

Problemi aperti nella clinica e nella riabilitazione dei DSA

Roberta Penge
Neuropsichiatra Infantile
Università di Roma "La Sapienza"
Direttivo Nazionale AID







R. UNIVERSITÀ DI ROMA

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE
SANTE DE SANCTIS
 (P. Policlinico Umberto I°)
 DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

— 519 —

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

PATOLOGIA E DIAGNOSTICA



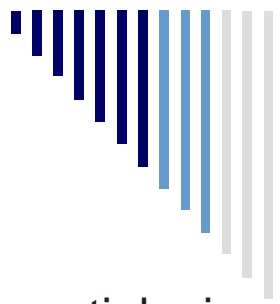
maul, ma riteniamo che essi meritino una revisione. Sono stati descritti due casi di afasia congenita anche da E. Mc. Call. 1° caso: cecità verbale congenita; bambino di 12 anni, sano, intelligente, che imparò a conoscere le singole lettere, ma non poteva leggere neppure parole semplici, copiava bene, ma non sapeva scrivere una sola parola sotto dettato. 2° caso: sordità verbale; bambino di 8 anni, che non reagiva alle parole, non era sordo; se gli si mostrava un oggetto denominandolo, egli cercava di ripetere la parola leggendo sulle labbra, ma non la poteva ripetere quando gli si presentava di nuovo l'oggetto. Anche recentemente J. E. Wallace Wallin ha trattato il tema della cecità verbale congenita, riferendo 95 casi di fanciulli incapaci d'imparare a leggere come casi di afasia visuale o dislessia (grado più leggero). Alcuni di essi erano bambini di normale sviluppo intellettuale, ed altri erano subnormali; sui 95 la media del ritardo di sviluppo era 2.2 anni di età mentale, e il quoziente d'intelligenza medio era 80.3.

Non è possibile far decisive obiezioni, quando non si son visti i casi in questione. È certo però che la connessione delle lettere in sillabe e delle sillabe in parole e la comprensione del significato delle parole lette, come altresì la connessione dei singoli toni in una sillaba o in una parola, e la percezione sintetica dei toni che è richiesta per il riconoscimento delle parole e la comprensione del loro significato, sono operazioni psichiche che trascendono di molto i confini del centro verbo-visivo o di quello verbo-acustico. Così supponiamo che non vi sia nevrologo, il quale di fronte al caso di sordità verbale del Call, non esiga una diagnosi differenziale accurata con l'audimutismo, il quale, a dir vero, non coincide del tutto col quadro della sordità verbale degli adulti. Dobbiamo riconoscere tuttavia che la questione dei fanciulli incapaci di apprendere la lettura è ancora da risolvere. L. G. Fildes (in *Brain*, 1921) ha fatto uno studio su 26 ragazzi da 9 a 16 anni (non frenastenici) e conclude dai risultati ottenuti che in questi non vi è niente che provi l'esistenza nel cervello di un c. visivo della parola; mentre gli esperimenti appoggiano la teoria che la cecità verbale sia l'aspetto di una deficienza più generale, quantunque in sé specifica. Abbiamo seguiti tre casi di bambini i quali non potevano imparare la lettura quantunque comprendessero bene il significato delle parole e non avessero paralisi; ma si trattava di bambini o epilettici o frenastenici gravi.

MCMXXV

CASA EDITRICE ALBERTO STOCK
 ROMA

VIA ENNIO QUIRINO VISCONTI, 13



Livelli di causalità nei DS

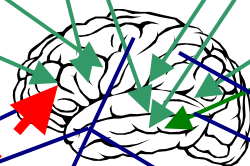
(Bishop, Snowling, 2004)



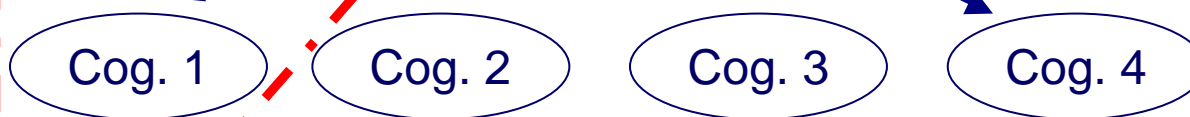
etiologia



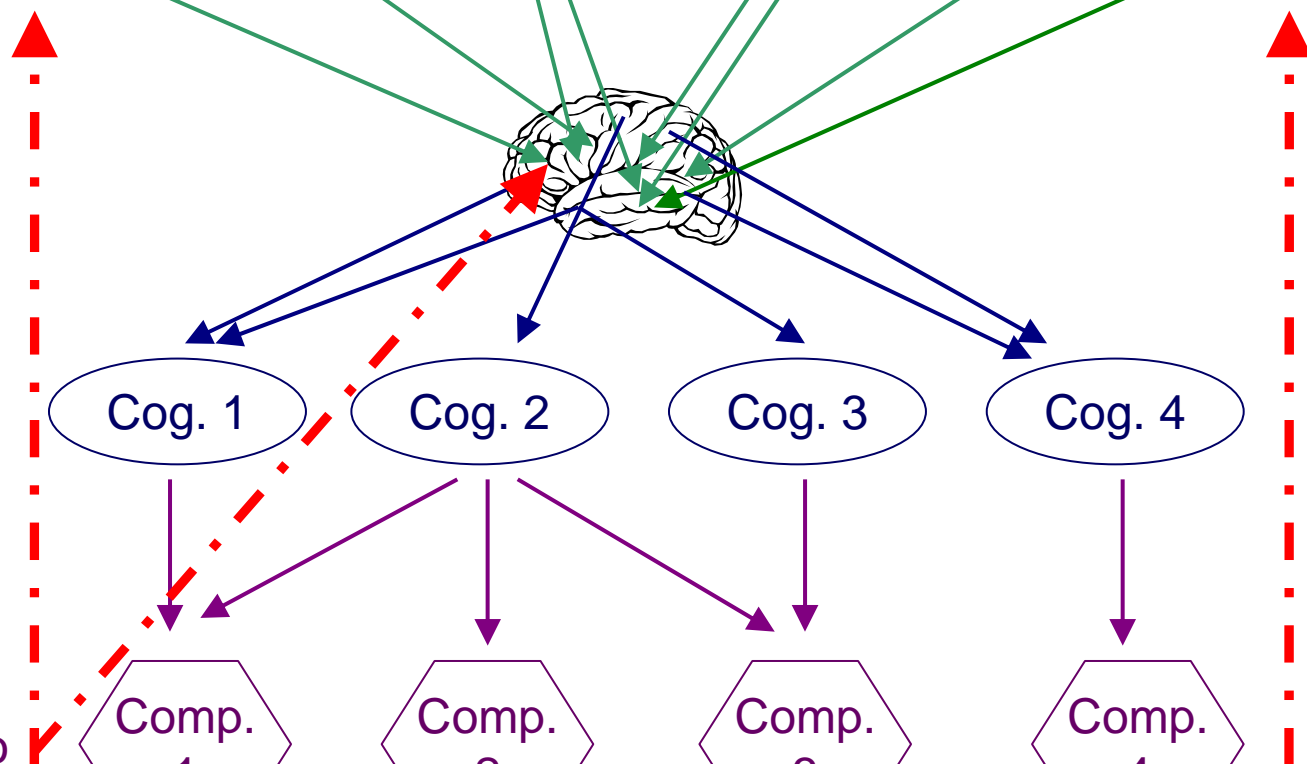
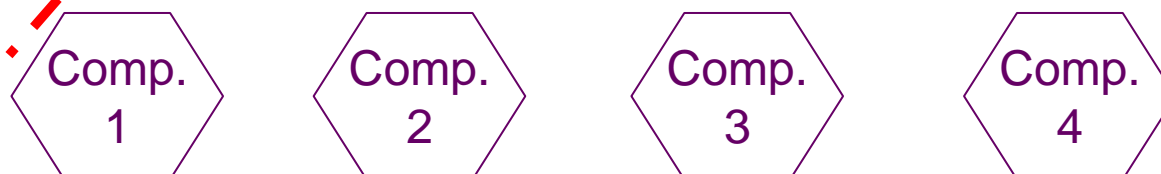
neurobiologia

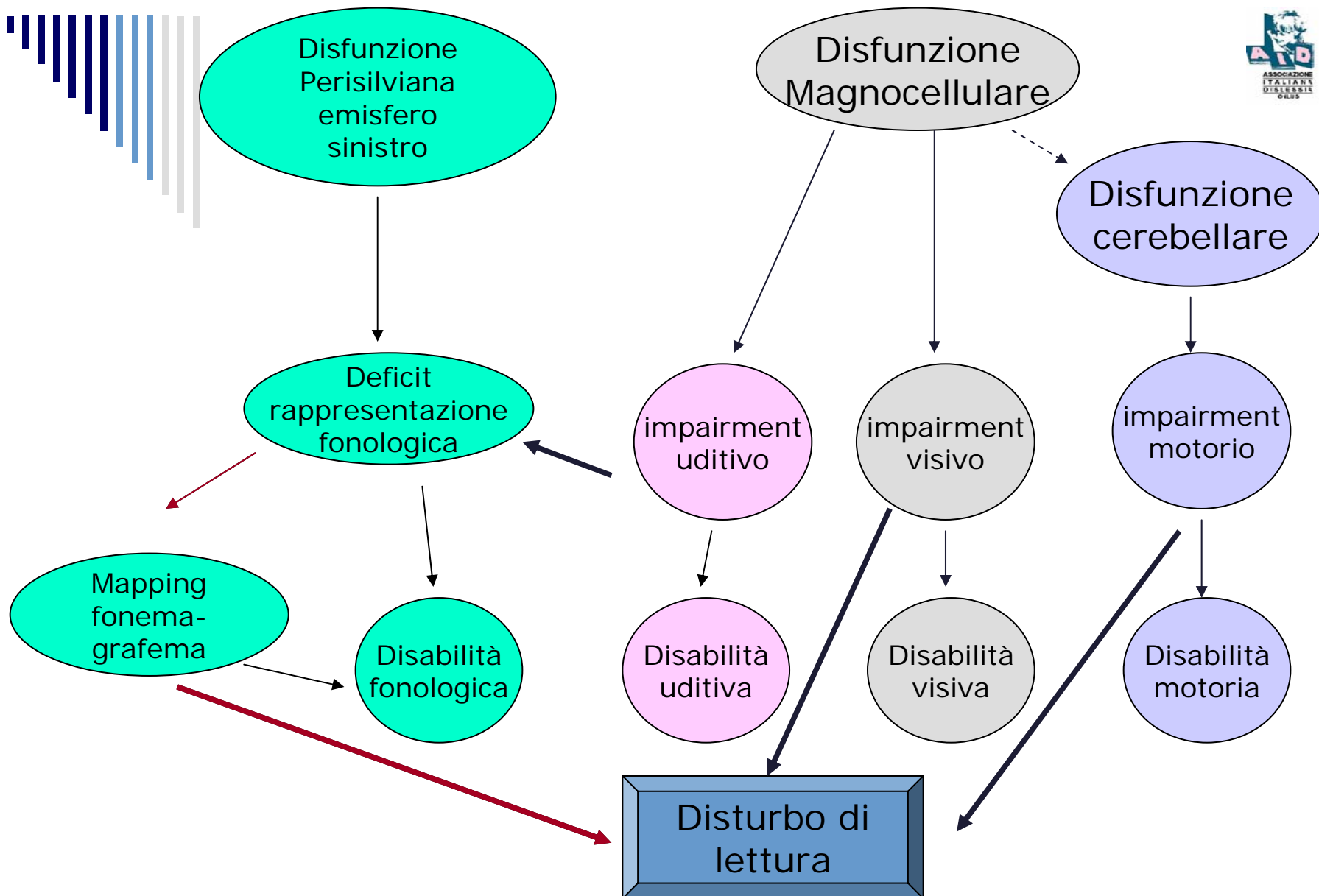
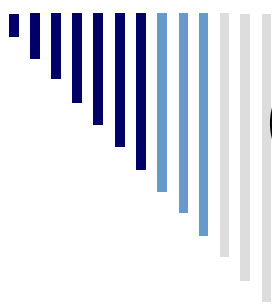


cognizione



comportamento



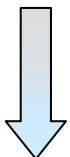


Protocollo diagnostico

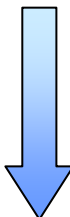
Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento - Consensus Conference



Orientamento
diagnostico



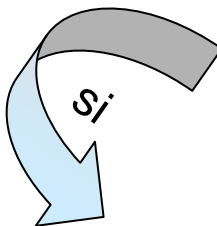
Diagnosi
nosografica



Diagnosi
funzionale

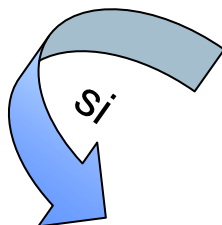
Criteri diagnostici di inclusione:

- Discrepanza tra abilità specifiche e intelligenze generale;
- Lettura, Scrittura, Sistema dei numeri e del Calcolo



Criteri diagnostici di esclusione:

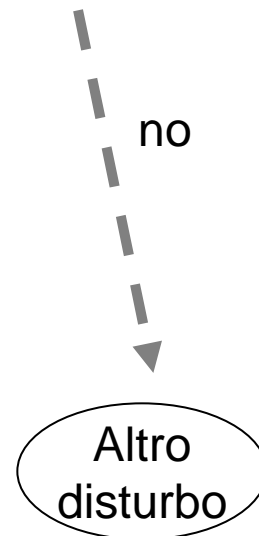
- Disturbi Sensoriali o Neurologici
- Disturbi Cognitivi
- Disturbi Psicopatologici
- Inadeguato ambiente di apprendimento



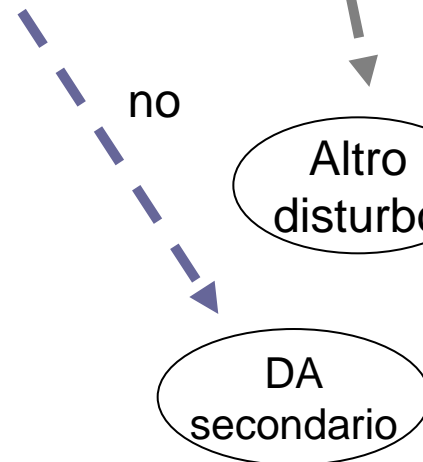
Profilo clinico-funzionale:

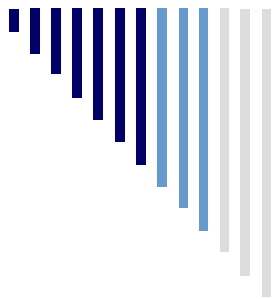
- Competenze neuropsicologiche correlate con le abilità specifiche
- Caratteristiche emotive e relazionali personali
- Fattori ambientali
- Ripercussioni sull'apprendimento scolastico
- Co-occorrenza di altri disturbi di sviluppo
- Co-occorrenza di disturbi psicopatologici

no

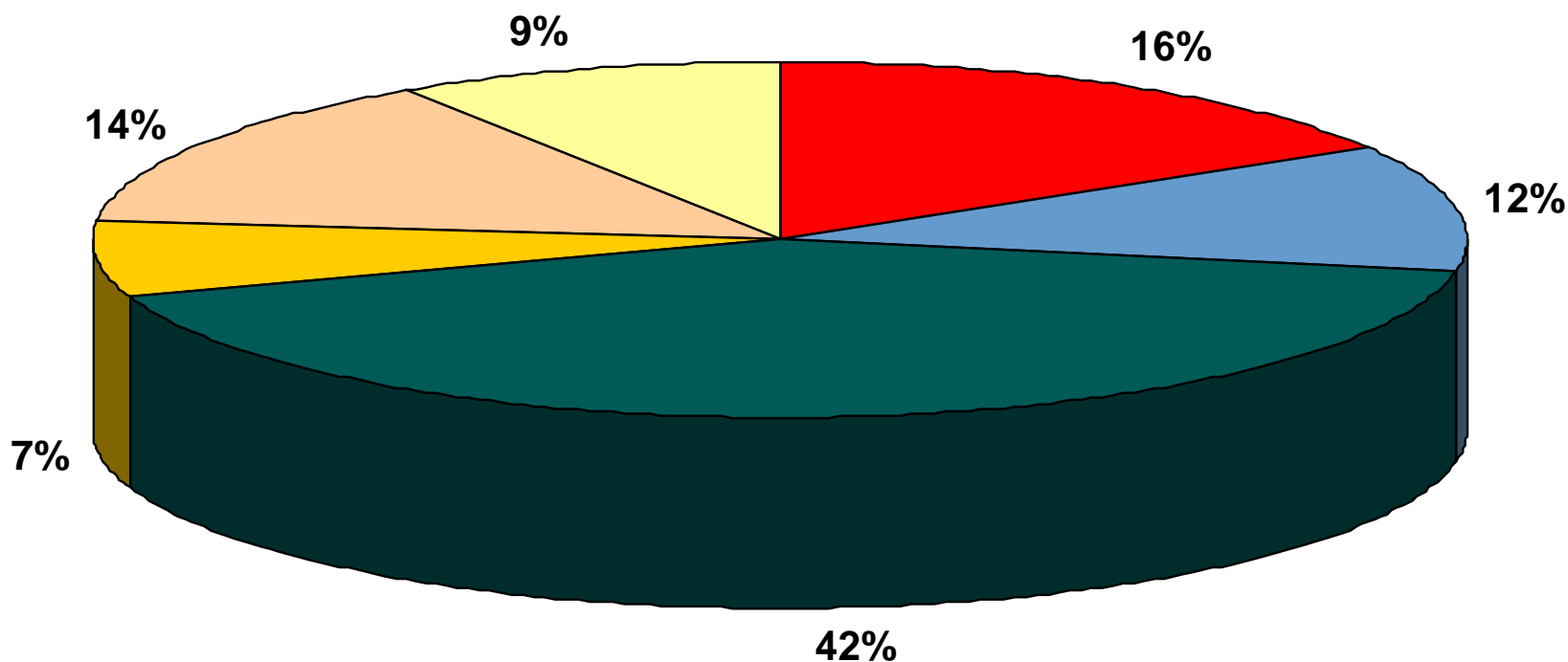


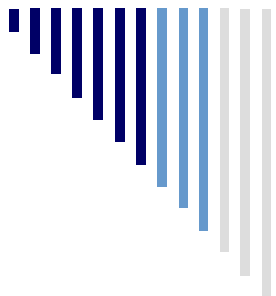
no



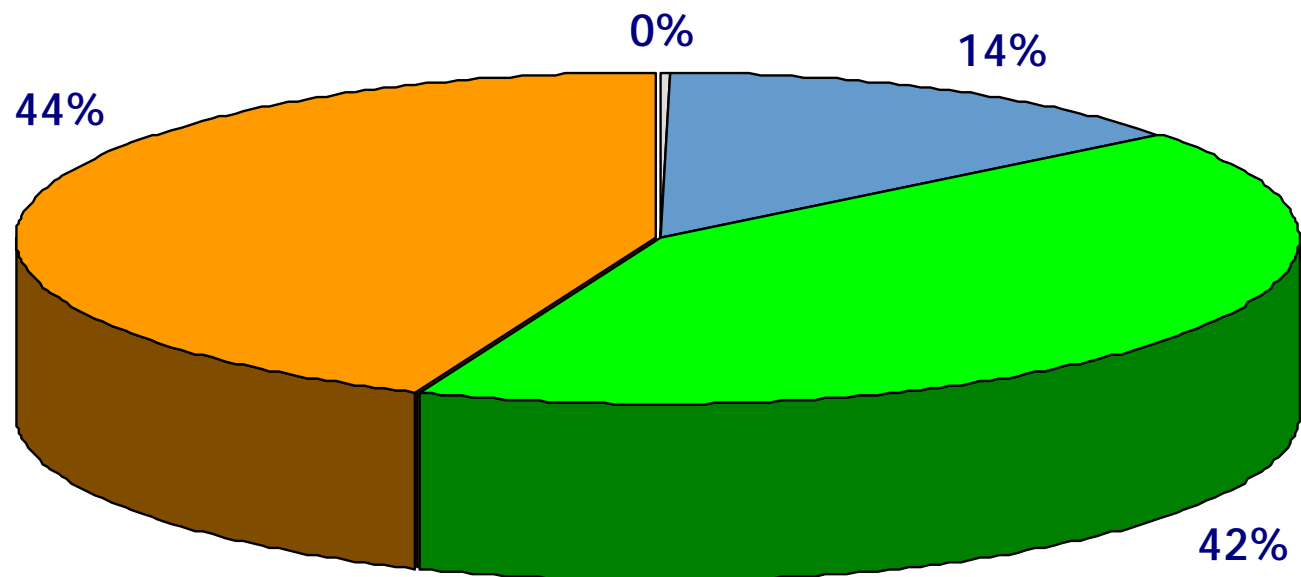
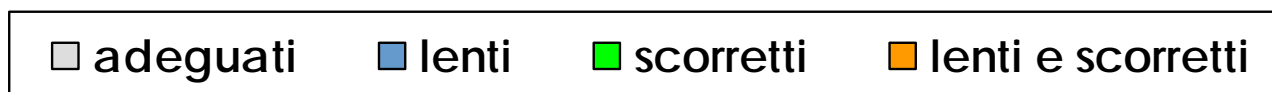


Difficoltà di Lettura e di Scrittura nei DSA

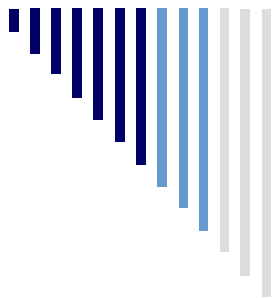




Rapporto tra Rapidità e Correttezza



(n=50; III el -III me)

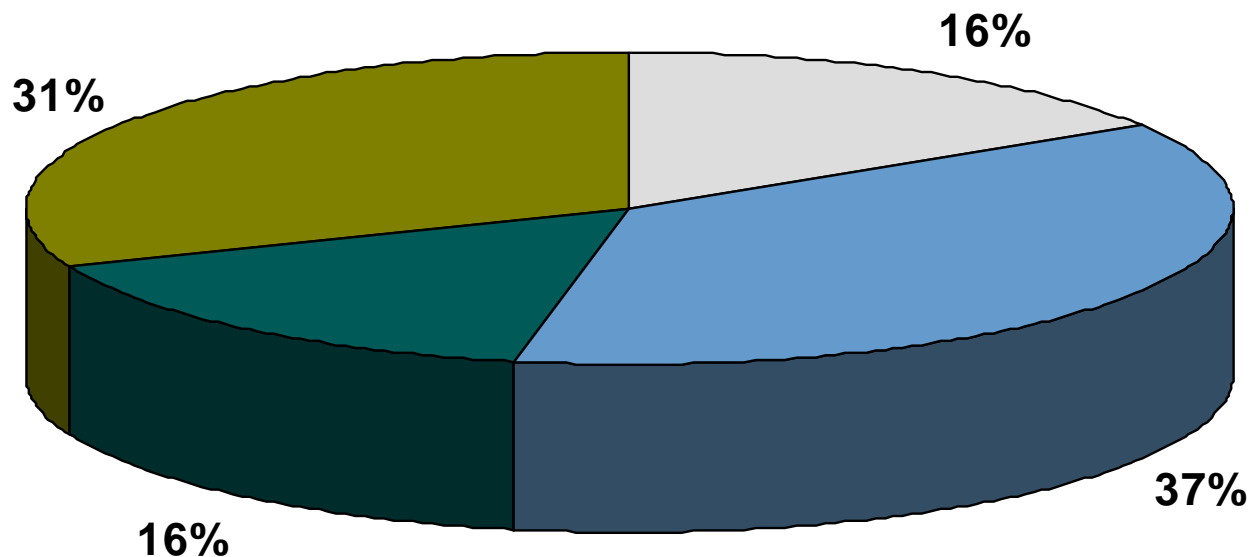


Le prestazioni non sono omogenee tra le diverse prove:

- In **lettura** la correttezza nelle **non parole e nel brano** appaiono le prestazioni più frequentemente compromesse;
- Le frasi **con omofone (competenza ortografica)** appaiono generalmente meno compromesse;
- In **scrittura le parole** hanno una prestazione peggiore delle non parole;
- La **comprensione** della lettura è la competenza meno compromessa

Profili neuropsicologici dei DSA

■ Metafon ■ Ling ■ Dispr ■ Misti





La variabilità riscontrata può essere determinata da:



- Caratteristiche psicometriche degli strumenti diagnostici
- Decisione dei criteri e dei cut-off diagnostici
- **Variazioni nel tempo dei rapporti tra competenze**
- **Sindrome e non disturbo unitario:**
 - **Meccanismo patogenetico comune -> espressività diversa**
 - **Diversi meccanismi patogenetici -> fenotipo comportamentale comune, fenotipo cognitivo differente**



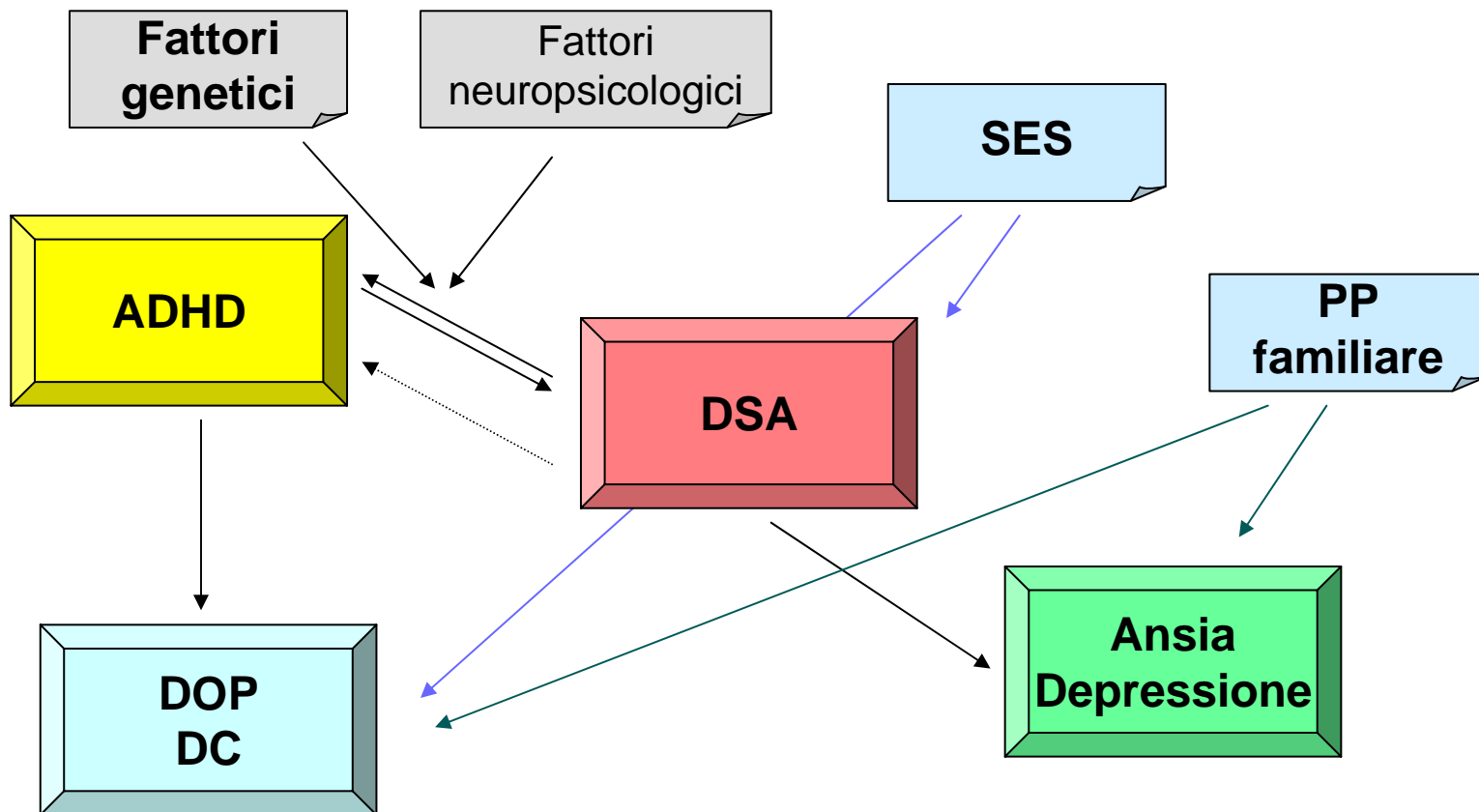
La comorbidità psicopatologica

A partire dal lavoro di Rutter (1974) è stata rilevata una comorbidità tra DSA e:

- ADHD (sottotipo attentivo)
- Disturbi della Condotta e D. Oppositivo Provocatori
- Disturbi d'Ansia (generalizzata e specifica)
- Disturbi Depressivi (distimici)

L'entità della comorbidità riportata è variabile e sembra essere anche mediata dal sesso e dall'età

Relazioni di comorbidità per i DSA





La prevenzione dei DSA

I dati di letteratura 1.

- Esiste una **correlazione** certa tra competenze metafonologiche e livello di lettura;
- Le due competenze si modificano a vicenda;
- Un intervento sulle competenze metafonologiche migliora il successivo livello di lettura in molti soggetti, ma non in tutti;

I dati di letteratura 2.

- Nei soggetti a rischio (per familiarità o per basse competenze metafonologiche) un intervento mirato:
 - Riduce il gap rispetto ai controlli
 - Riduce la prevalenza di DSA successivi
 - Non elimina del tutto il DSA
- Un DSA può comparire nei soggetti non a rischio;



I dati di letteratura 3.

Nessuna ricerca è riuscita ad individuare con certezza i singoli soggetti che svilupperanno in seguito un DSA

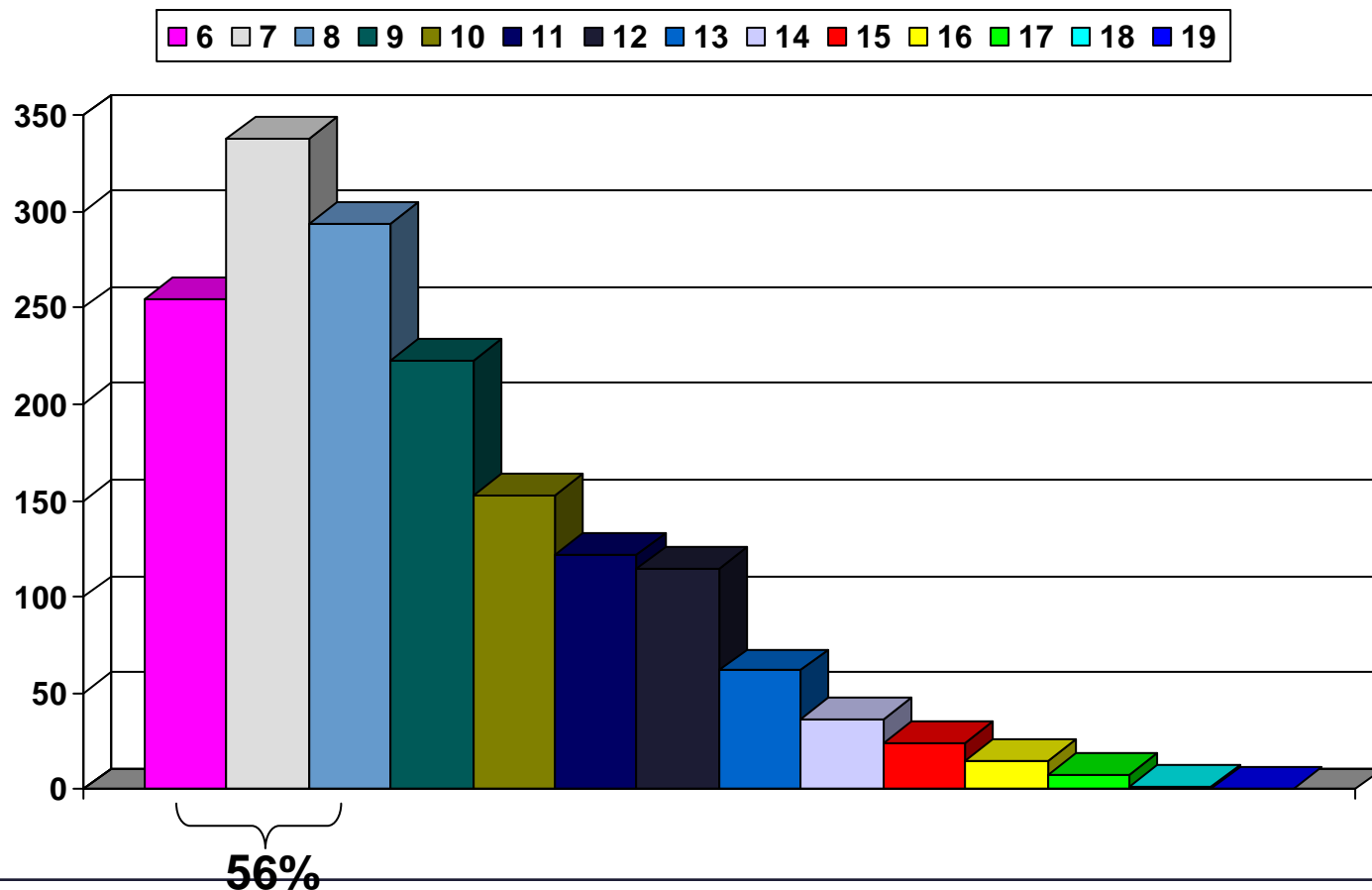
In età pre-scolare:

- E' utile attivare screening di rilevazione degli indici di rischio per DSA,
- ma**
- un intervento clinico e/o individuale è inopportuno.
- Un intervento didattico è sicuramente possibile
- e**
- molto probabilmente efficace



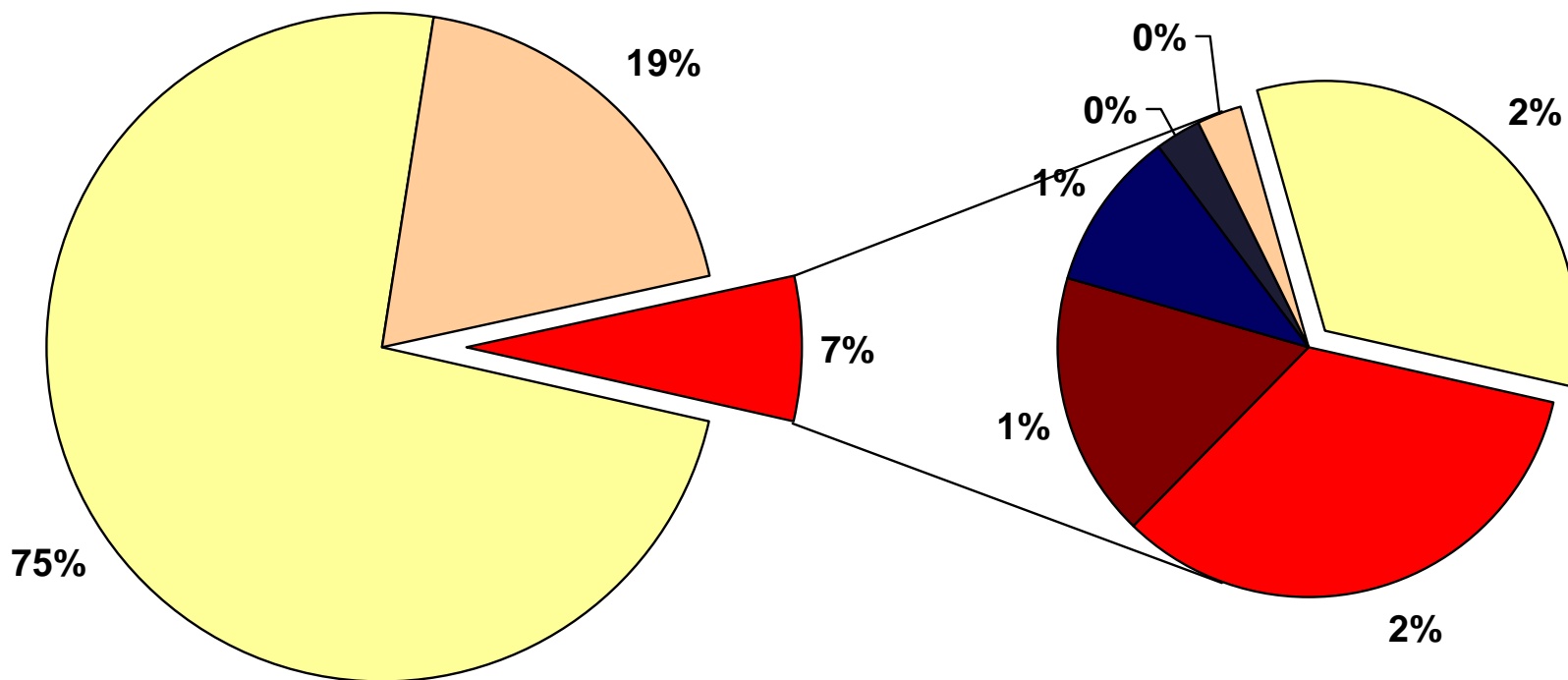
La diagnosi precoce dei DSA

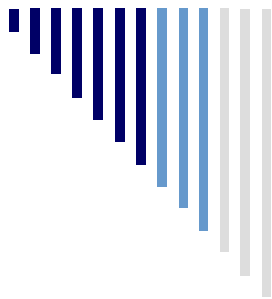
Età I visita (1749 soggetti, anni 2000-2007)



Gli screening (Sco.Le.Di. Toscana)

norm
 ris gen
 disl
 disort
 bord
 rml
 rit lett
 norm



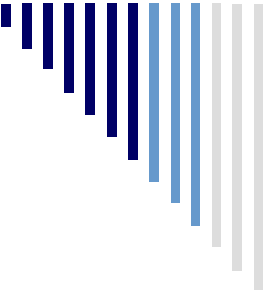


Al termine del primo anno devono essere segnalati i bambini che presentano:



- difficoltà nell'associazione grafema-fonema e/o fonema-grafema;
- mancato raggiungimento del controllo sillabico in lettura e scrittura;
- eccessiva lentezza nella lettura e scrittura;
- incapacità a produrre le lettere in stampato maiuscolo in modo riconoscibile.

Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento - Consensus Conference

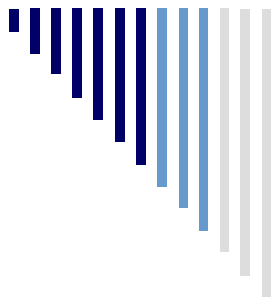


E' necessario segnalare un bambino che alla fine della II elementare:

- *Legge ancora per parole;*
 - *Compie errori fonologici in lettura e scrittura;*
 - *Non sa staccare correttamente le parole;*
 - *Non sa ripetere quello che ha letto.*
-



L'intervento riabilitativo



I dati della letteratura internazionale 1.



- Un intervento sul processamento fonologico è efficace nelle prime fasi del disturbo
- soprattutto se associato ad un intervento diretto ed esplicito sulla decodifica;
- Un intervento diretto sull'abilità (skills) di riconoscimento parole è efficace per la decodifica,
- l'aggiunta di un intervento sulle strategie lo rende efficace anche per la comprensione.

I dati di letteratura internazionale 2.

- La lettura di parole isolate risente più facilmente dell'intervento rispetto alla lettura del testo;
- L'intervento contemporaneo su parole isolate e su testi aumenta l'efficacia dell'intervento;
- La consapevolezza fonologica è un fattore necessario, ma non sufficiente per l'apprendimento della lettura.
- I trattamenti che non fanno riferimento alla consapevolezza fonologica ed ai suoi rapporti con la lettura appaiono generalmente meno efficaci.



In generale appaiono più efficaci:

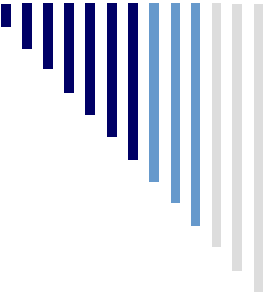
- Interventi multicomponentziali
- Che prevedano difficoltà crescenti
- Che utilizzino contemporaneamente “allenamento” e attivazione di strategie

I DATI ITALIANI

1. Tressoldi, Lonciari, Vio (2000) Treatment of Specific Developmental Reading Disorders derived form Single- And Dual-Route Models. JLD, 33,3: 278-285
2. Judica, Zoccolotti et al. (2002) Training of Developmental Surface dyslexia improves reading performance and shortens eye fixation duration in reading. Neuropsychol. Rehabil. 12,3: 177-197
3. Tressoldi, Vio, Lorusso et al. (2003) Confronto di efficacia ed efficienza tra trattamenti per il miglioramento della lettura in soggetti dislessici Psicologia Clinica dello Sviluppo, 7,3:481-493
4. Facoetti, Lorusso et al. (2003) The role of visuospatial attention in developmental dyslexia: evidence from a rehabilitation study. Cognitive Brain Research, 15:154-164
5. Lorusso, Facoetti, Molteni (2004) Hemispheric, attentional, and processing speed factors in the treatment of developmental dyslexia. Brain and Cognition 55:341-348
6. Stella, Saracino. Analisi dell'efficacia di un programma sperimentale di rieducazione della dislessia attraverso un potenziamento lessicale

I “Metodi” per la riabilitazione dei DSA: ipotesi e strumenti

- Form Resolved Field (Geiger-Lettwin)
 - Decentramento campo
 - Tachistoscopio + coord. oculomanuale
- Balance Model (Bakker)
 - Squilibrio emisferico
 - Tachistoscopio emisfero-specifico
- Metodo Davis (Davis-Piccoli)
 - Focus attentivo centrale
 - Percezione visiva, discriminazione spaziale
- Automatizzazione
 - Deficit automatizzazione lettura (due vie/ una via, sublessicale, lessicale)
 - Tachistoscopio, scansione, riconoscimento, lettura ripetuta
- **Intervento linguistico (logopedico) generico (tradizionale)**
 - **Non esplicita**
 - **Variabili e non strutturati**

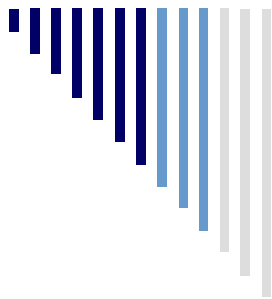


Esistono FINALMENTE dati confrontabili sull'efficacia del trattamento per i DSA di lingua italiana, **MA** ..

- L'efficacia è in genere ottenuta per la rapidità e non per la correttezza;
- L'efficacia è diversa (e variabile) sulla lettura di parole, non parole e testi;
- L'efficacia non appare in relazione con le variabili di partenza (imprevedibilità degli effetti nei singoli soggetti)

Inoltre:

- Nessun trattamento fa riferimento al modello linguistico-metafonologico del DSA;
- Le caratteristiche del campione non sono sempre sufficientemente riportate;
- Il range di età è generalmente molto ampio;
- I diversi interventi sembrano condividere numerosi aspetti operativi;
- L'intervento "tradizionale", agendo su più ambiti ed essendo adattato al soggetto, costituisce un controllo "spurio".



E' necessario replicare le ricerche già pubblicate:

- Scegliendo fasce d'età più ristrette;
- Definendo le caratteristiche del DSA;
- Ricercando gli indici predittivi di sensibilità ai diversi trattamenti
- Verificando il mantenimento dell'effetto nel tempo;
- Sperimentando anche interventi basati sul modello linguistico (processamento fonologico);



Il DSA non è solo un disturbo di lettura

- Sono necessari interventi efficaci anche sulla scrittura;
- Sono spesso necessari interventi sul controllo del testo;
- E' necessario trattare i anche problemi neuropsicologici che sostengono il disturbo

Il DSA è un Disturbo di Sviluppo

- La sensibilità al trattamento varia con età;
- Esistono finestre terapeutiche sensibili per le singole componenti;
- Il prolungamento dell'intervento non ne garantisce l'efficacia



Variabili per la valutazione della necessità/opportunità di intervento riabilitativo:

- entità del disturbo
 - criterio di urgenza ad età inferiori, di inutilità in età avanzata
- età cronologica
 - inizio entro i 7,6 anni, dai 9,6 sull'uso del testo scritto, termine entro gli 11-12 anni
- organizzazione cognitiva e neuropsicologica
 - definisce la modalità dell'intervento
- organizzazione affettiva e comorbidità
 - può costituire un criterio di urgenza o una controindicazione

*il verbo leggere,
come il verbo amare
ed il verbo sognare,
non sopporta
l'imperativo*

