

## **Thinking diagnosis in developmental age: A psychoanalytic method in interventions targeted at families with children diagnosed in the learning area**

***Mariapia Bianco\**, *Domenica Passavanti\**, *Eliana Violi\****

### *Abstract*

In recent years, there has been a significant increase in diagnoses related to school-related skills, the so-called Specific Learning Disorders, affecting children and adolescents. This phenomenon has a significant impact on social coexistence, as it involves families, schools, and healthcare services, which are constantly reorganizing to address the issue. This contribution aims to focus attention on the interventions carried out by services and professionals in this regard, particularly reflecting on the role of psychological-clinical intervention. Given the neuropsychological nature of this diagnostic category, psychologists are often called upon to engage in assessment, certification, and rehabilitative treatment activities. At the same time, families with children diagnosed in the learning domain are increasingly turning to professionals such as learning tutors, a role often performed by psychologists, seeking assistance in managing home study and establishing collaboration with the school. It will be argued that these families' demand is to give voice to the emotions they experience in the diagnosis process and how these emotions reorganize relationships within the family itself and with the child's educational environment. It will be proposed that psychology can address these questions through a psychoanalytic model that focuses not on behavior correction but on the development of the relationship between the individual and the context.

*Keywords:* learning disorders; Special Educational Needs; developmental diagnosis; psychoanalytic intervention; learning tutor.

---

\* Psychologist, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy – Clinical Psychology and Analysis of Demand.  
Email: bianco.mariapia@gmail.com; domenicapassavanti@gmail.com; elianavioli@hotmail.it

Bianco, M., Passavanti, D., & Violi, E. (2024). Pensare la diagnosi in età evolutiva: Un metodo psicoanalitico negli interventi rivolti a famiglie con figli diagnosticati nell'area dell'apprendimento [Thinking diagnosis in developmental age: A psychoanalytic method in interventions targeted at families with children diagnosed in the learning area]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(1), 39-57. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

## **Pensare la diagnosi in età evolutiva: Un metodo psicoanalitico negli interventi rivolti a famiglie con figli diagnosticati nell'area dell'apprendimento**

***Mariapia Bianco\*, Domenica Passavanti\*, Eliana Violi\****

### *Abstract*

Si assiste, negli ultimi anni, a un considerevole aumento delle diagnosi legate alle abilità scolastiche, tra cui i Disturbi Specifici dell'Apprendimento, rivolte a bambini e ragazzi. Questo evento ha una portata rilevante nella convivenza sociale, in quanto coinvolge famiglie, scuole e servizi socio-sanitari che si trovano di fronte a continue riorganizzazioni per occuparsi del problema. Nel contributo si intende focalizzare l'attenzione sugli interventi messi in campo da servizi e professionisti, sviluppando in particolare una riflessione sulla funzione dell'intervento psicologico-clinico. Data la matrice neuropsicologica di questa categoria diagnostica, lo psicologo è spesso convocato a intervenire con attività di valutazione, certificazione e trattamento riabilitativo. Al contempo, le famiglie con figli diagnosticati nell'area dell'apprendimento si rivolgono sempre di più a professionisti come i tutor dell'apprendimento, ruolo spesso svolto da psicologi, chiedendo di essere aiutate nella gestione dello studio a casa e nel realizzare una collaborazione con la scuola. Si sostiene l'ipotesi che la domanda di queste famiglie sia di dare parola alle emozioni con cui si vive l'esperienza della diagnosi e a come queste riorganizzano le relazioni all'interno della famiglia stessa e con i contesti del figlio. Si propone che la psicologia possa occuparsi di queste domande attraverso un modello psicoanalitico che vede come oggetto dell'intervento non la correzione del comportamento, ma lo sviluppo della relazione tra l'individuo e il contesto.

*Parole chiave:* disturbi dell'apprendimento; Bisogni Educativi Speciali; diagnosi in età evolutiva; intervento psicoanalitico; tutor dell'apprendimento.

---

\* Psicologa clinica, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda.  
Email: bianco.mariapia@gmail.com; domenicapassavanti@gmail.com; elianavioli@hotmail.it

Bianco, M., Passavanti, D., & Violi, E. (2024). Pensare la diagnosi in età evolutiva: Un metodo psicoanalitico negli interventi rivolti a famiglie con figli diagnosticati nell'area dell'apprendimento [Thinking diagnosis in developmental age: A psychoanalytic method in interventions targeted at families with children diagnosed in the learning area]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(1), 39-57. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

## **Premessa**

L'articolo propone una riflessione sull'intervento psicologico clinico rivolto a bambini e ragazzi con diagnosi di Disturbo Specifico dell'Apprendimento (d'ora in poi DSA) o certificazione di Bisogni Educativi Speciali (d'ora in poi BES). Le diagnosi di DSA si riferiscono a problemi di acquisizione nell'ambito della lettura, della scrittura e del calcolo matematico. Nella Consensus Conference, promossa nel 2007 dall'Associazione Italiana Dislessia (AID), i DSA sono definiti come disturbi delle abilità scolastiche. I BES, invece, non si riferiscono strettamente a una categoria diagnostica (pur includendone diverse, tra cui i DSA) ma rappresentano un'etichetta che raggruppa specifici bisogni educativi cui il contesto scolastico è tenuto a rispondere con strategie didattiche mirate. Queste classificazioni sono oggi una questione rilevante per il loro incremento in età evolutiva, per la numerosità delle richieste rivolte ai servizi sanitari – pubblici, convenzionati e ai liberi professionisti – e per la varietà degli interventi attivati a riguardo: interventi riabilitativi delle funzioni cognitive deficitarie, attuazione di piani didattici personalizzati all'interno dei contesti scolastici, interventi di tutoraggio didattico per lo studio a casa.

Ci interessa contribuire alla costruzione di ipotesi sul problema e sulle domande<sup>1</sup> delle famiglie, in particolare riflettendo sulla possibile funzione dell'intervento psicologico-clinico. Lo psicologo è spesso convocato a intervenire su queste situazioni con attività di valutazione, certificazione e trattamento riabilitativo. Ci sembra che gli obiettivi affidati all'operato dello psicologo, sia nella normativa di riferimento sia nelle raccomandazioni cliniche condivise, ricalchino un modello ortopedico di intervento volto alla cura. Nello scritto proporremo la possibilità di intervenire clinicamente, perseguendo, invece, obiettivi di sviluppo<sup>2</sup>. Con riferimento al modello di intervento psicologico clinico fondato sull'Analisi della Domanda, pensiamo che questo sia possibile recuperando la matrice relazionale sia dell'esperienza di apprendimento, sia della diagnosi relativa a tale esperienza.

L'intervento in tal senso riguarda le emozioni con cui viene connotata l'esperienza della diagnosi, emozioni intese, entro un modello psicoanalitico della relazione individuo-contesto, come simbolizzazioni emozionali inconse<sup>3</sup> della realtà che si condivide con altri. Si intende esplorare come l'esperienza dell'iter diagnostico nell'area dell'apprendimento viene vissuta dalle famiglie e dai bambini nei loro contesti. Pensiamo al senso che la diagnosi assume nei rapporti con la scuola e con i contesti sanitari, alle aspettative che le famiglie vivono rispetto alla riuscita scolastica del figlio, ai rapporti tra compagni a scuola.

Chi scrive è un gruppo di psicologhe psicoterapeute che, nel contesto di un progetto professionale chiamato Tessiture Studio<sup>4</sup>, ha sviluppato un servizio psicologico di consulenza sui problemi dell'apprendimento. Tale consulenza si svolge attraverso l'attività di supporto allo studio rivolta a bambini e ragazzi, oltre che di monitoraggio del lavoro con i genitori. Si rivolgono a Tessiture famiglie che incontrano problemi in rapporto all'apprendimento dei propri figli, famiglie con figli diagnosticati nell'area dei DSA che hanno portato avanti e spesso concluso interventi logopedici e di potenziamento neuropsicologico. Al contempo, queste famiglie vivono conflittualmente il rapporto con le scuole e riferiscono di esperienze frustranti vissute dai loro figli nella partecipazione ai contesti dell'apprendimento. Nell'incontro con le famiglie che si rivolgono a noi, si

---

<sup>1</sup> Con “domanda” ci riferiamo alla componente simbolica della relazione di intervento. Questa contiene una ipotesi di rapporto tra chi la pone, le sue esigenze e il contesto in cui è espressa (Barus-Michel, Enriquez, & Lévy, 2002/2005). Nella proposta metodologica dell'Analisi della Domanda si assume che il problema che porta le persone dallo psicologo sia un pretesto per l'organizzazione di una relazione che consenta il pensare emozioni. Per un approfondimento si rimanda a Carli & Paniccia, 2003.

<sup>2</sup> Nel modello cui stiamo facendo riferimento, l'obiettivo dell'intervento psicologico è lo sviluppo della relazione tra individuo e contesto, quindi delle capacità produttive e di scambio da parte di chi chiede l'intervento. Si pone una differenza tra l'obiettivo ortopedico volto a ricondurre l'individuo a una condizione di normalità e lo sviluppo. Il primo persegue la cura della singola persona, il secondo fa riferimento alla relazione tra l'individuo e il suo contesto. Nel lavoro rivolto all'infanzia e l'adolescenza (come quello cui facciamo riferimento nel presente contributo) è possibile sovrapporre lo sviluppo dato dalla maturazione e dalla crescita con quello proposto nella nostra definizione (Carli & Paniccia, 2003).

<sup>3</sup> Il rapporto individuo-contesto è inteso come componente simbolica emozionale della convivenza. Si fonda sul concetto di collusione: simbolizzazione emozionale del contesto, da parte di tutti quelli che lo condividono. Per approfondimenti si rimanda a Carli & Paniccia, 2003.

<sup>4</sup> Tessiture - Studio di psicologia e psicoterapia è un progetto che nasce nel 2018 dal confronto professionale di un gruppo di psicologhe con una storia di lavoro e di formazione in comune, nel desiderio di sviluppare esperienze e competenze in un'offerta professionale. Lo studio offre servizi rivolti a persone, famiglie e organizzazioni, occupandosi dei problemi che questi incontrano nei rapporti di convivenza.

coglie come gli interventi messi in campo siano spesso vissuti come poco soddisfacenti da chi ha ricevuto la diagnosi. Facciamo l'ipotesi che questi, per quanto puntuali, siano poco centrati rispetto al problema esperito. Si tratta di interventi in vari modi orientati da un'ottica riabilitativa che sembra svilupparsi lungo due polarità: correzione del deficit o adattamento alle richieste del contesto scolastico. La centratura è sui comportamenti dell'individuo portatore del problema, sulle sue prestazioni di rendimento scolastico e sulle condotte valutate come funzionali rispetto ai contesti di apprendimento. Pensiamo che l'ottica riabilitativa del deficit individuale non esaurisca gli interventi possibili. Assumendo la prospettiva per cui sono le relazioni il luogo del problema, si aprono scenari di intervento interessanti, dove un pensiero sugli sviluppi possibili si realizza nella relazione tra chi vive il problema e il contesto in cui il problema si manifesta: la scuola, la famiglia, la relazione con lo psicologo. Il lavoro psicologico entro questo modello, non è centrato sul problema come fatto, ma su come questo viene simbolizzato emozionalmente da chi lo vive (Carli & Paniccchia, 2003). Tratteremo, a questo proposito, il problema della diagnosi come evento a cui si può attribuire significato, esplorando i vissuti ad esso connessi e pensando come questi riorganizzano le relazioni. Entro questa proposta di intervento, sarà centrale il setting di intervento costruito con il figlio, volto a condividere l'esperienza di fare i compiti insieme ed esplorare simbolicamente il rapporto con la scuola e l'esperienza di apprendimento.

Partiremo da una lettura del mandato sociale che legittima l'intervento psicologico in situazioni di diagnosi di DSA o certificazione di BES, approfondiremo poi la proposta metodologica che organizza il nostro lavoro nell'ambito dell'apprendimento, presentando infine il resoconto di un intervento condotto da due psicologhe dello Studio. Tale intervento è richiesto da una famiglia che ha ricevuto una diagnosi di disturbo dell'apprendimento rivolta alla figlia undicenne; la richiesta inizialmente formulata è di supporto per lo studio a casa nei mesi successivi all'esordio della pandemia da Covid-19.

### ***Mandato sociale: Dalla diagnosi delle abilità ai problemi di convivenza***

#### *Le diagnosi in età evolutiva*

Si approfondirà il mandato sociale<sup>5</sup>, con particolare attenzione al quadro normativo che legittima gli interventi rivolti a bambini con diagnosi delle abilità scolastiche, esplorando alcune dimensioni caratterizzanti le diagnosi dell'età evolutiva, nell'ipotesi che queste contribuiscano a organizzare le richieste che le famiglie rivolgono ai servizi psicologici.

La diagnosi in età evolutiva rappresenta un ambito della psicodiagnostica in grande sviluppo.

I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva sono molto frequenti: coinvolgono complessivamente fino al 20% della popolazione tra 0 e 17 anni ed includono sia i disturbi neurologici (conseguenti a malattie acquisite o genetiche del sistema nervoso) [...] sia i disturbi di sviluppo (disabilità intellettiva, disturbi dello spettro autistico, disturbi specifici del linguaggio e dell'apprendimento, disturbo da deficit di attenzione con iperattività, ecc.), sia i disturbi psichiatrici. [...] (Ministero della Salute, 2019, p. 2).

I disturbi dell'età evolutiva rilevano deficit in differenti aree del funzionamento del bambino o del ragazzo, ma risultano accomunati da una grande variabilità negli esiti e nelle prognosi che ci si attende, appunto, da soggetti in età evolutiva. Ad esempio, spesso è difficile definire ciò che è normale e ciò che è patologico, dato lo stretto legame tra criteri di valutazione ed età cronologica. Colpisce, inoltre, la crescente attenzione verso queste diagnosi e la numerosità dei soggetti diagnosticati. Tale numerosità, ha portato negli ultimi decenni ad un incremento di nuove teorie esplicative sui disturbi e al fiorire di diversi approcci e protocolli che non sono stati più soltanto semplici adattamenti dei trattamenti dell'adulto (Romano & Rosini, 2020).

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità la loro incidenza è in ascesa: in meno di 10 anni è raddoppiato il numero di giovani e giovanissimi seguiti nei servizi di neuropsichiatria ("Istituto Superiore di Sanità: In 10 anni raddoppiato il numero di giovanissimi seguiti nei servizi di neuropsichiatria", 2022). Tale utenza risulta quattro

---

<sup>5</sup> Per mandato sociale si intende il processo di legittimazione e consenso sociale che dà luogo a normative e prassi condivise. Tale processo media tra scientificità e valori socialmente accettati ed è, inoltre, in continua elaborazione. Relativamente alla professione psicologica, le finalità del mandato non rappresentano di per sé obiettivi dell'intervento. L'intervento psicologico necessita di una committenza: è l'accordo tra interlocutori a tradurre in dimensioni operative, storiche e contingenti le grandi finalità del mandato (Carli & Paniccchia, 2003).

volte superiore a quella dei servizi di salute mentale adulti e venti volte superiore a quella dell'area psicologica dei consultori (Ministero della Salute, 2019). Elementi quali cambiamenti della società, maggiore attenzione alle problematiche dello sviluppo da parte di genitori e insegnanti e la presenza di alcune recenti normative come la legge 170 relativa ai disturbi specifici d'apprendimento e le circolari ministeriali sui BES hanno contribuito a fare emergere bisogni inascoltati e condotto a un incremento delle richieste ai servizi di Neuropsichiatria infantile (Ministero della Salute, 2019).

Da queste note si intuisce che tale categoria di diagnosi risponde, oltre che a esigenze di trattamento dell'individuo, anche a problemi che i bambini incontrano nel rapporto con i loro contesti di vita. Su come le normative contribuiscono a organizzare i rapporti tra scuola e famiglia, torneremo in seguito. Ci soffermeremo ora su una più puntuale definizione delle diagnosi che riguardano le abilità scolastiche, dal momento che tale categoria di disturbi ci sembra descrivere in modo peculiare il rapporto tra valutazione diagnostica e contesto che la produce, rapporto che troviamo prezioso recuperare nell'intervento psicologico clinico.

### *Disturbi Specifici dell'Apprendimento e Bisogni Educativi Speciali: Definizioni e quadro normativo*

A partire dal 2010, con l'approvazione della legge 170, si assiste a un incremento dei soggetti con deficit dell'apprendimento. Nell'anno scolastico 2018/2019 gli alunni frequentanti le scuole italiane a cui è stato diagnosticato un DSA sono 298.114, pari al 4,9% del totale degli alunni. La quota degli alunni con DSA sul totale dei frequentanti è salita dallo 0,8% del totale alunni dell'anno scolastico 2004/2005 al 3,1% dell'anno scolastico 2018/2019 nella scuola primaria, dall'1,6% al 5,9% nella scuola secondaria di I grado e dallo 0,6% al 5,3% nella scuola secondaria di II grado (MIUR, 2019). Ci interessa considerare l'aumento di queste diagnosi come un effetto di cambiamenti nei sistemi di convivenza. Soffermiamoci sulle definizioni.

In un documento recepito nel 2016 dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP) dal titolo *DSA e i BES: indicazioni per la pratica professionale*, troviamo:

Con l'acronimo DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento) si intende una categoria diagnostica, relativa ai Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento che appartengono ai disturbi del neurosviluppo (DSM 5, 2014), che riguarda i disturbi delle abilità scolastiche [...] (CNOP, 2016, p. 21).

Nella Consensus Conference del 2011, organizzata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), si riporta:

Si tratta di disturbi che coinvolgono uno specifico dominio di abilità, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale. Essi infatti interessano le competenze strumentali degli apprendimenti scolastici. Sulla base del deficit funzionale vengono comunemente distinte le seguenti condizioni cliniche:

- dislessia, cioè disturbo nella lettura (intesa come abilità di decodifica del testo),
- disortografia, cioè disturbo nella scrittura (intesa come abilità di codifica fonografica e competenza ortografica),
- disgrafia, cioè disturbo nella grafia (intesa come abilità grafo-motoria),
- discalculia, cioè disturbo nelle abilità di numero e di calcolo (intese come capacità di comprendere e operare con i numeri). Le disfunzioni neurobiologiche alla base dei disturbi interferiscono con il normale processo di acquisizione della lettura, della scrittura e del calcolo. I fattori ambientali – rappresentati dalla scuola, dall'ambiente familiare e dal contesto sociale – si intrecciano con quelli neurobiologici e contribuiscono a determinare il fenotipo del disturbo e un maggiore o minore disadattamento (ISS, 2011, p. 7).

Già nella definizione si riscontra il significativo rapporto, espresso in termini di adattamento, tra deficit neurobiologico e le variabili ambientali determinanti il processo di apprendimento. A tal riguardo proseguiamo riportando che la formulazione di diagnosi di DSA è inficiata da diverse variabili come la presenza di menomazioni sensoriali e neurologiche gravi; disturbi significativi della sfera emotiva; situazioni ambientali di svantaggio socio-culturale che possono interferire con un'adeguata istruzione; particolari condizioni etnico-culturali (AID, 2007). A queste variabili si aggiungono altri criteri da attenzionare: il carattere evolutivo di questi disturbi; la diversa espressività del disturbo nelle diverse fasi evolutive dell'abilità in questione; la quasi costante associazione ad altri disturbi (comorbidità) che comporta significative ricadute sul versante dell'indagine diagnostica (AID, 2007). Rispetto alla comorbidità ci sembra importante riportare la diffusa associazione dei DSA con "altri disturbi neuropsicologici (come l'ADHD, disturbo dell'attenzione con iperattività) e psicopatologici (ansia, depressione e disturbi della condotta)" (ISS, 2011). Sebbene i DSA

riguardino un deficit neuropsicologico cronico dell'individuo, ci sembra rilevante riconoscere le numerose componenti individuali e situazionali che concorrono, da quanto riportato in letteratura, allo sviluppo degli apprendimenti e quindi di eventuali disfunzioni associate. Come vedremo in seguito, nell'intervento psicologico si presta una prioritaria attenzione all'aspetto neurobiologico, altri significativi ambiti di intervento riguardano, invece il contesto scolastico.

Con la normativa 170/2010 i DSA ottengono un riconoscimento legato alle seguenti finalità, integralmente riportate:

- a) garantire il diritto all'istruzione;
- b) favorire il successo scolastico, anche attraverso misure didattiche di supporto, garantire una formazione adeguata e promuovere lo sviluppo delle potenzialità;
- c) ridurre i disagi relazionali ed emozionali;
- d) adottare forme di verifica e di valutazione adeguate alle necessità formative degli studenti;
- e) preparare gli insegnanti e sensibilizzare i genitori nei confronti delle problematiche legate ai DSA;
- f) favorire la diagnosi precoce e percorsi didattici riabilitativi;
- g) incrementare la comunicazione e la collaborazione tra famiglia, scuola e servizi sanitari durante il percorso di istruzione e di formazione;
- h) assicurare eguali opportunità di sviluppo delle capacità in ambito sociale e professionale (Legge 170/2010, art. 2).

Le finalità della normativa rimandano a una dimensione di successo formativo del singolo individuo che la scuola, in particolar modo, si impegna garantire sia attraverso l'attuazione di una didattica flessibile e la fruizione di adeguati strumenti compensativi e dispensativi<sup>6</sup>, sia attraverso una precoce e tempestiva comunicazione alla famiglia di eventuali sospetti di DSA (Legge 170/2010). Nel successivo decreto ministeriale del 12 luglio 2011 viene effettuato un importante passaggio nel dichiarare la prioritaria attuazione di piani di recupero didattici solo a seguito dei quali procedere con comunicazione alla famiglia e accertamenti diagnostici da parte degli organismi preposti (MIUR, 2011). Nello stesso decreto vengono allegate le *Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento*, ove sono contenuti con maggiore dettaglio gli interventi didattici individualizzati e personalizzati da applicare attraverso la redazione di un Piano Didattico Personalizzato (PDP) (MIUR, 2011). La normativa evolve nella direzione di una prioritaria cura educativa che vede la prospettiva pedagogica assumere una certa priorità rispetto a quella clinica (MIUR, 2019). La definizione di BES rende ancora più evidente questo passaggio, rappresentando una estensione delle tutele previste dalle precedenti normative.

I Bisogni Educativi Speciali (BES) sono quelle particolari esigenze educative che possono manifestare gli alunni, anche solo per determinati periodi, “*per motivi fisici, biologici, fisiologici o anche per motivi psicologici, sociali, rispetto ai quali è necessario che le scuole offrano adeguata e personalizzata risposta*” (Direttiva Ministeriale del 27.12.2012). Tale Direttiva riassume i BES in tre grandi sotto-categorie: quella della disabilità (tutelati dalla L.104/92), quella dei disturbi evolutivi specifici (tra i quali i DSA, tutelati dalla L.170/2010, e per la comune origine evolutiva anche ADHD e borderline cognitivi), e quella dello svantaggio socioeconomico, linguistico, culturale (CNOP, 2016, p. 17).

La dicitura BES fa riferimento a una definizione pedagogica (CNOP, 2016, p. 18) e non rappresenta pertanto un'etichetta diagnostica. Ci interessa recuperarne la definizione in quanto la certificazione comporta una riorganizzazione dell'esperienza scolastica degli studenti e può comprendere al suo interno sia diverse categorie diagnostiche sia condizioni che vedono l'alunno in una situazione di svantaggio rispetto al contesto di apprendimento. Attraverso la già citata direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012, si sollecita un approccio

---

<sup>6</sup> “Gli *strumenti compensativi* sono strumenti didattici e tecnologici che sostituiscono o facilitano la prestazione richiesta nell'abilità deficitaria. [...] Tali strumenti sollevano l'alunno o lo studente con DSA da una prestazione resa difficoltosa dal disturbo, senza peraltro facilitarli il compito dal punto di vista cognitivo” (MIUR, 2011, p. 7). “Le *misure dispensative* sono invece interventi che consentono all'alunno o allo studente di non svolgere alcune prestazioni che, a causa del disturbo, risultano particolarmente difficoltose e che non migliorano l'apprendimento. Per esempio, non è utile far leggere a un alunno con dislessia un lungo brano, in quanto l'esercizio, per via del disturbo, non migliora la sua prestazione nella lettura” (MIUR, 2011, p. 7). Tali strumenti e misure sono considerati, dalla normativa vigente, essenziali ma non esaustivi di una metodologia didattica necessariamente individualizzata e personalizzata che può avvalersi di diverse strategie di recupero didattico.

educativo che dovrebbe dar modo di individuare strategie e metodologie di intervento correlate alle esigenze educative speciali (MIUR, 2012). Al contempo si sottolinea l'urgenza di applicare la normativa già destinata agli alunni con DSA anche a tutti gli alunni con BES (CNOP, 2016).

Tracciamo ipotesi interpretative su ciò che produce il quadro normativo a cui stiamo facendo riferimento. Questa evoluzione del mandato risulta particolarmente interessante per la priorità data all'intervento educativo e la responsabilità riservata al contesto scolastico nella tutela del diritto all'istruzione di ciascun alunno. La diagnosi sembra non rappresentare l'unico elemento che spiega le differenze portate dai bambini a scuola e che sollecita il farsene carico. Rispetto agli interventi che ne scaturiscono, convivono due dimensioni: una definita clinica, legata alla diagnosi e alla riabilitazione delle competenze strumentali (lettura, scrittura e calcolo) perseguita da professionisti sanitari, e una legata alla cura educativa, ossia l'attuazione di strategie didattiche di recupero e compensazione di tali facoltà nel contesto scolastico o familiare, perseguita da professionisti dell'educazione.

I contesti del bambino assumono un ruolo sempre più rilevante per la riuscita degli interventi. Tuttavia, il contesto sembra essere considerato, in questo quadro, come fattore ambientale in grado di facilitare o meno l'andamento del deficit di apprendimento, che rimane un problema riferito all'individuo che ne è portatore. Ci soffermiamo su questo aspetto perché proponiamo, invece, che l'apprendimento vada guardato come processo che si costruisce nelle relazioni e che siano queste relazioni il vertice dal quale occuparsi del problema<sup>7</sup>.

In un articolo pubblicato nel 2021, Massidda ripercorre la storia delle valutazioni relative alle facoltà di apprendimento partendo dalle prime osservazioni scientifiche dell'Ottocento relative al fenomeno della dislessia, dove bambini con normali facoltà intellettive e in assenza di deficit sensoriali e neurologici manifestavano una difficoltà nell'acquisizione della lettura (Massidda, 2021).

L'evoluzione di queste osservazioni si intreccia negli Stati Uniti dei primi decenni del secolo scorso con la consapevolezza del rilievo sociale e politico del problema delle difficoltà scolastiche in un contesto di crescente importanza dell'istruzione, in relazione alla diversificata richiesta del mondo del lavoro, e alla possibilità di carriera dei singoli soggetti (Chennat & Singh, 2014). [...] Il luogo dove il problema è più acutamente sentito è ovviamente nelle famiglie, aspiranti a un'elevazione sociale dei propri figli, che cominciano a organizzarsi in associazioni – di cui la più antica è The International Dyslexia Association, nata negli USA nel 1920 con lo scopo di incrementare lo studio e il trattamento dei problemi dell'apprendimento, e di promuovere iniziative politiche alla loro tutela (IDA, 2021) [...] (Massidda, 2021, p. 78).

Problematizzando l'iter valutativo rivolto a bambini e ragazzi che manifestano tali difficoltà scolastiche, l'autore prosegue:

L'attenzione si sposta decisamente dall'indagine sulla natura, le cause, la consistenza nosografica di tali disturbi, al problema dei bisogni che essi creano, e alla necessità di una risposta a questi bisogni (Kavale & Forness, 1998). La soluzione più ovvia che le istituzioni possono dare al problema rappresentato dai DSA è quella di creare rimedi, sotto forma di specifiche tutele legislative finalizzate alla integrazione scolastica degli alunni che ne risultino affetti (Massidda, 2021, p. 78).

La soluzione al problema delle differenze portate da questi studenti a scuola, è rappresentata dal ricorso a tutele legislative. Laddove vengono diagnosticati individui si intravedono problemi di convivenza. L'esistenza stessa di diagnosi in tale ambito sembra voler cercare risposte ad un problema che, riprendendo Massidda, riguarda le aspettative della famiglia, degli insegnanti sulle capacità di progredire nella formazione. Senza una riflessione su questo fallimento delle aspettative che riguarda le relazioni che gli studenti vivono, il mandato rischia di tradursi unicamente nell'obbligo di garantire, da parte della scuola, il successo formativo di ogni alunno, senza interrogarsi sul senso che questo successo assume nei rapporti. Nel perseguire tale obbligo, inoltre ci interessa rilevare la forte centratura sulla personalizzazione della didattica, quale strada da privilegiare per un apprendimento che ognuno sviluppa in modo individuale pur essendo, costantemente, insieme ad altri.

Potremmo dire, in sintesi, che a sollecitare l'emergere di valutazioni diagnostiche sia un fallimento

---

<sup>7</sup> In questo scritto ci riferiamo a un contesto che viene costruito dalle relazioni delle persone che condividono simbolizzazioni in merito alla realtà in cui sono implicate e riescono, insieme, a pensarle (Paniccia, Giovagnoli, & Giuliano, 2008).

sperimentato nell'esperienza di apprendimento a scuola, dove per fallimento si intende non solo il mancato perseguimento degli obiettivi didattici previsti ma anche fallimento della collusione, ossia del complesso sistema di aspettative reciproche che organizza la vita entro quel dato contesto<sup>8</sup>. Facciamo alcuni esempi di come i vissuti nei rapporti di apprendimento possano essere riorganizzati dall'evento diagnosi. A scuola la mancata automatizzazione nell'acquisizione di capacità strumentali, ostacola lo sviluppo di conoscenze sempre più articolate e astratte man mano che lo studente avanza nell'ordinamento scolastico. I docenti si preoccupano di non poter preparare lo studente ad affrontare fasi successive della formazione. In famiglia, ci si confonde tra deficit e scarsa motivazione dei figli nello studio e si anelano tecniche specifiche per studiare e recuperare le prestazioni carenti. In assenza di capacità adeguate e giusta motivazione, falliscono aspettative sul futuro dei propri figli, sulla loro possibilità di proseguire gli studi o sviluppare una certa competenza professionale. I rapporti scuola-famiglia si organizzano intorno a vissuti di pretesa e rivendicazione di diritti, sono abitati da sentimenti di esclusione e mortificazione rispetto alle capacità degli studenti. Troviamo interessante adottare questa lente nel pensare le diagnosi che incontriamo. Riprendendo Renzo Carli, "si tratta di cogliere la differenza tra problemi riferiti all'invarianza di un disturbo e problemi riferibili alla variabilità del contesto culturale. Questa differenziazione è centrale, per cogliere la specificità dell'intervento psicologico clinico" (Carli, 2016, p. 11).

Soffermiamoci ora su aspetti del mandato relativi alle prassi di intervento riservate allo psicologo.

### *Rapporto tra diagnosi e intervento psicologico*

Oltre agli interventi didattici e pedagogici a cura del sistema scolastico, ampiamente descritti dal MIUR e considerati di prioritaria importanza dalla normativa in tema DSA, ci interessa riflettere sul ruolo svolto dallo psicologo. In quanto professione sanitaria, lo psicologo svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Per i DSA si fa particolare riferimento alle attività diagnostiche che prevedono sia la diagnosi nosografica sia la diagnosi funzionale, che descrive il profilo di funzionamento, la valutazione delle abilità, dei fattori ambientali, delle condizioni emotive e relazionali e l'esame delle comorbilità (CNOP, 2016). La certificazione che consente il riconoscimento della diagnosi può essere erogata da servizi pubblici e accreditati attraverso il lavoro di un'équipe multidisciplinare composta da neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista ed eventuali altre figure sanitarie. All'azione diagnostica è dedicato molto spazio nella ricerca sui DSA e nella pratica clinica assume la funzione di

[...] creare un ritratto completo dell'individuo composto sia dai dati che emergono da varie fonti (bambino, genitori, insegnanti, etc.) che dal "profilo di abilità" dell'individuo al fine di costruire una "alleanza per lo sviluppo" tra bambino/famiglia, operatori scolastici, insegnanti (Panel di aggiornamento e revisione della Consensus Conference, 2011, p. 23).

L'azione valutativa e la successiva relazione clinica che vede la scuola e la famiglia come destinatari, sembra rappresentare l'azione che consente di conoscere il problema in modo complessivo e di condividerne con altri la visione e gli interventi. Rispetto al trattamento conseguente alla diagnosi, come già accennato, si fa riferimento principalmente ad interventi di tipo riabilitativo<sup>9</sup>:

Cosa si intende per trattamento?

Si intende un intervento specialistico riabilitativo di tipo clinico, poiché essendo i DSA disturbi di natura neurobiologica complessi non possono essere gestiti unicamente dalla scuola con interventi di potenziamento didattico. Il trattamento è di competenza dello psicologo, o di altra figura sanitaria, con una adeguata formazione in diagnosi e riabilitazione dei DSA (CNOP, 2016, p. 47).

---

<sup>8</sup> Il fallimento della collusione è inteso come cambiamento dei processi collusivi, in cui intervengono cioè nuovi modi di simbolizzare sé stesso e l'altro entro il sistema di appartenenza (Carli & Panaccia, 2003).

<sup>9</sup> Per quanto riguarda i trattamenti riabilitativi della dislessia, dalle evidenze attualmente disponibili, emerge che più efficaci sembrano essere quelli mirati al recupero della correttezza e della automatizzazione del riconoscimento delle parole. Molto scarse sono invece le evidenze sull'efficacia di metodi per il recupero degli altri disturbi di apprendimento. Non si è in grado di esprimere un consenso sulla generalizzazione di tali risultati (AID, 2007).



La riabilitazione è definita come un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle scelte operative (Ministero della Sanità, 1998).

Rispetto alla precocità del trattamento, si fa nuovamente rimando a una dimensione di tempestività. Nella Consensus Conference del 2007 si riporta che:

Nonostante sia prematuro fare diagnosi conclamata di dislessia, disgrafia prima della seconda primaria e discalculia prima della terza primaria, è possibile, già alla fine della I elementare o all'inizio della seconda elementare porre il forte sospetto diagnostico di rischio di DSA. In questo caso è utile mettere in atto tutte quelle procedure che siano utili a ridurre le difficoltà riscontrate (AID, 2007, p. 21).

Osserviamo una confusione nel rapporto tra diagnosi, trattamenti riabilitativi e riorganizzazione didattica nel contesto scolastico. Il Piano Didattico Personalizzato, ad esempio, può essere prodotto anche in assenza di diagnosi conclamata. In fase di stesura del PDP e individuazione di strumenti di supporto per lo studente, la partecipazione di un professionista sanitario (come lo psicologo) può essere richiesta dalla famiglia ma non è obbligatoria. Si consiglia, al contempo, che la relazione diagnostica stilata in ambito clinico contenga le indicazioni utili alla scuola a redigere il PDP (CNOP, 2016).

Trattare la diagnosi al di fuori di modelli relazionali e come informativa di per sé di qualunque capacità o incapacità del bambino, sembra portare a un corto circuito per cui la si ritiene essenziale per attivare risorse e interventi in modo efficace, ma si interviene prima e a prescindere da essa, in diversi modi. Questo intervenire in modo scisso dalla diagnosi sembra parlare di come i problemi di convivenza entro il contesto scolastico o familiare vengano strumentalmente attribuiti all'individuo diagnosticato. Dentro questa cultura, l'intervento psicologico sembra non occuparsi di tutte quelle dimensioni relazionali e affettive che contribuiscono a sviluppare gli apprendimenti. Trascurare la dimensione sociale e relazionale della diagnosi, esclude l'interessante interrogativo su come si organizzino le relazioni nelle quali si apprende, come sono vissute, in che modo possono svilupparsi ed evolversi.

### *Il ruolo del tutor dell'apprendimento*

La cultura diagnostica che stiamo esplorando produce un considerevole incremento di domanda e offerta di servizi intorno alle problematiche di apprendimento.

Oltre al moltiplicarsi di centri diagnostici accreditati, anche associazioni, studi professionali e liberi professionisti hanno attivato servizi di aiuto compiti specialistico o tutoraggio didattico, rivolti a bambini e ragazzi con diagnosi. La presenza di diagnosi sembra legittimare il ricorso a questi servizi che, a loro volta, accolgono domande di intervento non esaurite nel trattamento riabilitativo, che si esprimono nella difficoltà di svolgere i compiti a casa, di studiare da soli o recuperare ciò che non si è compreso a scuola. Si tratta di problemi legati all'esperienza complessa dell'imparare, che va oltre le singole competenze strumentali. Esploriamo la figura del tutor dell'apprendimento, incuriositi dal fatto che molte domande di intervento che giungono al servizio che offriamo si esprimono attraverso la richiesta di tutoraggio.

Non esistono normative che delineano le competenze di un tutor dell'apprendimento, né un albo professionale dedicato, fatta eccezione di elenchi di professionisti stilati da enti che formano a tale ruolo. Esistono corsi di formazione e master entro i quali approfondire competenze specifiche relative al lavoro con bambini e ragazzi con certificazione BES. È interessante riscontrare che molti psicologi lavorano come tutor dell'apprendimento, sebbene sia dichiarata una netta distinzione tra l'intervento psicologico, così come riportato sopra, e quello di tutoraggio. Quest'ultimo, comparato a un intervento pedagogico e didattico, supporta l'acquisizione di strategie e metodi di studio che facilitino il raggiungimento degli obiettivi scolastici e viene svolto in contesti extrascolastici, nelle sedi degli enti preposti o presso il domicilio degli studenti.

Su alcuni siti viene riportato che il tutor "non è un insegnante di sostegno, né un semplice aiuto per il doposcuola" (Igea Centro Promozione Sociale, n.d.). Ha piuttosto la funzione di aiutare gli studenti ad "acquisire un metodo di studio personale ed efficace, utilizzare al meglio gli strumenti compensativi, accrescere la loro autonomia, l'autostima ed il senso di autoefficacia. Il tutor ha inoltre un ruolo da mediatore nei rapporti famiglia-scuola" (Igea Centro Promozione Sociale, n.d.). Pur non essendo considerato un ruolo

psicologico, ci sembra che il tutor si occupi di relazioni e affettività. Riteniamo che queste questioni siano di competenza psicologica se si assume lo sviluppo di rapporti produttivi – e non la correzione di un deficit – come obiettivo dell'intervento clinico.

Le richieste che giungono al tutor dell'apprendimento sembrano riguardare quelle istanze non trattate entro gli interventi riabilitativi. Si leggono tra le righe problemi di rapporto tra la scuola e la famiglia per prendere accordi su PDP e verifiche personalizzate, problemi di rapporto tra genitori e figli a casa nel dedicarsi ai compiti pomeridiani. Nel caso presentato vedremo come il tutor dell'apprendimento sia un ruolo professionale interessante entro il quale sviluppare una funzione psicologico clinica in grado di occuparsi di problemi legati all'affettività che caratterizza l'esperienza di apprendimento.

Nella cultura che stiamo esplorando, però, in che modo si intende occuparsi dell'affettività?

Si attribuisce al tutor una competenza a trattare le emozioni di frustrazione, ansia, sconforto dello studente. In questa ottica, le emozioni divengono oggetto dell'intervento in quanto conseguenza degli insuccessi scolastici; l'intervento è orientato verso una migliore gestione di queste emozioni, modificando la causa della loro origine (l'insuccesso scolastico), trovando insieme strategie per ottimizzare lo studio, sviluppando un metodo che adatti le capacità dello studente alle richieste del contesto.

### ***Quale rapporto tra diagnosi di apprendimento ed emozioni***

Stiamo vedendo che spesso, nel panorama degli interventi rivolti all'apprendimento, il rapporto tra gli interventi attuati e i modelli psicologici a cui questi fanno riferimento, rimane implicito. Si tratta principalmente di modelli che vedono nel comportamento dell'individuo l'unità di interesse della psicologia (Carli, 2019) e nella correzione del comportamento l'oggetto dell'intervento psicologico, entro un contesto normativo dato. Abbiamo invece proposto che l'unità di analisi dell'intervento psicologico sia la relazione tra l'individuo e il contesto, ovvero la conoscenza delle dimensioni simbolico-emozionali che organizzano tale relazione. Intervenire significa riconoscere i vissuti, ovvero occuparsi di quella componente soggettiva attraverso cui attribuiamo significato alla realtà che condividiamo con altri.

Tornando ai DSA e ai modelli dell'intervento psicologico, il vertice dal quale ci interessa approfondire la questione è quello del rapporto tra apprendimento ed emozioni. Pensiamo infatti che i modi in cui si interviene sui problemi dell'apprendimento abbiano a che fare con la concezione – più o meno esplicita – che si ha del rapporto tra queste due dimensioni.

In letteratura di settore si rileva come spesso le dimensioni emozionali che caratterizzano il processo dell'apprendimento siano associate a costrutti quali motivazione, autoefficacia, autostima e positività. Con motivazione si intende ciò che spinge una persona a impegnarsi in un'attività in modo continuativo (Di Nuovo, 2018). L'autoefficacia viene descritta come la convinzione rispetto alla propria capacità di organizzare le azioni necessarie per raggiungere un determinato risultato (Bandura, 1997/2000). L'autostima si riferisce al giudizio che si ha circa il proprio valore (Caprara, 2001). La positività è definita come tratto che caratterizza chi ha un orientamento fiducioso rispetto al futuro (Magenes et al., 2021). In uno studio pubblicato di recente, un gruppo di ricercatori dell'Università Cattolica di Milano ha indagato le relazioni tra la presenza di DSA e dimensioni come autostima, autoefficacia scolastica e positività, in un gruppo di studenti con diagnosi di dislessia. A valle della ricerca, gli studiosi confermano che la presenza di DSA ha un *impatto negativo*<sup>10</sup> sull'autostima, sull'autoefficacia scolastica e sulla positività, nonché sul rendimento e sull'impegno scolastico. Si conclude con l'ipotesi che tale impatto – rilevato in modo significativo negli studenti della scuola secondaria di secondo grado – possa estendersi al momento della scelta della prosecuzione del corso degli studi (Magenes et al., 2021). Qualche anno prima, un gruppo coordinato da Anna Maria Re effettuava ricerche sui risvolti psicologici e psicopatologici che la dislessia può avere nello sviluppo di giovani adulti. Nei risultati si afferma che in tutti i casi studiati la presenza di dislessia ha *conseguenze*<sup>11</sup> psicologiche che si manifestano come ansia, depressione, bassa autostima (Re, Ghisi, Guazzo, Boz, & Mammarella, 2014). Contemporaneamente sono state studiate le relazioni tra autostima e presenza di sintomatologia ansiosa e depressiva in gruppi di bambini con DSA certificato, evidenziando nessi tra deficit della lettura e vissuti di frustrazione e bassa autostima (Marinelli, Romano, Cristalli, Franzese, & Di Filippo, 2016). Questa ricerca afferma che le difficoltà di lettura

---

<sup>10</sup> Corsivo nostro.

<sup>11</sup> Corsivo nostro.

*inducono*<sup>12</sup> un senso di inadeguatezza e che l'anticipazione del fallimento e la scarsa fiducia nelle proprie capacità contribuiscono alla diminuzione della motivazione ad apprendere da parte dei bambini.

L'intervento suggerito in letteratura (Antonietti & Magenes, 2020; Magenes et al., 2021) è l'affiancamento di un sostegno psicologico finalizzato a potenziare l'autostima, al training delle abilità di letto-scrittura per bambini e ragazzi in età scolare, mentre si rintraccia l'utilità di fornire servizi di orientamento e supporto nella progettazione dello studio per gli studenti universitari, sfiduciati nelle proprie possibilità di riuscita formativa (Magenes et al., 2021).

Tornando al rapporto tra apprendimento ed emozioni, nelle ricerche citate l'elemento della relazione sembra essere centrale. Tuttavia, notiamo come, parlando di rapporti tra DSA e dimensioni emozionali, si intenda scontatamente che la relazione sia di carattere causale: viene individuato uno stimolo esterno e oggettivo, il DSA, e la reazione individuale a tale stimolo, la risposta emozionale, ad esempio una bassa autostima o una scarsa fiducia nel futuro. Sottolineiamo che in questi studi le dimensioni psicologiche e psicopatologiche definite autostima, autoefficacia, oppure ansia e depressione, vengono proposte in quanto variabili individuali che sono misurabili attraverso i comportamenti ad esse associati. Le emozioni sono quindi trattate come conseguenza del DSA e delle esperienze scolastiche spesso sofferte.

Il CNOP scrive che è importante "intervenire tempestivamente non solo per migliorare la prognosi ma anche per prevenire gli effetti del disturbo sulle variabili psicologiche (emotive, motivazionali ecc.), riducendo il rischio di psicopatologia associata e drop-out scolastico" (CNOP, 2016, p. 39). L'intervento di supporto suggerito sembra tradursi nel correre ai ripari, contrastando un'emozionalità negativa in grado di permeare l'esperienza dell'apprendente diagnosticato e divenire prognostica rispetto alle scelte di permanenza nei circuiti formativi e professionali.

In altre fonti si parla di parti emotive e cognitive della mente (Di Nuovo, 2018). Qui, le emozioni vengono rappresentate essenzialmente quale ostacolo alla risoluzione di un compito. Si parla infatti di emozioni *negative*<sup>13</sup>, che *interferiscono*<sup>14</sup> con un adeguato apprendimento. Vengono individuate l'intelligenza emotiva e le competenze socio-emotive quali parti della mente da sviluppare, per contrastare e controllare tali interferenze.

Nell'ottica clinica che proponiamo le emozioni servono a connotare simbolicamente gli oggetti della realtà interattiva. Non sono quindi porzioni della mente distinte dalle facoltà cognitive, per cui ogni parte richiede un intervento tecnico specifico e distinto dagli altri. È il processo simbolico-emozionale a costruire la realtà, trasformando gli oggetti percepiti entro categorie emozionali (Carli, 2019).

Il vissuto emozionale è possibile solo entro relazioni. Provare emozioni, in quest'ottica, significa creare relazioni. Relazioni oggettuali, ove qualsiasi oggetto della realtà, una volta simbolizzato emozionalmente, si anima di un'intenzionalità emozionata volta a reciprocare la relazione. In questo senso lo psicoanalista si confronta sempre con relazioni, non con individui (Carli, 2019, p. 46).

Da questo punto vista non può esistere un'emozionalità che *interferisce*. Al contrario, è proprio grazie al riconoscimento dell'apprendere quale esperienza emozionata – e quindi relazionale – che è possibile riconoscerne i prodotti. In tal senso, le emozioni vissute in rapporto all'apprendimento e alla diagnosi informano circa le simbolizzazioni emozionali che organizzano tale esperienza. Intervenire clinicamente significa rendere tali simbolizzazioni pensabili per l'altro.

Pensiamo che l'esperienza della diagnosi e le conseguenti domande agli psicologici che, sempre più diffusamente, propongono interventi di supporto all'apprendimento, siano organizzate da questo complesso scenario emozionale che acquisisce senso nelle relazioni vissute dalle famiglie e dai bambini. Occuparsi di questa emozionalità, se riferita a singoli individui, è descritta in letteratura come occuparsi di una cosa altra rispetto al disturbo diagnosticato e più precisamente di una sua conseguenza. Se pensiamo che questa emozionalità, diversamente, riguarda le relazioni, allora l'evento della diagnosi può aprire a una conoscenza del problema e contribuisce, di conseguenza, a rimodulare l'intervento.

---

<sup>12</sup> Corsivo nostro.

<sup>13</sup> Corsivo nostro.

<sup>14</sup> Corsivo nostro.

## *Il servizio di consulenza all'apprendimento dello studio Tessiture e il lavoro con Laura<sup>15</sup>*

Chi scrive offre un servizio di consulenza alle famiglie relativo ai problemi di apprendimento sperimentati dai figli. Si propongono alle famiglie due setting di lavoro: un intervento domiciliare condotto da una psicologa nel ruolo di tutor, rivolto a bambini e ragazzi e incentrato sulla condivisione dell'esperienza di studio; un intervento di consulenza e monitoraggio rivolto ai genitori, condotto congiuntamente dalla tutor e una psicologa con funzione di coordinamento del servizio. Di seguito sarà resocontato<sup>16</sup> un intervento di consulenza all'apprendimento svolto da due di noi; approfondiremo la metodologia utilizzata e la funzione psicologico-clinica assunta nell'intervento. Il criterio che orienta la resocontazione è la costruzione di setting (Carli, 2020): ci interessa evidenziare i momenti in cui l'intervento ha prodotto sviluppi attraverso la proposta di pensare la diagnosi.

A giugno 2020 il servizio viene contattato dalla signora Annamaria, mamma di Laura, una ragazza di 11 anni che ha appena concluso il primo anno di scuola secondaria di primo grado, svolto quasi esclusivamente in didattica a distanza, nel periodo di contenimento della diffusione della pandemia da coronavirus. Nel corso dell'anno, Laura aveva ricevuto una diagnosi di Disturbo misto dell'apprendimento<sup>17</sup> e Disturbo dell'adattamento<sup>18</sup>. Si propone alla signora un primo colloquio condotto da due di noi: una psicologa avrebbe lavorato con Laura a domicilio, nel ruolo di tutor; una collega avrebbe svolto una funzione di consulenza alla famiglia entro incontri congiunti con la tutor, per monitorare il lavoro con Laura. Nel corso del primo colloquio la signora Annamaria chiede un lavoro di tutoraggio che supporti la figlia nello studio di matematica e geometria, materie in cui Laura ha riscontrato grandi difficoltà. Con la signora Annamaria recuperiamo una storia intorno alla richiesta di diagnosi e lei racconta di un'esperienza scolastica problematica. Laura aveva sofferto di frequenti cefalee e alla scuola primaria veniva apostrofata come bambina pigra e svogliata. La signora descrive un'esperienza molto faticosa non solo per la figlia ma anche per sé stessa, impegnata a sostenerla nello svolgimento dei compiti a casa. Con l'inizio della scuola secondaria, i docenti avevano sollecitato la famiglia a effettuare delle valutazioni neuropsicologiche per via dello scarso rendimento e di atteggiamenti oppositivi verso gli insegnanti. La diagnosi di disturbo dell'apprendimento è vissuta dalla signora come un sollievo. Finalmente Laura può avere un carico di lavoro meno gravoso e lei è legittimata a rivolgersi a uno specialista che si occupi dell'apprendimento della figlia. Il senso di sollievo con cui la diagnosi viene accolta, fa pensare a quanto possa essere stato complesso occuparsi delle difficoltà di Laura. Ipotizziamo che sostenere Laura nello studio a casa rappresenti un preciso intervento nel contesto familiare volto a dare senso ai vissuti di sconforto verso lo studio, di confusione rispetto alla diagnosi ricevuta e al cambiamento nel rapporto tra la figlia e la mamma.

Ci fermiamo su questo primo momento, in quanto fase istitutiva l'intervento. Ci occupiamo di interpretare la domanda e comprenderne il senso insieme ai nostri clienti al fine di perseguire il consenso circa gli obiettivi del lavoro. Tali obiettivi riguarderanno, dunque, la traduzione delle finalità del mandato in dimensioni operative, storiche e contingenti specifiche per quella committenza (Carli & Paniccia, 2003). Dare un senso alla domanda che ci pone la signora vuol dire, dunque, riconoscere che ci parla di vissuti con cui sono simbolizzati i problemi di cui riferisce e assumere che questi vissuti riguardano le dimensioni collusive che organizzano la convivenza in famiglia e tra famiglia e scuola. Costruire un'ipotesi su queste dimensioni collusive inconscie, agite nella domanda portata dalla famiglia, ci ha aiutato a ridefinire i problemi proposti. In questo senso, interrogarsi con la famiglia su cosa abbia prodotto un percorso valutativo, cosa ci si attende dal lavoro insieme, cosa si pensa della motivazione allo studio e come questa si organizza nei rapporti a scuola, è un modo per poter intervenire e recuperare un senso relazionale di quanto accade.

---

<sup>15</sup> A cura di Mariapia Bianco e Domenica Passavanti.

<sup>16</sup> Nella teoria della tecnica dell'Analisi della Domanda (Carli & Paniccia, 2003), la resocontazione è il metodo che consente di costruire ipotesi sulla relazione tra psicologo e cliente, attraverso l'analisi della dinamica collusiva che si sviluppa nella relazione tra i due.

<sup>17</sup> La definizione Disturbo misto delle capacità scolastiche, rintracciabile nel manuale diagnostico ICD-10 (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2001/2013), è utilizzato per indicare la presenza di Discalculia e Dislessia o di Discalculia e Disortografia, ma non per Dislessia e Disortografia, i cui codici si escludono a vicenda.

<sup>18</sup> Il DSM-5 definisce il Disturbo dell'adattamento come una risposta emotiva e/o comportamentale disadattiva a uno o più eventi psicosociali stressanti identificabili (American Psychiatric Association, 2013/2014).

## *Costruire committenza con Laura e la sua famiglia*

Dopo gli accordi presi attraverso il primo colloquio, una di noi inizia a incontrare Laura durante l'estate. A fronte di una fase conoscitiva di Laura e del modo in cui studia, si propone ai genitori un incontro di monitoraggio nel mese di settembre. La coppia sembra in difficoltà rispetto al rapporto con la figlia. Recuperiamo ulteriori elementi di contesto. Ci troviamo nell'estate del 2020, subito dopo il periodo del lockdown. La famiglia aveva attraversato mesi di convivenza forzata, con la sospensione delle attività lavorative fuori casa. Laura aveva trascorso quel periodo chiusa in camera e in videochiamata con le amiche, diventando sempre più chiusa e aggressiva nei confronti dei genitori. I genitori rimpiangono i tempi in cui Laura parlava con loro: la porta della sua camera rimaneva aperta e lei raccontava delle sue relazioni amicali. Soprattutto il padre, il signor Pietro si sente messo fortemente in crisi dall'atteggiamento della figlia, che vive come sfidante e irrispettoso. Cerca di controllare reazioni rabbiose nei suoi confronti. I due genitori descrivono comportamenti di Laura come se fossero fuori da un contesto, fuori da un periodo storico e da relazioni familiari che scopriremo avere una storia complessa e dolorosa. Qualche anno prima, a causa di un incidente, il signor Pietro era stato costretto a lasciare l'impiego pubblico in cui prestava servizio, per assumere una mansione diversa presso una piccola attività privata. Nel corso di un colloquio manifesta vergogna nel nominare il suo nuovo lavoro. La signora ci riferisce di un periodo per lui molto faticoso nel quale aveva dovuto sostenerlo molto. Si chiede se questo non l'abbia portata a trascurare Laura che ora si rivolge rabbiosamente a lei e al padre. Cogliamo che queste questioni sono centrali per la famiglia di Laura ma che in assenza di una costruzione di committenza, la loro domanda rischia di essere ridotta alla richiesta di aiutare Laura non solo nell'acquisizione di strategie di studio, ma anche di attenuare la sua aggressività. In entrambi i casi pensiamo alla richiesta di correggere comportamenti. Le diagnosi ricevute da Laura, così come vengono presentate dalla famiglia e dalla cultura diagnostica che le ha prodotte – da una parte quella relativa all'area degli apprendimenti, dall'altra quella riguardante l'adattamento – sembrano organizzare questa richiesta. Nelle parole che portano i genitori nei colloqui di monitoraggio emerge la fantasia di far magicamente sparire la crisi che attraversa i loro rapporti e di rendere Laura la ragazza tranquilla che era prima, faticando molto a cogliere i cambiamenti che stanno attraversando i loro rapporti familiari.

Ripensiamo alla richiesta di un tutor dell'apprendimento per Laura. Proponiamo di pensare che le difficoltà nello studio abbiano a che fare con l'essere in una scuola nuova, della quale si è fatta un'esperienza frammentata, ma anche con la rabbia che esprime verso i propri familiari, con il proporsi agli altri come una ragazza problematica, con i sentimenti legati al possedere un'etichetta diagnostica. Invitiamo i genitori di Laura a costruire nessi tra la propria esperienza di rapporto con la figlia e il rapporto tra quest'ultima e la scuola. Comprendiamo che non studiare più con la mamma implica per Laura perdita, rabbia, ambivalenza nei rapporti. I due genitori si dicono interessati ad accompagnare la figlia in questa fase formativa e di vita.

Nel servizio di consulenza all'apprendimento avviamo un lavoro di supporto allo studio che vede gli studenti destinatari diretti dell'intervento pur non avendo loro, in prima persona, chiesto di incontrare un tutor. Si tratta, potremmo dire riprendendo definizioni formulate da Renzo Carli e Rosa Maria Paniccia, di una committenza sociale, dove chi pone la domanda non coincide con l'individuo portatore del problema (Carli & Paniccia, 2003). “Nella committenza sociale la domanda è quella di proteggere uno specifico sistema (famiglia, classe scolastica, quartiere, vicinato etc.) dalle trasgressioni alla convivenza che la persona disturbata impone con il suo comportamento” (Carli & Paniccia, 2003, p. 68). Anche Laura sembra proporre alla sua famiglia una trasgressione a modelli di convivenza attesi. La diagnosi di apprendimento fa in modo che i problemi di rapporto passino sullo sfondo, in nome di un problema individuale e certificato. Lavorando con i genitori, dunque, interveniamo sulla costruzione di nessi tra le loro posizioni e gli agiti della figlia. Lavorando con Laura utilizziamo il “fare insieme”, che permette un pensiero riflessivo su ciò che accade nel rapporto (Crisanti & Mariani, 2017). Proseguiamo il resoconto soffermandoci su ciò che ha prodotto pensare la diagnosi con Laura e costruire una sua domanda nel lavoro con la psicologa che la incontra per il supporto allo studio.

## *La costruzione di un setting di intervento con Laura: come studiare insieme<sup>19</sup>*

---

<sup>19</sup> A cura di Mariapia Bianco.

Laura si presenta come ragazza affascinante, competente nella lettura e con tanti interessi: il disegno, la lettura dei manga, gli anime, i cosplay e una vita relazionale molto vivace. Il suo telefono squilla incessantemente nelle ore che siamo insieme. Al contempo, ci tiene a raccontare dei suoi comportamenti trasgressivi e sregolati: trascorre le notti sveglia, beve bevande energetiche, le relazioni con i suoi amici o fidanzati passano rapidamente dall'essere affettuose a violente, non riesce a rivolgersi ai genitori se non gridandogli contro. Laura sembra voler essere rimproverata e suscitare in me un sentimento di preoccupazione, aggiungendo sempre nuove "gravità". Controllare l'opinione che avrò di lei, seducendomi o allarmandomi, è la proposta relazionale di Laura al momento del nostro incontro. In entrambi i casi studiare insieme è complesso soprattutto se, entro queste due polarità, non resta spazio per dedicarci insieme a costruire conoscenza intorno a cose terze. Nello studio insieme, Laura mi propone, entro un vissuto di urgenza, di affrontare intere porzioni di programma scolastico a cui lei non mette mano da settimane. Questa impresa impossibile ci confronta ogni volta con sentimenti di disfatta che allontanano dall'implicazione nello studio.

Avevo la sensazione che in assenza di un pensiero sui vissuti con cui veniva simbolizzato l'evento diagnostico e l'incontro con me, il nostro lavoro sarebbe proseguito tra sbadigli, provocazioni e corse forsennate per acquisire nozioni. Sollecitata a riflettere su questi aspetti, Laura nomina vissuti di rabbia e vergogna legati alla valutazione e al Piano Didattico Personalizzato. Il PDP in particolare, per essere tollerato, viene descritto come una scorciatoia, un escamotage per svolgere meno compiti. Le propongo di riconoscere limiti nella relazione tra noi, rinunciando a preparare verifiche e interrogazioni all'ultimo minuto. In particolare, la invito a tollerare un'imminente insufficienza in storia cogliendo l'insostenibilità, per entrambe, di recuperare 20 pagine in un solo pomeriggio. Questo evento sembra rappresentare una sospensione di agiti onnipotenti legati all'esperienza di apprendimento. Iniziamo a occuparci di questi vissuti anche a partire dallo studio della matematica, materia rispetto alla quale, seppur in termini di sfida, Laura riesce a esprimere una domanda. Lo studio della matematica diventa il contesto in cui poter dire "non ci ho capito nulla, studiamolo insieme". Laura trova gratificante questo lavoro, si ricolloca di volta in volta nel programma che svolge la classe ma soprattutto nomina il desiderio di essere competente nella materia. Dice che quando capisce come fare, preferisce fare tutti gli esercizi "senza sconti", perché è "divertente e rilassante". Il setting e le azioni che propongo a Laura acquistano senso solo in funzione di un pensiero sui vissuti sperimentati in rapporto al contesto. Laura inizia a sviluppare una domanda rispetto al lavoro di tutoraggio.

Solo valorizzando la domanda che Laura esprime nel rapporto di intervento con me, è possibile individuare obiettivi che orientino il nostro lavoro. Ricercare strategie per risolvere problemi matematici non rappresenta, in tal senso, una soluzione per liberarsi delle emozioni di frustrazione legate all'esperienza di apprendimento, ma è un intervento volto a riconoscere – entro una relazione che lo consente – le emozioni con cui si simbolizza tale esperienza mentre la si fa, per recuperare possibilità di scambio produttivo in essa. L'intervento è volto a promuovere sviluppo tra Laura e i suoi contesti. Facendo i compiti insieme è possibile interpretare la propria esperienza senza sospendere l'azione produttiva del fare i compiti. Per cogliere quanto avviene nell'intervento, recuperiamo il costrutto di azione interpretativa proposto da Renzo Carli. Essa consiste nell'azione dell'analista volta a definire il setting; rappresenta un'azione che assume una funzione interpretativa, volta a riorganizzare l'emozionalità dell'"altro" nei confronti dell'analista (Carli, 2020). L'azione interpretativa non inverte un'emozione che l'analista non è riuscito a pensare ma si rende necessaria per istituire una relazione alternativa a quella proposta, collusivamente, da chi pone la domanda (Carli, 2020).

Il "fare insieme" proposto nel lavoro con Laura comporta, dunque, un pensiero emozionato sull'azione che si condivide e la costruzione di ipotesi circa la collusione agita. In questo caso il setting di intervento è rappresentato dall'accordo su ciò che si sceglie di studiare insieme, dal pensiero sull'organizzazione del lavoro nel pomeriggio e su come riportare a scuola il lavoro fatto a casa. Queste dimensioni, necessariamente costruite con Laura, consentono di dirci dove si è emozionalmente rispetto ai problemi che si vivono e riorganizzare la relazione di apprendimento nel qui e ora.

*Un evento critico attraverso cui ripensare obiettivi*<sup>20</sup>

La cultura che organizza le prassi rivolte alle diagnosi di apprendimento, ci sembra proporre una scissione tra esperienza di apprendimento e vissuti. Questa scissione moltiplica le etichette diagnostiche in bambini e

---

<sup>20</sup> A cura di Mariapia Bianco.

ragazzi che esprimono in modalità certamente complessa ciò che vivono nei diversi contesti. Pensiamo alla frequente presenza di comorbilità associata ai DSA, dove sembra che per ogni ambito del funzionamento della vita del bambino si produca una specifica diagnosi, ora per gli apprendimenti, ora per le emozioni, ora per i comportamenti. Nel caso presentato, teniamo traccia della duplice diagnosi che caratterizza la valutazione di Laura (Disturbo misto dell'apprendimento e Disturbo dell'adattamento) e che sembra parlare di questa frammentazione dell'esperienza, di cui difficilmente ci si può occupare in assenza di un modello che vede le emozioni come costitutive della realtà soggettiva della persona, piuttosto che una reazione al DSA. Ci aiuta in questo senso proseguire la resocontazione.

Nel primo anno di lavoro con Laura si verifica un evento critico che ci fa interrogare sulla proposta di intervento costruita entro il servizio. La signora Annamaria mi telefona allarmata per aver scoperto dei tagli sulle braccia della figlia. Tale comportamento allarma la famiglia che, se in un primo momento cerca un senso di quanto accade nelle vicende familiari, ora si organizza in un controllo serrato. Nel vissuto di emergenza difficile da trattare, cerco di capire come sia possibile occuparsi di ciò che esprime Laura entro i limiti del ruolo che rivesto ed entro gli obiettivi proposti dal servizio. I tagli possono rappresentare una proposta relazionale non diversa da quella agita attraverso lo studio, nello specifico, fondata sull'impossibilità a tollerare i limiti e una continua oscillazione tra vissuti di onnipotenza e impotenza. Chiedo di capirci qualcosa insieme, allo stesso modo di come si cerca di capire il senso di studiare storia solo il giorno prima di una verifica fino alle 4 del mattino. Come è possibile occuparsi dello studio in modo soddisfacente, se le relazioni sono vissute con tanta angoscia? Se si cerca di controllare quello che si prova e quello che si vuole comunicare? Se non si riescono a considerare limiti utili nel rapporto con gli altri? Chiedo a Laura dei tagli durante uno dei nostri incontri di studio, in cui li mette in mostra. Mi racconta di una grande sofferenza provata nei rapporti con i suoi compagni e con la sua famiglia, del vissuto di sentirsi vuota e senza emozioni adeguate, di non riuscire a esprimere e condividere i suoi sentimenti. Impegnata a essere attraente per tutti, non capiva cosa trovassero in lei i suoi amici per volerle stare accanto. In questa fase, con molta fatica, recupero una proposta di setting e una funzione interpretativa entro il mio ruolo. Come è possibile occuparci di questi vissuti facendo i compiti insieme? Parliamo del nostro rapporto, le dico che in alcuni momenti trovo emozionante ciò di cui mi parla, quando lei si concede di scendere dal piedistallo che ha costruito e condivide quello che prova con me. Messa nella posizione di essere sedotta o sconvolta non riesco ad ascoltarla davvero, a comprendere i sentimenti provati, proprio come i suoi amici. Cerchiamo di capire che senso assumono i tagli nei suoi rapporti e arriviamo a nominare la difficoltà di prendere parola nei suoi contesti. I tagli sembrano stare al posto delle parole.

Interrotto questo comportamento allarmante, ci saranno altre fatiche nell'esperienza scolastica di Laura. Con l'avvicinarsi dell'esame di terza media, inizia ad assentarsi da scuola frequentemente; dice di non farcela a iniziare la giornata. Mi propone di lavorare insieme alla tesina sulla follia, che dovrà presentare come prova all'esame. Mi sembra un ulteriore tentativo di definire sé stessa. La prendo come un'occasione per esplorare questa identità che sembra attribuirsi così come avevamo fatto per la diagnosi di DSA. Laura lascia un po' che siano docenti e amici a suggerire i vari argomenti tra una rivalutazione geniale della persona diagnosticata e rappresentazioni descrittive della malattia mentale. Sembra a lavoro su come definire sé stessa, cosa condividere di sé con gli altri, tra ostentazioni e capacità di implicarsi emozionalmente. Le regalo un libro che da adolescente avevo apprezzato molto: *Elogio della Follia* di Erasmo da Rotterdam. Laura lo legge in pochi giorni e ne sceglie una frase per l'introduzione della sua tesina: "Non è una bella ingiustizia concedere ad ogni forma di vita i suoi svaghi?". Sembra fare una proposta alla scuola, dove l'autolesionismo che ha allarmato tutti è solo un legittimo e personale svago, concederlo è ingiusto ma anche bello. Tale proposta, che apparentemente sminuisce la criticità del periodo precedente, parla anche della faticosa ricerca di senso in cui Laura è coinvolta rispetto alla sua esperienza. In questo senso, esplora modi con cui poter comunicare le sue riflessioni ad altri. Oltre al proporsi come irriverente, lo "svago" dei tagli sulle braccia parla del bisogno di andare fuori, distogliere l'attenzione da vissuti complessi. Lavorare all'introduzione della tesina ci consente di mettere a fuoco la possibilità di condividere un senso di questa esperienza con chi l'ha vissuta con lei.

Studiando per l'esame di terza media, parliamo di cosa significa follia e lavoriamo su quel "prendere parola" che nei suoi rapporti sembra così complesso. Prendere parola significa anche implicarsi nella relazione con l'altro e rinunciare a fantasie onnipotenti, alimentate da tutti quegli agiti allarmanti.

In un'ottica individualista ed entro un intervento riabilitativo degli apprendimenti, i comportamenti allarmanti di Laura non solo non riuscivano ad essere compresi nel loro significato emozionale, ma facevano apparire marginale e inutile occuparsi insieme dei compiti scolastici, nella fantasia che ci fossero problemi ben più grandi della scuola. I problemi di Laura sembravano collocarsi altrove e sembravano richiedere tutt'altre

competenze e setting per poter essere compresi.

Torniamo brevemente alla consulenza portata avanti con i genitori di Laura. A seguito dello svelamento dei tagli sulle braccia, la famiglia si rivolge a diversi professionisti: la psicologa della scuola, un centro clinico privato e infine uno psichiatra che potesse dare riscontro sulla gravità di quanto stava accadendo. Contemporaneamente, i due sono presi da fantasie colpevolizzanti rispetto al disagio espresso dalla figlia. Gli agiti di controllo si moltiplicano: Laura non viene mai lasciata da sola a casa e a scuola, in questa operazione di vigilanza vengono coinvolte le sue amiche. Si valuta se ingaggiare un amico di famiglia per mettere sotto controllo il cellulare di Laura. In questa fase la famiglia chiede di modificare l'assetto di lavoro, privilegiando un lavoro volto a ridurre i comportamenti di rischio di Laura. Come servizio, ci siamo interrogate a lungo sul senso di proseguire – in questo quadro di eventi – un lavoro che rimanesse collocato entro il contesto dell'apprendimento. È stato utile recuperare un modello di intervento che ci consentisse di mettere i problemi portati dalla famiglia dentro i rapporti. Abbiamo proposto di continuare a lavorare con Laura investendo sul rapporto con la scuola come contesto produttivo, quale luogo della realtà e nella realtà, in cui poter sperimentare un limite a dimensioni onnipotenti e confusive<sup>21</sup>. Allo stesso tempo abbiamo avviato un'interlocuzione con la scuola e i professionisti che di volta in volta la famiglia ha ingaggiato.

### **Conclusioni**

Esplorare il mandato che legittima gli interventi in presenza di difficoltà nell'apprendimento a scuola e resocontare del lavoro che svolgiamo in questo ambito, ha permesso di ampliare ipotesi su un problema sempre più rilevante.

Vediamo diffondersi un pensiero critico sulle diagnosi delle abilità scolastiche e in diversi contesti la psicologia lavora per una definizione del problema. Oltre all'indagine sugli aspetti neuropsicologici dei DSA, si sta riflettendo sulle conseguenze che la diagnosi e la personalizzazione della didattica producono nei contesti di vita. A tal riguardo, oltre alla dimensione rivendicativa di diritti – che spesso caratterizza la dinamica collusiva del rapporto tra famiglie e scuola – si dibatte sul rischio di stigma per i tanti ragazzi verso cui la scuola è chiamata a riorganizzare la propria offerta. Pensiamo in quanti modi questa riorganizzazione può essere vissuta da studenti, insegnanti e genitori: un diritto, un dovere, una facilitazione, una scorciatoia, un privilegio, una vergogna. Vissuti associati ad altrettanti modi di vivere la formazione: come obbligo, fatica, ricerca di riconoscimento, successo, affermazione. Potremmo proseguire a lungo.

Ciò che stiamo cogliendo è che intervenire utilmente in questo ambito è difficile in assenza di categorie psicologico-cliniche in grado di leggere i problemi attraverso la soggettività di chi li vive ed entro le relazioni in cui questi si manifestano. In questo caso i prodotti dell'intervento non corrispondono con risultati attesi secondo una norma data, ma sono inediti, in quanto sviluppi della relazione tra la persona e i suoi contesti. Abbiamo proposto che intervenire psicoanaliticamente significhi sostenere tale sviluppo, passando dall'agire le emozioni al pensarle entro configurazioni non scontate, e apprezzarne i prodotti con le persone che richiedono il nostro intervento.

Nel caso presentato di Laura, un prodotto in questo senso è stato poter riconoscere l'incompetenza come desiderio di imparare e poter nominare vissuti di angoscia e sconforto, in alternativa ad agirli distruttivamente. Nel lavoro con i genitori, il prodotto è stato chiedersi se fosse possibile sospendere la fantasia di eliminare i comportamenti trasgressivi di Laura, per coglierne il valore comunicativo nel rapporto con loro e riconoscere le emozioni della figlia. Chiariamo che nel metodo psicoanalitico qui presentato, i prodotti del lavoro non sono esiti da raggiungere, ma si tratta di direzioni realizzative cui tendere (Carli & Paniccchia, 2017), che si riorganizzano continuamente nel rapporto di intervento.

---

<sup>21</sup> Per confusione si intende la confusione emozionale, situazione in cui il modo di essere inconscio della mente prevale sul funzionamento cognitivo-affettivo organizzato dal principio di realtà laddove opera la sostituzione del mondo esterno con il mondo interno quale modo di funzionare del sistema inconscio (Carli & Paniccchia, 2003, 2017).



## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: Quinta edizione (DSM-5)* [Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fifth Edition]. (M. Biondi, Ed. & Trans.). Milano: Raffaello Cortina Editore (Original work published 2013).
- Antonietti, A., & Magenes, S. (2020). Autostima e autoefficacia negli studenti con DSA [Self-confidence and self-efficacy in students with learning disabilities]. *Nuova Secondaria*, 37(5), 13-15. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10807/145095>
- AID-Associazione Italiana Dislessia (2007). *Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento: Raccomandazioni per la pratica clinica definite con il metodo della Consensus Conference* [Specific Developmental Learning Disorders: Recommendations for clinical practice defined through the Consensus Conference method]. Retrieved from <https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Raccomandazioni+per+la+pratica+clinica+definite+con+il+metodo+della+Consensus+Conference.pdf/b504867d-ecba-4f72-9589-2e46a603bd53?version=1.0&t=1495725551691>
- Bandura, A. (2000). *Autoefficacia: L'esercizio del controllo* [Self-efficacy: The exercise of control] (G. Loiacono & R. Mazzeo, Trans.). Trento: Edizioni Centro Studi Erickson (Original work published 1997).
- Barus-Michel, J., Enriquez, E., & Lévy, A. (Ed.). (2005). *Dizionario di Psicopsicologia* [Dictionary of Psychosociology] (Studio APS, Trans.). Milano: Raffaello Cortina Editore (Original work published 2002).
- Bisogni, F., Maldese, P.P., Manieri, S., Marchetti, G., Mastroianni, C., Policelli, S., ... Paniccia, R.M. (2016). L'intervento psicologico clinico con ragazzi in età evolutiva: Le culture dell'adempimento e della diagnosi [The clinical psychological intervention with children and adolescents: Compliance and diagnosis culture]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 2, 19-33. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com/index.php/quaderni/article/view/652>
- Capelli, T., Crisanti, P., Donatiello, G., Magrini, F., Mariani, N., & Propersi, G. (2019). Intervenire sui figli, lavorare con le famiglie [Intervening with children, working with families]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 7(1), 36-50. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com/index.php/quaderni/article/view/749>
- Caprara, G.V. (Ed.). (2001). *La valutazione dell'autoefficacia: Costrutti e strumenti* [The assessment of self-efficacy: Constructs and instruments]. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.
- Carli, R. (2015). Narrativismo e Psicoanalisi [Narrativism and Psychoanalysis]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 1, 70-84. Retrieved from [quadernidipsicologiaclinica.com/index.php/quaderni/article/view/532](https://quadernidipsicologiaclinica.com/index.php/quaderni/article/view/532)
- Carli, R. (2016). Diagnosticare o intervenire [Diagnose or intervene]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 2, 4-18. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com/index.php/quaderni/article/view/649>
- Carli, R. (2019). Vissuti e fatti: Scientificità e scientismo in psicologia clinica [Experiences and facts: Scientificity and scientism in clinical psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 28-60. doi:10.14645/RPC.2019.1.756. Retrieved from: <https://journals.francoangeli.it/>
- Carli, R. (2020). Il setting e l'interpretazione nella psicoanalisi come pratica clinica [The setting and the interpretation in psychoanalysis as a clinical practice]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 5-27. doi:10.14645/RPC.2020.2.817. Retrieved from: <https://journals.francoangeli.it/>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of the demand: Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2017). Il cammino delle idee [The path of ideas]. *Quaderni di Psicologia*

- Clinica*, 1, 3-12. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com/index.php/quaderni/article/view/669>
- Carli, R., & Paniccia, R. M. (2022). Nero Wolfe e il modo d'essere inconscio della mente [Nero Wolfe and the mind's unconscious mode of being]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 9(2), 4-25. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com/index.php/quaderni/article/view/864>
- Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (2016). *I DSA e gli altri BES: Indicazioni per la pratica professionale* [Specific Learning Disorders (SLD) and Other Special Educational Needs (SEN): Guidelines for Professional Practice]. Retrieved from <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2021/03/I-DSA-e-gli-altri-BES-%E2%80%93-Indicazioni-per-la-pratica-professionale-%E2%80%93-CNOP-2021.pdf>
- Crisanti, P., & Mariani, N. (2017). Psicoterapia nei contesti e diagnosi: Questioni teoriche ed esperienze cliniche [Psychotherapy in the context and diagnosis: Theoretical issues and clinical experiences]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 1, 13-23. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com/index.php/quaderni/article/view/686>
- Di Nuovo, S. (2018). *Alunni speciali, bisogni speciali: Interventi psicologici per i BES* [Special students, special needs: Psychological interventions for Special Educational Needs]. Bologna: Il Mulino.
- Igea Centro Promozione Sociale (n.d.). *Tutor DSA: Chi è che cosa fa per gli studenti* [DSA Tutor: Who and what do they do for students]. Retrieved from <https://www.igeacps.it/tutor-dsa-ruolo/>
- Istituto Superiore di Sanità (2022). In 10 anni raddoppiato il numero di giovanissimi seguiti nei servizi di neuropsichiatria [Italian National Institute of Health: In 10 years, the number of very young individuals followed in neuropsychiatry services has doubled]. (2022, 11 maggio). *Il Sole 24 Ore*. Retrieved from [https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2022-05-11/iss-10-anni-raddoppiato-numero-giovanissimi-seguiti-servizi-neuropsichiatria-155929.php?uuid=AE88ZzXB&refresh\\_ce=1](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2022-05-11/iss-10-anni-raddoppiato-numero-giovanissimi-seguiti-servizi-neuropsichiatria-155929.php?uuid=AE88ZzXB&refresh_ce=1)
- Istituto Superiore di Sanità (2011). *Disturbi Specifici dell'apprendimento. Consensus Conference 3* [Specific learning disorders. Consensus Conference 3]. Retrieved from [https://www.aiditalia.org/storage/files/dislessia-che-fare/Cc\\_Disturbi\\_Apprendimento.pdf](https://www.aiditalia.org/storage/files/dislessia-che-fare/Cc_Disturbi_Apprendimento.pdf)
- Legge 8 ottobre 2010, n. 170. "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico" [Law 8 October 2010, n. 170 "New rules on specific learning disorders in schools"]. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2010/10/18/010G0192/sg>
- Magenes, S., Cancer, A., Curti, S., Monti, F., Antonietti, A., & Traficante, D. (2021). Rappresentazione di sé e del futuro e impegno scolastico in bambini e adolescenti con disturbo specifico dell'apprendimento [Self-image, representation of the future, and school commitment in children and adolescents with learning disabilities]. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 25(3), 493-506. doi: 10.1449/100600
- Massidda, G. (2021). È ancora indispensabile il concetto di DSA? [Is the concept of SLD still that essential?]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 9(2), 76-85. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com/index.php/quaderni/article/view/841>
- Marinelli, C.V., Romano, G., Cristalli, I., Franzese, A., & Di Filippo G. (2016). Autostima, stile attributivo e disturbi internalizzanti in bambini dislessici [Self-confidence, attributional style, and internalizing disorders in dyslexic children]. *Dislessia*, 13(3), 297-310. doi: 10.14605/DIS1331603
- Ministero della Salute (2019). *Intesa in sede di Conferenza unificata del 25 luglio 2019 con allegate Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza* [Agreement at the Joint Conference of 25 July 2019 with annexes Guidelines on neuropsychiatric and neuropsychic disorders in childhood and adolescence]. Retrieved from [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_5621\\_0\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5621_0_file.pdf)
- Ministero della Sanità (1998). *Linee guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione* [Guidelines from the Minister of Health for rehabilitation activities]. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1998/05/30/098A4518/sg>

- MIUR (2011). *Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento: Allegate al decreto ministeriale 12 luglio 2011* [Guidelines for the right to study of pupils and students with specific learning disabilities: Attached to the ministerial decree of 12 July 2011]. Retrieved from [https://miur.gov.it/ricerca-tag/-/asset\\_publisher/oHKi7zkjcLkW/document/id/188260](https://miur.gov.it/ricerca-tag/-/asset_publisher/oHKi7zkjcLkW/document/id/188260)
- MIUR (2012). *Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica* [Active measures for pupils with Special Educational Needs (SEN) and community organizations for inclusion]. Retrieved from <https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Direttiva+Ministeriale+27+Dicembre+2012.pdf/e1ee3673-cf97-441c-b14d-7ae5f386c78c?version=1.1&t=1496144766837>
- MIUR (2020). *I principali dati relativi agli alunni con DSA: Anno scolastico 2018/2019* [Key Data Concerning Students with Specific Learning Disabilities (SLD): Academic Year 2018/2019]. Retrieved from [https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Gli+alunni+con+DSA+-+a.s.+2018\\_2019.pdf/a2f114e9-b59a-1c5d-730c-e4aecb5aad7e?version=1.0&t=1605006783113](https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Gli+alunni+con+DSA+-+a.s.+2018_2019.pdf/a2f114e9-b59a-1c5d-730c-e4aecb5aad7e?version=1.0&t=1605006783113)
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2013). *ICF: Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute* [ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health]. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson (Original work published 2001).
- Panel di aggiornamento e revisione della Consensus Conference DSA (2007). (2011). *Raccomandazioni cliniche sui DSA: Risposte a quesiti* [Clinical recommendations on Specific Learning Disorders: Answers to questions]. Retrieved from <https://www.miur.gov.it/documents/20182/198444/Raccomandazioni+cliniche+sui+DSA/9e6cb7ee-8046-4aa7-be3c-ef252a87bccd?version=1.0>
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., & Giuliano, S. (2008). Per una psicologia clinica dello sviluppo: La competenza a costruire contesti come prodotto dell'intervento [For a clinical developmental psychology: The competence to build contexts as a product of the intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 55-74. Retrieved from: <https://journals.francoangeli.it/>
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Bucci, F., Donatiello, G., & Cappelli, T. (2019). La crescita delle diagnosi nella scuola: Una ricerca presso un gruppo di insegnanti italiani [The increase in diagnosis in the schools: A study amongst a group of Italian teachers]. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 61-94. doi:10.14645/RPC.2019.1.764. Retrieved from: <https://journals.francoangeli.it/>
- Re, A.M., Ghisi, M., Guazzo, E., Boz, F., & Mammarella, I.C. (2014). Difficoltà psicologiche negli studenti universitari con dislessia [Psychological difficulties in university students with dyslexia]. *Psicologia clinica dello sviluppo, 2*, 279-290. doi: 10.1449/77638
- Romano, G., & Rosini, P. (2020). Editoriale - Numero Monografico Età Evolutiva [Editorial - Monographic issue on developmental age]. *Psicoterapeuti In-Formazione, 25*, 4-9. Retrieved from [http://www.psicoterapeutiinformazione.it/wp-content/uploads/2020/07/Numero-25\\_nm.pdf](http://www.psicoterapeutiinformazione.it/wp-content/uploads/2020/07/Numero-25_nm.pdf)