

PF24

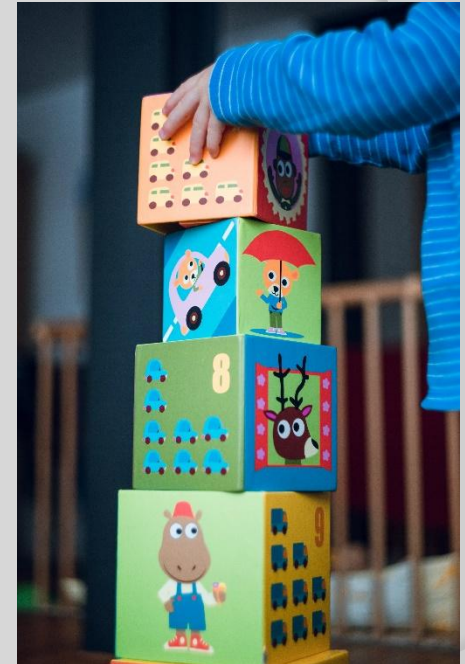
Università di Pisa
a.a. 2019/2020

PSICOLOGIA
I PRINCIPALI DISTURBI DEL
NEUROSVILUPPO

Yura Loscalzo, Ph.D.
yura.loscalzo@gmail.com

I DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

- Il DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) definisce i Disturbi del Neurosviluppo come un **gruppo di condizioni con esordio nel periodo dello sviluppo.**
- Si tratta di disturbi che si manifestano tipicamente nelle prime fasi dello sviluppo, **spesso prima che il bambino inizi la scuola primaria**, e sono caratterizzati da deficit dello sviluppo che causano una compromissione del funzionamento personale a livello sociale, scolastico o lavorativo.
- Il range dei deficit varia da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento fino alla compromissione globale delle abilità sociali o dell'intelligenza.



**PERCHE' PARLARE DI
QUESTA CATEGORIA DI
DISTURBI IN UN CORSO
PF24, OVVERO RIVOLTO
A DOCENTI DELLE
SCUOLE SECONDARIE?**

I disturbi del neurosviluppo hanno generalmente esordio prima della scuola primaria, ma tendono a persistere nel tempo

Non tutti i disturbi del neurosviluppo sono di competenza dell'insegnante di sostegno

Insegnante Curricolare delle Scuole Secondarie di Primo e Secondo Grado

L'insegnante di sostegno non è sempre presente, quindi lo studente potrebbe essere in classe senza il suo supporto

L'integrazione degli studenti con disturbi del neurosviluppo avviene anche grazie agli insegnanti curricolari

NOI ANALIZZEREMO INSIEME :

- ◉ Disabilità Intellettiva (e Funzionamento Intellettivo Borderline/Limite)
- ◉ Disturbi Specifici dell'Apprendimento
- ◉ Disturbo dello Spettro dell'Autismo
- ◉ Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività

L'INTELLIGENZA: UN'INTRODUZIONE

Un po' di storia ... Tipi di Intelligenze

- **Binet**, agli inizi del '900, fu incaricato di creare un test per individuare nei bambini delle scuole di Parigi quelli che avevano difficoltà intellettive, così da inserirli in classi speciali.
- Predispose quindi una serie di prove volte a rilevare l'**età mentale** delle persone ➡ questa corrisponde alla **capacità della persona di rispondere in modo adeguato alle prove a cui, tipicamente, rispondono le persone di una data età cronologica** (es., ha un'età mentale pari a 10 anni un bambino che sa rispondere alle domande a cui, in genere, sanno rispondere i bambini di 10 anni).

- Sulla base del concetto di età mentale, un bambino di 6 anni che sa rispondere alle prove previste per bambini di un'età cronologica superiore alla sua (ad es. 9 anni) sarà **più intelligente della norma**, mentre un bambino di 6 anni che sa rispondere solo alle prove previste per un'età cronologica inferiore (ad es., 4 anni) avrà un'**intelligenza inferiore alla norma**.
- **Quoziente di Intelligenza (QI)** → termine introdotto da Stern nel 1912 per esprimere il rapporto tra età mentale e età cronologica (moltiplicato per 100): un ragazzo di 10 anni con età mentale di 14 anni ha un QI di 140, ovvero $(14/10)*100$.
- Questo approccio, volto a rilevare una misura unica dell'intelligenza, **presuppone che l'intelligenza sia una capacità unica ed omogenea**, che si manifesta in modo simile anche in ambiti molto diversi, come quello scolastico, pratico o artistico.

**Successivamente, però, si diffonde
l'idea che l'intelligenza non sia
un'abilità monolitica, ma che siano
invece presenti forme diverse di
intelligenza**



**persone particolarmente abili in certi
compiti, non lo sono in altri; quindi,
compiti diversi richiedono capacità
specifiche diverse**



**l'intelligenza è un'entità composta da
vari elementi**

**MA QUANTI E QUALI SONO QUESTI
ELEMENTI?**

Una visione ORIZZONTALE delle componenti dell'intelligenza (1/4)

Spearman (1923) propone una teoria che prevede solo due componenti



FATTORE GENERALE
(fattore «g»)

Abilità presente in tutti i
compiti intellettivi



FATTORI SPECIFICI

Abilità proprie dei diversi
compiti (es., abilità
verbale, abilità spaziale)

È il fattore generale, però, a determinare prevalentemente l'intelligenza della persona, anche se questa poi può manifestarsi in gradi diversi sulla base del compito specifico

Una visione ORIZZONTALE delle componenti dell'intelligenza (2/4)

Cattell (1971) propone un'altra teoria basata ancora su due sole componenti



INTELLIGENZA CRISTALIZZATA

Riflette l'effetto dell'acculturazione. Comprende le conoscenze acquisite, la capacità di comprensione, la capacità di giudizio e di ragionamento in situazioni di vita quotidiana



INTELLIGENZA FLUIDA

Riflette abilità che non sono trasmesse dalla cultura, e sono quindi indipendenti dall'esperienza (es., la capacità di riordinare storie figurate o di completare una figura)

Una visione ORIZZONTALE delle componenti dell'intelligenza (3/4)

Vernon (1971) propone un'altra teoria basata ancora su due sole componenti



**INTELLIGENZA
VERBALE-SCOLASTICA**

Collegata al linguaggio e al
calcolo matematico

**INTELLIGENZA
PRATICO-OPERATIVA**

Collegata alle abilità
spaziali e manuali

L'intelligenza si differenzia in base all'ambito in cui si trova ad operare.

Una visione ORIZZONTALE delle componenti dell'intelligenza (4/4)

- ◉ Gardner (1983) propone la teoria delle intelligenze multiple, e ne propone 7 tipi.
- ◉ Per la prima volta, le abilità che compongono l'intelligenza non si riferiscono soltanto all'intelligenza in senso stretto, ma comprendono anche abilità relative ad una varietà di campi diversi.
- ◉ **Ciascuna forma di intelligenza è determinata da una diversa base biologica** (ovvero, è localizzata in diverse aree cerebrali), da differenze relative agli **stimoli elaborati** (verbali, visivi, numerici, ...), dal **modo in cui gli stimoli vengono elaborati** (sequenziale, simultaneo, ...), dalle strategie utilizzate per l'elaborazione degli stimoli (deduttive, intuitive, ...), e dagli **aspetti che determinano la rilevanza della risposta** data dal soggetto (precisione, velocità, originalità, ...)

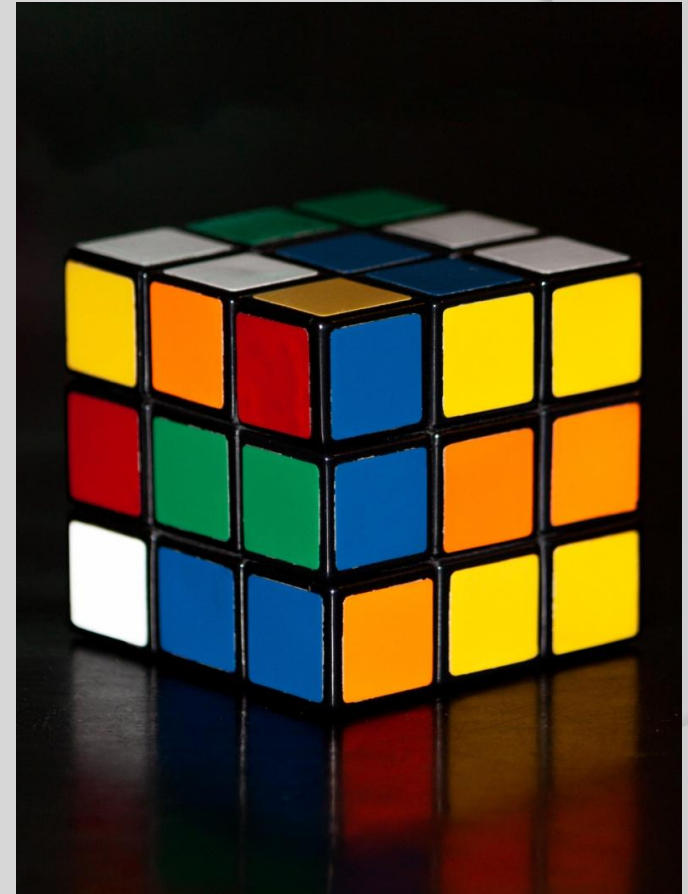
- ◎ Gardner (1983) propone quindi **7 forme di intelligenza**:
 1. **LINGUISTICA**: Sensibilità per il significato, il suono, l'ordine delle parole e per le diverse funzioni del linguaggio
 2. **MUSICALE**: Capacità di distinguere il significato e l'importanza di una serie di suoni organizzati ritmicamente
 3. **LOGICO-MATEMATICA**: Capacità di operare su simboli e parole, stabilendo rapporti e formulando regole
 4. **SPAZIALE**: Capacità di percepire forme e riconoscere elementi in diversi contesti
 5. **CORPOREA**: Capacità di usare abilmente il proprio corpo per fini espressivi e pratici
 6. **INTRAPERSONALE**: Capacità di capire se stessi, i propri sentimenti, e di esprimere i propri sentimenti
 7. **INTERPERSONALE**: Capacità di cogliere la personalità e l'intenzione altrui e di influire sugli altri

- Successivamente, Gardner inserisce altre due forme di intelligenza, ovvero quella **NATURALISTICA** (capacità di risolvere problemi o creare prodotti traendo spunto da materiali o caratteristiche dell'ambiente) e quella **SPIRITUALE/ESISTENZIALE** (collegata alla profondità nel cogliere il significato della vita e della realtà).



Una visione VERTICALE delle componenti dell'intelligenza

- A differenza degli autori precedenti, altri hanno adottato una prospettiva verticale.
- Le diverse componenti non sono poste sullo stesso livello, ma su diversi livelli.
- **Guilford (1967)**, ad esempio, sostiene che le capacità mentali siano ordinate su tre assi: Operazioni, Contenuti, Prodotti.
- La mente diviene quindi rappresentata tridimensionalmente, ed ogni “cubetto” rappresenta la combinazione di un’operazione, un contenuto, e un prodotto. Questo “cubetto” rappresenta un fattore dell'intelligenza.



Le operazioni

- Sono le attività di base che la mente compie con le informazioni che riceve dai sistemi percettivo-sensoriali. In particolare:
 - ❖ **Cognizione**: riconoscimento, comprensione, scoperta di elementi particolari dell'informazione
 - ❖ **Memoria**: immagazzinamento di nuove informazioni
 - ❖ **Produzione divergente**: generazione, in modo libero, di molte e diversificate nuove informazioni a partire da un'informazione data (→ attivato nelle situazioni che permettono più alternative)
 - ❖ **Produzione convergente**: generazione, in modo consequenziale, di una nuova informazione da un'informazione data (→ attivato nelle situazioni che permettono un'unica risposta pertinente)
 - ❖ **Valutazione**: Confronto tra informazioni.

I contenuti

- Fanno riferimento alla natura delle informazioni. In particolare, sono di tipo:
 - ❖ **Figurativo**: informazioni in forma di immagini sensoriali, visive, acustiche, ...
 - ❖ **Simbolico**: informazioni sotto forma di segni convenzionali, come lettere alfabetiche, numeri, ...
 - ❖ **Semantico**: informazioni sotto forma di significati, come concetti, idee, ...
 - ❖ **Comportamentale**: informazioni in forma non verbale, come atteggiamenti, bisogni, desideri, intenzioni, ...

I prodotti

- Si riferiscono alla forma assunta dall'informazione quando viene elaborata dalla mente, ovvero ai risultati dell'applicazione di un'operazione ad un contenuto. In particolare, sono:
 - ❖ **Unità**: elementi di informazioni isolati e circoscritti
 - ❖ **Classi**: insiemi di elementi raggruppati in virtù di proprietà comuni
 - ❖ **Relazioni**: rapporti di interdipendenza tra unità
 - ❖ **Sistemi**: insiemi complessi e organizzati di informazioni collegate tra loro
 - ❖ **Trasformazioni**: cambiamenti di informazioni o di loro funzioni
 - ❖ **Implicazioni**: estrapolazione di informazioni attraverso inferenze, previsioni probabilistiche, ...

**IN CONCLUSIONE...
COME POSSIAMO
DEFINIRE
L'INTELLIGENZA?**

INTELLIGENZA:

Capacità di avere prestazione psichiche



totalità delle abilità individuali che consentono di **adattarsi** ai cambiamenti del proprio ambiente

Salute fisica
Memoria
Percezione
Attenzione
...

Requisiti per l'espressione
dell'intelligenza

Motivazione
Stato affettivo appropriato

Ulteriori determinanti per
la prestazione
intellettiva

ALTERAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTELLETTIVE

Cause di Alterazione Permanente

- ◉ **DISTURBI CONGENITI DELLA STRUTTURA E DELLE FUNZIONI CEREBRALI:** Una patologia cerebrale è dimostrabile nella maggior parte delle forme gravi di disabilità intellettiva
- ◉ **DISTURBI ACQUISITI DELLA STRUTTURA E DELLE FUNZIONI CEREBRALI:** Demenza Primaria (progressiva e intrattabile) e Demenza Secondaria (possibile rallentare o arrestare il deterioramento)

Cause di Alterazione Reversibile

- DEPRIVAZIONE SENSORIALE o SOCIALE:

Cecità e sordità congenite; Ambienti poveri di stimoli. In quest'area, ha un ruolo fondamentale il periodo critico: finestra temporale entro cui devono avvenire certi apprendimenti di abilità specifiche

- ALTERAZIONE DEL CONTATTO CON LA REALTÀ:
Psicosi

- DISTURBI DELL' AFFETTIVITÀ:

Ad esempio, la depressione causa un' alterazione di percezione, attenzione e motivazione, con conseguenze sulle prestazioni intellettive



DISABILITÀ INTELLETTIVA

I criteri diagnostici del DSM-5

È un disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che comprende deficit del funzionamento sia intellettuale che adattivo **negli ambiti concettuali, sociali e pratici**. Devono essere soddisfatti i seguenti tre criteri:

- A. **Deficit nelle funzioni intellettive**, come ragionamento, problem solving, pensiero astratto, apprendimento scolastico, ... confermato sia da una valutazione clinica che da test di intelligenza individuali e standardizzati.
- B. **Deficit nel funzionamento adattivo**, che portano ad un fallimento nel raggiungere gli standard di sviluppo e socioculturali di autonomia e responsabilità sociale. **Senza un supporto costante, i deficit causano limiti nel funzionamento in una o più attività quotidiane ed in più ambienti** (es. casa, scuola, lavoro, comunità).
- C. Esordio dei deficit intellettivi e adattivi durante il periodo dello sviluppo.

Specifier - Gravità

- ◉ Quattro livelli di gravità:

- Lieve
- Moderata
- Grave
- Estrema



- ◉ Il DSM-5 prevede che **lo specifier sia definito NON** in base al punteggio del QI (come previsto dal DSM-IV-TR, $QI \leq 70$), ma **in base al funzionamento adattivo** (nei domini concettuale, sociale e pratico) **poiché è questo che determina il livello di supporto richiesto.**

- ◉ La valutazione diagnostica, infatti, deve avvenire sia mediante la somministrazione di test psicologici standardizzati che mediante una valutazione clinica globale della persona.

DISABILITÀ INTELLETTIVA

È un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da



Deficit intellettivi

(ragionamento, problem solving, pensiero astratto, ...)



Deficit adattivi a livello

concettuale, sociale, pratico

- ◎ **CONCETTUALE:** Memoria, linguaggio, scrittura, lettura, ragionamento matematico, ...
- ◎ **SOCIALE:** Consapevolezza dei pensieri, emozioni ed esperienze altrui, capacità comunicative interpersonali, capacità di fare amicizia, ...
- ◎ **PRATICO:** Cura personale, gestione dei soldi, organizzazione dei compiti lavorativi o scolastici, ...

Epidemiologia e Cause

- ◉ Nella popolazione generale, la frequenza della disabilità intellettiva varia dall'1 al 3%.
- ◉ L'85% dei soggetti con questa diagnosi ha una disabilità lieve, il 10% moderata, e il 5% grave o estrema.
- ◉ Nel 30-40% dei casi non si riesce a definire la causa. Tuttavia, le più comuni sono:
 1. **FATTORI PRENATALI:** sindromi in gravidanza, malnutrizione materna, uso di farmaci, ...
 2. **FATTORI PERINATALI:** infezioni, traumi, epilessia, ...
 3. **PATOLOGIE:** Sindrome di Down, dell'X Fragile, ...
 4. **FATTORI PSICOSOCIALI:** carenze gravi e precoci della cure materne e/o stimolazione ambientale insufficiente, ...

- ◉ Le cause organiche sono presenti in quasi tutti i casi di disabilità intellettiva.
- ◉ Più la disabilità intellettiva è grave, più è probabile la presenza di cause organiche, ovvero a livello cerebrale (Grave e Estrema: quasi nella totalità dei casi).
- ◉ Nei casi di disabilità intellettiva meno gravi, hanno un'influenza maggiore le cause ambientali (malnutrizione, inadeguatezza sociale, ...).
- ◉ All'aumentare della gravità del disturbo, aumentano i deficit nei domini concettuale, sociale e pratico.
- ◉ Inoltre, all'aumentare della gravità, i deficit si evidenziano prima nel tempo (Grave: già nei primi mesi di vita; Lieve: di solito con l'inizio della scuola primaria).

Prognosi

Negli anni '70 è cambiato il concetto di **EDUCABILITÀ**



Nessuno è completamente ineducabile

Apprendimento di capacità tipicamente scolastiche (lettura, scrittura, calcolo) → precluso a persone con disabilità intellettiva grave (dominio concettuale)

Educazione secondo un significato più ampio: imparare a vestirsi, a mangiare, a esprimere verbalmente i bisogni, a controllare l'aggressività → possibile anche per persone con disabilità intellettiva grave (dominio sociale e pratico)

Diagnosi Differenziale

Fare attenzione a non confondere la Disabilità Intellettiva con altri Disturbi del Neurosviluppo, e in particolare:

1. **DISTURBO SPECIFICO DELL'APPRENDIMENTO:** In questo caso, non si ha né deficit intellettivo né deficit adattivi;
2. **DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO:** Fare attenzione a non confondere i deficit sociali tipici di questo disturbo con quelli della Disabilità Intellettiva.

QUALI INTERVENTI IN CLASSE CON UN BAMBINO o RAGAZZO CON DISABILITÀ INTELLETTIVA?

- ◉ La legge n. 104/1992 **sottolinea l'importanza dell'integrazione scolastica** dell'alunno con disabilità nelle scuole di ogni ordine e grado.
- ◉ L'intervento, in ogni caso, deve essere **individualizzato** e basato su un'attenta analisi delle caratteristiche individuali, del contesto familiare e ambientale, e dello specifico momento di vita. Devono essere individuati i **limiti** del bambino, ma anche le sue **risorse**.
- ◉ L'OBIETTIVO primario, all'interno di un intervento che coinvolge varie figure professionali, è quello di **favorire lo sviluppo dell'autonomia** e della capacità di gestire la quotidianità, nonché **promuovere la motivazione all'apprendimento** e il trasferimento di competenze apprese in situazioni specifiche in altri contesti, e lo **sviluppo dell'autostima**. Quando possibile, sviluppare le competenze metacognitive.

L'uso del rinforzo

- ◉ Sul piano comportamentale, è fondamentale **favorire l'adattamento sociale**, riducendo eventuali comportamenti aggressivi e favorendo lo sviluppo delle capacità di regolazione.
- ◉ A questo proposito, risulta molto utile l'utilizzo del **RINFORZO**, al fine di favorire l'estinzione dei comportamenti indesiderati e promuovere quelli desiderati.
- ◉ Il rinforzo, ovvero qualcosa di desiderato dalla persona, può essere:
 - **Primario** (legato alla sopravvivenza) o **Secondario** (costruito nel tempo)
 - **Concreto** (cioccolato) o **Astratto** (gettone premio)
 - **Continuo** o **Intermittente**
 - **Estrinseco** (ricevere un premio) o **Intrinseco** (senso di autoefficacia)

In generale, le **attività raccomandate** sono le seguenti (Strepparava & Iacchia, 2012):

1. **Attività fisico-motoria:** su indicazione medica per quanto riguarda la quantità e la qualità, ha funzioni preventive a livello fisico ma anche psicologico, perché fonte di benessere e, se opportunamente proposte, fonte di competenza personale.
2. **Attività ludica:** per favorire un adeguato equilibrio tra attività di apprendimento e giochi che consentono di scaricare le tensioni accumulate con le attività cognitive.
3. **Attività cognitive intrinsecamente motivate:** individuare le attività che piacciono al bambino e che svolge senza bisogno di una ricompensa esterna.
4. **Attività sociali:** stare in classe e collaborare con i compagni favorisce la prevenzione di psicopatologia correlata alla disabilità intellettiva.

UN CASO CLINICO INVENTATO

SARA, 12 ANNI

Disabilità Intellettiva
Grave

Sara è una pre-adolescente di 12 anni, che attualmente frequenta il secondo anno della scuola secondaria di primo grado grazie alla presenza di un insegnante di sostegno.

Sara è **nata** con una **diagnosi di sindrome di Down**, e **sin dai primi mesi di vita si sono evidenziati deficit in tutte le aree dello sviluppo**, evidenziando ritardi nell'acquisizione delle tappe fondamentali, come quelle relative alla deambulazione e al linguaggio.

Durante la **scuola dell'infanzia**, **aveva un insegnante che era sempre presente**, poiché aveva bisogno di sostegno costante per ogni attività. Inoltre, l'insegnante gestiva le sue crisi di **aggressività**, che potevano essere dirette anche verso gli altri bambini.

Con il passaggio alla **scuola primaria**, grazie all'insegnante di sostegno, **impara a scrivere il suo nome ed alcune parole in stampatello**; inoltre, impara ad esprimere le sue richieste, così da **gestire la sua aggressività**.

Il Quoziente Intellettivo, come misurato all'età di 10 anni, è di 35.

Durante la **scuola secondaria di primo grado**, l'insegnante di sostegno lavora principalmente sulle abilità relative alla **gestione del denaro e alla cura personale**. Oggi, all'età di 12 anni, Sara ha imparato a lavarsi e vestirsi da sola. Inoltre, a scuola è ben adattata, grazie all'impegno di tutti gli insegnanti che hanno stabilito anche un clima di classe volto alla sua **integrazione** da parte dei compagni, con cui svolge alcuni lavori creativi di gruppo, in particolare durante le lezioni di arte. Inoltre, durante la ricreazione, seppur **con i soldi contati, riesce a prendere autonomamente una cioccolata al distributore automatico**.

UN CASO CLINICO INVENTATO

MARCO, 15 ANNI

Disabilità Intellettiva
Moderata

Marco è un adolescente di 15 anni, che attualmente frequenta il secondo anno della scuola secondaria di secondo grado. Pochi giorni dopo la sua **nascita** sono emerse delle **crisi epilettiche**, che ad oggi richiedono ancora la gestione farmacologica. Inoltre, **la madre durante la gravidanza ha fatto uso di farmaci** che secondo i medici potrebbero aver avuto un ruolo nel disturbo del figlio.

Poiché sin dai primi anni di vita sono evidenti dei **ritardi nell'acquisizione delle principali tappe evolutive**, il pediatra suggerisce ai genitori di intraprendere un trattamento volto a potenziare lo sviluppo motorio e linguistico.

Il suo QI è di 50, e durante la **scuola primaria** ha appreso solo le **competenze di base relative alla scrittura**. Con i compagni è sempre stato **socievole** e mai aggressivo.

Durante la **scuola secondaria di primo grado**, supportato da un insegnante di sostegno, **ha potenziato alcune abilità scolastiche di base precedentemente apprese**, ed ha imparato a leggere l'ora (orologio con i numeri indicati). L'insegnante è riuscito inoltre a lavorare sull'**autonomia** di Marco, che riesce ad andare al bagno da solo e a fare acquisti alle macchinette anche nel caso in cui deve avere il resto.

Oggi, Marco frequenta una **scuola professionale** poco distante da casa, e **riesce ad andare da solo utilizzando l'autobus**, dove incontra un compagno di classe dopo un breve tratto. Durante l'ora di educazione fisica, in collaborazione con l'insegnante di sostegno e sulla base di quanto stabilito dal medico, l'insegnante lo coinvolge in alcune attività ludiche da poter fare con i compagni.

UN CASO CLINICO INVENTATO

GIULIA, 13 ANNI

Disabilità Intellettiva
Lieve

Giulia è una ragazza di 13 anni, che attualmente frequenta l'ultimo anno della scuola secondaria di primo grado.

La **nascita** di Giulia è avvenuta in **assenza di complicazioni** e il suo **sviluppo è stato regolare in età prescolare**. Acquisisce infatti tutte le tappe evolutive fondamentali, **seppur con un leggero ritardo** rispetto alla norma (ad esempio, intorno ai 2 anni ha un linguaggio essenziale).

Durante la **scuola dell'infanzia**, Giulia **non ha mostrato evidenti difficoltà**, ad eccezione di un **ritiro sociale**, che le maestre attribuivano ad un'estrema timidezza della bambina, che probabilmente si sarebbe risolta con il tempo e familiarizzando con le insegnanti e gli altri bambini.

I problemi di Giulia emergono però con particolare evidenza con l'inizio della **scuola primaria**, perché non riusciva ad acquisire le abilità scolastiche basilari (sia per quanto riguarda la lettura e la scrittura, che per quanto riguarda le abilità logico-matematiche). Le maestre, interrogate dai genitori, avevano detto che la bambina era effettivamente un po' più lenta rispetto ai compagni, ma che secondo loro non c'era bisogno di allarmarsi.

Tuttavia, quando ormai tutti i compagni avevano imparato a leggere, Giulia ancora non era in grado di farlo. La madre porta quindi la bambina a fare una visita oculistica, la quale **non riporta però problemi di vista**.

Da una visita specialistica, il suo QI risulta di 65.

All'inizio del secondo anno della scuola primaria Giulia ha un insegnante di sostegno, poiché il processo diagnostico intrapreso ha evidenziato una disabilità intellettiva lieve.

Grazie a questa diagnosi, che le ha consentito di avere un insegnante di sostegno, seppur **in modo graduale e più lento rispetto ai coetanei**, è riuscita a raggiungere le **abilità scolastiche di base entro la fine della scuola primaria**.

Adesso, che è al termine della **scuola secondaria di primo grado**, ha sviluppato una **buona relazione con una compagna**, con cui ogni tanto va a prendere un gelato in centro, a pochi minuti a piedi da casa sua. Inoltre, **ha raggiunto tutte le abilità scolastiche di base** e ha deciso che il prossimo anno frequenterà una scuola professionale in un'altra città. **È spaventata all'idea di dover prendere da sola l'autobus**, ma l'insegnante la sta aiutando ad affrontare anche questo, grazie alla collaborazione con i genitori.



FUNZIONAMENTO INTELLETTIVO BORDERLINE

Funzionamento Intellettivo Borderline

- Il Funzionamento Intellettivo Borderline è caratterizzato da un QI approssimativamente tra 71 e 84 (criterio del DSM-IV-TR).
- In linea con le modifiche alla diagnosi di Disabilità Intellettiva, nel DSM-5 viene messa in evidenza la necessità di considerare le difficoltà di adattamento più che il QI.
- Il DSM-5 inserisce il Funzionamento Intellettivo Borderline in un'appendice intitolata "Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica", e che include quelle situazioni che non possono essere definite "Disabilità Intellettiva" ma che richiedono spesso un intervento.

- ◉ I bambini con questa diagnosi, in genere, hanno **difficoltà negli ambienti scolastici e a rispondere a tutte le esigenze richieste dall'ambiente.**
- ◉ Fernell e Ek (2010), in uno studio condotto in Svezia, hanno evidenziato che al termine della scuola dell'obbligo (16 anni) i ragazzi con Funzionamento Intellettivo Borderline avevano voti più bassi rispetto ai coetanei.
- ◉ Tuttavia, in genere, **possono acquistare piena autonomia e trovare un inserimento sociale** se aiutati da un esperto e dagli insegnanti di ogni ordine e grado.
- ◉ Purtroppo, i bambini e i ragazzi con questa diagnosi **si trovano in una situazione “grigia” che non tutela i loro bisogni.**

**DISABILITÀ
INTELLETTIVA**

**DISTURBI
SPECIFICI DELL'
APPRENDIMENTO**



**Legge 104
del 1992**

**Legge 170
del 2010**

**Funzionamento
Intellettivo
Borderline**



**Piano
Educativo
Individualizzato**

**Piano Didattico
Personalizzato**

QUALI INTERVENTI IN CLASSE CON UN BAMBINO o RAGAZZO CON FUNZIONAMENTO INTELLETTIVO BORDERLINE?

- ◉ L'intervento educativo deve essere **individualizzato** e basato su un'attenta analisi delle caratteristiche individuali, del contesto familiare e ambientale, e dello specifico momento di vita.
- ◉ Devono essere individuati i **limiti** del bambino, ma anche le sue **risorse**.
- ◉ L'OBIETTIVO primario è quello di **favorire lo sviluppo dell'autonomia** e della capacità di gestire la quotidianità, nonché **promuovere la motivazione all'apprendimento**, e lo **sviluppo dell'autostima**.
- ◉ Sviluppare le competenze metacognitive.
- ◉ Utilizzo del rinforzo.

MA QUESTI INTERVENTI ...
NON LI AVEVAMO GIÀ VISTI?

UN CASO CLINICO INVENTATO

MARTINA, 11 ANNI

Martina frequenta il primo anno della scuola secondaria di primo grado.

Alla **nascita** non è stata evidenziata **nessuna criticità**, e lo sviluppo psicomotorio è stato regolare.

Anche durante la **scuola dell'infanzia** **non ha evidenziato problemi**: andava a scuola volentieri, non piangeva quando la madre la salutava e giocava con gli altri bambini, partecipando inoltre alle attività proposte dalle insegnanti.

Con l'ingresso nella **scuola primaria** si evidenziano però **alcuni problemi**. Durante il primo anno scolastico Martina **aveva imparato a leggere**, ma con molta fatica e con un lieve ritardo. **Con i compagni non aveva un buon rapporto**, la prendevano spesso in giro e lei sembrava non sapersi difendere. Aveva però un buon rapporto con una bambina della classe.

Inoltre **le problematiche sono aumentate con la classe terza**, quando le richieste scolastiche sono incrementate. Si sono evidenziate infatti **difficoltà crescenti relative a tutte le aree dell'apprendimento**.

Per quanto riguarda le **autonomie di base**, Martina non evidenziava nessuna difficoltà. Per le abilità sociali, l'unico elemento degno di nota era il rapporto con i compagni, poiché aveva una sola amica. Inoltre, era presente **una certa chiusura di fronte a nuove attività**, che affrontava sempre con eccessivo timore.

Ad esempio, con l'inizio dello studio per le interrogazioni, ha evidenziato un notevole disagio, di cui si sono accorte anche la maestre. Tuttavia, le maestre ritenevano che non ci fosse da preoccuparsi perché, anche in questo caso, seppur più lentamente rispetto ai compagni, Martina sarebbe riuscita a raggiungere l'obiettivo scolastico minimo richiesto.

Solo al termine della scuola primaria Martina riceverà una **valutazione diagnostica**.

Dalle prove di intelligenza, risulta che il suo QI è di 80. Inoltre, emergono una serie di difficoltà nella lettura, nella scrittura, e nel calcolo, oltre a lievi deficit nel funzionamento sociale.

Poiché la diagnosi è di Funzionamento Intellettivo Borderline, Martina **non ha diritto ad un insegnante di sostegno**.

Tuttavia, la relazione diagnostica fornisce utili indicazioni per la gestione dei problemi di Martina in classe da parte degli insegnanti curricolari. Ad esempio, **viene suggerito l'utilizzo di materiale didattico e software volti a potenziare lo sviluppo di abilità strategiche di pensiero e modalità di lavoro autonomo**, così da poter affrontare la scuola secondaria di primo grado con maggior facilità.

DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)

I criteri diagnostici del DSM-5

Per chi ne avesse sentito parlare in precedenza (**DSM-IV-TR**)...

Disturbi dell'Apprendimento:

- (1) Disturbo della Lettura
- (2) Disturbo del Calcolo
- (3) Disturbo dell'Espressione Scritta

A. Difficoltà di apprendimento e nell'uso di abilità scolastiche, come indicato dalla presenza di **almeno uno dei (6) seguenti sintomi** (persistiti per almeno 6 mesi):

1. **Lettura** delle parole imprecisa o lenta e faticosa (es., legge singole parole ad alta voce in modo errato o lentamente, tira a indovinare).
2. Difficoltà nella **comprensione** del significato di ciò che viene letto (es., legge in modo adeguato ma non comprende ciò che viene letto).
3. Difficoltà nello **spelling** (es., aggiunge, omette o sostituisce vocali e consonanti)
4. Difficoltà con l'**espressione scritta** (es., molti errori grammaticali o di punteggiatura)

5. Difficoltà nel padroneggiare il concetto di **numero**, i dati numerici o il calcolo (es., conta sulle dita per aggiungere numeri a una singola cifra)
 6. Difficoltà nel **ragionamento matematico** (es., gravi difficoltà per risolvere problemi quantitativi)
- B. L'abilità scolastica colpita è **notevolmente al di sotto del livello previsto in base all'età cronologica**, e **interferisce significativamente con la performance** scolastica o lavorativa, o con attività quotidiane, come confermato sia da misure standardizzate che da una valutazione clinica globale (dai 17 anni una documentazione di difficoltà di apprendimento nel passato può sostituire i test standardizzati).

Specifier – Con compromissione...

◎ **DELLA LETTURA**

- ❖ Accuratezza nella lettura delle parole
- ❖ Velocità o fluenza della lettura
- ❖ Comprensione del testo

◎ **DELL'ESPRESSIONE SCRITTA**

- ❖ Accuratezza nello spelling
- ❖ Accuratezza nella grammatica e nella punteggiatura
- ❖ Chiarezza/Organizzazione dell'espressione scritta

◎ **DEL CALCOLO**

- ❖ Concetto di numero
- ❖ Memorizzazione di fatti aritmetici
- ❖ Calcolo accurato o fluente
- ❖ Ragionamento matematico corretto

È possibile parlare ancora di «Dislessia» e «Discalculia», ma specificando le difficoltà aggiuntive presenti tra quelle elencate per ognuno dei tre specifier.

Il DSM-5, invece, non prevede come termine alternativo a DSA con compromissione dell'espressione scritta l'utilizzo dei termini «Disgrafia» e «Disortografia».

Tuttavia, le Linee Guida per la diagnosi di DSA in Italia, prevedono la classificazione in:

1. Dislessia
2. Disortografia
3. Disgrafia
4. Discalculia



Quindi, in Italia, viene fatto ancora riferimento a questi termini

Specifier – Livello di Gravità

- **LIEVE:** Il bambino ha difficoltà in uno o due ambiti scolastici, ma di gravità sufficientemente lieve da consentirgli di compensare o funzionare adeguatamente se fornito di facilitazioni e di servizi di sostegno adeguati.
- **MODERATA:** Marcate difficoltà in uno o più ambiti scolastici, tali che il bambino difficilmente può sviluppare competenze adeguate senza momenti di insegnamento intensivo e specializzato; possono essere necessari servizi di sostegno almeno in una parte della giornata.
- **GRAVE:** Gravi difficoltà nelle capacità di apprendimento, che coinvolgono diversi ambiti scolastici, tali che l'individuo difficilmente apprende tali abilità senza un insegnamento continuativo, intensivo, personalizzato e specializzato per la maggior parte degli anni scolastici. Anche con una gamma di facilitazioni e servizi appropriati a casa, a scuola o sul posto di lavoro, può non essere in grado di completare tutte le attività in modo efficiente.

A background image showing a person's hands holding an open book. The person is wearing a reddish-brown long-sleeved shirt. The book is open to a page with the word 'proverbs' visible at the top. The image is partially covered by a large, semi-transparent circular graphic on the right side. Overlaid on the book is the title 'DSA CON COMPROMISSIONE DELLA LETTURA (DILESSIA)' in a bold, dark blue, sans-serif font.


DSA CON COMPROMISSIONE DELLA LETTURA (DILESSIA)

- Generalmente, si associa a lettura lenta e con numerosi errori
- Errori caratteristici:
 - ❖ Inversione di lettere ('il' per 'li')
 - ❖ Sostituzione di lettere con grafia simile ('m' con 'n')
 - ❖ Sostituzione di lettere con suoni simili ('v' con 'f')
 - ❖ Omissione di lettere ('salo' per 'salto')
 - ❖ Mancanza di doppie
 - ❖ Salti di parola o di riga nella lettura



DSA CON COMPROMISSIONE DELL'ESPRESSIONE SCRITTA

- ◎ **DISGRAFIA:** Riguarda le abilità esecutive della scrittura; la scrittura è di difficile interpretazione o indecifrabile
- ◎ **DISORTOGRAFIA:** Il bambino può scrivere correttamente, ma commettere errori ortografici, ad esempio fonologici (es., «pesso» invece di «pezzo») o semantici (es., «l'ascia» invece di «lascia»)



DSA CON COMPROMISSIONE DEL CALCOLO (DISCALCULIA)

- ⦿ Difficoltà nelle abilità numeriche ed aritmetiche
- ⦿ Difficoltà ad apprendere la lettura, la scrittura e la ripetizione dei numeri
- ⦿ Difficoltà nella manipolazione del numero: calcolo a mente e scritto
- ⦿ Difficoltà nel risolvere problemi di matematica.
- ⦿ **SOLO L'1% DEI BAMBINI HA UNA DISCALCULIA SENZA DISLESSIA.** In questi casi, se il QI è alto, può non essere individuato prima della fine della scuola primaria.

CARATTERISTICHE TRASVERSALI AI VARI DSA

Indicatori precoci di DSA nella scuola dell'infanzia

- Frasi incomplete
- Omissione di lettere o parti di parola
- Parole usate in modo inadeguato al contesto
- Mancata memorizzazione di nomi di oggetti conosciuti ed usati frequentemente
- Inadeguatezza nei giochi linguistici o nelle storie inventate
- Difficoltà nel ricopiare un modello
- Disordine nello spazio del foglio
- Difficoltà a imparare filastrocche
- Manualità fine difficoltosa
- Difficoltà nel vestirsi o allacciare le scarpe
- Difficoltà a riconoscere destra/sinistra

Indicatori precoci di DSA nella scuola primaria

- Difficoltà evidente nel copiare alla lavagna
- Perdita della riga e salto della parola in lettura
- Disgrafia
- Lettere e numeri scambiati (31-13; b-d)
- Sostituzione di suoni simili in scrittura (p-b)
- Difficoltà a imparare le tabelline
- Difficoltà a ricordare le date degli eventi
- Difficoltà di attenzione
- Difficoltà a leggere l'orologio

Epidemiologia

- In Italia, nell'a.s. 2016/2017, il 3.6% degli studenti delle scuole primarie e secondarie aveva una certificazione di diagnosi DSA (MIUR, 2018).
- La dislessia (DSA con compromissione della lettura) è la più frequente (55% degli studenti).
- In Italia, il 3-4% della popolazione ha una diagnosi di dislessia.
- In ogni classe, è possibile incontrare almeno un bambino con diagnosi di dislessia.

- ◉ Grazie alla «trasparenza» della lingua italiana (data dall'elevata regolarità della corrispondenza tra suoni e segni) la prevalenza della dislessia in Italia è inferiore rispetto a quella di altri Paesi caratterizzati da lingue «opache» (le vocali ad esempio si pronunciano in modo diverso in base alla parola in cui sono inserite): in USA è del 5%.
- ◉ Spesso i DSA si presentano in associazione, motivo per cui nel DSM-5 sono stati riuniti in un'unica categoria con specifiers.

Cause e Fattori di Rischio

- I DSA hanno **basi neurobiologiche riconosciute**, ovvero differenze nel funzionamento di zone della corteccia cerebrale. Per la dislessia, sono state evidenziate variazioni nelle aree deputate all'esecuzione della lettura.
- Ci sono studi a supporto della **predisposizione genetica** dei DSA.
- Ci sono inoltre alcuni **fattori di rischio ambientali**: nascita prematura o peso molto basso alla nascita; esposizione prenatale alla nicotina.



Conseguenze

- ⦿ Tassi più bassi di istruzione post-secondaria
- ⦿ Tassi più alti di abbandono scolastico
- ⦿ Tassi più alti di disoccupazione
- ⦿ Redditi economici più bassi
- ⦿ Alti livelli di disagio psicologico
- ⦿ L'abbandono scolastico e la presenza di sintomi depressivi aumentano il rischio di psicopatologia e suicidio

Prognosi

- In passato si credeva che con il tempo le difficoltà di apprendimento tendessero a diminuire, ma oggi i dati riportano la **presenza di DSA anche nella scuola secondaria di secondo grado e nelle università.**
- Circa il 40% dei bambini dislessici abbandona la scuola.
- Il 10-25% dei bambini con dislessia ha anche comorbidità con Disturbo dell'Attenzione/Iperattività.
- La presenza di **QI elevato** e **l'assenza di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività** si associano ad una prognosi migliore.
- Un'istruzione sistematica, intensiva e personalizzata può mitigare le difficoltà di apprendimento in alcuni individui, e promuovere l'uso di strategie di compensazione in altri, attenuando così gli esiti altrimenti scarsi.

Diagnosi Differenziale

1. **DISABILITÀ INTELLETTIVA:** nei DSA le difficoltà di apprendimento si manifestano in presenza di livelli normali di funzionamento intellettivo e adattivo. Le direttive italiane indicano $QI = 85$ come valore soglia, ovvero nei DSA il QI deve essere di almeno 85. Il DSM-5 indica invece come valore soglia un $QI = 70 \pm 5$.
2. **DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/ IPERATTIVITÀ:** in questo disturbo, le scarse prestazioni scolastiche sono dovute a difficoltà nel mettere in atto le abilità di apprendimento a causa di deficit attentivi e iperattività.

QUALI INTERVENTI IN CLASSE CON UN BAMBINO o RAGAZZO CON DSA?

Legge 170 del
2010



DIDATTICA
PERSONALIZZATA

COMPENSATIVI

STRUMENTI

DISPENSATIVI



Computer,
calcolatrice, linea
dei numeri,
registratore,
righello, cartine
geografiche, ...

L'intervento NON
è di competenza
dell'insegnante di
sostegno



Lettura a voce alta,
studio delle lingue
straniere in forma
scritta, tempi più
lunghi o verifiche più
brevi, ...

UN CASO CLINICO INVENTATO

CARLA, 11 ANNI

**DSA CON COMPROMISSIONE
della Lettura**

Carla è una ragazza al primo anno della scuola secondaria di primo grado, la cui caratteristica principale è un'evidente difficoltà nella lettura che le causa problemi scolastici.

La **nascita** di Carla è avvenuta in **assenza di complicazioni**, e il suo sviluppo psicomotorio è stato regolare.

Durante la **scuola dell'infanzia**, Carla ha mostrato un **buon adattamento sociale** e un **buon livello di autonomia**. Gli unici elementi critici riportati dalle insegnanti erano relativi alla sua **difficoltà nel riconoscere la destra e la sinistra**, emersa durante alcune attività ludiche, e **talvolta l'utilizzo di parole non adeguate al contesto**. Tuttavia, ritenevano che non c'era bisogno di preoccuparsi.

Entro la fine del primo anno della **scuola primaria**, Carla era riuscita, seppur con molta fatica, a raggiungere una **discreta capacità di lettura**; tuttavia, quando le maestre le chiedevano di leggere ad alta voce in classe, lei si vergognava perché **i compagni la prendevano in giro**.

Capitava spesso che **saltasse una riga o una parola**, o che **invertisse lettere dalla grafia simile**.

Inoltre, quando tutti i compagni ormai leggevano in stampatello minuscolo e in corsivo, Carla **riusciva ancora a leggere solo in stampatello maiuscolo**.

Con il passaggio al terzo anno, con l'aumento delle richieste scolastiche dovute allo studio di materie come storia e scienze, Carla ha mostrato notevoli difficoltà. La sua lentezza nella lettura comportava **molto tempo e fatica per leggere tutto il materiale**, e quindi nonostante lo studio non aveva buoni risultati.

Dal momento che Carla era comunque molto interessata ad imparare cose nuove, durante le lezioni stava molto attenta, e **se la madre il pomeriggio l'aiutava leggendo per lei il materiale di studio, alle interrogazioni riusciva ad avere buoni voti**. Anche quando doveva svolgere dei compiti di matematica, se questi richiedevano di risolvere dei problemi, aveva bisogno che la madre le leggesse il testo per poterlo svolgere correttamente.

Questa dipendenza dalla madre per lo studio, però, la faceva stare male.

Carla infatti era una bambina **molto autonoma**, si vestiva da sola già da molto tempo, si preparava la colazione tutte le mattine, ed aiutava la madre a pulire e a cucinare.

Inoltre, sin da piccola, studiava danza classica ed era molto brava, oltre ad avere **molte amiche** sia dalla scuola di danza che dalla scuola primaria. Tuttavia, mentre era sempre contenta di vederle durante l'estate per giocare, durante il periodo scolastico preferiva non vederle perché diceva alla madre che non voleva fare i compiti con gli altri, dal momento che per avere buoni voti la madre doveva leggerle le pagine e si vergognava a farlo in presenza delle amiche.

Anche le maestre riportavano che era una bambina ben adattata, sebbene in effetti avessero notato che alcuni compagni la prendevano in giro per i suoi errori di lettura.

I genitori, dopo un confronto con il pediatra e le maestre, decidono quindi di fare una valutazione diagnostica volta ad evidenziare l'eventuale presenza di un Disturbo Specifico dell'Apprendimento. Sia le maestre che il pediatra, infatti, ritenevano che una diagnosi di DSA avrebbe permesso di aiutare Carla mediante strumenti compensativi e dispensativi, così da consentirle di raggiungere tutti gli obiettivi scolastici previsti negli ultimi due anni della scuola primaria senza difficoltà.

Dal processo diagnostico emerge che Carla ha un **QI di 106**. Tuttavia, emergono le **difficoltà di lettura** riscontrate dai genitori e dalle insegnanti, mentre la comprensione del testo risulta buona.

Carla riceve quindi una diagnosi di DSA con compromissione della lettura (dislessia), in particolare per quanto riguarda l'accuratezza, velocità e fluenza della lettura.

Le maestre, sulla base della diagnosi di Carla, si sono dimostrate molto disponibili nell'utilizzo di **software per lo studio delle materie**, che hanno utilizzato con tutti i bambini in piccolo gruppo. Inoltre, seguendo i suggerimenti presenti nella relazione diagnostica, hanno creato delle **mappe concettuali** per lo studio di Carla, che era basato inoltre su **materiale ridotto**, ma comprensivo comunque di tutti gli elementi fondamentali.

Carla è riuscita quindi a terminare la scuola primaria raggiungendo tutti gli obiettivi scolastici.

Carla, adesso che frequenta il primo anno della **scuola secondaria di primo grado**, è ancora più lenta rispetto ai suoi compagni nella lettura e ha difficoltà a studiare testi troppo lunghi.

Tuttavia, anche gli insegnanti della nuova scuola si sono dimostrati disponibili a seguire con attenzione le indicazioni volte a fornire **misure dispensative e compensative**, e Carla al momento è contenta del suo rendimento scolastico. Inoltre, ha fatto **nuove amicizie** all'interno della classe, con cui ogni tanto passa il pomeriggio, anche facendo i compiti.

Infine, durante il pomeriggio, ma non tutti i giorni, ha un **tutor dell'apprendimento** che la supporta nello studio delle materie più complesse e potenziando le sue strategie di studio.

UN CASO CLINICO INVENTATO

FABIO, 13 ANNI

**DSA CON COMPROMISSIONE
della Lettura, del Calcolo, e
dell'Espressione Scritta**

Fabio è all'ultimo anno della scuola secondaria di primo grado, e mentre la maggior parte dei suoi compagni è entusiasta all'idea di scegliere la scuola secondaria di secondo grado, lui è molto **triste**, e non sopporta l'idea di essere obbligato a proseguire con gli studi, **preferirebbe smettere di studiare e andare subito a lavorare**.

Discutendo con i genitori, ha capito che deve proseguire, ed ha quindi optato per una scuola professionale. Tuttavia, sembra che niente gli interessi davvero.

Fabio a scuola ha infatti **molta difficoltà in tutte le materie**, nonostante gli insegnanti lo aiutino con tutte le misure dispensative e compensative previste.

Purtroppo, Fabio ha ricevuto la diagnosi di Disturbo Specifico dell'Apprendimento tardi, solo all'inizio della scuola secondaria di primo grado.

Alla **nascita**, non sono emersi problemi particolari, ad eccezione di un **peso molto basso**. Lo sviluppo psicomotorio è stato inoltre regolare.

Durante la **scuola dell'infanzia**, erano presenti molti indicatori di rischio per lo sviluppo di DSA, che però per le insegnanti non dovevano essere causa di allarme, poiché molti bambini hanno alcune difficoltà che poi si risolvono con la crescita. In particolare, Fabio aveva **difficoltà nel memorizzare le filastrocche**, quando disegnava era molto **disordinato nell'utilizzo dello spazio del foglio**, e al termine della scuola dell'infanzia aveva ancora **difficoltà nell'allacciarsi le scarpe**.

Con l'ingresso nella **scuola primaria**, però, i problemi di Fabio non solo non si attenuano, ma **aumentano e diventano sempre più evidenti** con il tempo.

Fabio evidenzia un **marcato ritardo nell'acquisizione della capacità di lettura**, accompagnato da **evidenti difficoltà di comprensione** del testo. La sua **scrittura**, al termine della scuola primaria, è **indecifrabile** e commette **molti errori ortografici**. Anche nell'area del calcolo evidenzia notevoli difficoltà: ha **difficoltà nell'apprendere la lettura e scrittura dei numeri**, a **compiere operazioni aritmetiche** e a **risolvere i problemi**. Con il passaggio alla classe terza, i problemi sono peggiorati dato che Fabio aveva estrema difficoltà di lettura e comprensione che rendevano difficile apprendere il materiale di studio.

Le maestre avevano effettivamente notato questi problemi e li avevano fatti ripetutamente presenti ai genitori, suggerendo una valutazione diagnostica volta a individuare quella che, per loro, era una disabilità intellettiva. Ritenevano infatti che Fabio avesse bisogno di un insegnante di sostegno.

I genitori concordano con i problemi scolastici di Fabio, ma rifiutano categoricamente la possibilità che lui abbia una disabilità intellettiva.

Infatti, i genitori riportano che Fabio è completamente **autonomo**, ha imparato presto a vestirsi da solo, ed aiuta in casa. Inoltre, i genitori si fidano a mandarlo da solo a fare delle commissioni. Infine, gioca a basket ed è molto bravo, oltre ad avere molti **amici** nella squadra.

A causa di queste divergenze di opinioni, i genitori, supportati anche dal pediatra che riteneva che Fabio avesse bisogno di un aiuto per fare i compiti, ma che non ci fossero le condizioni per parlare di disabilità intellettiva, decidono di non far fare una valutazione specialistica.

Le maestre, convinte invece della gravità della situazione di Fabio, si sono irrigidite di fronte al rifiuto da parte dei genitori di prendere in considerazione l'idea della disabilità intellettiva, e invece di aiutare per quanto possibile Fabio, hanno iniziato ad evidenziare solo i suoi errori, anche di fronte a tutta la classe, e a non mettere mai in evidenza le sue potenzialità e abilità.

Fabio, quindi, termina la scuola primaria senza alcun tipo di sostegno da parte delle maestre ed inizia la **scuola secondaria di primo grado** con evidenti lacune in tutte le aree scolastiche.

Questa volta, però, i docenti propongono ai genitori di prendere in esame la possibilità di un Disturbo Specifico dell'Apprendimento, e i genitori accettano l'idea di rivolgersi ad un centro specializzato per la diagnosi.

Il risultato della valutazione evidenzierà l'assenza di disabilità intellettiva, e un **QI di 87**.

Alle prove specifiche per i DSA si evidenziano difficoltà di lettura, difficoltà di comprensione del testo, difficoltà di scrittura e difficoltà nell'area logico-matematica. Fabio ha quindi un DSA esteso a tutte le aree scolastiche.

I docenti, però, si sono resi disponibili ad utilizzare tutti i sistemi informatici proposti al fine di facilitare il suo apprendimento, oltre a ricorrere ai sistemi compensativi e dispensativi suggeriti nella relazione diagnostica del centro. Infine, i genitori hanno provveduto a sostenere Fabio nelle attività scolastiche mediante un tutor dell'apprendimento che lo aiutava tutti i giorni per tutte le materie.

Nonostante gli aiuti ricevuti sia a scuola che dal tutor dell'apprendimento, Fabio ha comunque grandi difficoltà, anche a causa della diagnosi tardiva, che unita ad una scarsa attenzione da parte delle maestre della scuola primaria ha fatto sì che alle difficoltà accademiche si aggiungesse un abbassamento dell'autostima e una forte demotivazione nei confronti dello studio.

Adesso che è all'ultimo anno della scuola secondaria di secondo grado, i genitori hanno deciso che Fabio potrebbe aver bisogno dell'aiuto di uno psicologo al fine di lavorare sulla sua autostima e sul suo senso di auto-efficacia, così da favorire una miglior prognosi e il completamento del percorso scolastico.



BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Per chi volesse approfondire

- ◉ American Psychiatric Association (2014). Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 5° edizione. Raffaello Cortina Editore.
- ◉ Camaioni, L., & Di Blasio, L. (2002). Psicologia dello sviluppo. Il Mulino.
- ◉ Celi, F., & Fontana, D. (2015). Psicopatologia dello Sviluppo. Storie di Bambini e Psicoterapia, III Edizione. McGraw Hill Education.
- ◉ Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2013). Psicologia Clinica, 4° edizione, Zanichelli.
- ◉ Mecacci, L. (2001). Manuale di Psicologia Generale, Storia, teorie e metodi. Cervello, cognizione e linguaggio. Motivazione ed emozione. Giunti.
- ◉ Pecini, C., & Brizzolara, D. (2020). Disturbi e traiettorie atipiche del neurosviluppo. McGraw Hill.
- ◉ Sims, A. (2009). Introduzione alla Psicopatologia Descrittiva. 4° Edizione. Raffaello Cortina Editore
- ◉ Strepparava, M. G. & Iacchia, E. (2012). Psicopatologia cognitiva dello sviluppo. Bambini difficili o relazioni difficili? Raffaello Cortina Editore.