle/10281/241073/348906/phd_unimib_734847.pdf

- Lampugnani, G., (2020). Capire il DSA: percorsi educativi verso l'inclusione sociale e scolastica. In A. Ferrante, M.B. Gambacorti Passerini, & C. Palmieri. (a cura di), *L'educazione ai margini. Temi, esperienze e prospettive per una pedagogia dell'inclusione sociale* (pp. 247-262). Guerini Scientifica.
- Lampugnani G. (2021), Lived Experience of education and relationship for Italian adolescents with Dyslexia during one year Covid-19 Pandemic, *Proceedings of the Second International Conference of the Journal Scuola Democratica "Reinventing Education"*- vol. 2, Learning with New Technologies, Equality and Inclusion, 585-596, https://boa.unimib.it/retrieve/handle/10281/344584/522336/Contributo_in_volume_Dordoni_Carreri_Reinventing_Education_Vol_2_2021.pdf
- Macdonald, S. (2009a). Windows of Reflection: Conceptualizing Dyslexia Using the Social Model of Disability. *Dyslexia*, 15 (4), 347-362.
- Macdonald, S. (2009b). Towards a social reality of dyslexia, *British Journal of Learning Disabilities*, 38, 271-279.
- Mainardi, M. (2013) *L'apport de la «défectologie moderne» aux pédagogies: en deçà de la zone proximale de développement (ZPD)*. In J.P. Bernié et M. Brossard (eds) (2013) *Vygotski et l'Ecole*. Bordeaux, Presses Universitaires de Bordeaux, pp. 357-365.
- Morris, D. K., & Turnbull, P. A. (2007). The disclosure of dyslexia in clinical practice: Experiences of student nurses in the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 27, 35-42.
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablment*. MacMillan.
- Palmieri, C. (2020), Rappresentazioni sociali, giudizi e stereotipi: la costruzione simbolica e sociale delle pratiche di esclusione e di inclusione, in Ferrante A., Gambacorti Passerini M.B., Palmieri C. (a cura di), *L'educazione ai margini. Temi, esperienze e prospettive per una pedagogia dell'inclusione sociale* (pp. 31-48). Guerini scientifica.
- Pino, M., & Mortari, L. (2014). The inclusion of students with dyslexia in higher education: a systematic review using narrative synthesis. *Dyslexia*, 20(4), 346-369.
- Quicke, J. (2003). Educating the pupil voice. *Support for Learning*, 18 (2), 51-57.
- Riddick, B. (2000). An examination of the relationship between labelling and stigmatisation with special reference to dyslexia. *Disability and Society*, 15(4), 653-667.
- Shah, S. Travers, C., & Arnold, J. (2004). Disabled and successful: education in the life stories of disabled high achievers. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 4 (3), 122-132

Sità, C. (2012). *Indagare l'esperienza: l'intervista fenomenologica nella ricerca educativa*. Carocci.

Smith, J.A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage.

Soohee, S. (1993), Students as partners in research and reconstructing schools. *The Educational Forum*, 57, 386–393.

Riferimenti legislativi considerati:

per il Cantone Ticino:

Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport, Direttive sugli allievi dislessici, disortografici e discalculici, 3 aprile 2014

per l'Italia:

Istituto Superiore di Sanità (2011). *Consensus Conference sui Disturbi specifici di apprendimento*. https://www.airipa.it/wp-content/uploads/2013/06/cc_disturbi_apprendimento_2011.pdf

MIUR, Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento, DM 12/07/2011

