

TECNICHE RIABILITATIVE PER LETTURA, NUMERI E ORTOGRAFIA

Il Metodo LENUOR

ALESSANDRA LUCI



*Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo*

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

TECNICHE RIABILITATIVE PER LETTURA, NUMERI E ORTOGRAFIA

Il Metodo LENUOR

ALESSANDRA LUCI

***Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo***

FrancoAngeli

Isbn: 9788835167396

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione , di <i>Christina Bachmann</i>	pag. 9
Introduzione	» 13
1. Riabilitare LETtura, NUmeri e ORtografia con il Metodo LENUOR	» 15
1.1. Il Metodo LENUOR: da quando, fino a quando e per quanto	» 18
1.2. La presa in carico nel Metodo LENUOR	» 23
1.3. Il programma riabilitativo e la sua condivisione	» 27
1.4. Clinico e caregiver come motivatori nel Metodo LENUOR	» 33
1.5. Gestire la frustrazione da errore	» 38
1.6. Quando proprio non gli va: la Token Economy	» 41
1.7. Domande e risposte sulla riabilitazione con il Metodo LENUOR	» 45
2. Il trattamento della Decodifica nel Metodo LENUOR	» 49
2.1. La valutazione in ingresso della Decodifica	» 49
2.2. La scelta di stimolo (trattamento Lessicale o Sublessicale) e contesto	» 55
2.3. Lo strumento e il suo settaggio	» 61
2.4. La tecnica per la riabilitazione della Decodifica nel metodo LENUOR	» 67
2.5. La valutazione di controllo della Decodifica	» 79
2.6. I cicli successivi al primo	» 83
2.7. L'efficacia del Metodo LENUOR nel trattamento dalla Decodifica	» 85
3. Il trattamento dell'Ortografia nel Metodo LENUOR	» 92
3.1. La valutazione in ingresso dell'Ortografia	» 93
3.2. La scelta di stimolo e contesto	» 96
3.3. Lo strumento e il suo settaggio	» 97
3.4. La tecnica per la rieducazione dell'Ortografia nel Metodo LENUOR	» 103
3.5. La valutazione di controllo dell'Ortografia	» 120

3.6. I cicli successivi al primo	pag. 124
3.7. L'efficacia del Metodo LENUOR nel trattamento dell'Ortografia	» 126
4. Il trattamento del Sistema e del Senso del Numero nel Metodo LENUOR	» 130
4.1. La valutazione in ingresso del Sistema e del Senso del Numero	» 131
4.2. Lo strumento e il suo settaggio	» 133
4.3. La tecnica della rieducazione del Sistema e del Senso del Numero nel Metodo LENUOR	» 135
4.4. La valutazione di controllo del Sistema e del Senso del Numero	» 157
4.5. I cicli successivi al primo	» 160
4.6. L'efficacia del Metodo LENUOR nel trattamento del Sistema e del Senso del Numero	» 161
5. La Teleriabilitazione nel Metodo LENUOR	» 167
5.1. Adattare il trattamento della Decodifica alla Teleriabilitazione	» 170
5.2. Adattare il trattamento dell'Ortografia alla Teleriabilitazione	» 174
5.3. Adattare il trattamento del Sistema e Senso del Numero alla Teleriabilitazione	» 176
5.4. L'efficacia del Metodo LENUOR nella Teleriabilitazione	» 177
5.5. Conclusioni	» 184
6. Quando non imparano a leggere, scrivere e far di conto	» 186
6.1. Il Metodo LENUOR nell'Analfabetismo Secondario	» 186
6.2. Frequenza, durata e programma di trattamento	» 186
6.3. L'insegnamento della Lettura	» 189
6.4. L'insegnamento della Scrittura	» 206
6.5. L'insegnamento del Sistema e Senso del Numero	» 209
6.6. L'efficacia del Metodo LENUOR nel DSA Analfabeta	» 213
6.7. L'efficacia del Metodo LENUOR nel Funzionamento Intellettivo Limite	» 218
6.8. L'efficacia del Metodo LENUOR nella disabilità intellettiva lieve	» 222
7. Il genitore motivatore: esperienze	» 226
Appendice: schede di lavoro	» 233
Ringraziamenti	» 243
Bibliografia	» 244

*A tutti i bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze,
che ho avuto e che ho in carico
e ai loro genitori,
per avermi ispirato il Metodo LENUOR*

Prefazione

di *Christina Bachmann*

Quando Alessandra mi ha chiesto di scrivere la prefazione al suo libro mi sono sentita da subito onorata. L'ho vista nascere questa idea, tante volte abbiamo parlato insieme dell'efficacia dei trattamenti riabilitativi e della necessità di diffondere buone prassi per permettere a tanti bambini e ragazzi di migliorare nelle loro abilità e di sentirsi meglio. Purtroppo le conseguenze emotive di una diagnosi tardiva o di un mancato trattamento le vediamo tutti i giorni nella nostra pratica clinica e sono ampiamente documentate in letteratura.

Sappiamo che “La sintomatologia dei DSA può presentarsi in maniera diversa in soggetti diversi, e le sue manifestazioni possono variare nel tempo, in funzione di numerosi fattori biologici e ambientali (in conseguenza degli adattamenti determinati dalla scolarizzazione, dagli interventi riabilitativi e di sostegno che possono essere messi in atto, dalle stimolazioni derivanti dal contesto familiare, ecc.) che contribuiscono a modularne l'espressività nei diversi soggetti” (p. 2, LG-ISS, 2022). In altre parole, l'intervento riabilitativo cambia l'espressività del disturbo, cioè come il disturbo si manifesta.

Ma sul tema dei trattamenti nemmeno l'ultima Linea Guida sui DSA (LG-ISS, 2022) ha chiarito cosa fare in pratica. Sappiamo quali abilità sono coinvolte in un Disturbo Specifico dell'Apprendimento, ma il quesito (quesito 9) non ha risposto alla domanda principale, e cioè cosa e come fare: come scegliere un tipo di trattamento? Che strumenti utilizzare? Come combinare gli esercizi di potenziamento? Che modalità scegliere in base al tipo di disturbo? Da quale abilità iniziare? Per quanto tempo?

Ho quindi accolto con molto entusiasmo l'intenzione di Alessandra di scrivere un libro su questo tema, per spiegare come lei fa i trattamenti che nel tempo ha visto funzionare, non soltanto con bambini e ragazzi con DSA, ma anche in quelle situazioni dove troppo spesso nessuno interviene.

Mi riferisco in particolare ai ragazzi con disturbi dello sviluppo intellettuale che, accanto a compromissioni più generalizzate, hanno anche importanti difficoltà nel leggere, nello scrivere e nel contare, abilità fondamentali in tutto il percorso scolastico. Eppure tante volte abbiamo visto dottori alzare le mani, come se leggere, scrivere o contare non fosse poi di così fondamentale importanza quando è l'intelligenza a essere toccata. “*Non ci arriva*”, si sente dire, “*Non ce la farà mai*”. E dove sta scritto che un metodo che funziona con la dislessia, la disortografia e la discalculia non debba funzionare anche con chi ha una disabilità intellettiva? Chi lavora con questi ragazzi sa che il vedersi migliorati in abilità che vengono loro richieste tutti i giorni quando sono in classe (e pure nella vita) ha delle ripercussioni positive sull'autonomia, sull'autostima, sull'immagine di sé e sull'immaginario che i genitori hanno del futuro dei loro figli. È importante che tutti sperimentino che qualcosa si può fare.

Le esperienze italiane sui trattamenti per DSA, nonostante nel frattempo in Italia ci siano molte pubblicazioni sull'utilizzo di alcuni metodi anche attraverso piattaforme di tipo informatico, sembrano non riuscire ad affermarsi. L'ultima Linea Guida (LG-ISS, 2022), ad esempio, esaminando la letteratura internazionale, ha trovato una così ampia variabilità di interventi e di quadri clinici da non riuscire a suggerire una tipologia di intervento ben definita. Eppure, se la diagnosi è ben fatta, cioè se segue effettivamente quanto indicato nelle Consensus e nei documenti in tema di DSA (CC 2007, PARCC 2011, CC-ISS 2011, LG-ISS 2022), riesce anche a identificare le aree sulle quali intervenire e il punto di partenza, permettendo di stilare un piano di intervento con previsione degli esiti.

Ancora troppe volte troviamo genitori che raccontano che i propri figli in passato hanno fatto dei percorsi di potenziamento (con un po' troppa confusione tra interventi di tipo didattico e riabilitativo), ma che non esiste documentazione e che non sono state fatte delle prove per verificare se effettivamente quell'intervento sia stato efficace. Non è certo una responsabilità dei genitori, che appena scoperta la diagnosi si trovano al perso, ma di chi lavora male, per superficialità o incompetenza. Quando un genitore vi racconta che gli interventi precedenti non hanno funzionato, bisognerebbe capire se si trattava di fare i compiti o se è stato un percorso strutturato, con certi strumenti e una certa frequenza. Se fatto bene, il trattamento riabilitativo per DSA funziona.

Nel libro che state per leggere si ribadisce l'importanza della verifica degli esiti, concetto comune in tutto il mondo sanitario e ancora troppo sottovalutato in ambito di DSA. Viene mostrato che cosa misurare prima e come rilevare il cambiamento attraverso i dati raccolti. C'è poi un risultato che difficilmente un test riesce a evidenziare, ed è quello che leggiamo

negli occhi dei bambini e dei loro genitori: il modo più diretto per rendersi conto di questi cambiamenti è leggere la parte delle esperienze dei genitori che troviamo nell'ultimo capitolo.

Cosa distingue questo testo da tanti altri? Innanzitutto ti dice come fare, ma anche cosa dire: mai avevo letto nei libri di colleghi esempi pratici di cosa loro dicono ai bambini che hanno in carico. Questo mi sembra particolarmente utile sia per i clinici che hanno deciso di dedicare la loro attività professionale ad aiutare i bambini con DSA e sono all'inizio di questo splendido percorso, sia per quelli rodati che possono in questo modo confrontare la propria modalità di interagire con bambini o genitori.

Ho avuto il privilegio di leggere questo testo in anteprima e solo dopo, mentre ci confrontavamo sui grandi nomi che avrebbero potuto scrivere la prefazione, ho appreso che sono stata io la prescelta. Poter introdurre il libro di una stimata collega che è anche un'amica carissima mi riempie di gioia e di orgoglio.

Sono sicura di non essere riuscita a rendere giustizia a quello che troverete nei prossimi capitoli, ma almeno spero di aver stimolato la vostra curiosità e che sia passato tutto il mio entusiasmo, la mia stima e la fiducia in un metodo che da anni vedo applicare da parte di una professionista formata e competente, della quale le famiglie che ha avuto in carico non fanno altro che parlar bene e che non finiscono di ringraziare.

Buona lettura, la ringrazierete anche voi!

Introduzione

Serve un libro che insegni quali tecniche utilizzare concretamente nella riabilitazione della Lettura, dell'Ortografia e del Sistema e Senso del Numero? Quando mi sono posta questa domanda la mia risposta è stata: decisamente sì!

Sono una Psicologa dell'età evolutiva, Psicoterapeuta cognitivista; ho svolto l'attività di Logopedista per diversi anni, prima presso il Centro di Riabilitazione ADM – Gruppo Audiomedical di Roma, poi presso l'Ospedale Pediatrico IRCCS Bambino Gesù nelle sedi di Roma e Palidoro; sono coautore del “TFL. Test Fono-Lessicale” (Vicari *et al.*, 2007) per la valutazione delle abilità lessicali in età prescolare e coautore della app Writing Trainer (Luci, Stella, 2019) per la riabilitazione della Disortografia; insegno in diversi corsi relativi ai Disturbi del Neurosviluppo rivolti a colleghi clinici, pediatri, insegnanti e/o genitori; sono docente in Master post-universitari privati e pubblici, di primo e secondo livello, in riferimento ai temi della rieducazione della Letto-Scrittura... E sapete cosa ho appreso in tutte le ore di docenza che ho tenuto? Che dobbiamo insegnare la *pratica del mestiere*, perché anche nei livelli più alti di istruzione insegniamo benissimo modelli neuropsicologici di come si legge, si scrive, si conta; presentiamo test di valutazione diagnostica, modelli di rieducazione... Ma arriva il momento in cui il discente ti guarda e ti chiede: “Come funziona l'ho capito... *Ma come si fa?!*”.

Ecco questo è un libro sul *come si fa*... E come ho deciso di spiegarvelo il come si fa? Raccontandovi nel modo più pratico possibile quello che ormai da qualche anno è diventato *il mio metodo*, che ho chiamato LENUOR come acronimo sillabico delle parole che tanto significato hanno in questo tipo di rieducazione: la LETtura, i NUmeri e l'ORTografia. Il modo più pratico credo sia risparmiarsi, dove possibile, dissertazioni teoriche e riferimenti bibliografici per raccontarvi, invece, le cose per come io le

ho capite, le utilizzo e le insegno a bambini, genitori, insegnanti e clinici. A tal fine, il testo si articola in 7 capitoli. Nel capitolo 1, si introduce il Metodo LENUOR con i suoi temi centrali: la condivisione del programma riabilitativo, il coinvolgimento attivo del caregiver nel processo rieducativo e la gestione della frustrazione da errore, tema nodale in ogni rieducazione e in ogni apprendimento, che tanta parte svolge nel demotivare il bambino/ragazzo e nel rallentarne i progressi. Nei capitoli successivi vengono presentate le tecniche per la rieducazione dei processi di Lettura in termini di Decodifica (capitolo 2); Scrittura in termini di Correttezza Ortografica (capitolo 3); Sistema e Senso del Numero in termini di Conteggio, Lettura e Scrittura dei Numeri e capacità di stabilire ordini di grandezza (capitolo 4). Per quanto si tratti di un metodo riabilitativo e pertanto rivolto esclusivamente a clinici che si occupano di rieducazione di Lettura, Scrittura e Numeri, trovo che molte delle strategie qui consigliate, soprattutto quelle suggerite per l'Ortografia e il Sistema e Senso del Numero, possano essere efficacemente utilizzate anche da insegnanti, pedagogisti, tutor e tecnici dell'apprendimento in ambito educativo e abilitativo. Nel capitolo 5 viene esplicitato come le stesse tecniche riabilitative siano applicabili anche a distanza in sedute di Teleriabilitazione. Di particolare interesse per la novità che rappresenta è il capitolo 6, nel quale si affronta il tema dell'insegnamento di Lettura, Scrittura e Numeri attraverso il Metodo LENUOR in bambini che sono arrivati in riabilitazione senza aver appreso a leggere, scrivere e far di conto, a causa di livello cognitivo limite, di disabilità intellettiva lieve o altro. Per ogni capitolo vengono presentati i risultati di efficacia del Metodo LENUOR su casi singoli, rappresentati da bambini e ragazzi che frequentano la scuola primaria e secondaria. Nel capitolo 7 riporto fedelmente quanto espresso dai genitori che mi hanno affiancato nella terapia dei propri figli affinché sia data voce anche a loro, che tanta importanza rivestono nella terapia con il Metodo LENUOR.

Nota: tutti gli esempi e le storie riportate hanno per protagonisti i bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze, che negli anni mi sono stati affidati e le loro famiglie. Per garantire la loro privacy e per semplicità narrativa nel testo mi riferisco a tutti loro con il nome di mia figlia: Leila.

1. Riabilitare Lettura, NUMeri e ORtografia con il Metodo LENUOR

Il Metodo LENUOR ha l'obiettivo di riabilitare la capacità di leggere, scrivere e contare nei Disturbi di Apprendimento, siano essi specifici (da qui in poi anche DSA) o secondari ad altre disabilità.

Chiariamo innanzitutto i termini che utilizzerò nel corso della presentazione del Metodo LENUOR. *Disturbo* ad apprendere significa, a livello operativo e facendo un rapidissimo cenno alla statistica, che le prestazioni di Leila in Lettura, Numeri e Ortografia si collocano sotto le 2 Deviazioni Standard (da qui in poi *ds*) in merito alla velocità e sotto il 5° Percentile (da qui in poi *P*) in merito alla correttezza, rispetto alle prestazioni medie ottenute da bambini che frequentano una classe del suo stesso livello. Spiegata più semplicemente: quando somministro a Leila un test di Lettura è come se chiedessi al test: “Quanto Leila per la velocità a cui legge si allontana dalla velocità a cui leggono i bambini della sua età?”. Se la risposta del test è 0 ds vuol dire che Leila non si allontana dalle prestazioni degli altri, ovvero legge alla loro velocità. Questo si traduce nel fatto che: 0 ds rappresenta una prestazione nella norma; tra -1 e -2 ds si colloca una prestazione in difficoltà; oltre -2 ds si colloca una prestazione in disturbo, ovvero in deficit o in fascia clinica. La correttezza, invece, la misuriamo in Percentili, che rappresentano una scala ordinale da 1 a 100, nella quale solitamente il 1° P rappresenta la prestazione più scarsa, il 100° P la prestazione migliore, il 50° P la prestazione media, sotto il 15° P si colloca una prestazione in difficoltà, sotto il 5° P si colloca una prestazione in disturbo, in fascia clinica o deficitaria. Nel caso dei Percentili è come se chiedessi al test: “Mettendo in ordine 100 bambini per correttezza di Lettura, da quello che compie più errori (1° P) a quello che ne compie meno (100° P), Leila come si colloca?”. Se la risposta del test è: “Sotto il 5° Percentile (<5° P)” significa che almeno 95 bambini, su 100, leggono più correttamente di lei e quindi che la sua prestazione risulta deficitaria rispetto a quella dei bam-

bini della sua classe di riferimento. Nei capitoli sul trattamento vedremo nello specifico per ogni area cognitiva (Lettura, Numeri e Ortografia) in quante prove si debba cadere per poter parlare di Disturbo; qui mi interessa specificare solo che il Metodo LENUOR si applica ai casi di Disturbo, per come lo ho appena definito, ovvero, per come emerso dall'esame dei risultati ottenuti da Leila in test standardizzati.

Altro punto da chiarire è quello relativo alla *specificità* del disturbo, riferita al fatto che possiamo o meno rintracciare un'altra causa clinica (ad esempio sindrome genetica, disabilità intellettiva, epilessia, ecc.), che possa giustificare il deficit di apprendimento rilevato dai test somministrati. Quando il disturbo è *specifico*, esso si intende *primario*, ovvero non ci sono altre cause che lo determinano; quando il disturbo risulta conseguente ad altre cause, quindi a esse *secondario*, lo definiamo Disturbo di Apprendimento omettendo il termine *specifico*. Il Metodo LENUOR è rivolto a tutti i bambini e ragazzi con Disturbo di Apprendimento di Lettura, Ortografia e Numeri, sia esso specifico o secondario ad altre cause.

Nel Metodo LENUOR gli obiettivi di trattamento sono il potenziamento o l'insegnamento di:

- Lettura in termini di Decodifica, quindi far leggere Leila più velocemente e più accuratamente (con meno errori).
- Scrittura in termini ortografici, quindi far scrivere Leila più accuratamente (con meno errori di ortografia).
- Capacità di operare nel Sistema e Senso del Numero, quindi portare Leila a contare, leggere, scrivere i Numeri e stabilire ordini di grandezza più velocemente e accuratamente (con meno errori).

Quello attuato nel Metodo LENUOR è un trattamento di tipo misto, che quindi si svolge sia in regime ambulatoriale (Leila viene a studio generalmente 1 volta a settimana), sia in regime domiciliare (Leila lavora a casa affiancata da un caregiver generalmente altre 2 volte a settimana). Quindi, tranne rare eccezioni che analizzeremo più avanti, il Metodo LENUOR prevede la collaborazione attiva tra il clinico, Leila e un caregiver, il quale sarà presente e parteciperà in tutte le sedute di trattamento fatte in ambulatorio e riporterà le stesse attività, con gli stessi strumenti e le stesse modalità, a casa per un numero prestabilito di volte durante la settimana.

Chiarisco subito che il lavoro che si fa per potenziare le capacità di Decodifica, Ortografia e Numero in chi ha una diagnosi clinica di Disturbo di Apprendimento (specifico o meno) è un atto *riabilitativo*... Ma se il processo non è stato acquisito, è ancora corretto parlare di RI-abilitare, termine che sembra avere più a che fare con una capacità che è stata persa, piuttosto che non acquisita? Non sarebbe più corretto parlare di A-bilitare? No,

non sarebbe più corretto parlare di abilitazione e Sì, è corretto parlare di riabilitazione, in quanto nella definizione stessa del termine *riabilitazione* è specificato che esso si applica anche ai casi in cui la capacità oggetto di trattamento non sia stata acquisita. Conseguentemente, si tratta di un atto sanitario e in quanto tale le figure professionali abilitate a esercitarlo sono: logopedisti, psicologi, neuropsicomotricisti dell'età evolutiva e medici, in particolare mi riferisco a neuropsichiatri, neurologi e simili.

Dunque, qui parliamo di riabilitazione e attualmente nel panorama riabilitativo per i Disturbi di Apprendimento possiamo distinguere sostanzialmente tra due tipologie di trattamenti:

- *I trattamenti orientati al processo*, ovvero tutti quei trattamenti che trattano le abilità di Lettura/Ortografia/Numeri potenziando i processi neuropsicologici che ne sono alla base, quindi: attenzione visiva, memoria di lavoro, sostanzialmente funzioni esecutive; metafonologia; denominazione visiva rapida; ecc. Come a dire: premesso che per arrivare a leggere la mente umana utilizza necessariamente una serie di processi cognitivi sottostanti, che sono appunto di tipo attentivo, mnestico, metafonologico, allora posso potenziare la capacità di Lettura mettendo Leila non a leggere, ma a fare una serie di attività (ad esempio sintesi fonemica, compiti di attenzione visiva, compiti di denominazione di immagini in rapida successione, ecc.), le quali, una volta potenziate, porteranno Leila a leggere meglio.
- *I trattamenti orientati al compito*, ovvero trattamenti che lavorano sulle abilità di Lettura/Numeri/Ortografia facendo eseguire a Leila compiti di Lettura/Conteggio/Scrittura.

Il Metodo LENUOR si colloca nell'ambito dei trattamenti orientati al compito. In particolare, si tratta di un tipo di trattamento dominio-specifico: quando il problema è la Lettura, si lavora sulla Lettura attraverso il compito Lettura, ovvero in terapia chiediamo a Leila di leggere (al computer!); quando il problema è l'Ortografia, si lavora sull'Ortografia attraverso il compito Scrittura, ovvero in terapia chiediamo a Leila di scrivere (al computer!); quando il problema sono i Numeri, si lavora sui Numeri attraverso compiti che riguardano i Numeri, ovvero in terapia chiediamo a Leila di contare.

Inoltre, si tratta di un metodo che sfrutta le nuove tecnologie, in particolare il Personal Computer (da qui in poi PC) con software, piattaforme e app studiate per la rieducazione di Lettura/Numeri/Ortografia. Quindi: se non vi fidate delle nuove tecnologie, se volete lavorare con Leila usando carta e matita, se siete contrari all'uso del PC in ambulatorio e a casa, potete continuare a leggere questo libro a titolo informativo, ma vi consi-

glio di saltare tutte le parti del manuale che riguardano la dimostrazione dell'efficacia del trattamento, poiché non applicando il Metodo per come qui raccomandato, ovvero utilizzando le nuove tecnologie, quei risultati di efficacia non riguarderanno né il vostro lavoro, né i vostri pazienti.

1.1. Il Metodo LENUOR: da quando, fino a quando e per quanto

1.1.1. Da quando

Il Metodo LENUOR va applicato quanto più precocemente possibile, ovvero:

- *Al momento della diagnosi:* cioè quando è stato stabilito che Leila ha un disturbo ad apprendere, sia esso specifico, come nel caso di Dislessia, Disortografia e Discalculia, oppure secondario a funzionamento intellettivo limite, disabilità intellettiva, sindromi genetiche, epilessia, quindi tutte quelle condizioni cliniche che possono determinare un disturbo a imparare efficacemente a leggere, scrivere e far di conto.
- *Precedentemente alla diagnosi:* nel momento in cui Leila non riesce ad apprendere a leggere, scrivere e contare nel corso della prima e/o seconda classe di scuola primaria.

Questo secondo è un punto particolarmente importante da considerare, perché troppo spesso accade quanto vado a raccontarvi: Leila frequenta la prima, o la seconda, classe di scuola primaria, i genitori e/o gli insegnanti si rendono conto che non riesce proprio ad apprendere a leggere e scrivere o che lo fa con difficoltà e fatica estreme, quindi la famiglia si rivolge a uno specialista per capire come sostenere Leila e si sente rispondere: “Poiché la diagnosi di Disturbo Specifico di Apprendimento può essere fatta solo tra la fine della seconda e il corso della terza classe di scuola primaria, bisogna che aspettiate... ci risentiamo più avanti”. Ora, sia chiaro che è doveroso rispettare i tempi definiti per la diagnosi di DSA. Come mai? Perché per poter affermare che Leila ha un disturbo ad apprendere prima bisogna dare il tempo di insegnare, poi bisogna dare il tempo di imparare ed è solo quando la maggior parte dei compagni riesce a leggere, scrivere e contare in modo sostanzialmente automatico e Leila no, che possiamo parlare di Disturbo. Questo quando, cioè il momento in cui la maggior parte dei bambini riesce a leggere, scrivere e contare in modo sostanzialmente automatico, si colloca, appunto, tra la fine della seconda e il corso della terza classe di scuola primaria, a seconda della competenza a cui ci riferiamo. Ciononostante, dobbiamo fare un paio di osservazioni. La prima

è che, se la Dislessia, ad esempio, è un disturbo a carattere neurobiologico (lo è), allora Leila è nata dislessica, non lo diventa in terza classe di scuola primaria, e questo significa che, anche se la diagnosi può essere formulata a fine seconda classe, per lei è estremamente complesso, faticoso e frustrante frequentare sia la prima, che la seconda classe. La seconda osservazione è che il Disturbo Specifico di Apprendimento rappresenta solo una delle tante neurodivergenze da cui può essere caratterizzata Leila, nel senso: magari Leila non ha una Dislessia, magari non riesce a imparare a leggere perché è caratterizzata da un importante disturbo di linguaggio o da una disabilità intellettiva o da qualsiasi altra cosa, che precedentemente all'apprendimento della Letto-Scrittura non è emersa come problematica oppure è emersa ma non è stata valutata clinicamente. È proprio per questi motivi che già le raccomandazioni della prima Consensus Conference sui Disturbi Specifici di Apprendimento (AID, 2007) specificavano che i bambini considerabili a rischio di Disturbo dell'apprendimento devono essere presi in carico, valutati e, in caso, trattati anche prima del momento diagnostico.

1.1.2. *Fino a quando*

Il *fino a quando* si riferisce a 2 variabili, che sono:

1. Quando si interrompe il trattamento?
2. Fino a quale età/classe è indicato il trattamento?

Per entrambi i punti è importante definire il Metodo LENUOR come un trattamento basato sull'evidenza: la mia proposta è quella di trattare il disturbo a leggere/contare/scrivere come si tratta il colesterolo. Faccio quindi prima l'esempio con il colesterolo in modo che risulti più chiaro: Leila fa delle analisi del sangue dalle quali si evidenzia un valore del colesterolo clinicamente alto; quindi, in accordo con il clinico segue una dieta per un certo numero di mesi, svolge attività fisica, assume integratori alimentari o farmaci; finito il ciclo di trattamento ripete le analisi e, in base all'andamento di quelle, si decide come e se proseguire il trattamento. Ecco, per la rieducazione dei disturbi di Lettura, Numeri e Ortografia con il Metodo LENUOR vale la stessa identica procedura: valutazione pre-trattamento o in ingresso; trattamento; valutazione post-trattamento o in uscita, o di controllo. Al momento della valutazione post-trattamento possono verificarsi diverse situazioni:

- *Miglioramento netto*: le prestazioni di Leila rientrano nella norma (raro ma possibile, anche se in questi casi c'è da chiedersi se la diagnosi fos-

se corretta o se Leila più che un disturbo manifestasse un'importante difficoltà di apprendimento). In questo caso il trattamento si interrompe per raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

- *Miglioramento sostanziale*: le prestazioni di Leila sono migliorate sia in termini assoluti, ovvero risulta più veloce e compie meno errori rispetto alla valutazione in ingresso, sia in termini relativi¹, ovvero si riduce la distanza dai pari-classe in termini di ds e P. Tuttavia, le prestazioni considerate permangono in un'area di difficoltà rispetto alla norma. In questo caso, dato che l'area di difficoltà è stata raggiunta solo a seguito di un trattamento sanitario, si consiglia la prosecuzione del trattamento.
- *Miglioramento parziale*: le prestazioni di Leila sono migliorate sia in termini assoluti, sia in termini relativi. Tuttavia le prestazioni permangono in una condizione di deficit rispetto alla norma. In questo caso, data l'efficacia del trattamento e il permanere della condizione di disturbo, si consiglia la prosecuzione del trattamento.
- *Miglioramento clinico*: le prestazioni di Leila sono migliorate in termini assoluti, ma non in termini relativi. Si tratta di quei casi in cui la distanza dai pari classe in merito a ds e P è rimasta la stessa o addirittura è aumentata. Questa situazione può determinarsi a causa del fatto che i pari classe, frequentando la scuola in assenza di disturbo di apprendimento, migliorano nelle prestazioni considerate più di quanto Leila sia migliorata attraverso il trattamento. In questo caso, data l'efficacia del trattamento dal punto di vista clinico (comunque Leila legge/scrive/conta meglio) e il permanere delle prestazioni in una condizione di disturbo, si consiglia la prosecuzione del trattamento.
- *Assenza di miglioramento*: le prestazioni di Leila sono pressoché sovrapponibili a quelle rilevate nella valutazione in ingresso sia in termini assoluti che in termini relativi. Si tratta di casi rari, che possono essere determinati dalle seguenti alternative, ovvero: il lavoro a casa non è stato eseguito secondo frequenza e modalità raccomandate, in questo caso si consiglia di effettuare la terapia esclusivamente in regime ambulatoriale aumentandone la frequenza a 2 volte a settimana; il lavoro a casa è stato eseguito secondo frequenza e modalità raccomandate, in questo caso si consiglia di cambiare metodo di trattamento e/o professionista di riferimento.

1. Nel testo con l'espressione *termini assoluti* si intende la prestazione di Leila per come rilevata e calcolata durante la valutazione; con l'espressione *termini relativi* si intende la relazione tra la prestazione di Leila e il campione normativo di riferimento.

Questo significa che la terapia con il Metodo LENUOR si interrompe! Non prosegue vita-scolastica-durante! Nel momento in cui non funziona: si cambia strategia, si cambia metodo, si cambia terapeuta, si interrompe!

Altro importante criterio di interruzione si verifica quando, legittimamente, Leila *non ne può più!* ... non so come dirlo con altre parole, ma a volte succede e possiamo e dobbiamo accorgercene: un giorno Leila entra in studio ed è spenta, stanca, arrabbiata, pronta a scoppiare in lacrime... ecco quello è il momento in cui dobbiamo consigliare un'interruzione del trattamento, almeno per qualche mese, poi si vedrà. Questo perché il Metodo LENUOR è pensato e attuato per migliorare la qualità della vita di bambini e ragazzi con Disturbi di Apprendimento, quindi nel momento in cui il trattamento disturba più del disturbo stesso, magari perché impedisce a Leila di frequentare calcio a livello agonistico o pianoforte o non so che altro, allora è doveroso interromperlo!

Nel momento in cui, invece, fosse il caregiver a non poterne più, si può pensare di sostituirlo per il ciclo successivo con un altro adulto di riferimento. Ad esempio, nel primo ciclo ad affiancare Leila c'era la mamma e nel secondo può esserci il papà. L'importante è che il caregiver di questo secondo ciclo sia sempre il papà, che venga sempre lui in studio e che sia sempre lui ad affiancarla nel lavoro a casa.

Circa il secondo punto, ovvero *fino a quando* è indicata l'adozione del Metodo LENUOR: fino a tutta la terza classe di scuola secondaria di primo grado e, nel caso in cui Leila sia particolarmente motivata, anche in scuola secondaria di secondo grado. Ciò che ci conforta nel fare questa scelta è proprio il fatto che il trattamento è basato sull'evidenza. In questi casi diremo sinceramente a Leila e ai suoi genitori: "Leila, sei in scuola secondaria, questo significa che il trattamento in termini di soldi, tempo ed energie spese può costare più dei miglioramenti che porterà. Ma se davvero vuoi, possiamo provare a lavorare per alcuni mesi (vedremo che si tratta di 3 mesi), poi valuteremo di nuovo come leggi (ad esempio) e, in base al fatto che le tue prestazioni sono effettivamente migliorate e quanto, decideremo se proseguire o meno il trattamento. Così se ci accorgiamo che non funziona avremo investito solo 3 mesi di energie, tempo e soldi. Secondo te, e secondo voi, genitori, vale la pena provare?".

1.1.3. *Per quanto: frequenza e durata del trattamento*

Frequenza

La frequenza ottimale raccomandata per il Metodo LENUOR è di 3 volte a settimana, solitamente così suddivise:

- 1 volta a livello ambulatoriale, in studio;
- 2 volte a livello domiciliare, a casa.

In alternativa, possono essere effettuate 2 sedute a settimana (applicazione minima prevista per un trattamento che possa risultare in qualche modo efficace). In questo caso si consiglia che entrambe le sedute siano svolte in studio.

Nei casi più complessi, come vedremo nel paragrafo 6.2, si può arrivare anche a una frequenza di 5/6 volte a settimana: 1 da svolgere in studio e le restanti da svolgere a casa.

Sia chiaro che la somministrazione del trattamento funziona come quella dell'antibiotico: non è che, se salto una pasticca un giorno, il giorno seguente ne assumo due insieme. Il trattamento è quindi da intendersi: 1 applicazione per 1 giorno.

Qual è il senso di queste indicazioni di frequenza? L'efficacia di un trattamento è data dalla sua frequenza (per i DSA minimo 2/3 volte a settimana) e uno dei punti forti del Metodo LENUOR risiede proprio nelle indicazioni di frequenza del trattamento. Ho sempre adorato un'immagine di Kandel *et al.* (2014), che hanno definito la psicoterapia come *un'operazione al cervello a scatola cranica chiusa...* qui si fa la stessa cosa. In riabilitazione dobbiamo creare connessioni cerebrali che non si sono create... e se il nostro obiettivo è quello di operare sul cervello a scatola cranica chiusa, allora la frequenza del trattamento rappresenta un punto sostanziale per il successo dell'operazione!

Durata

Il Metodo LENUOR prevede un trattamento a cicli.

La durata minima di un ciclo di trattamento, prima di effettuare la valutazione di controllo, è di 3 mesi; la durata massima è di un anno nei casi in cui, come vedremo nel capitolo 6, ci sia un mancato apprendimento di Lettura/Numeri/Ortografia.

Poi che si fa? La valutazione post-trattamento! E dopo ancora che si fa? Si prendono decisioni sensate basandosi sulle prestazioni di Leila nella valutazione post-trattamento (vedi paragrafo 1.1.2).

Avrete a questo punto capito che il numero di cicli da effettuare prima di interrompere il trattamento non viene mai stabilito a priori, mai e per nessun motivo. La scelta di intraprendere un altro ciclo o meno dipende, come abbiamo già sottolineato (vedi paragrafo 1.1.2), dalle evidenze relative alla valutazione post-trattamento e dalla motivazione di Leila.

1.2. La presa in carico nel Metodo LENUOR

Prendere in carico Leila utilizzando il Metodo LENUOR, significa occuparsi del suo percorso di apprendimento, cosa che non si limita agli esercizi effettuati durante il trattamento, ma inizia e finisce molto più lontano...

Nel Metodo LENUOR la presa in carico di Leila inizia con la *valutazione in ingresso*, che nei prossimi capitoli vedremo nello specifico in relazione a ogni area di competenza (Decodifica/Numeri/Ortografia). È nella valutazione in ingresso, infatti, che spieghiamo a Leila e ai suoi genitori quali sono le difficoltà che abbiamo osservato quando legge, scrive, conta e in che modo ci proponiamo di aiutarla.

Una prima proposta del Metodo LENUOR (non obbligatoria, ma comunque consigliata) è quella di consentire al genitore, o ai genitori, di assistere alla valutazione in ingresso per le seguenti considerazioni:

- Vedendole mentre si manifestano, il genitore prende atto *in vivo* delle effettive difficoltà che Leila incontra nelle diverse abilità valutate e anche dei suoi punti di forza.
- Quando restituiamo i risultati della valutazione, il genitore ha già ben chiaro il profilo di funzionamento di Leila e con la diagnosi diamo solo un nome clinico a un comportamento che è stato già osservato nel corso della valutazione.
- Capito il funzionamento di Leila nel dettaglio, il genitore sarà molto più preparato per affiancarla nello svolgimento dei compiti pomeridiani. Si dice: “Ma è meglio che non siano i genitori ad affiancare Leila nei compiti”. Sì, sarebbe meglio, ma tanto, tranne rari casi, sono e saranno comunque i genitori ad affiancarla nei compiti, almeno così sapranno farlo adeguatamente!

Eccezione al consiglio di far assistere i genitori alla valutazione in ingresso è rappresentata solo da una diversa volontà da parte di Leila. Ecco, se Leila preferisce stare da sola con l'esaminatore (cosa in realtà difficile prima della scuola secondaria di secondo grado), accogliamo la sua richiesta. Perché? Perché il benessere di Leila è il fine ultimo di ogni nostro atto, scelta e operato!

Completata la valutazione in ingresso, ci occupiamo di *motivare Leila al trattamento* e di valutare la disponibilità sua e del caregiver a effettuarlo.

Un discorso di massima motivante per Leila può essere il seguente: “Allora Leila, abbiamo visto (dalla valutazione in ingresso) che fai tanta fatica quando leggi/scrivi/conti. Se vuoi, possiamo provare a lavorare insieme per farti migliorare a leggere/scrivere/contare. Sarà faticoso perché dovrai

venire da me una volta a settimana e poi lavorare anche a casa con mamma (ad esempio) altre 2 volte a settimana (ad esempio). Useremo il computer per imparare e so che questo ti piacerà, ma ricorda che sarà un lavoro ulteriore da fare oltre i compiti di scuola. Alla fine, vedrai che tutto questo lavoro sarà ripagato perché farai molta meno fatica quando leggi/scrivi/conti, ma per arrivarci dovrai davvero impegnarti tanto. Se te la senti, a me farebbe piacere insegnarti con questo metodo che funziona così: lavoreremo insieme tre mesi da adesso fino a dicembre (ad esempio) e a dicembre vedremo quanto sarai migliorata e decideremo se continuare per altri tre mesi o fermarci. Non c'è bisogno che mi rispondi subito, anzi è meglio se ne parli a casa con mamma e papà, poi mi farete sapere”.

Un discorso di massima per il caregiver può essere il seguente:

“Possiamo lavorare insieme per i prossimi 3 mesi per migliorare le capacità di Lettura/Scrittura/Numeri di Leila. Il metodo che utilizzo prevede che la portiate da me in studio 1 volta a settimana, per 45 minuti, al costo di ... euro e che lavoriate altre 2 volte (ad esempio) a casa con delle app specifiche al costo di ... euro. La persona che seguirà Leila nel trattamento a casa è una sola e deve essere la stessa che la porterà in terapia e resterà in stanza durante tutta la durata della terapia. Questo perché, se io lavoro con Leila 1 volta a settimana e lei ci lavora 2 volte, diventa fondamentale il lavoro che Leila farà a casa con lei. In altre parole: è fondamentale che lei faccia bene la sua parte e il modo che ho per insegnargliela è farla assistere *attivamente* alla seduta in studio, così che impari ad affiancare Leila in modo efficace a casa. Dopo 3 mesi, faremo una valutazione di controllo al costo di ... euro, nella quale somministrerò a Leila gli stessi test della valutazione in ingresso e in base ai risultati decideremo insieme se sarà opportuno proseguire con un ulteriore ciclo di 3 mesi o interrompere il trattamento”. Si può fare qui l'esempio del colesterolo per spiegare il fatto che il trattamento è basato sull'evidenza.

Fare questa premessa è fondamentale per stabilire, al di là della motivazione, l'effettiva disponibilità a effettuare un trattamento che impegna moltissimo il caregiver che se ne fa carico. Nei casi in cui non ci sia disponibilità da parte del caregiver, né di nessun altro tra parenti e affini di Leila, si può proporre il trattamento in studio con la frequenza di 2 volte a settimana... o dare il numero di un collega che non utilizzi il Metodo LE-NUOR! Questo modo di procedere pone il clinico in una posizione chiara rispetto a due punti:

1. Nel momento in cui per varie motivazioni il lavoro a casa non viene effettuato, il clinico, senza entrare in nessun modo in conflitto o in competizione con il caregiver, ma anzi serafico, ribadirà: “Rammenta che a dicembre (ad esempio), cioè tra 1 mese, c'è il controllo? Ecco, ricordi

che quello che ci siamo detti a settembre (ad esempio) è che ci aspettiamo un miglioramento delle prestazioni di Leila facendo il trattamento 3 volte a settimana. Se questa frequenza non viene mantenuta è probabile che il miglioramento non ci sarà”. Tutto qui. Deve essere chiaro che proponiamo un’efficacia del metodo a certe condizioni e che, se tali condizioni non sono rispettate, evidentemente il metodo non potrà risultare efficace.

2. Come già esplicitato (vedi paragrafo 1.1.2) possiamo avviare la presa in carico anche di casi complessi, di ragazzi più grandi e/o con neurodivergenze più invalidanti perché, adottando un trattamento basato sull’evidenza, si tratta di impiegare tempo, soldi e fatica per soli 3 mesi, passati i quali, se valuteremo che il trattamento non funziona, ne consiglieremo l’interruzione. In realtà è questo modo di procedere nella presa in carico che mi ha consentito di adottare il Metodo LENUOR con i casi più complessi... ma ve lo racconterò più avanti (vedi capitolo 6).

Ho aperto il paragrafo chiarendo che la presa in carico di Leila nel Metodo LENUOR non si esaurisce con il trattamento, ma inizia molto prima (lo abbiamo visto) e finisce molto dopo la *fine del trattamento*, che può avvenire, come abbiamo visto (vedi paragrafo 1.1.2), per raggiungimento degli obiettivi terapeutici, per assenza di miglioramenti, per accadimenti di vita (perché come dico spesso: “La vita ci si mette sempre di mezzo!”) o per stanchezza da non poterne più... ma la fine del trattamento non implica in nessun modo la fine della presa in carico! Nell’ultimo colloquio, quello con i saluti, gli abbracci, le lacrime, i complimenti, il batti cinque e le pacche sulla spalla, ricordiamo a Leila e ai suoi genitori che, se lo vorranno, noi continueremo a esserci per i colloqui con gli insegnanti, per l’aggiornamento del Piano Didattico Personalizzato o del Piano Educativo Individualizzato, per le valutazioni di controllo, per domande su strategie relative ad apprendimenti specifici e/o ulteriori indicazioni sui percorsi scolastici... insomma per quelli che da noi del mestiere vengono bonariamente definiti: tagliandi! In altre parole? Ci siamo stati, ci siamo e ci saremo, sempre a disposizione di Leila e dei suoi genitori.

Della presa in carico dobbiamo sottolineare un altro aspetto: se vi occupate di apprendimento la *relazione con gli insegnanti* fa parte della presa in carico! Perché i disturbi di apprendimento si trattano anche collaborando con gli insegnanti! In particolare, si tratta di:

- Condividere il Profilo di Funzionamento di Leila con i suoi insegnanti sottolineando le sue aree di debolezza, ma anche quelle di forza: dobbiamo spiegare nei particolari cosa significano i numeri riportati nelle valutazioni diagnostiche, sia in termini assoluti che relativi; dobbiamo

spiegare che ricaduta hanno quando Leila apprende, quando legge un testo, quando lo scrive, quando prende appunti, quando si sente diversa, incapace, e ancora quando invece riesce, quando si sente brava, quando ce la fa.

- Occuparsi insieme agli insegnanti della stesura dei piani didattici ed educativi, siano essi personalizzati, come nel caso dei DSA, o individualizzati, come nel caso di disabilità di altro tipo.
- Condividere il programma di trattamento (vedi paragrafo 1.3).
- Fare da ponte tra i genitori, Leila e i suoi insegnanti: questo è davvero un punto nodale nell'occuparsi del benessere di Leila a scuola. Per ovvi motivi il Disturbo di Apprendimento si manifesta quando Leila apprende, ovvero soprattutto a scuola. È lì che emergono difficoltà che risultano insospettabili quando parliamo con lei del suo gioco preferito, dell'ultimo film visto al cinema o dei suoi amici, e in questo senso lo spauracchio della bambina "intelligente ma che non si applica", "vagabonda", "oppositiva", "pigra" è sempre in agguato, anzi direi *in atto*. Spesso le situazioni si complicano: i genitori tendono a difendere Leila e a criticare il lavoro degli insegnanti; gli insegnanti, dal canto loro, tendono a minimizzare il disturbo o a imputare le difficoltà di Leila alla sua scarsa volontà, a un atteggiamento troppo bonario o di inattenzione da parte dei genitori, che dovrebbero seguirla di più, seguirla meglio, punirla di più e così via. In questa situazione genitori e insegnanti sono in un sistema motivazionale interpersonale di tipo competitivo mediato da pensieri o, peggio, frasi come: "Io sono la madre, io so...!" e "Io sono l'insegnante, io so...!". È proprio qui, nel mezzo, che dobbiamo intervenire noi e fare da ponte. Che ponte? Quello che fa transitare tutti, docenti e genitori, dal sistema competitivo appena descritto, le cui emozioni di fondo sono rabbia, disprezzo e vergogna, a un sistema cooperativo, nel quale riusciamo a riconoscere che abbiamo tutti lo stesso obiettivo, ovvero che Leila apprenda e che lo faccia con la minor fatica e sofferenza possibili. Chiarito che l'obiettivo è comune, evidentemente, possiamo collaborare in una armonia di intenti che porterà con sé sentimenti di empatia, stima, fiducia e condivisione. Vi dirò di più, noi clinici stessi dobbiamo essere attentissimi a non entrare nelle maglie di un sistema competitivo né con i genitori, né con gli insegnanti: il nostro compito nel Metodo LENUOR non è competere con genitori e insegnanti, ma allearci con loro! Solo così favoriremo il benessere di Leila a casa e a scuola, che, ripeto, resterà sempre l'obiettivo della presa in carico terapeutica. A questo proposito, ricordiamo anche che relazioni e comunicazioni prevedono l'interazione di almeno due individui... noi siamo uno dei due e, per quanto l'altro ingaggi con noi,

Leila, la sua famiglia o i suoi insegnanti una competizione, fa parte del nostro mestiere portarlo alla cooperazione. Spesso le mamme mi chiamano arrabbiate con un insegnante che... la mia risposta è sempre: “Dammi il contatto, ci penso io... no, no, non devi fare niente... paghi me, ci penso io”, e lì inizia il nostro lavoro di ponte, di quando sistemiamo gli accadimenti e le frasi dette in modo che diventino funzionali a stabilire il clima di cooperazione di cui Leila ha bisogno per stare bene a scuola.

A proposito! Raccomando di farsi pagare gli incontri con gli insegnanti (online o dal vivo che siano), primo perché è lavoro. È proprio il nostro mestiere, si basa sulle nostre conoscenze e competenze e, quindi, va pagato. Secondo, più importante, perché se non vi fate pagare alla lunga smetterete di fare colloqui con gli insegnanti... e questo Leila non può permetterselo!

1.3. Il programma riabilitativo e la sua condivisione

La stesura e la condivisione del programma riabilitativo sono altri due punti nodali del Metodo LENUOR.

Ma *condividere* con chi? Con tutti! Il principio è: se tutti remiamo nella stessa direzione arriviamo, arriviamo prima e faticiamo meno! (La metafora della canoa la riprenderò anche più avanti...). In particolare, il programma riabilitativo si condivide con:

- Leila, che ne deve essere consapevole e lo deve firmare: è un punto importante questo per sancire l’impegno che Leila ha deciso di assumersi nel fare questo lavoro insieme: la terapia nel Metodo LENUOR non è imposta dall’alto, viene piuttosto condivisa, motivata e accettata. Cosa che risulta per altro fondamentale nei momenti di calo motivazionale: “Leila, ricordi che abbiamo deciso insieme di fare questa fatica per questi 3 mesi, così che tu possa leggere/scrivere/contare meglio? Ricordi che abbiamo firmato insieme il contratto? Te la senti ancora di continuare? C’è qualcosa che posso fare per rendertelo meno faticoso? Certo il compito è sempre lo stesso, ma se ti viene in mente qualcosa che ti farebbe stare un po’ meglio nella terapia, tu dimmela e vediamo cosa riesco a fare!”.
- Entrambi i genitori: firmatari anche loro del programma riabilitativo. Questo punto è importante non solo per la consapevolezza del percorso da fare insieme, ma anche per tenere traccia, negli anni, del lavoro svolto, onde evitare situazioni come quella riportata di seguito:

“Signora, Leila ha già fatto una riabilitazione, giusto?”. “Sì, sì! Per 3 anni!”. “Bene! Ha qualcosa di scritto sul lavoro svolto? Programma, obiettivi...? Sa, mi è utile per capire su cosa Leila ha già lavorato...”. “... No, non mi hanno rilasciato niente...”. Ecco, questo non deve accadere quando si applica il Metodo LENUOR.

- Gli insegnanti: loro non firmano il programma riabilitativo. Ciononostante, è davvero importante spiegare loro il tipo di compito che svolgerà Leila nei prossimi mesi anche mostrando dal vivo i software e le app. Questo risulta particolarmente utile nei primi 2 anni di scuola primaria perché, di fatto, in questo livello scolastico il lavoro di clinico e quello degli insegnanti si sovrappongono: entrambi insegniamo a Leila a leggere/scrivere/far di conto. Quindi per gli insegnanti risulterà molto utile essere a conoscenza dei metodi, delle strategie e degli strumenti che utilizziamo in terapia (ricordate l’esempio della canoa, di quando si rema tutti nella stessa direzione?). Nelle classi successive alle prime due è comunque utile tale condivisione affinché gli insegnanti si rendano conto del superlavoro in cui è impegnata Leila, lavoro che, ribadisco, va oltre quelli che sono gli impegni scolastici.

Circa la *stesura del programma riabilitativo*, nel Metodo LENUOR utilizzo un adattamento di quanto sviluppato nel Panel di Aggiornamento e Revisione della Consensus Conference (AID, 2011) nell’area tematica *facilitazioni e trattamento*, alla quale a nome e per conto dell’Associazione Italiana Dislessia in qualità di presidente del Comitato Tecnico ho partecipato in quegli anni. A titolo esemplificativo inserisco di seguito una scheda di esempio (vedi scheda n. 1) di un programma riabilitativo compilato (vedi anche scheda n. 1 in Appendice, per una versione in bianco liberamente duplicabile). Il modello che propongo, sulla falsariga di quello citato, prevede di specificare i seguenti punti:

- Responsabile del progetto ed eventuale collaboratore: importanti da specificare, soprattutto nel caso in cui si lavori in équipe.
- Arco di tempo previsto: espresso in numero di mesi.
- Numero di sedute previste. Si conteggia nel modo seguente: se Leila viene in terapia di lunedì si contano quanti lunedì intercorrono da oggi (data di inizio del trattamento) alla data prevista per la valutazione di controllo e si segna il numero corrispondente sul programma (di solito siamo intorno alle 14 sedute ambulatoriali).
- Giorno e ora dell’appuntamento. Esplicitare in questa sezione la richiesta di essere avvisati di eventuali assenze almeno 24 ore prima dell’appuntamento tranne casi di forza maggiore, che sono da mettere comunque in conto soprattutto nel lavoro con i bambini. Personalmen-

te, non ritengo opportuno farsi pagare per intero le sedute saltate senza preavviso. In quest'ultimo caso, è poi importante chiarire di persona alla prima occasione se ci sono ancora motivazione e disponibilità a effettuare il trattamento o se sia più opportuno interromperlo.

- Durata delle sedute: 45 minuti. La durata della terapia va specificata soprattutto perché il genitore può avere l'aspettativa che la terapia duri 1 ora e questo può dare adito a spiacevoli fraintendimenti quando ne vede l'interruzione dopo 45 minuti.
- Costo a seduta: specificandolo, il programma stilato rappresenta anche un preventivo di spesa, al quale ricordo che i professionisti sanitari sono tenuti.
- Regime di attuazione: nel Metodo LENUOR il regime è misto, quindi ambulatoriale o al bisogno in Teleriabilitazione, specificando la piattaforma utilizzata (si veda il capitolo 5), e domiciliare. Qui si definisce la frequenza settimanale sia delle sedute da svolgersi in studio (solitamente 1 volta a settimana), sia a domicilio (solitamente 2 volte a settimana).
- Obiettivi del trattamento: il Metodo LENUOR prevede di suddividere la terapia, che dura 45 minuti, in minimo 15 minuti per attività, fino a un massimo di 3 competenze che possono essere oggetto di trattamento in un ciclo di 3 mesi. Così nel caso in cui Leila abbia difficoltà in tutti e tre gli ambiti (leggere, scrivere e contare), gli obiettivi di trattamento saranno il potenziamento della Decodifica, dell'Ortografia e del Sistema e Senso del Numero. Ovviamente il numero delle aree oggetto di trattamento dipende dal numero di aree deficitarie emerse dalla valutazione in ingresso. Quindi se Leila presenta deficit solo nella Decodifica e nell'Ortografia, la seduta sarà suddivisa in 20 minuti circa per le due aree da trattare e così via. Dunque, non si possono trattare più di 3 aree per ciclo di terapia. Questo perché, per quanto il lavoro possa essere strutturato e intensivo, non si possono dedicare a una specifica area da potenziare meno di 15 minuti e sperare che il trattamento risulti in qualche modo efficace. Mettiamo però che le aree deficitarie per Leila siano più di 3: in questo caso come scegliere quella da trattare? A cosa dare la priorità? Per rispondere a questa domanda non serve tanto passare alla lente di ingrandimento il profilo di funzionamento di Leila, considerando punteggi assoluti (sillabe al secondo e numero di errori) e punteggi relativi (ds e P), quanto chiedere a Leila! La domanda va posta in questo modo: "Leila, se io avessi una bacchetta magica e potessi aiutarti solo in una cosa: leggere meglio; scrivere meglio; contare meglio; raccontare meglio una storia... ecc., tu in cosa vorresti essere aiutata di più?". Potete essere certi che l'area che Leila sceglierà istintivamente di potenziare è proprio quella che le crea più difficoltà

nella vita quotidiana. È comunque possibile lavorare su alcune aree in un primo ciclo di 3 mesi e su altre in un secondo ciclo, ad esempio: Decodifica, Ortografia e Sistema e Senso del Numero per un ciclo; se poi al controllo un'area, mettiamo Sistema e Senso del Numero, è migliorata in modo netto o sostanziale, possiamo nel ciclo successivo sostituirla con il problem solving, la Comprensione del testo scritto, il racconto orale, ecc.

Una nota qui va fatta in merito a prestazioni che ricadano nell'ambito della difficoltà (ovvero tra -1 e -2 ds per la velocità e intorno al 10° P per la correttezza). In realtà, una difficoltà da sola non depone per l'attivazione del Metodo LENUOR, ma spesso accade che Leila si trovi in deficit per Lettura e Sistema del Numero, quindi si attiva il trattamento con il Metodo LENUOR per il potenziamento di queste due aree, e contemporaneamente si trovi in difficoltà nell'Ortografia. In questo caso agli obiettivi di trattamento sarà opportuno aggiungere anche il potenziamento dell'area ortografica risultata in difficoltà.

- Attività: a questo punto per le 3 aree da riabilitare specifichiamo quali compiti effettivamente svolgerà Leila per esercitarsi, ad esempio: Lettura veloce di Parole in Brani al PC; Dettato di Parole e Brani con ritorno in voce al PC; Conteggio, Lettura e Scrittura di Numeri, compiti di Triplette e Inserzioni.
- Strumenti: in questa sezione si specifica quali sono gli strumenti che utilizzeremo per far eseguire a Leila il compito previsto. Per il Metodo LENUOR *attualmente* utilizzo la piattaforma di tele-riabilitazione RIDInet (www.ridinet.it) per il potenziamento della capacità di Decodifica, in particolare la app *Reading Trainer 2* (Tressoldi, 2016), e della capacità ortografica, in particolare la app *Writing Trainer* (Luci e Stella, 2019), e il software *Il generatore dei numeri*² (Biancardi *et al.*, 2003) per il potenziamento del Sistema e Senso del Numero. Ho specificato il termine *attualmente* per evidenziare il fatto che il Metodo LENUOR è indipendente dallo strumento che decidiamo di utilizzare per attuare il trattamento. Utilizzare il Metodo LENUOR non significa tanto utilizzare uno specifico strumento oggi disponibile sul mercato, quanto: avere chiaro il profilo di funzionamento di Leila, ovvero come funziona Leila quando legge/scrive/conta e quindi quali sono le aree da potenziare; avere chiaro quali compiti/attività dovrà svolgere nei prossimi 3 mesi per potenziare quelle aree; conoscere gli strumenti più effi-

2. Il software citato è allegato al volume *La discalculia evolutiva* (Biancardi *et al.*, 2003), che al momento non risulta acquistabile. Per approfondimenti e strumenti alternativi si veda il paragrafo 4.2.