



# CENTRO DSA DI PERSONAL ENGLISH

**Note per nuovi approcci ai disturbi specifici  
dell'apprendimento (DSA)**

di Mariacristina Natalia Bertoli, PhD in Letteratura Americana

Dr. ssa Chiara Savoldi, Dottore in Medicina

Dr.ssa Francesca Zerbi, Dottore in Psicologia



**Note per nuovi approcci ai disturbi specifici dell'apprendimento**

### UN'INTRODUZIONE AI DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO

I Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) sono definiti come disturbi del neurosviluppo che riguardano la capacità di leggere, scrivere e calcolare in modo corretto e fluente che si manifestano con l'inizio della scolarizzazione.

In base al tipo di difficoltà specifica che comportano, i DSA si dividono in:

- **DISLESSIA:** disturbo specifico della lettura che si manifesta con una difficoltà nella decodifica del testo;
- **DISORTOGRAFIA:** disturbo specifico della scrittura che si manifesta con difficoltà nella competenza ortografica e nella competenza fonografica;
- **DISGRAFIA:** disturbo specifico della grafia che si manifesta con una difficoltà nell'abilità motoria della scrittura;
- **DISCALCULIA:** disturbo specifico dell'abilità di numero e di calcolo che si manifesta con una difficoltà nel comprendere e operare con i numeri.

Si ipotizza che questi disturbi dipendano dalle diverse **modalità di funzionamento delle reti neuronali** coinvolte nei processi di lettura, scrittura e calcolo. Non sono causati né da un deficit di intelligenza né da problemi ambientali o psicologici o da deficit sensoriali. E' stato però osservato che bambini con ritardo nello sviluppo del linguaggio sono maggiormente a rischio di sviluppare DSA.

In Italia la dislessia è ancora poco conosciuta, anche se si stima che ci sia almeno un alunno con un DSA per classe: i DSA si strutturano alla fine della seconda elementare (per lettura e scrittura) e alla fine della terza elementare (per il calcolo) e questo è il momento ideale per effettuarne la diagnosi.

Leggere, scrivere e calcolare per noi sono atti così semplici ed automatici che risulta difficile comprendere le difficoltà che riscontrano i bambini o i ragazzi dislessici. Spesso questi ragazzi vengono erroneamente considerati svogliati e la loro intelligenza spiccatamente dà il via a valutazioni come "è intelligente, ma non si applica". Questi ragazzi non hanno problemi cognitivi legati alla comprensione e, al di là dello studio, sono intelligenti, vivaci, socievoli e creativi ma presentano difficoltà nell'automatizzazione dei processi di lettura, scrittura o calcolo che sono persistenti e non correggibili (15).

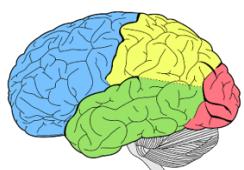
Storicamente, la Dislessia Evolutiva è stata descritta per la prima volta nel 1896 da **W. Pringle Morgan**, psicologo, che la definì "cecità congenita per le parole" ossia un disturbo

della capacità di leggere in un soggetto con un livello intellettivo generale nella norma e privo di deficit sensoriali.

#### DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO: DAI SINTOMI ALL'EZIOLOGIA

In realtà, mentre fino agli anni Novanta la parola '**dislessia**' era pressoché sconosciuta ed i ragazzi in difficoltà venivano bollati come svogliati o inetti, oggi si assiste al fenomeno opposto, in cui difficoltà di natura diversa (ovvero, i cosiddetti 'disturbi dell'apprendimento') vengono tutte ascritte alla stessa causa, un disturbo dell'attenzione di origine genetica e di natura indefinita chiamato, appunto 'dislessia'. In realtà, come tutti coloro che si sono trovati ad affrontare una certificazione DSA hanno avuto modo di sperimentare, la questione è molto più complessa e presenta una serie di **risvolti psicologici significativi**.

La certificazione di dislessia viene emessa a seguito delle valutazioni congiunte di un **neuropsichiatra** (il cui intervento è mirato ad accertare che le difficoltà di memoria o di lettura non abbiano un'origine neurologica), un **logopeda** (che verifica la presenza di eventuali disturbi fonologici che potrebbero essere alla radice della sospetta dislessia), e uno **psicologo**, che valuta eventuali ragioni di natura emotiva, comportamentale o familiare dietro le problematiche rilevate, oltre a somministrare dei test standardizzati. La diagnosi e la natura stessa della dislessia sono ancora dibattute tra gli esperti di questi tre settori e tra gli esperti di didattica e dell'educazione – la ricerca in tal senso, infatti, è ancora solo agli albori. Per questo ad oggi la certificazione di dislessia si riduce in molti casi (nonostante le valutazioni del team di cui sopra) alla **misurazione della performance** di lettura e comprensione dei testi da parte del soggetto sospetto dislessico attraverso criteri oggettivi di rapidità e accuratezza come strumento principe della diagnosi. Tale approccio, però, va a misurare solamente i sintomi di un problema prendendo come misura aurea (e molto teorica) la performance media del 'normolettore', ma non è informativa o utile riguardo le cause di una performance al di sotto degli standard.



Neuropsichiatria



Logopedia



Psicologia

#### I SINTOMI DELLA DISLESSIA

Per un bambino dislessico la lettura non sarà mai un processo automatico: al contrario, l'estrapolazione delle informazioni da un testo risulterà complessa e difficile, soprattutto nella lettura a voce alta nella quale sono coinvolte diverse vie nervose all'interno del cervello. In particolare, mentre nella lingua italiana emerge la lentezza nella lettura, nella lingua inglese emerge la mancanza di accuratezza con una maggiore quota di errori di lettura.

Secondo il DSM – Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali – la dislessia rientra tra i disturbi del neurosviluppo con frequenti comorbidità e compromissione del funzionamento personale, sociale, scolastico, occupazionale.

I sintomi della dislessia presentano infatti evidenti somiglianze (se non sovrapposizioni) con quelli dell'**ADHD**, altrimenti noto come '**disturbo da deficit di attenzione**' o '**iperattività**'. I criteri base per l'identificazione del disturbo da ADHD sono: manifestazione dei sintomi prima dei 12 anni, permanenza per almeno 6 mesi e conseguenti problemi in almeno due diversi contesti. Almeno due di questi tre criteri coincidono anche con l'identificazione dei disturbi specifici dell'apprendimento quali la **dislessia**, i cui sintomi si manifestano generalmente già dall'infanzia e presentano carattere cosiddetto 'stabile' ('cosiddetto' perché, come si vedrà in seguito, i criteri per determinarne la stabilità sono lunghi dall'essere inconfondibili). I sintomi stessi dell'ADHD e dei DSA presentano numerose sovrapposizioni, come si evince di seguito:

**ADHD<sup>1</sup>**

- Bassa soglia di attenzione;
- Alta frequenza di errori apparentemente ascrivibili a negligenza o inaccuratezza;
- Apparente distrazione e tendenza a perdere o a dimenticare sia cose che informazioni;
- Incapacità a portare a termine compiti lunghi e/o tediosi;
- Incapacità a recepire e/o portare a termini istruzioni complesse;
- Tendenza a cambiare attività continuamente;

**DSA<sup>2</sup>**

- Eccessiva frettolosità o lentezza;
- Apparente negligenza o svogliatezza;
- Tendenza a dimenticare sia cose che informazioni;
- Difficoltà a leggere e scrivere, più o meno frequente rifiuto di queste attività o approccio alle stesse caratterizzato da forte ansia;
- Difficoltà a copiare dalla lavagna e/o a prendere appunti;
- Bassa autostima;
- Disorganizzazione nelle attività svolte;
- Altalenanza sia nell'impegno profuso nelle attività che nei risultati ottenuti;

- Difficoltà ad organizzare compiti e mansioni;
- Incapacità a stare seduti per più di un breve periodo di tempo, tendenza a muoversi continuamente;
- Tendenza ad interrompere le conversazioni, incapacità di attendere il proprio turno;
- Estrema difficoltà a concentrarsi su un compito o una mansione.
- Tendenza a muoversi continuamente;
- Discrepanza tra l'intelligenza (ovvero la capacità e la velocità di analisi, comprensione ed elaborazione di dati forniti) e le abilità pratiche (ovvero la capacità attiva di eseguire procedure sequenzializzate ed 'automatizzate', quali lettura e calcolo).

### **COMORBIDITA'**

La tabella comparativa di cui alla p.3 evidenzia due dati rilevanti, ovvero la **generalità dei sintomi** (che possono essere ascritti a più cause) e la **comorbidità dei disturbi**, ovvero il fatto che i sintomi possano presentarsi in costellazioni caratterizzate dalla co-presenza di più disturbi in misura diversa (e difficilmente quantificabile in termini proporzionali) in ciascun individuo e che un sintomo possa generare a catena uno o più sintomi correlati in virtù di **meccanismi di natura psicologica**, piuttosto che strettamente cognitiva.

Secondo il *National Health Service*, ovvero il servizio sanitario nazionale britannico, gli adolescenti interessati dal disturbo da deficit di attenzione sviluppano spesso sintomi più specificamente legati ad altri disturbi, quali quello d'**ansia, l'opposizionale** (*Oppositional Defiant Disorder*, ovvero un comportamento consistentemente marcato da rabbia, irritabilità, velleità polemiche e conflittuali, nonché da atteggiamenti di immotivata sfida o vendetta), il **disturbo della condotta** (marcato dalla continua violazione sia delle norme sociali che dei diritti altrui), la **depressione, l'insonnia, l'epilessia, la sindrome di Tourette** (una condizione del sistema nervoso caratterizzata da rumori involontari e da tic), varie forme di **autismo, la sindrome di Asperger** (caratterizzata da forti difficoltà d'interazione sociale legate anche ad una capacità limitata o assente di riconoscere il significato del codice non verbale) e, non da ultimo, la **dislessia<sup>3</sup>**.

Le altre condizioni cliniche che possono presentare comorbidità con i disturbi dell'apprendimento sono: **disprassia evolutiva** (intesa come perturbazione profonda nell'organizzazione dello schema corporeo e della rappresentazione spazio-temporale), i **disturbi del comportamento** (disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo della condotta), **disturbi dell'umore** (aspetti depressivi), **disturbi d'ansia** (fobia scolastica, attacchi di panico, ansia generalizzata), **disturbi**

**somatoformi** (intesi come espressione somatica di un disagio emotivo; per esempio, frequenti mal di testa, mal di pancia, ecc).

#### ASPECTI PSICOLOGICI IMPLICATI NEI DSA

Non è necessario avere lunghi anni di studi di settore alle spalle per comprendere i **meccanismi psicologici** (relativamente intuibili seppur nella complessità delle loro dinamiche e nella varietà della loro sintomatologia) per cui un bambino che incontri persistenti difficoltà a svolgere un compito ritenuto dagli adulti che lo circondano commisurato alla sua età e capacità (quale, per esempio, leggere ad alta voce un testo semplice nella propria lingua madre) sviluppi una serie di problematiche collaterali connesse a questa difficoltà.

Un iter abbastanza classico potrebbe essere il seguente. Di fronte alla difficoltà persistente, il bambino prova dapprima **frustrazione**, poi **ansia** derivata sia dall'incapacità di riuscire nel compito affidato che dal timore che l'incapacità di soddisfare le aspettative degli adulti che lo circondano determini una privazione dell'affetto che questi hanno fino ad ora elargito. Con una dinamica da 'effetto valanga', questo timore aumenta l'ansia del bambino in attesa del momento della *performance* e del conseguente giudizio negativo o dell'atteggiamento punitivo che possono affettivamente seguire la performance insoddisfacente o che vengono solo paventati e immaginati dal bambino, pur non essendo effettivamente attuati dagli adulti intorno a lui. La punizione può generare un **senso di ribellione** contro l'ingiustizia percepita e conseguente **aggressività** verso chi la perpetra, dando vita ad una serie di atteggiamenti difensivi basati sull'**ostilità**; la **mancanza di punizione** da parte degli adulti, invece, può ingenerare una serie di **atteggiamenti autopunitivi** finalizzati (senza successo, ovviamente) all'autocorrezione, a sua volta finalizzata a garantire la continuità dell'affetto e dell'approvazione da parte del mondo adulto che circonda il bambino. Qualunque sia la strada che l'ansia imbocchi, la meta finale è quasi sempre il **crollo dell'autostima**, continuamente colpita dai ripetuti fallimenti che ingenerano nel bambino un **senso di inadeguatezza** che lo porta a pensare 'Sono sbagliato' piuttosto che 'Ho sbagliato'. Dal 'sono sbagliato' al **rifiuto** dell'attività che causa il disagio e la cascata di sintomi ('Non lo faccio perché tanto non sono capace'), alla **sommarietà** ('Lo faccio, ma frettolosamente e a caso, così non sono più incapace, ma impreciso'), o all'**aggressività / ribellione** ('Perché mi umili obbligandomi a fare qualcosa che sai benissimo che non so fare? Ti odio per questo!') come forme di **autodifesa**, il passo è davvero molto breve.

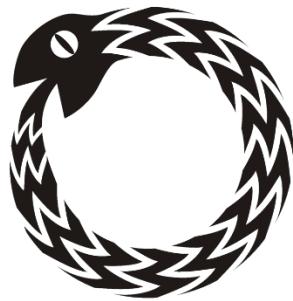
# personal & english languages

CONSULTING

A loro volta, i sintomi derivati dalla difficoltà non fanno che aumentare la difficoltà stessa nell'affrontare il compito, generando un '**effetto valanga**' che a sua volta nel tempo si trasforma in un **circolo vizioso** dal quale uscire diventa sempre più faticoso con il trascorrere degli anni.



L'effetto valanga



L'ourobos, o la rappresentazione archetipica del circolo vizioso

Le componenti psicologiche coinvolte nell'apprendimento vengono spesso sottovalutate in favore delle componenti cognitive e delle prestazioni scolastiche. E' stato ampiamente dimostrato come gli **aspetti emotivo-motivazionali** siano strettamente connessi agli aspetti cognitivi e si influenzino reciprocamente. Tali aspetti, infatti, possono incidere sulla capacità di apprendere, sulla memoria e sull'attenzione, sulla comprensione, sull'acquisizione di strategie di apprendimento, sulle modalità di svolgimento di un compito.

Le variabili psicologiche principalmente coinvolte nell'apprendimento riguardano il livello di **autostima**, la percezione di sé, la capacità di gestire vissuti emotivi davanti ad un compito, l'autoregolazione, il senso di autoefficacia, gli stili attributivi che a loro volta vanno ad influenzare il livello di motivazione e la persistenza sul compito nonostante le difficoltà incontrate. Le componenti emotive possono essere considerate primarie per l'apprendimento e possono rappresentare un vantaggio o uno svantaggio a seconda del loro andamento e della loro evoluzione.

Appare quindi doveroso prestare attenzione agli aspetti psicologici implicati quando ci si approccia ad un alunno, a maggior ragione quando l'alunno ha una diagnosi di DSA, considerando che ognuno ha una propria individualità che va rispettata e compresa. Troppo spesso l'ambiente scolastico e familiare tende a considerare gli apprendimenti esclusivamente sulla base della performance e dei risultati; spesso, vi è la tendenza a dare **giudizi di valore** all'alunno/figlio sulla base dei successi/insuccessi scolastici in modo sbrigativo e superficiale. Così in caso di difficoltà scolastiche si può essere portati a pensare che l'alunno "non si applica", "è svogliato" e ad arrabbiarsi con lui senza cercare di comprendere in modo più ampio quello che gli sta accadendo. Questo atteggiamento potrebbe far correre il rischio di non

comprendere la sofferenza psicologica ed il disagio nella loro causa reale e far prevalere l'idea, anche se non esplicitata, della **colpa** con incremento della frustrazione e scarsa considerazione di sé da parte del ragazzo.

Si è osservato come negli alunni con diagnosi di DSA si possano facilmente riscontrare sentimenti di vergogna, colpa, rabbia e frustrazione, basso livello di autostima, immagine di sé negativa, fragile senso di autoefficacia e locus of control esterno con conseguente demotivazione, tendenza al ritiro, alla passività, all'evitamento delle situazioni considerate "minacciose".

A fronte di quanto esplicitato precedentemente, appare fondamentale che l'ambiente scolastico e l'ambiente familiare mostrino sensibilità rispetto a queste tematiche in modo da diventare dei fattori protettivi per lo sviluppo della personalità dell'individuo/alunno e della sua progettualità futura (evitare abbandoni scolastici precoci).

La **diagnosi di DSA** è un primo passaggio per identificare il problema che va poi gestito ed affrontato in modo complesso nella quotidianità.

La valutazione che scaturisce dalla diagnosi ha un impatto sull'individuo, sulla famiglia, sulla scuola e sul contesto relazionale rappresentando un momento di passaggio importante che va adeguatamente gestito. Da un lato, infatti, la conoscenza del problema permette di trovare una spiegazione alle proprie difficoltà e di trovare soluzioni a qualcosa che sembrava "incontrollabile", serve per mettere in campo interventi precoci che evitino il cronicizzarsi del disturbo e dei correlati emotivi che si accompagnano ad esso. Dall'altro, può far vivere momenti di tensione, di timore, di non accettazione e sconforto che vanno adeguatamente gestiti.

L'**etichetta diagnostica**, infatti, non è rappresentativa della persona: a parità di diagnosi, si possono osservare funzionamenti e contesti di vita molto diversi che possono rappresentare degli elementi protettivi oppure di rischio. Il percorso di ognuno e le modalità di affrontare alcuni aspetti appare completamente diverso per cui è utile seguire il principio secondo cui "non per tutti valgono le stesse cose".

Non solo il bambino/ragazzo deve fare i conti ed accettare la diagnosi, ma anche la famiglia e la scuola devono fare questo importante lavoro di accettazione e comprensione in modo da diventare ambienti supportivi. Per questo, è importante mantenere un monitoraggio sulla situazione adottando una **prospettiva bio-psico-sociale** e fornendo sostegno a situazioni di difficoltà perché possano essere gestite in termini evolutivi evitando l'incistarsi di situazioni di sofferenza sempre maggiore e favorendo l'instaurarsi di un clima di benessere nonostante le difficoltà presenti. Focalizzarsi esclusivamente sul miglioramento a livello di performance rischia

# personal & english languages

## CONSULTING

di essere penalizzante per l'individuo e di questo gli adulti di riferimento, *in primis* insegnanti e genitori, è importante ne siano consapevoli.

### ALCUNE PILLOLE DI BUONA PRASSI PER GENITORI ED INSEGNANTI

#### GENITORI

- Accettare e comprendere la diagnosi
- Parlare con il figlio del disturbo e spiegarglielo per aiutarlo ad accettarlo
- Fare i conti con i pregiudizi
- Fare i conti con i sensi di colpa
- Elaborare la ferita narcisistica del figlio ideale
- Rivedere le proprie aspettative sul figlio
- Mantenere un investimento sul figlio
- Evitare giudizi, rabbia verso i figli
- Non sostituirsi ai figli, non vederli come "svantaggiati"
- Evitare di focalizzarsi solo sulla performance imponendo ai figli estenuanti esercitazioni.
- Porre attenzione anche agli aspetti emotivi
- Incoraggiare in modo realistico e valorizzare i successi ottenuti, sostenere nelle fatiche
- Evidenziare gli aspetti positivi delle capacità del figlio
- Rimanere genitori e non diventare insegnanti dei propri figli
- Capire ciò che è modificabile e quello che serve per modificarlo
- Accettare che qualcosa non si modificherà
- Collaborare con la scuola e gli specialisti per il benessere del figlio

#### INSEGNANTI

- Accettare e comprendere la diagnosi
- Parlare del disturbo e coinvolgere il gruppo classe per favorire clima di benessere
- Fare i conti con i pregiudizi
- Mostrare flessibilità e capacità di adattarsi alle nuove situazioni
- Vivere i DSA non con impotenza, ma come sfida evolutiva, di crescita nella propria professione
- Avere aspettative realistiche sul ragazzo
- Mantenere un investimento sull'alunno (non è un alunno di serie B)
- Evitare giudizi
- Non lavorare al "ribasso"
- Evitare di focalizzarsi solo sulla performance.
- Porre attenzione anche agli aspetti emotivi
- Incoraggiare in modo realistico e valorizzare i successi ottenuti, sostenere nelle fatiche
- Segnare un confine tra ciò che dipende dall'impegno del bambino e ciò che non dipende da lui
- Essere insegnanti empatici e supportivi, favorire motivazione e senso di autoefficacia
- Capire ciò che è modificabile e quello che serve per modificarlo
- Accettare che qualcosa non si modificherà
- Collaborare con i genitori e gli specialisti per il benessere dell'alunno

Chi, secondo la definizione fornita dalla letteratura medica, psicologica e cognitiva, è dislessico e chi, invece, ha problemi di lettura? Per essere definito 'dislessico', il soggetto deve presentare **difficoltà persistenti e a lungo termine**, escludendo così fattori esterni che possono causare reazioni psicologiche temporanee e destinate a svanire o ad affievolirsi con la scomparsa dei fattori esterni – un po' come lo stress e i sintomi passeggeri ad esso connessi rispetto, per esempio, ad un caso di depressione clinica. Appurata la persistenza e la ricorrenza uniforme delle difficoltà, devono essere esclusi problemi cognitivi e di memoria dovuti a **cause neurologiche** o ad un **basso quoziente intellettivo** affinché si possa parlare di dislessia vera e propria. Il panorama di casistiche (soprattutto eziologiche e, di conseguenza, delle strategie didattiche idonee) rimane comunque molto ampio, come avremo modo di discutere in seguito.

#### I PROCESSI DELLA DIAGNOSI E DELLA CERTIFICAZIONE

Il percorso di valutazione per diagnosticare e certificare un eventuale caso di dislessia prevede una **valutazione neurologica**, una **valutazione del livello cognitivo** (ovvero, del quoziente intellettivo) e **altri test di memoria, lettura e attenzione** a discrezione del diagnosta. Oltre all'emissione di un certificato, le valutazioni neurologiche, psicologiche e fonetiche (ovvero, del logopedista) sono (almeno in teoria) finalizzate a fornire all'insegnante dati utili per la proposta di **misure dispensative e/o compensative** che permettano al soggetto di raggiungere obiettivi cognitivi secondo strade diverse da quelle standard (strumenti compensativi) o in maniera quantomeno parziale (misure dispensative). Analizzeremo in seguito l'effettiva utilità dei dati forniti, i rischi di pregiudizio in essi contenuti, i risvolti psicologici degli elementi su cui si fonda la diagnosi e la natura, nonché l'efficacia, delle strategie compensative e dispensative.

La valutazione del livello cognitivo si basa sulla batteria di test WISC-V (2014 o, in diagnosi meno recenti, WISC-III e WISC-IV) integrata, in alcuni casi particolari, dal RPM (Raven's Progressive Matrices di John C. Raven), formulato nel 1936.

La **Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)<sup>4</sup>** è uno strumento clinico e diagnostico per la misurazione del quoziente intellettivo (ovvero la capacità e la velocità di analisi ed elaborazione di dati) somministrato dai 6 ai 16 anni e 11 mesi. La scala prende in considerazione 5 indici, ovvero:

- **Indice di Comprensione Verbale**, determinato dalle capacità di ascoltare una richiesta, recuperare informazioni già apprese, formulare verbalmente concetti, articolare risposte verbali;

- **Indice di Ragionamento Visuo-Percettivo**, determinato dalle capacità di esaminare un problema e avvalersi di abilità visuo-motorie e visuo-spatiali per cercare e valutare le soluzioni al problema;
- **Indice di Ragionamento Fluido**, determinato dalla capacità di identificare rapporti e connessioni tra dati visivi;
- **Indice di Memoria di Lavoro**, determinato dalle capacità di acquisire, elaborare e conservare nuove informazioni, mantenere la concentrazione e l'attenzione, pianificare tramite automonitoraggio. I valori sono sensibili ad eventuali stati d'ansia da parte del soggetto a cui viene somministrato il test;
- **Indice di Velocità di Elaborazione**, determinato dalle capacità di scansionare rapidamente gli stimoli e di discriminare e ordinare sequenzialmente le informazioni visive.

La batteria è composta da 15 test, di cui 10 principali e 5 supplementari secondo la tabella che segue.

#### PRINCIPALI

<b>Disegno con i cubi</b>	<b>Somiglianze</b>	<b>Memoria di cifre (diretta e inversa)</b>	<b>Concetti illustrati</b>	<b>Cifrario</b>
Misura l'abilità di analizzare e sintetizzare stimoli visivi astratti cogliendone le relazioni spaziali.	Valuta la capacità di ragionamento verbale e del livello di formazione dei concetti, coinvolgendo anche lo sviluppo del linguaggio, la conoscenza lessicale, la comprensione uditiva, la memoria e la capacità di discriminare tra caratteristiche essenziali e non essenziali.	Misura la memoria uditiva a breve termine, la memoria di lavoro e le capacità di attenzione e concentrazione.	Misura il ragionamento di tipo astratto (o per categorie), il ragionamento induttivo e l'informazione generale.	Misura la velocità di elaborazione, la memoria a breve termine, la capacità di apprendimento, la percezione visiva, la coordinazione visuo-motoria, l'abilità di scansione visiva, la flessibilità cognitiva, nonché la capacità di attenzione.
<b>Verbale</b>	<b>Riordinamento di lettere e numeri</b>	<b>Ragionamento con le matrici</b>	<b>Comprensione</b>	<b>Ricerca di simboli</b>
Misura la conoscenza lessicale e la formazione dei concetti verbali.	Valuta le abilità di elaborazione dei dati, di attenzione, di memoria uditiva a	Misura l'intelligenza fluida, soprattutto del ragionamento	Valuta il ragionamento verbale, la concettualizzazione,	Misura la velocità percettiva e di elaborazione, la memoria visiva a

# personal & english languages

**CONSULTING**

breve termine e di rappresentazione visuo-spaziale.	induttivo e sequenziale.	la comprensione verbale e l'abilità di espressione verbale.	breve termine, la coordinazione visuomotoria, la flessibilità cognitiva, la discriminazione visiva e la capacità di concentrazione
---	--------------------------	---	--

## SUPPLEMENTARI

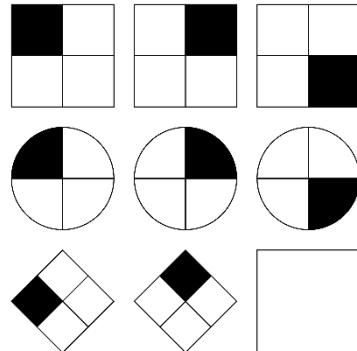
Completamento di figure	Cancellazione	Informazione	Ragionamento aritmetico	Ragionamento verbale
Misura la percezione e l'organizzazione visiva, la capacità di concentrazione e di identificazione visiva delle caratteristiche essenziali degli oggetti.	Misura la velocità percettiva, l'attenzione selettiva di tipo visivo e la capacità di vigilanza.	Quantifica la capacità di acquisire, mantenere e recuperare informazioni (intelligenza cristallizzata e memoria a lungo termine).	Stima il ragionamento quantitativo e la capacità di attenzione e concentrazione.	Misura le abilità di ragionamento, di astrazione, di conoscenza lessicale, di integrazione e sintesi delle informazioni e di sviluppo di concetti alternativi.

La Wechsler Intelligence scale quantifica il quoziente intellettuivo secondo le seguenti fasce di punteggio:

<b>130+</b>	Eccezionalmente alto
<b>120-129</b>	Alto
<b>110-119</b>	Medio-alto
<b>90-109</b>	Medio
<b>80-89</b>	Medio-basso
<b>70-79</b>	Basso
<b>-69</b>	Eccezionalmente basso

E' importante però considerare che la batteria WISC non 'certifica' una capacità cognitiva assoluta e permanente, ma fornisce un quadro della situazione cognitiva in un dato momento; per accettare la media effettiva del soggetto, è necessario ripetere i test in momenti diversi e, di conseguenza, con influenze esterne ed interne diverse.

Come già accennato, in alcuni casi la valutazione WISC-V è integrata dal **Raven's Progressive Matrices<sup>5</sup>**, un test utile per la stima dell'intelligenza non verbale e costituito da sequenze di figure che da completare con quella mancante. La sequenza delle serie aumenta progressivamente di difficoltà, richiedendo sempre maggiore capacità di analisi ed interpretazione delle figure (o 'matrici') per valutare quella che viene chiamata 'intelligenza fluida'.



*Matrici di Raven*

#### I CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEL 'NORMOLETTORE'

Una volta appurato che le difficoltà persistenti riscontrate dal soggetto non siano ascrivibili a cause neurologiche o a un basso quoziente intellettivo, spesso si procede ad una serie di test più specifici al fine di verificare che si tratti di DSA in senso stretto.

In base alla valutazione clinica, i disturbi specifici dell'apprendimento vengono definiti come segue:

**DISLESSIA:** Velocità di lettura di parole e/o non parole e/o brano significativamente inferiore alla norma; correttezza di lettura di parole e/o non parole e/o brano significativamente inferiore alla norma.

**DISORTOGRAFIA:** Correttezza di scrittura di parole e/o non parole e/o frasi omofone e/o brano significativamente inferiori alla norma.

**DISGRAFIA:** Fluenza di scrittura significativamente inferiore alla norma; analisi qualitativa della postura, impugnatura e caratteristiche del segno grafico significativamente diverse dalla norma.

**DISCALCULIA:** Procedure esecutive e abilità di calcolo significativamente inferiori alla norma.

Focalizzandosi sulla sola **dislessia**, i valori considerati per determinare la 'norma' sono la **rapidità** (in termini di secondi per sillaba) e l'**accuratezza** (in termini di numero totale di errori) della lettura a voce alta. I due parametri vengono misurati nella valutazione della **lettura strumentale** facendo riferimento ad un corpus di testi molto ampio raccolto sin dal 1981 da Cesare Cornoldi, Giovanni Colpo e il Gruppo MT per misurare la velocità di lettura del brano (**Prove MT**). I brani aumentano di difficoltà per rispecchiare l'aumento delle aspettative del diagnosta rispetto all'aumento delle capacità del bambino in misura della sua età, ma, a loro volta, alcuni brani risultano più complessi di altri all'interno della stessa fascia di età e comportano dunque prestazioni lievemente più basse<sup>6</sup>.

Alla **lettura del brano** seguono le prove di **lettura di parole**, una batteria di 12 prove (**Batteria SJT**) di cui 9 per l'analisi del processo di lettura e 3 per l'analisi del processo di scrittura; i risultati delle prove della Batteria SJT vengono inoltre confrontati con quelli delle Prove MT. Le 9 prove di lettura di parole sono sequenzializzate secondo i seguenti obiettivi:

- 1-2** Valutazione della conversione fonema-grafema
- 1b** Verifica dell'efficienza dell'utilizzo delle informazioni verbali
- 3** Quantificazione del lessico posseduto
- 4** Valutazione del processo di lettura senza contesto semantico
- 5** Valutazione dell'efficienza del modo di lettura indiretto
- 6-9** Valutazione dello sviluppo del modo diretto di lettura

La valutazione delle prove 1-6 si basa sull'osservazione sia della rapidità che dell'accuratezza; le prove 7-9 sono valutate invece solamente sulla base del numero di errori. Le rilevazioni sono critiche quando presentano prestazioni di -2 DS (Deviazione Standard) per età nel parametro rapidità e al di sotto del 5° percentile nel parametro correttezza.

Per verificare eventuali comorbidità, lo psicologo che somministra i test di lettura può decidere di integrarli con altri test. Tra questi, il TCM (**Test delle Campanelle Modificato**)<sup>7</sup>, che mira a **valutare l'attenzione** attraverso la cancellazione di tutte le campanelle presenti in un foglio in cui sono raffigurate 350 immagini in inchiostro nero (case, alberi, campanelle, chitarre, cavalli, pesci) di dimensioni simili e medesimo orientamento il più velocemente possibile nei tempi previsti per la ricerca. Vengono valutati gli indici di accuratezza e rapidità (numero di campanelle individuate nei primi 30 secondi). Le rilevazioni sono critiche quando presentano prestazioni di: -2 DS per età e al di sotto del 10° percentile.

Un valido strumento per la misurazione dell'attenzione visiva sostenuta sono i test cosiddetti '**CP**'<sup>9</sup>, un test lungo e ripetitivo finalizzato all'individuazione di un bersaglio (ovvero, la tripletta 'FZB') all'interno di sequenze condizionali di lettere. Il test prevede lettere di uguali dimensioni, ma disposte su tre schede sequenziali leggermente diverse; la prima prevede un'intera pagina di lettere, la seconda mezza pagina, e la terza 4 righe. Le triplette sono sempre 18 in totale. Il numero di omissioni rilevato può essere indicativo di eventuali disturbi dell'attenzione, mentre quello dei falsi positivi può essere indice d'impulsività.

Il **test dello Stroop numerico**<sup>10</sup> valuta i processi inibitori di una risposta prepotente, ovvero la difficoltà nell'esecuzione di un compito in cui è necessario controllare una risposta automatica errata per fornire una risposta secondaria non automatica che è invece corretta. Lo Stroop numerico è un'evoluzione dello **Stroop 'classico'**, in cui vengono presentati stimoli che

sollecitano due risposte alternative ed incompatibili, una delle quali (quella errata) è più spontanea dell'altra (quella corretta) perché è stata automatizzata.

Il test consiste nella presentazione di nomi di colori nei quali il nome non corrisponde necessariamente al colore dell'inchiostro utilizzato; il compito del soggetto è quello di denominare il colore dell'inchiostro prescindendo dalla 'trappola' verbale del nome suggerito. La versione numerica consta di due schede consecutive: nella prima, al soggetto viene presentata una tabella e deve contare il numero di asterischi presenti in ogni casella (baseline); nella seconda (condizione Stroop), il soggetto deve contare i numeri presenti in ogni casella senza lasciarsi condizionare dal valore delle cifre riportate.

Infine, tra molti altri strumenti diagnostici citiamo anche il test **Torre di Londra**, che valuta le **funzioni esecutive**, ovvero le capacità di ideare e pianificare correttamente le strategie necessarie per la soluzione di un problema. Il test, creato da Tim Shallice nel 1982 sulla base del gioco noto come 'Torre di Hanoi', consiste in tre aste verticali di altezza crescente, sulle quali sono disposte tre palline in un determinato ordine. Le aste sono in grado di accogliere rispettivamente una, due, e tre palline. Al soggetto viene richiesto di spostare le palline, una sola per volta, per raggiungere un ordine diverso e stabilito in precedenza dal diagnosta.

#### LE CAUSE DELLA LETTURA 'ATIPICA' SECONDO LA LETTERATURA 'NORMATIVA'

Come si evince da quanto riportato in precedenza a proposito dei test diagnostici e dei parametri per la loro valutazione, appaiono chiari due dati di rilievo.

Il primo è che la comorbidità più evidente, frequente e, di conseguenza, testata e verificata, è quella relativa i sintomi in comune con (o co-causati da) l'ADHD, che evidenzia come la dislessia si accompagni quasi immancabilmente a **disturbi dell'attenzione**.

Il secondo è che i due parametri fondamentali per la diagnosi della dislessia sono la **rapidità** e **l'accuratezza**, ovvero il numero di errori. Sulla base di questi due parametri viene definito il '**normolettore**', con, a nostro parere, un problema di definizione fondamentale: la '**media**' (ovvero un dato numerico statistico puramente denotativo e scevro da ogni giudizio) non può né deve essere confusa con la '**norma**', che è invece una media che viene eletta arbitrariamente (ovvero senza necessità naturali intrinseche) a canone a cui conformarsi, trasformando altri dati diversi in atipici connotati da giudizio insoddisfacente.

**Red  
Green  
Blue**

Test Stroop classico

A questo problema di definizione si accompagna un ulteriore problema, ovvero il fatto che questa norma venga presentata come un'abilità innata, un'aspettativa dovuta su ogni soggetto che si ritrovi un testo sotto gli occhi e non, invece, come **un'abilità acquisita** durante il processo di alfabetizzazione – che, per una costellazione di eventi e fattori incontrollabili ed imponderabili nella vita di ciascuno, può seguire strade diverse e portare dunque a esiti diversi senza che questo indichi necessariamente scompensi di base o, al contrario, li causi.

E qui emerge la questione più nebulosa all'interno dello stato dell'arte degli studi DSA attuali. Una volta emessa la certificazione a seguito dei test di cui sopra, il diagnosta si ritrova a rispondere alla domanda: 'Ma da cosa è causata questa performance al di sotto delle aspettative?' Le risposte sono due, entrambe allo stadio d'ipotesi ed entrambe, a nostro avviso, ugualmente insoddisfacenti e, anzi, per certi aspetti del tutto controproducenti.

Citiamo da una guida divulgativa in circolo tra gli insegnanti (e quindi una delle fonti di riferimento primario nel panorama scolastico nazionale), le seguenti ipotesi:

"La **teoria fonologica** individua un deficit selettivo e circoscritto delle aree del linguaggio come responsabile della DE (Dislessia Evolutiva) e la collega ad un pregresso disturbo del linguaggio di tipo fonologico.

La sindrome complessa (**teoria magnocellulare**) dovuta a molteplici deficit a livello sensoriale e motorio, definita 'cognizione in disordine': i dislessici metterebbero in disordine le lettere, i suoni, i segni, i gesti e gli avvenimenti."<sup>11</sup>

Dal punto di vista linguistico (non ci pronunciamo da quello neurologico o medico più in generale), la **teoria fonologica appare scarsamente fondata**: in virtù di studi sia **storici** che pratici, il linguista infatti scinde il linguaggio verbale orale e da quello scritto, che possono tranquillamente coesistere su binari paralleli e che non necessariamente debbono incrociarsi. Questo dato storico è corroborato anche dall'osservazione pratica sia a livello di intere culture che – pur non avendo sviluppato la scrittura – hanno un elevato livello di sofisticatezza a livello di linguaggio verbale orale (si pensi alla Grecia pre-omerica, per esempio) che a livello di **casi di studio**.

Tra questi citiamo X, che aveva intrapreso la formazione in lingua inglese presso Personal English all'età di 4 anni e con molte riserve da parte della madre in virtù di uno sviluppo tardivo del linguaggio che l'aveva visto dalla logopedista per circa 8 mesi all'età di 3 anni. A seguito del lavoro con la logopedista in italiano, il suo apprendimento della lingua inglese è risultato perfettamente allineato con quello di altri coetanei sia per rapidità che per quantità dei vocaboli appresi, oltre che per la comprensione di semplici istruzioni fornite oralmente in lingua inglese. Avvicinata dall'insegnante all'alfabetizzazione multisensoriale all'età di 5 anni, X ha

appreso l'alfabeto sia attivamente (scrittura) che passivamente (lettura) in tempistiche più ridotte e con fatica minore rispetto a molti altri coetanei presso la nostra scuola, avvalorando ulteriormente l'ipotesi che la padronanza del linguaggio scritto e di quello orale non vadano necessariamente di pari passo né si debbano necessariamente influenzare reciprocamente.

La **teoria della sindrome complessa appare invece più fondata** anche grazie all'inquadramento delle difficoltà di apprendimento specifico (nella fattispecie, la dislessia) all'interno di una serie di sintomi legati a deficit di attenzione, dato immediatamente rilevabile per chiunque si approcci in maniera pratica allo studente DSA. Risulta però discutibile il fatto che i dislessici mettano necessariamente in disordine anche altri segni, gesti ed avvenimenti: un altro caso di studio tra tanti, quello di Y, sembra dimostrare che il disordine non sia necessariamente esteso ad ogni dato da apprendere. Come per alcuni autistici iperfunzionali, infatti, Y, giunta nella nostra scuola a 13 anni con diagnosi di gravi dislessia e disgrafia, ha mostrato straordinarie abilità mnemoniche e di collegamenti logici tra fatti ed eventi su periodi storici di suo interesse. Nel suo caso – come in quello di molti altri studenti DSA con cui abbiamo lavorato – le difficoltà sono circoscritte alla sola interpretazione e riproduzione dei grafemi nonostante una spiccata propensione al gesto grafico che ha portato Y a scegliere una scuola ad indirizzo artistico per esprimere appieno il suo talento nel disegno.

Oltre alle considerazioni di cui sopra, c'è un'ulteriore (e ben più motivata critica) che muoviamo a queste due teorie, e che è diretta alla supposta '**natura neurobiologica**'<sup>12</sup> della dislessia e, più in generale, dei disturbi specifici dell'apprendimento. A fronte di un'ipotesi genetica non corroborata da dati incontrovertibili, ci sentiamo di affermare che i danni psicologici inflitti a soggetti diagnosticati DSA e alle loro famiglie da questa 'condanna' ad accettare quella che viene percepita come una 'tara genetica' pari ad una sentenza incontrovertibile sono infinitamente superiori a qualsiasi avanzamento delle conoscenze nel settore DSA, che ad oggi rimangono ferme alle due ipotesi di cui sopra senza aver trovato ulteriori conferme.

La **presunta ereditarietà della dislessia**, infatti, peggiora nel soggetto DSA la percezione di sé stesso (già caratterizzato da bassa autostima) e lo induce a credere di non avere margini di miglioramento – convinzione ulteriormente rinforzata dalla tendenza della scuola pubblica ad adottare misure dispensative o compensative 'verso il basso', per così dire, ovvero abbassando l'asticella della difficoltà dei compiti in classe e dispensando lo studente DSA dalla scrittura manuale privilegiando l'uso del computer.

Questi effetti negativi non si riscontrano solo nello studente DSA, ma si riverberano anche nel suo **ambiente familiare**. In più di un caso, infatti, nel corso degli ultimi anni abbiamo organizzato incontri preliminari con studenti adolescenti DSA e le loro famiglie in cui i genitori si arrovelavano

sulla questione genetica chiedendosi angosciati quali dei due fosse il portatore del disturbo e se la diagnosi del figlio fosse finalmente la risposta alle difficoltà cognitive che, col senno di poi, hanno realizzato (o creduto) di aver esperito negli anni scolastici.

Oltre ai danni psicologici inflitti dalla (non ancora dimostrata) ipotesi genetica, che discuteremo più in dettaglio successivamente, è importante osservare che quest'ipotesi distoglie – se non completamente, almeno fortemente – l'attenzione che va invece riservata alla **storia educativa** e dell'apprendimento del soggetto DSA e che, come una cartella clinica, ha il suo inizio e le sue radici nel **processo di alfabetizzazione** avvenuto durante l'infanzia pre-scolare e proto-scolare.

Le ipotesi su cui stiamo lavorando a Personal English sulla base sia del bagaglio di conoscenze del team didattico-psicologico della scuola che sui casi di studio raccolti in anni di lavoro con studenti DSA è che ci possano essere due eziologie diverse per la performance 'atipica' diagnosticata indiscriminatamente come 'dislessia', e che richiedono due percorsi diversi, entrambi di natura **rieducativa** piuttosto che compensativa o dispensativa.

La prima eziologia è una **modalità di scansione del dato grafico diversa da quella imposta dalle esigenze della scuola contemporanea**; secondo le nostre osservazioni, questo fenomeno interessa una piccolissima percentuale dei soggetti diagnosticati come dislessici e / o disgrafici e a Personal English chiamiamo questa modalità differente di scansione 'dislessia' in senso proprio. Tale modalità di scansione 'atipica' potrebbe avere sia radici biologiche che educative, ma poco importa. Come vedremo in seguito, qualora si trattasse di una caratteristica ereditaria, questa potrebbe essere paragonata al **mancinismo**, che per lungo tempo è stato demonizzato e corretto, ma che costituisce semplicemente un modo diverso di gestire la motricità. Come ormai sappiamo, affinché il mancino raggiunga gli stessi risultati del destro, non c'è bisogno di una correzione, ma di una **rieducazione** affinché il mancino a cui è stato insegnato a scrivere con la destra acquisisca manualità con la mano prediletta e trovi la sua strada per raggiungere lo stesso risultato del destro a parità di sforzi del destro.

La seconda **eziologia** (di gran lunga la più comune tra i casi con i quali abbiamo fino ad ora lavorato) è invece **indotta da questioni biografiche e familiari**, oltre che da circostanze ed avvenimenti puramente aleatori. Si tratterebbe di una difficoltà legata ad un'insufficiente esposizione all'alfabeto, e che nel tempo ha comportato una sclerotizzazione delle difficoltà in virtù di quel fenomeno psicologico che abbiamo chiamato '**effetto valanga**'. Questo tipo di difficoltà persistente può essere definita '**pseudo-alfabetizzazione**' e richiede una rieducazione diversa da quella del soggetto 'dislessico' vero e proprio di cui sopra.

Focalizziamoci sul soggetto che pratica una scansione del testo grafico atipica rispetto al 'normolettore' e, al contempo, facciamo un passo indietro per introdurre l'idea che **non esiste un solo tipo di lettura**.

Questo è vero a livello sia filogenetico – diverse lingue e culture hanno orientato il testo in diverse direzioni, da quella verticale alto-basso del cinese e del giapponese a quella orizzontale destra-sinistra dell'arabo – che a livello ontogenetico. Sorpresa, sorpresa: **non tutti leggiamo allo stesso modo, non sempre leggiamo da sinistra a destra, e, soprattutto, non leggiamo mai ogni singola lettera che abbiamo sotto gli occhi.**

Pur senza rendercene nemmeno conto (il processo è infatti automatizzato dall'uso), lo stesso soggetto si trasforma in un lettore diverso a seconda delle sue necessità. Per comprendere se un testo è utile ai propri scopi o meno o per scoprire di quale argomento tratti, si ricorre involontariamente a quella che viene chiamata '**lettura orientativa**' o '**esplorativa**' (skimming), una modalità di scansione rapida e a bassa soglia di attenzione del testo che solitamente risparmia l'attenzione per focalizzarla solo sul titolo, il primo e l'ultimo paragrafo, oltre che su parti evidenziate graficamente, tralasciando il resto.

La '**lettura selettiva**' (scanning) è il metodo a cui ricorriamo quasi automaticamente quando sfogliamo un dizionario o cerchiamo l'orario di un autobus; si tratta di una scansione del testo 'a balzi' e a bassa soglia di attenzione in cui si procede soffermandosi solo sulle parole o i dati chiave che fungono da 'cartelli stradali' nella mappa del testo.

La **lettura 'estensiva'** è quella che pratica chi ama leggere e lo fa per passione; si tratta di una lettura silenziosa, lineare, molto sequenziale e relativamente rapida.

La **lettura 'intensiva'** è caratterizzata dal fatto che il lettore si soffermi maggiormente su certi passi del testo piuttosto che altri; che si fermi per andare a cercare parallelismi e differenze con altri passaggi, e che torni poi sul passaggio iniziale per sottolinearlo e /o integrare le informazioni fornite con appunti presi da altre sezioni. Si tratta di un tipo di lettura lento ed analitico, che si accompagna all'immagazzinamento delle informazioni in esso contenute e all'elaborazione dei dati tramite ragionamento e individuazioni di somiglianze e differenze.

Infine, la **lettura 'espressiva'** è una lettura lineare a velocità moderata eseguita a voce alta a beneficio di un pubblico che – oltre ad essere guidato nella comprensione dei contenuti del testo dalla velocità ridotta e da una corretta riproduzione delle pause della punteggiatura – richiede enfasi sulle parole ed i passaggi chiave sia per facilitare l'assorbimento e l'elaborazione delle informazioni che per tenere vivo l'interesse degli ascoltatori.

I due tipi di lettura più difficili da automatizzare – nel senso che richiedono più tempo affinché l'abilità di lettura venga effettivamente acquistata – sono la lettura intensiva e quella espressiva, che (per ragioni che analizzeremo in seguito) sono anche le due forme di lettura alla base del sistema scolastico contemporaneo e (sempre per ragioni che analizzeremo in seguito) sono anche le due forme di lettura a cui il soggetto medio è meno abituato.

**Perché si tratta delle due modalità di lettura più difficili da automatizzare?**

Le ragioni sono relativamente semplici: per poter dare i frutti sperati, la lettura intensiva presuppone **un'automatizzazione di quella estensiva**, alla quale si intrecciano capacità di **ragionamento induttivo e deduttivo** attraverso l'analisi di somiglianze e differenze. Lo stesso vale per la lettura espressiva, che parimenti si fonda su una perfetta automatizzazione dei processi della lettura estensiva e, al contempo, richiede pratica nella **gestione attiva e passiva della punteggiatura e un'alta autostima** che permetta di affrontare la performance pubblica senza alcuna ansia. Un mix di ingredienti difficile da raggiungere per molte persone, dislessiche e non.

**Perché queste due modalità di lettura sono alla base del sistema scolastico contemporaneo?**

Perché mentre l'educazione del Rinascimento e di tutta l'età moderna era affidata a precettori che lavoravano con un **singolo studente**, la scuola contemporanea si basa su **dinamiche di gruppo** che determinano necessità e pratiche diverse. Data l'impossibilità da parte dell'insegnante di diversificare i programmi per le esigenze e le peculiarità cognitive e psicologiche di ogni singolo studente, si è dovuti ricorrere a forme di standardizzazione per cui il lavoro svolto in classe deve essere integrato da lettura intensiva autonoma da parte dello studente e deve essere basato su lettura espressiva dell'insegnante e dei singoli studenti durante la lezione stessa.

La stessa (forzata) **mancanza di attenzione individuale** di cui sopra è anche alla radice della scarsa dimestichezza degli studenti con entrambe le pratiche: l'insegnante non ha il tempo materiale di dedicare la lezione in classe all'acquisizione delle abilità necessarie per la lettura intensiva (che vengono quindi date per scontate e affidate alla famiglia, che però spesso non ha il tempo, la capacità o entrambe per sopperire e colmare le lacune pregresse) e, dall'altra parte, al di fuori del contesto della classe chiunque ha ben poche occasioni o motivazioni per praticare la lettura espressiva.



OGNI LETTURA E', IN REALTA', ATIPICA

"Preché reisci a lggeere quetso tetso? Non imorpta in che oridne apapaino le letetre in una paolra, luinca csoa imnorptate è che la pimra e la ulimta letetra sinao nel ptoso gituso. Il riustlato può serbmare mloto cnofuso e noonstatne ttuto si può legerge sezna mloti prleobmi. Qesuto si dvee al ftato che la mtene uanma non lgege ongi letetra una ad una, ma la paolra nel suo isineme. cuorsio, no?"<sup>14</sup>

Il testo di cui sopra lascia poco margine di dubbio sul fatto che ogni modalità di lettura sia, in realtà, atipica rispetto al **sistema aureo** dal quale, almeno in teoria, il dislessico devierebbe invertendo lettere, concetti, gesti e quant'altro. In molti casi la difficoltà potrebbe non risiedere, quindi, nell'inversione delle lettere, ma in una **scarsa abitudine alla lettura (pseudo-alfabetizzazione)** oppure in una scansione del testo funzionale, pratica e, per così dire, 'privata' e/o intrinsecamente distratta rispetto alle letture analitica (finalizzata all'elaborazione dei dati in vista della verifica scritta o dell'interrogazione) e espressiva (attuata davanti ad un pubblico con tutte le difficoltà psicologiche che questo comporta).

Per queste due eziologie – che a Personal English cerchiamo di identificare lavorando **one-to-one** con lo studente e approfondendo i suoi **trascorsi sia educativi che psicologici** – non proponiamo misure compensative e dispensative, ma rieducative. Le **misure compensative** quali l'uso del computer al posto della scrittura a mano, infatti, comportano l'alto rischio (nei numerosissimi casi sospetti di pseudo-alfabetizzazione e certificati come dislessia, per esempio) di esacerbare la difficoltà (legata alla scarsa dimestichezza con la lettura e la scrittura) riducendo l'esposizione al fenomeno e la pratica per acquisirlo a zero. Le **misure dispensative** (quali, a scuola, le verifiche ridotte e/o con un tempo più lungo a disposizione rispetto a quelle somministrate al 'normolettore') presentano il doppio svantaggio di **aumentare l'effetto valanga** che mina l'autostima del soggetto oppure di farlo sentire giustificato a crogiolarsi in una **pigrizia mentale** che ostacola qualsiasi tipo di miglioramento tramite sviluppo dei problem-solving skills.

#### LA SCANSIONE GRAFICA ATIPICA CHE CHIAMIAMO 'DISLESSIA'

La rieducazione all'approccio al testo che stiamo sperimentando con gli studenti che sembrano essere abituati ad una scansione apparentemente sommaria e approssimativa del testo prevede due passaggi. Il primo è un **riadattamento del layout grafico del testo** stesso al fine di velocizzare la lettura 'distratta' in cui consistono le pratiche di *skimming* e *scanning*: i caratteri sono più grandi, gli spazi più evidenti, la presenza di colori, sottolineature e mappe concettuali basate sulle parole chiave facilita il reperimento delle informazioni necessarie, abbassa il margine di errore e velocizza il processo di lettura silenziosa per lo studente. Il secondo

passaggio è una **graduale abitudine alla lettura orizzontale e sequenziale** prima focalizzata sulle sole parole e poi sul binomio parola-idea/concetto. Parallelamente, lavoriamo sull'**autostima** dello studente tramite *positive reinforcement* e altre strategie analoghe al fine di aiutarlo ad uscire dal circolo vizioso dell'effetto valanga e, nel tempo, di affrontare con successo anche la lettura espressiva anche grazie ad un training basato su dettati, dictacomps e podcasts.

### LA PSEUDOALFABETIZZAZIONE

Con gli studenti che presentano difficoltà persistenti ascrivibili a dei trascorsi infelici con l'alfabetizzazione, i percorsi rieducativi che imbocchiamo sono diversi. A seconda dei casi e del tipo sia di difficoltà riscontrata che dei tratti psicologici rilevati, possiamo optare per **clusters di strategie** diverse che espongono lo studente alla scrittura e alla lettura in maniera piacevole e scevra di giudizi di valore relativamente agli errori commessi. Tra queste, ci sono diverse strategie multisensoriali di rieducazione grafica e di lettura che includono ibridi grafici (nel senso di combinazione tra grafia e grafismo) quali rebus, omofoni, spoonerisms, esercizi di unione dei puntini e quant'altro. Al contempo, come sempre, lavoriamo sull'**autostima**, perché se uno studente non crede nella sua capacità di poter raggiungere l'obiettivo, non lo raggiungerà mai nemmeno attraverso le strategie più avanzate e sofisticate.

### NOTE BIBLIOGRAFICHE E SITOGRAFICHE

1. Lista tratta dal sito del sistema sanitario britannico (National Health Service) <https://www.nhs.uk/conditions/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/symptoms/>, ultima consultazione 18/10/19.
2. Lista tratta dalla pubblicazione con il patrocinio del MIUR e dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte *E' dislessia? Piccola guida per insegnanti utile a conoscere i Disturbi Specifici di Apprendimento e costruire una rete*; contributo rivolto agli insegnanti a cura di [www.dislessiainrete.org](http://www.dislessiainrete.org), 2011.
3. Vedi nota n.1.
4. Maggiori informazioni sulla Wechsler Intelligence Scale for Children, consultare il sito: <https://wechsleriqtest.com/wechsler-intelligence-scale-for-children/>.
5. Per maggiori informazioni su John Raven, PhD, e le matrici da lui proposte per la valutazione dell'intelligenza fluida, consultare il sito <http://www.johnraven.co.uk/>.
6. Per consultare il range di valori previsto per i diversi brani inclusi nel corpus di Cornoldi, Colpo e Tressoldi, nonché i brani previsti per le diverse fasce d'età, consultare il documento *Valutare la rapidità e la correttezza della lettura di brani: nuove norme e*

alcune chiarificazioni per l'uso delle prove MT (Cornoldi, Tressoldi, Perini, 2009) alla pagina <https://www.airipa.it/wp-content/uploads/2013/04/CornoldiPeriniTressoldi.pdf>, ultima consultazione 18/10/19.

7. Per maggiori informazioni sulla Batteria SJT, si invita a consultare la batteria formulata da Giuseppe Sartori, Remo Job e Patrizio E. Tressoldi nel 1995.
8. Andrea Biancardi e Ernesto Stoppa, 1997.
9. Cornoldi et al. 1996.
10. Per un approfondimento sullo Stroop numerico, si invita a consultare *Numerical Stroop Effect* (Allen H. Wolach, Maureen A. McHale, Alina Tarlea, 2004).
11. *E' Dislessia?* (Cfr. Nota 2), p. 7.
12. *E' Dislessia?*, p. 7
13. Per maggiori dettagli sulle modalità di lettura, si invita a consultare [http://www.simonescuola.it/areadocenti/s18/2\\_Le\\_modalit%C3%A0\\_di\\_lettura.pdf](http://www.simonescuola.it/areadocenti/s18/2_Le_modalit%C3%A0_di_lettura.pdf).
14. <http://www.tropismi.it/2014/02/14/preche-reisci-a-lggeere-quetso-tetso/>
15. <https://www.aiditalia.org/it/la-dislessia>
16. Diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento scolastico, Vio C., Tressoldi P.E., Lo presti G., Erickson 2012
17. *Alunni con BES*, Ianes D., Cramerotti S., Erickson 2013
18. *AID – Associazione Italiana Dislessia*, Erickson 2010