

# Allenare la lettura migliora lettura... e il benessere scolastico?

*Paola Zanchi* (Università di Milano Bicocca)

*Valentina Tobia* (Università di Milano Bicocca)

*Laura Dentella* (Centro per l'età evolutiva Bergamo)

*Giampiero Chessa* (Unopia San Donà di Piave – Ve)

*Claudio Vio* (Unopia San Donà di Piave – Ve)

*Silvia Pesenti* (Centro per l'età evolutiva Bergamo)

*Gian Marco Marzocchi* (Università di Milano Bicocca)

Il Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) è una difficoltà evolutiva che ha delle forti ripercussioni non solo sugli apprendimenti scolastici, ma su molti ambiti di vita del bambino. Il presente lavoro ha indagato gli effetti di un intervento di tipo integrato (trattamento neuropsicologico e supporto a genitori e insegnanti) sulle performance di lettura e sul benessere scolastico di un campione di bambini italiani con diagnosi di dislessia e sul benessere dei loro genitori ed insegnanti. I risultati hanno evidenziato dei miglioramenti nella performance di lettura dei bambini e nel benessere dei soli genitori. I dati verranno discussi sulla base delle caratteristiche dei partecipanti e della metodologia utilizzata.

## 1. Introduzione

Il Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA), come è noto, viene definito per la presenza di performance in lettura, scrittura e/o calcolo significativamente inferiori a quanto atteso per l'età e per il livello di scolarità (ICD-10, World Health Organization, 1992; DSM-5, American Psychiatric Association, 2013). Ciò che accomuna le diverse teorie volte a spiegare l'origine dei DSA è l'evidenza della loro base neurobiologica (Habib, 2000; Scerri e Schulte-Körne, 2010). A seconda del profilo di funzionamento neuropsicologico del bambino e delle principali difficoltà mostrate in ambito scolastico, viene costruito il percorso di terapia, volto generalmente al potenziamento delle abilità e/o alla compensazione delle difficoltà; ad esempio, se il sintomo principale di un bambino dislessico è la lentezza in lettura, l'intervento potrà essere mirato ad un aumento della velocità nei tempi di lettura.

La presenza di un DSA non gioca però solo un ruolo fondamentale sugli apprendimenti scolastici e sul successo accademico, ma influenza diversi ambiti di vita del bambino. Diversi studi si sono occupati di indagare quali sono gli effetti psicosociali ed emotivi del DSA (per una rassegna si veda ad esempio Mugnaini, Chelazzi e Romagnoli, 2008; Picasso e Marzocchi, 2017): i bambini con DSA sono generalmente caratterizzati da un'autostima scolastica più bassa rispetto ai pari (Harter, Whitesell e Junkin, 1998), si sentono meno supportati emotivamente e provano più ansia (Hall, Spruill e Webster, 2002), tendono a sentirsi meno responsabili del proprio apprendimento e a mostrare uno stile attributivo in base al quale le ragioni del proprio insuccesso scolastico non sono controllabili (il bambino si sente impotente, smette quindi di impegnarsi e sviluppa un concetto di sé più negativo; Tabassam e Grainger, 2002). Esisterebbe inoltre una maggiore predisposizione dei bambini ed adolescenti con DSA a sviluppare disturbi esternalizzanti ed ansia generalizzata (Carroll, Maughan, Goodman e Meltzer, 2005). I ragazzi con difficoltà di apprendimento manifesterebbero inoltre nel 75% dei casi difficoltà nelle abilità sociali, sia considerando il giudizio espresso dagli insegnanti che le autovalutazioni dei ragazzi stessi (Kavale e Forness, 1996). Quest'ultimo dato non ha però trovato conferma in uno studio successivo condotto da Ingesson (2007), secondo il quale i bambini con DSA vivono i primi anni di scuola con la sensazione di essere differenti, inferiori e stupidi, ma non ritengono che le difficoltà scolastiche abbiano influenzato le loro relazioni ed amicizie.

Le difficoltà psicosociali correlate alla dislessia non si esauriscono con la fine del percorso scolastico, ma sembrano accompagnare l'individuo anche nel corso dell'età adulta. McNulty (2003), in uno studio condotto analizzando le narrative di 12 adulti diagnosticati durante gli anni di scuola primaria, ha evidenziato quattro possibili «epiloghi» delle difficoltà di apprendimento in età adulta: 1. Il tentativo di compensazione, in cui permangono le difficoltà inerenti il disturbo; i soggetti hanno problemi con il loro lavoro o con la loro vita privata simili a quelli vissuti durante gli anni di scuola. Questi fallimenti continuano ad influenzare la loro autostima e portano come risultato ad un senso di insicurezza anche in età adulta. 2. Compensazione alternativa, il soggetto ha trovato una nicchia di competenza in un'area non influenzata dalla difficoltà di apprendimento. Questi soggetti si sentono sicuri nella loro area di *expertise*, ma non sicuri rispetto alla loro intelligenza generale, a causa della storia di difficoltà di apprendimento. 3. «Overcompensazione», ossia la scoperta di una nicchia in cui il soggetto è particolarmente dotato e cerca di compensare le passate esperienze di fallimento con i successi dell'età adulta. 4. Compensazione, caratterizzata da un graduale successo nell'adattamento nelle

## Allenare la lettura migliora lettura... e il benessere scolastico?

aree di difficoltà a scuola e nel lavoro nel corso della vita. Questi soggetti hanno compensato le difficoltà con successo a scuola e hanno ottenuto titoli scolastici maggiormente in linea con la loro intelligenza generale. In un'indagine condotta in Italia, Pizzoli e collaboratori (2011), intervistando giovani adulti con diagnosi di DSA, hanno sottolineato come l'impatto che il disturbo genera nella sfera cognitiva ed emotiva dell'individuo sia in relazione a diversi fattori, come una diagnosi precoce, fattore protettivo che permette delle scelte migliori in campo scolastico e professionale, e una conoscenza chiara e condivisa delle difficoltà da parte di genitori ed insegnanti, fondamentale per il funzionamento scolastico del soggetto e per il potenziamento delle sue abilità in tutti i contesti di vita.

La presenza di un DSA ha delle implicazioni importanti anche sul sistema familiare del bambino, in particolare sulle figure genitoriali. Bonifacci e colleghi (Bonifacci, Storti, Tobia e Suardi, 2016), confrontando le risposte a questionari standardizzati di genitori di bambini con DSA con quelle di genitori di bambini a sviluppo tipico, hanno trovato come i primi mostrino livelli di ansia più elevati e stili genitoriali maggiormente caratterizzati da lassismo o rigidità rispetto al gruppo di controllo.

Tobia e Marzocchi (2011) hanno individuato maggiori vissuti di stress, ansia, preoccupazione nei genitori di figli con DSA, rispetto ai controlli, e una peggiore valutazione del rapporto scuola-famiglia. La relazione scuola-famiglia migliorava però per i genitori di bambini con DSA che avevano preso parte a un percorso di intervento negli anni precedenti.

Nonostante la riconosciuta importanza di un approccio multifattoriale nella presa in carico di soggetti con DSA, che prenda in considerazione non solo gli aspetti strettamente inerenti alla riabilitazione degli apprendimenti, ma anche il benessere emotivo del bambino e della sua famiglia (si veda ad esempio Palombo, 2001), la quasi totalità degli studi riguardanti il trattamento della dislessia evolutiva si è concentrata solo sul primo di questi due aspetti, e cioè su quale sia o quali siano le tecniche di riabilitazione delle abilità strumentali maggiormente efficaci ed efficienti (Galuschka, Ise, Krick e Schulte-Körne, 2014; Tressoldi e Vio, 2011). Accanto a questi, altri studi, non numerosi come i precedenti, hanno preso in esame trattamenti che agiscono sulle variabili emotivo-relazionali legate ai DSA, ma non su quelle neuropsicologiche (Kavale e Mostert, 2004; Shechtman e Pastor, 2005). In uno di questi, Leichtentritt e Shechtman (2010) hanno mostrato come bambini con DSA trattati rispetto alle loro difficoltà comportamentali e sociali ottengano anche un miglioramento significativo nei voti scolastici.

A nostra conoscenza, non sono presenti in letteratura ricerche che prendano in considerazione gli esiti di interventi che comprendono sia un trattamento neuropsicologico che un lavoro di rete con le figure coinvolte

nella cura del bambino (clinico, genitori ed insegnanti), valutando quindi gli esiti non solo in termini di cambiamenti nella prestazione, ad esempio in lettura, ma anche nel benessere percepito da parte delle figure coinvolte.

## **2. Obiettivi**

L'obiettivo di questa ricerca è quello di valutare gli esiti di un intervento integrato per i DSA che preveda, oltre ad un trattamento specifico per le difficoltà di lettura, un lavoro di rete che coinvolga direttamente, il bambino, la famiglia e gli insegnanti. Con intervento integrato, rifacendoci al lavoro di Marzocchi e Centro per l'Età Evolutiva (2011), intendiamo un processo in cui gli interventi effettuati sono tra loro coordinati e condividono il comune obiettivo del miglioramento della qualità della vita del bambino. Tale intervento non può prescindere dal considerare tutti i contesti in cui il bambino è inserito, in particolare la famiglia e la scuola, e le relazioni fra di essi. L'intervento integrato agisce su più livelli e conferisce un ruolo attivo a tutte le persone coinvolte (non solo il clinico e il bambino, ma anche insegnanti e genitori), facendosi carico di un problema che non si limita ad esempio alla lentezza in lettura, ma coinvolge diversi aspetti della vita del bambino.

Si mira quindi, in questo studio, ad andare oltre la valutazione dei miglioramenti della prestazione (ad esempio, velocità e correttezza in lettura), prendendo in considerazione anche i cambiamenti che il trattamento porta nel senso di benessere percepito da parte di tutte le parti coinvolte. L'ipotesi è che la presa in carico integrata, che lavora con un trattamento neuropsicologico ponendo anche attenzione alla rete bambino-genitori-insegnanti, porti ad un miglioramento nel benessere degli studenti coinvolti, secondo la loro percezione soggettiva e dal punto di vista dei loro genitori e insegnanti. Questa ipotesi è basata sulla letteratura che individua un legame tra le difficoltà d'apprendimento e quelle di natura psico-sociale (es., Romagnoli *et al.*, 2008): ci aspettiamo che un miglioramento in un dominio, quello degli apprendimenti, sia accompagnato da un miglioramento anche nell'altro, operazionalizzato in questo studio dal costrutto di benessere scolastico. Inoltre, ipotizziamo un miglioramento nel benessere soggettivo dei genitori e degli insegnanti dei bambini coinvolti nel trattamento, considerando risultati passati che hanno riscontrato l'influenza che le difficoltà d'apprendimento in età scolare possono avere sulle figure adulte direttamente coinvolte nella vita scolastica dei bambini, in particolare insegnanti e genitori (Bonifacci *et al.*, 2016; Chang, 2009).

## Allenare la lettura migliora lettura... e il benessere scolastico?

TAB. 1. Dati dei singoli partecipanti allo studio: codice identificativo (ID), genere (F = femmina; M = maschio), età (anni; mesi), classe (s.p. = scuola primaria; s.s. = scuola secondaria di I grado), QI totale

ID	GENERE	ETÀ	CLASSE	QI
1	F	9;05	IV s.p.	109
2	M	8;02	III s.p.	102
3	F	8;01	II s.p.	102
4	M	8;09	II s.p.	98
5	M	7;10	II s.p.	85
6	M	7;10	III s.p.	92
7	M	9;01	IV s.p.	90
8	M	10;01	V s.p.	87
9	M	8;00	III s.p.	120
10	M	10;04	IV s.p.	105
11	M	8;11	III s.p.	117
12	M	7;04	II s.p.	110
13	M	8;03	III s.p.	112
14	F	8;09	III s.p.	100
15	F	8;05	III s.p.	100
16	M	12;01	I s.s.	117

### 3. Metodo

#### 3.1. Partecipanti

I partecipanti allo studio sono 16 bambini (25% femmine) con diagnosi di Dislessia (codice ICD: F81.0). Tutti i bambini presentano un quoziente intellettivo (QI) totale  $\geq 85$ ; il QI medio del campione è 102.80 (DS = 10.96). I criteri psicometrici di inclusione per la diagnosi di Dislessia è una prestazione di lettura inferiore a  $-1,5$  DS al Brano MT di Cornoldi e Colpo (1998) (rapidità o correttezza) e inferiore a  $-2.00$  DS alle liste di parole o non parole della batteria DDE-2 (Job, Sartori e Tressoldi, 2007) (rapidità o correttezza). I criteri di esclusione sono la presenza di comorbilità con un altro Disturbo Specifico di Apprendimento (Disortografia o Discalculia) ADHD, Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbo della Condotta, Disturbi d'Ansia, Disturbi dell'Umore, Stato Cognitivo Limite, oppure una disabilità riconosciuta dalla legge 104/92.

Metà dei bambini coinvolti hanno svolto il trattamento presso il Centro per l'Età Evolutiva di Bergamo, mentre l'altra metà provengono dall'Unità Operativa Complessa di Neuropsicopatologia dello Sviluppo di San Donà di Piave (Venezia). L'età media del campione è di 8;9 anni  $\pm 1;2$  (anni; mesi); 4 bambini frequentano la II classe della scuola prima-

ria, 7 la III, 3 la IV, 1 la V e 1 la prima classe della scuola secondaria di I grado. I dati dei singoli partecipanti allo studio sono riportati nella tabella 1.

## **4. Strumenti**

### **4.1. Lettura**

Per la valutazione di velocità ed accuratezza di lettura sono stati somministrati un brano delle prove MT (Cornoldi e Colpo, 1995; 1998) e le liste di parole e non-parole di Sartori, Job e Tressoldi (2007). Il brano è stato scelto per ogni bambino in base alla classe frequentata e al periodo dell'anno in cui avveniva la somministrazione, in linea con le indicazioni del manuale (Cornoldi e Colpo, 1995; 1998). Le variabili considerate per la lettura del brano sono la velocità di lettura espressa in sillabe al secondo (sill/sec) e i punteggi  $z$  corrispondenti a velocità ed accuratezza. Per quanto riguarda la lettura di parole e di non parole, sono stati considerati la velocità (sill/sec) e il numero di errori, oltre che i punteggi  $z$  corrispondenti a queste variabili.

### **4.2. Benessere scolastico**

Il benessere scolastico dei bambini è stato valutato attraverso la somministrazione di un questionario, il Questionario sul Benessere Scolastico (QBS; Tobia e Marzocchi, 2015), che prende in considerazione il punto di vista di tre soggetti: i bambini stessi, i loro genitori e l'insegnante prevalente. Inoltre, le versioni del QBS per genitori e insegnanti approfondiscono il vissuto che queste figure hanno in relazione alle difficoltà del figlio/alunno. Queste informazioni permettono di avere un quadro completo del livello di benessere di tutte le figure direttamente coinvolte nella vita scolastica del bambino o ragazzo con DSA. I questionari sono stati costruiti sulla base di alcuni strumenti già validati per indagare diversi aspetti del vissuto dei bambini: il Test della Valutazione Multidimensionale dell'Autostima (TMA) di Bracken (2003), Il Test delle Relazioni Interpersonali (TRI) di Bracken (1996), e il Test di Autoefficacia Scolastica Percepita (ASCP) di Bandura (1990).

Il QBS versione Bambino-Ragazzo è costituito da 27 item, che indagano sei costrutti:

1) Soddisfazione e riconoscimento: sottoscala costituita da 4 item che indagano quanto il bambino sia soddisfatto dei suoi risultati scolastici

## Allenare la lettura migliora lettura... e il benessere scolastico?

e quanto percepisce che i suoi genitori e insegnanti riconoscano il suo impegno a scuola. Un esempio di item è: «Sono soddisfatto dei risultati scolastici che ottengo». L'attendibilità per questa scala è di  $\alpha = .81$ .

2) Rapporti con insegnanti: 5 item che indagano il rapporto che il bambino ha con i suoi insegnanti e il livello di fiducia che nutre verso di essi. Un esempio di item è: «I miei insegnanti mi aiutano se non capisco qualcosa»; l'attendibilità è di  $\alpha = .77$ .

3) Rapporto con i compagni di classe: sottoscala costituita da 5 item che valutano il rapporto che il bambino ha con i suoi compagni di classe. Un esempio di item è: «Ai miei compagni piace lavorare con me»; l'attendibilità è di  $\alpha = .76$ .

4) Atteggiamento emotivo a scuola: 4 item che indagano come il bambino affronta emotivamente le difficoltà scolastiche. Un esempio di item è: «Sono agitato quando so di non aver fatto bene un compito»; l'attendibilità è di  $\alpha = .54$ .

5) Senso di autoefficacia scolastica: sottoscala costituita da 6 item che valutano il tipo di percezione che il bambino ha sulle sue competenze in ambito scolastico o legate al funzionamento cognitivo. Un esempio di item è: «Credo di essere un bambino sveglio»; l'attendibilità è di  $\alpha = .66$ .

6) Attribuzione causale: 3 item che non vengono utilizzati nel calcolo del punteggio totale di Benessere scolastico, ma che possono essere utili per indagare lo stile di attribuzione del bambino. Un esempio di item è: «Quando sbaglio credo di essere meno intelligente dei miei compagni».

Ai bambini viene chiesto di fornire una risposta su scala Likert a tre punti: «Non vero», «Abbastanza vero», «Verissimo», ai quali vengono assegnati rispettivamente 0, 1, 2 punti. Gli item 9, 12 e 22 della sottoscala Atteggiamento emotivo a scuola, sono formulati in negativo e il punteggio viene invertito. Viene calcolato il punteggio totale di Benessere Scolastico sommando i punteggi delle prime 5 sottoscale. A punteggio più alto corrisponde un maggior benessere scolastico dei bambini.

Le versioni del QBS-Genitore (QBS-G) e del QBS-Insegnante (QBS-I) sono costituite entrambe da 36 item, suddivise in 5 sottoscale che differiscono solo per il riferimento al soggetto: figlio/a oppure alunno/a. Le sottoscale del QBS-G e del QBS-I sono:

1) Vissuti personali in relazione alle difficoltà del figlio/alunno: sottoscala costituita da 13 item che indagano alcune componenti emotive legate all'interazione quotidiana con il figlio/alunno rispetto al contesto scolastico e l'autoefficacia percepita dal genitore/insegnante rispetto alle proprie capacità nell'aiutarlo. Un esempio di item è: «Le difficoltà [scolastiche] di mio figlio/dell'alunno mi fanno arrabbiare». Ad un punteggio alto corrispondono un maggior numero di vissuti negativi e minor senso di

autoefficacia. L'attendibilità di questa scala per la versione genitori è di  $\alpha = .80$ , per la versione insegnanti di  $\alpha = .83$ .

2) Valutazione degli apprendimenti del figlio/alunno: 7 item che approfondiscono la percezione che il genitore/insegnante ha dell'andamento scolastico del proprio figlio/alunno. Un esempio di item è: «L'alunno/Mio figlio ha difficoltà a fare i calcoli». Ad un punteggio alto corrisponde una peggiore valutazione degli apprendimenti; i valori di attendibilità sono di  $\alpha = .84$  per i genitori e  $\alpha = .92$  per gli insegnanti.

3) Percezione vissuti emotivi del figlio/alunno: sottoscala costituita da 4 item che indagano le impressioni dei genitori/insegnanti su come i bambini vivono alcuni momenti scolastici e le loro difficoltà d'apprendimento, prendendo in considerazione emozioni come rabbia e tristezza. Un esempio di item è: «L'alunno/Mio figlio si fa prendere dall'ansia quando ha qualche verifica o interrogazione». Ad un punteggio alto corrisponde la percezione nel figlio/alunno di emozionalità negativa in risposta alle difficoltà scolastiche; i valori di attendibilità sono di  $\alpha = .72$  per i genitori e  $\alpha = .81$  per gli insegnanti.

4) Attribuzioni comportamentali nei confronti del figlio/alunno: sottoscala costituita da 8 item che chiedono ai genitori/insegnanti di valutare la frequenza di alcuni comportamenti che i figli/alunni potrebbero mettere in atto, in relazione ad attività legate alla scuola o alle modalità con cui vengono affrontate le difficoltà scolastiche. Un esempio di item è: «L'alunno/Mio figlio è in grado di gestire il proprio materiale scolastico». Ad un punteggio più alto corrispondono un maggior numero di comportamenti e atteggiamenti poco adattivi da parte del figlio/alunno; i valori di attendibilità sono di  $\alpha = .67$  per i genitori e  $\alpha = .79$  per gli insegnanti. Nella versione definitiva del questionario (Tobia e Marzocchi, 2015), questa sottoscala è stata in parte modificata ed è chiamata «Consapevolezza figlio/alunno»; per questo studio è stata utilizzata la versione precedente a queste modifiche.

5) Rapporto con insegnanti/genitori: sottoscala costituita da 4 item che per il QBS-I indagano il rapporto che gli insegnanti hanno con i genitori degli alunni e per il QBS-G indagano il rapporto che i genitori hanno con gli insegnanti dei loro figli e con la scuola in generale. Un esempio di item è: «Credo che i genitori/gli insegnanti dell'alunno/di mio figlio siano in grado di aiutarlo». Ad un punteggio più alto corrisponde un miglior rapporto con la scuola e con gli insegnanti per il QBS-G e con i genitori per il QBS-I, e un più alto livello di fiducia nei loro confronti; i valori di attendibilità sono di  $\alpha = .80$  per i genitori e  $\alpha = .88$  per gli insegnanti.

Anche ai genitori/insegnanti viene chiesto di fornire una risposta su scala Likert a tre punti, con le stesse modalità della versione per bambini e ragazzi. Per gli 8 item delle prime quattro scale che raccolgono il pa-

## Allenare la lettura migliora lettura... e il benessere scolastico?

rere dei genitori/insegnanti su qualità e stati d'animo positivi, il punteggio viene invertito. Gli item della scala 5 sono formulati in positivo. Il punteggio totale viene calcolato sommando i punteggi delle prime quattro sottoscale e sottraendo al totale quello ottenuto dalla sottoscala Rapporto con insegnanti/genitori. A punteggio più alto corrisponde un maggior malessere.

### 4.3. Scheda per il clinico

Al termine dell'intervento, il clinico aveva il compito di compilare un'apposita scheda riassuntiva, che raccoglieva tutte le informazioni relative alla valutazione neuropsicologica *pre* e *post* del bambino e le specifiche relative al percorso effettuato (ore di lavoro ambulatoriale, ore di lavoro a domicilio, durata totale percorso, tipo di lavoro effettuato). È stato chiesto ai clinici impegnati nella valutazione e nell'intervento, di compilare un breve questionario con lo scopo di raccogliere la loro valutazione del livello di collaborazione e coinvolgimento dei bambini, dei genitori e degli insegnanti. Per quanto riguarda genitori e bambini, il questionario chiedeva al clinico di valutare, su una scala Likert a 4 punti, quando questi avessero compreso gli esiti della valutazione, i livelli di preoccupazione per le difficoltà e quelli di partecipazione al lavoro domiciliare e ambulatoriale ( $\alpha$  genitori = .63;  $\alpha$  bambini = .80). Per quanto riguarda il coinvolgimento di insegnanti e scuola, si indaga il livello di collaborazione nella stesura e applicazione del Piano Didattico Personalizzato ( $\alpha$  = .96).

## 5. Procedura

### 5.1. Valutazione *pre-post*

Gli strumenti utilizzati per valutare l'abilità di lettura e i questionari sul benessere scolastico sono stati somministrati due volte, la prima durante la valutazione diagnostica e la seconda al termine del periodo di trattamento. La scheda per il clinico è stata compilata al termine del trattamento. La distanza media tra le due somministrazioni è di 3.77 mesi (DS = 1.06; Range: 1.9-5.6 mesi). I questionari per insegnanti sono stati loro consegnati tramite i genitori; la restituzione dei questionari compilati avveniva direttamente via mail o fax direttamente al Servizio clinico.

## **5.2. Modalità di intervento**

Gli esercizi per migliorare le competenze di lettura erano personalizzati in base all'età e al grado di difficoltà, per cui venivano proposti esercizi metafonologici, di riconoscimento sub-lessicale o lessicale di parole. Nello specifico, ai bambini con rapidità di decodifica inferiore alla sillaba al secondo e con difficoltà nei processi di base della letto-scrittura (consapevolezza fonologica) venivano proposti esercizi metafonologici e di automatizzazione nel riconoscimento delle sillabe. Bambini caratterizzati invece da una rapidità di decodifica uguale o superiore ad una sillaba al secondo venivano preferenzialmente indirizzati ad un training di automatizzazione dei processi lessicali in lettura di brani tramite software dedicato. Il trattamento poteva altresì comprendere entrambe le tipologie di esercizio, in base alle caratteristiche e all'evoluzione delle competenze del bambino. Tutti i trattamenti venivano svolti in ambito ambulatoriale e domiciliare, mediante esercizi svolti direttamente in studio con il clinico ed attività da svolgere a casa con il genitore o con il tutor per i compiti. Il numero di ore di trattamento variava da 19 a 27 nell'arco di 3 mesi e mezzo: le ore di trattamento ambulatoriali rappresentavano il 60% del totale, mentre il 40% delle ore rimanenti di trattamento venivano effettuate a casa come esercizi domiciliari.

Al clinico veniva richiesto di indicare quali di queste aree erano oggetto del trattamento, rispondendo separatamente per quanto riguardava le ore di trattamento domiciliare e ambulatoriale.

Oltre al lavoro con il bambino, l'intervento si caratterizza anche per il coinvolgimento attivo dei genitori, ai quali veniva sempre riservata una parte dell'incontro ambulatoriale (circa 10 minuti) in modo da poter accogliere eventuali richieste e preoccupazioni, illustrare il lavoro svolto in seduta e delineare l'attività domiciliare da effettuare insieme al bambino nell'intervallo di tempo prima della seduta successiva. Per quanto riguarda la scuola, agli insegnanti veniva sempre data la possibilità di confrontarsi con il clinico di riferimento, attraverso uno o più incontri, telefono o e-mail. Tuttavia, la possibilità di confronto con la scuola, seppur consigliata, non veniva mai imposta, ma realizzata solo se anche genitori e insegnanti ne condividevano l'utilità.

## **5.3. Analisi dei dati**

I punteggi di lettura e delle tre versioni del QBS sono stati trasformati in punti z o percentili, tenendo conto di media e deviazione standard del campione normativo (Tobia e Marzocchi, 2015).

## Allenare la lettura migliora lettura... e il benessere scolastico?

Considerando la numerosità del campione, sono state svolte delle analisi non parametriche. Per analizzare le differenze tra pre e post-trattamento nell'abilità di lettura e nelle sottoscale del QBS (versioni bambino, genitore e insegnante) sono stati svolti dei Test dei ranghi con segni di Wilcoxon (per dati appaiati), calcolando anche l'effect size ( $d$  di Cohen; Cohen, 1988). Per questo indice, i valori di riferimento sono i seguenti: da 0.2 a 0.4 effetto piccolo, da 0.4 a 0.8 effetto di media grandezza, superiore a 0.8 effetto grande.

Per valutare se la velocità di lettura dei bambini con dislessia in seguito al trattamento è da considerarsi maggiore di quella che ci aspetteremmo per evoluzione spontanea, la velocità di lettura dei partecipanti, prima e dopo il trattamento, è stata confrontata con quella che ci si aspetterebbe in bambini dislessici frequentanti la stessa classe, calcolata con la formula  $0.028 + (0.3 \times \text{Classe})$  relativa alla velocità del brano,  $0.54 + (0.30 \times \text{Classe})$  relativa alla lettura di parole e  $0.55 + (0.14 \times \text{Classe})$  relativa alla lettura di non parole (Tressoldi et al., 2001; Tucci, Savoia, Merella e Tressoldi, 2013).

Sono state poi svolte delle correlazioni per ranghi di Spearman, considerando le variabili di benessere per le quali si è osservato un cambiamento tra prima e dopo il trattamento, il cambiamento nella performance di lettura e variabili che potessero potenzialmente essere legate a questi cambiamenti: durata del trattamento, espresso in numero di ore, e valutazioni date dal clinico nell'apposita scheda.

## 6. Risultati

Le ore medie di trattamento per i soggetti coinvolti nello studio sono state  $22.36 \pm 5.53$  ore, che includono il lavoro ambulatoriale (media ore =  $12.31 \pm 4.49$ ) e domiciliare (media ore =  $10.05 \pm 2.55$ ).

### 6.1. Abilità di lettura

Nella tabella 2 sono descritti i punteggi di lettura ottenuti nei test di lettura del brano, delle parole e delle non parole, somministrati prima di iniziare il trattamento e dopo la sua conclusione. Nelle ultime due colonne vengono riportati i risultati del test dei ranghi con segni di Wilcoxon, per campioni appaiati, che valuta le differenze tra le valutazioni svolte pre- e post-trattamento. I risultati mostrano come vi sia un miglioramento significativo nella velocità di lettura nelle tre prove, sia considerando la velocità

TAB. 2. *Punteggi grezzi e punti z relativi a velocità e accuratezza nella lettura del brano MT e delle liste di parole e non parole prima e dopo il trattamento*

	Pre-trattamento	Post-trattamento	Z	p	Effect size
	M (SD)	M (SD)			
Velocità brano MT (sill/sec)	1.06 (.55)	1.48 (.72)	-3.667	p = .001	.66
Velocità brano MT (punto z)	-1.70 (.58)	-1.53 (.61)	-2.451	p = .039	.28
Accuratezza lettura MT (n. errori)	14.56 (14.69)	8.80 (5.72)	-2.557	p = .045	.56
Accuratezza lettura MT (punto z)	-1.54 (2.36)	-.92(1.22)	-1.651	p = .250	.35
Velocità lettura parole (sill/sec)	.99 (.40)	1.43 (.72)	-3,059	p = .002	.76
Velocità lettura parole (punto z)	-1.98 (.64)	-1.43 (.89)	-3.059	p = .002	.71
Accuratezza lettura parole (n. errori)	14.15 (8.59)	10.33 (7.23)	-1.769	p = .077	.48
Accuratezza lettura parole (punto z)	-2.27 (1.99)	-1.50 (1.66)	-1.726	p = .084	.42
Velocità lettura non parole (sill/sec)	.71 (.25)	.95 (.31)	-3.180	p = .001	.85
Velocità lettura non parole (punto z)	-1.79 (.64)	-1.31 (.65)	-3.180	p = .001	.74
Accuratezza lettura non parole (n. errori)	14.00 (6.41)	9.85 (4.96)	-1.963	p = .050	.72
Accuratezza lettura non parole (punto z)	-1.63 (1.15)	-1.05 (.90)	-1.538	p = .124	.56

in sillabe al secondo che il punto z da essa derivato. Al contrario, pur registrando una diminuzione degli errori nelle prove di lettura, questa non è risultata essere significativa (ad eccezione che per il punto z relativo all'accuratezza nella lettura del brano MT).

In appendice 1 vengono riportati anche i valori dei singoli soggetti rispetto alla lettura del brano, delle liste di parole, non parole, i relativi guadagni e il numero complessivo di ore di trattamento per ogni singolo bambino.

La velocità di lettura del brano osservata nei bambini prima e dopo il trattamento è stata confrontata con quella attesa, per evoluzione spontanea, dai bambini con diagnosi di dislessia frequentanti la stessa classe. I risultati indicano che, mentre prima del trattamento i partecipanti allo studio avevano una velocità di lettura in linea con quella media di campioni di dislessici ( $z = .000$ ,  $p = 1$ ), in seguito al trattamento la loro velocità di lettura risultava significativamente migliore di quella attesa per evoluzione spontanea dei dislessici ( $z = -2.482$ ,  $p = .013$ ).

L'analisi delle correlazioni di Spearman mostra che non vi è un legame significativo tra il numero di ore di trattamento e il miglioramento osservato nella velocità di lettura ( $\rho_s = -.018$ ,  $p = .948$ ), né con quello osservato nell'accuratezza ( $\rho_s = -.022$ ,  $p = .935$ ).

Infine è stata calcolata anche l'efficienza rispetto al miglioramento mostrato nelle prove di lettura di brano, di parole e di non parole tenendo

## Allenare la lettura migliora lettura... e il benessere scolastico?

conto del numero totale di ore di trattamento. Il parametro di efficienza è stato calcolato dal rapporto tra il guadagno tra pre- e post-trattamento, diviso per il numero di ore e moltiplicato per 100, come riportato in Tressoldi *et al.* (2012). L'efficienza relativa al miglioramento nella lettura del brano è di 1.94, quella relativa alle parole è di 2.00 e quella relativa alle non parole è di 1.26.

### 6.2. Benessere scolastico

La tabella 3 riporta i punteggi medi nelle sottoscale del QBS, nelle versioni per bambino, genitore e insegnante, somministrati prima e dopo il trattamento, e i risultati dei test non parametrici per campioni appaiati (Wilcoxon). Emergono delle differenze significative nel confronto pre-post trattamento solo per alcune sottoscale del QBS-G: Vissuti personali in relazione alle difficoltà del figlio, Valutazione degli apprendimenti del figlio e nel punteggio totale.

### 6.3. Cambiamento del benessere scolastico nei genitori e variabili relate

L'analisi delle correlazioni di Spearman non ha mostrato relazioni significative tra il cambiamento nel punteggio totale del QBS-G, evidenziato dal confronto pre-post trattamento, e il miglioramento osservato nella velocità ( $\rho_s = .103$ ,  $p = .704$ ) e nell'accuratezza ( $\rho_s = .102$ ,  $p = .708$ ) di lettura del brano. Emerge invece una correlazione positiva tra il numero di ore totali di trattamento e il miglioramento osservato nel benessere scolastico dei genitori ( $\rho_s = .503$ ,  $p = .047$ ). Infine, il miglioramento osservato nel punteggio totale del QBS-G correla con la sottoscala relativa alla stesura e applicazione del PDP da parte degli insegnanti, in base a quanto riportato dal clinico rispetto all'adesione alla presa in carico del paziente ( $\rho_s = .672$ ,  $p = .012$ ).

## 7. Discussione

L'obiettivo del presente studio è quello di indagare l'efficacia di un intervento integrato per bambini con diagnosi di dislessia, prendendo in considerazione non solo eventuali miglioramenti nelle competenze di lettura ma anche i cambiamenti nel benessere dei bambini, in particolare considerando il contesto scolastico. Inoltre, lo studio ha preso in esame non solo il punto di vista dei bambini ma anche quello delle figure adulte

TAB. 3. *Punti z relativi ai punteggi ottenuti nelle sottoscale e al punteggio totale ottenuti nella compilazione del QBS da parte del bambino, del genitore e dell'insegnante prima e dopo il trattamento*

		Pre-tratta- mento	Post-tratta- mento	Z	p	Effect size
		M (SD)	M (SD)			
QBS-B (n = 16)	Soddisfazione	.50 (.69)	.35 (.87)	-.561	NS	-.19
	Relazioni con compagni	.19 (1.29)	.39 (.94)	-1.017	NS	.18
	Relazioni con insegnanti	.21 (.76)	.06 (.82)	-.446	NS	-.19
	Atteggiamento emotivo scuola	-.29 (1.16)	-.49 (1.06)	-.754	NS	-.18
	Autoefficacia	.37 (.94)	.09 (1.33)	-.801	NS	-.24
	Punteggio totale	.28 (.86)	.08 (.78)	-.569	NS	-.24
QBS-G (n = 16)	Vissuti personali in relazione alle difficoltà del figlio	-.80 (1.18)	-.37 (1.01)	-2.453	p = .007	.39
	Valutazione degli apprendimenti del figlio	-1.52 (.90)	-1.04 (.89)	-2.619	p = .004	.54
	Percezione vissuti emotivi del figlio	-.71 (1.29)	-.23 (.97)	-1.471	NS	.42
	Attribuzioni comportamentali	-.22 (.86)	-.14 (1.04)	-.105	NS	.08
	Rapporto con insegnanti	-.48 (1.18)	-.22 (1.06)	-1.279	NS	.23
	Punteggio totale	-1.20 (1.10)	-.80 (1.12)	-2.548	p = .005	.36
QBS-I (n = 14)	Vissuti personali in relazione alle difficoltà del alunno	-.35 (.64)	.00 (.56)	-1.581	NS	.58
	Valutazione degli apprendimenti del alunno	-1.12 (.83)	-1.07 (.80)	-.222	NS	.06
	Percezione vissuti emotivi dell'alunno	.19 (.77)	.15 (.83)	-.085	NS	.05
	Attribuzioni comportamentali	-.40 (.74)	-.37 (.79)	-.362	NS	.04
	Rapporto con genitori	.01 (.60)	.32 (.82)	-.094	NS	.43
	Punteggio totale	-.42 (.52)	-.26 (.68)	-.879	NS	.26

direttamente coinvolte nella loro vita scolastica, genitori e insegnanti, considerando sia i cambiamenti nel loro vissuto in relazione alle difficoltà dei bambini, sia il loro punto di vista sul benessere dei propri figli e alunni.

Il tipo di intervento svolto dai partecipanti è di tipo integrato, mette cioè insieme un trattamento neuropsicologico volto a migliorare le prestazioni di velocità e accuratezza in lettura, con un lavoro di supporto psicologico svolto con il bambino ed i suoi adulti di riferimento in ambito scolastico. L'intervento integrato, infatti, oltre a considerare i bisogni del paziente sotto diversi aspetti, ossia la competenza specifica oggetto del training ma anche e soprattutto il suo benessere psicologico, prevede il coinvolgimento attivo di genitori ed insegnanti per la realizzazione di un lavoro in rete (si veda ad esempio Marzocchi e Centro per l'Età Evolutiva, 2011). Considerando questo tipo di lavoro, ci aspettiamo di osservare, oltre ad un miglioramento nelle competenze di lettura, anche un migliora-

## Allenare la lettura migliora lettura... e il benessere scolastico?

mento nel vissuto che il bambino ha a scuola. In parallelo ai miglioramenti del bambino nella lettura e nel suo benessere scolastico, ipotizziamo di poter osservare un cambiamento in positivo anche nel vissuto di genitori ed insegnanti rispetto alle difficoltà scolastiche del bambino.

Il primo risultato ottenuto è relativo alla *performance* di lettura osservata nei bambini: il trattamento neuropsicologico proposto, basato sulle caratteristiche di partenza della performance dei bambini, ha permesso di registrare un miglioramento nella velocità di lettura significativo e maggiore rispetto a quello atteso in base all'evoluzione spontanea. Questo miglioramento non risulta essere correlato al numero di ore di lavoro ambulatoriale e/o domiciliare effettuato. Tuttavia, essendo il lavoro proposto personalizzato sulla base delle caratteristiche di lettura del bambino alla prima valutazione non solo nella tipologia di esercizi proposti, ma anche nella loro quantità e frequenza, questo risultato è in accordo con la letteratura esistente sulla base della quale non sarebbe tanto la quantità del lavoro svolto a determinare il cambiamento, quanto piuttosto la sua tipologia (Tressoldi, Vio, Lorusso, Facchetti e Iozzino, 2003; Tressoldi e Vio, 2011). Per verificare che il trattamento fosse efficiente, oltre che efficace, abbiamo calcolato anche il rapporto tra il guadagno e il numero di ore di trattamento. I risultati di efficienza sono inferiori rispetto ad altri trattamenti ambulatori, ma in linea con quelli domiciliari che prevedono un numero di ore di lavoro superiore alle 20 in circa 3 mesi di lavoro (Tressoldi *et al.*, 2012).

L'effetto del trattamento sull'accuratezza è minore, ma significativo nella lettura di non parole e nel brano. Confrontando i dati grezzi relativamente alla correttezza nel brano, nelle liste di parole e nelle liste di non parole vi è mediamente una riduzione di circa il 35%-40% di errori grazie al training. Tuttavia, guardando il numero di errori totale, la diminuzione di questi sembra essere maggiore per il brano, rispetto, nell'ordine, a quanto osservato per non parole e parole. Considerando infine i punti z relativi all'accuratezza, l'incremento maggiore si osserva per la lettura di parole, seppur statisticamente non significativo, seguito dal brano e dalla lettura di non parole.

Considerando il costrutto di benessere scolastico, si osservano cambiamenti tra prima e dopo il trattamento solo considerando uno dei tre punti di vista presi in considerazione, quello dei genitori.

Nello specifico, nei genitori migliorano i vissuti personali in relazione alle difficoltà del figlio, la valutazione degli apprendimenti ed il punteggio totale di benessere. Il trattamento sembra quindi aver avuto un effetto positivo sui vissuti emotivi dei genitori, sull'autoefficacia percepita rispetto al far fronte alle difficoltà del figlio ed inoltre, come dimostrato dal significativo cambiamento nel punteggio della scala di valutazione degli

apprendimenti del figlio, i genitori appaiono consapevoli dei positivi cambiamenti nelle prestazioni di lettura. Un risultato a nostro parere interessante è che questi cambiamenti nelle risposte al questionario dei genitori non sono legate alla misura del miglioramento nelle prestazioni di lettura del figlio, ma al numero di ore totali di trattamento e alla stesura ed applicazione del PDP. Sembrerebbe dunque che il benessere dei genitori migliori quanto più sono coinvolti in un trattamento che comporta anche un loro ruolo nelle ore di lavoro domiciliari, e quanto migliore è il lavoro di adattamento svolto dagli insegnanti a scuola. Da un lato, un trattamento più «condiviso» permette al genitore un maggior numero di occasioni di confronto con il clinico di riferimento ed un maggiore coinvolgimento come co-trainer a casa, e quindi ipotizziamo, come conseguenza, una migliore comprensione delle difficoltà del figlio e delle strategie per aiutarlo. Dall'altro, la stesura di un PDP da parte degli insegnanti adeguato alle esigenze del figlio e, ancora più importante, la sua effettiva applicazione, possono contribuire in modo significativo alla percezione del genitore che i problemi scolastici del figlio siano compresi e presi in considerazione anche dai suoi insegnanti, figure chiave nella buona riuscita scolastica di ogni studente.

I nostri dati non evidenziano nessuna differenza pre- e post-trattamento nei questionari compilati dai bambini e dagli insegnanti. Per quanto riguarda il campione di bambini partecipanti al presente lavoro, è importante considerare come la maggior parte di questi abbia ricevuto una diagnosi precoce (11 bambini su 16 totali frequentavano infatti le classi II e III di scuola primaria al momento della diagnosi e prima compilazione del questionario) e come questo costituisca già di per sé un importante fattore di protezione rispetto alle ricadute psicologiche della presenza di un DSA non solo nel bambino, ma anche negli adulti di riferimento (Pizzoli *et al.*, 2011). Osservando infatti le risposte al QBS-B prima del trattamento, si vede come queste non fossero generalmente inferiori alla norma anche al momento della diagnosi (tutti i punteggi sono nel range  $z = \pm 0.5$ ), come se i partecipanti non manifestassero malessere scolastico al momento della diagnosi. Sarebbe quindi interessante estendere lo studio a bambini/adolescenti con diagnosi più tardiva, per verificare se il trattamento integrato permette di osservare un rapido miglioramento nel benessere scolastico laddove questo sia già stato negativamente influenzato dal DSA.

Considerando invece la mancanza di un cambiamento significativo negli insegnanti, possiamo ipotizzare che il periodo di tempo preso in considerazione dallo studio, poco meno di 4 mesi, sia troppo breve per poter portare gli insegnanti ad osservare un miglioramento nelle performance scolastiche del bambino con DSA, quindi un miglioramento più «complesso» rispetto alla sola velocità di lettura, o a percepire un cam-

## Allenare la lettura migliora lettura... e il benessere scolastico?

biamento nei vissuti emotivi del bambino, che nei nostri partecipanti non sembrava essere particolarmente negativo anche prima del trattamento, oppure per sentirsi più efficaci nell'aiutare il bambino con DSA a scuola. Il ruolo degli insegnanti comunque è risultato essere fondamentale, come evidenziato dal rapporto tra il benessere del genitore e la stesura ed applicazione del PDP.

Uno dei principali limiti dello studio qui presentato è l'assenza di un gruppo di controllo. Non possiamo infatti in questo modo escludere che sia ad esempio la sola diagnosi, quindi l'aver fornito una chiave di lettura delle difficoltà scolastiche del figlio, a portare ad un miglioramento nel benessere dei genitori. Sarebbe dunque importante poter confrontare questi dati con quelli di un gruppo di bambini/adolescenti con diagnosi di DSA che non vengono poi coinvolti in un percorso di trattamento. Un'ulteriore evoluzione dello studio potrebbe essere rappresentata infine dall'analisi dell'evoluzione del benessere mettendo in confronto situazioni, come quelle qui presentate, in cui è stato possibile un lavoro di rete, e quelle in cui, come spesso purtroppo si verifica, tale lavoro in sinergia non è stato possibile per diversi fattori.

Un secondo limite di questo studio riguarda l'assenza di dati di follow-up, tuttavia riteniamo che, data l'importanza di valutare anche gli aspetti legati al benessere psicologico dei bambini dislessici e dei loro genitori, questa ricerca possa sollecitare la realizzazione di altri studi volti a verificare il mantenimento di tali risultati anche in una prospettiva di medio e lungo termine.

Per concludere, il presente lavoro evidenzia il ruolo che un percorso di trattamento destinato a bambini con dislessia, che ha l'obiettivo di potenziare le competenze di lettura ma anche di mettere in moto un supporto di rete coinvolgendo genitori e insegnanti, può avere nel migliorare il vissuto emotivo dei genitori, e nel modificare in positivo la loro percezione delle difficoltà dei propri figli. Questi cambiamenti, rilevati a pochi mesi dall'inizio del trattamento, potrebbero costituire i primi indicatori di una reazione resiliente del nucleo familiare, reazione promossa dalla comunicazione di una diagnosi di certezza e dal coinvolgimento nell'intervento integrato.

## 8. Appendice

Prestazioni di lettura dei singoli soggetti, prima e dopo il trattamento nei test di lettura di brano, parole e non parole. Viene riportato anche il guadagno individuale e il numero complessivo di ore di trattamento.

ID	MT_vel		MT_Err		MT_MT		Err		Guadagno		Par_Vel		Par_Err		Guadagno		NP_Vel		NP_Err		Guadagno		H tratta-				
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post			
1	1.67	2.32	.65	3.0	4.0	-1.0	1.34	2.96	1.62	2	5	1.02	1.05	.03	8	4	1.05	1.05	.03	8	4	1.05	1.05	.03	8	4	18.00
2	1.08	1.61	.53	8.5	8.0	.5	.95	1.40	.45	4	15	.44	.95	.51	5	7	.44	.95	.51	5	7	.44	.95	.51	5	7	11.38
3	1.95	1.63	-.32	15.0	8.5	6.5	1.21	1.51	.30	27	11	.75	.80	.05	18	10	.75	.80	.05	18	10	.75	.80	.05	18	10	14.00
4	1.30	1.20	-.10	17.0	22.0	-5.0	1.15	1.35	.20	14	12	1.02	1.05	.03	22	17	1.02	1.05	.03	22	17	1.02	1.05	.03	22	17	21.75
5	.68	1.02	.34	19.0	18.5	.5	.75	.98	.23	19	15	.72	1.02	.30	11	17	.72	1.02	.30	11	17	.72	1.02	.30	11	17	20.00
6	.87	1.06	.19	13.0	10.0	3.0	.54	.89	.35	20	12	.56	.88	.32	17	13	.56	.88	.32	17	13	.56	.88	.32	17	13	29.00
7	.83	1.38	.55	7.0	3.0	4.0	.84	1.12	.28	11	7	.68	.89	.21	15	4	.68	.89	.21	15	4	.68	.89	.21	15	4	24.12
8	1.07	1.28	.21	5.0	5.0	.0	.81	1.07	.26	19	4	.61	.77	.16	14	8	.61	.77	.16	14	8	.61	.77	.16	14	8	24.12
9	.64	.68	.04	6.0	10.5	-4.5	.50	.71	.21	26	23	.43	.60	.17	18	12	.43	.60	.17	18	12	.43	.60	.17	18	12	24.12
10	1.43	2.96	1.53	2.0	2.0	.0	1.32	1.60	.28	10	11	.76	1.07	.31	11	10	.76	1.07	.31	11	10	.76	1.07	.31	11	10	29.00
11	.24	.70	.46	62.0	11.0	51.0	.28	.58	.30	42	12	.14	.47	.33	36	12	.14	.47	.33	36	12	.14	.47	.33	36	12	21.08
12	.24	.96	.72	30.0	11.0	19.0	.20	.49	.29	44	28	.16	.37	.21	39	24	.16	.37	.21	39	24	.16	.37	.21	39	24	28.12
13	1.79	2.85	1.06	11.5	.5	11.0	1.52	1.84	.32	9	0	.89	1.41	.52	12	4	.89	1.41	.52	12	4	.89	1.41	.52	12	4	15.73
14	.58	.75	.17	16.0	11.0	5.0	.49	.68	.19	15	7	.30	.46	.16	18	14	.30	.46	.16	18	14	.30	.46	.16	18	14	29.00
15	.82	1.20	.38	16.0	10.0	6.0	.69	.97	.28	21	20	.56	.75	.19	15	14	.56	.75	.19	15	14	.56	.75	.19	15	14	27.00
16	1.82	2.06	.24	2.0	6.0	-4.0	1.89	2.60	.72	2	1	1.17	1.65	.48	2	6	1.17	1.65	.48	2	6	1.17	1.65	.48	2	6	21.40

Legenda: MT\_vel Pre: velocità nel brano MT pre-trattamento; MT\_vel Post: velocità nel brano MT post-trattamento; MT\_Err Pre: errori nel brano MT pre-trattamento; MT\_Err Post: errori nel brano Mt post-trattamento; Par\_Vel Pre: velocità nelle parole pre-trattamento; Par\_Vel Post: velocità nelle parole post-trattamento; Par\_Err Pre: errori nelle parole pre-trattamento; Par\_Err Post: errori nelle parole post-trattamento; NP\_Vel Pre: velocità nelle non parole pre-trattamento; NP\_Vel Post: velocità nelle non parole post-trattamento; NP\_Err Pre: errori nelle non parole pre-trattamento; NP\_Err Post: errori nelle non parole post-trattamento; H trattamento: ore di trattamento.

## 9. Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bonifacci, P., Storti, M., Tobia, V., Suardi, A. (2016). Specific Learning Disorders A Look Inside Children's and Parents' Psychological Well-Being and Relationships. *Journal of Learning Disabilities*, 49(5), 532-545
- Carroll, J.M., Maughan, B., Goodman, R., Meltzer, H. (2005). Literacy difficulties and psychiatric disorders: Evidence for comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(5), 524-532.
- Chang, M.L. (2009). An appraisal perspective of teacher burnout: Examining the emotional work of teachers. *Educational Psychology Review*, 21(3), 193-218.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cornoldi, C., Colpo, G. (1995). *Nuove prove di lettura MT per la scuola media inferiore*. Firenze: Giunti OS, Organizzazioni Speciali.
- Cornoldi, C., Colpo, G. (1998). *Prove di lettura MT per la scuola elementare-2*. Firenze: Giunti OS, Organizzazioni Speciali.
- Galuschka, K., Ise, E., Krick, K., Schulte-Körne, G. (2014). Effectiveness of treatment approaches for children and adolescents with reading disabilities: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS one*, 9(2), e89900.
- Habib, M. (2000). The neurological basis of developmental dyslexia. *Brain*, 123(12), 2373-2399.
- Hall, C.W., Spruill, K.L., Webster, R.E. (2002). Motivational and attitudinal factors in college students with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 25(2), 79-86.
- Harter, S., Whitesell, N.R., Junkin, L.J. (1998). Similarities and differences in domain specific and global self-evaluations of learning disabled, behaviorally disordered, and typical achieving adolescents, *American Educational Research Journal*, 35(4), 653-680.
- Ingesson, S.G. (2007). Growing Up with Dyslexia Interviews with Teenagers and Young Adults. *School Psychology International*, 28(5), 574-591.
- Kavale, K.A., & Forness, S.R. (1996). Social skill deficits and learning disabilities: A meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 29(3), 226-237.
- Kavale, K.A., Mostert, M.P. (2004). Social skills interventions for individuals with learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 27(1), 31-43.
- Leichtentritt, J., Shechtman, Z. (2010). Children with and without Learning Disabilities: A comparison of processes and outcomes following group counseling, *Journal of Learning Disabilities*, 43(2), 169-179.
- Marzocchi, G.M., Evolutiva, C.E. (2011). *La presa in carico dei bambini con ADHD e DSA*, Edizioni Erickson.
- McNulty, M.A. (2003). Dyslexia and the life course. *Journal of Learning Disabilities*, 36(4), 363-381.
- Mugnaini, D., Chelazzi, C., Romagnoli, C., (2008). Correlati psicosociali della dislessia: una rassegna. *Dislessia*, 5(2), 195-210.
- Palombo, J. (2001). *Learning disorders and disorders of the self in children and adolescents*. WW Norton & Company.
- Picasso, M., Marzocchi, G.M. (2017). Il benessere scolastico, e non solo, nei bambini con disturbi specifici dell'apprendimento: una rassegna critica. *Dislessia*, 14(1), 65-81.

- Pizzoli, C., Lami, L., Palmieri, A., Solimando, M.C. (2011). Dislessia e fattori psicosociali: percorso accademico e benessere psicosociale in due campioni di dislessici divenuti giovani adulti. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 15(1), 95-122.
- Scerri, T.S., Schulte-Körne, G. (2010). Genetics of developmental dyslexia. *European child & adolescent psychiatry*, 19(3), 179-197.
- Shechtman, Z., Pastor, R. (2005). Cognitive-behavioral and humanistic group treatment for children with learning disabilities, *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 322-336.
- Tabassam, W., Grainger, J. (2002). Self-concept, attributional style and self-efficacy beliefs of students with learning disabilities with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Learning Disability Quarterly*, 25(2), 141-151.
- Tobia, V., Marzocchi G.M. (2011). Il benessere nei bambini con disturbi specifici dell'apprendimento: uno studio pilota con il Questionario sul Benessere Scolastico – versione per genitori. *Ricerche di Psicologia*, 21(4), 499-517.
- Tobia, V., Marzocchi, G.M. (2015). *QBS 8-13. Questionario Benessere Scolastico: Questionari per la valutazione del benessere scolastico e identificazione dei fattori di rischio*. Trento, Italia: Erickson.
- Tressoldi, P.E., Stella, G., Faggella, M. (2001). The development of reading speed in Italians with dyslexia a longitudinal study. *Journal of Learning Disabilities*, 34(5), 414-417.
- Tressoldi, P.E., Vio, C., Lorusso, M.L., Facoetti, A., Iozzino, R. (2003). Confronto di efficacia ed efficienza tra trattamenti per il miglioramento della lettura in soggetti dislessici. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 7(3), 481-494.
- Tressoldi, P., Vio, C. (2011). Studi italiani sul trattamento della dislessia evolutiva: una sintesi quantitativa. *Dislessia*, 8(2), 163-172.
- Tressoldi, P., Brembati, F., Donini, R., Iozzino, R., Vio, C. (2012). Treatment of Dyslexia in a Regular Orthography: Efficacy and Efficiency (Cost-Effectiveness) Comparison Between Home vs Clinic-Based Treatments. *Europe's Journal of Psychology*, 8, 375-390.
- Tucci, R., Savoia, V., Bertolo, L., Vio, C., Tressoldi, P.E. (2015). Efficacy and efficiency outcomes of a training to ameliorate developmental dyslexia using the online software Reading Trainer®. *BPA-Applied Psychology Bulletin (Bollettino di Psicologia Applicata)*, (273).
- Tucci, R., Savoia, V., Merella, A., Tressoldi, P.E. (2013). La Dislessia Evolutiva lungo l'arco della scolarità obbligatoria. Una replica dello studio di Stella et al. del 2001. *Dislessia*, 10(3), 281-294.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

[Ricevuto 05 settembre 2016]

[Accettato 23 giugno 2017]

## Allenare la lettura migliora lettura... e il benessere scolastico?

### Reading training improves reading... and school well-being?

**Summary.** Specific Learning Disabilities have consequences not only on school learning, but also on every life domain of the child. This work investigated the effects that an integrated intervention (neuropsychological treatment and support for parents and teachers) has on reading performance and on school well-being of a group of Italian dyslexic children, and on parents' and teachers' well-being. The results show improvement in children's reading performance and in parents' well-being. The data will be discussed considering the participants' features and the intervention's methodology.

**Keywords:** Dyslexia, treatment of reading, school well-being, parents, teachers.

*Per corrispondenza: Paola Zanchi, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Piazza dell'Ateneo Nuovo 1, 20126 Milano. E-mail: paola.zanchi@unimib.it*

*Valentina Tobia, E-mail: valentina.tobia@unimib.it*

*Laura Dentella, E-mail: lauradentella@centroetaevolutiva.it*

*Giampiero Chessa, E-mail: giampierochessa@gmail.com*

*Claudio Vio, E-mail: claudio.vio@fastwebnet.it*

*Silvia Pesenti, E-mail: silvia.pesenti@centroetaevolutiva.it*

*Gian Carlo Mazzocchi, E-mail: gianmarco.mazzocchi@unimib.it*

