DSA e altri Bisogni Educativi Speciali

Dr.ssa Alessandra Luci
Psicologa/Psicoterapeuta – Logopedista
AID Pistoia
Centro Life, Pistoia
Centro Dedalo, Siena
SOSdislessia, San Raffaele, Roma
E-mail: aleluci76@gmail.com

Premessa

DSA/BES → **evento vitale**

↓ ↓

per bambino famiglia

Per il significato che la scuola/cultura rivestono nella nostra società

A. Luci

Psicopatologia←Società

(Luci, Grandi 2012)

- Omosessualità:
- Culture antiche: accettata
- DSM: psicopatologia
- Metà anni ’90: orientamento sessuale individualmente caratterizzato
- Mancinismo:
- Fino agli anni ’70: devianza
- Dagli anni ’70: caratteristica individuale

…il senso…

A. Luci

Rispetto ai DSA:

(Luci, Grandi 2012)

in tutte le società nascono bambini con dislessia

ma solo nelle società alfabetizzate la dislessia si manifesta come disturbo

A. Luci

Società diverse, diverse conseguenze del DSA
(Luci, Grandi 2012)

- Nella società analfabeta:

Secondo dopoguerra: 32% di analfabetismo

- Nella società alfabetizzata

1963: scuola media unica, 14 a…

2012: obbligo scolastico termina a 17 a

…università…

- Nella società digitalizzata: x lettura

→ cultura: wikipedia…

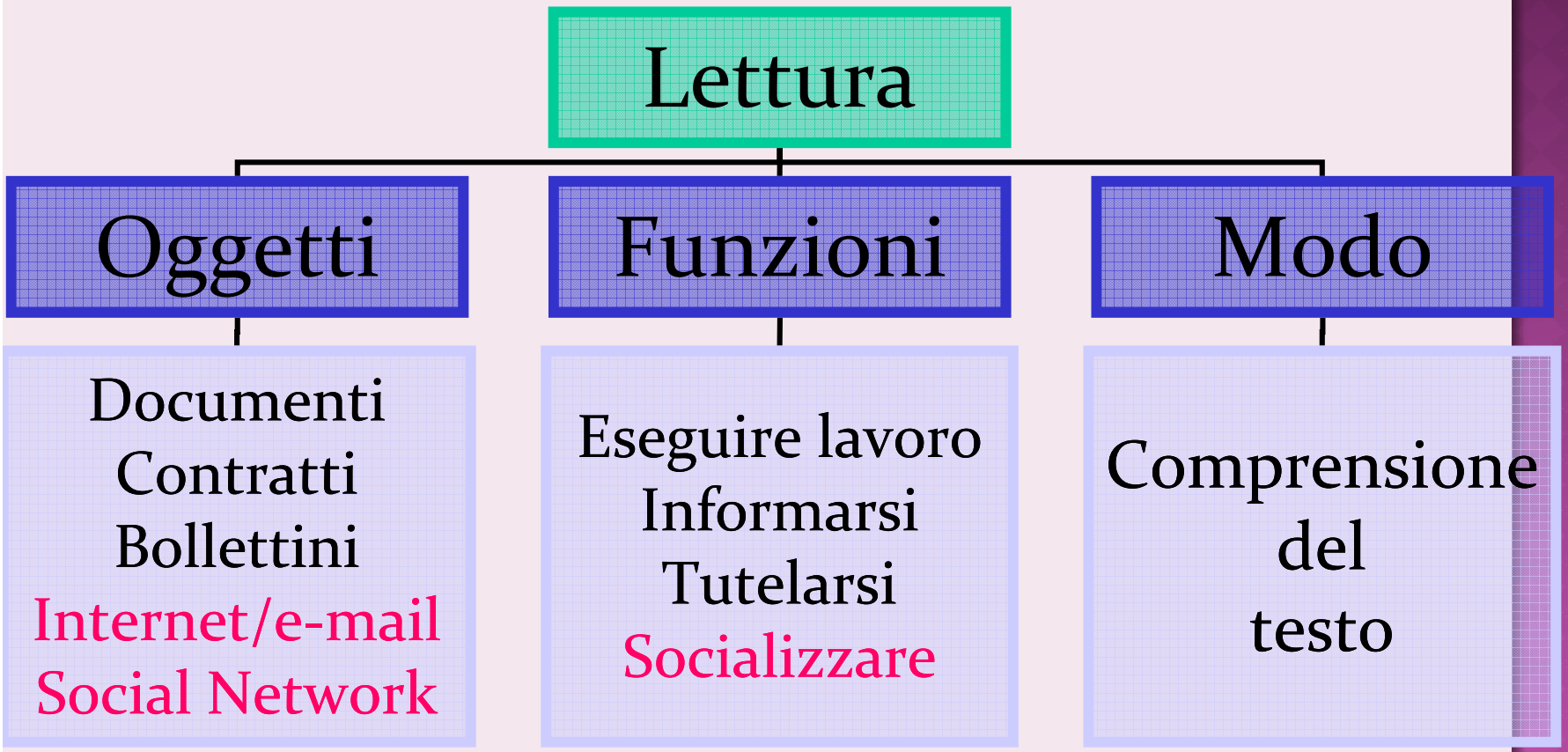
→ informazione: twitter…

→ burocrazia: mail

→ socialità: facebook

A. Luci

Cambiamenti (Stella 2004…)



A. Luci

…effettivamente…

(Luci, Grandi 2012)

Società alfabetizzata e digitalizzata

↓

max espressività della dislessia/BES

A. Luci

Diritto allo studio

Handicap /
Doppia Diagnosi

DSA

Legge
104/92

Legge 170/10
Legge 53/03

PEI

PDP

ADHD, DSL, Autimo ad alto funzionamento, ...
???

A. Luci

BES: Direttiva Ministeriale

STRUMENTI D'INTERVENTO PER ALUNNI CON BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI
E ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE PER L'INCLUSIONE SCOLASTICA (MIUR 27/12/2012)

http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/8d31611f-9d06-47d0-bcb7-3580ea282df1/dir271212.pdf

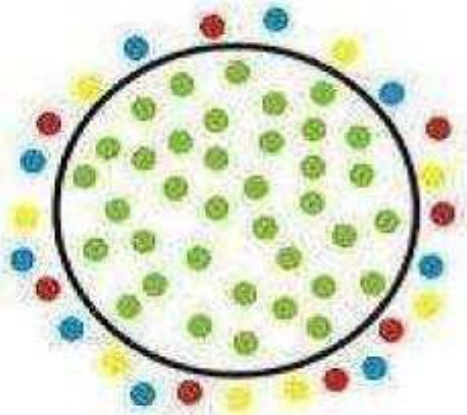
Premessa

I principi che sono alla base del nostro modello di integrazione scolastica - assunto a punto di riferimento per le politiche di inclusione in Europa e non solo - hanno contribuito a fare del sistema di istruzione italiano un luogo di conoscenza, sviluppo e socializzazione per tutti, sottolineandone gli aspetti inclusivi piuttosto che quelli selettivi. Forte di questa esperienza, il nostro Paese è ora in grado, passati più di trent'anni dalla legge n.517 del 1977, che diede avvio all'integrazione scolastica, di considerare le criticità emerse e di valutare, con maggiore cognizione, la necessità di ripensare alcuni aspetti dell'intero sistema.

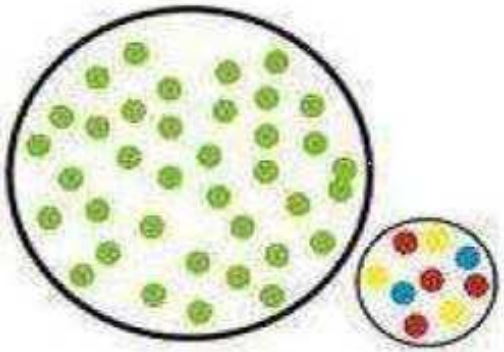
A. Luci

Da Facebook

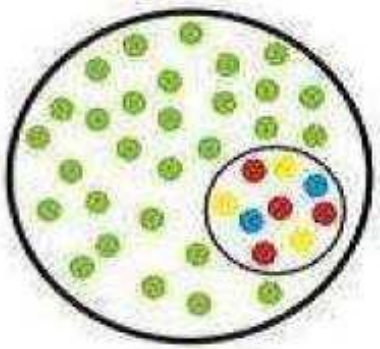
INCLUSIONE



ESCLUSIONE



SEGREGAZIONE



INTEGRAZIONE

BES: Direttiva Ministeriale

(MIUR 27/12/2012)

Gli alunni con disabilità si trovano inseriti all'interno di un contesto sempre più variegato, dove la discriminante tradizionale - alunni con disabilità / alunni senza disabilità - non rispecchia pienamente la complessa realtà delle nostre classi.

Anzi, è opportuno assumere un approccio decisamente educativo, per il quale l'identificazione degli alunni con disabilità non avviene sulla base della eventuale certificazione, che certamente mantiene utilità per una serie di benefici e di garanzie, ma allo stesso tempo rischia di chiuderli in una cornice ristretta.

A. Luci

BES: Direttiva Ministeriale

(MIUR 27/12/2012)

A questo riguardo è rilevante l'apporto, anche sul piano culturale, del modello diagnostico ICF (International Classification of Functioning) dell'OMS, che considera la persona nella sua totalità, in una prospettiva bio-psico-sociale. Fondandosi sul profilo di funzionamento e sull'analisi del contesto, il modello ICF consente di individuare i Bisogni Educativi Speciali (BES) dell'alunno prescindendo da preclusive tipizzazioni.

A. Luci

BES: Direttiva Ministeriale

(MIUR 27/12/2012)

In questo senso ogni alunno, con continuità o per determinati periodi, può manifestare Bisogni Educativi Speciali, per motivi:

- Fisici
- Biologici
- Fisiologici
- Psicologici
- Sociali

rispetto ai quali è necessario che le scuole offrano adeguata e personalizzata risposta

Va quindi potenziata la cultura dell'inclusione, e ciò anche mediante un approfondimento delle relative competenze degli insegnanti curricolari, finalizzata ad una più stretta interazione tra tutte le componenti della comunità educante.

A. Luci

BES: Direttiva Ministeriale
(MIUR 27/12/2012)

1. Bisogni Educativi Speciali (BES)

L'area dello svantaggio scolastico è molto più ampia di quella riferibile esplicitamente alla presenza di **deficit**.

In ogni classe ci sono alunni che presentano una richiesta di speciale attenzione per una varietà di ragioni:

- svantaggio sociale e culturale
- disturbi specifici di apprendimento
- e/o disturbi evolutivi specifici
- difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse

Nel variegato panorama delle nostre scuole la complessità delle classi diviene sempre più evidente.

Quest'area dello svantaggio scolastico, che ricomprende problematiche diverse, viene indicata come area dei Bisogni Educativi Speciali (in altri paesi europei: Special Educational Needs).

A. Luci

Bisogni Educativi Speciali
(MIUR 27/12/2012)

Vi sono comprese tre grandi sotto-categorie:

1. Disabilità: funzionamento intellettivo limite (2,5%), disturbo dello spettro autistico lieve

   (caso di confine fra la disabilità e il disturbo specifico)

1. Disturbi evolutivi specifici: DSA (3-4%), deficit di linguaggio, delle abilità non verbali, della coordinazione motoria, disprassia, disturbo dell'attenzione e dell'iperattività (1%)

2. Svantaggio socioeconomico, linguistico, culturale (difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse)

A. Luci

Bisogni Educativi Speciali
(MIUR 27/12/2012)

Per molti di questi profili i relativi codici nosografici sono ricompresi nelle stesse categorie dei principali Manuali Diagnostici e, in particolare, del manuale diagnostico ICD-10, che include la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e utilizzata dai Servizi Sociosanitari pubblici italiani.

A. Luci

Bisogni Educativi Speciali
(MIUR 27/12/2012)

Tutte queste differenti problematiche, ricomprese nei disturbi evolutivi specifici, non vengono o possono non venir certificate ai sensi della legge 104/92, non dando conseguentemente diritto alle provvidenze ed alle misure previste dalla stessa legge quadro, e tra queste, all'insegnante per il sostegno.

A. Luci

Bisogni Educativi Speciali
(MIUR 27/12/2012)

La legge 170/2010, a tal punto, rappresenta un punto di svolta poiché apre un diverso canale di cura educativa, concretizzando i principi di personalizzazione dei percorsi di studio enunciati nella legge 53/2003, nella prospettiva della "presa in carico" dell'alunno con BES da parte di ciascun docente curricolare e di tutto il team di docenti coinvolto, non solo dall'insegnante per il sostegno.

A. Luci

Bisogni Educativi Speciali
(MIUR 27/12/2012)

1.2 Alunni con disturbi specifici

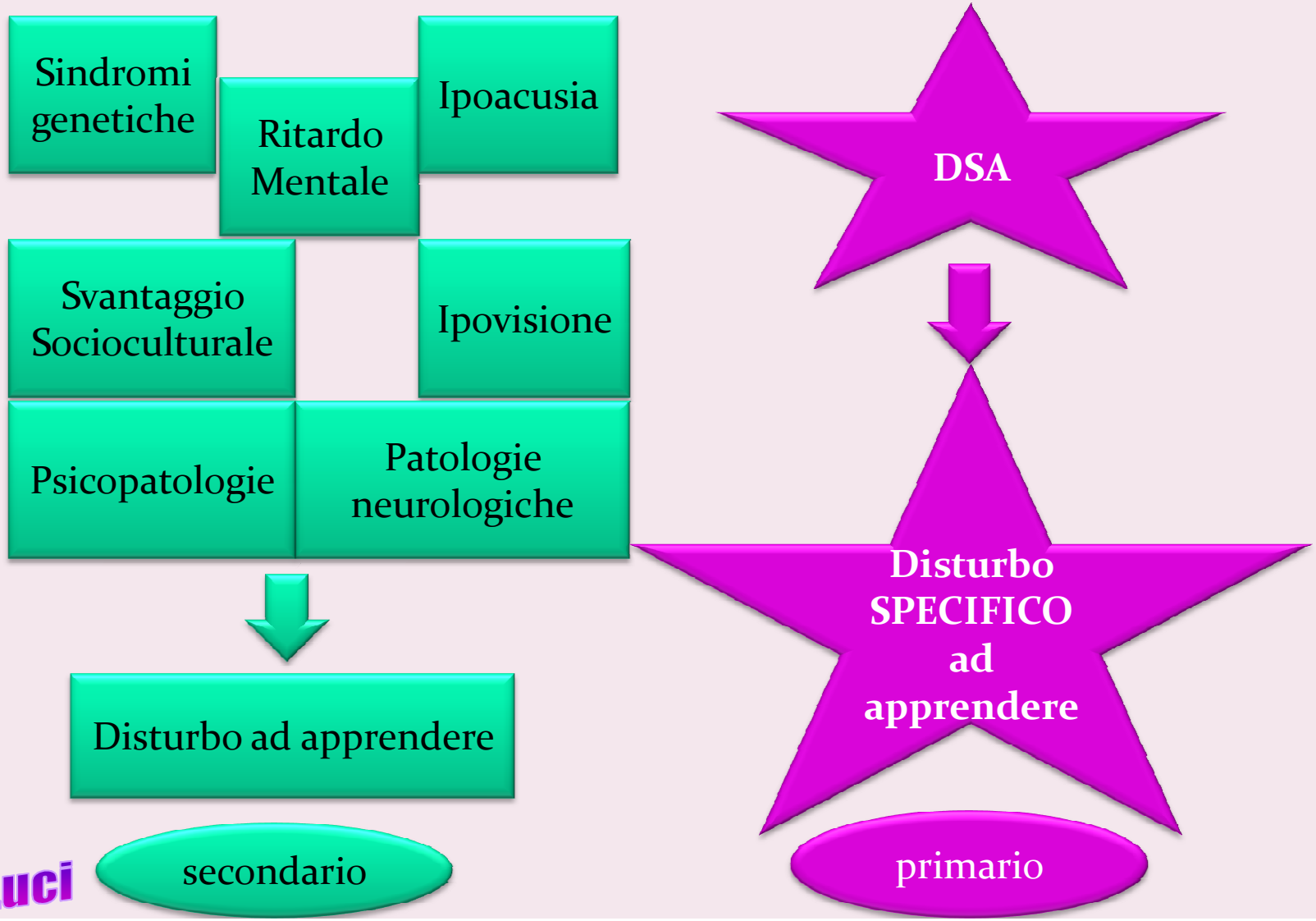
Gli alunni con competenze intellettive nella norma o anche elevate, che – per specifici problemi – possono incontrare difficoltà a Scuola, devono essere aiutati a realizzare pienamente le loro potenzialità.

Fra essi, alunni e studenti con DSA (Disturbo Specifico dell'Apprendimento) sono stati oggetto di importanti interventi normativi, che hanno ormai definito un quadro ben strutturato di norme tese ad assicurare il loro diritto allo studio.

Tuttavia, è bene precisare che alcune tipologie di disturbi, non esplicitati nella legge 170/2010, danno diritto ad usufruire delle stesse misure ivi previste in quanto presentano problematiche specifiche in presenza di competenze intellettive nella norma.

A. Luci

...una difficoltà persistente ad apprendere:



A. Luci

Definizione

DSA = Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento

***disturbi delle abilità scolastiche*:**

DISLESSIA
DISORTOGRAFIA
DISGRAFIA
DISCALCULIA

A. Luci

Bisogni Educativi Speciali
(MIUR 27/12/2012)

1.2 Alunni con disturbi specifici

Si tratta, in particolare:

- dei disturbi con specifiche problematiche nell'area del linguaggio (disturbi specifici del linguaggio o – più in generale- presenza di bassa intelligenza verbale associata ad alta intelligenza non verbale)
- o, al contrario, nelle aree non verbali (come nel caso del disturbo della coordinazione motoria, della disprassia, del disturbo non-verbale o – più in generale - di bassa intelligenza non verbale associata ad alta intelligenza verbale, qualora però queste condizioni compromettano sostanzialmente la realizzazione delle potenzialità dell'alunno)
- o di altre problematiche severe che possono compromettere il percorso scolastico (come per es. un disturbo dello spettro autistico lieve, qualora non rientri nelle casistiche previste dalla legge 104).

A. Luci

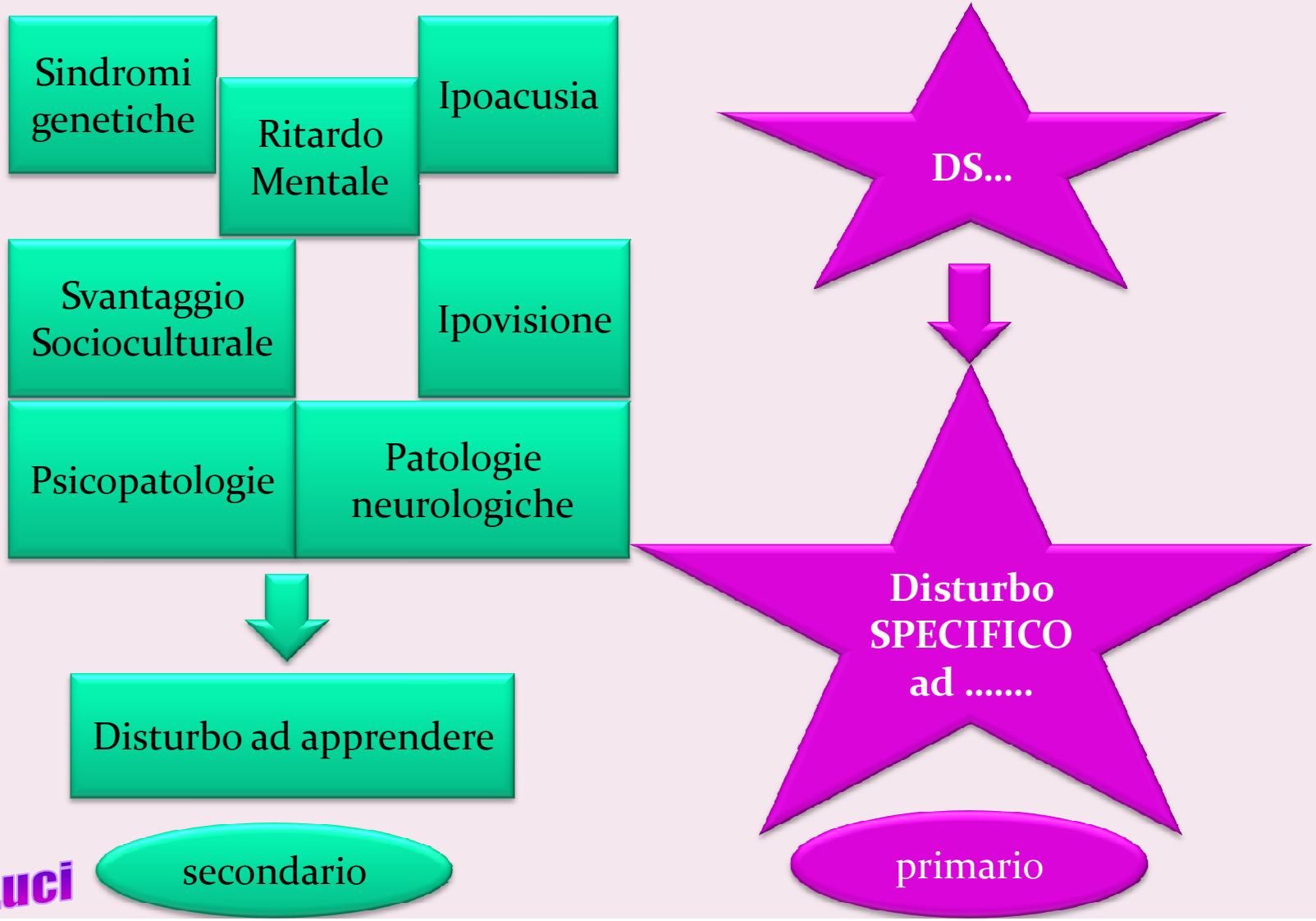
La patologia del linguaggio

- Disfonie: disturbi della voce
- Disfluenze: balbuzie
- Disartrie: deficit articolatorio grave
- Dislalie: deficit articolatorio, secondarie ad alterazioni degli organi fonoarticolatori
- Ritardo di linguaggio
- Disturbi di linguaggio:

- Secondari: deficit intellettivo, deficit acustico, disturbi psichiatrici, deprivazione
- Primari: DSL
    - Frenulo linguale e Adenoidi?!?!?!?!?!?!?
        - Pigrizia? Bilinguismo?!

A. Luci

...una difficoltà persistente ad apprendere:



A. Luci

Caratteristica principale dei DS

SPECIFICITA'

il disturbo **interessa uno specifico dominio di abilità**

in modo significativo ma circoscritto

lasciando **intatto il funzionamento intellettivo generale**

A. Luci

Principale criterio diagnostico

DISCREPANZA

abilità nel dominio specifico interessato → **deficitaria**

intelligenza generale → **adeguata**

A. Luci

Implicazioni sul piano diagnostico

1. Utilizzazione di test standardizzati
2. Esclusione di altre condizioni che potrebbero influenzare i risultati ai test:

A. menomazioni sensoriali e neurologiche
B. disturbi significativi della sfera emotiva
C. svantaggio socio-culturale

Test standardizzati e discrepanza

1. compromissione dell'abilità specifica:

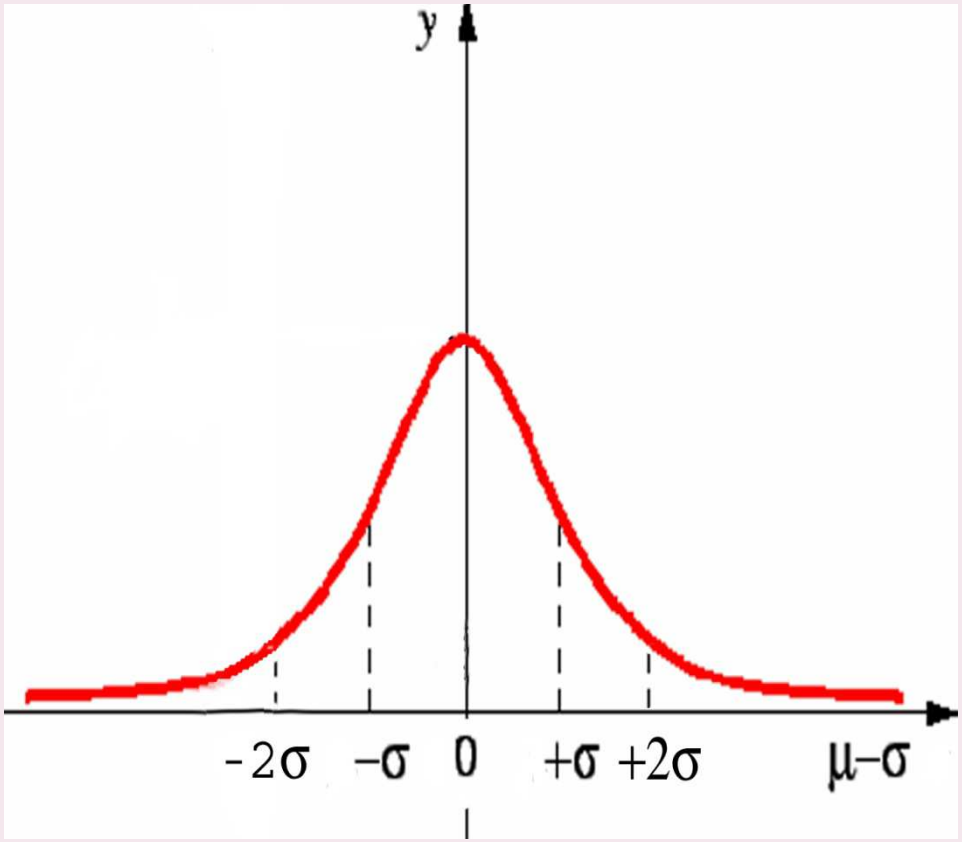
   <-2ds

2. livello intellettivo nei limiti di norma:

   QI non < -2ds (QI = 70)

A. Luci

Proprietà di una curva Gaussiana



Frequenza relativa (y)

μ = media della popolazione

σ = deviazione standard

Il 68,3% dei dati di una pop ricade nell'intervallo $\pm\ \sigma$

Il 95,5% dei dati di una pop ricade nell'intervallo $\pm\ 2\sigma$

A. Luci

Efficienza Intellettiva

WISC III (6-16 a): QIT (QIV+QIP)

QI= (EM/EC)x100

Md: 100 – DS: 15

Borderline: <85

Patologia: < 70

Matrici di RAVEN, PM 47 (6-11 a)

Percentili

Patologia: <10/5°P

Scala Leiter (2-20 a)

QI (non verbale)

A. Luci

Caso

QIT: 97

Decodifica: -2,5 ds

Comprensione del testo scritto: 0 ds

Ortografia: - 6 ds

Calcolo: +0,5 ds

A. Luci

Difficoltà vs Disturbo

Differenziabili in termini ESCULSIVAMENTE QUANTITATIVI

Continuum Normalità / Patologia:

→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→

Norma	**Difficoltà**	**Disturbo**
0 ds	**/-1 ds e -2 ds/**	**<2 ds**

...Freud...

A. Luci

Bisogni Educativi Speciali
(MIUR 27/12/2012)

Un approccio educativo dovrebbe dar modo di individuare strategie e metodologie di intervento correlate alle esigenze educative speciali, nella prospettiva di una scuola sempre più inclusiva e accogliente, senza bisogno di ulteriori precisazioni di carattere normativo

Al riguardo, la legge 53/2003 e la legge 170/2010 costituiscono norme primarie di riferimento cui ispirarsi per le iniziative da intraprendere con questi casi.

A. Luci

Bisogni Educativi Speciali
(MIUR 27/12/2012)

1.3 Alunni con deficit da disturbo dell'attenzione e dell'iperattività

Un discorso particolare si deve fare a proposito di alunni e studenti con problemi di controllo attentivo e/o dell'attività (A.D.H.D.: Attention Deficit Hyperactivity Disorder / D.D.A.I.: Deficit da disturbo dell'attenzione e dell'iperattività):

- si può riscontrare anche spesso associato ad un DSA o ad altre problematiche
- ha una causa neurobiologica
- genera difficoltà di pianificazione, di apprendimento e di socializzazione con i coetanei
- il disturbo, in forma grave tale da compromettere il percorso scolastico, è presente in circa l'1% della popolazione scolastica, cioè quasi 80.000 alunni (fonte I.S.S)
- Con notevole frequenza è in comorbilità con uno o più disturbi dell'età evolutiva: disturbo oppositivo provocatorio; disturbo della condotta in adolescenza; disturbi specifici dell'apprendimento; disturbi d'ansia; disturbi dell'umore, etc.

A. Luci

Bisogni Educativi Speciali
(MIUR 27/12/2012)

1.3 Alunni con deficit da disturbo dell'attenzione e dell'iperattività

- Il percorso migliore per la presa in carico del bambino/ragazzo con ADHD si attua senz'altro quando è presente una sinergia fra famiglia, scuola e clinica.
- Le informazioni fornite dagli insegnanti hanno una parte importante per il completamento della diagnosi e la collaborazione della scuola è un anello fondamentale nel processo riabilitativo.

In alcuni casi il quadro clinico particolarmente grave – anche per la comorbilità con altre patologie – richiede l'assegnazione dell'insegnante di sostegno, come previsto dalla legge 104/92.

Tuttavia, vi sono moltissimi ragazzi con ADHD che, in ragione della minor gravità del disturbo, non ottengono la certificazione di disabilità, ma hanno pari diritto a veder tutelato il loro successo formativo.

Vi è quindi la necessità di estendere a tutti gli alunni con bisogni educativi speciali le misure previste dalla Legge 170 per alunni e studenti con disturbi specifici di apprendimento.

A. Luci

A. Luci

Comportamenti: caratterizzazione

L'iperattività (Prior)

Mancanza di attenzione

impulsività

ipereccitabilità

Scarse relazioni

Attività senza sosta

Difficoltà di concentrazione

Comportamento disinibito

< tolleranza frustrazione

irrequietezza

Comportamento immaturo

Mancanza autocontrollo

gidae abor sms

Comportamenti tipici ADHD (DSM IV – ICD 10)

Bambini disattenti e iperattivi (Marzocchi)

DISATTENZIONE: SPESSO

- non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici o in altre attività
- ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco
- sembra non ascoltare quando gli si parla direttamente
- non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici o i propri doveri, non a causa di un comportamento di opposizione alle regole
- Ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività
- Evita di impegnarsi in compiti che richiedono uno sforzo mentale prolungato (compiti a scuola/casa)
- Perde gli oggetti necessari per i compiti e le attività
- È facilmente distratto da stimoli estranei
- È sbadato nelle attività quotidiane

Comportamenti tipici ADHD (DSM IV – ICD 10)

Bambini disattenti e iperattivi (Marzocchi)

IPERATTIVITA': SPESSO

- Muove con irrequietezza mani o piedi o si dimena sulla sedia
- Lascia il proprio posto in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto
- Scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui è fuori luogo
- Ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo
- Si muove come se fosse guidato da un motorino
- Parla eccessivamente

Comportamenti tipici ADHD (DSM IV – ICD 10)

Bambini disattenti e iperattivi (Marzocchi)

IMPULSIVITA': SPESSO

- "spara" le risposte prima che le domande siano state completate
- Ha difficoltà ad attendere il proprio turno
- Interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (es. si intromette nelle conversazioni o nei giochi)

… riflessione …

Bambini disattenti e iperattivi (Marzocchi)

I 18 item descrivono comportamenti normalmente manifestati da tutti i bambini

ma i b con ADHD

- ne esprimono MOLTI
- in modo ECCESSIVO e INVALIDANTE per il loro sviluppo

Diagnosi:

- Un insieme di questi sintomi
- In almeno 2 contesti (casa e scuola)
- Da almeno 6 mesi
- **Interferiscono con la normale vita della persona**

Premessa

In considerazione della sempre maggiore e segnalata presenza nelle scuole di alunni con diagnosi di "Disturbo da Deficit di Attenzione/ Iperattività (ADHD, acronimo per l'inglese Attention Deficit Hyperactivity Disorder) si propongono indicazioni e accorgimenti didattici volti ad agevolare il percorso scolastico di detti alunni alla luce del documento sottoscritto da **Airipa(** Associazione Italiana Ricerca ed Intervento nella psicopatologia dell'apprendimento), **Sinpia** (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza), **Aidai (** Associazione Italiana per i disturbi di attenzione , iperattività e patologie correlate) , **Aifa** (Associazione Italiana Famiglie Adhd Onlus) e pubblicato sul sito **dell'Istituto Superiore di Sanità** : **http://www.iss.it/adhd/docu/cont.php?id=385&lang=1&tipo=3**

Prot. N. 4089 15/06/2010

Oggetto: disturbo di deficit di attenzione e iperattività

Si premette che l'ADHD è presente in circa l'1% (fonte Istituto Superiore di Sanità) della popolazione infantile, ha una causa neurobiologica e si caratterizza per la presenza di sintomi di disattenzione, impulsività/iperattività, riconducibili a difficoltà nell'autocontrollo e nelle capacità di pianificazione e non attribuibili ad un deficit dell'intelligenza.

Prot. N. 4089 15/06/2010

Oggetto: disturbo di deficit di attenzione e iperattività

A. Luci

gidae abor sms

Descrizione degli alunni con ADHD

Molti bambini e ragazzi possono presentare comportamenti di disattenzione e/o irrequietezza motoria, tuttavia gli alunni che presentano tale Disturbo hanno difficoltà pervasive e persistenti nel:

- selezionare le informazioni necessarie per eseguire il compito e mantenere l'attenzione per il tempo utile a completare la consegna
- resistere ad elementi distraenti presenti nell'ambiente o a pensieri divaganti
- seguire le istruzioni e rispettare le regole (non a causa di comportamento oppositivo o di incapacità di comprensione)

- utilizzare i processi esecutivi di individuazione, pianificazione e controllo di sequenze di azioni complesse, necessarie all'esecuzione di compiti e problemi
- regolare il comportamento che si caratterizza quindi per una eccessiva irrequietezza motoria e si esprime principalmente in movimenti non finalizzati, nel frequente abbandono della posizione seduta e nel rapido passaggio da un'attività all'altra
- controllare, inibire e differire risposte o comportamenti che in un dato momento risultano inappropriati: aspettare il proprio turno nel gioco o nella conversazione
- applicare in modo efficiente strategie di studio che consentano di memorizzare le informazioni a lungo termine.

Gli stessi alunni possono talvolta presentare difficoltà:

- nel costruire e mantenere relazioni positive con i coetanei
- nell'autoregolare le proprie emozioni
- nell'affrontare adeguatamente situazioni di frustrazione imparando a posticipare la gratificazione
- nel gestire il livello di motivazione interna approdando molto precocemente ad uno stato di "noia"
- nell'evitare stati di eccessiva demoralizzazione e ansia
- nel controllare livelli di aggressività
- nel seguire i ritmi di apprendimento della classe a causa delle difficoltà attentive.

In alcuni soggetti prevale la disattenzione, in altri l'iperattività/impulsività, ma nella maggior parte dei casi i due problemi coesistono.

In alcuni soggetti prevale la disattenzione, in altri l'iperattività/impulsività, ma nella maggior parte dei casi i due problemi coesistono.

Il protocollo operativo indicato nel suddetto documento ,utile a migliorare l'apprendimento ed il comportamento degli alunni con ADHD in classe, **prevede i seguenti punti.**

Viene preliminarmente ritenuto opportuno che il Dirigente Scolastico venga contattato dalla famiglia che presenta l'evidenza della problematica del proprio figlio/a. Tutta la documentazione dovrebbe essere inserita nel protocollo riservato.

Sarebbe utile che il Dirigente Scolastico allerti i docenti prevalenti o i coordinatori di classe in merito all'evidenza del caso.

Tutti i docenti della classe in cui è presente un alunno con ADHD dovrebbero prendere visione della documentazione clinica dell'alunno rilasciata da un servizio specialistico

(caratteristiche del Disturbo, diagnosi e indicazioni di trattamento, suggerimenti psico-educativi).

Gli insegnanti sono invitati a tenere contatti con i genitori del bambino e con gli specialisti che lo seguono, per un opportuno scambio di informazioni e per una gestione condivisa di progetti educativi appositamente studiati .

Prot. N. 4089 15/06/2010

Oggetto: disturbo di deficit di attenzione e iperattività

I docenti, di concerto con gli operatori clinici che gestiscono la diagnosi e cura dell'alunno, dovrebbero a questo punto definire le strategie metodologico-didattiche per favorire un migliore adattamento scolastico e sviluppo emotivo e comportamentale.

Si raccomanda che ciascun insegnante che opera con il bambino abbia cura di attenersi all'utilizzo di tecniche educative e didattiche di documentata efficacia nell'ambito dei disturbi da deficit dell'attenzione e iperattività (vedi link allegati)

Nel caso sia stata prevista, da parte del servizio specialistico, la presenza dell'insegnante di sostegno, si ribadisce l'opportunità di lavorare costantemente con l'obiettivo di potenziare le condizioni educative e didattiche del gruppo, al fine di integrare l'alunno nel contesto della classe.

In sintesi, si ritiene opportuno che tutti i docenti:

- predispongano l'ambiente nel quale viene inserito lo studente con ADHD in modo tale da ridurre al minimo le fonti di distrazione

- prevedano l'utilizzo di tecniche educative di documentata efficacia (es. aiuti visivi, introduzione di routine, tempi di lavoro brevi o con piccole pause, gratificazioni immediate, procedure di controllo degli antecedenti e conseguenti).

I docenti inoltre dovrebbero avvalersi dei seguenti suggerimenti:

1. Definire con tutti gli studenti poche e chiare regole di comportamento da mantenere all'interno della classe.
2. Concordare con l'alunno piccoli e realistici obiettivi comportamentali e didattici da raggiungere nel giro di qualche settimana.

3. Allenare il bambino ad organizzare il proprio banco in modo da avere solo il materiale necessario per la lezione del momento.
4. Occuparsi stabilmente della corretta scrittura dei compiti sul diario.
5. Incoraggiare l'uso di diagrammi di flusso, tracce, tabelle , parole chiave per favorire l'apprendimento e sviluppare la comunicazione e l'attenzione.
6. Favorire l'uso del computer e di enciclopedie multimediali, vocabolari su CD, ecc.
7. Assicurarsi che, durante l'interrogazione, l'alunno abbia ascoltato e riflettuto sulla domanda e incoraggiare una seconda risposta qualora tenda a rispondere frettolosamente.

8. Organizzare prove scritte suddivise in più parti e invitare lo studente ad effettuare un accurato controllo del proprio compito prima di consegnarlo.
9. Comunicare chiaramente i tempi necessari per l'esecuzione del compito (tenendo conto che l'alunno con ADHD può necessitare di tempi maggiori rispetto alla classe o viceversa può avere l'attitudine di affrettare eccessivamente la conclusione).
10. Valutare gli elaborati scritti in base al contenuto, senza considerare esclusivamente gli errori di distrazione, valorizzando il prodotto e l'impegno piuttosto che la forma.
11. Le prove scritte dovrebbero essere suddivise in più quesiti.
12. Evitare di comminare punizioni mediante: un aumento dei compiti per casa, una riduzione dei tempi di ricreazione e gioco, l'eliminazione dell'attività motoria, la negazione di ricoprire incarichi collettivi nella scuola, l'esclusione dalla partecipazione alle gite.
13. Le gratificazioni devono essere ravvicinate e frequenti.

In merito alla norma sancita dal Decreto Ministeriale 16 gennaio 2009 n° 5 che riguarda "**Criteri e modalità applicative della valutazione del comportamento**" è auspicabile che i docenti considerino i fattori presenti nella diagnosi ADHD prima di procedere alla valutazione dell'alunno/a.

Si sottolinea l'importanza e delicatezza della valutazione periodica del comportamento dell'alunno (voto di condotta). Occorre infatti tenere conto del fatto che il comportamento di un alunno con ADHD è condizionato fortemente dalla presenza dei sintomi del disturbo. Sarebbe pertanto auspicabile che la valutazione delle sue azioni fosse fatta evitando di

Prot. N. 4089 15/06/2010

Oggetto: disturbo di deficit di attenzione e iperattività

attribuire valutazioni negative per comportamenti che sono attribuibili a fattori di tipo neurobiologico.

Sull'intera tematica degli alunni affetti da disturbo ADHD si richiamano le precedenti circolari ministeriali sull'argomento allegate alla presente nota.

Si pregano le SS.LL di voler diffondere le informazioni contenute nella presente circolare presso le istituzioni scolastiche di competenza

.

Si ringrazia per la collaborazione

F.to Il Dirigente
Antonio Cutolo

Prot. N. 4089 15/06/2010

Oggetto: disturbo di deficit di attenzione e iperattività

A. Luci

gidae abor sms

Opuscolo AIDAI con indicazioni per insegnanti
http://www.aidaiassociazione.com/documents/Training_per_Insegnanti.pdf
Strategie per insegnanti AIFA Onlus
http://www.aifa.it/strategiescolastiche.htm; http://www.aifa.it/linkstrumenti.htm
http://www.aifa.it/scuolaeadhd.htm
Linee guida cognitivo-comportamentali
http://www.aidaiassociazione.com/documents/Linee_guida_ADHD.pdf
Elenco Centri Regionali di Riferimento per la Diagnosi e Cura dell'ADHD
http://www.iss.it/adhd/regi/cont.php?id=222&lang=1&tipo=2
Decreto 24/04/2007
http:///www.iss.it/adhd/docu/cont.php?id=250&lang=1&tipo=3
sito della SINPIA
www.sinpia.eu
sito dell'Airipa
www.airipa.it

Testi utili free

Si fa seguito alla circolare n° 4089 del 15 giugno 2010, con la quale sono state fornite puntuali indicazioni riguardo alla integrazione scolastica degli alunni affetti da ADHD (Disturbo da deficit di attenzione/iperattività) e, al fine di agevolare ulteriormente gli operatori scolastici che si trovano ad affrontare le problematiche derivanti dalla presenza di tali alunni nelle classi, si richiama l'opportunità che ciascuna istituzione scolastica interessata rediga un Documento Personalizzato per gli alunni affetti da tale disturbo così come previsto per i soggetti con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA).

Prot. N. 0001395 del 20/03/2012

A. Luci

Oggetto: PDP per alunni con ADHD

gidae abor sms

Come è noto, infatti , la *didattica personalizzata*, anche sulla base di quanto indicato nella Legge 53/2003 e nel Decreto legislativo 59/2004, calibra l'offerta didattica attraverso l'impiego di una varietà di metodologie e strategie didattiche, tali da promuovere le potenzialità e il successo formativo in ogni alunno. L'uso dei mediatori didattici, l'attenzione agli stili di apprendimento, la adozione degli interventi sulla base dei livelli raggiunti, si pongono nell'ottica di **promuovere un apprendimento** significativo , anche con l'introduzione di strumenti compensativi, compresi i mezzi di apprendimento alternativi e le tecnologie informatiche, nonché misure dispensative da alcune prestazioni non essenziali ai fini della qualità dei concetti da apprendere.

Il documento di cui sopra dovrebbe appunto contenere, oltre ai dati anagrafici dell'alunno, l'indicazione degli strumenti compensativi/dispensativi adottati nelle diverse discipline,al fine di garantire il successo formativo, nonché le modalità di verifica che si intendono adottare. Tale documento dovrà essere inoltre redatto entro il termine massimo del primo trimestre in collaborazione con la famiglia dell'alunno e i Centri di diagnosi e cura per l'ADHD presenti sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità ovvero la Unità Sanitaria competente per territorio, e successivamente ridiscusso in corso d'anno per rivedere e riformulare il relativo piano didattico.

Si sottolinea infine l'esigenza che tale documentazione venga trasmessa dagli insegnanti al team docente dell'ordine di scuola successivo per garantire la continuità delle valutazioni e delle azioni da adottare.

Prot. N. 0001395 del 20/03/2012

A. Luci

Oggetto: PDP per alunni con ADHD

gidae abor sms

Le segreterie didattiche sono incaricate di segnalare tempestivamente ai responsabili di classe ogni nuova certificazione ,anche in corso d'anno, che documenti eventuale comorbilità.

Si ribadisce inoltre l'importanza, già rilevata con circolare prot.7373 del 17.11.2010 emanata dalla scrivente Direzione Generale, della precoce individuazione del disturbo a partire dalla Scuola dell'Infanzia, in modo da consentire alle istituzioni scolastiche di intervenire in modo adeguato aiutando il bambino a sostenere una buona scolarizzazione.

Si sarà grati alle SS.LL. se vorranno curare la diffusione della presente nota circolare presso le istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado di competenza.

Il Dirigente
Antonio Cuccaro

Viale Trastevere, 76/A – 00153 Roma – Tel. 06 5849-2792 Fax 06 5849-2471
e mail : dgstudenteufficio6@istruzione.it

Prot. N. 0001395 del 20/03/2012

A. Luci

Oggetto: PDP per alunni con ADHD

gidae abor sms

Bisogni Educativi Speciali
(MIUR 27/12/2012)

1.4 Funzionamento cognitivo limite

Anche gli alunni con potenziali intellettivi non ottimali, descritti generalmente con le espressioni di funzionamento cognitivo (intellettivo) limite (o borderline), ma anche con altre espressioni (per es. disturbo evolutivo specifico misto, codice F83) e specifiche differenziazioni - qualora non rientrino nelle previsioni delle leggi 104 o 170 - richiedono particolare considerazione.

Si può stimare che questi casi si aggirino intorno al 2,5% dell'intera popolazione scolastica, cioè circa 200.000 alunni.

Si tratta di bambini o ragazzi il cui QI globale (quoziente intellettivo) risponde a una misura che va dai 70 agli 85 punti e non presenta elementi di specificità.

Per alcuni di loro il ritardo è legato a fattori neurobiologici ed è frequentemente in comorbilità con altri disturbi.

Per altri, si tratta soltanto di una forma lieve di difficoltà tale per cui, se adeguatamente sostenuti e indirizzati verso i percorsi scolastici più consoni alle loro caratteristiche, gli interessati potranno avere una vita normale.

Gli interventi educativi e didattici hanno come sempre ed anche in questi casi un'importanza fondamentale.

A. Luci

Efficienza Intellettiva

WISC III (6-16 a): QIT (QIV+QIP)

QI= (EM/EC)x100

Md: 100 – DS: 15

Borderline: <85

Patologia: < 70

A. Luci

Bisogni Educativi Speciali
(MIUR 27/12/2012)

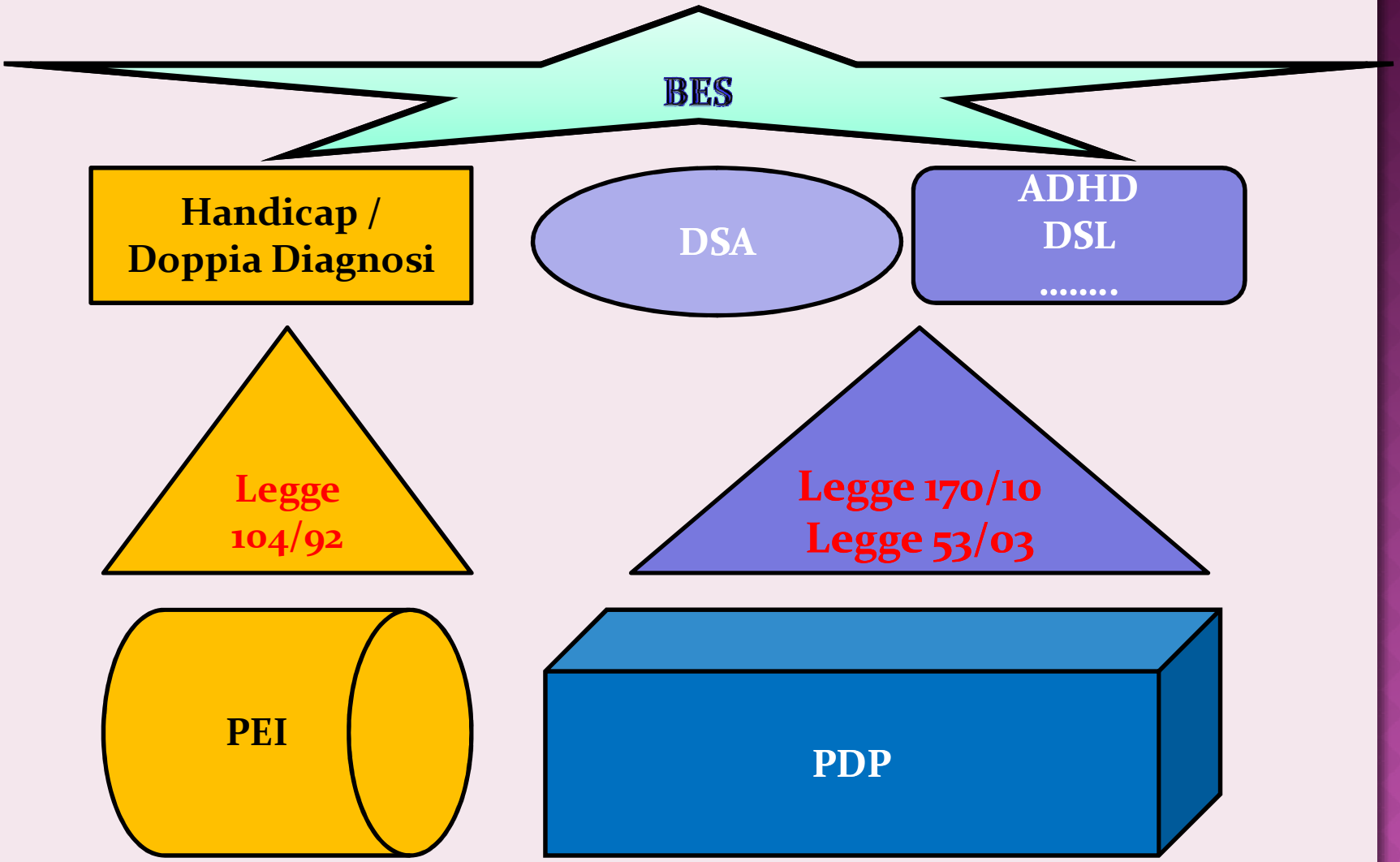
1.5 Adozione di strategie di intervento per i BES

Dalle considerazioni sopra esposte si evidenzia, in particolare, la necessità di elaborare un percorso individualizzato e personalizzato per alunni e studenti con bisogni educativi speciali, anche attraverso la redazione di un Piano Didattico Personalizzato, individuale o anche riferito a tutti i bambini della classe con BES, ma articolato, che serva come strumento di lavoro in itinere per gli insegnanti ed abbia la funzione di documentare alle famiglie le strategie di intervento programmate.

Le scuole – con determinazioni assunte dai Consigli di classe, risultanti dall'esame della documentazione clinica presentata dalle famiglie e sulla base di considerazioni di carattere psicopedagogico e didattico – possono avvalersi per tutti gli alunni con bisogni educativi speciali degli strumenti compensativi e delle misure dispensative previste dalle disposizioni attuative della Legge 170/2010 (DM 5669/2011), meglio descritte nelle allegate Linee guida.

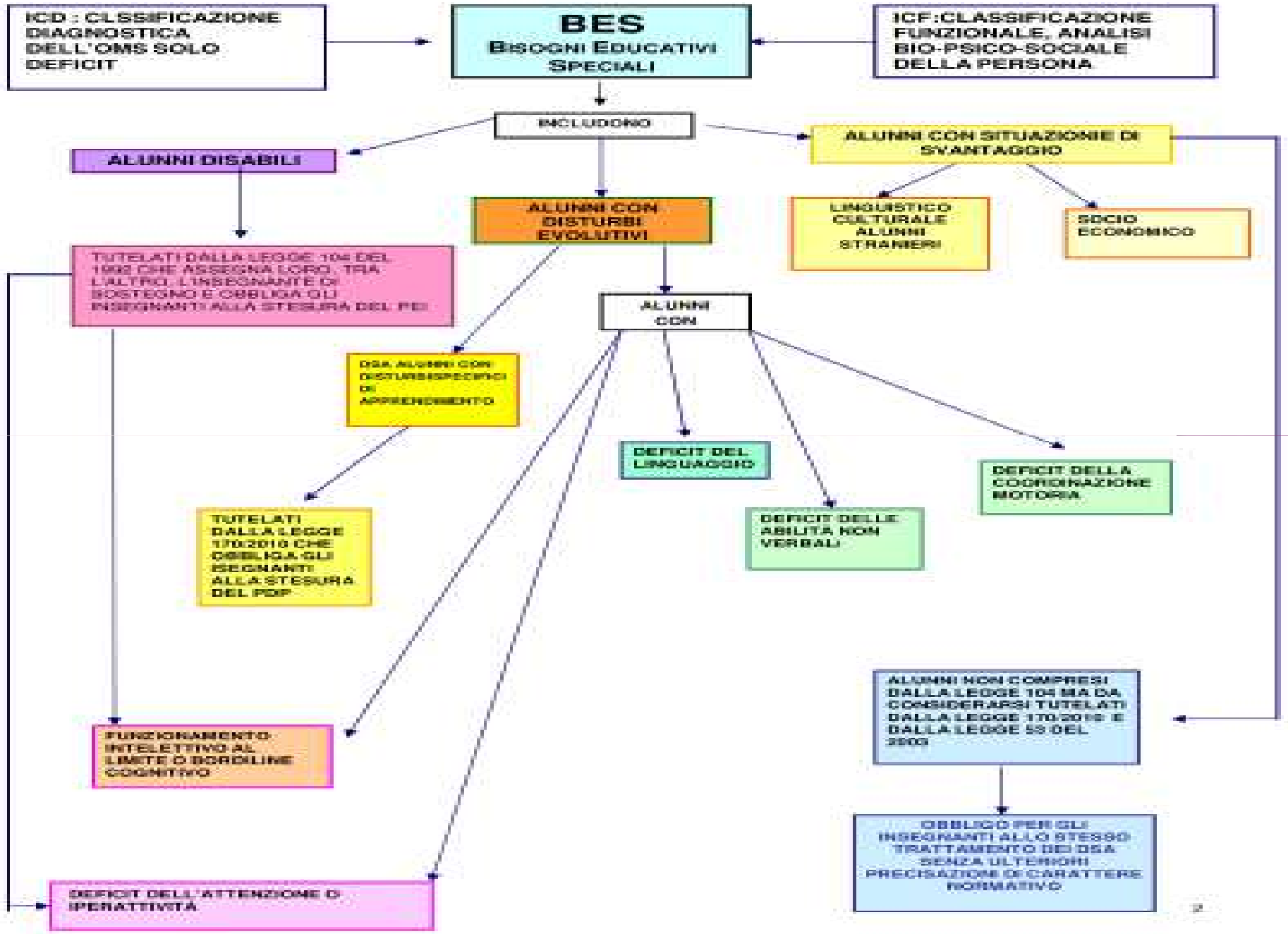
A. Luci

Diritto allo studio



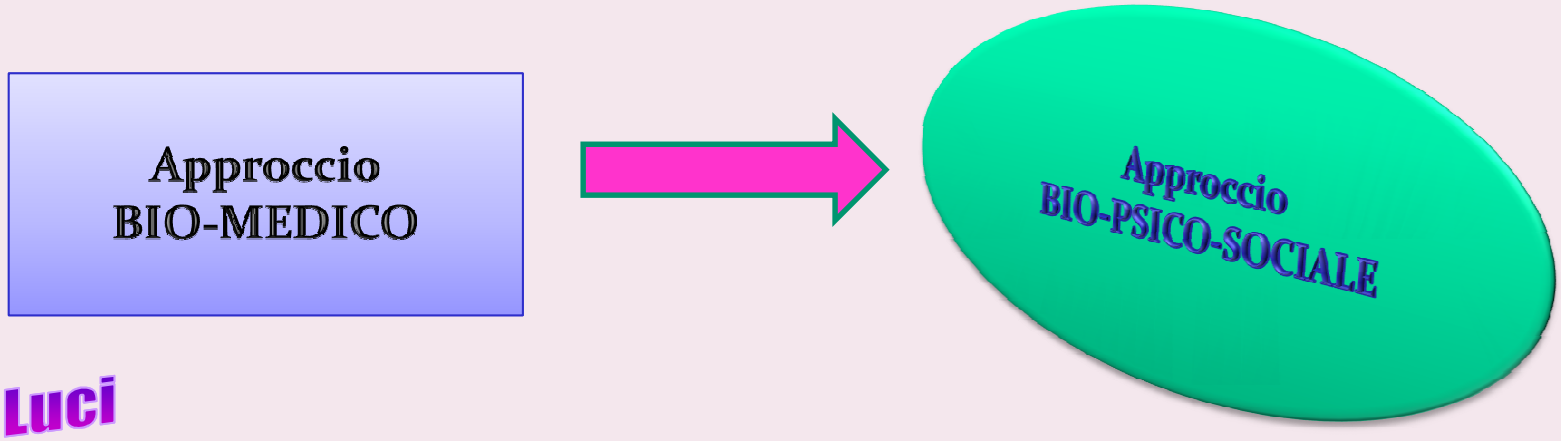
A. Luci

Da: Ex “Ennio Visca” Nettuno



BES: definizione
(Ianes, Cramerotti 2013)

Il Bisogno Educativo Speciale è qualsiasi difficoltà evolutiva, in ambito educativo e/o apprenditivo, che consiste in un funzionamento (ICF) problematico anche per il soggetto, in termini di danno, ostacolo o stigma sociale, indipendentemente dall'eziologia, e che necessita di educazione speciale individualizzata



A. Luci

Struttura concettuale ICF:
la situazione di salute di una persona è la risultante globale delle reciproche influenze tra i 7 fattori presentati
(Ianes, Macchia, Cramerotti, 2013)

1. Condizioni fisiche: dotazione biologica

- Corpo del bambino:

2. Struttura corporea
3. Funzioni corporee (mentali, motorie)
4. Azioni nel mondo:

- Capacità
- Performance

5. Partecipazione sociale ai vari ruoli (familiari, scolastici, comunitari)

- Fattori contestuali: ambiente di crescita

6. Fattori Ambientali: fattori esterni (relazioni, cultura, ambienti fisici)
7. Fattori Contestuali personali: dimensioni psicologiche (autostima, identità, motivazioni)

A. Luci