

**PF24**

Università di Pisa  
a.a. 2021/2022

**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

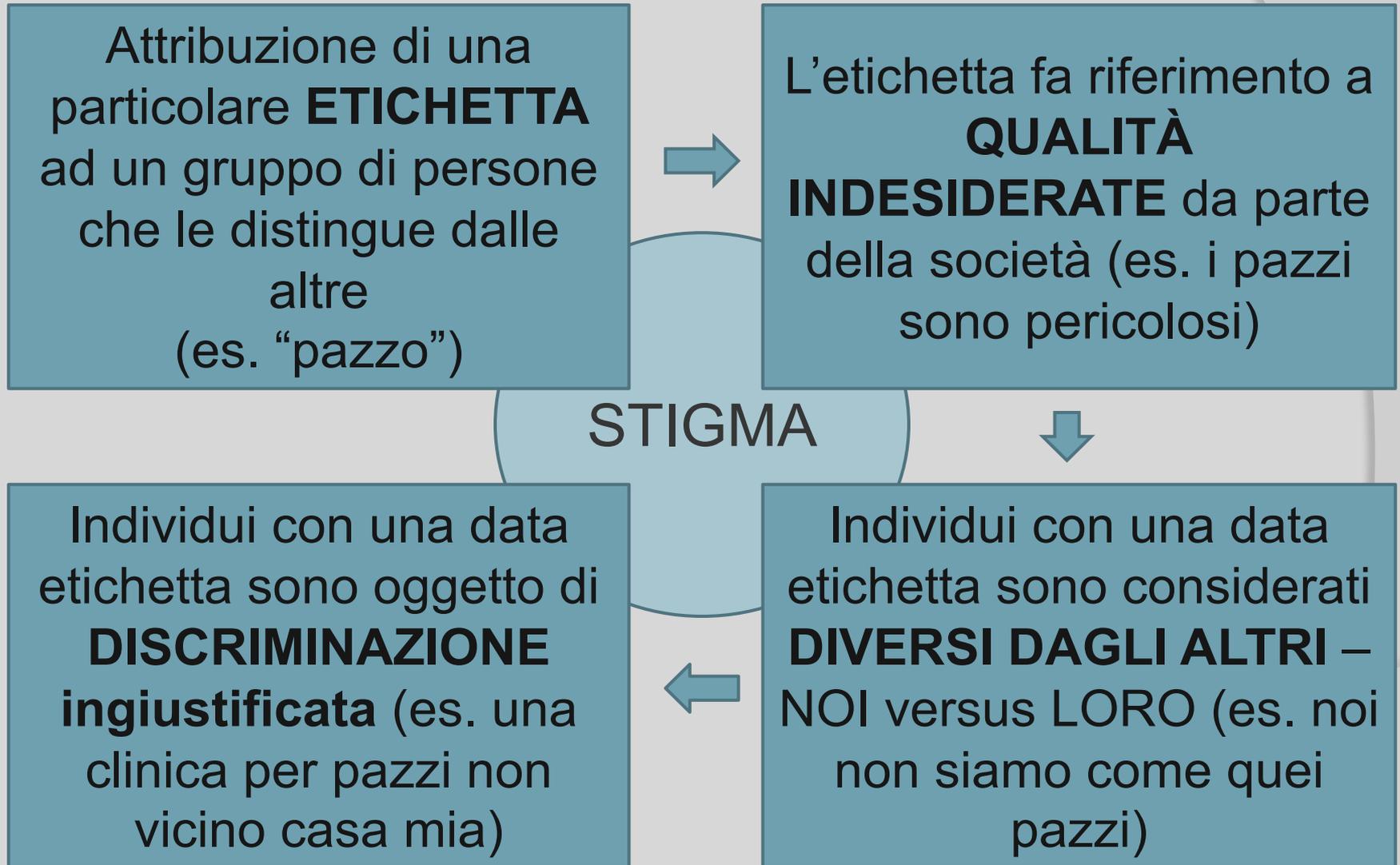
## NOI ANALizzeremo :

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

# PSICOPATOLOGIA e STIGMA

- ◎ Lo **STIGMA** è l'insieme di convinzioni e atteggiamenti deleteri che la società sviluppa nei confronti dei gruppi considerati in qualche modo diversi, come ad es. le persone con disturbo psicologico.
- ◎ Nello studio della psicopatologia, dobbiamo essere consapevoli del rischio di mettere in atto processi di stigmatizzazione nei confronti della persona/ragazzo con una diagnosi psicopatologica, poiché lo stigma spesso porta alla **DISCRIMINAZIONE**.

# Le caratteristiche dello Stigma



## ... LA DIAGNOSI È UN'ETICHETTA ...

È il processo attraverso il quale l'insieme dei sintomi osservati viene ricondotto ad una specifica patologia che spiega le caratteristiche della malattia e i meccanismi causali che potrebbero averla determinata

La diagnosi è utile poiché consente di avere alcuni dati (basati su evidenze scientifiche) utili per la comprensione, il trattamento e il sostegno alla persona che soffre di un dato disturbo

MA

Dobbiamo evitare che questa conoscenza porti a ridurre l'altro al disturbo stesso, e ai significati associati all'etichetta, evitando quindi di attivare i processi di **STIGMA e DISCRIMINAZIONE**

Oggi, la malattia mentale resta ancora una delle condizioni più stigmatizzate nonostante i progressi compiuti nella diffusione di una maggiore consapevolezza circa l'origine di questi disturbi.



LA SEMPLICE ACQUISIZIONE DI  
NOZIONI NON GARANTISCE CHE  
LO STIGMA ABBIAMO TERMINE



Fare attenzione agli atteggiamenti e ai comportamenti che abbiamo nei confronti degli studenti con cui lavoriamo, e cerchiamo di stabilire un clima di classe basato sull'accettazione e non sulla discriminazione

# 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?**

**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

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)

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.

- 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).



**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 -> se l'abilità non è stata appresa, la causa di alterazione diviene irreversibile

### ○ 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 intellettivo 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.

A man in a red t-shirt and khaki pants is walking a tightrope high above a city. He is wearing a cap and has a focused expression. The background is a blurred cityscape. The text is overlaid on the image in a large, bold, dark blue font.

# 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 le 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.

Martina **non ha 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**

**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 fluency 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<sub>(p)</sub> con compromissione dell'espressione scritta l'utilizzo dei termini «Disgrafia» e «Disortografia».

**Tuttavia, le Linee Guida per la diagnosi di DSA<sub>(p)</sub> 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 person is shown from the chest down, wearing a brown long-sleeved shirt, holding an open book. The background is a blurred indoor setting. A large, semi-transparent circular graphic is overlaid on the right side of the image, containing the title text.

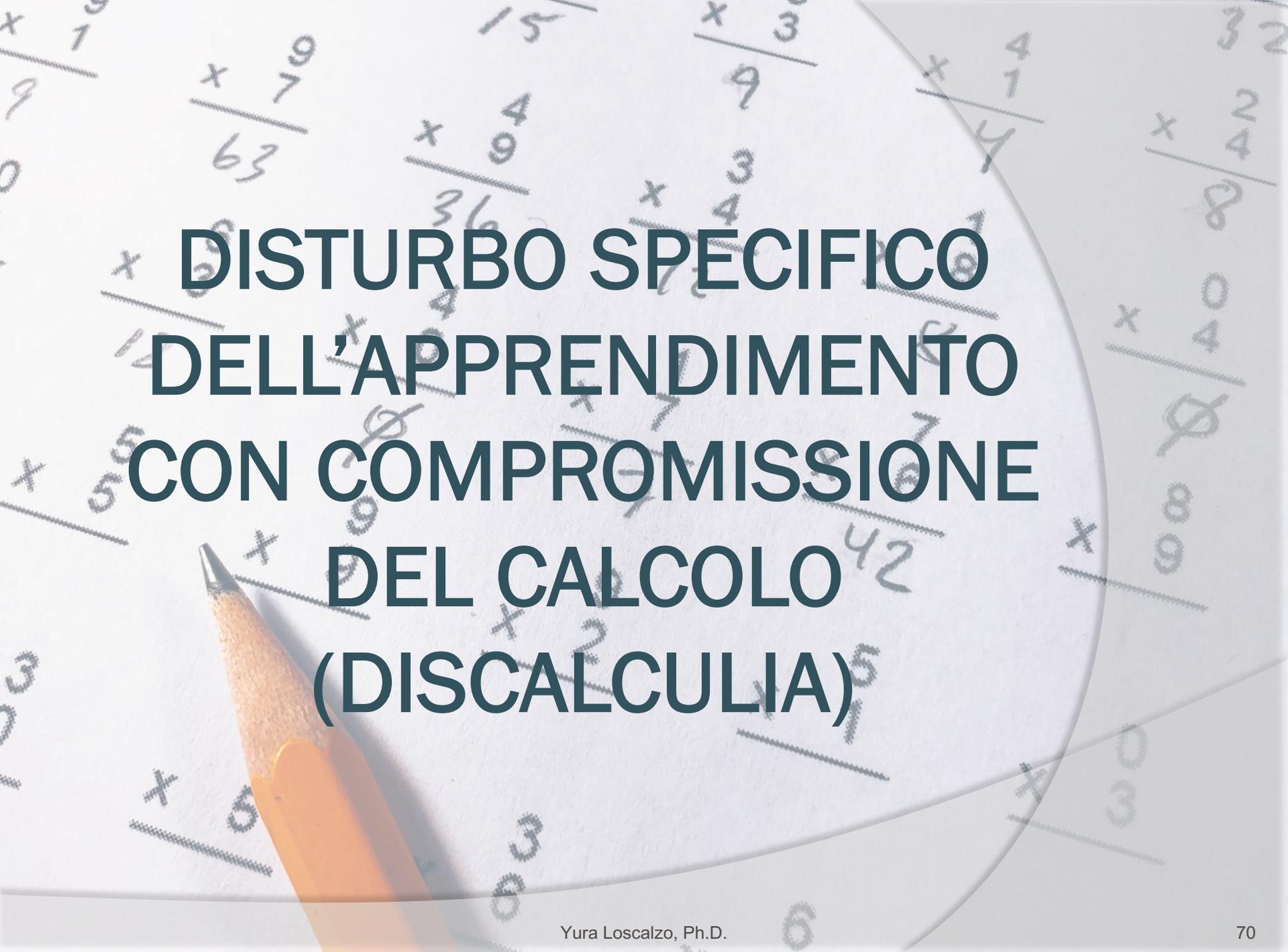
# **DISTURBO SPECIFICO DELL'APPRENDIMENTO CON COMPROMISSIONE DELLA LETTURA (DISLESSIA)**

- 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



**DISTURBO SPECIFICO  
DELL'APPRENDIMENTO  
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»)



**DISTURBO SPECIFICO  
DELL'APPRENDIMENTO  
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 DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO

## Indicatori precoci di DSA<sub>(p)</sub> 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<sub>(p)</sub> 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<sub>(p)</sub> (MIUR, 2018).
- La **dislessia** (Disturbo Specifico dell'Apprendimento 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<sub>(p)</sub> 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<sub>(p)</sub> 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<sub>(p)</sub>.
- 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<sub>(p)</sub> 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 comorbilità 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<sub>(p)</sub> 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<sub>(p)</sub> 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<sub>(p)</sub>?**

Legge 170 del  
2010



DIDATTICA  
PERSONALIZZATA

COMPENSATIVI

STRUMENTI

DISPENSATIVI



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



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<sub>(p)</sub> 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<sub>(p)</sub> 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<sub>(p)</sub> con compromissione della lettura (dislessia), in particolare per quanto riguarda l'accuratezza, velocità e fluency 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<sub>(p)</sub> 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<sub>(p)</sub>, 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<sub>(p)</sub> si evidenziano difficoltà di lettura, difficoltà di comprensione del testo, difficoltà di scrittura e difficoltà nell'area logico-matematica. Fabio ha quindi un DSA<sub>(p)</sub> 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.

# **IL LINGUAGGIO e LA COMUNICAZIONE: UN'INTRODUZIONE**

## Le tappe dello sviluppo linguistico

- I primi suoni sono di natura vegetativa, come sbadigli e ruttini, o legati al pianto.
- Tra i 2 e i 6 mesi compaiono i **SUONI VOCALICI**, e i suoni del bambino si inseriscono nei turni verbali del genitore, creando una sorte di «conversazione».
- Tra i 6 e i 7 mesi, si ha la **LALLAZIONE CANONICA**, ovvero la produzione di sequenze consonante-vocale (“da”, “ma”), spesso ripetute (“dadada”, “mamama”). È in questa fase che l’iniziale ampiezza fonetica (ovvero la capacità di produrre tutti i contrasti fonetici possibili) si riduce notevolmente e si consolidano i suoni propri della lingua materna.
- Tra i 10 e i 12 mesi, il bambino inizia a produrre la **LALLAZIONE VARIATA**, ovvero sequenze sillabiche complesse (bada, dadu). È in questa fase che compaiono le **PROTO-PAROLE**, ovvero forme fonetiche particolari (tata, papa) che assumono un significato specifico quando utilizzate consistentemente in vari contesti (es., “nanà” ogni volta che vuole fare una richiesta).

- Tra i 9 e i 12 mesi, compaiono anche i **GESTI PERFORMATIVI (o DEITTICI)**, come indicare, mostrare, dare. Si tratta di gesti che esprimono un'intenzione comunicativa in riferimento ad un oggetto esterno, spesso accompagnati dallo sguardo al destinatario del gesto.
- Tra gli 11 e i 12 mesi, compaiono anche i **GESTI REFERENZIALI (o RAPPRESENTATIVI)**, che non solo esprimono un'intenzione comunicativa, ma rappresentano anche un referente specifico; quindi il loro significato non varia in base al contesto. Ad esempio, il bambino apre e chiude la mano per «ciao» o scuote la testa per «no». È in questo periodo che compaiono anche le **PRIME PAROLE**. Quando il bambino arriva a consolidare nel proprio linguaggio circa 50 parole, l'uso dei gesti referenziali diminuisce fin quasi a scomparire.

- Tra i 12 e i 16 mesi, a livello lessicale, si consolidano in media **50 parole**.
- Tra i 17 e i 24 mesi, si ha una maggior rapidità nell'acquisire nuove parole, e in alcuni casi si ha quella che viene definita **ESPLOSIONE DEL VOCABOLARIO**, poiché i bambini possono arrivare ad imparare fino a 40 nuove parole per settimana. Tuttavia, gli studi riportano che non tutti i bambini hanno questa «esplosione», e che alcuni continuano a imparare nuove parole in modo graduale o hanno una fase di accelerazione più tardiva.
- A partire dalla fine del secondo anno di vita, inizia a svilupparsi la **GRAMMATICA sia nella componente morfologica** (ad es., utilizzo di suffissi e prefissi per formare il singolare/plurale o il maschile/femminile; acquisizione di particelle come articoli o verbi ausiliari) **che sintattica** (capacità di costruire combinazioni di parole secondo le regole della propria lingua madre). **Tuttavia, il processo prosegue in età prescolare e scolare.**

## La pubertà come periodo critico per lo sviluppo del linguaggio

- La forma e la disposizione del canale vocale dell'uomo evidenziano una serie di caratteristiche funzionali al linguaggio verbale, come la robustezza muscolare della lingua e l'inarcamento del palato, che favoriscono i meccanismi articolatori dei suoni.
- Il “motore” del linguaggio è a livello cerebrale, ed in particolare l'uomo ha a disposizione ampie zone cerebrali deputate al controllo di attività comunicative (in particolare, nell'emisfero sinistro).
- Il processo di lateralizzazione cerebrale, mediante il quale l'emisfero sinistro diviene la sede delle aree deputate al linguaggio, sembra concludersi con la **pubertà** → il **periodo critico** per lo sviluppo ottimale della competenza linguistica.

# La pubertà come periodo critico – Elementi a favore

- **APPRENDIMENTO DELLE LINGUE STRANIERE:** Chi impara una seconda lingua in età adulta può raggiungere una grandissima padronanza grammaticale e lessicale; tuttavia, molto difficilmente sviluppa un controllo fono-articolatorio e prosodico che lo faccia passare per madrelingua.
- **DIVERSO ESITO DI MICROLESIONI CEREBRALI IN DIVERSE FASI EVOLUTIVE:** Le disfasie evolutive (ovvero lievi disturbi linguistici dovuti a danni neurologici prima della pubertà) possono gradualmente ridursi fino a scomparire mediante meccanismi di plasticità cerebrale che consentono al controllo della parola di essere allocato presso altre aree cerebrali. Se le lesioni dei centri linguistici avvengono invece dopo la pubertà, il disturbo linguistico non potrà più essere recuperato autonomamente, e potrebbe non essere recuperato del tutto nemmeno mediante un intervento di logoterapia.

- **“BAMBINI SELVAGGI”**: Fin dall’antichità, molti miti hanno raccontato la storia di bambini abbandonati dai genitori e cresciuti da scimmie, lupi, o orsi. Ci sono tuttavia anche alcuni casi documentati di bambini cresciuti in condizioni familiari “selvagge” o di condizioni mediche non appropriatamente diagnosticate che hanno causato problemi linguistici:
  - **Victor**: il medico Itard trovò un giovane nel bosco di una località francese nel 1799 e tentò di insegnargli la lingua francese, senza successo
  - **Isabelle**: è una bambina che fino all’età di sei anni e mezzo vive segregata in casa con i genitori, entrambi sordomuti. Tuttavia, dopo un anno dal suo inserimento in una vita sociale normale, le sue capacità linguistiche sono uguali a quelli di altri bambini della sua età

- **Genie:** fino ai 13 anni, vive segregata in uno scantinato da parte dei genitori psicotici che, oltre a non rivolgerle mai la parola, la picchiano tutte le volte che lei si fa sentire. Una volta allontanata dai genitori e affidata ad un team di specialisti, Genie non acquisirà mai un'adeguata competenza linguistica, limitandosi a costruire frasi con due o tre parole.
- **Chelsea:** è una donna nata con un grave deficit udivo da genitori senza questa problematica. Il suo deficit viene attribuito ad una disabilità intellettiva invece che a sordità. La diagnosi verrà corretta solo a 31 anni, e questo le permette di ricevere delle protesi uditive, oltre a un percorso di rieducazione. Tuttavia, dopo anni di terapia, diviene capace di interagire verbalmente usando un lessico di base, e la sua grammatica raggiunge il livello di un bambino di due anni e mezzo.

- ◎ **PIDGIN e CREOLO (Bickerton, 1988)**; i bambini allevati in un pidgin, lo trasformano in creolo:
  - **Pidgin**: forma linguistica che si crea quando gruppi linguistici differenti si incontrano per scopi economici. La parola “pidgin” deriva infatti dal modo in cui i cinesi pronunciavano la parola “business”. Un esempio di pidgin della lingua italiana è quello dei venditori ambulanti africani, che usano frasi del tipo “Tu interessato io mostrare tanti” (Mecacci, 2001). Il pidgin è quindi una lingua che si caratterizza per una composizione mista tra il lessico della lingua dell’altro e la costruzione grammaticale della propria lingua (povertà sintattica) e dal fatto che non esiste una comunità che la usi come lingua madre.
  - **Creolo**: vengono meno le due caratteristiche del pidgin, e nasce una lingua ibrida riconosciuta da una comunità e identificabile per specifiche regole grammaticali.

- Verso la fine dell'800, data l'espansione delle piantagioni delle canne da zucchero, le Hawaii accolsero molti emigranti da vari Paesi. Nelle interazioni al di fuori della famiglia si diffuse quindi un pidgin dalla base lessicale inglese e dalla grammatica incerta. Tuttavia, bastò una sola generazione di bambini a far sì che il pidgin si regolarizzasse e divenisse una nuova lingua (creolo hawaiano). Gli adulti, però, non riuscirono mai ad assimilare la grammatica del creolo hawaiano “inventato” dai figli.



## Linguaggio Verbale e Non Verbale

- Il linguaggio verbale è una competenza dell'essere umano che gli consente di conoscere il mondo e comunicare con gli altri.
- Tuttavia, la specie umana non dispone solo del linguaggio verbale, ma anche di quello non verbale, tramite il quale comunica con gli altri essere umani, e che costituisce l'interesse di varie discipline:
  - ✓ **PROSSEMICA:** mostra il valore comunicativo della disposizione dei corpi nello spazio
  - ✓ **CINESICA:** indaga la mimica e la gestualità come forma di comunicazione
  - ✓ **PARALINGUISTICA:** indaga il potenziale comunicativo della voce

# Comunicazione

- Il linguaggio (sia verbale che non verbale) assume quindi grande rilevanza a fini comunicativi, e la **CONVERSAZIONE** è l'evento prototipico dell'atto comunicativo.
- La sua importanza per l'essere umano ha fatto sì che le persone interiorizzassero delle regole per controllare reciprocamente il modo in cui alternarsi nel parlare, ovvero il meccanismo della **TURNAZIONE**, secondo cui ci sono **tre procedure mediante le quali si organizza la presa di turno nella conversazione** (Sacks, Schegloff, & Jefferson, 1974):
  - Il parlante seleziona il suo successore, ed è quindi tenuto ad interrompersi
  - Un partecipante può auto-selezionarsi e prendere la parola approfittando di una breve pausa fatta dal parlante
  - Se nessuno interviene, il parlante può continuare a parlare, ma non è tenuto a farlo.

- Il modo di conversare varia in base al numero di partecipanti, al tipo di relazione e di situazione.
- Tuttavia, **ci sono alcuni aspetti costanti e universali**, come la cura particolare per le formule di apertura e chiusura, in cui ha un ruolo fondamentale la cultura, che fornisce alla persone dei modi standard per aprire e chiudere un discorso.
- Inoltre, un elemento universale è il fenomeno della **SEQUENZA COMPLEMENTARE**, ovvero **ciò che dice una persona ha una rilevanza condizionale per ciò che dirà l'altra persona** (ad es. al saluto si risponde con il saluto; a una richiesta di scuse o complimento, ci si aspetta che l'altra persona minimizzi) → il mancato rispetto di queste aspettative viene caricato di senso, e ad es. potrei pensare che l'altro è arrabbiato con me se non risponde al mio saluto.

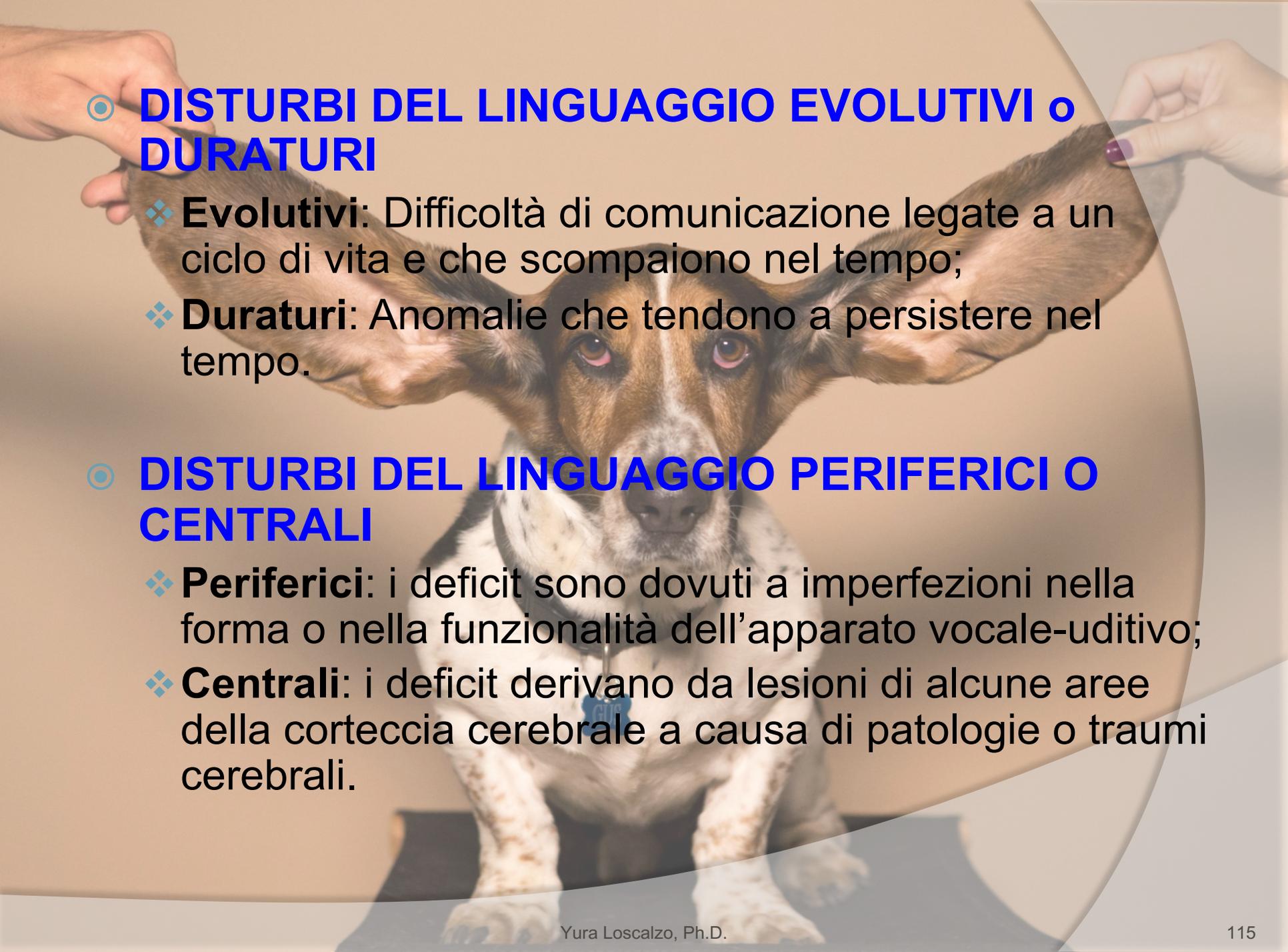
## Principio di cooperazione (Grice, 1975)

- La conversazione è possibile grazie a questo principio, in base al quale **ognuno dà il suo contributo per realizzare lo scopo inerente alla conversazione.**
- Questo principio impegna le persone a seguire delle regole, anche se in modo inconsapevole:
  - **Massima della Quantità:** non essere né troppo reticente né troppo ridondante
  - **Massima della Qualità:** essere sincero ed affidabile
  - **Massima della Relazione:** essere pertinente
  - **Massima del Modo:** essere chiaro, evitare formulazioni ambigue e oscure
- Queste regole vengono rispettate anche nei casi di interazione aggressiva o volta all'inganno.

# Gli assiomi della comunicazione (Watzlawick, 1967)

1. **Non si può non comunicare**; la condivisione di un ambiente fa sì che le persone siano “costrette” a interpretarsi, ovvero a trarre informazioni dal comportamento dell'altra persona.
2. Le persone comunicano mediante **sistemi digitali** (il linguaggio), che fanno riferimento in particolare al contenuto della comunicazione, **e analogici** (mimica e gestualità), che fanno riferimento all'aspetto di relazione della comunicazione.
3. Ogni evento comunicativo è bifacciale, in quanto **veicola contenuti e registra relazioni**. In altre parole, oltre a dare informazioni, fornisce come interpretarle (ad esempio, è una notizia o è un rimprovero?).
4. Ogni evento comunicativo posiziona i partecipanti nella dimensione del potere interpersonale, tra **simmetria** (si ha uguaglianza tra le parti) **e complementarità** (viene riconosciuta la disparità tra le parti).
5. L'evento comunicativo in cui sono coinvolte due persone può essere **segmentato in fasi diverse** mediante punteggiatura, la quale definisce la natura della relazione (sequenze stimolo – risposta nella conversazione, che tuttavia non sono sempre oggettivi).

# ALTERAZIONE DELLE PRESTAZIONI LINGUISTICHE

A photograph of a dog, possibly a Weimaraner, with large, floppy ears. The dog is looking directly at the camera. Two hands are visible, one on the left and one on the right, holding the tips of the dog's ears, spreading them out. The background is a plain, light-colored wall.

## ◉ **DISTURBI DEL LINGUAGGIO EVOLUTIVI O DURATURI**

- ❖ **Evolutivi:** Difficoltà di comunicazione legate a un ciclo di vita e che scompaiono nel tempo;
- ❖ **Duraturi:** Anomalie che tendono a persistere nel tempo.

## ◉ **DISTURBI DEL LINGUAGGIO PERIFERICI O CENTRALI**

- ❖ **Periferici:** i deficit sono dovuti a imperfezioni nella forma o nella funzionalità dell'apparato vocale-uditivo;
- ❖ **Centrali:** i deficit derivano da lesioni di alcune aree della corteccia cerebrale a causa di patologie o traumi cerebrali.

# Alcune delle patologie del linguaggio più note

- ◉ **SORDITÀ:** La perdita totale o parziale dell'udito comporta una difficoltà o impossibilità di articolare suoni. La gravità della deprivazione acustica e/o il ritardo nell'intervento di supporto possono rallentare e complicare lo sviluppo del linguaggio.
- ◉ **BALBUZIE:** È un incepparsi continuo del meccanismo di produzione dei suoni, che porta a un ritmo alterato dell'eloquio. Può essere dovuto sia a cause organiche (inadeguato funzionamento della respirazione, lateralizzazione cerebrale non ben definita, ...) che psicologiche (perturbazioni nello stile di attaccamento).
- ◉ **AFASIE:** Si tratta di disturbi specifici nella comprensione e produzione del linguaggio causati da lesioni in specifiche aree corticali (es., nell'afasia di Broca, in cui il discorso non è fluente e sono presenti omissioni grammaticali, l'area danneggiata è quella del lobo frontale anteriore; nell'afasia di Wernicke, in cui la persona si esprime facilmente e velocemente ma ha una comprensione uditiva scarsa, l'area danneggiata è quella temporale).

A close-up photograph of a child's hands playing with several toy cars on a wooden surface. The child's hands are visible, with fingers touching the cars. The cars are in various colors, including yellow, blue, and black. The background is blurred, showing more of the child's hands and the wooden surface. The text is overlaid on the image in a dark blue, sans-serif font.

# **DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO**

## **I criteri diagnostici del DSM-5**

Per chi ne avesse sentito parlare in precedenza...

**Nel DSM-IV-TR**, rientrava tra i Disturbi pervasivi dello sviluppo, e **prevedeva una distinzione tra Disturbo Autistico e Disturbo di Asperger**, che con il DSM-5 non è più presente

- A. Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti**, come manifestato dai seguenti fattori, presenti attualmente o in passato (esempi esplicativi, ma non esaustivi):
- 1. Deficit nella reciprocità socio-emotiva** (approccio sociale anomalo, ridotta condivisione di interessi ed emozioni, incapacità di iniziare o di rispondere a un'interazione sociale);
  - 2. Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali usati per l'interazione sociale** (anomalie del contatto visivo o del linguaggio del corpo, deficit nella comprensione e nell'uso della comunicazione non verbale, assenza di espressività facciale);
  - 3. Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni** (difficoltà ad adattare il comportamento a diverse situazioni sociali, difficoltà nel condividere il gioco immaginativo, nessun interesse per i pari).

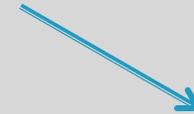
- B. Pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti, ripetitivi**, come manifestato da almeno 2 dei seguenti fattori presenti attualmente o nel passato (esempi non esaustivi):
1. **Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi** (stereotipie motorie semplici, mettere in fila i giocattoli, ecolalia);
  2. **Insistenza nella *sameness* (immodificabilità), aderenza inflessibile alle routine o a schemi ritualizzati di comportamenti verbali o non verbali** (estremo stress in seguito a piccoli cambiamenti, mangiare lo stesso cibo tutti i giorni);
  3. **Interessi molto limitati, fissi, che sono anomali per intensità o profondità** (forte attaccamento per oggetti insoliti, interessi eccessivamente circoscritti);
  4. **Iper o iporeattività a stimoli sensoriali o interessi insoliti per aspetti sensoriali dell'ambiente** (apparente indifferenza al dolore o alla temperatura, toccare o odorare eccessivamente gli oggetti).

- C. I sintomi devono essere **presenti nel periodo precoce dello sviluppo** (ovvero nell'infanzia). Tuttavia, possono divenire evidenti successivamente, quando il bambino non riesce a far fronte alle aumentate richieste sociali;
- D. I sintomi causano **compromissione clinicamente significativa del funzionamento** sociale, lavorativo, o in altre aree importanti;
- E. Questi sintomi **non sono meglio spiegati da disabilità intellettiva** (spesso compresente) o da ritardo globale dello sviluppo.

# DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO



Deficit della comunicazione sociale e dell'interazione sociale



Pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti, ripetitivi

Tutti i fattori (3) elencati nel punto A

Almeno 2 dei 4 fattori elencati nel punto B

## Specifier – Livello di Gravità

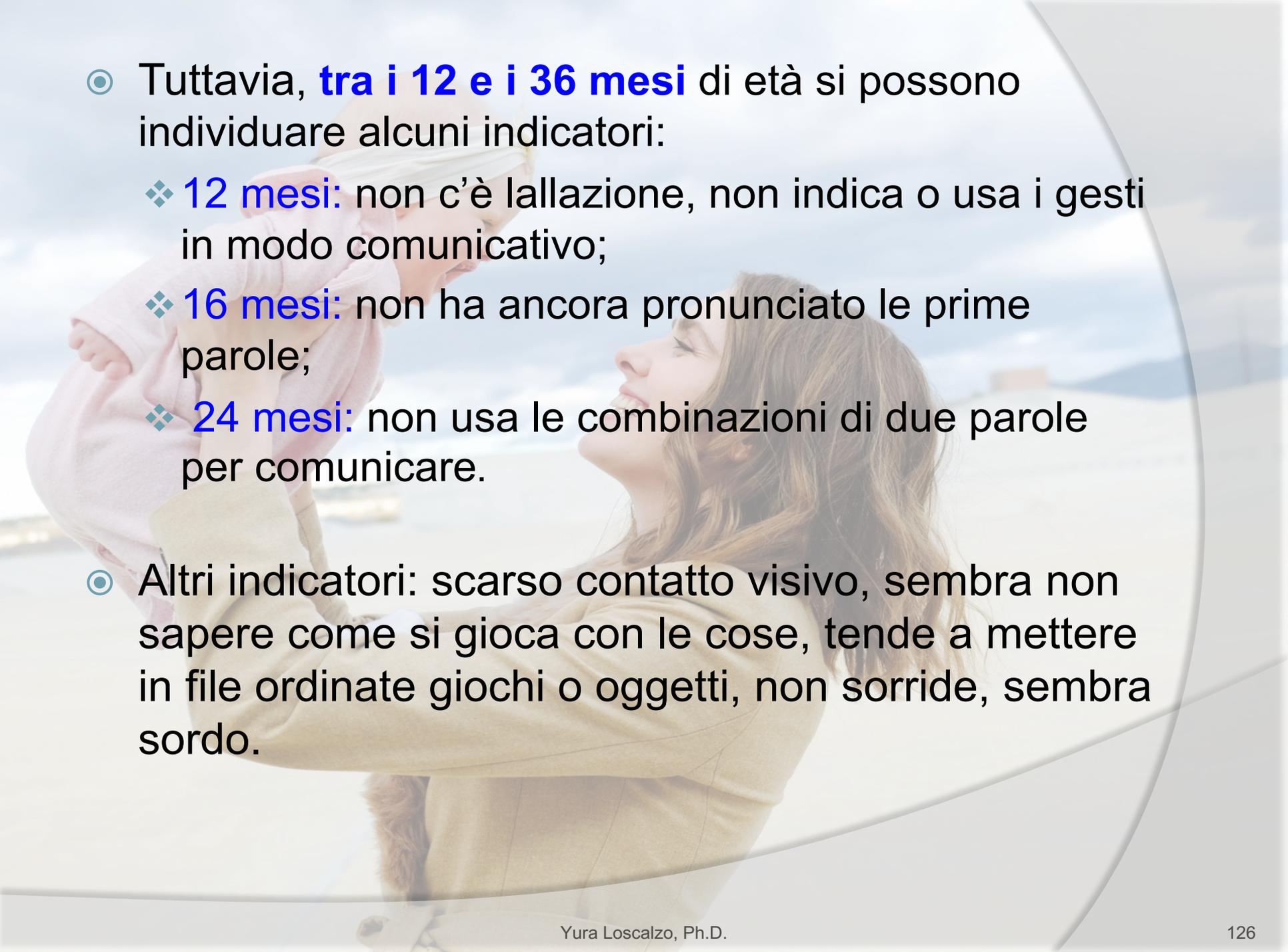
- Livello 1 – È necessario un supporto
- Livello 2 – È necessario un supporto significativo
- Livello 3 – È necessario un supporto molto significativo
- Per stabilire il livello di gravità, si deve far riferimento alla tabella riportata nel DSM-5, che presenta alcuni esempi per ogni livello di gravità e separatamente per i due cluster (comunicazione sociale e comportamento ristretto e ripetitivo).
- Il livello di gravità viene valutato separatamente per i 2 cluster.
- Ci sono poi altri specifiers, come ad es. difficoltà intellettive o linguistiche associate.

# Epidemiologia

- ⦿ La prevalenza è circa dell'1%.
- ⦿ I maschi sono in numero nettamente superiore rispetto alle femmine.
- ⦿ Il DSM-5 riporta che il disturbo dello spettro dell'autismo viene **diagnosticato quattro volte di più nei maschi** rispetto alle femmine.
- ⦿ **Le femmine tendono ad avere una maggior probabilità di disabilità intellettiva concomitante.**

## Possibili Indicatori Precoci

- ⦿ Una diagnosi precoce è l'aspetto cruciale per intervenire il più presto possibile al fine di migliorare la qualità della vita del bambino e della sua famiglia.
- ⦿ Generalmente, la diagnosi è fatta più precocemente per i bambini che provengono da famiglie con livello culturale medio-alto.
- ⦿ Gli indicatori comportamentali si presentano chiaramente con la scuola primaria.

- 
- A woman with long brown hair, wearing a light-colored top, is holding a baby wrapped in a pink blanket. She is looking upwards and to the right with a thoughtful expression. The background is a bright, slightly blurred outdoor setting.
- ◎ Tuttavia, **tra i 12 e i 36 mesi** di età si possono individuare alcuni indicatori:
    - ❖ **12 mesi:** non c'è lallazione, non indica o usa i gesti in modo comunicativo;
    - ❖ **16 mesi:** non ha ancora pronunciato le prime parole;
    - ❖ **24 mesi:** non usa le combinazioni di due parole per comunicare.
  - ◎ Altri indicatori: scarso contatto visivo, sembra non sapere come si gioca con le cose, tende a mettere in file ordinate giochi o oggetti, non sorride, sembra sordo.

# Cause

- Fino alla fine degli anni '70, era diffusa la convinzione che il disturbo fosse dovuto ad una mancanza di affetto da parte dei genitori → Bruno Bettelheim: “**mamme frigorifero**”, ovvero incapaci di cura e di amare il figlio.

**NON CI SONO PROVE A SOSTEGNO DI QUESTA  
IPOTESI...  
AL CONTRARIO...**

- Nei genitori di bambini con diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo la frequenza di disturbi psicopatologici è uguale a quella che si riscontra in famiglie con bambini con altri problemi.
- **Nei fratelli, raramente si riscontra la presenza del Disturbo dello Spettro dell'Autismo in entrambi**, mentre i gemelli monozigoti hanno maggiori probabilità di avere entrambi la diagnosi sia rispetto ai gemelli dizigoti che ai fratelli.

- Non sono state mai trovate prove nemmeno a sostegno dell'ipotesi dei **vaccini** (o dei conservanti contenuti in essi) come causa di disturbo dello spettro dell'autismo.
- Ad oggi, non sono state trovate chiare origini genetiche per il disturbo, anche se il 15% delle diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo sembra associato ad una mutazione genetica e **gli studi si stanno muovendo nella direzione delle cause genetiche**.
- Alcuni studi hanno evidenziato **fattori neurobiologici**: cervello di dimensioni maggiori in adulti e bambini con diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo (sebbene alla nascita dimensioni relativamente normali). In particolare, sono **le aree deputate al linguaggio e ai processi sociali ed emozionali ad essere sovradimensionate** (regioni frontali, temporali, cervelletto).

## Fattori di Rischio

- Sebbene le cause non siano ancora chiare, la ricerca ha evidenziato alcuni fattori di rischio:
  - ❖ nascita pretermine
  - ❖ basso peso alla nascita
  - ❖ esposizione ad alcuni farmaci durante la gravidanza
  - ❖ diabete gestazionale
  - ❖ parto cesareo
  - ❖ malattie autoimmunitarie della madre
  - ❖ rosolia materna durante la gravidanza
  - ❖ età dei genitori avanzata, soprattutto l'età del padre maggiore di 50 anni
  - ❖ esposizione del bambino ad inquinanti ambientali
  - ❖ convulsioni nei primi mesi di vita

# Conseguenze

- Viene ostacolato l'apprendimento, soprattutto quello tramite interazione sociale e con i coetanei.
- La sameness e la sensibilità percettiva possono interferire con l'alimentazione, il sonno e la cura di sé.
- Anche in presenza di un QI adeguato, le capacità adattive sono spesso inferiori rispetto ad altri bambini con lo stesso QI.
- Possono essere presenti difficoltà scolastiche.
- In genere, è presente uno scarso funzionamento psicosociale in età adulta (vita indipendente, lavoro).

## Prognosi

- ⦿ I primi sintomi vengono riconosciuti solitamente durante il secondo anno.
- ⦿ I sintomi generalmente sono molto evidenti nella prima infanzia e nei primi anni di scuola, ma **con la crescita si hanno dei miglioramenti almeno in alcune aree** (es. maggior interesse nelle relazioni sociali). Qualcuno con l'adolescenza ha un peggioramento, ma la maggior parte ha dei miglioramenti.
- ⦿ La presenza di un **QI elevato** e del **linguaggio verbale** sono fattori importanti nel determinare un **miglior esito** in seguito al trattamento.
- ⦿ **Pochissime persone diventano autonome in età adulta.**

# Diagnosi Differenziale

1. **DISABILITÀ INTELLETTIVA:** A differenza del disturbo dello spettro dell'autismo, nei casi di disabilità intellettiva non c'è un'evidente discrepanza tra le competenze socio-comunicative e le altre abilità intellettive.
2. **DISTURBO DELL'ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ:** In questo caso, sebbene siano presenti disattenzione e impulsività, non sono presenti deficit a livello sociale.
3. **MUTISMO SELETTIVO:** In questo disturbo, le capacità comunicative non verbali non sono generalmente compromesse; inoltre il linguaggio non è assente in tutti i contesti.

**QUALI INTERVENTI IN  
CLASSE CON UN  
BAMBINO o RAGAZZO  
CON DISTURBO DELLO  
SPETTRO DELL'AUTISMO?**

- ⦿ L'intervento deve essere intensivo ed estendersi a tutti i contesti in cui il bambino vive, quindi compresa la scuola.
- ⦿ Il bambino ha il diritto/dovere di frequentare la scuola dell'obbligo.
- ⦿ La **flessibilità** è la caratteristica più importante per gli operatori, data la grande eterogeneità delle manifestazioni comportamentali e dei livelli di sviluppo che si riscontrano in bambini con questa diagnosi.
- ⦿ Non esiste un modello unico di intervento che va bene per tutti → **intervento individualizzato (PEI)**.

- Deve essere portata avanti la prospettiva dell'**integrazione**; tuttavia, in alcuni casi, è necessario prevedere attività individuali in una stanza separata, al fine di far acquisire al bambino le abilità necessarie per partecipare successivamente ad attività integrate in classe.
- L'insegnante, in generale, si trova di fronte a sfide che possono emergere proprio per le caratteristiche del contesto scolastico stesso: **gestione di nuovi ambienti e persone**, apprendimento, socializzazione, gestione dei problemi comportamentali.
- Il bambino può dimostrare incapacità di comunicare e interagire, oppure passare molto tempo in comportamenti inappropriati (come agitare le mani per lunghi periodi) → educare il bambino a comportamenti più adeguati e produttivi.

## **AUTONOMIA PERSONALE**

(andare in bagno,  
tenersi puliti e  
ordinati)

## **AUTONOMIA SOCIALE**

(leggere l'orologio,  
usare il denaro,  
usare il telefono)

# **INTERVENTO DELL'INSEGNANTE SU ABILITÀ BASILARI**

## **AUTONOMIA INTERPERSONALE**

(salutare,  
rispondere,  
interagire)

## **ABILITÀ DI COMUNICAZIONE**

(esprimere  
verbalmente, o a  
gesti, i bisogni)

## **Dal punto di vista del genitore ...**

<https://www.youtube.com/watch?v=VagE9AWbLrk>

<https://www.youtube.com/watch?v=-TSqM1PM4tk>

# L'ATTENZIONE: UN'INTRODUZIONE

# ATTENZIONE

È una focalizzazione attiva (volontaria) o passiva (involontaria) della coscienza su un'esperienza esterna o interna

- ◉ **Focalizzazione volontaria** → È la persona a focalizzare l'attenzione su un evento esterno o interno
- ◉ **Focalizzazione involontaria** → È lo stimolo ad attrarre l'attenzione della persona senza un suo sforzo consapevole
- ◉ **Stimolo esterno** → È al di fuori della persona, come ad esempio un suono proveniente dall'esterno
- ◉ **Stimolo interno** → È all'interno della persona, come un ricordo.

L'attenzione ha una **CAPACITÀ LIMITATA**, che è relativamente stabile, ma condizionata da fattori come stanchezza, depressione e lesioni cerebrali (**riduzione della capacità attentiva**)

## **ATTENZIONE FOCALIZZATA o SELETTIVA**

Capacità di far risaltare un unico o due stimoli su cui è diretto l'interesse, mentre la consapevolezza di altri stimoli viene posta sullo sfondo → CONCENTRAZIONE

## **ATTENZIONE SOSTENUTA o VIGILANZA**

Capacità di mantenere un impegno attentivo per un periodo di tempo prolungato

## **ATTENZIONE DIVISA**

Capacità di rispondere a più di un compito alla volta o a più aspetti di un medesimo compito

## **ATTENZIONE ALTERNANTE**

Capacità di spostare rapidamente il focus attentivo da un compito a un altro



# DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ

## I criteri diagnostici del DSM-5

A. Un **pattern persistente di disattenzione e/o iperattività** che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo, come caratterizzato da (1) e/o (2):

**1. DISATTENZIONE:** 6 (o più) dei seguenti sintomi persistiti per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e con impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative.

Nota. I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Oltre i 17 anni di età, sono richiesti almeno 5 sintomi.

1. Difficoltà a prestare attenzione ai particolari o errori di distrazione nei compiti scolastici/lavorativi o altre attività
2. Difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco (es., difficoltà a rimanere concentrato durante una conversazione, lezione, o lettura)
3. Sembra non ascoltare quando si parla con lui direttamente (anche in assenza di distrazioni evidenti)
4. Non segue le istruzioni e non termina le attività
5. Difficoltà ad organizzarsi nei compiti e nelle attività (es., difficoltà nel tenere in ordine il materiale, lavoro disordinato, gestisce il tempo in modo inadeguato)
6. Evita, prova avversione, o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono uno sforzo mentale protratto (es., compiti scolastici)
7. Perde gli oggetti necessari per svolgere le attività
8. È facilmente distratto da stimoli esterni
9. È sbadato nelle attività quotidiane (es., fare commissioni).

**2. IPERATTIVITÀ e IMPULSIVITÀ:** 6 (o più) dei seguenti sintomi persistono per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e con un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative.

Nota. I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Oltre i 17 anni di età, sono richiesti almeno 5 sintomi.

1. Agita o batte mani e piedi, o si dimena sulla sedia
2. Lascia il proprio posto in situazioni in cui si dovrebbe rimanere seduti (es., lascia il posto in classe)
3. Corre e salta in situazioni non appropriate (in adolescenti e adulti, è sufficiente sentirsi irrequieti)
4. È incapace di giocare o svolgere attività ricreative tranquillamente
5. È “sotto pressione”, agendo come se fosse “azionato da un motore” (es., incapace di rimanere fermo)
6. Parla troppo
7. “Spara” una risposta prima che la domanda sia stata completata (es., completa le frasi dette da altre persone, non riesce ad attendere il proprio turno nella conversazione)
8. Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno (es., mentre aspetta in fila)
9. Interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (es., interrompe conversazioni, giochi o attività, usa le cose degli altri senza chiedere il permesso)

- B. Diversi sintomi di disattenzione o iperattività-impulsività erano presenti prima dei 12 anni.
- C. Diversi sintomi di disattenzione o iperattività-impulsività **si presentano in due o più contesti** (es. a casa, a scuola/lavoro, con amici o parenti, in altre attività).
- D. Vi è una chiara evidenza che i sintomi interferiscono con, o riducono, la qualità del funzionamento sociale, accademico o lavorativo.
- E. I sintomi non sono dovuti ad altri disturbi psicologici o all'intossicazione/astinenza da sostanze.

# Specifiers

## ◎ MANIFESTAZIONE:

- ❖ Combinata
- ❖ Con Disattenzione Predominante
- ❖ Con Iperattività/Impulsività Predominante

- ◎ IN REMISSIONE PARZIALE: Quando tutti i criteri sono stati soddisfatti in precedenza, ma non tutti i criteri sono stati soddisfatti negli ultimi 6 mesi e i sintomi causano però ancora una compromissione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo

## ◎ GRAVITÀ ATTUALE:

- ❖ **Lieve:** Sono presenti pochi sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, e i sintomi comportano solo compromissioni minori del funzionamento sociale o lavorativo.
- ❖ **Moderata:** Sono presenti sintomi o compromissione funzionale in una posizione intermedia tra “lieve” e “grave”.
- ❖ **Grave:** Sono presenti molti sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, o diversi sintomi che sono particolarmente gravi, o i sintomi comportano una marcata compromissione del funzionamento.

# Epidemiologia

- Il DSM-5 riporta che nella maggior parte delle culture la prevalenza del disturbo è di circa il 5% dei bambini e il 2.5% degli adulti.
- Inoltre, il DSM-5 riporta una **maggior prevalenza del disturbo nei maschi** (rapporto 2:1).
- Le **femmine** tendono ad avere primariamente caratteristiche di **disattenzione** e problemi soprattutto nell'**area scolastica**.
- I **maschi** tendono ad essere caratterizzati maggiormente da **impulsività e iperattività**, e da una **maggior pervasività del disturbo sul funzionamento**, interessando anche l'area sociale

# Fattori di Rischio

- ⦿ È un disturbo ad **elevata ereditarietà** (genetica)
- ⦿ Inoltre, i bambini con questa diagnosi hanno una riduzione del 5% del volume totale del cervello e del 10-12% nelle regioni cerebrali implicate nelle funzioni di controllo del comportamento.
- ⦿ **Fattori ambientali**: esposizione intrauterina ad alcol o nicotina, nascita pretermine, basso peso alla nascita, abuso durante l'infanzia, trascuratezza.
- ⦿ **I pattern di interazione familiare** nella prima infanzia non costituiscono un fattore di rischio, ma possono influenzare il decorso del disturbo e, in particolare, contribuire allo sviluppo secondario del disturbo della condotta.

# Conseguenze

- Ridotta performance scolastica
- Occupazione di basso livello o Disoccupazione
- Rifiuto sociale
- Incidenti
- Conflitti interpersonali
- Abuso di sostanze e maggior rischio di arresto

## Prognosi

- ◉ Solitamente i genitori notano molto presto nel figlio un'eccessiva attività motoria, ma prima dei 4 anni è difficile capire se si tratta o meno di ADHD.
- ◉ In genere la diagnosi viene fatta durante la scuola primaria, quando la disattenzione diviene prominente.
- ◉ **Il disturbo rimane stabile durante la prima adolescenza**, ma in alcuni casi si ha lo sviluppo di comportamenti antisociali.
- ◉ **Nella maggior parte dei casi, con l'adolescenza i sintomi di iperattività motoria si attenuano**, ma rimangono (anche in età adulta) agitazione, disattenzione, disorganizzazione e impulsività.
- ◉ Più del 50-60% delle persone con diagnosi di ADHD, sebbene evidenzino un'attenuazione dei sintomi, mantiene il danneggiamento funzionale anche dopo i 20 anni.

## ◎ Sono frequenti disturbi in comorbidità:

- **Disturbo oppositivo provocatorio:** in circa la metà dei bambini con manifestazione combinata e in circa un quarto dei bambini con disattenzione predominante
- **Disturbo della condotta:** in circa un quarto dei bambini con manifestazione combinata
- Anche i **disturbi d'ansia e depressivi** possono essere compresenti, sebbene in una minoranza rispetto ai disturbi esternalizzanti e soprattutto quando è predominante la disattenzione.

# Diagnosi Differenziale

- ◉ **DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO:** Questa diagnosi si caratterizza per il rifiuto di fare i compiti scolastici/lavorativi perché la persona si oppone al soddisfacimento delle richieste altrui. Il comportamento è caratterizzato da negatività, ostilità e provocatorietà; aspetti assenti nel disturbo di attenzione/iperattività, che presenta difficoltà scolastiche come conseguenza della difficoltà a mantenere l'attenzione, a ricordare le istruzioni o all'impulsività.

**QUALI INTERVENTI IN  
CLASSE CON UN  
BAMBINO o RAGAZZO  
CON DISTURBO  
DELL'ATTENZIONE/  
IPERATTIVITÀ ?**

## ORGANIZZAZIONE DELL'AULA

- ❖ **Controllare le fonti di distrazione nella classe:** evitare di farlo sedere vicino alla finestra, ma nemmeno in una zona del tutto priva di stimolazioni
- ❖ **Disporre i banchi** in modo da potersi spostare frequentemente in mezzo ad essi

## PRIMA DI INIZIARE LA LEZIONE

- ❖ **Accertarsi che** quando vengono date le istruzioni per eseguire i compiti o vengono spiegate le lezioni **lo studente sia presente** (fisicamente e mentalmente!): creare un contatto oculare
- ❖ Fornire **istruzioni semplici e brevi**
- ❖ Se viene assegnato il testo di un problema, **aiutarlo a individuare i punti salienti**

## DURANTE LA LEZIONE

- ❖ Fare brevi e frequenti **pause**, soprattutto se i compiti sono ripetitivi
- ❖ Rendere le **lezioni stimolanti**, anche utilizzando il ritmo della voce
- ❖ **Interagire** frequentemente con gli studenti
- ❖ Quando possibile, usare il **gioco** per favorire l'apprendimento

## FAVORIRE E SVILUPPARE LE CAPACITÀ DI PIANIFICAZIONE

- ❖ Stabilire **attività programmate e ripetitive** in modo che lo studente impari a prevedere quali sono i comportamenti richiesti nei diversi momenti della giornata
- ❖ **Definire con chiarezza i tempi previsti** per le varie attività
- ❖ **Aiutarlo a gestire il proprio materiale**

## STABILIRE E FAR CONDIVIDERE LE REGOLE

- ❖ Definire e far mantenere chiare e semplici regole all'interno della classe
- ❖ Discutere e rivedere le regole, se necessario
- ❖ Spiegare agli studenti quali sono i comportamenti adeguati e quali quelli inadeguati, facendo capire quali sono le conseguenze per entrambi i comportamenti
- ❖ **Utilizzare il rinforzo e non la punizione** per favorire comportamenti appropriati
- ❖ **Non punire togliendo l'intervallo!**
- ❖ Non creare situazioni di competizione con altri compagni su abilità che non costituiscono una risorsa del bambino
- ❖ **Non focalizzarsi sul tempo di svolgimento del compito, ma sulla qualità**
- ❖ Scegliere attività in cui può **far emergere le sue qualità**

# FAVORIRE L'ATTENZIONE PER L'APPRENDIMENTO

- ❖ **CATTURARE L'ATTENZIONE:** Utilizzare il **contatto visivo**, **gessetti colorati** per evidenziare gli aspetti salienti, segnalare verbalmente che state per parlare di qualcosa a cui devono prestare attenzione, raccontare una storia divertente per introdurre un argomento
- ❖ **MANTENERE L'ATTENZIONE:** Assicurarsi di **essere sempre visibile** a tutti gli studenti, assicurarsi che la propria **voce raggiunga tutti**, far sedere i bambini più disattenti nei primi banchi, usare supporti visivi, spiegazioni brevi, semplici e chiare, evitare tempi vuoti, **favorire il lavoro in piccoli gruppi**

# LO STILE RELAZIONALE

## Utilizzare uno stile assertivo

L'insegnante si esprime in modo chiaro e deciso, rispettando la sensibilità del ragazzo e, al contempo, le regole di comportamento stabilite.

## EVITARE:

**Stile passivo:** difficoltà nello stabilire le regole e farle rispettare.

**Stile aggressivo:** l'insegnante è ostile, collerico, ricorre a modalità punitive.

# COLLABORARE CON I GENITORI (Scuola Secondaria di Primo Grado)

- Può essere utile stabilire un “**contratto educativo**” in cui si può coinvolgere anche lo studente (soprattutto con studenti della scuola primaria e secondaria di primo grado).
- Si stabiliscono gli obiettivi da raggiungere, gli impegni e le responsabilità reciproche, i premi più indicati per il ragazzo.
- Il comportamento desiderato deve essere premiato immediatamente al termine dell’ora/giornata scolastica per evidenziare le conseguenze (positive) dei comportamenti messi in atto in classe.
- Ad esempio, si stabilisce che al termine di ogni giornata, se il ragazzo ha esibito i comportamenti concordati, otterrà uno sticker. Al termine della settimana, se ha ottenuto 4 stickers otterrà il premio concordato (dall’insegnante o a casa dai genitori).

## UN CASO DA YOUTUBE...

<https://www.youtube.com/watch?v=w4t4JFKDD6s>



# 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.