

Un modello inclusivo per il riconoscimento precoce e la riabilitazione dei Disturbi di Apprendimento

An inclusive model for early identification and the rehabilitation of children of primary and secondary school with Learning Disabilities

Eleonora Camillo (Università Sapienza - Polo Pontino / eleonora.camillo@uniroma1.it)

Marina Eianti (Centro di Neuropsichiatria Infantile, ASL LT, Priverno)

Civita Macone (Centro di Neuropsichiatria Infantile, ASL LT, Priverno)

Franca Carla Belli (Centro di Neuropsichiatria Infantile, ASL LT, Priverno)

Antonella Cerquiglini (Università Sapienza - Polo Pontino / antonella.cerquiglini@uniroma1.it)

The work shows a study on the early identification and rehabilitation of children of primary and secondary school with learning disabilities, who were tested in group within school hours and inside the school. What made the work specific was both the focus on the overall support of the mechanisms for the admittance of a child with difficulties in a peers group and the rehabilitation work for the aforementioned problem. Moreover the specificity of this study was given by a high involvement of teachers and people working in the school area who were able to correctly identify the children with the specific difficulties within the classroom. In conclusion the work analyses the strength and the weakness of the model proposed for the identification and rehabilitation of particular children which should be useful for the health care workers, the teachers, and the families. However this study was also performed for further trials in other pediatric-neuropsychiatric centers and schools institutions.

Key-words: early identification, inclusive rehabilitation, learning disabilities, schools institutions

abstract

© Pensa MultiMedia Editore srl
ISSN 2282-5061 (in press)
ISSN 2282-6041 (on line)

3. Esiti di ricerca 215

Introduzione

L'inserimento scolastico di un bambino con ritardi o disturbi dello sviluppo, con problemi psicopatologici o disagi psicosociali, rappresenta un momento complesso e, spesso, difficile, perché condensa diversi nuclei di problematicità del sistema sanitario, scolastico e della famiglia.

Diagnosi e trattamento dei disturbi: Se le disabilità più gravi, associate a deficit neurosensoriali, quelle complesse (sindromiche) o a maggior compromissione adattativa, vengono precocemente diagnosticate e trattate, e arrivano in scuola materna già con una richiesta di sostegno didattico, la maggior parte dei bambini affetti da disturbi del neurosviluppo, non sindromici, secondo i criteri del DSM V (APA, 2013), che vanno dalla Disabilità Intellettiva ai Disturbi Specifici del Linguaggio o della Coordinazione Motoria, fino ai Disturbi dello Spettro Autistico, non ha mai effettuato controlli neuropsichiatrici infantili prima dei 3 anni. Per alcuni disturbi i tempi della prima diagnosi si sono accorciati, anche se ancora oggi può avvenire tardivamente: le disabilità intellettive di grado lieve, i disturbi di linguaggio vengono considerati, dai genitori e spesso anche dai pediatri, segnali di "pigrizia" del bambino e come tali non arrivano a consultazione neuropsichiatrica infantile se non dopo eventuale, successiva, segnalazione da parte degli insegnanti. Tra tutti i disordini del neurosviluppo quelli che però sono oggetto di una diagnosi realmente tardiva sono i disturbi dell'apprendimento dove si attende l'insuccesso scolastico del bambino, prima di avviare la consultazione (Hulme, 2016). Non infrequentemente però nella storia di questi bambini è presente pregressa immaturità a carico di alcune aree dello sviluppo, quali il linguaggio (Bishop, 2004) o una familiarità per il disturbo (Nash H.M., 2013)

La diagnosi precoce si scontra spesso con le gravi difficoltà e carenze dei servizi di neuropsichiatria infantile. I tempi di attesa di una prima visita sono, nel migliore dei casi, di alcuni mesi e anche bambini segnalati prima dell'inserimento in scuola materna non ricevono una diagnosi prima dell'inizio dell'anno scolastico. Il processo diagnostico di un disturbo dello sviluppo è fondato sulle linee guida relative e complesso, richiede il lavoro di psicologi, terapisti di diversa formazione (fisioterapisti, logopedisti, neuropsicomotricisti) e di tempi non brevi, a causa di più sedute di valutazione con ciascun operatore.

Per quanto riguarda il trattamento riabilitativo, ad una diagnosi precoce spesso non segue una terapia precoce, con una ricaduta evidente sull'evoluzione clinica del disturbo in senso peggiorativo, e sull'inserimento scolastico, che non avviene in modo protetto e pensato per le esigenze del bambino. Benché nella maggior parte delle situazioni un trattamento precoce e tempestivo possa modificare la prognosi, meno di 1 bambino/adolescente su 4 riesce ad accedere alle cure di cui ha necessità. Si stima che non siano più di 600.000 gli utenti dei servizi pubblici di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza a fronte di una popolazione complessiva sofferente di circa 3,6 milioni unità (SINPIA - Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, 2015).

Riconoscimento e segnalazione del problema: gli insegnanti sono quindi spesso le prime figure esterne alla famiglia e competenti per l'età evolutiva che

riconoscono l'esistenza di un problema nel bambino, di fronte al quale le loro reazioni si possono sintetizzare tra due poli opposti:

- con una richiesta immediata alla famiglia della necessità di una consultazione neuropsichiatrica, che spesso i genitori avvertono come una frettolosa modalità espulsiva di un alunno che richiederebbe solo qualche attenzione in più;
- con una negazione completa di particolari problemi del bambino o con un'assunzione di un ruolo salvifico onnipotente che minimizza sue eventuali difficoltà e rassicura i genitori (spaventati dall'immagine di bambino danneggiato di cui che temono il concretizzarsi) circa la possibilità di affrontare e risolvere eventuali lievi difficoltà dell'alunno all'interno della classe.

In ogni caso, è uno dei compiti della scuola quello di dover identificare le difficoltà di un bambino, sul piano didattico, comportamentale e sociale a cui il neuropsichiatra infantile dovrà eventualmente attribuire un valore sintomatologico, trovando la modalità più giusta per quel bambino e per quel genitore, per favorire un invio al servizio sanitario specialistico.

Questo comporta da un lato la necessità di essere a conoscenza dell'esistenza dei disturbi dello sviluppo e della necessità di una diagnosi ed eventualmente una terapia per evitare i successivi rischi evolutivi, dall'altro lato l'importanza di attribuire il disturbo ad un disordine del neurosviluppo e non a cause legate a problematicità o ipostimolazione ambientale, che esporrebbero le famiglie ad indagini psicosociali ulteriormente ed inutilmente stressanti.

In realtà, è molto probabile che la scuola si trovi a confrontarsi con situazioni potenzialmente problematiche sul piano psicosociale. Gli alunni stranieri rappresentano il 9,2% del totale degli alunni in Italia e tra quelli certificati la loro percentuale sale al 12% (fonte MIUR, Ministero Istruzione Università Ricerca, 2015), considerando inclusi in questo numero sia quelli con disturbi del neurosviluppo ma anche quelli con problemi collegati a esperienze precedenti l'arrivo in Italia e difficoltà successive (si pensi all'apprendimento di una nuova lingua o di diverse regole sociali). È nato in Italia il 30,4% degli studenti stranieri delle scuole secondarie di primo e secondo grado; il 23,5% è arrivato prima dei 6 anni, il 26,2% è entrato in Italia tra i 6 e i 10 anni e il 19,9% è arrivato a 11 anni e più. Il 21,6% dei ragazzi stranieri delle scuole secondarie di primo grado non frequenta i compagni di scuola al di fuori dell'orario scolastico, contro il 9,3% degli studenti italiani (ISTAT, Istituto Nazionale Di Statistica, 2015) e questo può essere significativo per difficoltà di socializzazione, isolamento e stigmatizzazione sociale. La scuola, pur non essendo l'unico mediatore tra il bambino immigrato e l'ambiente sociale, rappresenta tuttavia uno spazio cruciale per definire le basi di una interazione positiva immediata e futura (Di Bello, 2010): l'inclusione scolastica di un bambino immigrato sarà il modello per la sua inclusione sociale.

Preoccupazioni e resistenze dei genitori: l'ingresso in scuola materna rappresenta per molti genitori la prima occasione di un confronto diretto tra il comportamento e le capacità del proprio figlio, con quelli degli altri bambini coetanei. Il vero problema, tuttavia, non è vedere ma essere in grado di interpretare come una difficoltà l'agire del proprio bambino, avviandosi per un percorso che li porterà a confrontare la loro immagine di bambino ideale con quella del bambino

reale, bisognoso di attenzioni e cure particolari, diverso dagli altri bambini, imperfetto. (Lebovici, 1977). La condizione di alto stress genitoriale che caratterizza sempre le famiglie di bambini con disturbi dello sviluppo o psicopatologici ne influenza il funzionamento scolastico e sociale (Baker, 2005; Emerson, 2004; Singer, 2006) ma, accanto ad interventi che possono essere messi in atto sul piano clinico, di sostegno psicologico e counseling genitoriale, l'attenzione e le risorse della scuola possono influenzare in senso positivo o negativo l'atteggiamento del genitore e influire sull'espressività clinica del disturbo del bambino, modulandone i comportamenti più o meno disadattativi. Il percorso scolastico seguirà questo percorso genitoriale di progressiva consapevolezza del disturbo del figlio potendo funzionare come fattore di rischio o come fattore protettivo, soprattutto in relazione alle potenzialità di inclusione che saprà attivare, restituendo al genitore l'immagine di un *bambino tra i bambini della classe*, riconoscendone i deficit o le atipie di funzionamento, ma offrendo soluzioni al problema. In sintesi: la qualità dell'inclusione del bambino atipico o con deficit di sviluppo dipende dalle capacità che tutti gli operatori mettono in atto di condividere un progetto comune, in grado di rispondere ai bisogni educativi di quel bambino e degli altri della classe (de Anna, 2014).

La rete di protezione del bambino: i rapporti tra servizi e tra servizi e famiglia.

Una volta superata la fase, spesso difficile e lunga, della segnalazione del problema alla famiglia e dell'invio del bambino ai servizi di Neuropsichiatria infantile, è necessario affrontare la fase del confronto tra operatori, che lavorano in ambiti diversi (scuola, servizio sanitario) e che spesso si trasforma in scontro, poiché la scuola e i clinici valutano la gravità clinica e la gravità scolastica di un problema utilizzando criteri diversi. Il concetto di gravità clinica fa riferimento a parametri e criteri definiti dai sistemi di classificazione nosografica, mentre i criteri di gravità scolastica di un disturbo sono relativi alle capacità del bambino di raggiungere obiettivi didattici e sociali che devono tenere conto anche delle caratteristiche del gruppo, le dinamiche relazionali e comunicative tra adulti e bambini, le scelte metodologiche e didattiche degli insegnanti (Mazzoncini, 2012). In molti casi, soprattutto quelli caratterizzati da un funzionamento sociale disadattativo, interferente e disturbante per le attività del gruppo, la scuola richiede aiuti individualizzati che l'operatore sanitario non può certificare, perché vincolato ai criteri definiti nella L170/2010 (Legge 8 ottobre 2010 – Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico – G.U. 244, 18 ottobre 2010), che sottolinea la necessità di attivare strumenti compensativi e dispensativi all'interno della classe per quei disturbi più lievi e in assenza di comorbidità, introducendo un terzo criterio, quello di *gravità normativa*, che spesso non coincide con gli altri due. Queste diverse rappresentazioni dello stesso bambino conducono inevitabilmente ad uno scollamento nelle richieste che gli vengono portate, ad una diversa immagine che viene restituita ai genitori, ad aspettative diverse sull'evoluzione delle sue difficoltà, con il rischio, reale, non soltanto di una mancata o insufficiente integrazione degli interventi (didattico-riabilitativo-educativo) ma anche di una fallimentare inclusione del bambino con difficoltà all'interno della classe.

1. Il progetto

Il servizio di neuropsichiatria infantile svolge un ruolo di coordinamento centrale nella rete degli interventi necessari per un bambino con disturbi dello sviluppo, armonizzando i modelli, favorendo una comunicazione dei piani educativi, didattici e riabilitativi che corrispondono alle diverse figure che il bambino incontra nella sua giornata e agli ambienti in cui vive.

Su queste basi, nell'anno scolastico 2012-13 nasce un primo progetto di collaborazione tra alcune scuole della provincia di Latina e il Centro di Neuropsichiatria Infantile di Priverno, sede della UOS di Neuropsichiatria Infantile del Polo Pontino di "Sapienza", Università di Roma.

Nei primi due anni, il progetto ha interessato ragazzi del primo anno di due scuole secondarie di primo grado, con l'obiettivo di effettuare un trattamento riabilitativo integrato delle difficoltà di apprendimento, attraverso un lavoro di gruppo effettuato a scuola e in orario scolastico e un counseling agli insegnanti. Ogni gruppo di lavoro era composto da 5 ragazzi, che si riunivano con frequenza bi settimanale e per una durata di due ore e per un periodo corrispondente al secondo quadrimestre dell'anno scolastico.

In seguito, il progetto si è spostato sulle prime classi di scuola primaria, allo scopo di identificare precocemente e trattare i bambini a rischio per disturbi di apprendimento (con ritardo di acquisizione dei pre-requisiti della letto scrittura e calcolo), con interventi di gruppo, attuati all'interno della scuola, sempre in orario scolastico. Ianes (2013) segnala il rischio di uscita – e marginalizzazione – dalla classe di un numero di bambini con disturbi di apprendimento che si colloca intorno al 13%, per un tempo congruo (10% del tempo di lezione, o più). Per questo motivo, cornice essenziale del lavoro è stato il supporto globale dei meccanismi d'inclusione del bambino con difficoltà nel gruppo dei coetanei, sia per un'attenzione specifica che l'intervento riabilitativo ha offerto a questo aspetto, ma anche attraverso un maggiore coinvolgimento degli operatori scolastici che fin dall'inizio segnalavano per il progetto i bambini che presentavano difficoltà all'interno della classe. Gli insegnanti hanno partecipato a più incontri iniziali con le terapisti e la psicopedagoga del Centro, allo scopo di:

- 1) definire i criteri di segnalazione dei bambini, che dovevano tenere conto non soltanto di quello che l'alunno non era in grado di fare, ma soprattutto di come e cosa potesse fare, sia sul piano didattico che in termini di competenze e strategie sociali;
- 2) condividere le caratteristiche del gruppo classe, la presenza di bambini con altri problemi, lo stile relazionale e comunicativo dei bambini tra loro;
- 3) far emergere le qualità relazionali tra insegnanti e bambini e tra i docenti; eventuali conflitti, alleanze, funzionalità e disfunzionalità educative e didattiche, comprese le coerenze o incoerenze nel metodo di insegnamento e negli obiettivi di lavoro.

Nel corso dell'intervento con i bambini/ragazzi, è stata offerta agli insegnanti la disponibilità ad incontri con la pedagoga, in caso di comunicazioni urgenti riguardanti l'alunno o la classe.

A conclusione dell'intervento, il progetto ha previsto un incontro allargato a

tutti gli operatori sanitari (neuropsichiatra infantile, psicologi, terapisti, educatori e psicopedagogisti) e scolastici (dirigente, insegnanti di classe e di sostegno, non soltanto quelli coinvolti nel progetto, assistenti educativi), oltre ovviamente alle famiglie dei bambini interessati, per condividere l'evoluzione del disturbo e le modifiche del profilo di sviluppo.

Il lavoro all'interno del gruppo è stato effettuato da due terapisti neuropsicomotriciste, regolarmente supervisionate da una terapeuta senior e da una pedagoga del Centro.

2. I dati clinici

Nei primi due anni, sono stati coinvolti complessivamente 26 ragazzi, in maggioranza di sesso maschile, e tra tutti, 16 provenienti da famiglie non italiane ma solo 3 non nati in Italia. Nella costruzione del gruppo, si è tenuto conto non soltanto della tipologia del disturbo, ma anche delle diverse comorbidità psicopatologiche e dei punti di forza e di debolezza di ognuno, per favorire il formarsi di un legame tra i ragazzi e attivare un aiuto reciproco (Levi, 1992)). Le iniziali segnalazioni degli insegnanti sono state molto più numerose e si è reso necessario effettuare una valutazione per selezionare i ragazzi con difficoltà specifiche della letto scrittura rispetto a quelli con difficoltà del comportamento in assenza di ritardi di apprendimento.

La valutazione delle difficoltà di apprendimento ha utilizzato:

- Prove di lettura di Cornoldi e Colpo, 1995.
- Prove di scrittura di Tressoldi e Cornoldi, 2000.
- AC-MT, Test di valutazione delle abilità di calcolo e soluzione di problemi, Cornoldi, 2012.

I criteri utilizzati per la diagnosi di Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA) sono quelli del DSM 5 (2013), che li definisce "Un gruppo di disordini caratterizzati da difficoltà di apprendimento delle abilità teoriche di base, che non corrispondono con l'età cronologica della persona, con il livello d'istruzione o con le abilità intellettuali".

Sul piano psicopatologico, i 1/3 dei ragazzi presentava una sintomatologia internalizzante, rappresentata da inibizione emotiva e comportamentale, evitamento relazionale, ansia da prestazione, scarsa autostima, insufficiente motivazione ad apprendere. La maggior parte, invece, presentava disturbi del comportamento, tra cui instabilità motoria, oppositività, provocatorietà, impulsività, atti di vessazione e bullismo nei confronti di coetanei.

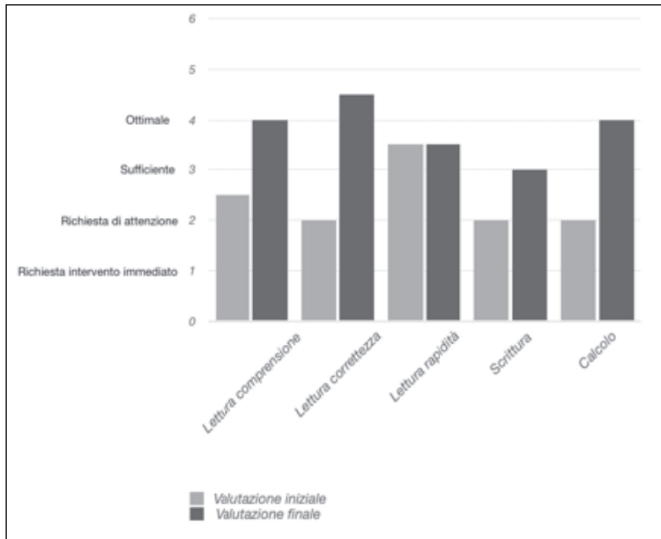
Gli obiettivi di lavoro hanno riguardato:

- Le abilità di lettura sia funzionale che strumentale.
- Le abilità di scrittura e sui pattern motori.
- Le abilità di calcolo e problem solving.
- Il prolungamento dei tempi di attenzione selettiva e sostenuta, attraverso il rinforzo delle abilità di pianificazione e programmazione del compito.
- La generalizzazione delle strategie cognitive e la facilitazione dei meccanismi

psicologici comuni al gruppo: la capacità di riconoscere una difficoltà (o un'abilità) propria e di confrontarla con quella degli altri, la capacità di chiedere aiuto, le competenze sociali più efficaci e adattate per dimostrare un'emozione, positiva o negativa.

- La sollecitazione alla curiosità e al piacere della conoscenza, finalizzata non all'accumulo d'informazioni, ma al loro utilizzo in gruppo per raggiungere scopi condivisi.

I risultati: sul piano degli apprendimenti tutti i ragazzi hanno evidenziato un miglioramento nelle loro abilità scolastiche: nella lettura, ad una maggiore correttezza ha corrisposto una migliore comprensione del testo, sia pure con velocità di lettura invariata; in scrittura, è stata raggiunta una riduzione del numero degli errori, lavorando soprattutto sulle abilità di autocorrezione del testo; nel calcolo sono risultate più efficaci sia la conoscenza numerica che le abilità procedurali (graf.1: Evoluzione degli apprendimenti all'inizio e alla conclusione dell'intervento: scuola primaria).



Graf. 1. Evoluzione degli apprendimenti all'inizio e alla conclusione dell'intervento: scuola primaria

Nell'area emotivo relazionale, si è assistito ad una riduzione dei comportamenti oppositori, maggiore autostima e fiducia nel gruppo, più mature capacità autoriflessive ed espressive di stati emozionali. Se all'inizio del gruppo le comunicazioni dei ragazzi riguardavano prevalentemente un senso d'incapacità e sfiducia nella possibilità di essere aiutati dall'altro, alla fine degli incontri ha prevalso il piacere di conoscere e fare insieme.

All'inizio del percorso:

“Ma perché noi stiamo qui?”

“È inutile che studio perché tanto le cose non le so fare”.

“Io le cose le so fare, ma non mi va di farle.”

Alla fine del percorso:

“È stata una bella esperienza fare questo progetto... Ma l'anno prossimo lo facciamo di nuovo?”

“Fatta così anche matematica è più bella!”

“Ora che ci siamo conosciuti spero che ci vediamo in giro!”

Negli anni successivi, si è deciso di spostare il focus del lavoro sui bambini della I e II classe della scuola primaria, con lo scopo di verificare sia i diversi obiettivi dell'intervento in una diversa fascia d'età, sia una sua maggiore efficacia, abbassando l'età di riconoscimento del disturbo.

Complessivamente sono stati inseriti nel progetto 32 bambini, di sesso diverso ma a prevalenza maschile, 22 italiani e 10 stranieri (8 di loro, nati in Italia da genitori residenti nel nostro paese da almeno 2 anni). Soltanto 4 bambini erano stati segnalati dagli insegnanti per ritardo negli apprendimenti, mentre tutti gli altri venivano segnalati per problemi di comportamento: instabilità motoria, oppositorietà, deficit di attenzione, impulsività. Nessuno veniva segnalato per problemi internalizzanti, a conferma del fatto che il criterio di gravità scolastica di un disturbo è maggiormente correlato all'impairment comportamentale che determina, piuttosto che al deficit di apprendimento (Mazzoncin, 2012).

Oltre alla batteria testologica già indicata per i ragazzi più grandi, nelle valutazioni di inizio e fine percorso è stato somministrato anche la PRCR-2, Prove di prerequisiti per la diagnosi delle difficoltà di lettura e scrittura, Cornoldi, 2000 e l'IPDA, Identificazione precoce delle difficoltà d'apprendimento, Terreni, 2011.

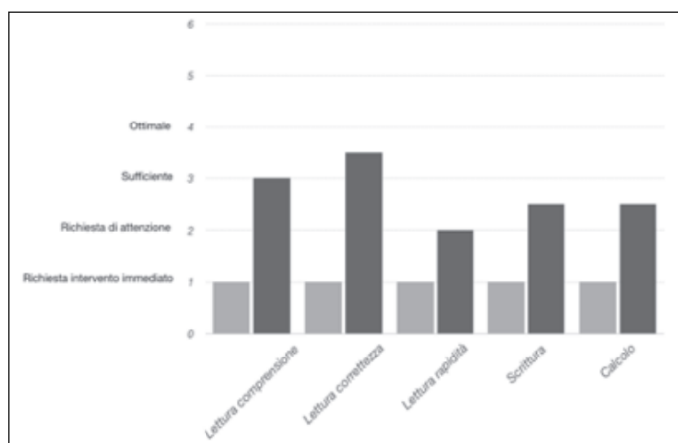
Nella valutazione iniziale, tutti i bambini presentavano difficoltà nella lettura decifrativa e strumentale, nella scrittura ideativa e nel dettato e nel calcolo (conoscenza numerica, trasformazioni in cifre, operazioni scritte, calcolo a mente). Inoltre, 4 bambini hanno evidenziato l'assenza di gran parte o tutti i prerequisiti essenziali per l'accesso alle competenze scolastiche di base. Sul piano comportamentale, oltre alla sintomatologia indicata dagli insegnanti, è stato possibile evidenziare: balbuzie, ansia di prestazione e ansia sociale, mutismo elettivo.

Gli obiettivi del lavoro effettuato all'interno del gruppo, hanno riguardato gli aspetti funzionali del disturbo: potenziare le competenze metafonologiche a livello della letto scrittura; migliorare la lettura decifrativa e strumentale; stimolare e sostenere l'ideazione e migliorare le capacità di scrittura; sostenere e migliorare le abilità di calcolo e di conoscenza numerica.

Contemporaneamente, si è concordato con gli insegnanti un programma di intervento mirato alle problematiche comportamentali, da attuare sia nel gruppo classe che nel gruppo terapeutico, finalizzato a sostenere la motivazione ad apprendere, identificare e ridurre i comportamenti-problema, favorire la consapevolezza nel bambino dei propri stati d'animo e delle conseguenze del proprio comportamento, sul piano relazionale ed emotivo. Le modalità di attuazione dell'intervento comportamentale si sono articolate sulla proposta di attività scolastiche alternate ad altre più motivanti ed interattive, anche in un contesto di benevola competizione (sfide tra squadre, giochi a premi...) e di attività stimolanti con difficoltà graduale in modo da evitare facili frustrazioni legate all'insuc-

cesso; sul coinvolgimento dei bambini nella scelta delle attività, gratificandoli mettendo in evidenza i loro comportamenti positivi e prendendoli ad esempio per i compagni, anche attraverso l'uso di tabelloni e ricompense; sulla definizione chiara di regole inserite all'interno di giochi di turno e scambio o di attività didattiche di gruppo per garantire il rispetto delle regole e assicurare la partecipazione e il contributo di ognuno.

Nella valutazione conclusiva del percorso terapeutico, sul piano funzionale si è osservato un miglioramento in tutte le aree degli apprendimenti scolastici. In particolare si è passati da una lettura prevalentemente sillabica ad una lessicale o sovralessicale, gli errori di lettura sono nettamente diminuiti, la comprensione del testo è maggiore. In scrittura, si sono ridotti gli errori ortografici, mentre sono rimaste invariate le difficoltà di elaborazione dei contenuti semantico lessicali. Nella matematica, permangono difficoltà nel calcolo a mente, pur avendo raggiunto maggiori abilità nelle operazioni scritte (graf.2: Evoluzione degli apprendimenti all'inizio e alla conclusione dell'intervento: scuola secondaria di I grado).



Graf. 2. Evoluzione degli apprendimenti all'inizio e alla conclusione dell'intervento: scuola secondaria di I grado

Sul piano psicopatologico, sia nel gruppo terapeutico che in classe è stata evidenziata una netta riduzione dei comportamenti disadattativi, tempi più prolungati di attenzione e di concentrazione al compito e riduzione dell'impulsività, migliori capacità e maggior piacere di gioco in gruppo, con una più facile adesione alle regole sociali, una riduzione della frustrabilità, reazioni più mature all'insuccesso o alla critica. Si segnala un alleggerimento del mutismo selettivo, dopo il primo mese di intervento: l'inibizione alla comunicazione verbale –prima impossibile in ambiente scolastico- si è progressivamente ridotta, consentendo al bambino di rispondere sinteticamente alle domande degli operatori e di attivare la comunicazione con i coetanei, contemporaneamente alla riduzione della sua ansia sociale e di prestazione.

A proposito del lavoro di "alfabetizzazione emotiva", queste sono le riflessioni dei bambini alla conclusione dell'intervento: *Mi arrabbio* quando i compagni mi fanno i dispetti ... mi prendono in giro quando mamma non mi fa giocare

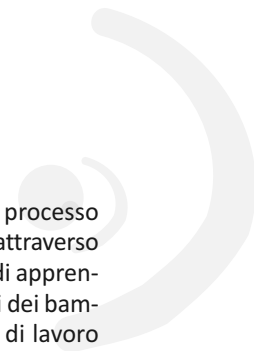
perché mi sono comportato male a scuola ... quando non riesco bene a scrivere a leggere e ad essere ordinato; *Sono triste* quando mi sgridano se non faccio i compiti ... quando faccio gli errori e prendo un brutto voto; *Ho paura* quando c'è la maestra che alza la voce a scuola ... quando a casa la mamma mi dice di ricopiare il compito perché ci sono troppi errori.. se c'è il temporale ... se c'è il buio; *Sono felice* quando prendo un bel voto a scuola Se non faccio errori e prendo un bel voto ... ; *Mi vergogno* quando i miei compagni mi vedono piangere in classe...

Conclusioni

Le potenzialità di un progetto si valutano dall'efficacia degli esiti e il progetto proposto ha dimostrato avere una ricaduta positiva su tutti gli attori coinvolti nel processo di una buona integrazione scolastica di un bambino con difficoltà.

Nei bambini, questo lavoro ha avuto una funzione di screening finalizzato al riconoscimento delle difficoltà di apprendimento nascoste dalle problematiche comportamentali e una funzione già specificatamente riabilitativa del deficit funzionale. Inoltre, l'intervento può essere considerato di prevenzione secondaria del disturbo psicopatologico che è frequentemente in comorbidità con il disturbo dello sviluppo: la riduzione della sintomatologia disadattativa sembra infatti dimostrare una riduzione del rischio di organizzazione di una condizione di disagio emotivo reattivo in un disturbo psicopatologico cronico. Una riflessione a parte riguarda i bambini stranieri segnalati dalla scuola, che hanno riguardato complessivamente il 50% dei bambini inseriti nel nostro progetto. In 20 casi sui 26 complessivi ad un colloquio con i genitori sono emerse problematiche di tipo psicosociale, a carico dell'intero nucleo familiare, di diversa gravità: dall'esposizione (pregressa ma ripetuta) a condizioni stressanti quali episodi di guerra e violenza familiare assistita, a situazioni di mancanza o perdita di lavoro, abuso di alcool, separazione prolungata dai genitori (che erano in Italia per cercare lavoro prima di richiamare i figli dal paese d'origine). Condizione minima essenziale per l'inserimento del bambino straniero nel progetto era un sufficiente controllo della lingua italiana, garantito da una scolarizzazione precedente avvenuta nel nostro paese, ma in tutti i casi i bambini, almeno nei primi anni di vita, erano stati esposti al codice linguistico materno. Inoltre, per i bambini della scuola secondaria, la tipologia degli errori nella letto scrittura era quella attesa per un DSA. Non abbiamo analizzato i dati specifici riguardanti questo sottogruppo, anche alla luce del numero comunque basso dei bambini inclusi, né possiamo sapere se i benefici rilevati all'interno della classe hanno avuto una ripercussione sul loro funzionamento sociale. Nell'evoluzione positiva che i dati hanno evidenziato, sono compresi anche quelli a loro relativi, ma al momento non è possibile definire con maggiore accuratezza quali nuclei, neuropsicologici e psicopatologici, e quali strategie cognitive ed affettive sono state sollecitate e utilizzate.

Negli insegnanti, il rapporto di cooperazione con le figure sanitarie referenti del progetto ha portato all'individuazione di strategie più efficaci di gestione dei comportamenti-problema e di obiettivi didattici individualizzati e calibrati sulle dif-



ficoltà e potenzialità del bambino. È stato inoltre possibile condividere il processo che porta il bambino a esprimere ansia di prestazione e scarsa autostima attraverso comportamenti rabbiosi e impulsivi e metterli in relazione alle difficoltà di apprendimento che sostengono la sua insicurezza e la sua frustrazione. I rapporti dei bambini con i compagni sono migliorati e spesso gli obiettivi e le strategie di lavoro individuate per il bambino inserito nel progetto venivano utilizzate anche per altri bambini della classe in difficoltà, determinando quella “generalizzazione delle competenze apprese” che è un focus riabilitativo primario del modello neuropsicomotorio. Più in generale, il valore aggiunto di un progetto che porta dentro la scuola la diagnosi e la terapia dei disturbi che si esprimono nella scuola, è quello relativo alla riduzione della spesa che la scuola deve affrontare per il personale specializzato coinvolto: insegnanti di sostegno, assistenti educativi e di base, assistenti specialistici. Dati ISTAT (2015) segnalano che per il sostegno socio-educativo scolastico i Comuni italiani nel 2012 spendevano oltre 361mln di Euro, circa il 21% dei fondi erogati per interventi e servizi per la disabilità.

Nei genitori, il vantaggio che può offrire un intervento come quello descritto riguarda un ambito interno o mentale e una sfera esterna di tipo socio ambientale. Sul piano emotivo, facilita nel genitore il riconoscimento di un disturbo dello sviluppo, contribuendo a definire sul piano comportamentale quale parte del problema sia di natura cognitiva e quanto di origine psicoaffettiva, riducendo così il rischio di attribuire ai comportamenti difficili del bambino e alle sue difficoltà un significato male-educativo, che possa sollecitare nel genitore agiti punitivi aggressivi rivolti al figlio. Inoltre, il genitore può sentirsi rassicurato dal verificare che accanto alla segnalazione del problema ci sia una proposta di risoluzione, che oltretutto non grava economicamente sul reddito familiare e che non interferisce sulla sua organizzazione del lavoro. Si realizza così una riduzione dei costi sia indiretta (meno ore di lavoro perse per accompagnare il bambino in terapia) che diretta (il costo dell'intervento non è –o è parzialmente- a carico del nucleo familiare).

Il *Sistema Sanitario Nazionale*, e più specificatamente un *Servizio di Neuropsichiatria Infantile*, ha da questo modello di lavoro dei vantaggi in termini organizzativi ed economici. In primo luogo perché uno screening attento in ambito scolastico permette di selezionare i casi che devono afferire ad un servizio medico (per il livello di gravità di un disturbo, per la presenza di una comorbidità, per un alto rischio evolutivo) riducendo la condizione di cronico “intasamento” dei servizi di neuropsichiatria infantile, accorciando i tempi delle liste d’attesa, evitando di medicalizzare quelle situazioni che possono essere gestite autonomamente in ambito scolastico, eventualmente applicando quanto indicato dalla L170/2010. Un filtro efficace riduce così anche la spesa sanitaria poiché permette ai centri di Neuropsichiatria Infantile di orientare i suoi servizi al cittadino verso la diagnosi dei disturbi più gravi e la supervisione dei progetti riabilitativi che vengono effettuati in ambito scolastico, sottraendo almeno una parte della casistica su cui operano centri accreditati e privati ai quali è attualmente quasi del tutto delegato l’intervento riabilitativo, a causa della limitata disponibilità dei servizi territoriali

In sintesi: questo progetto è nato dalla consapevolezza che un bambino non è solo quello che vedono gli insegnanti a scuola ma anche quello che appartiene

ad una famiglia, quello che vale per i suoi amici. Per un bambino che ha un disturbo, questo è quanto più vero, perché il suo problema non può essere definito unicamente dal valore numerico di un test fatto in una struttura sanitaria, per quanto i criteri di classificazione nosografica, le linee guida dei disturbi, le prove di efficacia spingano sempre di più verso un'oggettivizzazione quantitativa del dato clinico. Il modello di lavoro proposto da questo progetto vuole svincolare la diagnosi e il trattamento dei disturbi di apprendimento dall'ambito strettamente sanitario –come peraltro indica la legge 170/2010–orientando e sostenendo l'intervento degli insegnanti, per valorizzare il loro lavoro educativo e didattico. Il progetto presentato poggia su precise competenze professionali, sia sanitarie che educative e didattiche, ma non può realizzarsi se non su un piano di stretta collaborazione tra operatori ed enti, non aspettando che ci sia uno che dà una risoluzione magica o miracolistica ai quesiti dell'altro. Si realizzerà in questo modo un intervento riabilitativo realmente integrato e di gruppo: integrato perché non è finalizzato soltanto al recupero della letto scrittura, ma al supporto cognitivo, emotivo e sociale del bambino; di gruppo, perché si realizza tra bambini e tra bambini e adulti che sanno ascoltare e comprendere i problemi dei bambini, restituendo loro una soluzione. Un intervento che coinvolge insegnanti e famiglie del territorio in cui il servizio di neuropsichiatria infantile è inserito, e che sembra realizzare l'approccio inclusivo globale auspicato da Bortolotti (2016).

Tuttavia se l'efficacia del modello è evidenziata dall'evoluzione positiva delle competenze di letto-scrittura e dalla risoluzione della componente psicopatologica del disturbo, la sua replicabilità è condizionata da altre variabili, che pure sono emerse (e che hanno richiesto una particolare attenzione) dal lavoro presentato:

- 1) la disponibilità del personale sanitario, spesso non presente in organico in tutti i servizi o già sovraccaricato da compiti di diagnosi e terapia all'interno dei centri;
- 2) la disponibilità della scuola a fornire i locali necessari;
- 3) la disponibilità degli insegnanti di classe ad accogliere figure esterne al loro team, che non costituiscono una risorsa in più, come l'insegnante di sostegno, ma che forniscono loro strumenti per lavorare in modo diverso e, spesso, meno routinario e per questo più impegnativo, di quanto abituati a fare;
- 4) la disponibilità dei genitori, ai quali ovviamente è richiesta un'autorizzazione per lavorare con i loro figli, che possono avvertire come una forma di discriminazione.

Quello proposto è un intervento che ha bisogno di una forte empatia verso i bambini e della fantasia degli adulti, terapisti e insegnanti, per realizzare gli strumenti che servono per lavorare su un problema la cui complessità si può chiarire nel corso degli incontri comuni ma che va affrontata nelle situazioni innumerevoli che si creano in un contesto terapeutico o didattico.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition V (DSM V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Baker B.L., Blacher J. (2005). Preschool children with and without developmental delay: behaviour problems, parent's optimism and well being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, pp. 124-133.
- Bishop D.V., Snowling M.J. (2004). Developmental dyslexia and specific language impairment: same or different? *Psychological Bulletin*, 130, pp. 858-886.
- Bocci F. (2013). Dall'esclusione all'inclusione. L'evoluzione del sistema scolastico verso una didattica inclusiva. In AA.VV., *Elementi di didattica per i bisogni educativi speciali: disabilità e DSA* (pp. 15-30). Milano: ETAS.
- Bortolotti A. (2013). Organizzare l'inclusione. Un percorso formativo "in-service" finalizzato al miglioramento dei processi educativi. *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, 2, 1, pp. 177-187.
- De Anna L. (2014). La scuola inclusiva: ruoli e figure professionali. *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, 2, 2, pp. 109-127.
- Di Bello G., Meringolo P. (2010). I minori stranieri immigrati di seconda generazione: aspetti pedagogici e psicologici dell'inclusione. *Minori e Giustizia*, 2, pp. 43-56.
- Emerson E., Robertson J., Wood J. (2004). Level of Psychological Distress Experienced by Family Carers of Children and Adolescents with Intellectual Disabilities in an Urban Conurbation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 2, pp. 77-84.
- Hulme C., Snowling M. J. (2016). Reading disorders and dyslexia. *Current Opinion in Pediatrics*, 28, 6, pp. 731-735.
- Ianes D., Zambotti F., Demo H. (2013). *Lights and shadows in the inclusive Italian school system. Life Span and Disability*, 16,1, pp. 57-81.
- Lebovici S., Soulè M. (1997). *La conoscenza del bambino e la psicoanalisi*. Milano: Feltrinelli.
- Levi G., Fabrizi A., Diomedè L. (1992). Identificazione e fusionalità nei gruppi terapeutici per bambini con disabilità di sviluppo. In G. Fava Vizziello, D. Stern (a cura di), *Dalle cure materne all'interpretazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mazzoncini B., Musatti L. (2012). *I disturbi dello sviluppo. Bambini, genitori e insegnanti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Nash H.M., Hulme C., Gooch D., Snowling M.J. (2013). Preschool language profiles of children at family risk of dyslexia: continuities with SLI. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 54, pp. 958-968.
- Singer G.H. (2006). Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. *American Journal of Mental Retardation*, 111, pp.155-169.

