



PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO

UNIMC ANNO ACCADEMICO 2023/2024

PROFESSORESSA SONIA DEL SAVIO



DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE

DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE

I disturbi della comunicazione comprendono deficit del linguaggio, dell'eloquio e della comunicazione

- Per eloquio si intende la produzione espressiva di suoni e comprende articolazione, fluenza, voce e qualità di risonanza di un individuo.
- Il linguaggio comprende la forma, la funzione e l'utilizzo di un sistema convenzionale di simboli (per esempio le parole pronunciate, linguaggio gestuale, le parole scritte, le immagini) con una modalità governata da regole per la comunicazione.
- La comunicazione comprende qualsiasi comportamento verbale o non verbale (intenzionale o non intenzionale) che influenza il comportamento, le idee e le attitudini di un altro individuo.

DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE

I disturbi della comunicazione comprendono deficit del linguaggio, dell'eloquio e della comunicazione

- Per eloquio si intende la produzione espressiva di suoni e comprende articolazione, fluency, voce e qualità di risonanza di un individuo.
- Il linguaggio comprende la forma, la funzione e l'utilizzo di un sistema convenzionale di simboli (per esempio le parole pronunciate, linguaggio gestuale, le parole scritte, le immagini) con una modalità governata da regole per la comunicazione.
- La comunicazione comprende qualsiasi comportamento verbale o non verbale (intenzionale o non intenzionale) che influenza il comportamento, le idee e le attitudini di un altro individuo.

DISTURBO DEL LINGUAGGIO

Il Disturbo del Linguaggio fa parte dei disturbi del neurosviluppo ed è caratterizzato da un ritardo in uno o più ambiti dello sviluppo del linguaggio, in assenza di problemi cognitivi, sensoriali, motori, affettivi e di importanti carenze socio-ambientali.

L'età di tre anni costituisce una sorta di spartiacque tra i bambini cosiddetti "parlatori tardivi" e i bambini con un probabile disturbo del linguaggio.

Per questo, anche se la diagnosi può essere fatta ai 4 anni, è bene che la presa in carico sia tempestiva, in modo particolare se si segnalano difficoltà comunicative e di comprensione.

Cosa fare?

L'insegnante o il genitore deve mettersi in relazione con il bambino come un osservatore sensibile e responsivo, in grado di attendere la risposta del bambino, senza anticipare o sostituirsi a lui. Il bambino viene così riconosciuto come partner attivo della conversazione. È importante inoltre riconoscere, accogliere e interpretare tutti i comportamenti comunicativi del bambino, verbali e non verbali.

Non far finta di non capire piuttosto ripetere nel modo corretto le parole che vengono articolate male dal bambino in modo tale da fornire sempre un esempio corretto.

Tra le attività che sostengono lo sviluppo comunicativo-linguistico consigliamo:

- Lettura condivisa
- Gioco simbolico (“giocare a fra finta”)
- Canzoncine/filastrocche

É sconsigliato l’utilizzo di
PC/tablet/smartphone



RELAZIONE CLINICA

COGNOME E NOME M.

ETÀ 5 anni

RESIDENTE A

FREQUENTANTE ultimo anno scuola dell'infanzia

M. ha effettuato un ciclo riabilitativo neuropsicomotorio a partire da febbraio, sospeso a giugno con relativo passaggio al trattamento logopedico.

M. si presentava come un bambino che si relaziona bene con l'adulto, il linguaggio era fortemente dislalico (difficoltà nel pronunciare correttamente le parole) e non sempre si riusciva a comprenderlo.

A livello sia ludico che grafico il bambino sembrava essersi poco sperimentato risultando perciò immaturo.

Gli obiettivi del primo ciclo neuropsicomotorio erano i seguenti:

- Potenziare il gioco simbolico e l'organizzazione di esso
- Aumentare i tempi attentivi
- Potenziare le abilità grafo-motorie

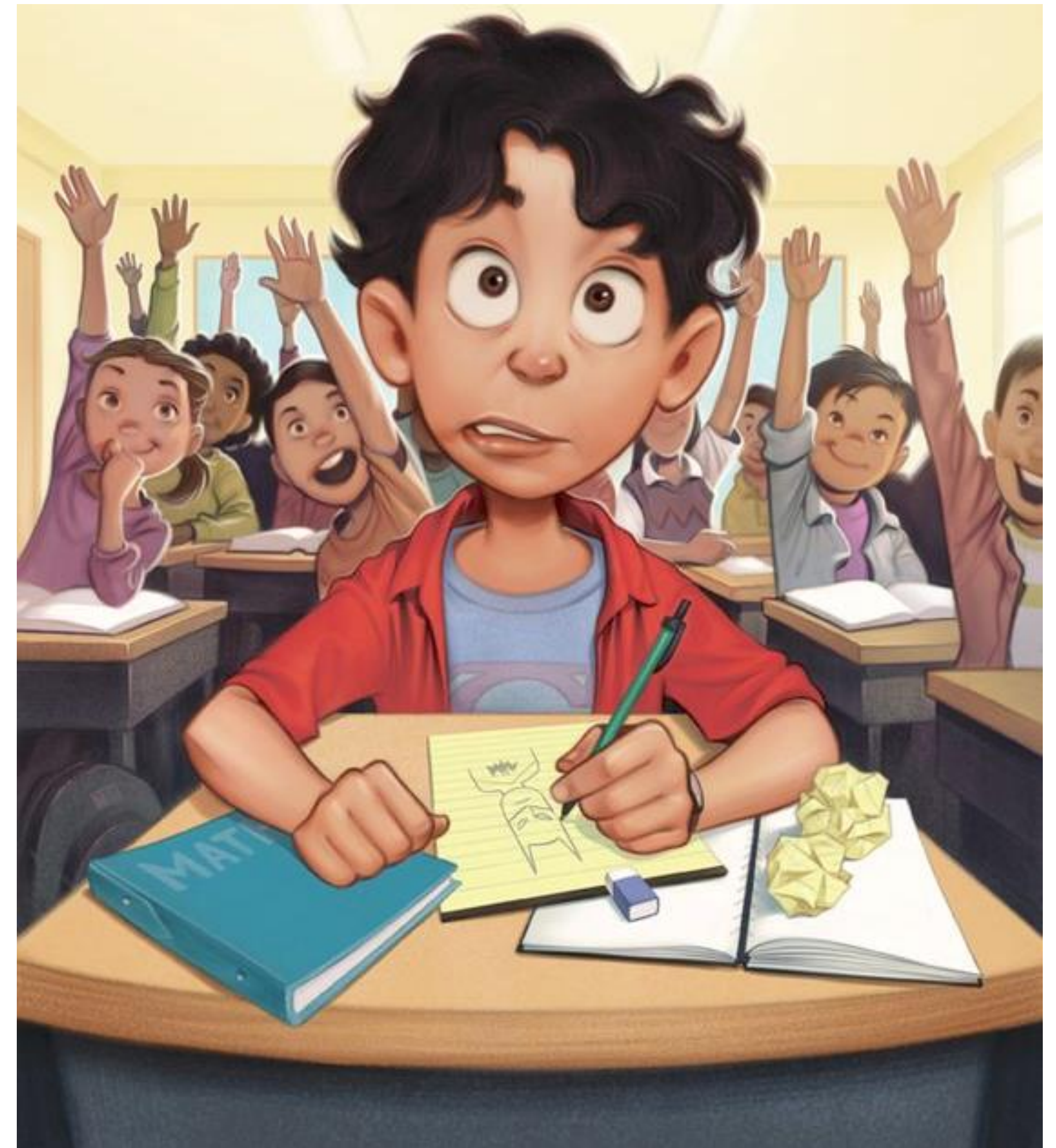
A giugno il bambino appariva migliorato sia sul piano della strutturazione del gioco sia a livello grafico; mentre permaneva una certa difficoltà nell'attivazione dell'attenzione e nell'attenzione prolungata.

In questo mese di dicembre, dopo aver effettuato 3 mesi di terapia logopedica, la mamma, su indicazioni delle insegnanti della scuola, chiede di poter effettuare un nuovo ciclo neuropsicomotorio per lavorare maggiormente sul versante attentivo.

DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO



I Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) sono **disturbi del neurosviluppo** che riguardano la **capacità di leggere, scrivere e calcolare in modo corretto e fluente** che si manifestano con l'inizio della scolarizzazione.



Rai 1



Si dividono in:

- **Dislessia** che indica la difficoltà di lettura
- **Disgrafia e disortografia** che indicano le difficoltà di scrittura
- **Discalculia** che indica le difficoltà di calcolo

DISLESSIA

Uno student eper olsases of
di disturbi specifici
della pprensimento.
Vogliamo far e
quelposato n l no.

DISGRAFIA

no thea l'andato le a
no in l'ora d'andato, per
quello a non andato a
nostalgia per le vacanze. To in p
in quarto.

DISORTOGRAFIA

la ① ne fu ② in ③
comple di l'ora ④
⑤ in via della y ⑥
⑦ il paese ⑧
⑨ il paese ⑩
la l'ora a via in via
⑪ della gale che non a via

DISCALCULIA

123422789161
 $\frac{51}{5}$

Disturbi specifici dell'apprendimento

comprende

DISLESSIA

DIFFICOLTÀ A...

- leggere veloce
- leggere correttamente
- comprendere il testo
- elaborare il testo

DISCALCULIA

DIFFICOLTÀ A...

- fare calcolo mentale
- imparare le tabelline
- vedere le sequenze
- mettere in colonna

DISORTOGRAFIA

DIFFICOLTÀ A...

- automatizzare le regole
- scrivere senza errori

DISGRAFIA

DIFFICOLTÀ A...

- scrivere leggibile
- rispettare margini sinistro/destro
- organizzare il foglio

Caratteristiche

- **Sono specifici** perché riguardano esclusivamente alcuni processi di apprendimento, cioè automatismi che non si sviluppano durante il percorso scolastico come la lettura precisa e fluente, la capacità di scrivere senza errori, con grafia regolare e decifrabile e usando lo spazio in modo adeguato, di elaborare i numeri e calcolare
- **Hanno una matrice evolutiva:** il disturbo dell'apprendimento si manifesta in età evolutiva, quando emerge la difficoltà del bambino di sviluppare una capacità che per gli altri invece diventa progressivamente un automatismo, ed è modificabile con interventi specifici. Il bambino con DSA non perde una capacità già acquisita anche solo in parte: i DSA non sono conseguenze di traumi, blocchi educativi, psicologici, relazionali e non nascono dalla poca applicazione allo studio
- **Hanno origine neurobiologica:** quando parliamo di DSA, parliamo di sviluppo atipico o neurodiversità, di caratteristiche individuali e non di patologia. Una persona con DSA ha intelligenza e capacità cognitive adeguate alla sua età: può però apprendere con difficoltà e a ritmo più lento rispetto ai suoi coetanei perché fatica e disperde energie a causa delle sue caratteristiche individuali di apprendimento che la didattica in quel momento non asseconda

Riconoscere, diagnosticare, pianificare e usare interventi efficaci significa creare **interventi personalizzati** e adeguati alle caratteristiche individuali dello studente e al percorso di studi, che favoriscano e garantiscano l'apprendimento.

L'obiettivo è rendere lo studente autonomo o il più autonomo possibile, con tutte le ricadute positive in termini di successo scolastico ma anche di autostima e gratificazione nella sfera lavorativa e personale.

IL BAMBINO CON DSA

- **In Italia si stima che ci sia almeno un alunno con DSA per classe.** Spesso i bambini e i ragazzi con DSA vengono **erroneamente considerati svogliati** e la loro intelligenza dà spazio a considerazioni come "è intelligente ma non si applica".
- Questi ragazzi **non hanno problemi cognitivi** legati alla comprensione e, al di là dello studio, **sono intelligenti, vivaci, socievoli e creativi.**
- Le loro difficoltà di apprendimento dipendono dalla **non automatizzazione** di processi specifici rendendo così difficili compiti e operazioni che vengono considerate erroneamente semplici.
- Fornendo loro gli **strumenti per compensare** queste difficoltà è possibile permettergli di avere un apprendimento efficace

DISTURBO VS DIFFICOLTÀ

- Il *disturbo* è innato, persistente e resistente a trattamenti e potenziamenti
- La *difficoltà* non è innata e modificabile

DISLESSIA

La dislessia è un disturbo specifico della lettura che si manifesta con una *difficoltà nella decodifica del testo*;

Si manifesta con una lettura a voce alta più lenta e imprecisa rispetto a quanto ci si aspetterebbe per l'età anagrafica, la classe frequentata e l'istruzione ricevuta dallo studente fino a quel momento.



SEGNALI DELLA DISLESSIA

- Lettura faticosa, lenta, scorretta con conseguenze possibili sulla comprensione del testo.
- Errori durante la lettura con scambi di vocaboli o consonanti simili visivamente (p e q), omissioni, riduzioni, aggiunte e salti di righe.
- Fatica e lentezza nel copiare alla lavagna
- La conseguenza diretta è che il tempo impiegato per decodificare correttamente le parole o i brani da leggere rallenta l'apprendimento e la capacità di capire quanto letto.

LE STREGHE

Per chi crede e non ci crede
parleremo delle streghe.
Durante il giorno stan chiotte chiotte
aspettando che faccia notte.
Ma quando è buio, vispe e allegre
spiccano in volo le brutte streghe:
passano monti, passano pianure
passano buchi di serrature
e più dei ladri e degli assassini
vogliono far paura ai bambini.
Se una cerca di farti un dispetto

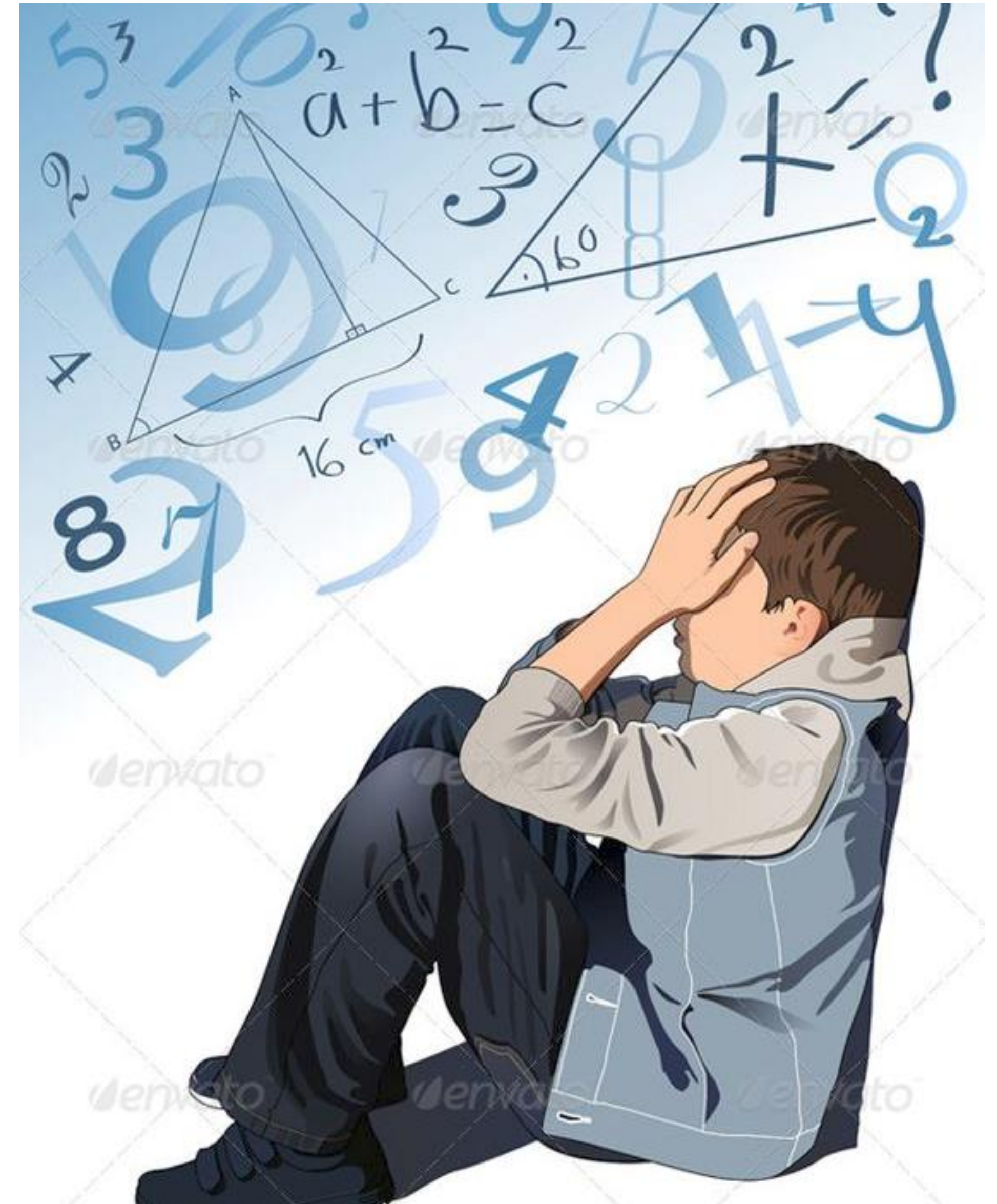


DISCALCULIA

La discalculia è il disturbo specifico dell'apprendimento che corrisponde alla difficoltà di apprendere la matematica

Nel dettaglio, la discalculia coinvolge *l'intelligenza numerica basale e l'abilità di calcolo.*

Come per tutti i DSA, la discalculia non è una patologia, non è causata da un ritardo cognitivo ma va riconosciuta e interpretata alla luce della consapevolezza che ogni bambino è unico e migliora se la sua difficoltà individuale viene riconosciuta per poter adottare l'intervento più adatto.



INTELLIGENZA NUMERICA BASALE

Nel caso dell'intelligenza numerica basale, la discalculia interviene sulle capacità alla base dell'abilità numerica:

- Riconosce piccole quantità in modo immediato e accurato (subitizing)
- Capacità di ordinare in ordine crescente e decrescente (seriazione)
- Saper comparare (distinguere maggiore e minore)
- Comporre e scomporre delle quantità
- Calcolare a mente

ABILITÀ DI CALCOLO

Nell'ambito delle procedure esecutive, la discalculia interviene nel calcolo scritto e si manifesta con queste difficoltà:

- Leggere e scrivere i numeri: lo studente confonde i numeri, li scrive al contrario (per esempio il 6 per il 9 e viceversa) o inverte le cifre
- Incolonnare i numeri
- Calcolare, risolvere operazioni scritte anche semplici
- Memorizzare, per esempio le tabelline o alcune operazioni (fatti numerici) semplici come $5+5$

DISGRAFIA

Difficoltà che riguardano esclusivamente la grafia, ossia l'abilità grafico-motoria, ed è dovuta ad un *deficit neurologico di tipo motorio*.

La Disgrafia determina:

- una grafia poco chiara, non lineare, con dimensioni disomogenee e una difficoltà nella gestione dello spazio nel foglio.
- difficoltà di impugnatura della penna, di pressione della mano sul foglio
- mostra un tono muscolare irrigidito o, al contrario, troppo rilassato.
- NON comprende errori ortografici.

DISORTOGRAFIA

Le difficoltà incontrate interessano l'applicazione delle regole ortografiche. Si tratta di una compromissione di origine neurologica nelle abilità di codifica fonologica e nelle competenze ortografiche e non causata da una mancanza di esperienza nella scrittura o da deficit intellettivi, motori o sensoriali.

Gli errori possono essere:

- *Fonologici*: scorretta identificazione dei suoni all'interno di una parola (la parola "pezzo" diventa "pesso")
- *Non fonologici*: sbagliata rappresentazione ortografica delle parole (la parola "insieme" diventa "in sieme")



UN DSA NON SI CURA.

SI COMPENSA.

BILINGUISMO



BILINGUISMO

Nelle scuole italiane, sono sempre più numerosi i bambini che imparano l'italiano come seconda lingua, in quanto nel contesto familiare la loro lingua d'origine è diversa dall'italiano.

L'incremento del numero di bambini bilingui che frequentano le classi italiane costituiscono una nuova sfida per gli insegnanti, a volte faticosa.



Non vi può essere una definizione unica di bilinguismo in quanto si tratta di un fenomeno molto complesso.

Possiamo, però, definire alcune tipologie di bilinguismo:

- Simultaneo e consecutivo
- Familiare e scolastico
- Additivo o sottrattivo

BILINGUISMO SIMULTANEO E CONSECUTIVO

Nel bilinguismo simultaneo il bambino è esposto sin dalla nascita a due codici linguistici (entro i 3 anni circa) mentre nel consecutivo viene esposto a una seconda lingua quando ha già sviluppato un buon consolidamento delle competenze nella sua lingua d'origine (dopo i 5 anni).

BILINGUISMO FAMILIARE E SCOLASTICO

Tale distinzione riguarda il luogo primario di esposizione alla seconda lingua, quando le due diverse lingue sono parlate all'interno della famiglia o la seconda lingua viene appresa primariamente attraverso l'istruzione.

BILINGUISMO ADDITTIVO E SOTTRATTIVO

Questa distinzione dipende dalle rappresentazioni sociali e dalle condizioni socioculturali riguardanti la comunità di parlanti in contatto.

Il bilinguismo è additivo quando offre potenzialità di sviluppo sociale e che porta elementi positivi complementari per lo sviluppo del bambino.

Il bilinguismo sottrattivo è quello che non offre risorse aggiuntive ma pone il bambino in condizioni di svantaggio.

Qualche consiglio pratico

1. Insegnamento multisensoriale per coinvolgere i bambini con una pluralità di strumenti
2. Scaffolding* per organizzare le informazioni disciplinari
3. Sostegno linguistico per continuare a nutrire le due lingue incoraggiando i fenomeni di trasferimento additivo tra le due lingue.

*scaffolding

Il termine scaffolding si riferisce a un processo di insegnamento. Negli scaffolding, gli insegnanti modellano e/o dimostrano come risolvere un problema per i loro studenti. Quindi lasciano che gli studenti cerchino di risolvere il problema da soli facendo un passo indietro e dando supporto solo quando necessario.

Bilinguismo: il caso di Thomas

Thomas entra per la prima volta in una classe in quarta elementare di una scuola primaria, per la precisione in novembre, proveniente dalla Bielorussia.

L'insegnante da un primo approccio non verbale sembra che il bambino sorrida e che i compagni lo accolgano serenamente.

Solo successivamente l'insegnante si rende conto che il bambino non parla una parola , questo rende difficile sia la relazione che gli apprendimenti.

Anche i compagni di classe sottolineano l'estrema difficoltà nel comunicarsi con Thomas, che si mostra intimorito e silente. Il bambino osserva con attenzione ciò che gli accade intorno.

Quali sono i fatti più importanti da tener conto? Come agisco e come agirei nel gestire l'inserimento di un allievo straniero ad anno iniziato? Si ipotizza un aiuto di potenziamento e/o di sostegno ma l'iter è in corso.

Quali sono i principi di base per favorire una buona integrazione?

BES - BISOGNO EDUCATIVI SPECIALI



I bambini e i ragazzi **con Bisogni Educativi Speciali (BES)** sono gli studenti che hanno necessità di attenzione speciale nel corso del loro percorso scolastico per motivi diversi a volte certificati da una diagnosi ufficiale di tipo medico, bisogni permanenti o superabili grazie a interventi mirati e specifici.

I ragazzi che hanno Bisogni Educativi Speciali sono quegli alunni che richiedono un'attenzione particolare durante le lezioni in classe, sia per problematiche temporanee, sia per difficoltà permanenti documentate da un medico specialistico .

Conoscere il tema dei Bisogni Educativi Speciali è dunque fondamentale per promuovere in classe una didattica inclusiva.

I BES nascono in maniera formale nel 2012 con la direttiva ministeriale *"Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica"*

BES e DSA

Qual è la differenza tra BES e DSA e quali strumenti tecnologici possono essere utilizzati

I non addetti ai lavori potrebbero confondere i Disturbi Specifici dell'Apprendimento con i casi di DSA. Come specificato, i ragazzi con BES possono soffrire di disturbi legati alla comprensione del testo o della lettura (dislessia), problemi nell'uso e nell'acquisizione di regole ortografiche (disortografia), disturbo nello svolgimento dell'attività grafica (disgrafia) e delle abilità matematiche (discalculia) ed è importante sapere che coloro che soffrono di DSA sono sempre BES, mentre non tutti i bambini con BES soffrono anche di DSA perché di matrice diversa. Inoltre, mentre un BES non richiede obbligatoriamente una diagnosi per prendere provvedimenti, un DSA necessita del certificato emesso dall'ASL di riferimento: la scuola, nel caso di DSA non ha alcuna discrezionalità nell'adozione di una didattica personalizzata poiché vi è obbligata, diversamente dai casi di BES.

Un'importante differenza da sottolineare riguarda la validità nel tempo del PDP, che nel caso di BES copre un solo anno scolastico mentre negli alunni con DSA ha una durata pluriennale.

Per far fronte alle difficoltà di questi alunni, molte scuole utilizzano alcuni strumenti tecnologici che supportano le specifiche deficienze: parliamo di software, hardware e strumenti fisici che abilitano il giovane ad eseguire esercizi e attività che altrimenti non riuscirebbero a svolgere, sia a casa che a scuola. Un escamotage che consente agli alunni di sentirsi a proprio agio con i compagni e i docenti: uno strumento di **inclusività** valido ed efficace che asseconda lo studente nelle sue abilità o disabilità, senza mettere in evidenza le difficoltà ma puntando sulla **totale integrazione**.

I BES si dividono in tre grandi aree:

- Disturbi evolutivi specifici tra i quali i DSA (dislessia, disgrafia, disortografia e discalculia) e l'ADHD, deficit di attenzione e iperattività, certificati dal Servizio Sanitario Nazionale o da specialisti privati. La scuola che riceve la diagnosi scrive per ogni studente un Piano Didattico Personalizzato e non c'è la figura dell'insegnante di sostegno.
- Disabilità motorie e disabilità cognitive certificate dal Servizio Sanitario Nazionale, che indicano la necessità dell'insegnante di sostegno e di un PEI.
- Disturbi legati a fattori socio-economici, linguistici, culturali come la non conoscenza della lingua e della cultura italiana e alcune difficoltà di tipo comportamentale e relazionale. Le difficoltà possono essere messe in luce dalla scuola, che osserva lo studente ed esprime le sue considerazioni, o possono essere segnalate dai servizi sociali. Non è previsto l'insegnante di sostegno e la scuola si occupa della redazione di un Piano Didattico Personalizzato (PDP).

Dall'integrazione all'inclusione

UN PASSGGIO IMPORTANTE

L'inclusione supera il concetto di integrazione perché bypassa sia il concetto legato all'adattamento del disabile, visto quindi come problema della minoranza, sia il concetto legato alla normalizzazione che mira ad escludere coloro che riescono a dare prova delle loro capacità.

L'inclusione invece si pone nella condizione di valutare se esistono le condizioni per consentire agli studenti con Bisogni Educativi Speciali ad essere accolti ed essere compresi per quelle che sono le peculiarità personali.

INCLUSIONE

- si pone l'obiettivo del superamento delle barriere alla partecipazione e all'apprendimento
- I destinatari nell'inclusione tutti i bambini che vivono l'esperienza scolastica
- Il focus dell'intervento: nell'inclusione è nell'insieme delle abilità differenti attraverso cui i bambini si presentano e nell'attenzione rivolta al contesto per individuare e rimuovere ostacoli all'apprendimento e alla partecipazione
- I modelli di insegnamento: nell'inclusione tutti gli insegnanti e i percorsi di apprendimento devono avere i presupposti per rispondere alle differenze dei bambini in un'ottica di sostegno distribuito

INTEGRAZIONE

- si propone il reperimento di risorse per consentire il raggiungimento di risultati nell'ambito dell'autonomia, socializzazione, comunicazione.....
- I destinatari nell'integrazione sono i bambini disabili con il loro deficit, o i bambini con bisogni educativi speciali
- Il focus dell'intervento: nell'integrazione è nelle condizioni deficitarie del bambino
- I modelli di insegnamento: nell'integrazione il modello tende a riferirsi a un soggetto specifico che si coordina con il percorso normale e con gli insegnanti di classe



DISABILITÀ INTELLETTIVA

Che cos'è la ID?

Una persona con ID presenta una debolezza generalizzata che riguarda molti aspetti del funzionamento intellettuale, cioè presenta difficoltà in tutti o quasi tutti gli aspetti intellettivi.



DEFINIZIONE

La disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) è un disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che comprende deficit del funzionamento sia intellettivo che adattativo negli ambiti concettuali, sociali e pratici.



"La disabilità intellettiva comporta un deficit nelle abilità mentali generali, che influenzano il funzionamento adattivo in tre aree o più domini. Questi domini determinano in che modo un individuo affronta le azioni della vita quotidiana":

- Il dominio *intellettivo* include abilità nell'area del linguaggio, lettura, scrittura, calcolo, ragionamento, cognizione e memoria;
- Il dominio *sociale* è riferito all'empatia, giudizio sociale, capacità di comunicazione interpersonale, all'abilità di stringere e mantenere amicizie e ad abilità simili;
- Il dominio *pratico* è focalizzato sulla gestione autonoma in aree come la cura personale, le responsabilità lavorative, la gestione del denaro, il tempo libero e la gestione e l'organizzazione di compiti scolastici e lavorativi (...).

CARATTERISTICHE DIAGNOSTICHE

Le caratteristiche essenziali della ID sono:

- *Deficit delle capacità mentali generali (Criterio A)*: si riferisce a funzioni intellettive che comportano ragionamento, problem solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento dell'istruzione e dell'esperienza e comprensione pratica. Componenti importanti sono comprensione verbale, memoria di lavoro, ragionamento percettivo, ragionamento quantitativo, pensiero astratto ed efficacia cognitiva.
- *Funzionamento adattivo quotidiano compromesso rispetto a quello di individui della stessa età, sesso e livello socio culturale (Criterio B)*
- *L'esordio avviene durante il periodo di sviluppo (Criterio C)*

LIVELLI DI GRAVITÀ

In base al grado di compromissione, possiamo inquadrare quattro livelli di gravità:

- Lieve
- Moderato
- Grave
- Gravissimo o estremo

I vari livelli di gravità sono definiti sulla base del funzionamento adattivo (Criterio B) e non dei punteggi del QI (quoziente intellettivo), perché è il funzionamento adattivo che determina il livello di assistenza richiesto.

I quattro livelli di gravità andranno valutati per ognuno dei tre domini.

GRADO	QI
Lieve	Da 50-55 a circa 70
Moderato	Da 35-40 a 50-55
Grave	Da 20-25 a 35-40
Gravissimo	< 20

Lieve

1. Capacità comunicative sufficientemente sviluppate
2. Compromissioni sensomotorie di minima entità
3. Incapacità di raggiungere il pensiero formale
4. Pensiero concreto persistente
5. Livelli di autonomia possono essere sufficienti

Moderato

1. Disarmonia evolutiva con sviluppo discontinuo delle funzioni cognitive
2. Capacità comunicative elementare prevalentemente per esprimere i propri bisogni
3. Con una supervisione possono provvedere alla cura di se stessi
4. Possibilità di una discreta autonomia

Grave

1. Compromissione nell'ambito sensomotorio, fin dai primi anni di vita
2. Capacità comunicative rudimentali
3. Presenza di manifestazioni comportamentali incontrollate nei momenti di disagio e frustrazione (isolamento, impulsività, aggressività auto e eterodiretta)
4. Assenza di autonomia personale e sociale (necessità di assistenza e tutela)
5. Possono arrivare svolgere attività in ambiente protetto

Estremo o Gravissimo

1. Rilevanti compromissioni sensomotorie
2. Capacità comunicative molto compromesse
3. Comunicazione limitata a forme elementari
4. Autonomia personale non raggiunta
5. Assistenza specialistica continua
6. Adattabilità alla vita relazionale nulla

CARATTERISTICHE DELLA ID

1. Concretezza/irreversibilità del pensiero
2. Rigidità
3. Pianificazione/Problem Solving
4. Esperienza percettiva
5. Capacità attentive e di concentrazione
6. Memoria
7. Apprendimenti scolastici
8. Abilità metacognitive

Concretezza/Irreversibilità del pensiero

- Difficoltà a sganciarsi dalla fase delle operazioni concrete, rimanendo ancorato ad uno stadio preoperatorio
- Deficit nella funzione simbolica (capacità di evocare mentalmente oggetti o situazioni che non sono fisicamente presenti e capacità di agire non solo tramite azioni corporee ma anche azioni mentali che manipolano immagini mentali).

Rigidità

- Incapacità di cambiare il proprio orientamento al compito al variare delle situazioni e del contesto.
- Difficoltà di estensione di una conoscenza già acquisita a situazioni diverse da quelle di partenza, conoscenza che resta bloccata alle condizioni formali in cui si è svolto il primo apprendimento.

Pianificazione/problem solving

- Difficoltà nel programmare una sequenza ordinata di azioni che porta ad una meta definita.
- Complessità eccessiva a ideare o individuare nuove risposte o soluzioni, senza perseverare nella strategia inefficace.

Esperienza percettiva

- Lenta e imprecisa.
- Incapacità a integrare e collegare le diverse parti di una configurazione in un'unità strutturata, cogliendo i rapporti tra le parti e il tutto.

Capacità attentive e concentrazione

- Difficoltà nella capacità di selezionare solo alcuni tra i molti stimoli offerti dall'ambiente ed elaborare più stimoli contemporaneamente o i vari aspetti di una situazione stimolo complessa.
- Difficoltà di inibire stimoli irrilevanti.
- Limitata quantità nel tempo di mantenere un buon livello di attenzione

Memoria



- Difficoltà nella capacità di organizzare il materiale da ricordare sia nella fase di immagazzinamento sia nel momento del recupero.

Abilità comunicative-linguistiche

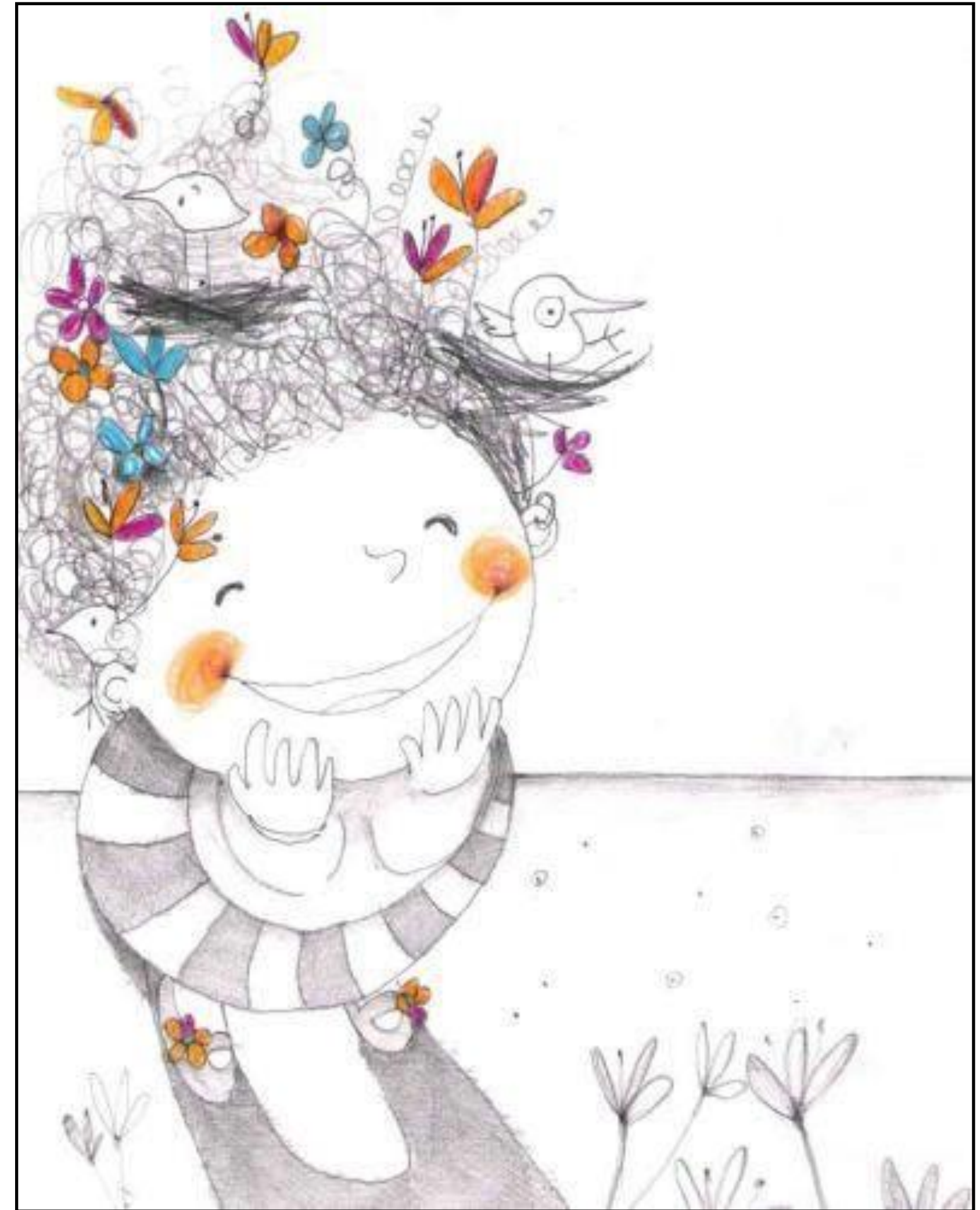
- Abilità di comprensione e produzione verbale in ritardo
- Povertà lessicale
- Difficoltà a livello pragmatico
- Semplicità nella struttura sintattica

Apprendimenti scolastici

- Inadeguatezza nella capacità di applicare in autonomia le nozioni apprese alle situazioni che le richiedono.
- Nei profili meno compromessi, si arriva a imparare a leggere, a scrivere e a fare semplici calcoli.

Abilità metacognitive

- Difficoltà nel guidare attivamente e consapevolmente i propri processi cognitivi.



Macerata, 14/8/2018

Relazione clinica di [REDACTED] nata il [REDACTED]

[REDACTED]
E' stata effettuata:

- WAIS-IV con QIT 55

Nel contesto scolastico ha un insegnante di sostegno (9 ore) e una assistente scolastica (8 ore). Ha un intervento di educativa domiciliare, che lavora sulle autonomie personali, sul comportamento e sugli apprendimenti. Ha frequentato il V anno dell' [REDACTED] con programma differenziato, pertanto non ha conseguito il diploma, ma un attestato di frequenza. Ha fatto delle alternanze scuola-lavoro (presso il canile comunale e presso il maneggio Marchesini). L'ipotesi per il futuro è quella di un tirocinio formativo. Sarà seguita dal Servizio UMEA.

Valutazione neuropsicologica

Sul piano motorio [REDACTED] è autonoma negli spostamenti. Attualmente non fa attività sportiva. Si rifiutava di fare educazione fisica anche nel contesto scolastico, in quanto si sentiva osservata.

Sul piano verbale presenta povertà lessicale e difficoltà di ragionamento logico-astratto, secondario alla disabilità intellettiva.

Sul piano relazionale presenta disinibizione, ridotta tolleranza delle frustrazioni ed impulsività. Ha difficoltà di interazione sia con i pari, che con gli adulti, soprattutto le figure maschili.

Sul piano delle autonomie personali è in grado di mangiare e ha acquisito il controllo sfinteri. Nell'igiene personale è autonoma. Ha difficoltà ad orientarsi autonomamente. Prende i mezzi pubblici in autonomia nelle tratte note. Non è in grado di prevedere e riconoscere possibili pericoli.

Le difficoltà maggiori sono a livello di relazione, autonomie personali ed apprendimenti scolastici.

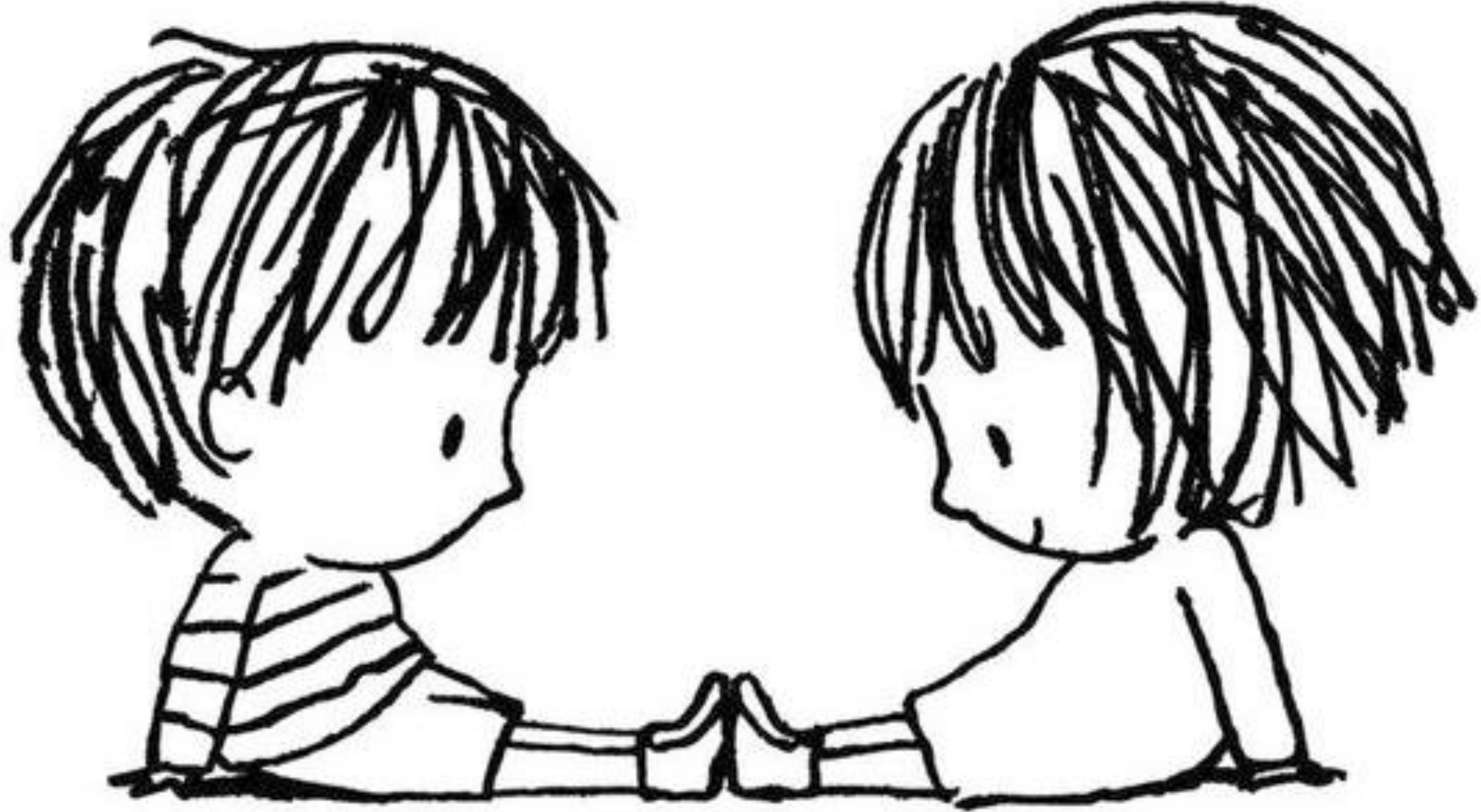
Al Gruppo di lavoro effettuato con i professori è stato riferito che le difficoltà prevalenti sono nella comprensione del testo letto, nella composizione scritta, nell'area logico-matematica, nelle lingue. Dal III anno segue un programma differenziato. Ora ha terminato il V [REDACTED] ma non ha conseguito il diploma. Ha ottenuto un attestato di frequenza.

Sul piano emotivo è impulsiva, disforica, e disinibita. Tali aspetti compromettono le relazioni con gli adulti e con i pari. Le difficoltà cognitive riducono la capacità di insight.

EON: negativo.

Conclusioni

Dalla valutazione effettuata emerge al momento attuale che [REDACTED] presenta "Funzionamento intellettuale borderline in soggetto con difficoltà negli apprendimenti scolastici severo (codici ICD 10 F 83 e F 81.9)".



DISTURBI GENERALIZZATI DELLO SVILUPPO

CHE COSA SONO?

I Disturbi Generalizzati dello Sviluppo sono una categoria diagnostica che comprende un gruppo di disordini caratterizzati da una distorsione dello sviluppo di base che riguarda la comunicazione, verbale e non verbale, la capacità sociale e l'attività immaginativa. Sono compromesse oltre tutto, le funzioni psicologiche di base come l'attenzione, la percezione sensoriale, l'umore e il funzionamento intellettuale.

ICD-10 - SINDROMI DA ALTERAZIONE GLOBALE DELLO SVILUPPO PSICOLOGICO

Si tratta di un gruppo di sindromi caratterizzato da anomalie qualitative delle interazioni sociali e delle modalità di comunicazione e da un repertorio limitato, stereotipato, ripetitivo di interessi e di attività.

Queste anomalie qualitative sono una caratteristica preminente del funzionamento dell'individuo in tutte le situazioni.



CLASSIFICAZIONE

1. Disturbo Autistico
2. Disturbo di Asperger
3. Disturbo di Rett
4. Disturbi Disintegrativo dell'Infanzia
5. Disturbo generalizzato dello Sviluppo non altrimenti specificato
6. Autismo Atipico
7. Sindrome Iperattiva Associata a Ritardo Mentale

DISTURBO DI ASPERGER

La sindrome è caratterizzata da una compromissione dell'interazione sociale, dei comportamenti e degli interessi analoga a quella dell'Autismo, in assenza di compromissione cognitiva e linguistica o di disturbi del comportamento adattivo. Infatti, il Q.I. di queste persone è uguale o superiore alla media, tanto che ci si riferisce a questo disturbo anche con l'espressione "Autismo ad Alto Funzionamento".

Si osserva una compromissione qualitativa nell'interazione sociale come:

- marcata compromissione nell'uso dei diversi comportamenti non verbali (lo sguardo, l'espressione mimica, i gesti e le posture che regolano l'interazione sociale);
- mancanza di condivisione di interessi con altre persone;
- incapacità di sviluppare relazioni con i coetanei adeguate;
- interessi e attività ristrette e ripetitive;
- rituali rigidi e specifici;
- manierismi motori stereotipati e ripetitivi, localizzati (es. sbattere o torcere le mani o le dita), o generalizzati a tutto il corpo;
- preoccupazioni per le parti di oggetti;
- un linguaggio spesso non prosodico e stereotipato, scarsamente comunicativo con un pensiero confuso o centrato su temi idiosincratici;
- sviluppo motorio rallentato, con goffaggine

SINDROME DI RETT

La sindrome di Rett, riscontrata con certezza solo nelle femmine, è una grave patologia genetica (mutazione nel gene MECP2) legata al sesso e caratterizzata da un'inadeguata crescita cerebrale. Dopo un periodo di sviluppo normale per i primi sei mesi di vita, si assiste ad una perdita o ad un netto rallentamento delle cognizioni precedentemente acquisite, con una microcefalia acquisita. Una caratteristica della sindrome è la progressiva perdita delle capacità manuali finalistiche, con uno sviluppo di attività stereotipate.

Lo sviluppo del linguaggio, sia sul versante espressivo che di comprensione, risulta gravemente compromesso. In realtà una forma di comunicazione non verbale è garantita dalla persistenza dello sguardo estremamente comunicativo.

La durata media della vita è ridotta, anche per frequenti infezioni delle vie respiratorie o per cause cardiache.

DISTURBO DISINTEGRATIVO DELL'INFANZIA

I soggetti affetti da questo disturbo presentano uno sviluppo apparentemente regolare per i primi due anni di età con normali capacità nella comunicazione, nelle relazioni sociali, nel gioco e nell'adattamento all'ambiente. Dopo i primi due anni di vita (ma prima dei 10 anni) il bambino va incontro ad una perdita clinicamente significativa di capacità di prestazioni acquisite in precedenza in almeno due delle seguenti aree:

- espressione o ricezione del linguaggio;
- capacità sociali o comportamento adattivo;
- gioco;
- capacità motorie;
- controllo sfinterico.

Il funzionamento sociale, comunicativo e comportamentale è analogo a quello dell'Autismo.

DISTURBO GENERALIZZATO DELLO SVILUPPO NON ALTRIMENTI SPECIFICATO (NAS)

In questa classe, sono collocati tutti i disturbi con caratteristiche simili a quelle dell'autismo che presentano condizioni differenti rispetto alle classi precedenti. Quest' atipicità si manifesta o in rapporto all'epoca di insorgenza (oltre i 3 anni) o in rapporto alla sintomatologia che non raggiunge la soglia prevista per l'Autismo.

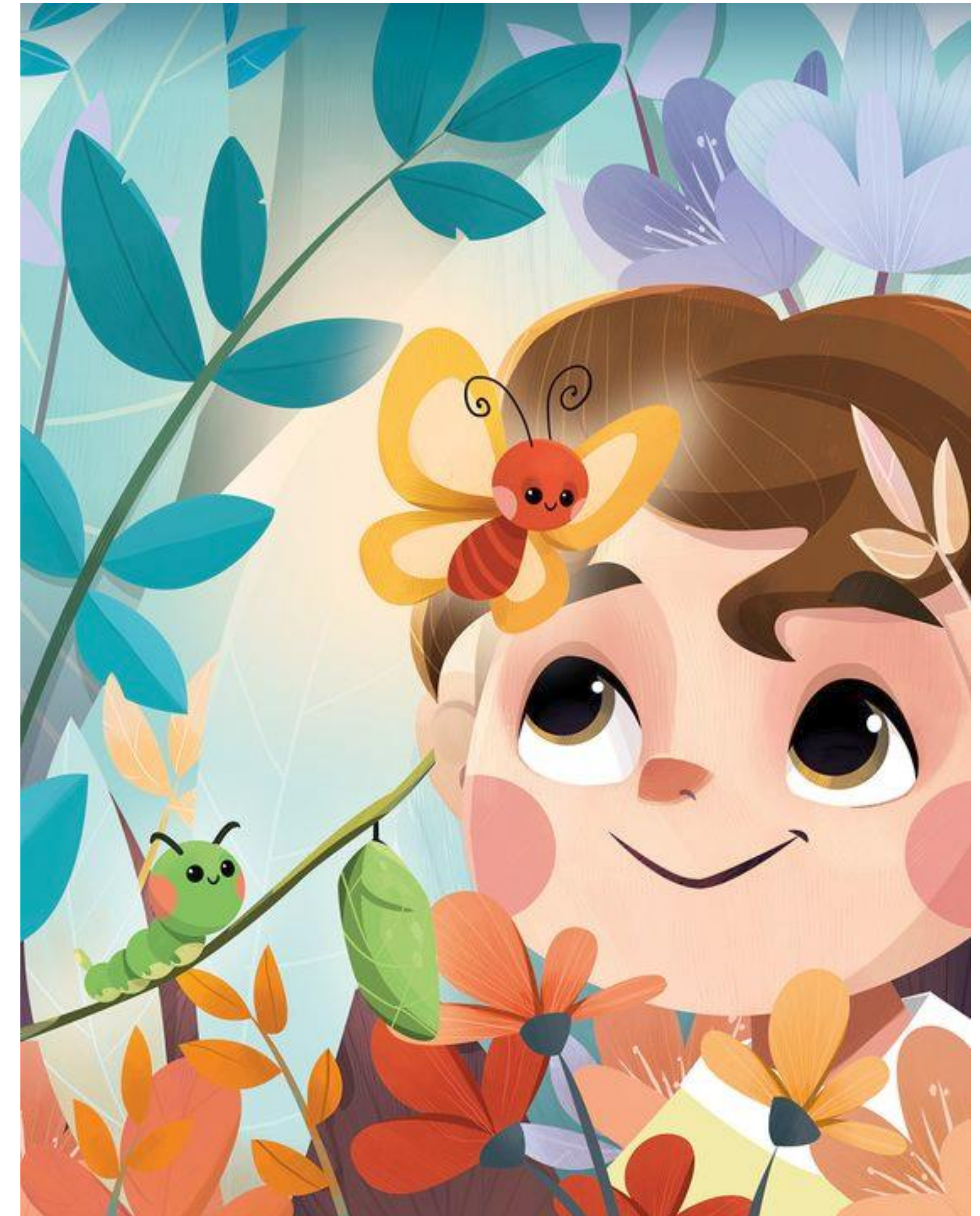
Fanno parte di questa categoria i disturbi con una grave e generalizzata compromissione dello sviluppo dell'interazione sociale reciproca o delle capacità di comunicazione verbale e non verbale o quando sono presenti comportamenti, interessi ed attività stereotipati ma non sono “qualitativamente e quantitativamente sufficienti per una diagnosi di Autismo o di altri DGS” (Levi et al. 2005).

AUTISMO ATIPICO

Si differenzia dall'autismo infantile per:

- età di insorgenza (dopo i 3 anni di età)
- non presenta i sintomi in tutti i settori presi in considerazione per la diagnosi o non ci sono sintomi evidenti

- Difficoltà a socializzare con altri bambini
- Impressione di difficoltà visiva e auditiva, allucinazioni
- Difficoltà nell'apprendimento
- Incoscienza per i pericoli reali
- Opposizione ai cambiamenti
- Mancanza dell'espressione mitica e gestuale
- Rigidità fisica
- Scarsa o mancante affettuosità
- Iperattività fisica accentuata
- Difficoltà a sostenere lo sguardo
- Attaccamento morboso a oggetti
- Azioni ripetitive nei giochi
- Predilezione per giochi o attività diverse da quelle degli altri bambini



SINDROME IPERATTIVA ASSOCIATA A RITARDO MENTALE

La categoria è destinata ad un gruppo di bambini con grave ritardo mentale (QI al di sotto di 50) che mostrano gravi problemi di iperattività e di deficit attentivo e comportamenti stereotipati.

- Nell'adolescenza, l'iperattività tende ad essere sostituita dall'ipoattività.
- Si associa con vari deficit dello sviluppo sia specifici che globali.

DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO



“TUTTO PUÒ SUCCEDERE”



DEFINIZIONE DI AUTISMO

L'autismo è un insieme eterogeneo di disturbi del neuro-sviluppo caratterizzati da esordio precoce, difficoltà di interazione e comunicazione sociale, comportamenti e interessi ristretti e ripetitivi.

Nonostante sia estremamente eterogeneo presenta sempre alcuni sintomi nucleari:

1. Sviluppo atipico dell'interazione e comunicazione sociale
2. Comportamenti ed interessi insoliti e ripetitivi



CRITERI DIAGNOSTICI DSM-5

- CRITERIO A - deficit persistente nella comunicazione e interazione sociale in diversi contesti
- CRITERIO B - pattern ristretto e ripetitivo di comportamenti, interessi e attività
- CRITERIO C - sintomi presenti fin dalle fasi precoci dello sviluppo
- CRITERIO D - Compromissione significativa del funzionamento quotidiano
- CRITERIO E - sintomi non spiegati da Disabilità Intellettiva o Ritardo Globale dello Sviluppo



CRITERIO A - DEFICIT PERSISTENTE DELLA COMUNICAZIONE E INTERAZIONE SOCIALE IN DIVERSI CONTESTI

- Deficit nella reciprocità socio-emozionale
- Deficit nella comunicazione non verbale
- Deficit nello sviluppo/mantenimento delle relazioni sociali

CRITERIO B - PATTERN RISTRETTO E RIPETITIVO DI COMPORTAMENTI, INTERESSI E ATTIVITÀ

- Stereotipie ed uso limitato di eloquio, movimenti e di oggetti
- Totale assenza di flessibilità
- Interessi ristretti/fissi e anomali per intensità
- Iper/ipo sensibilità ad input sensoriali o interessi atipici per aspetti sensoriali

ANOMALIE SENSORIALI

I bambini e i ragazzi con autismo presentano anomalie nella risposta agli stimoli sensoriali: ipo e/o ipersensibilità a determinati stimoli.

Due comportamenti:

- “*difendersi da*”
- “*ricercare*” determinate sensazioni sensoriali



“DIFENDERSI” DA

- IPERSENSIBILITA' AL SUONO (si tappano le orecchie, si allontanano dalla fonte del rumore)
- IPERSENSIBILITA' A SENSAZIONI TATTILI (evitano il contatto fisico con persone, materiali, cibi, ecc.)
- IPERSENSIBILITA' A PARTICOLARI ODORI (evitano determinati cibi o ambienti)

“RICERCARE”

- **STIMOLAZIONI TATTILI** mettere in bocca oggetti
- **STIMOLAZIONI VISIVE LEGATE AL MOVIMENTO** oggetti in movimento (ruote, ventilatori, sedie, acqua che scorre, fuoco, titoli di un film, polvere in Controluce)
- **DONDOLII E ANDATURA IN PUNTA DI PIEDI** conseguenza di anomalie a livello vestibolare o propriocettivo

ALTO E BASSO FUNZIONAMENTO

Non esistono forme univoche di autismo, ogni persona autistica è diversa dalle altre, per questo si parla di ‘**spettro autistico**’, cioè una fascia di tipologie di autismo che fa riferimento a un:

- **basso funzionamento:** soggetti con una disabilità intellettiva che non sono capaci di usare un linguaggio appropriato e hanno capacità mentali insufficienti.
- **alto funzionamento:** soggetti capaci di comunicare verbalmente e dotati di capacità intellettive nella norma o molto elevate e, a volte, particolari e settoriali.



ESERCITAZIONE

Diagnosi

Dopo aver preso visione della diagnosi presentata:

- *Individuare gli strumenti compensativi e dispensativi più adeguati (utilizzare la griglia)*
- *Definire un intervento psicoeducativo i punti riportati nella slide successiva*