

LA LETTURA DELLA DIAGNOSI



1. LEGGE 170

2. CONSENSUS CONFERENCE Montecatini 2006, presentata a Milano 2007

2. P.A.R.C.C. Bologna 1 febbraio 2011, Raccomandazioni cliniche sui DSA
Documento d'intesa elaborato da parte del Panel di aggiornamento e revisione
della Consensus Conference DSA (2007) in risposta a quesiti
sui disturbi evolutivi specifici dell'apprendimento

**3. Linee Guida Per Il Diritto Allo Studio Degli Alunni E Degli Studenti Con
Disturbi Specifici Di Apprendimento** (allegate al decreto ministeriale 12 luglio
2011)

Chiarezza sui Termini: “le parole sono importanti”

DISTURBO

DISABILITÀ

CARATTERISTICA

→ Quesito C2 G-K (PARCC)

Disturbo



**Classificazione
diagnostica**



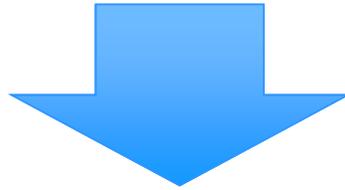
Caratteristica



Biodiversità

Qual è lo scopo della relazione clinica?

COMUNICARE



A chi ?

Che cosa?



CHI fa la diagnosi?

Equipe multidisciplinare:

Neuropsichiatra o Psicologo

Logopedista

ASL (Neuropsichiatria)

Professionista privato (serve la convalida. Nuova procedura)

COSA LEGGERE della relazione clinica ?

1. DIAGNOSI

Qualche chiarimento:

di cosa stiamo parlando?

Disturbo Specifico di Apprendimento

Dislessia, disgrafia, disortografia, discalculia

≠ Difficoltà di apprendimento

Diagnosi Nosografica



**DISTURBO SPECIFICO
DELLA LETTURA**

F 81.0

**DISTURBO SPECIFICO
DELLA COMPITAZIONE**

F 81.1

**DISTURBO SPECIFICO
DELLE ABILITA'
ARITMETICHE**

F 81.2

**DISTURBO MISTO
DEGLI
APPRENDIMENTI**

F 81.3

**ALTRI DISTURBI DELLE
CAPACITA'
SCOLASTICHE F 81.8**

**DISTURBO DELLE
ABILITA'
SCOLASTICHE
NON
ALTRIMENTI
SPECIFICATO
F 81.9**

Difficoltà Comprensione del
testo?

Difficoltà Problem Solving?

Disturbo Non
Verbale?

→ Quesito A8 (PARCC)



Per effettuare una DIAGNOSI CLINICA devono essere valutati i seguenti aspetti

- livello cognitivo generale
- competenze strumentali: lettura-scrittura-calcolo

PROFILO COGNITIVO

Multicomponentiale
(WISC)

QI \geq 85

La scala WISC IV

La scala WISC-IV è uno strumento clinico, somministrato individualmente, per valutare le capacità cognitive di bambini d'età compresa tra i 6 anni e 0 mesi e i 16 anni e 11 mesi.

Con la WISC-IV si calcola il Quoziente Intellettivo Totale (QIT) che rappresenta la capacità cognitiva complessiva del bambino. Il QIT si ottiene da quattro punteggi compositi o indici che descrivono il comportamento del bambino in campi cognitivi meglio distinti e che sono:

- Indice di Comprensione verbale (ICV): valuta la capacità del bambino di ascoltare una domanda, ragionare, dare una risposta ed esprimere i pensieri ad alta voce.
- Indice di Ragionamento visuo-percettivo (IRP): valuta la capacità del bambino di esaminare un problema, sfruttare le abilità visuo-motorie e visuo-spaziali, organizzare i pensieri e creare soluzioni.



- Indice di Memoria di lavoro (IML): valuta la capacità del bambino di memorizzare nuove informazioni, immagazzinarle nella memoria a breve termine, di manipolare tali informazioni per arrivare a dei risultati.

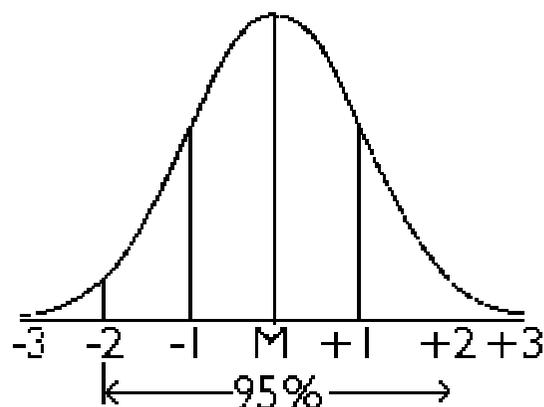
- Indice di Velocità di elaborazione (IVE): valuta la capacità del bambino di focalizzare l'attenzione, la rapidità di analisi, la capacità di discriminazione e la capacità di ordinare sequenzialmente le informazioni visive.

VALUTAZIONE DELLE ABILITA' SCOLASTICHE E STRUMENTALI

I risultati del test ottenuti dal gruppo "campione" diventano un insieme di dati di riferimento detti "dati normativi". Ogni volta che si somministra quel test, si confrontano i risultati con le norme. È possibile capire, così, se rispetto ai suoi coetanei (o meglio, al campione che li rappresenta), il bambino: - ha fatto all'incirca uguale (prestazione nella media) - ha fatto peggio (prestazione sotto la media) - ha fatto meglio (prestazione sopra la media)

DEVIAZIONE STANDARD: indica di quanto un soggetto devia al di sopra o al di sotto della prestazione media fornita da individui della stessa età. Quello delle -2DS (meno due deviazioni standard) è il criterio clinico scelto per indicare una prestazione soglia per la diagnosi di DSA.

PERCENTILE: indica la percentuale di popolazione superata con una data prestazione. Ad esempio, se la correttezza di lettura di un bambino è al 85° percentile, significa che ha fatto meglio del 85 % dei suoi coetanei



TEST 1° LIVELLO

- Prove MT di lettura (Cornoldi e coll)
- Prove di dettato, P. E. Tressoldi e C. Cornoldi
- AC-MT (Cornoldi, Lucangeli)

TEST 2° LIVELLO

- Liste di parole e non parole (DDE-2)
- Dettato di parole e non parole (DDE-2)
- BDE (Biancardi, Nicoletti)

ALTRE VALUTAZIONI

Attenzione Visiva

Attenzione uditiva

Memoria verbale

Memoria visiva

Linguaggio (produzione,
comprensione, metafonologia)

COSA LEGGERE della relazione clinica ?

2. CARATTERISTICHE INDIVIDUALI

Punti di forza e di debolezza nell'ambito delle competenze oggetto di osservazione

Aspetti emotivi: atteggiamento alla valutazione, accettazione della diagnosi e dei possibili aiuti.

Diagnosi nosografica

≠

Formulazione diagnostica

Importanza del GIUDIZIO CLINICO

DSA E BAMBINI STRANIERI

Fonte :

«Protocollo per l'osservazione di bambini bilingui con problemi di apprendimento

(ASL di Reggio Emilia)»

APPRENDIMENTO DI L2 E BILINGUISMO

1. Bilinguismo sottrattivo: vi è una rimozione, amnesia o negazione di L1
2. Semilinguismo: non si è competenti né in L1 né in L2
3. Bilinguismo aggiuntivo: le competenze di L2 si aggiungono a quelle di L1

Nel percorso di acquisizione di L2 si sviluppa inizialmente un' **interlingua** (forma ridotta della lingua standard, sia in termini qualitativi che quantitativi).

Transfer: trasferimento di conoscenze analoghe tra L1 e L2.

Se L1 e L2 sono molto simili permangono in L2 alcune caratteristiche di L1, per cui la padronanza potrebbe non raggiungere mai livelli ottimali (es. spagnolo).



Possibile ritardo di linguaggio e/o disfluenza.

Il processo di acquisizione di L2 dura diversi anni:

- 2 anni per sviluppare una competenza fluente nella lingua informale e sociale
- 5-7 anni per acquisire la competenza linguistica necessaria allo studio

Periodo del silenzio: durante l'apprendimento di L2 può esserci un periodo in cui i bambini restano senza produzione linguistica (da 1 a 5 settimane, fino a 2-3 mesi per i cinesi).



L'apprendimento di L2 è migliore se finalizzato a dei contenuti

→ È necessario potenziare l'uso dell'italiano nelle materie di studio

VARIABILI

1. Fattori individuali : età, motivazione..
2. Fattori universali linguistici: ogni lingua ha caratteristiche specifiche che vengono seguite sia dai bambini madrelingua che da quelli che vi accedono come L2
3. Caratteristiche strutturali e tipologiche di L2: se c'è molta somiglianza tra L1 e L2 potrebbe crearsi confusione. Se c'è molta differenza è necessario un grosso sforzo di apprendimento e decentramento cognitivo

PROBLEMI PIU' FREQUENTI NELL'APPRENDIMENTO DELL'ITALIANO L2

LETTURA

Scarso bagaglio lessicale → via fonologica

Differenza tra il sistema di letto-scrittura di L1 e L2

COMPRENSIONE

Difficoltà di decodifica

Difficoltà sintassi

Comprensione del lessico specifico

Scarse abilità metacognitive

SCRITTURA

Le difficoltà riflettono le caratteristiche della lingua di origine

MATEMATICA

Soprattutto difficoltà nella comprensione del testo



DIAGNOSI DI DSA IN ALUNNI STRANIERI

→ PARCC quesito A3

I dati della ricerca («Difficoltà di Apprendimento scolastico degli studenti stranieri» 2006)

- Italiani e stranieri si differenziano solo nelle prove di lettura (lettura di parole)
- nessuna differenza in matematica e nelle abilità visuo-spaziali
- Il livello degli apprendimenti è influenzato non dalla permanenza in Italia, ma dall'esposizione all'italiano
- a volte le competenze linguistiche sono presenti solo a livello informale → difficoltà nella comprensione di testi
- -le difficoltà scolastiche non possono essere spiegate in tutti i casi con la scarsa padronanza della lingua italiana

CINESE

- La lingua parlata varia secondo la località, mentre la scrittura ufficiale è unica
- È una lingua non alfabetica (ciascun ideogramma rappresenta una sillaba)
- Esistono 4 toni (alcuni caratteri hanno suoni identici ma vengono pronunciati con toni diversi)
- È meno ridondante dell'italiano e si affida quasi totalmente alla capacità comunicativa del contesto
- Per leggere senza difficoltà si devono memorizzare 9000 caratteri (gli standard di alfabetizzazione prevedono 2500 caratteri)



Fonetica: R/L

la B corrisponde alla nostra P

D T

difficile la pronuncia della N nei gruppi (NT, ND..)

le doppie non vengono percepite e prodotte

Grafia: non esistono le maiuscole, gli spazi sono sempre uguali e non indicano la fine di una parola; lettere scritte in modo diverso assumono significati diversi

Articolo: non esiste

HINDI (India)

- Corrispondenza quasi totale tra fonema e grafema
- Andamento da sinistra a destra
- La costruzione della frase in Hindi è totalmente diversa dall'italiano
- Fonetica: F non esiste
 - U e B possono essere scambiate per V
 - le doppie esistono anche in Hindi
- Non esiste il verbo «avere»; il verbo è sempre alla fine della frase

HURDU (Pakistan)

- Si scrive da destra a sinistra con l'alfabeto arabo modificato per poter produrre suoni diversi
- Non esiste la maiuscola
- Verbi facili e con poche eccezioni
- Esistono le doppie

Prima dell'invio

Indagare:

- Dati anagrafici ed anamnestici (sviluppo del linguaggio, competenze linguistiche in L1, esposizione a L2)
- Età del bambino al suo arrivo in Italia e eventuali altri percorsi migratori
- Lingua utilizzata a casa
- Scolarizzazione
- Motivazione all'apprendimento di L2
- Attività di socializzazione extrascolastiche
- Analisi degli errori a partire dalle caratteristiche di L1
- Osservare l'evoluzione nel tempo

COSA LEGGERE della relazione clinica ?

3. AIUTI POSSIBILI

Proposte e suggerimenti rispetto ai possibili aiuti:

1. quali interventi dispensativi e compensativi,
2. Punto di vista del paziente “ciò che ritiene importante”



- 3 incontro: strumenti compensativi e dispensativi

Normativa

Didattica inclusiva (corso sui bes)

- 4 incontro:
- Strumenti di osservazione (check list consensus quesito d1, linee guida..)
- Come condurre un'interrogazione
- Come proporre una verifica scritta
- Valutazione