



**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2022-2023

TESI DI LAUREA

**L'AUTOEFFICACIA SCOLASTICA NEGLI STUDENTI CON DISTURBI SPECIFICI
DELL'APPRENDIMENTO**

DOCENTE 1° relatore: Prof. Stefano Cacciamani

STUDENTE: 20D03242 Martina Vigliermo Brusso

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
I CAPITOLO: I DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO.....	5
1.1 DEFINIZIONE E CRITERI DIAGNOSTICI.....	5
1.2 CLASSIFICAZIONE.....	9
1.3 CONCLUSIONE.....	15
II CAPITOLO: L'AUTOEFFICACIA.....	17
2.1 DEFINIZIONE.....	17
2.2 LE FONTI DELL'AUTOEFFICACIA.....	21
2.3 GLI EFFETTI DELL'AUTOEFFICACIA.....	26
2.4 AUTOEFFICACIA SCOLASTICA.....	28
2.5 CONCLUSIONE.....	31
III CAPITOLO: L'AUTOEFFICACIA SCOLASTICA NEGLI ALUNNI CON DSA.....	32
3.1 L'AUTOEFFICACIA SCOLASTICA A CONFRONTO TRA STUDENTI DSA E NON.....	32
3.2 LE CAUSE ALLA BASE DI UNA BASSA AUTOEFFICACIA SCOLASTICA NEGLI STUDENTI CON DSA.....	35
3.3 GLI EFFETTI DI UNA BASSA AUTOEFFICACIA SCOLASTICA NEGLI STUDENTI CON DSA.....	38
3.4 I POSSIBILI INTERVENTI PER AUMENTARE L'AUTOEFFICACIA SCOLASTICA NEGLI STUDENTI CON DSA.....	42
3.5 CONCLUSIONE.....	47
CONCLUSIONE.....	50
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	53

INTRODUZIONE

Il tema dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento è un tema che mi riguarda personalmente. Infatti, durante il mio percorso di scuola primaria, iniziai a mostrare difficoltà nel raggiungimento di alcuni obiettivi attesi, come la lettura ad alta voce, il controllo degli errori ortografici, il calcolo in colonna..., nonostante presentassi ottime capacità di ragionamento e comprensione. Per questi motivi intrapresi un percorso con una logopedista e venni indirizzata presso il servizio di neuropsichiatria infantile che, tra la terza e la quarta elementare, elaborò una diagnosi di Disturbo Specifico dell'Apprendimento, nello specifico Dislessia, Disortografia e Discalculia in comorbidità. Questa diagnosi mi portò da un lato a comprendere la ragione delle mie difficoltà, dall'altro lato, però, mi portò a sentirmi spesso incompresa e a dubitare delle mie capacità, fino ad arrivare a pensare di non riuscire ad affrontare il percorso scolastico con successo.

Durante il mio percorso universitario, ho avuto modo di studiare e approfondire il costrutto dell'Autoefficacia, che mi ha consentito di comprendere quanto il fatto di pensare di possedere le capacità necessarie per affrontare un compito con successo possa essere importante, e quanto, invece, il fatto di dubitare delle proprie capacità possa avere conseguenze negative. Inoltre, studiando la teoria dell'Autoefficacia di Bandura, ho potuto comprendere come il fatto di sperimentare ripetuti insuccessi possa portare ad una riduzione dell'autoefficacia, che ha diversi effetti negativi per l'individuo.

Da qui sono sorti in me i seguenti quesiti: “Gli studenti con Disturbi Specifici dell'Apprendimento percepiscono una riduzione dell'autoefficacia scolastica ? Con quali conseguenze ? Quali interventi possono essere realizzati per sostenere la loro autoefficacia scolastica ?” Tali quesiti saranno le domande di ricerca su cui intende focalizzarsi il presente lavoro.

Il primo capitolo affronta il tema dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, a partire da una breve sintesi delle principali tappe storiche che ne hanno segnato lo studio, nonché il riconoscimento. Segue, quindi, un approfondimento sui criteri diagnostici, specie quelli proposti dalla *Consensus Conference*, e sulle possibili classificazioni. Infine, vengono descritti nel dettaglio i quattro DSA riconosciuti dalla legge 170 del 2010, ovvero Dislessia, Discalculia, Disortografia e Disgrafia.

Il secondo capitolo, invece, affronta il costrutto dell'Autoefficacia. Descrivendo, innanzitutto, le fonti attraverso cui l'individuo elabora un giudizio di autoefficacia, vengono poi analizzati

gli effetti dell'autoefficacia, soffermandosi anche sulla relazione tra autoefficacia e autostima. In conclusione, viene preso in esame il tema dell'autoefficacia scolastica.

Il terzo capitolo approfondisce il costrutto dell'autoefficacia scolastica negli studenti con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento, a partire da un'analisi congiunta dei primi due capitoli, cercando di rispondere alle domande di ricerca sopra riportate. Vengono quindi proposti una serie di studi di confronto tra studenti con DSA e non, soffermandosi poi sulle cause alla base di una bassa autoefficacia scolastica negli studenti con DSA, e sulle conseguenze che ciò comporta. Infine, vengono proposti alcuni interventi che potrebbero essere messi in atto per sostenere l'autoefficacia scolastica negli alunni con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento.

Il tema dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento risulta essere un tema particolarmente rilevante, infatti secondo i dati del MIUR (luglio, 2022) ben il 5,4% degli alunni presenta un DSA. Per questo ritengo che sia importante essere consapevoli del fatto che i ripetuti insuccessi a cui andrebbero incontro gli studenti con DSA, se non adeguatamente supportati nel loro percorso di studi, possono portare ad una riduzione della loro autoefficacia, che avrebbe una serie di conseguenze negative sull'autostima, sulla motivazione, sull'impegno, sul successo\fallimento delle prestazioni future e sugli stati affettivi provati.

I CAPITOLO: I DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO

Il presente capitolo si propone di definire i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA). Verranno descritti i principali aspetti inerenti al tema, basandosi su un'analisi dello stato dell'arte della letteratura. Il primo paragrafo si apre con una rassegna dei principali profili che potrebbero sottostare ad una difficoltà scolastica, tra cui anche i Disturbi Specifici dell'Apprendimento, su cui il capitolo si sofferma. Segue quindi una breve sintesi delle principali tappe storiche che hanno segnato lo studio, nonché il riconoscimento dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, soffermandosi in particolar modo sulla *Consensus Conference* (2007), e sui criteri diagnostici da essa proposti. Il paragrafo si conclude con i dati relativi all'incidenza dei DSA in Italia. Il secondo paragrafo esamina le possibili classificazioni dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento. Vengono quindi approfonditi nel dettaglio i quattro DSA riconosciuti dalla legge 170 del 2010, ovvero Dislessia, Discalculia, Disortografia e Disortografia. Il paragrafo si conclude con un'accento al tema della comorbidità.

1.1 DEFINIZIONE E CRITERI DIAGNOSTICI

I Disturbi Specifici dell'Apprendimento non sono l'unica ragione per cui uno studente può andare incontro ad una difficoltà scolastica, le cause alla base di un fallimento scolastico sono numerose. I principali profili che potrebbero sottostare ad una difficoltà scolastica importante sono i seguenti: (Cornoldi, 2021)

- Condizione di handicap (mentale e/o sensoriale)
- Disturbo Specifico dell'Apprendimento
- Difficoltà in altre aree scolastiche rilevanti (ad esempio: comprensione del testo, apprendimento matematico, apprendimento delle lingue straniere...), che in molti paesi sono considerati disturbi specifici dell'apprendimento, ma non in Italia
- Disturbo di attenzione e/o iperattività
- Sindromi dello spettro autistico
- Funzionamento intellettuale limite
- Svantaggio socioculturale grave

Ad oggi, con il passaggio dalla “scuola per pochi” alla “scuola per tutti”, si presta molta più attenzione alla tutela e all'aiuto delle categorie di studenti con bisogni educativi speciali (BES), che invece un tempo venivano facilmente esclusi dall'istruzione.

Per molto tempo le diverse categorie di soggetti bisognosi di un intervento educativo particolare sono state unificate. È importante tener presente che non sempre i confini tra una categoria e l'altra sono evidenti; inoltre, pur trattandosi di profili diversi, spesso gli interventi di sostegno che vengono messi in atto sono simili. In molti casi può esservi una compresenza tra più problematiche che rende impossibile stabilire in modo inequivocabile che l'una è la conseguenza dell'altra.

Tradizionalmente in Italia la nascita della pedagogia speciale, rivolta ai bambini con bisogni educativi speciali (BES), si colloca alla fine dell'800 con i lavori di De Sanctis, Montesano e Montessori. I Disturbi Specifici dell'Apprendimento sono da sempre esistiti, ma prima di essere riconosciuti legalmente venivano accumulati ad altre categorie di disturbi, o portavano a considerare lo studente come non sufficientemente intelligente, svogliato... (Cornoldi, 2021).

Secondo Hammill (1990) il primo ad utilizzare il termine *learning disability* fu Kirk nel 1962. In Italia il termine *learning disability* venne tradotto come Disturbo Specifico dell'Apprendimento, spesso abbreviato con la sigla DSA (Cornoldi 1991); la scelta di riferirsi al problema anziché al soggetto evita il pericolo di una patologizzazione del bambino in senso generale; inoltre la scelta di utilizzare il termine "disturbo" anziché "difficoltà" o "disabilità" evita una confusione con altre categorie di soggetti. Nel 1997 nacque l'AID (Associazione Italiana Dislessia) grazie alla quale nel corso degli anni 2000 gli studi nel campo dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento crebbero in modo esponenziale.

Nel 2007 venne organizzata una *Consensus Conference*, composta dalle principali figure professionali dell'ambito (psicologi, logopedisti, neuropsichiatri infantili...), che diede vita alle "raccomandazioni per la pratica clinica sui Disturbi Specifici dell'Apprendimento". Secondo la *Consensus Conference* i disturbi specifici dell'apprendimento sono definiti proprio dalla "specificità" del disturbo, il quale interessa uno specifico dominio di abilità in modo significativo ma circoscritto, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale. Questa definizione di DSA ha portato la *Consensus Conference* ad elaborare il "criterio della discrepanza" come criterio diagnostico: per effettuare una diagnosi di Disturbo Specifico dell'Apprendimento è necessaria una discrepanza tra l'abilità del dominio specifico interessato, la quale è deficitaria rispetto alle aspettative in base all'età\classe frequentata, e l'intelligenza generale che invece è adeguata all'età cronologica (Cornoldi, 2021). Nello specifico la compromissione dell'abilità specifica deve essere significativa, ovvero operazionalizzabile come prestazione inferiore a due deviazioni standard o al quinto percentile rispetto ai valori normativi attesi per età o classe frequentata (qualora non coincida con l'età del bambino).

Il livello intellettuale deve essere invece nei limiti della norma, ovvero operazionalizzabile come Quoziente Intellettivo totale non inferiore ad una deviazione standard dai valori medi attesi per l'età (QI uguale o superiore a 85). Ai fini diagnostici la *Consensus Conference* stabilisce la necessità di utilizzare test standardizzati per la misurazione dell'intelligenza e delle abilità specifiche; inoltre stabilisce la necessità di escludere altre condizioni che potrebbero influenzare i risultati del test come handicap sensoriale e/o mentale, disturbi della sfera emotiva, svantaggio socioculturale grave... queste condizioni assumono il ruolo di "fattori di esclusione" rispetto alla diagnosi di Disturbo Specifico dell'Apprendimento. La *Consensus Conference* ha poi citato ulteriori caratteristiche che definiscono il Disturbo Specifico dell'Apprendimento, ovvero: il carattere evolutivo del disturbo, la diversa espressione del disturbo nelle diverse fasi evolutive dell'abilità in questione, l'elevata comorbidità che determina l'eterogeneità dei profili con cui i DSA si manifestano, le origini neurobiologiche delle anomalie processuali dei DSA le quali interagiscono attivamente con fattori ambientali nel determinare la comparsa del disturbo, il fatto che il Disturbo Specifico dell'Apprendimento comporti un impatto significativamente negativo per l'adattamento scolastico e/o per le attività di vita quotidiana.

In Italia i Disturbi Specifici dell'Apprendimento sono stati riconosciuti legalmente con la legge 170 del 2010; la quale riconosce la Dislessia, la Discalculia, la Disortografia e la Disgrafia come DSA, e riporta indicazioni per la diagnosi e per le misure educative-didattiche di supporto da adottare.

Come sopra riportato la *Consensus Conference* (2007) ha identificato come criterio diagnostico il criterio della discrepanza. Spesso il criterio della discrepanza è stato criticato, innanzitutto perché richiede una definizione del costrutto d'intelligenza, che generalmente fa riferimento alla teoria unitaria dell'intelligenza, anche se in realtà i veri test d'intelligenza utilizzati in questo ambito non sempre misurano esattamente la stessa cosa e spesso fanno riferimento a più misure; inoltre il criterio della discrepanza assume la totale indipendenza tra intelligenza e apprendimento, mentre spesso le teorie e i test fanno riferimento a componenti intellettive in cui l'apprendimento gioca un ruolo fondamentale (Cornoldi, 2007). Tuttavia, quello della discrepanza non è l'unico criterio diagnostico per stabilire un *cut-off* al di là del quale il problema deve essere considerato rilevante. L'AID (2007) indica come criterio diagnostico la deviazione rispetto al proprio gruppo di riferimento, che viene solitamente riconosciuto come il gruppo dei compagni di classe o dei coetanei. Un ulteriore criterio diagnostico è quello del ritardo rispetto alla propria fascia scolastica, in questo caso vengono identificati come DSA i bambini che presentano un livello di apprendimento comparabile a

quello di bambini di una fascia scolastica inferiore (che ovviamente non rientrano nei criteri di esclusione), nello specifico inferiore di 18 mesi per la scuola primaria e di 24 mesi per la scuola secondaria.

In generale il significato della differenza tra due punteggi dipende dall'attendibilità dei test utilizzati, dall'ampiezza delle loro deviazioni standard, dal grado di correlazione tra i due test e dalle differenze tra i due gruppi di standardizzazione; quindi in ogni caso possono esserci margini di errore. Inoltre, è bene tener presente che il *cut-off* che distingue la cosiddetta patologia dalla cosiddetta normalità separa casi contigui, che in realtà non divergono in misura radicale (Cornoldi, 2021).

La mancanza di criteri diagnostici univoci porta ad una difficoltà nel rilevare l'incidenza di DSA in Italia; è importante tener presente che la percentuale relativa all'incidenza dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento può essere inficiata non solo dall'utilizzo differenziato dei criteri diagnostici, ma anche dal fatto che talvolta questa percentuale viene calcolata tenendo conto della popolazione scolastica complessiva, includendo quindi la scuola dell'infanzia e i primi anni della primaria in cui è raro effettuare diagnosi di DSA, inoltre i valori potrebbero essere molto più elevati se teniamo conto del fatto che non tutti i casi di DSA ricevono una diagnosi. I dati riportati dal MIUR (Ministero dell'Istruzione) relativi all'anno scolastico 2020\2021, per la scuola primaria dal III al V anno e per la scuola secondaria di primo e secondo grado, riportano un totale di 326.548 studenti con DSA su un totale di 6.032.670 alunni, quindi il 5,4% degli alunni presenta un Disturbo Specifico dell'Apprendimento (MIUR, luglio 2022).

La procedura di *assessment* che viene solitamente utilizzata per effettuare una diagnosi di Disturbo Specifico dell'Apprendimento, prevede le seguenti fasi:

Colloquio clinico con la famiglia e con il diretto interessato, in cui si effettua la raccolta di elementi anamnestici e la rilevazione delle criticità e dei punti di forza; per svolgere il colloquio clinico iniziale. Sono state elaborate delle schede anamnestiche strutturate o delle interviste strutturate; tuttavia generalmente si predilige, in quanto sembra essere più utile, far parlare liberamente i genitori. Il clinico in questa fase deve accertarsi di raccogliere informazioni in merito a: struttura della famiglia, che potrebbe essere una risorsa o un ulteriore elemento di difficoltà, familiarità della problematica, in quanto è ormai ampiamente documentato che i disturbi del neurosviluppo presentano una forte componente ereditaria, presenza di problematiche prenatali o perinatali, malattie importanti, sviluppo neuromotorio e linguistico nei primi anni di vita, reazioni ai primi "no" e alle prime frustrazioni, elementi emersi durante

la frequentazione del nido e/o scuola dell'infanzia, impatto con la scuola primaria e i primi insegnamenti, socializzazione, strutturazione delle attività pomeridiane e del tempo libero...

Al colloquio clinico iniziale segue quindi una fase di raccolta di informazioni, in cui il clinico analizza tutto ciò che è stato riportato dai genitori, dagli insegnanti e dal bambino stesso; prendendo in analisi anche eventuali documentazioni pregresse, resoconti forniti dalla scuola, pagelle, quaderni e altre produzioni del bambino.

Si prosegue quindi con la valutazione degli specifici apprendimenti interessati dal problema, e con la valutazione del profilo intellettivo generale. Tali valutazioni devono essere effettuate attraverso l'utilizzo di test standardizzati che consentono un confronto normativo. Il test più classico e diffuso nell'ambito è la scala WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), che consente di valutare il quoziente intellettivo e una serie di competenze cognitive sottostanti, nella fascia di età 5-15 anni, mentre per l'età adulta a partire dai 16 anni è stata elaborata la WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale); nella valutazione del profilo intellettivo per evitare di sottostimare le abilità intellettive del bambino è bene non prendere in considerazione il QI totale ottenuto con la scala WISC, ma analizzare separatamente gli indici di abilità generale (IAG) ovvero: l'intelligenza verbale (ICV), l'intelligenza non-verbale (IRP), la memoria di lavoro (IML) e la velocità di elaborazione (IVE).

In conclusione della procedura di *assessment*, il clinico può condurre approfondimenti utili e mirati in base al profilo emerso nel corso delle fasi precedenti, sopracitate (Cornoldi, 2021).

La *Consensus Conference* del 2007 ha fornito come indicazioni utili ai fini della procedura di *assessment*, la raccomandazione di evitare le diagnosi prima di due anni di regolare scolarizzazione nel caso della Dislessia e Disortografia, e di tre anni nel caso della Discalculia, prestando però attenzione ad eventuali condizioni di rischio rilevabili già alla fine della prima elementare.

1.2 CLASSIFICAZIONE

Il termine “Disturbo Specifico dell'Apprendimento” è un'espressione-ombrello che raccoglie una gamma diversificata di problematiche definibili in base al mancato raggiungimento di taluni obiettivi di apprendimento, che all'interno del contesto in cui il bambino vive sono considerati essenziali. La classificazione dei DSA può essere fatta, quindi, basandosi semplicemente sugli obiettivi d'apprendimento che non vengono raggiunti: infatti, tradizionalmente, le classificazioni più diffuse ed utilizzate sono quelle che si basano sull'identificazione delle prestazioni deficitarie. Uno sforzo classificatorio può sembrare inutile

e tedioso ma in realtà va incontro alle esigenze della ricerca, semplifica le procedure diagnostiche e prognostiche, e consente una maggiore chiarificazione concettuale.

I principali manuali diagnostici, quali l'*International Classification of Diseases* (ICD), pubblicato dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), e il *Diagnostic Statistical Manual* (DSM), pubblicato dall'APA (*American Psychological Association*), offrono una classificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento. In particolare, il DSM-5 (APA, 2015) propone un'unica categoria diagnostica chiamata *specific learning disorder*, mentre l'ICD-10 (OMS, 1994) parla di “disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche” a cui si riferisce con il codice F81 e ne propone una classificazione che distingue fra disturbi di lettura, scrittura e calcolo; nel 2018 l'OMS ha pubblicato l'ICD-11 che, in merito ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento, mantiene la classificazione proposta dall'ICD-10, cambiando però il codice nosografico da F81 in 6A03.

Attualmente in Italia i riferimenti fondamentali per le persone che, a vario titolo, si occupano dei DSA sono rappresentati dalla legge 170 nel caso della scuola, e dall'ICD-10 nel caso dei servizi (Cornoldi, 2021). Come già citato in precedenza (Par. 1.1) la legge 170 riconosce come Disturbi specifici dell'apprendimento la Dislessia, la Disortografia, la Disgrafia e la Discalculia; l'ICD-10 fa riferimento in generale ai DSA con la sigla F81 che indica un disturbo evolutivo specifico delle abilità scolastiche, questo codice nosografico si accompagna ad un ulteriore codice numerico che specifica il DSA in oggetto. In particolare la Dislessia (disturbo specifico della lettura) viene indicata con il codice F81.0: questo codice viene utilizzato nell'ICD-10 anche per indicare una diagnosi di Dislessia e Disortografia in comorbidità, mentre esclude la sola diagnosi di Disortografia (disturbo specifico della compitazione, ovvero difficoltà ortografiche) a cui ci si riferisce con il codice F81.1; il codice nosografico F81.2 fa invece riferimento alla Discalculia (disturbo specifico delle abilità aritmetiche). L'ICD-10 non prevede un codice che faccia esplicito riferimento alla Disgrafia, che tuttavia viene riconosciuta come Disturbo Specifico dell'Apprendimento dalla legge 170; l'ICD-10 prevede il codice F81.8 per far riferimento ad “altri disturbi evolutivi delle abilità scolastiche”: questo codice nosografico viene quindi utilizzato per indicare una diagnosi di Disgrafia, ma comprende anche altri disturbi che non vengono riconosciuti come DSA dalla legge 170 del 2010. Nel caso di comorbidità tra più Disturbi Specifici dell'Apprendimento l'ICD-10 prevede l'utilizzo del codice F81.3 ovvero “disturbo misto delle abilità scolastiche” (PSY, 2016).

Verranno di seguito approfonditi i Disturbi Specifici dell'Apprendimento riconosciuti dalla legge 170 del 2010:

La Dislessia è un disturbo specifico nella decodifica, ossia nell'automatizzazione (velocità) e correttezza (numero di errori) della lettura. Per diagnosticare la Dislessia si effettua una valutazione clinica ed una valutazione psicometrica. La valutazione clinica prevede l'accertamento dell'impatto delle difficoltà sulla vita quotidiana, sulla riuscita scolastica e sul piano emotivo-relazionale; essa (come nel caso degli altri DSA) deve anche appurare che il disturbo sia specifico e non attribuibile ad un altro problema più generale, come una disabilità intellettiva e/o sensoriale, uno svantaggio socio-culturale grave, una scolarizzazione irregolare... La valutazione psicometrica mira invece a quantificare la difficoltà di lettura: per poter effettuare una diagnosi di Dislessia la capacità di lettura deve discostarsi significativamente (in negativo) rispetto alla popolazione di alunni con simili caratteristiche (stesso grado scolastico). Cornoldi e Tressoldi (2014) basandosi sulla prassi clinica e sulla letteratura scientifica hanno suggerito l'utilizzo dei seguenti *cut-off*: prestazione sotto il quinto percentile o almeno due deviazioni standard sotto la media per il parametro della velocità, che solitamente viene calcolata in base al numero medio di sillabe lette in un secondo (sill/s), e/o prestazione sotto il 5 percentile o almeno due deviazioni standard sotto la media per l'accuratezza, misurata come numero di errori commessi. Gli autori suggeriscono di riscontrare una caduta sotto il *cut-off* in velocità, accuratezza o entrambi i criteri, in almeno due prove diverse di lettura fra quelle classiche, ovvero lettura di un brano, lettura di parole e non-parole, dando più importanza al criterio della velocità, essendo l'italiano una lingua ad ortografia trasparente dove, a parte poche eccezioni, un grafema corrisponde ad un fonema. Tra le prove da utilizzare per valutare l'abilità di lettura è necessario somministrare prove di:

- lettura di non-parole (parole inventate che non esistono nel vocabolario) che consente di valutare la lettura a livello fonologico o sublessicale
- lettura di parole per valutare il concorso della via fonologica e della via lessicale
- lettura di un brano che valuta una condizione di lettura più ecologica, ovvero più simile alla lettura come avviene in classe e nel contesto scolastico di studio in generale; nella prova di lettura di un brano le persone con Dislessia possono manifestare ulteriori difficoltà legate all'affollamento di molte parole ravvicinate (Cornoldi, 2021).

La Discalculia è un disturbo specifico dell'acquisizione e/o apprendimento del calcolo, che interessa non solo il calcolo (calcolo a mente, fatti aritmetici, esecuzione delle procedure di calcolo scritte), ma anche altri aspetti relativi al numero e alla quantità, come la produzione o la comprensione delle quantità, il riconoscimento dei simboli numerici... L'ICD-10 definisce la Discalculia (disturbo specifico delle abilità aritmetiche) come una compromissione specifica dell'abilità aritmetica che riguarda la padronanza delle abilità di calcolo fondamentali

(addizione, sottrazione, moltiplicazione e divisione). Tali difficoltà interferiscono in modo significativo con l'apprendimento scolastico e con le attività di vita quotidiana, che richiedono capacità di calcolo e manipolazione di informazioni numeriche; invece il DSM-5 nel descrivere la Discalculia prende in considerazione anche competenze più complesse, oltre alle abilità strettamente legate ai numeri e al calcolo, come il ragionamento matematico, il *problem solving*, l'algebra e la geometria. Per diagnosticare la Discalculia è necessario rilevare attraverso test standardizzati una discrepanza rispetto alla propria fascia scolastica e una caduta significativa nei parametri di velocità e accuratezza, inoltre si raccomanda una valutazione qualitativa degli errori commessi (Mazzocco, 2008). Nell'ottobre 2012 l'AID (Associazione Italiana Dislessia) in accordo con l'AIRIPA (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento), ha presentato un documento che riprende e sintetizza le linee guida per la diagnosi e il trattamento della Discalculia identificate dai tavoli di confronto (*Consensus Conference 2007*, legge 170\2010, raccomandazioni cliniche sui DSA 2011) e dalla letteratura internazionale, offrendo così ai professionisti dell'ambito delle linee guida univoche e condivise per la pratica clinica. Il documento dell'AIRIPA-AID suggerisce di non utilizzare criteri di classificazione troppo rigidi che fanno riferimento a sotto-tipi più o meno precisi, ma di fare una descrizione funzionale del profilo di ciascun bambino, fondamentale per poter poi personalizzare l'intervento educativo (Cornoldi, 2021).

La Disortografia, anche chiamata disturbo della compitazione o disturbo della competenza ortografica, è un deficit che riguarda la componente linguistica della scrittura, può essere definita come un "disordine nella codifica del testo scritto, che viene fatto risalire ad un deficit di funzionamento delle componenti centrali del processo di scrittura responsabili della transcodifica del linguaggio orale nel linguaggio scritto" (MIUR, 2011). La Disortografia si manifesta attraverso la presenza di una quantità elevata di errori ortografici, a cui si può associare una lentezza nella scrittura, conseguente alla ridotta efficienza dei meccanismi che regolano il passaggio dal codice orale al codice scritto. Seguendo il modello a due vie (Denis e Cipollotti, 1990) le persone con Disortografia possono presentare una disfunzione a carico della via fonologica, la quale comporta errori in cui non viene rispettato il rapporto fonema-grafema (per esempio, scambio di grafemi o omissione, aggiunta e inversione di lettere e sillabe nelle parole); o una disfunzione a carico della via semantico-lessicale, la quale comporta errori nella rappresentazione ortografica della parola preservando la corrispondenza grafema-fonema (per esempio unione e separazione di parole scorretta, scrittura errata di parole omofone o omografe). Dagli studi di Brandenburg (2015) è emerso che i bambini con Disortografia presentano anche un deficit a carico del *loop* fonologico, a fronte di un funzionamento inalterato

delle altre componenti della memoria; a tale deficit si aggiunge una disfunzione a carico del sistema esecutivo centrale nel caso di comorbidità tra Dislessia e Disortografia (Brandenburg *et al.* 2015). La disortografia si accompagna molto spesso a difficoltà di lettura o alla vera e propria Dislessia. A tal proposito Bigozzi e colleghi (2016) ritengono che la Disortografia isolata e la Disortografia in comorbidità alla Dislessia non dovrebbero essere considerate come due disturbi distinti, ma come due posizioni su un continuum con diversi livelli di gravità, basso nel caso di sola Disortografia e alto nel caso di difficoltà associate di lettura e scrittura. Per diagnosticare la Disortografia, oltre ai criteri validi più in generale per la diagnosi di Disturbo Specifico dell'Apprendimento, si utilizza come parametro quantitativo la valutazione del numero di errori commessi, che deve essere tale da collocare la prestazione sotto il quinto percentile o sotto due deviazioni standard dalla media del campione di riferimento (alunni con lo stesso grado di scolarizzazione), oltre a tale parametro quantitativo le linee guida suggeriscono un'analisi qualitativa degli errori commessi al fine di definire con maggiore accuratezza il profilo funzionale. Per le modalità di classificazione degli errori commessi vi sono diverse proposte teoriche. Tressoldi e Cornoldi (2000) propongono tre tipologie di errore: errori fonologici, che riguardano tutti i casi in cui non viene rispettato il rapporto fonema-grafema; errori non fonologici, ovvero errori di rappresentazione ortografica (visiva) della parola senza compromissione del rapporto fonema-grafema (per esempio unione o separazione scorretta di parole, scrittura scorretta di parole omofone non omografe come hanno\anno); errori fonetici, che si riferiscono all'uso scorretto di doppie e accenti. Un'altra possibile classificazione è quella proposta da Angelelli e colleghi (2008) che suddivide gli errori ortografici in quattro gruppi a seconda delle caratteristiche degli stimoli: parole regolari, con corrispondenza 1grafema-1fonema (parole in cui a ogni suono corrisponde un segno grafico, come ad esempio "cane"); parole regolari contenti suoni a conversione sillabica (parole in cui ad un suono corrisponde una sillaba come ad esempio -gn, -gli, -sci); parole a trascrizione ambigua (parole irregolari come ad esempio "scuola"); non parole con corrispondenza 1grafema-1fonema (parole inventate). Vi sono poi ulteriori possibili classificazioni con un più alto numero di sottocategorie. Nella diagnosi di Disortografia si sottolinea anche l'importanza di valutare componenti diverse in funzione alle diverse fasi evolutive (Istituto superiore di sanità, 2011): in particolare nelle fasi iniziali di alfabetizzazione è importante valutare i processi di conversione fonema-grafema, mentre nel proseguo della scuola primaria assumono maggiore importanza le componenti ortografiche di tipo lessicale; la permanenza negli ultimi anni di scuola primaria o nella scuola secondaria di errori legati alla conversione fonema-grafema indica un livello elevato di gravità del disturbo. La procedura di *assessment* della Disortografia

prevede la somministrazione di una batteria di prove di diversa tipologia. Le prove più importanti sono quelle di dettato a diversi livelli: brano, parole isolate, non parole; a cui si aggiungono compiti particolari di ortografia e prove di espressione scritta. L'utilizzo di più prove è fondamentale, per poter disporre di materiale che consenta di rilevare le diverse tipologie di errore, e perché ciascuna prova consente di rilevare le capacità ortografiche all'interno di uno specifico tipo di compito. Si giunge quindi ad una diagnosi di Disortografia in presenza di punteggi critici, che si collocano sotto al *cut-off* del quinto percentile o due deviazioni standard, in almeno il 50% delle prove di una batteria sufficientemente rappresentativa delle abilità di scrittura, rispetto alla classe frequentata e al programma didattico svolto (Cornoldi, 2021).

La Disgrafia è un deficit che riguarda la componente motoria della scrittura, può essere definito come un “disturbo che coinvolge il controllo degli aspetti grafici, formali della scrittura manuale ed è collegato al momento motorio-esecutivo della prestazione” (MIUR, 2011). La Disgrafia si manifesta, quindi, come una difficoltà nella riproduzione dei segni grafici (numeri e lettere) riguardante la gestione della forma, dimensione e collegamenti tra i segni; che porta ad una scrittura eccessivamente lenta, faticosa e poco leggibile. Spesso la Disgrafia comporta anche: impugnatura scorretta della penna, pressione sul foglio troppo forte o troppo leggera, scarso rispetto dei margini della pagina, oscillazioni al di sopra e al di sotto del rigo, irregolarità nello spazio tra le parole. La Disgrafia è riconducibile ad un'alterazione nei processi impliciti nella fase di trascrizione. Prunty e Barnett (2017) hanno rilevato che la Disgrafia si associa ad una compromissione di tutti e tre i processi motori impliciti nella scrittura secondo il modello di Van Galen, ovvero: selezione dell'allografo (ovvero modalità di realizzazione del grafema, in base al carattere ad esempio stampatello, corsivo...), programmazione della dimensione, velocità e spaziatura degli allografi e regolazione muscolare. Inoltre la Disgrafia si associa solitamente ad un profilo neuropsicologico caratterizzato da deficit in processi cognitivi sottostanti la scrittura, quali: abilità visuoperceptive o visuospaziali, motorie e di coordinazione visuo-motoria; per questo in presenza di Disgrafia si osservano prestazioni carenti non soltanto nella scrittura, ma anche in tutti i compiti che richiedono la riproduzione di segni grafici (per esempio disegno tecnico, disegno geometrico...). Per diagnosticare la Disgrafia vengono valutati i seguenti due parametri: 1. la fluenza, ovvero la velocità media di scrittura, misurata in termini di quantità di grafemi riprodotti per unità di tempo, che deve essere almeno due deviazioni standard sotto la media del campione di riferimento; 2. la qualità del segno grafico, valutata in base al grado di leggibilità, che dipende dai movimenti scrittori, dalle forme e dimensioni della scrittura, nonché dalla disposizione della scrittura sul foglio. La leggibilità

viene valutata in maniera globale da due giudici indipendenti; è poi possibile fare una valutazione di approfondimento (o valutazione di II livello) attraverso la somministrazione di strumenti standardizzati. Le difficoltà a carico della fluenza e/o leggibilità devono essere riscontrate in tutte le forme di scrittura, comprese quelle preferibilmente utilizzate dal bambino. Le linee guida di Russo e Cornoldi (2011) suggeriscono di dare priorità al parametro della leggibilità; inoltre si raccomanda di prendere in considerazione anche gli elementi che riguardano l'ergonomia dello scrivere (pressione esercitata sul foglio, postura...), che possono comportare un affaticamento nell'attività di scrittura prolungata. Infine per effettuare una diagnosi di Disgrafia è importante rilevare la presenza di un profilo neuropsicologico caratterizzato da prestazioni basse in almeno una prova prassica, visuomotoria o visuospatiale; che si configuri come condizione predisponente per il deficit a carico del grafismo (Cornoldi, 2021).

Come indicato in precedenza (inizio del par. 2.1) il termine "Disturbo Specifico dell'Apprendimento" è un'espressione-ombrello che raccoglie una gamma diversificata di problematiche riguardanti abilità diverse. È però importante sottolineare che i diversi DSA possono coesistere in una stessa persona: ciò tecnicamente viene definito "comorbidità". Come indicato dalla stessa *Consensus Conference* (2007) la comorbidità è molto presente nei Disturbi Specifici dell'Apprendimento. Tofalini, Giofrè e Cornoldi (2017) hanno riscontrato che su un campione di oltre mille individui con una diagnosi di DSA provenienti da tutt'Italia, oltre la metà presentava un disturbo misto (comorbidità tra diversi DSA), che nella maggior parte dei casi riguardava la Dislessia in associazione alla Discalculia. Gagliano e colleghi (2007) hanno dimostrato l'elevato tasso di comorbidità tra Dislessia e Disortografia, infatti la quasi totalità del loro campione di bambini con Dislessia presentava anche Disortografia (98,7% di 301 bambini). Il tasso di comorbidità tra i Disturbi Specifici dell'Apprendimento è così elevato che il DSM-5 ha previsto un'unica categoria. La Comorbidità può essere presente anche tra i DSA e altri disturbi del neurosviluppo, in particolare il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD) e il disturbo della coordinazione motoria, i quali risultano presentarsi con maggiore frequenza (10\20 %) nei bambini e nei ragazzi con Dislessia rispetto alla popolazione generale (Stella, Franceschi e Savelli, 2009). In tutti i casi di comorbidità il disturbo risultante è superiore alla somma delle singole difficoltà, poiché ognuno dei disturbi implicati nella comorbidità influenza negativamente lo sviluppo delle abilità complessive (MIUR, 2011).

1.3 CONCLUSIONE

Dall'analisi condotta emerge innanzitutto quanto il tema dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento sia rilevante, infatti secondo i dati del MIUR (luglio, 2022) ben il 5,4% degli alunni presenta un DSA (vedi par. 1.1).

Si evidenzia come i Disturbi Specifici dell'Apprendimento possano essere una delle cause alla base dei fallimenti scolastici, in quanto comportano un mancato raggiungimento di specifici obiettivi di apprendimento, attesi in base all'età o alla classe frequentata (vedi par. 1.2). La stessa *Consensus Conference* (2007) evidenzia come i Disturbi specifici dell'apprendimento comportino un impatto significativamente negativo per l'apprendimento scolastico (vedi par. 1.1).

Nel secondo capitolo verrà approfondito il costrutto dell'Autoefficacia, la quale si costruisce anche a partire dai successi e fallimenti che l'individuo sperimenta nel corso delle sue esperienze. Le esperienze dirette di successo e fallimento costituiscono infatti la fonte primaria dell'autoefficacia.

È quindi possibile ipotizzare che i fallimenti scolastici, sperimentati dagli alunni con DSA, comportino una riduzione della loro autoefficacia scolastica. I capitoli successivi consentono di approfondire tale ipotesi, soffermandosi anche sulle possibili conseguenze di una ridotta autoefficacia scolastica.

II CAPITOLO: L'AUTOEFFICACIA

Il presente capitolo si propone di definire il costrutto dell'Autoefficacia. Verranno descritti i principali aspetti inerenti al tema, basandosi su un'analisi dello stato dell'arte della letteratura. Nel primo paragrafo si fornisce innanzitutto la definizione di "Autoefficacia" data da Bandura, facendo riferimento anche alla teoria dell'agentività (*agency*) e al determinismo reciproco triadico, come basi teoriche del costrutto. Verrà, quindi, approfondita la relazione tra il costrutto dell'autoefficacia e quello dell'autostima. Infine, verrà fatto un accenno ai questionari che consentono di quantificare l'autoefficacia. Nel secondo paragrafo si analizzano le fonti attraverso cui l'individuo elabora un giudizio di autoefficacia, circa le proprie capacità. Vengono, quindi, descritte nel dettaglio l'esperienza diretta, l'esperienza vicaria, la persuasione verbale e gli stati fisiologici. Nel terzo paragrafo si analizzano gli effetti dell'autoefficacia e le modalità attraverso cui l'autoefficacia esercita tali effetti. Verrà, quindi, approfondita l'influenza dell'autoefficacia sulla prestazione, sui processi di scelta, sulle motivazioni, sull'impegno, sulla gestione dell'ansia... Infine, il quarto paragrafo riguarda un approfondimento sul tema dell'autoefficacia scolastica. Viene innanzitutto descritto come un contesto scolastico dovrebbe essere costituito, per favorire lo sviluppo di una buona autoefficacia negli alunni. Quindi, si analizza come la scuola attraverso le prove di verifica, il confronto con i pari, i feedback degli insegnanti... possa influenzare l'autoefficacia degli alunni. In conclusione, verrà fatto un accenno al tema dell'ansia da prestazione.

2.1 DEFINIZIONE

Il concetto di autoefficacia è stato teorizzato verso la fine del novecento da Albert Bandura, il quale ha definito il senso di autoefficacia (*self-efficacy*) come "le convinzioni circa le proprie capacità di organizzare ed eseguire le sequenze di azioni, necessarie per produrre determinati risultati" (Bandura, 2000, p. 23). Quindi, l'autoefficacia è la convinzione di possedere le capacità, e di saperle organizzare nel modo adeguato, per poter influenzare l'andamento degli eventi nel modo desiderato. L'autoefficacia non è un dato di fatto, un'abilità che la persona possiede o meno, ma è una convinzione, una capacità generativa che racchiude sotto-abilità cognitive, sociali, emozionali e comportamentali, che devono essere organizzate e coordinate adeguatamente per assolvere ad un'infinità di scopi. È bene tener presente che l'autoefficacia non si limita alla convinzione di possedere le abilità necessarie a produrre

determinati risultati, ma riguarda anche la capacità di organizzare efficacemente tali abilità con l'aggiunta di abilità superiori (Bandura, 2000).

L'essere umano può impegnarsi in un'infinità di ambiti diversi, che a loro volta richiedono lo sviluppo di un'infinità di capacità diverse. La teoria dell'autoefficacia tiene conto di ciò considerando il sistema delle convinzioni di efficacia non come un tratto generale, ma come un insieme differenziato di convinzioni su di sé collegate a sfere di funzionamento distinte. In pratica, l'autoefficacia si differenzia in base agli ambiti in cui ci si cimenta. Inoltre, all'interno dei singoli ambiti l'autoefficacia si può differenziare in base ai settori, inerenti ai singoli aspetti dell'abilità in questione. L'approccio multidimensionale non esclude il fatto che possa esistere un grado di autoefficacia generalizzato che riguarda sotto-abilità trasversali a attività diverse. Tra le attività che l'individuo svolge sono poche quelle completamente nuove, la maggior parte delle attività seppur tra loro diverse si strutturano su sotto-abilità uguali o simili, altrimenti sarebbe molto difficile affrontare nuove attività, dovendo acquisire sempre nuove competenze completamente diverse da quelle già note (Cervone, 1989). L'autoefficacia generale aumenta se ci si sofferma sulle similitudini tra le diverse abilità e sulle competenze già note ed acquisite, mentre diminuisce se ci si sofferma sugli aspetti di novità. Inoltre, tra le diverse forme di autoefficacia alcune sono sicuramente più centrali di altre, in quanto riguardano capacità superiori, che possono essere generalizzate a diversi ambiti di attività, come ad esempio l'autoefficacia in merito alle proprie capacità di apprendimento di nuove competenze. Il senso generale di autoefficacia può aumentare in seguito ad un miglioramento della propria forza fisica o in seguito ad una serie di successi, specie se inaspettati, in quanto aumenta la convinzione generale di potersi impegnare e potercela fare anche in ambiti molto diversi (Bandura, 2000).

L'autoefficacia viene valutata cognitivamente ogni volta che ci si trova a dover affrontare una situazione sfidante, ovvero una situazione nuova, diversa, difficile... Quando un'azione diventa routinaria, l'autoefficacia per tale azione persiste ma non viene rivalutata cognitivamente tutte le volte, perché ciò richiederebbe un inutile spreco di risorse. La valutazione cognitiva per un'azione ormai consolidata come routinaria torna in gioco se l'azione o le circostanze situazionali si modificano, oppure se si inizia a sperimentare una serie di insuccessi ripetuti. Per poter effettuare una corretta valutazione cognitiva dell'autoefficacia, è necessario conoscere bene ciò che l'attività che ci si accinge a svolgere richiede, così da poter poi valutare adeguatamente se si possiedono o meno le abilità necessarie a superarla con successo. Inoltre, è necessario conoscere le circostanze situazionali in cui l'attività si svolge, le quali potrebbero influenzare il senso di autoefficacia. Nel caso di attività pericolose che possono

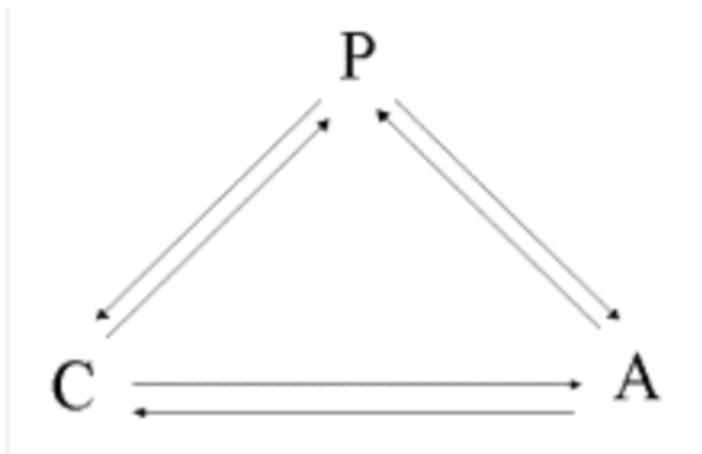
mettere a rischio la persona sotto diversi punti di vita (fisico, mentale, economico...) una sovrastima del proprio senso di efficacia può essere molto dannosa. Anche la sottostima del senso di efficacia ha un'azione negativa, in quanto limita lo sviluppo della persona, che sarà portata a precludersi alcune attività che invece sarebbe in grado di affrontare con successo. Quindi, nel caso di attività non pericolose, eccedere nella stima della propria autoefficacia è funzionale allo sviluppo, perché questo migliora la motivazione, spronando l'individuo a impegnarsi e perseverare. Se si effettuasse sempre una stima corretta delle proprie capacità, senza sovrastimare mai la propria autoefficacia, si finirebbe con il ripetere sempre le stesse azioni, senza mai porsi obiettivi di crescita. È però necessario affiancare la valutazione ottimistica delle proprie abilità (sovrastima dell'autoefficacia) ad una valutazione realistica del compito, altrimenti si andrebbe in contro a gravi insuccessi. Infatti, se si ritiene il compito facile, sottovalutandolo, e si ritiene di poterlo superare sovrastimando la propria autoefficacia, si andrà incontro ad un insuccesso disillusorio. Invece, se si fa una valutazione realistica del compito ritenendolo difficile e si sovrastima la propria autoefficacia ritenendo di poterlo affrontare, si verificherà un aumento dell'impegno e della perseveranza di fronte ad eventuali insuccessi. Ovviamente la sovrastima dell'autoefficacia deve essere accompagnata da una base di abilità sufficienti, altrimenti non si tratterebbe di una sovrastima dell'autoefficacia ma di una valutazione cognitiva scorretta del proprio senso di efficacia (Bandura, 2000).

Il concetto di autoefficacia è alla base della teoria dell'agentività (*agency*), anch'essa elaborata da Bandura, il quale la definisce come "la facoltà di far accadere le cose, di intervenire sulla realtà, di esercitare un potere causale" (Bandura, 2000, p. 17). Quindi, l'agentività consiste nella consapevolezza di poter esercitare un controllo sull'andamento degli eventi, di avere un potere causale sulla realtà esterna. L'autoefficacia è strettamente legata all'agentività perché, se l'uomo non fosse convinto che con le proprie azioni è in grado di influenzare gli eventi nel modo desiderato, avrebbe pochi stimoli ad agire. Il concetto dell'autoefficacia si basa sulla teoria sociocognitiva o interazionista, secondo cui l'individuo non risponde in modo passivo agli stimoli ambientali, ma è un agente attivo in grado di influenzare il corso degli eventi (agentività umana). Un altro presupposto teorico alla base dell'autoefficacia è il determinismo reciproco triadico. È bene specificare che in questo caso il termine "determinismo" non indica una causalità lineare, ma indica che la determinazione dell'evento finale è causata dall'influenza di tre fattori (triadico), che si influenzano vicendevolmente (reciproco). Questi tre fattori sono: i fattori personali (cognitivi, affettivi e biologici), i fattori comportamentali e i fattori ambientali (contesto esterno, società). Secondo il modello teorico del determinismo reciproco triadico, su cui si basa il concetto di autoefficacia, i comportamenti umani (C)

possono influenzare l'ambiente esterno (E) modificandolo; l'ambiente esterno, a sua volta, impone dei vincoli ed offre delle opportunità che influenzano i comportamenti umani. Gli aspetti cognitivi (P) influenzano i comportamenti umani scegliendo quali azioni mettere in atto (intenzionalità), a loro volta i comportamenti influenzano le nostre modalità di pensiero. Infine, la società detta delle regole e impone dei limiti che influenzano i fattori personali, ma è proprio l'uomo con la sua cognizione ad aver creato la società (vedi figura I), (Bandura, 1986).

Nel definire il concetto di autoefficacia risulta necessario fare chiarezza distinguendo l'autoefficacia da alcuni concetti affini con cui potrebbe essere erroneamente confusa. Spesso il concetto di autoefficacia e quello di autostima vengono erroneamente utilizzati in modo interscambiabile, in realtà si tratta di due concetti ben distinti. L'autostima è una valutazione globale del sé, svincolata dal contesto, è un giudizio di valore (positivo\negativo) sulla propria persona in generale, indipendentemente dalla specifica situazione in cui ci si trova. Invece, come indicato in precedenza, l'autoefficacia è la convinzione personale di possedere le abilità

Figura I: determinismo reciproco triadrico



necessarie a sperimentare successo in un dato ambito, quindi la valutazione di efficacia è settoriale e cambia in base allo specifico contesto situazionale a cui si fa riferimento. Lo stesso individuo può avere un'alta autoefficacia in alcuni ambiti e una bassa autoefficacia in altri ambiti (Harter, 1990). Quindi, autostima e autoefficacia sono due concetti affini ma distinti. Esiste tuttavia un legame tra questi due concetti, infatti l'autoefficacia in alcuni casi è in grado di influenzare l'autostima: avere un'alta autoefficacia in un ambito che riteniamo centrale nella nostra vita (un ambito che definisce la nostra persona) porta ad aumentare la nostra autostima, così come avere una bassa autoefficacia in un ambito che riteniamo centrale nella nostra vita porta a diminuire la nostra autostima. Invece, il fatto di avere una bassa autoefficacia in un ambito che non si ritiene centrale nella nostra vita non ha alcuna influenza sull'autostima: è

quindi possibile avere una bassa autoefficacia in alcuni ambiti pur mantenendo un'alta autostima (Bandura, 2000).

È possibile quantificare l'autoefficacia attraverso la somministrazione di specifici questionari. I questionari per rilevare l'autoefficacia devono tener conto delle diverse variabili che influenzano il senso di autoefficacia, ovvero: l'attività\il compito da svolgere, il quale può essere anche scomposto in diverse sotto-attività per le quali il livello di autoefficacia può variare, il grado di difficoltà del compito, le condizioni contestuali. Solitamente l'individuo nel compilare il questionario deve rispondere ad una serie di item che valutano la "forza" della sua autoefficacia, attribuendo a ciascun item un punteggio su una scala 0-100 o 0-10, dove 0 corrisponde a "non lo so fare" e 10\100 corrisponde a "sono certo di saperlo fare". Le scale con più punteggi risultano essere maggiormente sensibili (Norman e Streiner, 1989). Tendenzialmente più elevato è il numero di item, e più questi ultimi sono dettagliati nella loro descrizione, maggiormente accurata sarà la misurazione dell'autoefficacia; tuttavia è bene specificare che la misurazione sarà effettivamente accurata se gli item descrivono una situazione uguale o il più possibile simile a quella che verrà effettivamente affrontata nella pratica; quindi, item eccessivamente specifici, potrebbero descrivere una situazione dissimile da quella reale e andare a discapito dell'accuratezza della misurazione, per questo di solito si predilige valutare l'autoefficacia ad un livello intermedio di generalità. Eseguire un test di valutazione dell'autoefficacia non ha alcun effetto diretto sulla prestazione e sui risultati di quest'ultima. Secondo alcuni studiosi però vedere il proprio livello di autoefficacia percepita difforme dai risultati delle prestazioni, provoca un senso di disagio relativo al desiderio di coerenza, e ciò spinge l'individuo a impegnarsi maggiormente. In realtà, molti studi hanno dimostrato come il desiderio di coerenza non sia intrinseco ma dovuto alle pressioni sociali (Abelson *et al.*, 1968; Festinger, 1957). Infine, in merito alla misurazione dell'autoefficacia, è necessario tener presente che spesso le risposte al questionario sono falsate, in quanto gli individui tendono a giudicarsi più positivamente di quanto non lo facciano nella realtà, a causa della desiderabilità sociale (Brink *et al.*, 1987; Seltenreich, 1990; Velcer *et al.*, 1990; Stotland e Zuroff, 1991; Wulfert e Wan, 1992).

2.2 LE FONTI DELL'AUTOEFFICACIA

Le convinzioni di efficacia si costruiscono a partire da quattro fonti, ovvero:

- l'esperienza diretta delle proprie capacità
- l'esperienza vicaria

- la persuasione verbale, e forme affini di influenza sociale
- gli stati fisiologici, attraverso cui è possibile valutare le proprie capacità

Queste sono le fonti da cui l'individuo trae informazioni per formulare un giudizio di autoefficacia, anche se non costituiscono esse stesse il giudizio. Infatti, l'individuo trae informazioni, in merito alle proprie capacità, da una o più di queste quattro fonti, quindi compie un'elaborazione cognitiva di tali informazioni, e solo successivamente all'elaborazione cognitiva formulerà un giudizio di autoefficacia. Attraverso il processo di elaborazione cognitiva l'individuo seleziona le informazioni a cui prestare attenzione, e poi attraverso delle euristiche unisce tali informazioni in un unico giudizio (Bandura, 2000).

Di seguito verranno approfondite nel dettaglio le quattro fonti dell'autoefficacia sopracitate.

L'esperienza diretta delle proprie capacità, attraverso i successi e i fallimenti, rappresenta la fonte più autorevole su cui si costruisce il senso di autoefficacia. Generalmente le esperienze dirette di successi tendono ad aumentare il senso di autoefficacia, mentre i fallimenti\insuccessi tendono ad indebolire\ridurre l'autoefficacia, specie se tali insuccessi vengono sperimentati quando non si ha ancora consolidato un senso di autoefficacia per l'abilità in questione. Tuttavia, non sempre i successi accrescono il senso di autoefficacia e gli insuccessi lo diminuiscono. Il giudizio di autoefficacia non dipende dalla prestazione in sé, ma dall'elaborazione cognitiva che ne fa l'individuo. In base all'elaborazione cognitiva una stessa prestazione di successo o insuccesso può aumentare, diminuire o lasciare inalterato il senso di autoefficacia (Bandura, 1982). L'elaborazione cognitiva dipende dai seguenti fattori:

- Convinzioni di autoefficacia pre-esistenti (Bandura, 1992). Se le prestazioni sono coerenti con il senso di autoefficacia pre-esistente (es. insuccesso-bassa autoefficacia \ successo-alta autoefficacia) vengono utilizzate come conferma di quest'ultima. Invece, se le prestazioni sono discordi dal senso di autoefficacia pre-esistente (es. insuccesso-alta autoefficacia \ successo-bassa autoefficacia) l'individuo tende a renderle coerenti, minimizzandole o ignorandole, così da lasciare inalterato il senso di autoefficacia e mantenere una coerenza del sé (Alden, 1987). Questo processo è utile nel caso di un'alta convinzione di autoefficacia pre-esistente, perché consente di superare gli insuccessi perseverando con l'impegno, ma risulta dannoso nel caso di una bassa o nulla convinzione di autoefficacia pre-esistente, perché porta a mantenerla tale impedendo all'individuo di rivalutare positivamente le proprie capacità.
- Difficoltà del compito e fattori contestuali. Il valore informativo di successi e fallimenti dipende dalla difficoltà percepita del compito e dalle condizioni contestuali in cui il compito si svolge, le quali possono influenzare la prestazione. Infatti i successi in un compito valutato

come semplice saranno scarsamente informativi, mentre i successi in un compito valutato come difficile aumenteranno il senso di autoefficacia. Un insuccesso in un compito che si è svolto in condizioni avverse può essere ignorato in quanto attribuibile al contesto e non alle proprie competenze, così come un successo può essere ignorato se si sono ricevuti degli aiuti al fine dello svolgimento del compito (Bandura, 1982).

- Impegno impiegato. Se l'individuo impiega uno scarso impegno la prestazione sarà scarsamente informativa. Invece, se l'individuo raggiunge un successo in seguito ad un elevato impegno, tale prestazione di successo potrà essere considerata in modi diversi in base a come si considera l'impegno: se lo si considera come un elemento sostituito alle proprie capacità la prestazione verrà considerata non informativa (Surber, 1985), se lo si ritiene come complementare alle proprie capacità la prestazione aumenterà l'autoefficacia, invece se lo si ritiene come uno sforzo eccessivo che non si sarebbe più in grado di mettere in atto la prestazione anche se di successo ridurrà l'autoefficacia (Bandura e Cervone, 1986).

In generale è bene sottolineare che il senso di autoefficacia che si costruisce a partire dalle esperienze dirette può essere distorto se l'individuo si sofferma in maniera selettiva solo sulle prestazioni di successo o insuccesso. Inoltre, per sviluppare un senso di autoefficacia stabile a partire dalle esperienze dirette, non è sufficiente valutare un'unica performance, il compito deve essere affrontato diverse volte e l'individuo deve integrare le singole valutazioni di autoefficacia (Bandura, 2000).

L'esperienza vicaria, anche definita "apprendimento osservativo", consiste in una valutazione delle proprie capacità/prestazioni attraverso un confronto con le capacità/prestazioni altrui. Il confronto può essere fatto con misure normative, per cui la propria prestazione verrà considerata nella norma, superiore o inferiore ad essa, rispetto ad un gruppo di riferimento. Oppure le proprie prestazioni possono essere confrontate con quelle di alcuni individui specifici, con cui ci si identifica, definiti "modello" (Bandura, 2000). Quanto più il modello di riferimento è simile all'individuo, tanto più l'osservazione sarà informativa; se invece il modello osservato è molto diverso dall'individuo la sua osservazione non ne influenzerà l'autoefficacia. La valutazione dell'autoefficacia può cambiare molto in base alle persone con cui avviene il confronto (Bandura e Jourden, 1992; Wood, 1989).

Tendenzialmente l'osservazione di un successo da parte del modello porta ad aumentare l'autoefficacia, mentre l'osservazione di un insuccesso da parte del modello porta a ridurla. Questo non si verifica ad esempio se l'individuo ritiene che il modello non si sia impegnato a sufficienza. Anche il fatto di fallire in un compito che invece viene superato con successo dal gruppo di persone con cui ci si identifica porta a ridurre la propria autoefficacia, mentre il fatto

di avere successo in un compito in cui il proprio gruppo di riferimento fallisce porta ad aumentarla (Weinberg et al., 1979).

Come nel caso dell'esperienza diretta, anche nel caso dell'esperienza vicaria, essa esercita un'influenza sull'autoefficacia solo nel momento in cui viene rielaborata cognitivamente dal soggetto. Perché le informazioni ricavate dall'esperienza vicaria possano essere ritenute informative, in fase di rielaborazione cognitiva, è necessaria la somiglianza con il modello osservato. La somiglianza tra il soggetto e il modello osservato deve essere stabilita sulla base del livello di abilità\competenze e sulla base delle caratteristiche personali, che potrebbero influenzare la prestazione in questione (Festinger, 1954; Miller e Suls, 1977; Wood, 1989). Come indicato in precedenza l'esperienza diretta è la fonte più autorevole su cui si costruisce il senso di autoefficacia, tuttavia in caso di grande insicurezza o scarsa conoscenza delle proprie capacità, l'esperienza vicaria assume il ruolo di fonte primaria dell'autoefficacia (Takata e Takata, 1976).

La persuasione verbale, stimolando la motivazione e l'impegno, costituisce una delle quattro fonti dell'autoefficacia. Da sola la persuasione verbale non è sufficiente a creare un senso di autoefficacia stabile e duraturo, tuttavia essa, da sola, può portare a ridurre pesantemente e durevolmente il senso di autoefficacia (Bandura, 2000). Generalmente la persuasione verbale avviene sotto forma di feedback che valutano le prestazioni dell'individuo. I feedback valutativi che mettono in risalto le capacità\competenze dell'individuo ne aumentano l'autoefficacia, i feedback valutativi che mettono in risalto una buona prestazione ottenuta in seguito ad un grande impegno portano ad un aumento dell'autoefficacia, anche se minore rispetto a quelli che si soffermano sulle competenze (Schunk, 1948). A parità di prestazione i feedback, che si soffermano sui miglioramenti e propongono delle critiche costruttive, aumentano il senso di autoefficacia, mentre i feedback che si soffermano sulle mancanze riducono il senso di autoefficacia e minano la motivazione e l'impegno (Baron, 1988). La capacità della persuasione verbale di influenzare l'autoefficacia dipende anche dalla fonte da cui provengono i feedback. Le fonti di persuasione verbale più efficaci provengono da persone ritenute esperte o autorevoli nell'ambito per cui offrono un giudizio (Crundall e Foddy, 1981; Webster e Sobiezek, 1974). Le valutazioni altrui possono essere più o meno discordanti dalle proprie autovalutazioni, un elevato livello di discordanza porta il giudizio a perdere di credibilità, specie se riferito a prestazioni presenti o imminenti (Bandura, 2000).

Gli stati fisiologici e affettivi sono una fonte dell'autoefficacia, soprattutto per quanto riguarda il senso di autoefficacia in prestazioni fisiche o situazioni particolarmente stressanti. Nel caso di attività che richiedono una prestazione fisica, gli individui tendono a valutare la

loro prestazione sulla base di alcuni stati fisiologici come la forza, l'energia, l'agilità... Gli stati emotivi sperimentati durante lo svolgimento di un compito influenzano la prestazione e il relativo senso di autoefficacia, tendenzialmente le emozioni negative riducono il senso di autoefficacia (Bandura, 1991; Cioffi, 1991). Come nel caso delle altre fonti, anche gli stati fisiologici e affettivi non influenzano di per se l'autoefficacia, ma lo fanno solo in seguito ad un'elaborazione cognitiva. Uno stesso stato fisiologico può influenzare l'autoefficacia in modi diversi in base a come viene interpretato dal soggetto (es. fattore motivante o debilitante), e in base ai fattori situazionali a cui attribuisce la causa dell'attivazione fisiologica. In generale è importante che il livello di attivazione fisiologica sia adeguato al livello di difficoltà del compito (Bandura, 2000). Anche le convinzioni di autoefficacia pre-esistenti influenzano l'elaborazione cognitiva degli stati fisiologici. Un basso senso di autoefficacia rende l'individuo maggiormente sensibile agli stati di attivazione fisiologica, che tendono ad essere attribuiti a carenze personali; questo porta a ridurre ulteriormente il senso di autoefficacia, innescando un circolo vizioso (Sarason, 1975). Gli stati fisiologici sono in una relazione causale bidirezionale con l'autoefficacia. Infatti, gli stati fisiologici sperimentati durante lo svolgimento di un compito incidono sul senso di autoefficacia percepito. Allo stesso tempo una buona autoefficacia può consentire di controllare\gestire gli stati fisiologici e affettivi, mentre una bassa autoefficacia porta ad un'accentuazione degli stati fisiologici che possono diventare debilitanti (Bandura, 2000). Anche l'umore è un fattore affettivo che può influenzare il senso di autoefficacia. Tendenzialmente ai successi si accompagna un umore positivo che porta ad aumentare il senso di autoefficacia, mentre agli insuccessi si accompagna un umore negativo che porta a ridurlo (Bower, 1983). L'effetto dell'umore sull'autoefficacia è più evidente nei casi in cui lo stato dell'umore è discordante dal risultato della prestazione, infatti se un successo si accompagna ad un umore negativo l'aumento dell'autoefficacia sarà ridotto, così come se un insuccesso si accompagna ad un umore positivo la riduzione dell'autoefficacia sarà ridotta (Schwartz e Clore, 1988).

Una volta che l'individuo ha raccolto informazioni in merito alle proprie capacità, dalle quattro fonti sopra descritte, deve integrare tali informazioni tra di loro per formulare un giudizio di autoefficacia. Nell'integrazione delle informazioni provenienti dalle quattro fonti l'individuo dovrebbe compiere un'operazione di ponderazione, in quanto alcune fonti sono più informative di altre (questo può dipendere anche dal tipo di compito in questione), inoltre alcune fonti sono da considerarsi molto attendibili, altre meno (Bandura, 2000). In generale però gli individui hanno difficoltà a svolgere analisi multifattoriali e tendono a seguire processi

euristici (ovvero analisi semplificate), che non tengono effettivamente conto di tutti i fattori ma solo di quelli più evidenti\accessibili in memoria (Nisbett e Ross, 1980).

2.3 GLI EFFETTI DELL'AUTOEFFICACIA

Oltre agli effetti dell'autoefficacia sull'autostima, già illustrati nel primo paragrafo, trattando la relazione tra questi due costrutti (vedi par. 2.1), l'autoefficacia ha effetti su ciò che gli individui pensano, provano, sulla loro motivazione e sulle loro azioni. Questi effetti dell'autoefficacia si verificano attraverso quattro processi di mediazione: processi cognitivi, processi affettivi, processi motivazionali e processi di scelta. Solitamente tali processi tendono ad agire in maniera unitaria, piuttosto che isolatamente. Dunque, si definiscono “processi di mediazione” i processi attraverso cui l'autoefficacia produce i suoi effetti (Bandura, 2000).

Di seguito verranno approfonditi i quattro processi di mediazione e i rispettivi effetti prodotti dall'autoefficacia.

L'autoefficacia esercita effetti d'influenza sul pensiero, attraverso i processi cognitivi. L'autoefficacia ha effetti sul pensiero, in quanto influenza il modo in cui l'individuo si immagina e progetta un'azione, e gli scenari che si prefigura al termine di tale azione. Quindi, i pensieri influenzano a loro volta le azioni, le quali hanno origine proprio nei pensieri (Carroll e Bandura, 1990). Ad esempio, le persone che hanno un'alta autoefficacia si immaginano di riuscire a svolgere bene l'azione e si prefigurano scenari di successo, il contrario si verifica in coloro che hanno una bassa autoefficacia (Krueger e Dickson, 1994). Il fatto di pensare di svolgere bene\male un'azione, prefigurandosi scenari di successo\insuccesso, può influenzare lo svolgimento della prestazione stessa (Powell, 1973).

L'autoefficacia esercita effetti d'influenza sulla regolazione cognitiva delle motivazioni, attraverso i processi motivazionali (Bandura, 2000). Nello specifico, vi sono tre fattori motivazionali che vengono influenzati dall'autoefficacia:

- Le attribuzioni causali alla base di successi e fallimenti possono agire come fonti di motivazione per le prestazioni future. Ad esempio, se si attribuisce come causa dell'insuccesso uno scarso impegno, si sarà motivati ad impegnarsi maggiormente nelle prestazioni future. Invece, se si attribuisce come causa dell'insuccesso una mancanza di capacità si sarà portati ad evitare tale prestazione in futuro (Weiner, 1985).
- Le aspettative di risultato di una prestazione possono essere una fonte di motivazione nel corso dello svolgimento di tale prestazione. Se si ha una buona autoefficacia si è portati a prefigurarsi

scenari di successo, che fungeranno anche da guida all'azione e fonte di motivazione (Ajzen e Fishbein, 1980).

- Gli obiettivi consapevoli. Il fatto di porsi, in maniera cosciente, obiettivi stimolanti (obiettivi che superano le prestazioni finora raggiunte) è una fonte di motivazione, così come il fatto di raggiungere tali obiettivi. La forza della motivazione dipende da alcune caratteristiche degli obiettivi, quali: specificità, difficoltà, prossimità (Bandura, 2000).

L'autoefficacia influenza la scelta di obiettivi più o meno difficili, il raggiungimento o meno di tali obiettivi influenzerà a sua volta le convinzioni di efficacia (Bandura, 1991).

L'autoefficacia esercita effetti d'influenza su ciò che le persone provano, attraverso i processi affettivi. In particolar modo, i successi e i fallimenti da cui dipende l'autoefficacia sono legati a stati emotivi che ne influenzano il ricordo e il recupero dalla memoria (Bandura, 2000). Inoltre, una buona autoefficacia consente di tenere sotto controllo le emozioni negative, come l'ansia, durante lo svolgimento di una prestazione; mentre una bassa autoefficacia è legata ad una minore capacità di controllo degli stati emotivi negativi come ansia e stress, che sono anche amplificati dal ridotto senso d'efficacia (Bandura, 1986). L'ansia e l'autoefficacia sono in una relazione reciproca, infatti l'ansia provata durante lo svolgimento di un compito influenza l'autoefficacia dell'individuo; a sua volta l'autoefficacia, in base al livello, consente o meno di tenere sotto controllo l'ansia. Questa relazione d'influenza reciproca è però asimmetrica, in quanto l'autoefficacia ha un potere d'influenza maggiore rispetto all'ansia. Infatti, come descritto in precedenza (vedi par. 2.2), gli stati fisiologici affettivi, tra cui l'ansia, costituiscono solo una delle quattro fonti alla base dell'autoefficacia, e non rappresentano neanche una fonte primaria (Bandura, 2000). Un basso senso di autoefficacia non è in relazione solo con l'ansia, ma anche con la depressione. Il fatto di sentirsi incapaci di raggiungere obiettivi a cui si dà molto valore porta gli individui a sperimentare depressione. Spesso questo fenomeno è dovuto a una scelta sbagliata degli obiettivi, di cui l'individuo non riesce a rendersi conto (Simon, 1979). La depressione, generata da una bassa autoefficacia, tende poi ad innescare un circolo vizioso, in quanto gli individui depressi tendono ad essere soggetti a distorsioni cognitive, per cui attribuiscono i loro successi a cause esterne, mentre vedono i loro insuccessi come una conferma delle scarse abilità. In questi casi i soggetti tendono ad autosvalutarsi e soffermarsi solo sui fallimenti, e questo impedisce di rivalutare positivamente la propria autoefficacia (Beck, 1973).

Infine, l'autoefficacia esercita effetti d'influenza sulle azioni che gli individui decidono di mettere in atto, attraverso i processi di scelta. Le persone decidono quali azioni compiere e in quali ambiti cimentarsi, anche in base alle proprie convinzioni di efficacia. Tendenzialmente

evitano di cimentarsi in attività ed ambiti in cui hanno una bassa autoefficacia e ritengono quindi di avere scarse capacità e possibilità di successo, mentre si cimentano nelle attività e negli ambiti per cui hanno un'alta autoefficacia, e sentono quindi di poter sperimentare diversi successi (Meyer, 1987). Come già illustrato in precedenza (vedi par. 2.1) le persone non sempre sono in grado di fare una corretta valutazione delle proprie capacità, e talvolta il loro senso di autoefficacia può essere distorto. A tal proposito, una sottostima delle proprie capacità e un senso di autoefficacia irrealisticamente basso possono portare a precludersi alcune opportunità di sviluppo, evitando di cimentarsi in alcuni ambiti per i quali, in realtà, si possiedono le capacità adeguate a sperimentare successi (Bandura, 2000).

Per riassumere gli effetti dell'autoefficacia, si può affermare che essa influenzi: la scelta delle azioni da intraprendere, la scelta degli obiettivi da seguire, il grado di motivazione e di impegno, il livello di perseveranza di fronte agli ostacoli, la resilienza agli insuccessi, la capacità di controllo, e la gestione di stress e ansia durante lo svolgimento di un compito (Bandura, 2000).

2.4 L'AUTOEFFICACIA SCOLASTICA

Dopo aver analizzato il concetto di autoefficacia in maniera generale, nel presente paragrafo verrà approfondita più nello specifico l'autoefficacia scolastica.

Come già descritto in precedenza (vedi par. 2.1), l'autoefficacia non è un concetto unitario, vi è infatti un sistema composto da più convinzioni di efficacia, relative ad ogni ambito in cui l'essere umano può scegliere di cimentarsi. A tal proposito, con il termine "autoefficacia scolastica" si fa riferimento a un insieme di convinzioni di efficacia relative alle attività proprie del contesto scolastico (es. autoefficacia per l'attività di studio in generale, autoefficacia nelle diverse materie, autoefficacia per l'apprendimento di nuovi concetti...) (Bandura, 2000).

Inoltre, la scuola rappresenta uno dei principali contesti in cui si costruiscono le convinzioni di efficacia. Infatti, i bambini al loro ingresso nel contesto scolastico hanno poche convinzioni di efficacia, queste ultime si costruiscono durante il percorso scolastico attraverso l'acquisizione di competenze che viene testata con esperienze dirette, il confronto con i compagni che costituiscono una fonte di esperienze vicarie, e i giudizi degli insegnanti che costituiscono una fonte di persuasione verbale. Quindi, con il termine "autoefficacia scolastica" si intende anche la scuola come uno dei contesti privilegiati per lo sviluppo dell'autoefficacia (Bandura, 2000).

Le attività scolastiche dovrebbero essere costruite in modo tale da consentire agli alunni di aumentare il loro senso di autoefficacia. Gli insegnanti dovrebbero favorire lo sviluppo di un

interesse intrinseco per le materie oggetto di studio (Bandura, 2000). L'interesse intrinseco (automotivazione) genera un aumento della motivazione e dell'impegno; esso si sviluppa quando le attività hanno obiettivi personali, che se raggiunti forniscono una soddisfazione per il sé (es. l'obiettivo personale di studiare non per passare l'esame, ma per accrescere le proprie conoscenze) (Bandura, 1991). L'aumento della motivazione è favorito anche da obiettivi il più possibile specifici (sotto-obiettivi), il cui raggiungimento fornisce informazioni chiare in merito alle proprie capacità. L'interesse non è innato, il fatto di avere una buona autoefficacia per una data attività è un requisito necessario a sviluppare interesse per tale attività (Bandura, 1986). La valutazione scolastica non dovrebbe basarsi unicamente sul risultato finale della prestazione, ovvero il successo\fallimento, raggiungimento\mancato raggiungimento dell'obiettivo, ma dovrebbe basarsi soprattutto sui miglioramenti personali in relazione alle prestazioni precedenti (Schunk, 1996). Tuttavia, non sempre il contesto scolastico rispetta queste caratteristiche, e ciò rischia di mettere ulteriormente in difficoltà gli alunni che presentano già delle difficoltà scolastiche e un conseguente basso senso di autoefficacia (Bandura, 2000).

La scuola si propone di trasmettere delle conoscenze e delle competenze agli alunni, e l'acquisizione di tali conoscenze\competenze viene poi testata attraverso delle prove (esercizi, verifiche, interrogazioni). Le prove di verifica consentono agli alunni di valutare le proprie conoscenze\competenze, e costituiscono quindi un'esperienza diretta delle proprie capacità. Come ampiamente descritto nel paragrafo 2.2 le esperienze dirette sono la fonte primaria dell'autoefficacia. Quindi, la scuola consente di fare esperienze dirette delle proprie capacità e in questo modo contribuisce alla costruzione del senso d'efficacia degli alunni (Bandura, 2000). Come esposto all'inizio del primo capitolo, una cattiva prestazione scolastica non sempre è dovuta ad una mancanza di competenze\abilità (vedi par. 1.1). Inoltre, gli studi hanno dimostrato che gli alunni a parità di competenze avevano prestazioni maggiori\minori in base al loro livello di autoefficacia (Hackett, 1985; Pajares e Kranzler, 1995; Pajares e Miller, 1994; Urda e Dixon, 1995; Beamer e Lundberg, 1993). L'autoefficacia scolastica in merito alle proprie capacità cognitive\intellettuali influenza in maniera diretta il successo scolastico, ma influenza anche le capacità di costruire relazioni sociali e di gestire le emozioni in maniera positiva; queste abilità esercitano, a loro volta, un'influenza sul successo scolastico. Quindi, l'autoefficacia in merito alle proprie abilità cognitive\intellettuali esercita un'influenza diretta e indiretta sul successo scolastico (Bandura, 2000).

Nel contesto scolastico l'alunno non è da solo, è inserito all'interno di una classe, dove si trova costantemente a confrontarsi con un gruppo di pari. L'osservazione e l'interazione con

i pari consente di confrontare le proprie capacità con quelle degli altri; tale confronto costituisce un'esperienza vicaria delle proprie capacità e influenza l'autoefficacia (vedi par. 2.2). Il confronto può avvenire sia in modo esplicito attraverso le valutazioni fornite dagli insegnanti, sia in modo meno esplicito attraverso l'osservazione dell'operato altrui. L'influenza dei pari aumenta con l'aumentare dell'età e questo è particolarmente evidente nel contesto scolastico (Marshall e Wienstein, 1984; Rosenholtz e Simpson, 1984).

Nel contesto scolastico gli insegnanti danno continuamente feedback sugli alunni. I feedback possono essere diretti-espliciti (es. voto nelle verifiche\interrogazioni) o indiretti-velati (es. attenzione data ai diversi alunni, aspettative, livello di difficoltà dei compiti assegnati...). Le valutazioni date dagli insegnanti possono influenzare pesantemente l'autoefficacia degli alunni; esse, infatti, possono dare origine\influenzare l'autoefficacia in quanto persuasione verbale che proviene da una fonte autorevole (vedi par. 2.2) (Meyer, 1992). I feedback che attribuiscono il successo alle capacità aumentano sempre il livello di autoefficacia. Invece, i feedback che attribuiscono il successo ad un grande impegno aumentano l'autoefficacia solo in alcuni casi, dipende se l'alunno concepisce l'impegno come sostituto delle capacità o come fattore necessario oltre alle capacità (Schunk, 1984; Dweck, 1991). I feedback che attribuiscono l'insuccesso ad una mancanza d'impegno provocano un aumento della motivazione solo in coloro che hanno una base di capacità e autoefficacia. I feedback che attribuiscono l'insuccesso ad un livello di capacità insufficiente provocano un'importante riduzione dell'autoefficacia in coloro che considerano le capacità come qualche cosa di intrinseco e stabile, mentre riducono in maniera minore l'autoefficacia, aumentando la motivazione e l'impegno in coloro che considerano le capacità come qualche cosa che possono acquisire (Jourden et al. , 1991). Come detto in precedenza, è bene che i feedback degli insegnanti, perché risultino effettivamente costruttivi, non si soffermino solo su successi e fallimenti nelle prove di verifica, ma anche e soprattutto sui miglioramenti personali (Bandura, 2000).

Le prestazioni scolastiche possono essere influenzate anche dalle pressioni sociali poste dai genitori, dagli insegnanti e dal gruppo dei pari, che possono spingere per il raggiungimento di un certo livello di standard. Tali pressioni sociali possono portare a sviluppare ansia da prestazione, la quale influisce negativamente sulle performance. L'ansia da prestazione si presenta maggiormente in coloro che hanno una bassa autoefficacia, ed essendo più insicuri sono portati a prefigurarsi scenari d'insuccesso. Invece, coloro che hanno una buona autoefficacia e sono convinti delle loro capacità, non si lasciano influenzare dalle pressioni sociali e non sviluppano ansia da prestazione (Sarason, 1975; Wine, 1982).

2.5 CONCLUSIONE

Nel precedente capitolo è stato evidenziato come i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) siano una delle possibili cause di insuccessi scolastici (vedi cap. I). È stato ipotizzato che tali insuccessi potessero portare ad una riduzione dell'autoefficacia scolastica negli alunni con DSA.

Nel presente capitolo si è preso in analisi il costrutto dell'autoefficacia, prima da un punto di vista generale, e poi con uno specifico approfondimento sull'autoefficacia scolastica. Dall'analisi condotta è emerso innanzitutto come le esperienze dirette di successi e insuccessi costituiscano la fonte primaria per la costruzione dell'autoefficacia. È stato ampiamente descritto come gli insuccessi portino ad una riduzione del senso di efficacia (vedi par. 2.2). È inoltre emerso come il contesto scolastico sia uno dei principali contesti in cui si costruisce l'autoefficacia. Se all'interno del contesto scolastico l'alunno fa ripetute esperienze di insuccessi, si confronta continuamente con compagni di classe più bravi di lui, e riceve spesso feedback negativi da parte degli insegnanti, non potrà che andare in contro ad una riduzione della propria autoefficacia scolastica (vedi par. 2.4).

Mettendo in relazione quanto descritto nel primo capitolo e quanto emerso dal presente secondo capitolo, l'ipotesi secondo cui i Disturbi Specifici dell'Apprendimento possono portare ad una riduzione dell'autoefficacia scolastica sembra possa essere avvalorata.

Nel terzo capitolo il tema verrà ulteriormente approfondito presentando alcuni studi che mettono a confronto l'autoefficacia scolastica in alunni con DSA e in alunni senza DSA. Tali studi consentiranno di verificare l'ipotesi sopra riportata.

Quanto emerso dal presente capitolo consente anche di ipotizzare, con maggiore certezza, quali possano essere le conseguenze di una ridotta autoefficacia. Nel paragrafo 2.3 sono stati analizzati gli effetti dell'autoefficacia. È emerso come una bassa autoefficacia possa portare a: una riduzione dell'autostima, un'aspettativa di insuccessi e fallimenti che influenza anche lo svolgimento della prestazione stessa, una riduzione della motivazione e dell'impegno, una minore capacità di perseverare di fronte agli ostacoli, una minore capacità di gestire l'ansia e lo stress, una scelta di azioni in cui impegnarsi limitata e una scelta di obiettivi da raggiungere più semplici...

Nel terzo capitolo verranno ulteriormente approfondite le conseguenze di una ridotta autoefficacia scolastica sugli alunni con DSA.

III CAPITOLO: L'AUTOEFFICACIA SCOLASTICA NEGLI STUDENTI CON DSA

Il presente capitolo si propone di approfondire il costrutto dell'Autoefficacia scolastica negli studenti con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento. Verranno descritti i principali aspetti inerenti al tema, mettendo in relazione quanto emerso nei precedenti capitoli e basandosi su un'analisi dello stato dell'arte della letteratura. Il primo paragrafo propone una serie di studi che mettono a confronto studenti DSA e non, soffermandosi soprattutto su un'analisi dell'autoefficacia scolastica di tali studenti. Nel secondo paragrafo verranno riprese le cause alla base di una bassa autoefficacia, declinandole poi allo specifico caso di una bassa autoefficacia scolastica in studenti con DSA. Allo stesso modo, nel terzo paragrafo verranno ripresi gli effetti di una bassa autoefficacia, declinandoli poi allo specifico caso di una bassa autoefficacia scolastica in studenti con DSA. Infine, nel quarto paragrafo verranno proposti alcuni interventi da mettere in atto per aumentare l'autoefficacia scolastica negli studenti con DSA, specificando innanzitutto cosa si intende per interventi di sostegno, e facendo poi riferimento ad alcune misure specifiche come ad esempio il PDP (Piano Didattico Personalizzato).

3.1 L'AUTOEFFICACIA SCOLASTICA A CONFRONTO TRA STUDENTI DSA E NON

Come già ampiamente descritto nel paragrafo 2.4, con il termine "autoefficacia scolastica" si fa riferimento alle convinzioni di efficacia relative alle attività proprie del contesto scolastico, come ad esempio: autoefficacia per l'attività di studio in generale, autoefficacia nelle diverse materie, autoefficacia per l'apprendimento di nuovi concetti... Inoltre, si fa riferimento al fatto che la scuola rappresenta uno dei principali contesti in cui si costruiscono le convinzioni di efficacia (Bandura, 2000).

Dall'analisi condotta nel primo capitolo è possibile comprendere come i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) siano una delle cause alla base di una difficoltà scolastica importante. Dalla definizione fornita dalla *Consensus Conference* emerge che i DSA comportano una difficoltà significativa in una specifica abilità scolastica (lettura, scrittura, calcolo), la quale risulta essere deficitaria rispetto alle aspettative in base all'età/classe frequentata (Cornoldi, 2021). Quindi, i DSA portano, per definizione, ad un mancato raggiungimento di alcuni obiettivi d'apprendimento, e di conseguenza ad un percorso scolastico caratterizzato da ripetuti insuccessi e fallimenti, qualora non vengano adeguatamente messe in atto le misure educative-didattiche di supporto, indicate dalla legge 170 del 2010.

Invece, dall'analisi del secondo capitolo è emerso che le esperienze dirette delle proprie capacità, attraverso i successi e i fallimenti, rappresentano la fonte più autorevole su cui si costruisce il senso di autoefficacia. Si è evidenziato come, di solito, il fatto di sperimentare ripetuti insuccessi porta a ridurre il senso di efficacia (Bandura, 2000).

Quindi, da un'analisi congiunta del primo e del secondo capitolo è lecito ipotizzare che gli studenti con DSA, andando incontro a ripetuti insuccessi e fallimenti scolastici, proprio a causa della loro condizione, vadano anche incontro ad una riduzione dell'autoefficacia scolastica. Ci si aspetta dunque che, da un confronto dell'autoefficacia scolastica in bambini senza DSA e bambini con DSA, emerga che questi ultimi riportano un senso di autoefficacia scolastica inferiore rispetto a quello dei loro coetanei senza un Disturbo Specifico dell'Apprendimento.

Di seguito verranno riportati una serie di studi, che mettendo a confronto il costrutto dell'autoefficacia scolastica in studenti con DSA e studenti senza DSA, confermano l'ipotesi sopra riportata.

In generale, sono davvero numerosi gli studi che riscontrano un'autoefficacia scolastica più bassa negli studenti con DSA, rispetto a quella riscontrata negli studenti senza DSA (Hampton e Mason, 2003; Klassen et al., 2008; Lackaye et al., 2006).

Ad esempio, lo studio condotto da Girli et al. (2017) ha messo a confronto 59 studenti con DSA e 60 studenti senza DSA, che presentavano in linea generale caratteristiche simili (es. simili livelli di reddito familiare, livello d'istruzione e occupazione dei genitori...), in merito al costrutto dell'autoefficacia scolastica (rilevata attraverso la scala sviluppata da Morgan e Jinks, nel 2003). Lo studio ha evidenziato livelli di autoefficacia scolastica più bassi negli studenti con DSA, rispetto a quelli degli studenti senza DSA, sia per quanto riguarda gli alunni della scuola primaria, che per quanto riguarda quelli della secondaria di primo grado. Questo studio è stato affiancato allo studio condotto da Hen e Goroshit (2014), il quale ha confrontato l'autoefficacia scolastica di 99 studenti universitari con DSA e 188 studenti universitari senza DSA, giungendo anche in questo caso alla conclusione che gli studenti con DSA riportavano livelli minori di autoefficacia scolastica.

Nel complesso questi studi consentono di affermare che a diversi livelli scolastici gli studenti con DSA riportano una minore autoefficacia scolastica rispetto ai coetanei senza DSA.

Lo studio di Idan e Mergalit (2014) ha evidenziato come la bassa autoefficacia scolastica negli studenti con DSA sia correlata al fatto che questi ultimi ottengono spesso risultati negativi e sperimentano ripetuti insuccessi. A sua volta una ridotta autoefficacia scolastica risulta essere un forte predittore di futuri risultati negativi e insuccessi nelle prestazioni scolastiche (Skaalvik e Skaalvik, 2008). A tal proposito, uno studio condotto da Jungert et al. (2013) ha riscontrato

che i bassi livelli di autoefficacia scolastica negli alunni con DSA erano relativi unicamente alla specifica abilità scolastica deficitaria, in cui tali alunni facevano esperienza di insuccessi. Quindi, ad esempio, gli alunni con dislessia presentavano bassi livelli di autoefficacia scolastica unicamente relativi all'abilità di lettura, mentre gli alunni con dislessia in comorbidità alla discalculia riportavano bassi livelli di autoefficacia scolastica sia relativi alle abilità di lettura, che relativi alle abilità matematiche\di calcolo.

Una serie di studi ha dimostrato che, anche a parità di prestazioni e rendimento accademico, gli studenti con DSA (bambini, adolescenti e giovani adulti) riportano livelli più bassi di autoefficacia scolastica rispetto ai loro coetanei senza DSA. Questi studi dimostrano che il livello di autoefficacia scolastica non è legato solo alle esperienze di successo e fallimento, esso può essere influenzato anche dalla presenza di risorse personali (es. resilienza, ottimismo...) e risorse esterne (es. sostegno sociale) (Ben-Naim et al., 2017; Feldman et al., 2016; Hen e Goroshit, 2014; Newark et al., 2016). I risultati di questi studi vengono attribuiti al fatto che, essere etichettati come “studenti con DSA” potrebbe portare di per sé ad una riduzione dell'autoefficacia scolastica (Hampton e Mason, 2003).

Dal confronto tra gli studenti senza DSA e gli studenti con DSA, non emerge solo che questi ultimi presentano una minore autoefficacia scolastica, ma spesso emerge anche che gli studenti con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento sono più inclini a sperimentare solitudine, isolamento e difficoltà relazionali, all'interno del contesto scolastico, rispetto ai loro compagni senza DSA.

Ad esempio, lo studio condotto da Deniz et al. (2009) ha riscontrato che gli studenti con DSA, a causa della consapevolezza relativa alla loro diversità, sperimentano problemi nell'interazione con i pari. Inoltre, sembra che gli studenti con DSA ricevano meno approvazione da parte dei loro coetanei, e sperimentano più solitudine rispetto agli studenti senza DSA (Allodi, 2000; Bakkaloglu, 2010; Heiman e Magalit, 1998; Pavri e Luftig, 2001). Margalit (2012) dichiara che gli studenti con DSA, a vari livelli d'età, a partire dalla scuola primaria fino ad arrivare all'università, tendono a riportare livelli di solitudine più elevati rispetto ai loro coetanei. Studi successivi hanno messo in relazione la solitudine e l'isolamento sociale percepito con l'apprendimento, dimostrando come la solitudine incida negativamente sull'apprendimento e sulle capacità di regolazione dell'attenzione (Hawkely e Capitano, 2015; Cacioppo et al. 2000). Spesso, per poter essere accettati dal gruppo dei pari, gli studenti con DSA si conformano alle pressioni negative impegnandosi in comportamenti a rischio (Bryan et al. 1989; McNamara et al., 2008). Oppure, sperimentando isolamento e difficoltà relazionali, finiscono per lo stringere amicizie con tutti coloro che vengono emarginati dai coetanei, come ad esempio studenti con

problemi comportamentali\disabilità, bambini più piccoli... Tutto ciò risulta essere un ulteriore ostacolo allo sviluppo delle competenze sociali, e allontana ulteriormente gli studenti con DSA dal gruppo dei pari “tradizionali” (Wiener e Schneider, 2002).

3.2 LE CAUSE ALLA BASE DI UNA BASSA AUTOEFFICACIA SCOLASTICA NEGLI STUDENTI CON DSA

Riprendendo brevemente quanto descritto nel paragrafo 2.2 l'autoefficacia si costruisce a partire da quattro fonti, ovvero: l'esperienza diretta, l'esperienza vicaria, la persuasione verbale e gli stati fisiologici. L'individuo trae informazioni in merito alle proprie capacità a partire da queste quattro fonti, successivamente compie un'elaborazione cognitiva di tali informazioni, servendosi di euristiche, che lo porteranno ad elaborare un giudizio di efficacia (Bandura, 2000; Nisbett e Ross, 1980).

Come ampiamente descritto nel primo capitolo, i Disturbi Specifici dell'Apprendimento comportano un mancato raggiungimento di specifici obbiettivi, e di conseguenza sono spesso legati ad un percorso scolastico caratterizzato da ripetuti insuccessi e fallimenti. Generalmente le esperienze dirette di successi tendono ad aumentare il senso di autoefficacia, mentre le esperienze dirette di fallimenti\insuccessi tendono ad indebolire\ridurre l'autoefficacia (Bandura, 1982). Quindi, possiamo sostenere che i numerosi insuccessi sperimentati dagli studenti con DSA nelle prove di verifica, interrogazioni ed esercizi costituiscano per loro un'esperienza diretta di fallimento, che può causare una riduzione della loro autoefficacia scolastica (vedi par. 2.4). Tuttavia, non sempre i successi accrescono il senso di autoefficacia e gli insuccessi lo diminuiscono, infatti il giudizio di efficacia non dipende dalla prestazione in sé, ma dall'elaborazione cognitiva del risultato di quest'ultima (Bandura, 1982). Come esposto nel paragrafo 2.2, l'elaborazione cognitiva delle esperienze dirette è influenzata dalle convinzioni di autoefficacia preesistenti. Gli alunni con DSA che hanno una bassa autoefficacia scolastica, proprio a causa del loro Disturbo Specifico dell'Apprendimento, saranno portati a minimizzare o ignorare le esperienze di successo, soffermandosi solo su insuccessi\fallimenti. Questo meccanismo innesca un circolo vizioso che impedisce agli alunni con DSA, che hanno una bassa autoefficacia scolastica, di rivalutare positivamente le loro capacità (Alden, 1987). Inoltre, il valore informativo di successi e fallimenti dipende dalla difficoltà del compito e dai fattori contestuali. I successi ottenuti in un compito valutato come semplice saranno scarsamente informativi e non contribuiranno ad aumentare il senso d'efficacia, così come i successi ottenuti grazie ad aiuti esterni (Bandura, 1982). Come verrà approfondito meglio in

seguito, il PDP (Piano Didattico Personalizzato), previsto dalla legge 170 del 2010, garantisce agli alunni con DSA di poter usufruire di alcune misure compensative (es. utilizzo di mappe, calcolatrice...) e dispensative (es. prove ridotte\semplificate) durante le verifiche\interrogazioni (MIUR, 2018). Tali misure potrebbero venir percepite dagli alunni con DSA come una semplificazione del compito o come un aiuto esterno, che renderebbero i successi ottenuti scarsamente informativi e non in grado di aumentare l'autoefficacia scolastica (Battista et al., 2018). Dunque, anche nel caso in cui gli studenti con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento riescano a sperimentare un successo, non è detto che questo aumenti la loro autoefficacia scolastica.

Gli alunni con DSA presentano, per definizione diagnostica, una compromissione significativa in una specifica abilità scolastica, la quale risulta essere deficitaria rispetto alle aspettative in base all'età\classe frequentata (*Consensus Conference*, 2007). Questo si traduce, per gli alunni con DSA, in prestazioni scolastiche inferiori rispetto ai propri compagni di classe (vedi cap. 1). Il gruppo dei compagni di classe costituisce, per il singolo alunno, un gruppo di riferimento con cui confrontarsi. Il confronto con i compagni di classe costituisce un'esperienza vicaria, e quindi è una fonte su cui si basa la costruzione delle convinzioni di efficacia (vedi par. 2.2 e 2.4). Generalmente il fatto di fallire in un compito, che invece viene superato con successo dal proprio gruppo di riferimento, porta a ridurre la propria autoefficacia (Weinberg et al., 1979). Dunque, dal momento che gli alunni con DSA presentano delle prestazioni scolastiche inferiori rispetto alla norma di riferimento, si trovano spesso a confrontarsi con compagni di classe che riescono con successo nelle prove dove loro falliscono. Questo costituisce per gli alunni con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento un'esperienza vicaria che causa una riduzione della loro autoefficacia.

Il gruppo dei compagni di classe senza DSA costituisce un gruppo di riferimento per gli alunni con DSA, ma non può costituire un "modello" valido con cui identificarsi, in quanto presenta caratteristiche diverse. Per uno studente con DSA un valido modello con cui confrontarsi è rappresentato da un altro studente che presenta lo stesso Disturbo Specifico d'Apprendimento (vedi par. 2.2). Gli alunni con DSA sono una componente minoritaria nelle classi: questo fa sì che questi ultimi abbiano meno "modelli" con cui potersi confrontare (Hampton e Mason, 2003). Come indicato nel precedente capitolo trattando le esperienze vicarie, il fatto di osservare un modello con cui ci si identifica fallire in un compito, porta generalmente ad una riduzione della propria autoefficacia (Bandura, 2000). È stato infatti osservato che, quando uno studente con DSA (es. discalculia) osserva un altro alunno con lo stesso Disturbo Specifico

dell'Apprendimento (in questo caso discalculia) fallire in un compito, va incontro ad una riduzione dell'autoefficacia scolastica (Jungert et al., 2013).

Nel contesto scolastico gli insegnanti danno continuamente dei feedback agli alunni. Tali feedback possono influenzare l'autoefficacia degli alunni, in quanto costituiscono una forma di persuasione verbale che proviene da una fonte autorevole (Meyer, 1992). In linea generale, perché i feedback valutativi degli insegnanti risultino effettivamente costruttivi, è bene che si soffermino non solo sui successi\fallimenti, ma soprattutto sui miglioramenti personali di ciascun alunno, questo però non sempre è semplice da mettere in pratica (Bandura, 2000) (vedi par. 2.4). Spesso gli insegnanti si trovano in difficoltà nel mettere in atto le politiche d'inclusione, ovvero nel ridurre gli ostacoli all'apprendimento e alla partecipazione per tutti gli studenti, valorizzando la loro diversità (UNESCO, 2009). All'interno delle classi inclusive gli insegnanti devono essere in grado di provvedere a studenti con una vasta gamma di bisogni (Clark, 1997). Come si è ripetuto più volte i Disturbi Specifici dell'Apprendimento, per definizione, comportano una difficoltà significativa in uno specifico ambito di apprendimento, il che si traduce in fallimenti e insuccessi scolastici. Tuttavia, gli insegnanti riportano che spesso la sigla "DSA" può diventare un'etichetta per mascherare altre potenziali cause di scarso rendimento, come ad esempio un basso impegno (Weiner, 1985). I feedback degli insegnanti che attribuiscono l'insuccesso ad una mancanza di impegno provocano un aumento della motivazione e dell'impegno solo in coloro che hanno una base di capacità e autoefficacia (vedi par. 2.4). Dunque, nel caso degli studenti con DSA, i feedback che attribuiscono i loro insuccessi ad uno scarso impegno non sempre generano una spinta motivazionale ad impegnarsi maggiormente, in quanto tali alunni spesso presentano effettivamente minori capacità e una scarsa autoefficacia (Weiner, 1985).

Anche le aspettative da parte degli insegnanti, nei confronti dei loro studenti, possono agire attraverso il meccanismo della profezia che si autoadempie, influenzando indirettamente e involontariamente le prestazioni e il rendimento degli studenti. Si è evidenziato che l'etichetta "DSA" influenza le risposte degli insegnanti nei confronti degli studenti (Clark, 1997; Tournaki, 2003; Woodcock e Vialle, 2016). Nello specifico, gli insegnanti tendono ad aspettarsi fallimenti da parte degli studenti con DSA, e quindi tendono a reagire con minori frustrazioni ai loro insuccessi scolastici, rispetto a quanto accade con gli studenti senza DSA (Clark, 1997). Secondo Clark (1997) questo tipo di risposte possono suggerire agli studenti con DSA che hanno scarse capacità, e questo influenzerà in modo negativo la loro autoefficacia. Infatti, i feedback che attribuiscono gli insuccessi a una mancanza di capacità riducono l'autoefficacia, e questo avviene in misura maggiore in coloro che ritengono le capacità come qualche cosa di

stabile (vedi par. 2.4). Essendo i Disturbi Specifici dell'Apprendimento una condizione stabile, è più probabile che gli alunni con DSA, che attribuiscono alla loro condizione una mancanza di capacità, vedano anche tale mancanza come qualche cosa di stabile/immodificabile (Woodcock et al., 2017). Gli insegnanti stessi spesso vedono i Disturbi Specifici dell'Apprendimento come una causa incontrollabile e stabile del fallimento degli studenti (*ibidem*).

È importante che gli insegnanti siano consapevoli degli effetti che le loro aspettative, e i loro feedback, anche velati e involontari, possono avere sulle convinzioni di autoefficacia dei loro alunni (Clark, 1997; Weiner, 2010).

Gli alunni con DSA, avendo spesso un basso senso di autoefficacia (vedi par. 3.1), sono portati ad essere più sensibili agli stati di attivazione fisiologica durante lo svolgimento delle performance. Essi tendono ad attribuire tali attivazioni fisiologiche a carenze personali. In questo modo si innesca un circolo vizioso che porta ad un'ulteriore riduzione dell'autoefficacia (Sarason, 1975). Gli stati fisiologici sono in una relazione bidirezionale con l'autoefficacia, per cui gli stati fisiologici sperimentati durante lo svolgimento di un compito possono influenzare l'autoefficacia, che a sua volta consente di controllare/gestire o meno gli stati fisiologici (vedi par. 2.2). Gli alunni con DSA, proprio a causa del loro Disturbo Specifico dell'Apprendimento, sperimentano spesso fatica e difficoltà durante lo svolgimento dei compiti, e questo porta ad una riduzione della loro autoefficacia, che a sua volta ridurrà la capacità degli alunni con DSA di gestire i loro stati fisiologici durante lo svolgimento dei compiti; tali stati fisiologici possono diventare così intensi da risultare debilitanti (Bandura, 2000). Gli studenti con DSA, avendo una bassa autoefficacia, tendono a sperimentare anche maggiori livelli di ansia durante lo svolgimento dei compiti (vedi par. 2.4). L'ansia è in una relazione quadratica con l'impegno e con la performance: infatti, un livello eccessivamente basso di ansia è legato ad uno scarso impegno e può portare a fallimenti, ad esempio perché si sottovaluta la difficoltà del compito, mentre un livello di ansia adeguato al compito è sano perché porta ad aumentare l'impegno. Infine, un livello eccessivamente elevato di ansia diventa debilitante perché porta l'individuo ad evitare i compiti (Lioce, 2021).

3.3 GLI EFFETTI DI UNA BASSA AUTOEFFICACIA SCOLASTICA NEGLI STUDENTI CON DSA

Riprendendo brevemente quanto descritto nel paragrafo 2.3, l'autoefficacia esercita i suoi effetti attraverso i seguenti processi di mediazione: processi cognitivi, processi affettivi, processi motivazionali e processi di scelta. Attraverso i processi di mediazione l'autoefficacia

ha effetti sul pensiero, sulla motivazione\impegno, sugli stati emotivi\affettivi e sulle azioni. Inoltre, l'autoefficacia è in relazione con l'autostima e, in alcuni casi, può esercitare degli effetti anche su quest'ultima (vedi par. 2.1).

L'autoefficacia, attraverso i processi cognitivi, esercita degli effetti di influenza sul pensiero: in particolar modo, influenza il modo in cui l'individuo immagina e progetta l'azione e gli scenari che si prefigura al termine di essa (Carroll e Bandura, 1990). Gli studenti con DSA, che hanno una scarsa autoefficacia scolastica, saranno portati a prefigurarsi scenari di insuccesso, in quanto, a causa della loro bassa autoefficacia, saranno portati a pensare che svolgeranno male le verifiche, gli esercizi...(Kruger e Dickson, 1994). Tali pensieri avranno a loro volta delle ripercussioni negative sullo svolgimento della performance, aumentando effettivamente le probabilità di insuccesso (Powell, 1973). Dunque, è probabile che gli alunni con DSA, che a causa della loro bassa autoefficacia sono portati a prefigurarsi scenari di insuccesso, siano anche portati ad andare in contro a maggiori insuccessi, proprio a causa di tali pensieri negativi, e gli insuccessi ridurranno ulteriormente il loro senso di efficacia. Si innesca in questo modo un circolo vizioso, che rende difficile migliorare la valutazione di efficacia in merito alle proprie capacità scolastiche per gli alunni con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento.

L'autoefficacia, attraverso i processi motivazionali, esercita un effetto sulla motivazione. Nello specifico, l'autoefficacia influenza: le attribuzioni causali, le aspettative di risultato, la scelta degli obiettivi; questi aspetti agiscono poi come fonti di motivazione per le azioni future (Bandura, 2000).

Alcuni studi hanno dimostrato che i bambini con DSA tendono ad attribuire la causa dei fallimenti ad una loro mancanza di capacità (causa interna), legata proprio al loro Disturbo Specifico dell'Apprendimento, che viene considerato come una causa stabile e imm modificabile (Waheeda e Grainger, 2002). Mentre tendono ad attribuire i successi a cause esterne come la fortuna, o la facilità del compito (Jacobsen et al., 1986; Weiner, 2010). Di conseguenza, andranno in contro ad una riduzione della motivazione e saranno portati a ridurre il loro impegno nei compiti futuri, o ad evitare del tutto tale tipo di compiti (Weiner, 1985).

Come già descritto in precedenza, gli studenti con DSA, che hanno una bassa autoefficacia, tendono a prefigurarsi scenari di insuccesso e ad avere un'aspettativa di risultato negativa. Questo porta a ridurre la motivazione, l'impegno e la perseveranza nei compiti futuri (Ajzen e Fishbein, 1980).

Lo studio di Schunk (1991) ha evidenziato che i bambini con DSA che presentano una bassa autoefficacia sono portati a scegliere obiettivi più semplici che non richiedono lo sviluppo di

nuove abilità. Tali obiettivi risultano però anche meno stimolanti e di conseguenza portano ad una riduzione della motivazione (Bandura, 2000).

Riassumendo, gli studenti con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento, che hanno una bassa autoefficacia scolastica, sperimentano anche una riduzione della spinta motivazionale ad impegnarsi e a perseverare. La riduzione della motivazione, dell'impegno e della perseveranza di fronte a ostacoli e insuccessi portano ad aumentare le probabilità di sperimentare insuccessi, e di conseguenza ad un'ulteriore riduzione del senso di efficacia (Abbott et al., 2017). Dunque, anche in questo caso si può innescare un circolo vizioso che rende difficile migliorare l'autoefficacia scolastica degli studenti con DSA.

L'autoefficacia, attraverso i processi affettivi, esercita un effetto d'influenza su ciò che le persone provano (stati affettivi\emotivi). Una bassa autoefficacia rende più sensibili agli stati emotivi negativi (es. ansia) e meno in grado di gestire\controllare tali stati emotivi durante lo svolgimento di un compito, così che questi ultimi diventano intensi a tal punto da risultare un ostacolo (Bandura, 1986). Inoltre, un basso senso di efficacia può portare a sperimentare stati depressivi, specie se la bassa autoefficacia è relativa ad un ambito\attività che l'individuo ritiene particolarmente importante (Simon, 1979). Quindi, gli studenti con DSA, che hanno una bassa autoefficacia scolastica, sono portati anche a sperimentare più frequentemente e intensamente stati emotivi negativi tra cui ansia, stress e depressione (Chamberlain et al. 2007; Heiman, 2001; Matsuura et al., 2009; Valas, 1999). Il fatto di sperimentare una forte ansia durante lo svolgimento di un compito, a causa della propria scarsa autoefficacia, può portare di per sé a ridurre ulteriormente l'autoefficacia (stati affettivi come fonte dell'autoefficacia, vedi par. 2.2), inoltre aumenta la probabilità di commettere errori, e quindi di andare in contro a fallimenti, che andrebbero a ridurre anch'essi il senso di efficacia (vedi par. 3.2). Dunque, anche in questo caso, si può generare un circolo vizioso, che rende complesso per gli studenti con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento, che hanno un basso senso di efficacia, riuscire a rivalutarlo positivamente.

Infine, l'autoefficacia, attraverso i processi di scelta, esercita un effetto d'influenza sulle azioni che l'individuo decide di intraprendere. Le persone tendono a cimentarsi in ambiti in cui ritengono di avere un'alta autoefficacia e per cui pensano di avere buone capacità e probabilità di successo, mentre tendono ad evitare di intraprendere azioni per le quali ritengono di avere una scarsa autoefficacia (Meyer, 1987). Dunque, gli studenti con DSA, che hanno una bassa autoefficacia scolastica, e ritengono di avere scarse capacità e basse probabilità di successo negli esercizi, nelle verifiche, nelle interrogazioni..., tenderanno, se possibile, ad evitare tali compiti scolastici, andando così incontro ad un progressivo disimpegno, fino ad arrivare ad un

definitivo distacco dal contesto scolastico (Sempio, 1999). Legato a ciò vi è sicuramente il fenomeno della dispersione scolastica, che include al suo interno forme differenti che vanno dall'evasione\assenteismo, alla ripetizione, fino ad arrivare all'abbandono scolastico precoce (ASP), ovvero un fenomeno che riguarda i giovani che abbandonano l'istruzione formale prima di avere completato l'istruzione secondaria di secondo grado. La letteratura ha dimostrato che il fenomeno dell'abbandono scolastico precoce è particolarmente frequente negli alunni con DSA e più in generale negli alunni con disabilità e/o BES (Bisogni Educativi Speciali). Infatti, la condizione di BES (tra cui rientrano anche i Disturbi Specifici dell'Apprendimento) viene ritenuta un fattore di rischio nel valutare le probabilità di abbandono scolastico precoce. Il mancato completamento del ciclo d'istruzione scolastica può portare ad una riduzione delle opportunità di vita individuali, del benessere, della salute, dell'occupazione e ad un aumento del rischio di esclusione sociale (*European Agency for Special Need and Inclusive Education*, 2017).

Riprendendo brevemente quanto trattato nel paragrafo 2.1, l'autoefficacia è in relazione con il costrutto dell'autostima (giudizio di valore globale sul sé) e in alcuni casi può esercitare un effetto d'influenza su di essa. L'autoefficacia influenza l'autostima solo nel caso di ambiti che vengono ritenuti centrali dall'individuo per la sua vita, ovvero che definiscono la sua persona. Nello specifico, avere un'alta autoefficacia in un ambito, che l'individuo ritiene centrale nella sua vita, porta ad aumentare la sua autostima, mentre avere una bassa autoefficacia, in un ambito che l'individuo ritiene centrale nella sua vita, porta a diminuire la sua autostima (Bandura, 2000).

La scuola viene considerata la più importante istituzione sociale extrafamiliare, e sta assumendo un ruolo sempre più centrale durante l'età evolutiva. I giovani, infatti, trascorrono in essa una considerevole parte del loro tempo, affrontando compiti cognitivi impegnativi, mettendo alla prova le loro capacità, confrontandosi con nuove conoscenze e modalità relazionali (Coleman e Hendry, 1992; Palmonari, 2001). Per questo la scuola tende ad essere considerata dai giovani come un ambito centrale della loro vita, che contribuisce alla definizione della loro identità (Borca e Begotti, 2020). Di conseguenza, l'autoefficacia scolastica ha effetti sull'autostima, in particolare un'alta autoefficacia scolastica ha effetti positivi sull'autostima, mentre una bassa autoefficacia scolastica ha effetti negativi, e costituisce una minaccia per l'autostima (Rodriguez-Tomé e Bariaud, 1990). Quindi, bassi livelli di autoefficacia scolastica, negli studenti DSA, possono portare ad una riduzione dell'autostima. La riduzione dell'autostima negli studenti con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento, che presentano una bassa

autoefficacia scolastica, è stata rilevata da numerosi studi (Humphrey, 2002; Zeleke, 2004; Terras et al., 2009; Weiner, 2010).

Per evitare tale effetto di riduzione dell'autostima, è stato riscontrato come gli alunni con DSA (o più in generale gli alunni con difficoltà scolastiche), che hanno una bassa autoefficacia scolastica, tendano a mettere in atto un processo di progressiva disaffezione nei confronti dell'istituzione scolastica (Liverta e Sempio, 1999), ricercando al di fuori del contesto scolastico fonti per aumentare l'autostima e affermare il sé, che spesso, specie in adolescenza, consistono in comportamenti a rischio (es. guida pericolosa, abuso di sostanze, comportamenti devianti...) (Bonino et al., 2007; Pellai e Bonicelli, 2002).

È stato già preso in esame come una bassa autoefficacia scolastica possa portare a sperimentare stati affettivi negativi tra cui ansia, stress e depressione. Oltre a ciò, alcuni studi hanno evidenziato come i bassi livelli di autoefficacia scolastica nei bambini con DSA correlino positivamente con la manifestazione di alcuni sintomi somatici, tra cui emicrania e mal di stomaco (Bender et al., 1999; Margati et al., 2013). In particolare, lo studio di Mugnai e colleghi (2009) ha rilevato che circa il 10% dei bambini con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento mostrano anche disturbi psicosomatici.

3.4 I POSSIBILI INTERVENTI PER AUMENTARE L'AUTOEFFICACIA SCOLASTICA NEGLI STUDENTI CON DSA

Prima di approfondire nello specifico quali possono essere i possibili interventi da mettere in atto per aumentare l'autoefficacia scolastica negli studenti con DSA, è importante sottolineare che non essendo i Disturbi Specifici dell'Apprendimento una malattia, bensì una condizione di neurodiversità, non possono essere guariti. Per questo motivo quando parliamo degli interventi rivolti ai soggetti con DSA non facciamo riferimento ad interventi di cura, ma piuttosto ad interventi di sostegno e compensazione (Cornoldi, 2021).

Per poter aumentare l'autoefficacia scolastica è necessario agire sulle sue fonti (vedi par. 2.2) e su quelle che possono essere le cause alla base della sua riduzione (vedi par. 3.2).

Come indicato più volte, le esperienze dirette di successi e fallimenti sono la fonte principale su cui si basa l'elaborazione del giudizio di efficacia (Bandura, 1982). Il fatto che gli studenti con DSA sperimentino ripetuti insuccessi nelle prove di verifica, interrogazioni, esercizi...può provocare una riduzione della loro autoefficacia scolastica. Quindi, per aumentare l'autoefficacia scolastica negli alunni con DSA, è innanzitutto necessario cercare di limitare le loro esperienze di insuccesso (Cornoldi, 2021). Per poter limitare le esperienze di

insuccesso è necessario far sì che gli alunni con DSA vengano messi nelle condizioni adeguate per poter esprimere a pieno le loro capacità\conoscenze, nonostante il loro Disturbo Specifico dell'Apprendimento, e questo è reso possibile dal PDP (Piano Didattico Personalizzato). La stesura del PDP viene garantita per legge a tutti gli studenti con DSA (legge 170 del 2010 e direttive ministeriali del 2011). Esso indica gli strumenti compensativi e dispensativi messi a disposizione dalla scuola per l'alunno. Gli strumenti compensativi, tra cui ad esempio: la sintesi vocale, il registratore, il correttore ortografico, la calcolatrice... sono strumenti didattici e tecnologici che sostituiscono o facilitano una prestazione resa difficoltosa dal disturbo, senza però facilitare il compito da un punto di vista cognitivo. Le misure dispensative sono invece interventi che consentono all'alunno di non svolgere alcune prestazioni, che a causa del disturbo, risultano essere particolarmente difficoltose per lui e non ne migliorano l'apprendimento: ad esempio, gli studenti con DSA (nello specifico dislessia) possono essere esonerati dalla lettura di testi (MIUR, 2018). La limitazione delle esperienze di insuccesso scolastico, attraverso l'attuazione di un PDP per gli studenti con DSA, a volte può non essere sufficiente ad aumentare la loro autoefficacia scolastica. Molto, infatti, dipende dall'elaborazione cognitiva che il soggetto fa dei propri successi\fallimenti: se i successi sperimentati vengono attribuiti a cause esterne (es. facilità del compito, aiuto esterno...) saranno ritenuti scarsamente informativi, e per questo non porteranno ad un aumento dell'autoefficacia (vedi par. 2.2 e 3.1). Gli studenti con DSA sembrano essere maggiormente inclini, rispetto ai pari senza DSA, ad attribuire la causa dei propri insuccessi al fatto di non essere bravi, non avere sufficienti capacità, proprio a causa del loro Disturbo Specifico dell'Apprendimento, che viene ritenuto una causa stabile e imm modificabile. Mentre tendono ad attribuire i successi a fattori esterni, come la facilità del compito, l'aiuto esterno di misure compensative e dispensative, che tendono ad essere interpretate come un sostituto delle capacità mancanti (Baird et al., 2009; Pasta et al., 2013). Per questo, perché l'intervento, volto ad aumentare l'autoefficacia scolastica, sia effettivamente efficace, non è sufficiente ridurre le esperienze di insuccesso, mettendo gli studenti con DSA nelle condizioni di sperimentare successi scolastici nonostante le loro difficoltà, ma è necessario lavorare anche sul loro stile attributivo facendo in modo che riescano a riconoscere le cause corrette alla base dei loro successi, e facendo sì che acquisiscano una percezione di controllabilità sull'andamento delle loro prestazioni (Cornoldi, 2021).

Un'altra causa alla base della bassa autoefficacia scolastica negli alunni con DSA, su cui è necessario intervenire, è il confronto con i compagni di classe senza DSA. Come indicato più volte in precedenza, gli alunni con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento hanno per

definizione una prestazione inferiore alle aspettative in base all'età\classe frequentata, nell'area interessata dal disturbo. Questo si traduce nel fatto che, se non vengono adottate le adeguate misure didattiche che mettono gli studenti con DSA nelle condizioni di esprimere al meglio le loro conoscenze\competenze, essi molto probabilmente si troveranno nella condizione di doversi confrontare con un fallimento laddove, invece, tutti i loro compagni di classe riescono con successo. Questo tipo di confronto costituisce un'esperienza vicaria che porta a ridurre l'autoefficacia scolastica degli alunni con DSA (vedi par. 2.2, 2.4 e 3.2). Per evitare che tutto ciò si verifichi, è sicuramente necessario predisporre un PDP che consenta agli alunni con DSA di esprimere al meglio le loro capacità\conoscenze, nonostante la difficoltà data dal Disturbo Specifico dell'Apprendimento, come visto in precedenza. Inoltre è bene evitare l'instaurarsi di un clima scolastico che punta molto sulla valutazione, incentivando la competizione tra alunni, piuttosto che la cooperazione (Benenson e Dweck, 1986).

Per aumentare l'autoefficacia scolastica degli alunni con DSA, è importante lavorare anche sui feedback dati dagli insegnanti, in quanto si tratta di una forma di persuasione verbale che proviene da una fonte autorevole, e in quanto tale è in grado di influenzare il giudizio di efficacia (Meyer, 1992). Innanzitutto, è importante che i feedback degli insegnanti non si soffermino unicamente sul risultato finale di successo\fallimento facendo dei confronti tra studenti, ma prendano piuttosto in considerazione il percorso di miglioramento personale del singolo individuo. Inoltre, è bene che gli insegnanti specifichino chiaramente ciò che gli alunni dovrebbero fare per migliorare le loro prestazioni (es. "dovresti ripassare meglio i concetti x e y"), piuttosto che dar loro feedback generici come ad esempio "dovresti impegnarti di più", specie perché l'indicazione ad impegnarsi maggiormente potrebbe essere letta come "dovresti impegnarti di più perché non sei bravo e solo impegnandoti maggiormente protesti compensare le tue difficoltà" (Cornoldi, 2021).

Infine, un'ultima fonte alla base delle convinzioni di efficacia, sono gli stati fisiologici sperimentati durante lo svolgimento della performance. Gli alunni con DSA, proprio a causa del loro Disturbo Specifico dell'Apprendimento, possono sperimentare stati emotivi negativi come ansia, stress, fatica e difficoltà durante lo svolgimento delle verifiche, interrogazioni, esercizi... queste condizioni portano di per sé ad una riduzione dell'autoefficacia scolastica ed inoltre aumentano le probabilità di andare incontro ad insuccessi\fallimenti. Per questo motivo, è bene intervenire con l'introduzione di misure compensative e dispensative che possono supportare gli alunni con DSA, riducendo i loro livelli di ansia, fatica, difficoltà... durante lo svolgimento dei compiti scolastici. Inoltre, può essere utile mettere in atto interventi mirati per la regolazione delle emozioni, la gestione dell'ansia e dello stress, così che questi stati affettivi

non risultino essere eccessivi a tal punto da risultare debilitanti inficiando le prestazioni (Cornoldi, 2021; Mana et al. 2022).

Come indicato nel paragrafo 3.3, gli studenti con DSA, che hanno una bassa autoefficacia scolastica, possono andare incontro ad una riduzione della motivazione, dell'impegno e della perseveranza di fronte alle difficoltà, che nei casi più gravi possono portare all'abbandono scolastico. Risulta quindi molto importante intervenire per sostenere la motivazione degli studenti con DSA, anche perché, una scarsa motivazione ad impegnarsi e perseverare nei compiti, porta ad aumentare le probabilità di insuccesso e fallimento, che a loro volta possono causare un'ulteriore riduzione dell'autoefficacia (Abbott et al., 2017). A tal proposito, Piers e Duquette (2016) hanno proposto le seguenti linee guida per sostenere la motivazione all'impegno, la perseveranza e la resilienza negli studenti con DSA:

- Rendere gli alunni con DSA consapevoli del loro disturbo e facilitare l'accettazione di quest'ultimo, evitando situazioni di negazione che portano a rifiutare le misure compensative\dispensative previste.
- Favorire l'applicazione delle misure previste dal PDP.
- Stabilire obiettivi realistici e raggiungibili, ma anche chiari, specifici e sfidanti.
- Sfruttare tutte le risorse disponibili per il raggiungimento degli obiettivi e soffermarsi sui punti di forza dell'alunno.

Alcuni studi condotti su alunni con Dislessia, hanno verificato che fornire brani da leggere che trattavano argomenti d'interesse per gli alunni, o lasciare che fossero gli alunni stessi a scegliere i brani da leggere che più gli interessavano, migliorava la qualità delle strategie di lettura utilizzate e aumentava l'impegno e la perseveranza di fronte alle difficoltà (Abbott et al., 2017; McBreen et al., 2022).

Nel mettere in atto tali interventi volti ad aumentare l'autoefficacia scolastica degli alunni con DSA risultano fondamentali le tempistiche. Ovviamente prima si interviene e meglio è: come indicato in precedenza, una volta che le convinzioni di efficacia si strutturano, risulta più difficile modificarle. In particolare il fatto di avere basse convinzioni di efficacia preesistenti influenza la valutazione cognitiva delle successive esperienze di successo\fallimento, portando l'individuo a soffermarsi solo sui fallimenti (Alden, 1987). Dunque, è sicuramente importante intervenire il prima possibile, per cercare di aumentare la bassa autoefficacia negli studenti con DSA, ma risulta ancora più importante intervenire in un'ottica di prevenzione, sapendo dagli studi (vedi par. 3.1) che gli alunni con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento sono da considerarsi soggetti a rischio per quanto riguarda lo sviluppo di una bassa convinzione di efficacia scolastica (Gans et al., 2003; Lackaye et al.,

2006). È quindi fondamentale riconoscere già nei primi anni di scolarizzazione la presenza di specifiche difficoltà, per poi procedere con la diagnosi di DSA, che consente di predisporre il PDP, il quale permette di sostenere, attraverso misure compensative e dispensative, il percorso scolastico dell'alunno. La tempistica diagnostica sembra influenzare il modo in cui i bambini\ragazzi percepiscono la loro condizione di DSA, le loro capacità, l'autoefficacia scolastica e l'autostima (Davenport, 1991). Gli studi dimostrano che gli alunni che ricevono una diagnosi precoce di DSA hanno una migliore consapevolezza del loro disturbo e delle sue implicazioni, che si associa ad una minore negazione e ad una maggiore predisposizione a richiedere aiuto (Davenport, 1991; Morrison e Cosden, 1997). Inoltre, vedono la loro condizione come non stigmatizzante, specifica piuttosto che generale, e modificabile piuttosto che definitiva. Infine, hanno una migliore autoefficacia scolastica e una migliore autostima, rispetto ai loro coetanei che hanno ricevuto una diagnosi tardiva (Ingesson, 2007; Heyman, 1990; Terras et al., 2009). Infatti, gli studenti con DSA, nel tempo che precede la loro diagnosi, attraversano un periodo critico, in cui sono portati a mettere in dubbio le loro capacità a causa delle inspiegabili difficoltà di apprendimento che sperimentano (Burden, 2008; Ingesson, 2007; McNulty, 2003), mentre la diagnosi può aiutarli a dare un senso a tali difficoltà (Humphrey e Mullins, 2002).

Nell'intervenire a sostegno dell'autoefficacia accademica giocano un ruolo fondamentale anche alcune risorse personali dell'individuo come la speranza, la fiducia, l'ottimismo e la disponibilità di risorse esterne come il sostegno sociale (Ben-Naim et al., 2017; Brouwer et al., 2016). Ad esempio, alti livelli di speranza e ottimismo correlano con una migliore autostima, livelli più elevati di rendimento scolastico e di autoefficacia scolastica (Day et al., 2010; Feldman e Kubota, 2015). Spesso però gli alunni con DSA risultano avere minori livelli di speranza rispetto ai coetanei senza DSA, e spesso sembrano godere anche di minore sostegno sociale (Al-Yagon e Margalit, 2018).

Le difficoltà sperimentate nel contesto scolastico dagli alunni con DSA non riguardano solo lo svolgimento dei compiti, esercizi, prove di verifica... spesso gli studenti con DSA ricevono minore approvazione da parte dei compagni di classe, e per questo sperimentano solitudine e isolamento (Allodi, 2000; Bakkaloglu, 2010, Pavri e Lufting, 2001), che possono portare a provare stati d'animo ansiosi e depressivi, e ad aumentare la disaffezione degli studenti con DSA nei confronti dell'istituzione scolastica (Chamberlain et al., 2007; Heiman, 2001; Matsuura et al., 2009). Spesso gli stessi studenti con DSA rifiutano gli interventi di sostegno, le misure compensative e dispensative che spettano loro di diritto, a causa della paura di essere etichettati o giudicati da compagni di classe e docenti (Lightner et al., 2012).

Per questo è importante che i programmi d'intervento per gli studenti con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento non si concentrino unicamente sul supportare il processo di apprendimento con azioni mirate sulle aree deficitarie (lettura, scrittura, calcolo), ma ripongano attenzione anche agli aspetti emotivi e di sostegno sociale (Butler e Silliman, 2008; Elias, 2004; Schiff e Joshi, 2016). Per gli studenti con DSA risulta fondamentale poter contare sul sostegno degli insegnanti, che devono essere in grado di instaurare un clima positivo all'interno della classe, promuovendo comportamenti di accettazione e inclusione, incentivando il rispetto dei bisogni educativi individuali, garantendo lo sviluppo di un senso di appartenenza al gruppo classe, e riducendo le esperienze di esclusione ed umiliazione (Hamre e Pinta, 2006). Inoltre, per la scuola, risulta particolarmente importante riuscire ad instaurare un legame di collaborazione con le famiglie degli studenti con DSA, basato su obiettivi condivisi per supportare l'apprendimento e l'inclusione sociale di tali studenti (Cefai e Cavioni, 2016; Frankel et al., 1997; Riddick, 2010). Secondo Riddick (2010) avere amici con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento, all'interno o all'esterno della classe, può aiutare gli studenti con DSA a sentirsi più capiti e meno soli, e può avere risvolti positivi sull'immagine di sé.

Dunque, il sostegno sociale da parte degli insegnanti, dei genitori e del gruppo dei pari ha effetti positivi sul piano emotivo, sull'autostima, sul rendimento scolastico e quindi sull'autoefficacia scolastica (Li et al., 2018).

In generale, quando si progetta e mette in atto un intervento di sostegno per gli studenti con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento è preferibile intervenire con un programma universale, ovvero rivolto all'intero gruppo classe, piuttosto che con un programma mirato, ovvero rivolto solo agli studenti a rischio (intervento selettivo) o agli studenti che manifestano delle difficoltà (intervento indicato) (Brooks, 2013). La letteratura, infatti, dimostra che i programmi d'intervento universali hanno un impatto positivo su tutti i bambini del gruppo classe e sono particolarmente efficaci sui bambini a rischio e sui bambini che hanno una difficoltà conclamata (Nind, 2011). Inoltre, il fatto di mettere in atto un programma d'intervento universale, piuttosto che mirato, evita il potenziale rischio di etichettamento e stigmatizzazione che può derivare da interventi mirati e individualizzati (Cavioni e Zanetti, 2015; Cefai et al., 2014; Durlak et al., 2011; Zins et al., 2004).

3.5 CONCLUSIONE

Già mettendo in relazione quanto emerso dai precedenti capitoli, l'ipotesi iniziale, secondo cui i Disturbi Specifici dell'Apprendimento possono portare ad una riduzione

dell'autoefficacia scolastica, sembrava poter essere avvalorata. In quanto i Disturbi Specifici dell'Apprendimento sono una delle possibili cause di insuccesso scolastico (vedi cap. I), e le esperienze dirette insuccesso costituiscono una delle principali fonti dell'autoefficacia, che tendenzialmente ne provoca una riduzione (vedi cap. II). Nel presente terzo capitolo quest'ipotesi di partenza viene confermata, presentando una serie di studi che mettono a confronto gli studenti con DSA e gli studenti senza DSA, soffermandosi nello specifico su un confronto della loro autoefficacia scolastica. Tali studi confermano, infatti, che gli studenti con DSA tendono a presentare un'autoefficacia scolastica inferiore rispetto ai loro coetanei senza DSA, e questo è correlato ai numerosi insuccessi e risultati negativi, a cui spesso vanno incontro, ma non solo, in alcuni casi la sola etichetta di "studenti con DSA" può portare ad una riduzione dell'autoefficacia scolastica (vedi par. 3.1 e 3.2).

Inoltre, il presente capitolo consente di comprendere quali possano essere le conseguenze di quanto ipotizzato in partenza e poi confermato con gli studi proposti in apertura. Tra le conseguenze più gravi di una bassa autoefficacia scolastica negli studenti con DSA vi è sicuramente la riduzione dell'autostima che può portare ad impegnarsi in comportamenti a rischio, e l'evitamento dei compiti scolastici\disaffezione per il contesto scolastico, che nei casi più gravi può portare all'abbandono scolastico. Inoltre da un'analisi delle possibili conseguenze, causate da una bassa autoefficacia scolastica, emerge come si possano innescare dei circoli viziosi che portano ad un'ulteriore riduzione dell'autoefficacia. Ad esempio, una bassa autoefficacia scolastica porta a: prefigurarsi scenari di insuccesso, ridurre l'impegno e la perseveranza, provare stati emotivi negativi (come l'ansia) più intensi... tutte queste conseguenze di una ridotta autoefficacia scolastica aumentano le probabilità di andare incontro a insuccessi\fallimenti, che ridurrebbero ulteriormente l'autoefficacia (vedi par. 3.3).

Prendendo atto del fatto che gli studenti con DSA spesso hanno una bassa autoefficacia scolastica, e che ciò comporta una serie di conseguenze negative, il presente capitolo si conclude con la proposta di alcuni interventi per sostenere l'autoefficacia scolastica negli alunni con DSA, ma non solo. Per poter aumentare l'autoefficacia scolastica è innanzitutto importante intervenire sulle sue cause di riduzione. In particolare, si sottolinea l'importanza del PDP (Piano Didattico Personalizzato) come strumento di sostegno, che consente di limitare le esperienze di insuccesso e le sensazioni di fatica, ansia, stress... provate durante lo svolgimento dei compiti scolastici. Inoltre, è fondamentale limitare il confronto competitivo tra alunni, cercando piuttosto di instaurare un clima scolastico positivo improntato alla cooperazione e al sostegno sociale, e lavorare sui feedback degli insegnanti, che dovrebbero evidenziare soprattutto i miglioramenti personali. L'adozione di misure compensative e dispensative dovrebbe sempre

essere affiancata da interventi sullo stile attributivo, in quanto dagli studi emerge che spesso gli studenti con DSA vedono tali misure come un sostituto delle loro capacità mancanti, attribuendo quindi la causa dei loro successi all'aiuto esterno ricevuto. Questo tipo di attribuzioni causali deve essere disinnescato in quanto impedisce di rivalutare positivamente l'autoefficacia.

Nel trattare i possibili interventi per aumentare l'autoefficacia scolastica negli studenti con DSA, si evidenzia anche l'importanza delle tempistiche della diagnosi. Infatti, una diagnosi precoce porta a maturare una maggiore consapevolezza delle proprie difficoltà e una maggiore predisposizione a richiedere aiuto (vedi par. 3.4).

CONCLUSIONE

Il presente lavoro, come indicato in apertura, si proponeva di esaminare ed approfondire i seguenti quesiti “Gli studenti con Disturbi Specifici dell’Apprendimento percepiscono una riduzione dell’autoefficacia scolastica ? Con quali conseguenze ? Quali interventi possono essere realizzati per sostenere la loro autoefficacia scolastica ?”.

Da un’analisi del primo capitolo è emerso come i Disturbi Specifici dell’apprendimento possano essere una delle cause alla base dei fallimenti scolastici, in quanto comportano un mancato raggiungimento di specifici obiettivi di apprendimento, attesi in base all’età o alla classe frequentata. La *Consensus Conference* evidenzia come i Disturbi Specifici dell’Apprendimento comportino un impatto significativamente negativo per l’apprendimento scolastico.

Nel secondo capitolo è stato preso in esame il costrutto dell’Autoefficacia. Da un’analisi delle fonti su cui si basa la formulazione del giudizio di efficacia, emerge come le esperienze dirette di successo\fallimento costituiscano la fonte principale dell’autoefficacia. Approfondendo più nello specifico l’autoefficacia scolastica, appare chiaro che, se all’interno del contesto scolastico un alunno fa ripetute esperienze di insuccessi, si confronta continuamente con compagni di classe più bravi di lui, e riceve spesso feedback negativi da parte degli insegnanti, non potrà che andare incontro ad una riduzione della propria autoefficacia scolastica.

Mettendo, quindi, in relazione quanto emerso dal primo e dal secondo capitolo, l’ipotesi secondo cui gli studenti con un Disturbo Specifico dell’Apprendimento percepiscono una riduzione dell’autoefficacia scolastica sembra poter essere avvalorata. Tale ipotesi viene effettivamente confermata nel terzo capitolo. Nel terzo capitolo sono stati, infatti, presentati una serie di studi che, mettendo a confronto studenti con DSA e non, dimostrano come gli studenti con DSA tendono a presentare livelli di autoefficacia scolastica inferiori rispetto ai loro coetanei senza DSA. Questa differenza appare effettivamente essere correlata ai numerosi insuccessi\fallimenti scolastici a cui tali studenti vanno incontro se non adeguatamente supportati. Tuttavia, il processo di riduzione dell’autoefficacia scolastica negli alunni con DSA appare molto più complesso, infatti in alcuni casi la sola etichetta di “studenti con DSA” può portare ad una riduzione dell’autoefficacia scolastica.

Già da un’analisi del secondo capitolo emerge come il fatto di avere una bassa autoefficacia possa portare ad una serie di conseguenze negative. Dall’analisi del terzo capitolo emerge, invece, come il fatto di avere una bassa autoefficacia scolastica possa portare ad una serie di

conseguenze negative per gli alunni con DSA. In particolar modo, il fatto di avere una bassa autoefficacia scolastica porta a prefigurarsi scenari di insuccesso, ridurre la motivazione, l'impegno e la perseveranza nei compiti futuri, essere più sensibili e meno in grado di gestire gli stati emotivi provati durante lo svolgimento di un compito, evitare le azioni in cui si ritiene di avere scarse capacità. Queste conseguenze di una bassa autoefficacia scolastica portano ad aumentare la probabilità di sperimentare insuccessi\fallimenti, che a loro volta andrebbero a ridurre ulteriormente il senso di efficacia. Inoltre, il fatto di evitare i compiti in cui si ritiene di avere scarse capacità può portare, nei casi più gravi, all'abbandono scolastico. Una bassa autoefficacia scolastica può portare anche ad una riduzione dell'autostima. Per evitare ciò, spesso, gli studenti con DSA, che hanno una bassa autoefficacia scolastica, tendono a mettere in atto un processo di progressiva disaffezione nei confronti dell'istituzione scolastica, ricercando al di fuori di essa fonti per aumentare l'autostima e affermare il sé, che spesso consistono in comportamenti a rischio.

Giungendo alla conclusione che gli studenti con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento tendono a presentare una bassa autoefficacia scolastica, e che ciò comporta una serie di conseguenze negative, il terzo capitolo si conclude con la proposta di alcuni interventi che possono essere realizzati per sostenere l'autoefficacia scolastica. Per poter aumentare l'autoefficacia scolastica è innanzitutto necessario intervenire sulle fonti su cui si basa l'elaborazione del giudizio di efficacia, e su quelle che possono essere le cause alla base di una sua riduzione. In particolar modo, viene sottolineata l'importanza del PDP (Piano Didattico Personalizzato) che, in quanto strumento di sostegno, consente di limitare le esperienze di insuccesso\fallimento e ridurre le sensazioni di fatica, ansia, stress... sperimentate durante lo svolgimento dei compiti scolastici. Inoltre, risulta importante limitare il confronto competitivo tra gli alunni, e lavorare sui feedback forniti dagli insegnanti. Tali interventi di sostegno dovrebbero sempre essere affiancati da un intervento sullo stile attributivo, in quanto spesso gli alunni con DSA vedono le misure compensative\dispensative, che spettano loro di diritto, come un sostituto delle loro capacità mancanti, e questo li porta ad attribuire la causa dei loro successi all'aiuto esterno ricevuto. Questo tipo di attribuzioni causali, rende i successi scarsamente informativi e non in grado di aumentare il senso di autoefficacia, per tale motivo risulta fondamentale lavorare anche sullo stile attributivo.

Il presente lavoro offre sicuramente un interessante spunto di riflessione per i lettori, in merito alle conseguenze negative a cui possono andare incontro gli studenti con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento se non vengono adeguatamente supportati durante il loro percorso scolastico, ma può dar vita anche ad alcune ricadute applicative. In particolar modo,

con il presente lavoro si intende offrire alcuni spunti utili per poter pianificare e mettere in atto un intervento volto a sostenere l'autoefficacia scolastica degli studenti con DSA, ma non solo.

Nel corso dei tre capitoli, di cui si compone il presente elaborato, è stata esaminata la relazione tra Disturbi Specifici dell'Apprendimento e riduzione dell'Autoefficacia, ma si è accennato anche ad alcuni studi di confronto tra studenti con DSA e non, che dimostrano come gli studenti con DSA manifestino più spesso solitudine, isolamento e difficoltà relazionali, all'interno del contesto scolastico. Questi studi possono offrire interessanti spunti di riflessione, dando vita ad eventuali nuove domande di ricerca, come ad esempio "Quali conseguenze potrebbero avere la solitudine, l'isolamento e le difficoltà relazionali sperimentate dagli alunni con DSA, nel contesto scolastico ? Quali interventi potrebbero essere messi in atto per favorire l'inclusione degli alunni con DSA all'interno delle classi ?" Il lavoro di ricerca potrebbe quindi proseguire cercando di approfondire e rispondere a tali quesiti.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Abbott, R., Mickail T., Richards, T., Renninger, K. A., Hidi, S. E., Beers, S., & Beninger, V. (2017). Understanding Interest and Self-Efficacy in the Reading and Writing of Students with Persisting Specific Learning Disabilities during Middle Childhood and Early Adolescence. *International Journal of Educational Methodology*, 3 (1), 41 – 64.

Bandura, A. (2000). *Autoefficacia teoria e applicazioni*. Trento: Erikson.

Battista, L., Commissarie, E., Steffgen, G. (2018). Impact of the Time of Diagnosis on the Perceived Competence of Adolescents with Dyslexia. *Learning Disability Quarterly*, 41 (3), 170 – 178.

Borca, G. e Begotti, T. (2020). L'adolescente a scuola: i rischi legati a un'esperienza negativa. In E. Cattelino (a cura di), *Rischi in adolescenza comportamenti problematici e disturbi emotivi* (pp. 63 – 83) Roma. Carrocci.

Caviola, S., Lucangeli, D., Cornoldi, C. (2021) Le difficoltà e i disturbi di calcolo. In C. Cornoldi (a cura di) *I disturbi dell'apprendimento* (pp. 127 – 158). Bologna: società editrice il Mulino.

Cavioni, V., Grazzani, I., Ornaghi, V. (2017). Social and Emotional Learning for Children with Learning Disability: Implication for Inclusion. *International Journal of Emotional Education*, 9 (2), 100-109.

Cornoldi, C. (2021). Definizioni, criteri diagnostici e classificazioni. In C. Cornoldi (a cura di), *I disturbi dell'apprendimento* (pp. 15 – 69). Bologna: società editrice il Mulino.

Ferrara, R. e Cornoldi, C. (2021) I disturbi della scrittura: disgrafia, disortografia e difficoltà dell'espressione scritta. In C. Cornoldi (a cura di) *I disturbi dell'apprendimento* (pp. 158 – 181). Bologna: società editrice il Mulino.

Feldman, D. B., Davidson, O. B., Ban-Naim, S., Maza, E., Margalit, M. (2016). Hope as a mediator of loneliness and academic self-efficacy among students with and without learning

disabilities during the transition to colleg. *Learning Disabilities Research & Practice*, 31 (2), 63 – 74.

Gelmini, M. (2011). Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con Disturbi Specifici dell'Apprendimento. *Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*, 1 – 31.

Girli, A. e Ozturk, H. (2017). Metacognitive Reading Strategies in Learning Disability: Relations between Usage Level, Academic Self-Efficacy and Self-Concept. *International Eletronic Journal of Elementary Education*, 10 (1), 93 – 102.

Jungert, T. e Andersson, U. (2013). Self-Efficacy Belifes in Mathematics, Native Language Literacy and Foreign Language amongst Boys and Girls with and without Mathematic Difficulties. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 57 (1), 1 – 15.

Legge su “Nuove norme in materia di Disturbi Specifici dell'Apprendimento in ambito scolastico” (dell' 8 ottobre 2010) n.170, art. 1 – 3 e 5. [Gazzetta Ufficiale](#)

Mana, A., Saka, N., Dahan, O., Ben-Simon, A., Margalit, M. (2022). Implicit Theories, Social Support, and Hope as Serial Mediators for Predicting Academic Self-Efficacy among Higher Education Students. *Learning Disability Quarterly*, 45 (2), 85 – 95.

Mangheri, L., Bachmam, C., Baldi, S., Borghetto, M., Chianese, R., Ciambrone, R., Legge, E., Piazza, S., Rossi, V. (2016). I DSA e gli altri BES indicazioni per la pratica professionale. *Consiglio nazionale Ordine degli Psicologi*, 1 – 72.

McBreen, M. e Savage, R. (2022). The Impact of a Cognitive and Motivational Reading Intervention on the Reading Achievement and Motivation of Students At-Risk for Reading Difficulties. *Learning Disability Quarterly*, 45 (3), 199 – 211.

Salvini, F. (2022). I principali dati relativi agli alunni con DSA. *Ufficio di statistica del Ministero dell'Istruzione*, 1 – 18.

Squires, G. (2017). Abbandono scolastico precoce e studenti con disabilità e/o Bisogni Educativi Speciali. *European agency for special needs and inclusive education*, 1 – 20.

Toffaldini, E., Provazza, S., Tressoldi, P., Cornoldi, C. (2021) La dislessia evolutiva. In C. Cornoldi (a cura di), *I disturbi dell'apprendimento* (pp. 103 – 126). Bologna: società editrice il Mulino.

Woodcock, S., Hitches, E. (2017). Potential or Problem ? An Investigation of Secondary School Teachers' Attributions of the Educational Outcomes of Students with Specific Learning Difficulties. *Annals of Dyslexia*, 67 (3), 299 – 317.

RINGRAZIAMENTI

Ci tengo innanzitutto a ringraziare i miei genitori che mi hanno sempre capita, o meglio hanno sempre fatto del loro meglio per capirmi, sostenendomi sempre nel mio percorso di studi e aiutandomi ad affrontare le ingiustizie subite nel contesto scolastico a causa del mio DSA.

Ringrazio poi i miei nonni, e in particolare la mia nonna Tè, che è da sempre la mia fan numero uno, e che nonostante non abbia potuto studiare mi ha sempre capita meglio di molti altri.

Ringrazio il mio fidanzato, che anche se spesso scherzando mi dice “guarda che io faccio medicina” so che crede in me ed è orgoglioso di me e di quello che faccio.

Ringrazio anche la mia amica Rebecca, che sicuramente, al di là delle conoscenze acquisite, è una delle cose più belle che questo percorso universitario mi ha regalato. La ringrazio per aver condiviso con me gioie e difficoltà di questo fantastico percorso rendendolo ancora più bello.

Un ringraziamento speciale va sicuramente alla logopedista Patrizia Dal Santo che mi ha seguita nel percorso diagnostico e mi ha accompagnata nel difficile lavoro di accettazione della mia diversità e nel superamento delle difficoltà che comportava.

Infine ci tengo a ringraziare tutti i miei professori, grazie a cui ho acquisito nuove conoscenze e sono maturata, come studente, ma sicuramente anche come persona. In particolare ci tengo a ringraziare il mio relatore Stefano Cacciamani, per avermi seguita e supportata nella stesura di questa tesi.

