

COLLANA DI PSICOLOGIA

Patrizio E. Tressoldi e Claudio Vio

**IL TRATTAMENTO
DEI DISTURBI SPECIFICI
DELL'APPRENDIMENTO
SCOLASTICO**

NUOVA EDIZIONE

Erickson

Indice

9 Presentazione

PRIMA PARTE Le raccomandazioni cliniche nazionali

15 CAP. 1 Estratti dalla CC-RPC-2007, dalla CC-ISS-2011 e dalle RC-DSA-2011

29 CAP. 2 Metodologia generale dell'intervento riabilitativo

SECONDA PARTE Il trattamento dei diversi disturbi specifici dell'apprendimento

35 CAP. 3 Il trattamento della dislessia

47 CAP. 4 Il trattamento della disortografia

57 CAP. 5 Il trattamento della discalculia

67 CAP. 6 Il trattamento dei disturbi della comprensione del testo

73 CAP. 7 Il trattamento dei disturbi e delle difficoltà nella produzione del testo

75 CAP. 8 Il trattamento delle difficoltà nella soluzione dei problemi di matematica

79 CAP. 9 Il trattamento dei disturbi della memoria e della rappresentazione visuo-spaziale

83 CAP. 10 Il trattamento del disturbo di attenzione e iperattività (ADHD)

89 CAP. 11 Il trattamento degli aspetti emotivo-relazionali

TERZA PARTE Strumenti compensativi

- 99** CAP. 12 Strumenti e/o strategie compensative?

QUARTA PARTE La misura del cambiamento clinico

- 115** CAP. 13 La misura del cambiamento clinico tra efficacia ed efficienza
- 123** Conclusioni e raccomandazioni finali
- 125** Bibliografia
- 139** APPENDICE A Esempi di domande per la verifica del cambiamento clinico
- 141** APPENDICE B Prova per la valutazione dell'effetto spaziatura
- 151** APPENDICE C Questionario sull'atteggiamento verso la scuola (QAT)
- 155** APPENDICE D Il caso di Lucia
- 159** APPENDICE E Esempi di programmi riabilitativi
- 161** APPENDICE F Scheda di autovalutazione del metodo di studio

Presentazione

Scopo della pratica clinica è la ricerca della causa del/i disturbo/i e dei mezzi per risolverlo/i o, quantomeno, migliorare al massimo la qualità della vita della persona affetta dal/dai disturbo/i. Nella nuova edizione del libro *Diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento scolastico* (Vio, Tressoldi e Lo Presti, 2012) ci siamo spesi a lungo per guidare il clinico verso un approccio mirato alla comprensione delle caratteristiche cognitive e non cognitive dei diversi disturbi, per definire una diagnosi funzionale e porre le basi per un progetto riabilitativo. Se lo scopo principale del volume sulla diagnosi era sostanzialmente quello di guidare il clinico a rispondere alla domanda «Questo utente ha una condizione compatibile con un disturbo specifico di apprendimento (DSA)? E se è così, quali sono le caratteristiche di questo disturbo?», il presente libro ha come obiettivo principale quello di guidare il clinico, che si è preso carico dell'utente, a predisporre un progetto di intervento mirato, come già anticipato, a migliorare al massimo la qualità della vita della persona affetta dal/dai disturbo/i.

Dall'ultima edizione di questo testo, risalente a circa 10 anni fa, le conoscenze e i documenti rivolti ai clinici che si occupano di DSA sono aumentate notevolmente. In particolare, per quanto riguarda la situazione italiana, sono stati pubblicati tre documenti molto importanti, dei quali riporteremo nella prima parte del volume alcuni estratti con i nostri commenti ai punti che interessano il trattamento dei DSA. Il primo, ufficialmente presentato nel gennaio 2007,

è la *Consensus Conference — Raccomandazioni per la Pratica Clinica — 2007* (CC-RPC-2007), frutto del lavoro dei rappresentanti di tutte le principali professioni e associazioni scientifiche che si occupano di DSA, integrata con il secondo documento, le *Raccomandazioni cliniche sui DSA: risposte a quesiti* (RC-DSA-2011), presentato nel febbraio 2011. Il terzo, ancora più importante, è il documento della *Consensus Conference sui DSA* (CC-ISS-2011) a cura dell'Istituto Superiore di Sanità, la cui versione ufficiale è stata pubblicata nel giugno 2011. Mentre i primi due documenti sono frutto di un approfondito e lungo (alcuni anni) lavoro di confronto e approfondimento fondato principalmente sulle conoscenze e le esperienze dei partecipanti ai gruppi di lavoro che rappresentavano tutte le professioni interessate ai DSA e rappresentanti degli utenti e degli insegnanti, la CC-ISS-2011 è basata esclusivamente sulle evidenze ricavate da una selezione di pubblicazioni scientifiche internazionali, che fanno riferimento a studi controllati condotti su gruppi.

Organizzazione dei contenuti

La lettura del libro *Diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento scolastico* (Vio, Tressoldi e Lo Presti, 2012) è una buona base di partenza per capire la logica delle scelte da noi operate nella suddivisione dei tipi di trattamento presentata in questo volume. Ne raccomandiamo dunque la lettura, prima di affrontare i contenuti di questo secondo testo. Alla base di qualsiasi trattamento, infatti, deve esserci una diagnosi il più precisa possibile, che per ogni componente dell'abilità scolastica esaminata dovrà fornire almeno:

- una misurazione oggettiva della abilità (ad es., calcolo aritmetico);
- il grado di efficienza delle componenti, cognitive e non, coinvolte in quella abilità (ad es., lettura e scrittura di numeri, comparazione quantitativa tra numeri, motivazione scolastica, ecc.);
- l'organizzazione cognitiva generale in termini di risorse disponibili al soggetto (livello di QI, conoscenze strategiche, ecc.);
- alcuni indicatori clinici qualitativi/quantitativi dell'impatto che il disturbo presentato ha sul funzionamento globale (adattamento scolastico e/o per le attività della vita quotidiana) del bambino/ragazzo, come indicato nella CC del 2007 nell'area *Definizione, criteri diagnostici ed eziologia* (ad es., l'uso della *Children's Global Assessment Scale*; C-GAS; DSM-IV-TR, 2002).

Nella Seconda Parte del volume sono presentate le indicazioni per il trattamento dei diversi disturbi specifici dell'apprendimento. Per ciascuno dei disturbi

analizzati, quando disponibili, verranno presentate le Raccomandazioni fornite dai vari documenti di consenso nazionali. Inoltre, per non ripetere quanto già scritto in *Diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento scolastico* (Vio, Tressoldi e Lo Presti, 2012), i modelli cognitivi sottostanti i diversi apprendimenti e le prove di valutazione consigliate verranno presentati in modo sintetico, lasciando più spazio ai suggerimenti per l'intervento riabilitativo e educativo.

Nei capitoli 3-8 proporremo alcuni consigli per il miglioramento della velocità e della correttezza della lettura e della scrittura e del calcolo (le cosiddette abilità strumentali), e alcune indicazioni per migliorare la comprensione e la produzione del testo scritto e facilitare la soluzione dei problemi di matematica.

Per ogni disturbo presenteremo una sintesi delle evidenze di efficacia di trattamenti specifici, ricavata dalla CC-ISS-2011 integrata con i risultati di studi condotti in Italia, e arricchita da indicazioni precise per potenziare e migliorare le componenti del disturbo che risultano non efficienti in seguito alla valutazione diagnostica.

I capitoli 9-12 saranno invece dedicati ad alcune difficoltà aspecifiche, alcune di tipo cognitivo, come le difficoltà visuo-spaziali e attentive, e alcune relative agli aspetti emotivo-relazionali. Nel caso esse siano compresenti con le difficoltà di apprendimento, è necessario effettuare anche una loro valutazione, poiché aggravano la condizione clinica generale del paziente e comunque possono ostacolare il piano di recupero, fino a renderlo inutilizzabile. In questo caso, il compito del clinico è quello di stabilire se il disturbo di apprendimento sia primario o secondario al disturbo aspecifico e, successivamente, di scegliere, cosa non sempre facile, da che parte cominciare.

Le difficoltà attentive, se associate a disturbi dell'apprendimento, aggravano in maniera considerevole la gestione e le possibilità di recupero. Occorre quindi valutarne il più precisamente possibile la qualità e l'interferenza nei disturbi di apprendimento che ci interessa migliorare e predisporre un programma di trattamento che ne tenga conto.

La scelta di presentare le caratteristiche dei disturbi visuo-spaziali deriva dal fatto che essi sono poco conosciuti (non solo in Italia, se questo ci può consolare) e dalla loro incidenza negativa su molti apprendimenti scolastici, primi fra tutti quello della geometria, del disegno e della soluzione di problemi di matematica.

Presenteremo inoltre una proposta per la valutazione dei principali disagi emotivo-relazionali associati ai disturbi dell'apprendimento, quali scarsa o assente motivazione scolastica, abbassamento dell'autostima, aggressività, difficoltà di relazione interpersonale e delle risorse disponibili per la loro gestione. Dato che vi sono alunni, non pochi per la verità, che evidenziano un disturbo misto

d'apprendimento, che presentano cioè prestazioni significativamente inferiori ai livelli attesi per età e grado di scolarizzazione in più aree d'apprendimento, suggeriremo alcune linee di intervento per questa particolare categoria di soggetti che, come è ovvio aspettarsi, presenta una condizione clinica molto più problematica.

Nella terza parte proporremo una riflessione sulla scelta e sull'utilizzo degli strumenti compensativi di tipo tecnologico per far riflettere su un loro uso piuttosto improvvisato e su certe considerazioni ingenuie, ad esempio quella secondo cui queste tecnologie possono «risolvere» le difficoltà di apprendimento conseguenti ai diversi disturbi, suggerendo invece di considerarle all'interno di un progetto di potenziamento delle strategie compensative che, come vedremo, deve comprendere anche una educazione a come studiare, con o senza di esse.

Nella quarta parte forniremo delle indicazioni utili per la valutazione degli esiti degli interventi clinico-riabilitativi, per rispondere con precisione alla domanda «l'intervento proposto a X ha migliorato la sua condizione clinica?».

Infine, proponiamo una sitografia di base e delle appendici in cui sono raccolti alcuni strumenti di libero utilizzo, indicati nei capitoli precedenti.

Metodologia generale dell'intervento riabilitativo

Se lo scopo di qualsiasi intervento riabilitativo è quello di migliorare la condizione di vita dell'utente in carico, e quindi non solo di ridurre la sintomatologia del/dei suo/i disturbo/i, è chiaro che, prima di attivare un progetto riabilitativo, è necessario che il suo stato clinico sia estremamente chiaro, e dunque che venga effettuata una accurata indagine delle funzioni cognitive interessate e delle conseguenze del loro stato di inefficienza sui diversi aspetti della sua vita quotidiana e del suo stato emotivo.

Nel libro *Diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento scolastico* a cura di Vio, Tressoldi e Lo Presti (2012) è stata indicata una metodologia diagnostica che dovrebbe servire, oltre che per definire lo stato clinico, anche come base di partenza per delineare i contenuti del progetto riabilitativo.

Sarebbe infatti abbastanza deludente se un approccio o una metodologia diagnostica servissero solo a capire meglio la qualità del disturbo, e alla domanda «E adesso cosa si può fare?» rimandassero ad altri approcci, come se le informazioni finora ottenute non servissero affatto al clinico interessato al recupero. Vedremo invece che le informazioni che si ricavano dall'approccio suggerito si rivelano fondamentali per impostare un corretto progetto di trattamento, fondato razionalmente e con tutte le caratteristiche per una corretta verifica scientifica.

Scopo di questo lavoro è quello di fornire una serie di utili suggerimenti il più possibile basati su dati di evidenza di efficacia, come già indicato dalla

CC-ISS, e quindi non solo derivanti dalla nostra esperienza clinica, per cercare di aiutare il bambino o a superare i deficit evidenziati nei casi clinicamente lievi, o perlomeno a migliorare la qualità di vita nei casi clinicamente gravi o medio-gravi.

Per evitare inutili aspettative anticipiamo da subito che l'efficacia del trattamento dipende da una serie combinata di fattori:

- a) *gravità e pervasività del disturbo*: ovvero quanto è compromessa la prestazione rispetto ai coetanei con pari età e opportunità educative e quanti aspetti dell'apprendimento ed emotivo-relazionali sono coinvolti. Fa molta differenza, infatti, proporre un trattamento a un ragazzo di quarta classe primaria con un livello di lettura comparabile a uno di terza primaria, con buone potenzialità cognitive, un soddisfacente livello relazionale con i coetanei, i genitori e gli insegnanti, una buona motivazione all'apprendimento, con un team di insegnanti che hanno compreso bene come deve essere aiutato didatticamente, rispetto a un ragazzo di prima secondaria di primo grado con un livello di lettura, ortografia e calcolo comparabile a uno di terza primaria, con difficoltà relazionali con i coetanei, una storia di continui insuccessi scolastici, una scarsa disponibilità all'aiuto da parte degli insegnanti e bassa motivazione e autostima scolastica;
- b) *motivazione al trattamento* (si vedano le «Condizioni per proporre un trattamento riabilitativo» nel documento RC-DSA-2011): non è scontato che l'alunno con difficoltà di apprendimento sia disposto a farsi aiutare nei modi da noi desiderati. Occorre infatti capire prima di tutto quanto sia consapevole delle proprie difficoltà e soprattutto a cosa le attribuisca. Se ritiene che la loro causa siano gli insegnanti e non magari le sue inadeguate strategie di studio, è molto probabile che non accetterà e non metterà in pratica quanto noi gli andremo a suggerire;
- c) *durata del trattamento*: molto spesso si vorrebbe che molte difficoltà di apprendimento si risolvessero in breve tempo, con una serie limitata di incontri. L'esperienza ci insegna che sia i disturbi specifici che quelli non specifici richiedono molto tempo e molte risorse. Le indicazioni fornite dalla CC-ISS sono abbastanza chiare: i trattamenti efficaci richiedono mesi di lavoro, con una frequenza non inferiore alle 2-3 sessioni di riabilitazione alla settimana;
- d) *rete delle risorse*: vale a dire quanta collaborazione è possibile ottenere dagli insegnanti, dai genitori e dai pari.

In generale, quindi, possiamo determinare il corso evolutivo e la prognosi di un disturbo analizzando diversi parametri quali:

- evoluzione a distanza dell'efficienza del processo di lettura, scrittura e calcolo;
- qualità dell'adattamento;
- presenza di un disturbo psicopatologico (comorbidità);
- avanzamento nella carriera scolastica.

Tutti questi aspetti, tuttavia, vengono mediati da fattori di vulnerabilità e di protezione aggiuntivi rispetto all'entità del disturbo.

L'evoluzione dei diversi tipi di prognosi può essere differente ai diversi livelli considerati e influenzata da fattori diversi quali la gravità iniziale del DSA, la tempestività e adeguatezza degli interventi, il livello cognitivo e metacognitivo, l'estensione delle compromissioni neuropsicologiche, l'associazione di difficoltà nelle tre aree (lettura, scrittura, calcolo), la presenza di comorbidità psichiatrica e il tipo di *compliance* ambientale (CC, 2007).

Approcci teorici rilevanti per la riabilitazione

Un modello è una rappresentazione che cerca di spiegare, capire e predire fenomeni collegati [...]; in riabilitazione i modelli sono utili per permetterci di concettualizzare i processi, ripensare i trattamenti e spiegare le difficoltà. (Wilson, 2002)

Alcuni anni fa Barbara Wilson ha richiamato l'attenzione su due aspetti fondamentali della riabilitazione: la necessità di disporre di modelli teorici in grado di spiegare i sintomi caratteristici del disturbo e l'importanza che il modello fosse specifico non tanto per la diagnosi, quanto per il trattamento. Un modello impiegato per la diagnosi è infatti esplicativo del fenomeno, predittivo delle caratteristiche delle manifestazioni cliniche osservabili, ma non è prescrittivo, non indica cioè *necessariamente* come, quando e quali componenti riabilitare. Secondo alcuni autori (Coltheart, 1984; Caramazza e Hillis, 1993) i modelli legati alla diagnosi, principalmente derivanti dalla neuropsicologia cognitiva, sono i soli necessari a determinare il tipo di trattamento più appropriato (analisi teorica della natura del disturbo da trattare). Secondo Wilson (2002), invece, i modelli derivanti dalla neuropsicologia cognitiva sono insufficienti per dimostrare ciò che deve essere riabilitato e per pianificare opportuni trattamenti; conseguentemente a tale affermazione l'autrice sottolinea come sia necessario ridefinire l'oggetto stesso della riabilitazione, non più intesa come «aumento o miglioramento di capacità», ma come intervento terapeutico di «persone con deficit cognitivi» (Sohlberg e Mateer, 2001). Da questo ne consegue che non esiste un unico modello sufficiente per comprendere gli aspetti del trattamento riabilitativo, ma più ambiti devono essere coinvolti:

32 Il trattamento dei disturbi specifici dell'apprendimento scolastico

- la neuropsicologia, per comprendere l'organizzazione cerebrale;
- la psicologia cognitiva, che fornisce modelli teorici in grado di spiegare il funzionamento cognitivo in fase valutativa;
- modelli e teorie della psicologia comportamentale, in grado di offrirci strategie di trattamento nelle manifestazioni quotidiane dei problemi cognitivi;
- teorie e modelli del recupero e del comportamento compensatorio;
- teorie e modelli delle emozioni;
- modelli relativi ai processi di apprendimento.

Wilson (2002) ha tentato di integrare queste componenti proponendo un unico modello della riabilitazione; conseguentemente la valutazione degli esiti del trattamento dovrà necessariamente essere congruente con il livello di intervento.