

### Lezione 3

Il punto di partenza per l'esercitazione sarà un caso sul quale noi inizieremo a ragionare. Prima di partire con l'esercitazione presentiamo brevemente i nuovi criteri diagnostici per la diagnosi di Disturbo dell'apprendimento del DSM 5 e dell'ICD 11 che saranno in vigore dal 2022. E' importante essere consapevoli di quali sono le nuove implicazioni per la diagnosi anche se non sono già in uso presso i nostri servizi. Se andate presso un servizio e vedete le valutazioni diagnostiche noterete che si ispirano ancora all'ICD 10 che però è già superato. Ed io a breve vi mostrerò su quali aspetti.

L'ICD 11 riprende molte delle indicazioni del DSM 5 che a differenza del DSM IV che era fortemente ispirato ad un modello medico della psicopatologia invece abbraccia un modello più ecologico, si avvicina al modello che è alla base del ICD 10, ovvero il modello bio-psico-sociale. Questo cambiamento è un cambiamento epocale ed importantissimo perché riprende l'importanza dell'interazione dei fattori genetici (predisposizione genetica) e fattori ambientali. Riconoscendo a questi ultimi un contributo importante anche nell'espressività delle difficoltà del disturbo. Questo ovviamente è un aspetto centrale perché sì, è vero che i fattori ambientali sono per noi un criterio di esclusione, ma dire che non sono la causa primaria di un disturbo non significa dire che non contribuiscono a definirla.

Il primo cambiamento macroscopico nel DSM 5 è il passaggio dal concetto di disturbo specifico a una nuova visione dei disturbi dell'apprendimento che li considera come dei disturbi di carattere più generale, che partono dalle abilità scolastiche e che si possono manifestare in differenti ambiti. Non devono necessariamente essere presenti in un ambito soltanto (es. solo in lettura). Perché questo? Perché le evidenze scientifiche ci dimostrano, come possiamo vedere in dei lavori di Zoccolotti et al. che ha lavorato tantissimo sulle comorbidità, che sono la norma non l'eccezione. Se le comorbidità, cioè le associazioni tra disturbi di apprendimento diversi sono la norma, forse quello che tipicamente affrontiamo è una costellazione di difficoltà non è un disturbo specifico. Questa evidenza ha portato alla revisione dei manuali diagnostici. Infatti il DSM 5 parla di un disturbo dell'apprendimento nell'ambito delle abilità scolastiche indicate dalla presenza di almeno uno dei seguenti sintomi per almeno 6 mesi, nonostante la messa a disposizione di interventi mirati.

### I Criteri per la diagnosi nel DSM 5

- A. Difficoltà di apprendimento e nell'uso di abilità scolastiche, come indicato dalla presenza di **almeno uno dei seguenti sintomi** che sono persistiti **per almeno 6 mesi, nonostante la messa a disposizione di interventi mirati** su tali difficoltà:

1. Lettura delle parole lenta e imprecisa (...)
2. Difficoltà nella comprensione del significato di ciò che viene letto
3. Difficoltà nello spelling (...)
4. Difficoltà con l'espressione scritta (...)
5. Difficoltà nel padroneggiare il concetto di numero, i dati numerici o il calcolo (...)
6. Difficoltà nel ragionamento matematico (...)

La parte di "interventi mirati" è evidenziata, perché se vista così vuol dire tutto e niente. Come fa un clinico a sapere se è stato effettuato un intervento mirato? Lo sa quando è a conoscenza che le insegnati hanno attuato per compensare eventuali difficoltà del bambino un intervento di tipo evidence-based. Ovvero uno di quegli interventi raccomandati dalle consensus conference dalle linee guida che sono ispirate alle evidenze scientifiche.

Una cosa importante che viene chiesta nelle sessioni di esami di Stato riguarda il codice deontologico. È importante sapere che uno dei capi di questo codice dice in maniera esplicita che uno dei doveri dello psicologo e di tutte le professioni sanitarie è di mantenersi aggiornati. Perché le evidenze scientifiche non sono immutate. I criteri diagnostici possono cambiare in misura delle nuove evidenze scientifiche e anche la nostra consapevolezza di ciò che funziona e che non funziona. Quello che è evidence-based oggi potrebbe non essere evidence-based domani. Questo in primis perché la popolazione di riferimento cambia! Ci troviamo di fronte a bambini con caratteristiche diverse rispetto a quelli che potevamo vedere 10 anni fa. In parte perché cambiano gli strumenti, come le nuove tecnologie, la realtà virtuale.. Tutti strumenti sulla cui efficacia noi stiamo facendo delle valutazioni solo ora e su cui prima non avevamo ancora dati. Nel futuro però potrebbero esserci delle indicazioni che provengono anche da queste ricerche.

Nell'interazione con l'insegnante non bisogna mettersi in conflitto con questa quando ci dice che ha provato a far svolgere delle schede al bambino ma che lui non è comunque migliorato. Dobbiamo però essere consapevoli che quello che è stato appena svolto dall'insegnante non è un intervento mirato. Perché non è un intervento calibrato e non garantisce che il bambino abbia un disturbo dell'apprendimento, ciò possiamo saperlo solo quando viene proposto al bambino un intervento che sappiamo che funziona grazie alle evidenze scientifiche. Se si sospetta che l'attività svolta dall'insegnante non è in linea con la ricerca allora l'ipotesi diagnostica deve restare aperta.

Altra raccomandazione che viene dalla diagnosi del DSM 5 di cui abbiamo già parlato ieri è che la compromissione delle abilità di apprendimento debba essere significativa in termini sia statistici che di impatto clinico. Parlando di criteri statistici la diagnosi di disturbo dell'apprendimento deve essere fatta utilizzando degli strumenti standardizzati che hanno le qualità di cui abbiamo discusso ieri.

Una novità del DSM 5 e dell' ICD 11 è la maggiore attenzione che viene data alla diagnosi fatte in ritardo come in tarda adolescenza, ovvero dopo i 16-17 anni.. In questi casi le indicazioni possono anche essere quelle di non procedere (fino a qualche tempo fa gli strumenti per valutare ad esempio una dislessia in adolescenza ed in età adulta erano pochi e probabilmente anche la loro validità è discutibile rispetto agli strumenti valutativi utilizzati in età scolare).

Quando parliamo di disturbo dell'apprendimento e si dice che il carattere è evolutivo si deve pensare che non soltanto il disturbo può manifestarsi in maniera diversa in base all'età, ma che nonostante il carattere evolutivo anche il ragazzino con disturbo dell'apprendimento particolarmente intelligente troverà le strategie per compensare le problematiche. Ciò significa che la sua prestazioni comunque miglioreranno. Il fatto di osservare un miglioramento sia quando proponiamo un intervento, sia nel tempo con lo sviluppo, il fatto che vi sia miglioramento nel bambino o ragazzo non esclude che vi sia un disturbo dell'apprendimento. Questo ad esempio è uno dei fraintendimenti che hanno le insegnanti quando si chiedono "ma come? Va avanti è bravo! Migliora, apprende! Non ha un disturbo dell'apprendimento." Ed invece sì! Perché è la velocità con la quale migliora, con la quale apprende il ragazzo è la fatica che l'apprendimento comporta a dirci che il bambino ha un processo di apprendimento più o meno automatico e facile da un punto di vista cognitivo. Nel caso di disturbo dell'apprendimento è spesso il carico cognitivo del compito che ci dice, soprattutto in tarda età, molto di più dell'esito del risultato in se. Per la diagnosi in adolescenza e tarda adolescenza le indicazioni sono quelle di aprirsi alla possibilità di fare diagnosi utilizzando anche solo il riscontro anamnestico. Che vuol dire? Se quel ragazzino ha presentato una storia di difficoltà scolastiche o è anche stato valutato molti anni prima nella valutazione che, però non è stata aggiornata, magari la certificazione non è stata confermata perché rientrava poi in norma.. Noi possiamo utilizzare queste informazioni anamnestiche in tarda adolescenza per confermare la nostra ipotesi. L'anamnesi ad esempio di cui parleremo oggi è una prima parte del processo analitico di diagnosi ed è fondamentale saperla fare bene. Facendo una buona anamnesi si è già orientati nell'ipotesi diagnostica e anche nella scelta di quale strumento utilizzare nella vostra valutazione diagnostica. Altro cambiamento rispetto alle indicazioni che venivano date per i disturbi dell'apprendimento è che mentre fino a prima

dell'uscita del DSM 5 ci si focalizzava moltissimo sulla precocità di questi disturbi ora è cambiata la visione. Questi sono disturbi neuroevolutivi, quindi sono presenti problemi nei meccanismi di apprendimento sin dalle prime fasi dello sviluppo, però questi meccanismi\problemi si palesano quando il bambino inizia ad apprendere a leggere e scrivere a fare calcoli, si palesano con l'entrata a scuola. Questa era la vecchia visione dei disturbi dell'apprendimento. Oggi in virtù delle evidenze che abbiamo di molti ragazzini che vengono diagnosticati per la prima volta alla scuola secondaria di primo o secondo grado ci ha fatto un po' modificare questa indicazione forte rispetto al valorizzare un esordio precoce. Si assume una visione del disturbo dell'apprendimento di tipo life-span, quindi che non ricopre solo le prime fasi di esordio e si concentra su quelle ma, che considera la possibilità che il disturbo si possa manifestare a età diverse anche avanti con gli anni, per via del fatto che il problema si palesa quando le richieste rispetto alle capacità scolastiche superano le capacità dell'individuo. Fino a che le richieste non mettono il bambino o il ragazzo in difficoltà noi non possiamo renderci conto se è presente un disturbo dell'apprendimento. Il DSM 5 e l'ICD 11 riconoscono la possibilità che il disturbo possa rimanere 'latente', è sempre presente semplicemente noi non lo osserviamo per un lungo periodo perché si manifesterà più avanti. Adottare una prospettiva life-span significa anche non preoccuparsi più delle ricadute scolastiche ma vedere i disturbi dell'apprendimento come disturbi che possono avere impatti a lungo termine. Ad esempio sulla soddisfazione dell'individuo, sulle capacità.. Un individuo con dislessia si sentirà condizionato anche in altri ambiti. I criteri che abbiamo visto anche relativi ai criteri di esclusione vengono confermati. Non è un disturbo dell'apprendimento se non può essere interamente primariamente attribuito a disabilità intellettive, deficit di acuità visiva, disturbi mentali o neurologici che possono essere acquisiti o fattori ambientali, come la non conoscenza della lingua o un'istruzione poco adeguata. La visione secondo cui i disturbi dell'apprendimento non possono più essere considerati specifici porta a rivedere la diagnosi in questi termini, ovvero la formulazione della diagnosi richiama l'espressione disturbi dell'apprendimento nel DSM 5 e probabilmente sarà anche così nell'ICD 11. Si parla nel DSM 5 di disturbo dell'apprendimento scolastico con compromissione e vanno poi ad esserci degli specificatori, che sono di 2 tipi.

Il primo specificatore riguarda l'ambito, ovvero la tipologia del disturbo. Ad esempio con compromissione prevalente della lettura che si dice in genere così perché spesso sappiamo che sono in comorbidità, quindi prevalente della lettura e si specifica per quali aspetti della lettura. Ad esempio, dell'accuratezza, della velocità, della comprensione del testo ecc.. Con compromissione prevalente dell'espressione scritta e si specifica quali aspetti dell'espressione scritta sono maggiormente interessati, oppure con compromissione prevalente del calcolo.

[Risposta ad una domanda di una collega che non si sente bene nell'audio: Nel calcolo esistono di più delle compromissioni che riguardano la capacità di rappresentare le quantità dei numeri ecc..]

La seconda tipologia di specificatore riguarda la gravità con la quale il disturbo si manifesta. In questo caso: lieve, moderato, grave.

Lieve: l'individuo è in grado di compensare perfettamente la mancanza se supportato e gli vengono offerte delle facilitazioni. Queste facilitazioni bisogna spiegarle bene agli insegnanti, facendogli capire che misure compensative e dispensative non sono degli sconti dati al ragazzo con disturbo dell'apprendimento ma che rispettano semplicemente un criterio di base di diritto allo studio secondo il quale tutti devono essere messi nelle stesse condizioni in partenza. Quello che fanno questi strumenti, ripetiamo, non è quello di agevolare ma di mettere lo studente che parte con una difficoltà maggiore nella stessa posizione rispetto ad altri studenti.

Moderato: Può essere necessario un intervento più specifico volto anche al trattamento dei processi che sono alterati per un recupero. Mentre nel caso di un disturbo lieve può non essere necessario intervenire subito, nel caso di disturbo moderato o grave prima si interviene meglio è. Ma si interviene prima utilizzando le tecniche corrette, perché se si interviene precocemente promuovendo delle attività che non

sono adatte per migliorare lo sviluppo di quelle funzioni anche se siamo in tempo non aiutiamo il bambino a strutturare bene il processo. L'intervento migliore è un intervento fondato sulle evidenze scientifiche ma anche sulle caratteristiche del singolo bambino. Si possono avere tutte le evidenze scientifiche possibili, se non sono in grado di declinarle nella scelta dell'intervento che si sposa meglio con il profilo di quel bambino non si offrono comunque a quel bambino adeguate possibilità di apprendimento. Dunque è importante considerare la letteratura ovvero quello che sappiamo ed il profilo del bambino. Banalmente se un bambino ha un problema che è legato all'analisi fonologica è inutile intervenire solo sulla componente fonologica o visiva, probabilmente si dovrà cercare di aiutarlo sostenendo la componente fonologica attraverso l'integrazione con altre forme di rappresentazione del linguaggio.

Nella diapositiva vediamo riassunte tutte le novità presenti nel DSM 5

Cosa c'è di nuovo?	
<b>DSM 5</b>	Categoria: Disturbi del neurosviluppo
	Unica categoria
	Scompare categoria NAS
	I singoli disturbi diventano «specificatori»
	Compare il livello di «gravità»
	Abbandono del criterio della discrepanza
	Compare il criterio di «persistenza»
	Menzionata la diagnosi «over 17»
	Richiesto l'uso di molti dati da diverse fonti, in particolare di carattere educativo
	Approfondimento life span e fattori di rischio

La prima e principale è che i disturbi dell'apprendimento non sono più considerate categorie distinte, ma sono considerate un'unica categoria definita sulla base di specificatori per tipologie e gravità.

Compare anche il livello di gravità che prima non era previsto nelle diagnosi. Dire che un disturbo di lettura è lieve, dire che un disturbo di lettura è grave ha un significato molto diverso e anche il profilo è diverso. Compare, come già accennato ieri il criterio della persistenza, ovvero della resistenza al cambiamento e all'intervento. Questo viene valutato utilizzando il paradigma di risposta all'intervento, cioè si può dire che il ragazzo ha un disturbo dell'apprendimento quando a fronte delle difficoltà del ragazzo nella lettura, della scrittura e del calcolo gli si propongono degli interventi mirati basati su evidenze scientifiche e la risposta di questo bambino all'intervento comunque non lo porta a normalizzare completamente il suo comportamento rispetto agli altri. Si può osservare un miglioramento, però se questo non è tale da risolvere la problematica e ad omologare il ragazzo al resto della classe allora si è probabilmente di fronte ad una persistenza. Dunque, probabilmente avendo anche altri indicatori è possibile che la persona abbia un disturbo dell'apprendimento. Viene menzionata la diagnosi over 17, viene sottolineata l'importanza di utilizzare diversi dati e fonti che assume grande importanza soprattutto nella diagnosi over 17, si prende in considerazione l'anamnesi ma non soltanto... Si assume una visione più orientata alla life-span, mentre prima quando si parlava di disturbo dell'apprendimento fino a qualche anno fa si pensava prevalentemente alla fascia scolare. Ciò è sbagliato, perché anche dopo questo disturbo può creare dei problemi, essendo appunto un disturbo evolutivo è chiaro che rimanga e comprometta il funzionamento dell'individuo anche su altri piani. Questo non solo perché compromette delle abilità strumentali (lettura, scrittura..) ma anche perché vivere con un disturbo dell'apprendimento quando il contesto non è pronto a sostenerti bene e a darti la possibilità di sviluppare tutte le tue capacità può portare a frustrazione, ansia, bassa autostima, tutte cose che hanno delle ricadute anche sulla soddisfazione personale, scolastica e professionale.

Domanda: I deficit attentivi e di memoria sono sempre presenti nei disturbi dell'apprendimento anche quando non è presente un ADHD?

Parlando di dislessia ad esempio una compromissione di alcuni meccanismi dell'attenzione si trova. Bisogna capirsi bene rispetto a quali e rispetto a cosa intendiamo per attenzione. L'attenzione come la memoria sono dei contenitori ampi nei quali vi stanno molte cose. Quando si fa riferimento a deficit dell'attenzione che non sono determinati da un ADHD in comorbidità con un disturbo di lettura, ma che si manifestano in un problema di lettura parliamo prevalentemente dell'esempio dell'attenzione uditiva e visiva e di come questi due processi si sincronizzano. Un'ipotesi che alcuni hanno è che vi sia una sorta di mismatch(?) tra i tempi dell'attenzione visiva e i tempi dell'attenzione uditiva o i processi di analisi visiva o uditiva tali per cui quando il bambino o il ragazzo legge non riesce a fare il mapping (associare il suono al segno) e questo è alla base del meccanismo di difficoltà della lettura nella dislessia, per lo meno in una parte delle persone con dislessia. La risposta alla domanda è: Sì

Alcuni meccanismi specifici dell'attenzione visiva, processi sottili di attenzione visiva probabilmente sono compromessi e i meccanismi che sono compromessi in diversi disturbi possono anche essere diversi. L'attenzione vista come macro-categoria di un disturbo di deficit dell'attenzione (difficoltà di concentrarsi a lungo, di autoregolarsi..) non è sempre associata ad un disturbo di dislessia. Vi sono ragazzine con dislessia che hanno capacità di concentrazione buone se non fosse per il tempo che si chiede loro per impegnarsi in un compito. Come l'attenzione anche la memoria.. I meccanismi di memoria a breve termine verbale ad esempio possono essere compromessi nei ragazzi con dislessia, non per questo la memoria di questi ragazzi è sempre lesa. I tempi di questi due processi non sono bene allineati. Quello che la prof ha osservato in alcuni bambini con dislessia o con difficoltà iniziale è che i tempi di questi due processi del sistema visivo e uditivo fonologico possono essere un po' diversi. Quando uno di questi sistemi è compromesso e nella dislessia può essere compromessa l'analisi visiva o uditiva fonologica uno dei due è un po' più lento.

La coordinazione motoria è una cosa che va sempre valutata nei DSA generali. Non è detto che in tutti i profili i DSA ci siano problemi di coordinazione motoria.

Per essere certi che le basse prestazioni scolastiche che noi osserviamo in uno studente non siano dovute ad una bassa qualità d'istruzione noi dobbiamo proporre un intervento basato sull'evidenza. Quindi che sappiamo che funziona. Se anche dopo aver svolto questo intervento il ragazzo continua a manifestare difficoltà rispetto al gruppo di riferimento della classe allora abbiamo elementi per sospettare di un disturbo dell'apprendimento. Naturalmente dobbiamo tenere presenti anche altri fattori, ad esempio che non deve essere presente un disturbo d'ansia generalizzato, così ci si può già orientare verso la diagnosi di disturbo dell'apprendimento. Un modello adottato negli USA che non viene adottato nelle scuole italiane è il Modello a 3 livelli

## RTI: Tre livelli

- **Livello 1 (Tier 1): Educazione Generale**
  - Programmi basati su dati di ricerca
  - Implementati in modo fedele
  - Lavori per la stragrande maggioranza degli studenti
  - Screening per gli alunni a rischio, con monitoraggio della risposta degli studenti a rischio all'istruzione generale.
- **Livello 2 (Tier 2): Tutoraggio preventivo a piccoli gruppi**
  - Monitoraggio delle risposte a rischio per la validazione di un intervento di livello 2.
- **Livello 3 (Tier 3): Individualizzazione e personalizzazione dell'intervento**
  - Monitoraggio delle risposte a rischio per la validazione di un intervento di livello 2 ma con continuo adattamento del programma didattico, sulla base dell'andamento del monitoraggio, per garantire una risposta adeguata

In cui nel 1 livello standard della valutazione viene offerta una didattica standard a tutta la classe in cui vengono utilizzati dei programmi didattici basati sull'evidenza. Si svolge uno screening (revisione molto veloce, utilizzando pochi strumenti come una check-list che sono sensibili ad identificare gli strumenti a rischio richiedendo poche risorse) Da questo primo screening vengono identificati circa il 20\25% di persone con difficoltà. Circa il 20% degli alunni di una classe manifesta delle difficoltà, ovviamente non vuol dire che hanno tutti un disturbo dell'apprendimento. Le ragioni per cui un bambino può avere difficoltà ad apprendere sono tantissime, il disturbo dell'apprendimento è solo una delle tante ragioni.

Perciò a questo punto si fa una valutazione di 2 livello. Ovvero si organizza una didattica a piccoli gruppi, un tutoraggio preventivo. Si offre ancora una volta un intervento basato sull'evidenza di potenziamento (processo che favorisce l'abilitazione delle funzioni, non è un trattamento di una funzione alterata. L'ottica è quella di favorire l'emergere delle funzioni che per qualche motivo non sono emerse)

Dopo questo 2 livello si svolge un ulteriore tutoraggio utilizzando degli strumenti più sensibili per discriminare i disturbi dalle difficoltà e vengono identificati un certo numero di alunni che possono avere necessità di un percorso individualizzato e personalizzato. Alunni che possono presentare un disturbo dell'apprendimento.

In Italia questo modello non si svolge perché non conosciuto.

E' una problematica italiana quella di fare una distinzione netta tra pedagogia (che detta quello che si dovrebbe fare nelle scuole) e psicologia scolastica dell'educazione. Sarebbe necessario progettare interventi utilizzando le conoscenze provenienti da entrambe le discipline.

L'approccio di identificazione dei DSA (non inteso come diagnosi) ma di discriminare quegli studenti che possono richiedere un accertamento diagnostico basato sulla risposta all'intervento si sostituisce o si soppianta ad un approccio classico che era quello del 'wait to fail' (aspetta che fallisca). Prima si utilizzava un approccio di tipo medico nei disturbi dell'apprendimento, infatti se insegnanti o genitori avevano dei sospetti di DSA la prima raccomandazione era quella di stare attenti e monitorare il bambino. Oggi invece le indicazioni riguardo al minimo sospetto sono quelle di mettere in atto un intervento già a scuola svolto dagli insegnanti, valutare la risposta all'intervento e poi sulla base di quello valutare se sia necessario riferire alla famiglia di fare un accertamento presso un servizio.

Confronto ICD 11 e ICD 10. L'adozione della nuova versione è prevista nel gennaio 2022.

Sia ICD 11 che 10 parlano di disturbi evolutivi di apprendimento. L'ICD 10 parla di abilità scolastiche, invece ICD 11 parla di apprendimento in virtù del fatto che è stato ampliato il focus, ovvero che ora si parla di life-

span. L'ICD 11 riconosce l'idea che il disturbo dell'apprendimento non riguardi selettivamente le abilità scolastiche ma riguardi l'apprendimento, abilità che è in gioco nella vita di tutti i giorni (nella vita sociale, professionale ecc)

L'ICD 10 parlava di abilità specifiche e quindi di disturbi specifici dell'apprendimento, ICD 11 riprende l'approccio del DSM 5 e parla di ambito. Quindi un disturbo dell'apprendimento viene inserito in una categoria generale e vengono poi indicati le compromissioni prevalenti in alcuni ambiti. Richiama inoltre che queste compromissioni possano riguardare non soltanto il funzionamento in ambito scolastico ma anche lavorativo. Quindi una visione a lungo termine.

Per quanto riguarda il periodo diagnostico l'ICD 10 sottolineava che il disturbo dell'apprendimento si manifestava con capacità compromesse o alterate già delle prime fasi dello sviluppo (sottolineava che era già necessario individuare in qualche modo che si osservassero delle difficoltà già nelle prime fasi dello sviluppo). L'ICD 11 come il DSM 5 ripropone l'idea che il disturbo possa non manifestarsi per molto tempo, fin quando le richieste che vengono fatte all'individuo non sovraccaricano il suo sistema e le sue capacità di apprendimento.

Domanda: La manifestazione del disturbo solo in età adolescenziale e non già dalla scuola primaria vuol dire che si tratta di un disturbo più lieve? Questo perché la persona è in grado di mettere in atto delle abilità maggiori o comunque più avanzate rispetto ai bambini più piccoli? oppure può comunque verificarsi un disturbo grave diagnosticato solo in adolescenza e non prima?

Risposta: Più frequentemente si verifica la prima situazione, cioè che un disturbo lieve dell'apprendimento passa inosservato, almeno nel sistema scolastico italiano dove non tutti gli insegnanti sono preparati, ma il disturbo grave dell'apprendimento viene identificato quasi sempre dall'insegnante. Non è escluso però che un disturbo dell'apprendimento possa passare sotto traccia perché viene mascherato o confuso con qualcos'altro.

Riportiamo l'esempio di un ragazzino già accennato ieri... Al momento si sta cercando di ripulire il quadro del ragazzino con gravi problemi d'ansia. Questi problemi sono stati osservati da tutti gli insegnanti e sono tali per cui fa fatica anche a risolvere cose in cui è ben preparato, nonostante sia davvero intelligente il bambino fa fatica nei compiti scolastici, soprattutto nelle situazioni di verifica.. Per cui gli insegnanti hanno attribuito i problemi che osservavano in classe (lentezza, fatica, facilità a perdere la concentrazione sul compito ecc..) a problemi d'ansia. In questo caso non è ancora chiaro se è tutto imputabile all'ansia o meno, ma l'ansia potrebbe coprire alcuni problemi di apprendimento, magari non gravissimi, ma che possono essere significativi. Il quadro è costellato di difficoltà, ovvero situazioni che sono al di sotto di 1,5 ds e quindi sono già in un'area critica. In alcuni casi anche quando il disturbo è moderato o grave può non essere riconosciuto come disturbo dell'apprendimento se è mascherato da altro o viene confuso con qualcos'altro. Per esempio, anche nel caso della sordità può capitare che un ragazzo con ipoacusia che presenta in concomitanza un disturbo dell'apprendimento può non avere quest'ultimo riconosciuto e diagnosticato perché il problema di apprendimento viene interamente associato alla disabilità sensoriale. Questo ovviamente ha una ricaduta, perché vi è differenza tra un intervento che si propone ad un ragazzo con disabilità sensoriale ed un intervento che si suggerisce nel caso di disturbo dell'apprendimento, in quanto quel ragazzino probabilmente beneficerà di un trattamento di alcuni processi di apprendimento che sono alterati. Un disturbo dell'apprendimento non può essere diagnosticato generalmente prima della fine della seconda primaria. Ciò non vuol dire però che un bambino non possa essere identificato prima, nel senso che in alcuni casi quando il disturbo è presente ed è evidente e grave, così da venire identificato a metà della prima primaria si può già iniziare ad intervenire. Ciò è importante perché prima si interviene meglio è. Quando un ragazzino mette in atto delle strategie di apprendimento non efficienti con il tempo quei meccanismi si struttureranno. Quando si andrà a lavorare con il ragazzino di scuola secondaria o di scuola superiore che ha strutturato i suoi processi di lettura in un certo modo e gli si chiederà di fare una

cosa complicatissima, ovvero di smantellare quello che ha fatto e ricostruire da capo ciò per lui non sarà affatto facile. In sintesi gli si chiederà di abbandonare le strategie messe in atto per imparare quelle che gli proponiamo noi (si dovrà fidare di noi). Ciò è difficilissimo da fare sia per il piano motivazionale che cognitivo. Quei processi che si sono strutturati si sono anche automatizzati, si chiede al bambino di abbandonare qualcosa di automatizzato e di sostituirlo con altre cose per lui non è semplice. Per tale motivo questo modello a tre livelli viene proposto generalmente all'inizio del percorso scolastico per identificare precocemente i bambini con disturbo in modo da poter intervenire il prima possibile.

#### ESERCITAZIONE:

Il nome del bambino è Pietro (ovviamente nome inventato) è in terza primaria, giunge al consultorio su segnalazione della scuola per sospetto di difficoltà d'apprendimento. La scuola riferisce che Pietro è indietro nella scrittura ed ha difficoltà nella lettura autonoma anche di testi brevi. I genitori riferiscono che la scuola tende a vedere le cose come eccessivamente gravi. Inoltre riferiscono che a casa a seguito di un costante lavoro svolto dalla mamma riesce a svolgere tutti i compiti e a prepararsi per le verifiche. I genitori riconoscono che in italiano vi sono errori di ortografia e che la lettura è un po' lenta, però non ritengono questo quadro allarmante. Gli insegnanti allertano i genitori e suggeriscono loro di fare un approfondimento.

Raccomandazione: anche quando capiterà a voi di confrontarvi con genitori è importante usare l'espressione *approfondimento*. Evitare di fare l'errore che fanno spesso gli insegnanti dicendo che il bambino ha forse un disturbo dell'apprendimento (questo fa mettere sulle difensive i genitori), molto importante non partire dando già una diagnosi. Prima di tutto bisogna fare un'adeguata valutazione, solo successivamente si potrà procedere con la diagnosi. Neanche un bravo clinico può permettersi di fare subito diagnosi senza prima fare approfondimento in quanto si deve prima capire se vi è un problema (accertamento diagnostico) e se questo problema è presente di che natura è.

Tornando al caso, i genitori riconoscono che vi sono delle difficoltà ma che il quadro secondo loro non è allarmante.

Quali ambiti andreste ad approfondire a livello anamnestico? Quali strumenti diagnostici utilizzereste per approfondire l'anamnesi senza l'uso di test?

1 fase: ANAMNESI, passaggio importantissimo. Che chiediamo?

Risposta collega: Se sono stati presenti problemi alla nascita.

Ciò è in parte corretto ma non è la prima cosa che si chiede.

Risposta collega 2: chiediamo al bambino se ha delle difficoltà e la situazione a scuola.

Sì, ma bisogna vedere se il bambino viene alla prima visita con i genitori. Perché ciò non accade sempre.

Risposta collega 3: Si chiede se vi sono state difficoltà lungo la gravidanza...

Vanno bene queste domande.

Risposta collega 4: Si chiede se vi è familiarità a disturbi dell'apprendimento a livello familiare.

Allora, l'anamnesi ha una struttura che è standard.

La prima cosa da fare è: chiedere le generalità. (es. dell'andare in ospedale dove ti chiedono le generalità e ti fanno compilare una check-list dove si chiedono le generalità della famiglia, dei genitori e anche del bambino)

L'anamnesi si divide in 2 o 3 parti. Una parte che riguarda la storia familiare e la storia dell'individuo remota (si chiede se in famiglia vi sono presenti altre persone con difficoltà scolastiche, non solamente disturbi dell'apprendimento.)

Anamnesi remota vuol dire partire dalla gravidanza e dal parto, chiedere se vi sono stati problemi al parto, se il parto è stato naturale, se la gravidanza si è svolta bene, se sono presenti anche problematiche riguardo alla salute in famiglia. Per quanto riguarda il bambino si fanno domande che lo riguardano, sul suo peso alla nascita, sul suo ritmo sonno veglia, eventuali situazioni patologiche che si possono essere presentate nel corso della vita.. (esempio, in un bambino che ha avuto esordio tardivo nel linguaggio può essere utile chiedere se aveva spesso raffreddori, se aveva spesso otiti nel corso della prima infanzia.. Perché otiti ricorrenti generano un ipoacusia alternante, per cui per il bambino può essere difficile accedere al suono delle parole e questo rallenterà anche tutto il resto. Questa è una situazione diversa rispetto a quella del disturbo primario del linguaggio che invece è spesso associato ad una dislessia. Tutte queste informazioni che vedremo bene quando parleremo di percorso diagnostico si recuperano da quella che si chiama anamnesi. Si chiedono anche le tappe di sviluppo, il coordinamento motorio. Infatti una delle cose che si chiedono riguardo al bambino che si sospetta abbia disturbo dell'apprendimento sono gli aspetti motori, ad esempio quando ha iniziato a camminare, a rimanere in piedi da solo, se va in bicicletta, se fa attività sportive e quali fa.. Tutte queste sono informazioni che danno notizie rispetto all'area motoria e ve ne sono altre che danno notizie sull'area linguistica (es: chiedere quando ha iniziato a dire le prime parole, se ha frequentato la scuola dell'infanzia o meno.. Questo perché tanti bambini iniziano a parlare bene tardi proprio perché non hanno frequentato una scuola dell'infanzia. Questi bambini in realtà parlavano anche prima, ad esempio a casa con i nonni, però parlavano in parte italiano e in parte dialetto. Essendo loro bambini piccoli con un'articolazione che non è ancora ben maturata come può essere quella di un bambino di scuola primaria le parole prodotte da questi bambini non si comprendevano bene e perciò quando iniziano a frequentare la scuola dell'infanzia tardivamente inizialmente hanno difficoltà a comunicare, poi fortunatamente migliorano. Tutte queste cose si chiedono nell'anamnesi remota.

Successivamente si svolge un'anamnesi prossima (parte dell'anamnesi in cui si indaga l'esordio delle difficoltà, ad esempio quando si sono osservate per la prima volta difficoltà in lettura, come le ha affrontate il bambino a scuola.. Bisogna vedere che strategie adotta il bambino, ad esempio come affronta la lettura a casa e serve che i genitori raccontino la storia delle difficoltà che riporta il bambino.

Domanda: Prima ancora dell'anamnesi, una volta prese le generalità cosa si chiede ai genitori che ci vengono inviati?

Risposta: Perché hanno scelto di rivolgersi a noi.

In breve è importante analizzare la domanda perché ciò ci permette di capire quale sia la ragione dell'invio, da chi viene ecc.. E' importante porsi questa domanda perché noi siamo consultati proprio per rispondere a questa domanda ed in base a questa si andrà a strutturare la valutazione.

Va bene chiedere al bambino come si trova a scuola e se ha avuto delle difficoltà quando lo si incontra. Tuttavia, quando si parla di bambini di fascia d'età di scuola primaria o secondaria di primo grado, o anche adolescenti, una buona prassi è sentire prima i genitori. Perché i genitori che si trovano da soli con noi si sentono più liberi di parlare riguardo alle loro paure, timori, perplessità che riguardano il bambino e possono anche riferire se non sono d'accordo rispetto alla valutazione che è stata fatta dall'insegnante. Non è il caso di vederli immediatamente con il bambino perché vederli insieme a lui significa mettere non solo il bambino in una situazione difficile ma anche i genitori. Solo nel secondo incontro si chiede di portare il bambino in modo da vederlo con i genitori, poi si chiede ai genitori di uscire e si rimane con il bambino da soli e si cerca di capire di più.

Quali strumenti si possono utilizzare subito dopo un'anamnesi, che non siano dei test?

- Check-list (questionari che possono essere utilizzati per l'anamnesi)

Due raccomandazioni: quando i genitori vengono in consultazione al primo colloquio chiedere ai genitori di portare con loro i quaderni del bambino, in particolare quelli relativi alle materie rispetto alle quali è stata identificata una difficoltà, inoltre se li hanno anche quelli degli anni precedenti..

Che altro si può chiedere di portare che aiuta a far l'anamnesi? Volendo la pagella, sì! ma soprattutto il libretto sanitario del pediatra! Qui sono indicate le vaccinazioni, se il bambino ha avuto problemi particolari.. Vi sono inoltre delle pagine che hanno i genitori da compilare su cui scrivere quando il bambino ha iniziato a camminare, quando ha iniziato a parlare, se il bambino prende determinati farmaci ecc..

Si cerca di chiedere ai genitori di venire con il libretto del pediatra, se poi su questo non vi è alcuna informazione utile si deve chiedere ai genitori quello che ci interessa sapere. Importante oltre a fare l'anamnesi remota di tutte le tappe fondamentali dello sviluppo chiedere anche informazioni sui ritmi sonno veglia del bambino, sull'alimentazione, tutte cose che possono essere spie di difficoltà legate alla sfera più emotiva ma anche di autoregolazione o attenzione dei bambini che hanno difficoltà a regolarsi secondo i ritmi sonno veglia, difficoltà nell'alimentazione ecc..

Domanda: Se è presente un anossia (il bambino è rimasto senza ossigeno per un certo tempo) alla nascita e questo può aver creato dei micro traumi cerebrali.. Inoltre vi è anche un elemento di familiarità, ad esempio uno dei due genitori ha dislessia, se si sospetta una dislessia del bambino a cosa possiamo attribuirlo?

Risposta: Non importa a cosa viene attribuita la dislessia, ma importa come si manifesta. Il fatto di identificare delle cause per lo psicologo serve solo a capire se è presente o meno il disturbo, se ci sono entrambe è molto probabile che si parli di disturbo dell'apprendimento. Qualunque sia la causa a noi deve interessare solo di delineare bene il profilo del bambino in modo da ricavarne un profilo di funzionamento grazie all'anamnesi.

[esercitazione da svolgere a casa]