



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche

PS184 DM270 Classe L-24

Tesi di Laurea Triennale

Profili di sviluppo in bambini con diagnosi di DSA, ADHD e BES.

Uno studio con il Developmental Profile 4

Developmental profiles in children with LSA, ADHD and SEN diagnosis.

A study with the Developmental Profile 4

Relatrice:

Prof.ssa Silvia Lanfranchi

Laureanda: *Martina Stagnotti*

Matricola: *1237092*

Anno Accademico 2021-2022

Indice

Introduzione	2
Capitolo 1 - Bambini con Bisogni Educativi Speciali	4
1.1. La disabilità	4
1.1.1. Le malattie congenite	5
1.2. I disturbi evolutivi specifici	6
1.2.1. I disturbi specifici dell'apprendimento	7
1.2.2. Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività.....	10
1.3. Lo svantaggio linguistico, culturale e socioeconomico	12
Capitolo 2 - Il Metodo	15
2.1. I partecipanti.....	15
2.2. Lo strumento.....	16
2.2.1. Le scale	17
2.2. La procedura	18
Capitolo 3 - Risultati	20
3.1 Analisi casi singoli	22
Capitolo 4 - Conclusione.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	29
Ringraziamenti	31

Abstract

Negli ultimi anni sono aumentate in maniera considerevole le diagnosi di bambini con bisogni educativi speciali (BES), molti dei quali presentano dei disturbi evoluti specifici, ad esempio, i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) e i deficit di attenzione ed iperattività (ADHD). Con la presente ricerca si intende delineare i profili di sviluppo di bambini con BES e con diagnosi di DSA e ADHD mediante l'utilizzo del Developmental Profile 4 (Gerald & Alpern, 2020), un questionario ampiamente utilizzato nella realtà americana per la valutazione dello sviluppo dei bambini e ragazzi. Si tratta di uno studio qualitativo che ha coinvolto 15 genitori di bambini in età scolare con almeno una problematica dello sviluppo, ai quali è stato somministrato il questionario. Tale strumento ha permesso di rappresentare le traiettorie evolutive dei bambini in cinque aree: motoria, dei comportamenti adattivi, socio emotiva, cognitiva e della comunicazione. I risultati hanno messo in evidenza punti di forza e di debolezza dei soggetti in relazione alla loro specifica problematica di sviluppo.

Introduzione

In Italia sono sempre più numerosi i bambini con diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento (DSA), disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (ADHD) e bambini con bisogni educativi speciali (BES). Questi ultimi rappresentano una vasta gamma di bambini che «con continuità o per determinati periodi» hanno l'esigenza di una particolare attenzione perché possono presentare delle difficoltà fisiche, psicologiche, sociali e molto altro (cf. Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca [MIUR]).

A tal proposito il MIUR identifica tre macrocategorie di bambini con BES:

- «disabilità»: bambini/bambine diversamente abiliti secondo la legge 104/1992¹. Le certificazioni vengono rilasciate dall'Azienda sanitaria locale [ASL] o da enti accreditati; sono bambini che hanno bisogno di un insegnante di sostegno e per i quali la scuola deve redigere un Piano educativo individualizzato (P.E.I.) o in alternativa un Piano educativo personalizzato (P.E.P.) o un Piano educativo differenziato (P.E.D.);
- «disturbi evolutivi specifici» (DES): bambini/bambine certificati secondo la legge 170/2010² e secondo la direttiva ministeriale [D.M.] 27-12-12³. All'interno di questa categoria si possono trovare tutti gli individui che necessitano di piani didattici particolari a causa di difficoltà fisiche, psicologiche, sociali e molto altro. La certificazione è necessaria e avviene attraverso ASL, enti accreditati, oppure certificati rilasciati da professionisti privati. I bambini non hanno necessariamente bisogno di un insegnante di sostegno; tuttavia, la scuola deve stilare per loro un Piano didattico personalizzato (P.D.P.);
- «svantaggio»: bambini/bambine che vivono una condizione di svantaggio linguistico, culturale oppure socioeconomico secondo la D.M. 27-12-12. All'interno di questa categoria rientrano coloro che manifestano l'esigenza di un P.D.P. temporaneo. Solitamente vengono individuati e verbalizzati dal consiglio di classe o da un gruppo di docenti purché la segnalazione avvenga sulla base di elementi oggettivi, come ad esempio l'intervento dei servizi sociali.

¹ La legge 104 tutela i soggetti diversamente abili, definiti nel testo del 1992 handicappati, il cui scopo, è la rimozione delle cause invalidanti, la promozione dell'autonomia e della socializzazione e integrazione.

² La legge 170 è stata emanata nell'ottobre del 2010, riconosce la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia quali disturbi specifici di apprendimento.

³ La direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012 approfondisce e completa ove necessario la Legge 170/2010.

I disturbi evolutivi specifici, e in particolare modo i DSA, risultano essere in costante crescita rispetto al passato, nell'anno scolastico 2018/2019 sono stati diagnosticati 52.105 bambini DSA nella scuola primaria, un numero che corrisponde al 3,1% del totale degli alunni, una cifra destinata a crescere con il progredire del grado di istruzione scolastica (Gestione Patrimonio Informativo e Statistica, 2020).

Inoltre, secondo i dati riportati dall'Istituto nazionale di statistica [ISTAT] (2021) a seguito della ricerca condotta in collaborazione con il MIUR "L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità | A.S. 2020-2021", è emerso un aumento di bambini certificati come «disabili» all'interno delle scuole italiane, si pensa che tale incremento possa essere dovuto ad un'attenzione più accurata nella diagnosi e nella certificazione della disabilità tra i bambini e ad una osservazione più meticolosa da parte dei genitori e dei docenti, che ha portato ad un aumento della domanda di assistenza (ISTAT, 2021).

Essendo in aumento nelle scuole italiane gli alunni con difficoltà, che richiedono una particolare attenzione, si ritiene opportuno avere una visione completa delle traiettorie evolutive dei bambini con una diagnosi, affinché sia possibile migliorare la conoscenza comprendendo le caratteristiche principali del loro sviluppo.

La presente ricerca ha l'obiettivo di delineare i profili di sviluppo di bambini con BES e diagnosi di DSA e ADHD mediante l'utilizzo del questionario Developmental Profile 4 (DP-4). Il DP-4 è uno strumento ampiamente utilizzato nella realtà americana che permette di ottenere varie informazioni in merito allo sviluppo di bambini e ragazzi poiché contiene cinque scale che valutano lo sviluppo dei bambini in relazione all'ambito motorio, dei comportamenti adattivi, socio emotivo, cognitivo e della comunicazione. La grande quantità di dati che è possibile ottenere mediante il suo impiego consente di avere una visione globale delle traiettorie evolutive.

All'interno del presente studio, il questionario è stato somministrato ai genitori di bambini frequentanti la scuola primaria aventi almeno una diagnosi legata ad una problematica dello sviluppo. Dalle informazioni raccolte si intende descrivere le caratteristiche principali di sviluppo dei bambini in questione mettendo in evidenza i punti di forza e di debolezza di ognuno.

Capitolo 1 - Bambini con Bisogni Educativi Speciali

I bambini con bisogni educativi speciali (BES), secondo la D.M. 27-12-12, sono tutti coloro che presentano delle difficoltà temporanee o permanenti, legate a situazioni di svantaggio linguistico e culturale o socioeconomico, o ad esempio bambini con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) che necessitano di un'attenzione speciale.

Con il termine BES si fa riferimento ad un'area molto estesa di difficoltà; per tali ragioni, il MIUR identifica tre macrocategorie: disabilità, disturbi evolutivi specifici e svantaggio linguistico, culturale e socioeconomico.

In linea con gli obiettivi di questa ricerca, nei paragrafi successivi verranno presentate le caratteristiche dei principali disturbi e delle situazioni dei bambini con bisogni educativi speciali; nello specifico verrà trattato il tema della disabilità, dei disturbi evolutivi specifici (DES) con riferimento particolare ai disturbi specifici dell'apprendimento e al deficit di attenzione e iperattività e, infine, verranno descritte le caratteristiche delle situazioni di svantaggio.

1.1. La disabilità

I bambini con disabilità sono coloro che manifestano «una menomazione fisica o mentale duratura che interferisce in modo significativo con la capacità di funzionare in una o più attività centrali della vita» (APA Dictionary, 2007); in Italia vengono certificati secondo la legge 104/92 che tutela i diversamente abili.

La disabilità compromette molti aspetti della vita dell'individuo, dall'apprendimento alla sfera relazionale, sociale e lavorativa fino a diventare l'origine di situazioni di svantaggio ed emarginazione.

L'invalidità, certificata secondo la legge 104/92, comprende le disabilità sensoriali e motorie identificate come menomazioni fisiche e le disabilità intellettive e psichiche, definite come menomazioni mentali.

Le disabilità sensoriali riguardano compromissioni nelle abilità di vedere e sentire; quando sono danneggiate porzioni legate alla vista si parla di cecità o di ipovisione, se la condizione invalidante implica le regioni uditive si tratta di sordità o ipoacusia. È possibile che vi siano delle situazioni di sordo-cecità quando i domini compromessi riguardano sia la vista che l'udito (Cornoldi, 2013).

La disabilità motoria implica delle limitazioni fisiche che riducono le capacità motorie con conseguenze nella partecipazione alle attività quotidiane (Cornoldi, 2013).

La disabilità intellettiva, un tempo definita come «*ritardo mentale*», fa riferimento a difficoltà cognitive che compromettono in modo pervasivo gli aspetti del funzionamento mentale e dell'apprendimento determinando, anche, problemi nell'adattamento sociale (Sanavio & Cornoldi, 2017).

Essendo le caratteristiche fondamentali della disabilità intellettiva il funzionamento intellettivo e il funzionamento adattivo, nella diagnosi è importante andare a valutare entrambi gli aspetti. La valutazione dell'intelligenza avviene mediante la somministrazione di test appositi che permettono di ottenere il punteggio del quoziente intellettivo (QI) e di specificare in quale fascia di gravità il soggetto si colloca, lieve quando il QI 55-69, moderata quando il QI 40-54, severa quando il QI 25-39 e infine profonda quando il QI è inferiore a 25.⁴

Il funzionamento adattivo fa riferimento alla capacità del bambino di sapersi adattare al contesto di vita in maniera efficace e viene valutato tenendo in considerazione gli standard di autonomia personale previsti per ogni fascia d'età. Le aree che si osservano sono: la comunicazione, la cura della persona, la vita in famiglia, le capacità sociali e interpersonali, l'uso delle risorse della comunità e molto altro (Vio & Lo Presti, 2014).

La condizione di disabilità può essere presente fin dalla nascita a seguito di malformazioni congenite, può insorgere come causa di alcune malattie, tra le quali le patologie dell'apparato endocrino, ad esempio il diabete mellito oppure può sorgere a seguito di un infortunio.

Nella presente ricerca è stato possibile somministrare un questionario ai genitori di una bambina affetta da una malattia congenita, per tali ragioni nel paragrafo successivo si approfondirà l'ambito delle malformazioni ereditarie e naturali.

1.1.1. Le malattie congenite

Le malattie congenite riguardano una vasta gamma di patologie che si verificano a seguito di alterazioni nel numero o nella struttura dei cromosomi e determinano la perdita o l'acquisizione parziale di una porzione cromosomica (APA Dictionary, 2007).

La letteratura in relazione alle malattie congenite è ancora scarsa; tuttavia, è possibile delineare alcuni punti in comune di queste alterazioni.

Le malformazioni cromosomiche possono essere ereditate da un genitore oppure insorgere nell'individuo, le cause sono ancora poco conosciute, ma si ritiene che con l'avanzare dell'età materna al momento del concepimento sia più probabile incorrere in queste anomalie, vi sono

⁴ Le difficoltà particolarmente pervasive in bambini con disabilità, soprattutto nell'ambito dell'apprendimento, hanno portato il sistema educativo italiano a predisporre per loro un insegnante di sostegno che possa aiutarli nel loro percorso scolastico e promuovere l'integrazione nelle classi ordinarie.

anche dei fattori teratogeni che possono interferire sullo sviluppo del feto nel periodo prenatale, ad esempio il consumo di fumo, alcol, sostanze chimiche tossiche (tra le quali alcuni farmaci), l'esposizione a radiazioni ionizzanti, avere infezioni virali e batteriche oppure alcune malattie di base come il diabete (Atkinson & Hilgard's, 2017).

Ogni malattia comporta distinte conseguenze in base all'anomalia cromosomica, se essa riguarda un'irregolarità nel numero di cromosomi si parla di «aneuploidie», nella maggior parte dei casi il feto non sopravvive, ma in caso contrario il nascituro manifesta delle patologie specifiche dovute dalla situazione atipica del DNA (Campagna, 2020).

Le aneuploidie sono la causa di molte sindromi, tra le quali la Sindrome di Down, Sindrome di Patau e Sindrome di Edwards; queste manifestano delle caratteristiche tipiche, quali dismorfismi facciali, anomalie degli arti (ad esempio lassità articolare o la polidattilia postassiale), ritardo della crescita e psicomotorio con una riduzione del tono muscolare, malformazioni cerebrali e viscerali e disabilità intellettiva (Orpha.net).

Le anomalie di struttura, o aberrazioni, sono dovute a un cambiamento della struttura dei cromosomi che può provocare l'aggiunta o la perdita di materiale cromosomico.

Quando le mutazioni non vengono riparate correttamente, si manifestano delle anomalie che consistono in traslocazioni cromosomiche, inversioni cromosomiche, anelli cromosomici, delezioni cromosomiche e duplicazioni cromosomiche, quest'ultime avvengono quando una parte del cromosoma viene duplicata e di conseguenza il corpo deve elaborare molte istruzioni, per tali ragioni chi ne è affetto manifesta delle difficoltà di apprendimento, ritardo dello sviluppo e molto altro. Quest'ultimo caso rappresenta la situazione di un soggetto presente nella seguente ricerca, nel terzo capitolo verrà delineato il suo profilo di sviluppo per comprendere ed accrescere le conoscenze in merito.

1.2. I disturbi evolutivi specifici

I disturbi evolutivi specifici o DES comprendono un'ampia gamma di disturbi che non sono certificati secondo la legge 104/1992 (MIUR).

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali nella sua quinta edizione (DSM-5) i DES vengono definiti «disturbi del neurosviluppo» in quanto, per la loro insorgenza in età evolutiva, vanno ad interferire con la maturazione del sistema nervoso del bambino con conseguenze psicologiche e comportamentali (Piccolo, 2018).

All'interno di questo paragrafo verranno approfonditi maggiormente i disturbi specifici dell'apprendimento e il disturbo dell'attenzione e di iperattività, dal momento che i soggetti della seguente ricerca rientrano in queste categorie.

Tuttavia, è opportuno sapere che i disturbi evolutivi specifici comprendono anche:

- disturbi del linguaggio, i quali compromettono l'espressione o la ricezione di idee e sentimenti;
- deficit delle abilità non verbali, prevedono delle limitate capacità di pensiero critico e di elaborazione delle informazioni non verbali con conseguenze negative sulle competenze sociali, abilità visuo-spaziali e molto altro;
- disturbi dello spettro autistico lieve, ad esempio la sindrome di Asperger che si caratterizza per difficoltà nella comunicazione ed interazione sociale senza alcun ritardo clinicamente significativo nel funzionamento cognitivo o adattivo;
- funzionamento intellettivo limite o borderline, rappresenta una situazione tra normalità e disabilità intellettiva, i soggetti presentano livelli di intelligenza inferiori alla media e possono manifestare un apprendimento più lento;
- disturbi d'ansia caratterizzati per uno stato emotivo di paura, preoccupazione o eccessiva apprensione;
- disturbi dell'umore, tra i quali rientrano la depressione e il bipolarismo.

1.2.1. I disturbi specifici dell'apprendimento

I disturbi specifici dell'apprendimento, o DSA, si riferiscono ad una serie di difficoltà nelle competenze scolastiche non pervasive ma relative a specifici ambiti dell'apprendimento, come ad esempio la lettura (APA Dictionary, 2007).

Si tratta di situazioni permanenti che rendono difficile l'acquisizione e di conseguenza l'uso di determinate capacità, come ad esempio l'abilità di ascolto, di espressione orale, di lettura, di ragionamento e matematica (Hammill, 1990, citato da Vio & Lo Presti, 2014, p. 157).

Secondo i dati riportati dalla Consensus Conference (2011) la prevalenza di DSA nel contesto italiano oscilla tra il 2,5% e il 3,5% della popolazione in età evolutiva, con rilevanti conseguenze sul piano scolastico, sociale e lavorativo.

Un disturbo specifico dell'apprendimento non implica una semplice difficoltà nell'apprendimento, la quale si riferisce a qualsiasi complicazione che uno studente può incontrare durante il suo percorso scolastico, il disturbo di apprendimento riguarda situazioni legate all'apprendimento più gravi (Cornoldi, 2013). Infatti, è necessario distinguere un DSA da un ritardo mentale e/o da altre difficoltà, per tale ragione affinché avvenga la diagnosi è importante valutare il livello di quoziente intellettivo del bambino, il quale deve essere superiore a 75. Cornoldi nel suo libro "Le difficoltà di apprendimento a scuola. Far fatica a leggere, commettere errori nello scrivere, non capire la matematica: cosa fare" riporta un

interessante caso di disturbo specifico dell'apprendimento, il caso di Roberto, un bambino frequentante la scuola primaria, con un rendimento scolastico molto basso e con notevoli difficoltà nella lettura e nelle abilità matematiche. Ciononostante, il quoziente intellettivo di Roberto risulta essere "normale" con un punteggio di 93 (il valore medio è 100), un'intelligenza elevata rispetto al rendimento scolastico che mostra il bambino. L'esempio presentato mette in luce l'importanza di valutare il quoziente intellettivo come indice rilevante per poter escludere la presenza di altri fattori (come, ad esempio, uno svantaggio socioeconomico) che potrebbero portare a delle difficoltà nell'apprendimento.

Un DSA rappresenta una condizione intrinseca al bambino, tali disordini sono dovuti a delle disfunzioni del sistema nervoso centrale (National Joint Committee on Learning Disabilities, 1988, citato da Cornoldi, 2013, p. 30), per cui il disturbo è presente fin dalla nascita, ma i bambini lo manifestano solo nel momento in cui viene richiesta l'acquisizione di specifiche abilità. Infatti, i bambini con DSA possono essere identificati fin dalla scuola primaria e si caratterizzano per una lettura lenta, faticosa, imprecisa e il bambino potrebbe avere delle difficoltà nella gestione dei compiti scolastici pomeridiani (Vio & Lo Presti, 2014).

Queste difficoltà tenderanno a diventare sempre più invalidanti con il progredire del ciclo di istruzione, nella scuola secondaria di primo e di secondo grado il carico di studio richiesto sarà maggiore e la mancata automatizzazione dei processi di base renderà difficile il raggiungimento di un buon rendimento scolastico (Vio & Lo Presti, 2014).

Di conseguenza i bambini con una compromissione specifica manifestano un carente apprendimento rispetto alla classe con ricadute a livello emotivo-motivazionale, tendono ad essere demotivati, pigri, senza alcun interesse per lo studio e per la scuola, possono avere crisi di pianto e/o comportamenti oppositivi e provocatori nei confronti di un compito particolarmente impegnativo e hanno evidenti difficoltà nella regolazione dell'umore (Vio & Lo Presti, 2014), per questi motivi possono avere una percezione di scarsa autoefficacia (Cornoldi, 2013). Generalmente, lo studente con DSA può manifestare delle inadeguate abilità sociali, ad esempio può avere difficoltà ad esprimersi e/o ad ascoltare, a comprendere il punto di vista e gli stati d'animo altrui, a cogliere i segnali comunicativi non verbali e molto altro (Cornoldi, 2013).

Il DSA prevede la compromissione di un dominio specifico di apprendimento e sulla base della difficoltà è possibile distinguere tre sottotipi:

- disturbo specifico di lettura, o dislessia evolutiva;
- disturbi specifici di scrittura che si distinguono in disortografia evolutiva e disgrafia evolutiva;
- disturbo specifico del calcolo o discalculia evolutiva.

La dislessia evolutiva prevede una difficoltà nella decodifica del testo scritto, si caratterizza per una lettura lenta e con molti errori (Consensus Conference, 2007). In altre parole, il bambino con una diagnosi di dislessia evolutiva non impara a leggere adeguatamente. Questo disordine può essere dovuto dalla compromissione di una delle due vie implicate nel processo di lettura, la *via fonologica* e la *via sub-lessicale*. La prima permette di associare ad ogni lettera scritta (grafema) il corrispondente suono (fonema), questa via permette di leggere sia parole nuove che non-parole (parole prive di significato). La seconda via è chiamata anche «visiva» o «diretta» perché permette la lettura di parole sulla base del riconoscimento visivo e delle informazioni presenti in memoria. Solitamente in un soggetto privo di difficoltà di lettura le due vie operano congiuntamente, mentre nei bambini con dislessia evolutiva non funzionano correttamente. Si parlerà di *dislessia fonologica* quando la via fonologica risulterà essere danneggiata e di *dislessia superficiale* quando la compromissione riguarderà l'aspetto legato al riconoscimento visivo (Cornoldi, 2013). Esistono opportuni test per valutare quale delle due vie risulta essere compromessa⁵.

Molti bambini con dislessia evolutiva possono presentare difficoltà anche nel processo di scrittura, in questi casi nella diagnosi è importante specificare la presenza di un disordine misto delle abilità scolastiche.

La disortografia evolutiva si riferisce a una difficoltà nella competenza ortografica e fonografica (Associazione Italiana Dislessia, [AID]), il bambino commette errori di scrittura di vario tipo, fonologico, ad esempio scrive *seda* anziché *sedia*; lessicale, ad esempio scrive *lago e il filo* anziché *l'ago e il filo* e ortografici, ad esempio *penarello* anziché *pennarello*.

La disgrafia evolutiva prevede una compromissione nell'abilità motoria di scrittura (AID).

Secondo Vio e Lo Presti (2014), la decodifica di quanto scritto da coloro con diagnosi di disgrafia risulta essere particolarmente difficile sia da parte di esterni (ad esempio

⁵ Una batteria valida per valutare la dislessia e la disortografia evolutiva è la DDE, questo strumento permette di esaminare contemporaneamente l'abilità di decodifica nella lettura e nella scrittura; permette di analizzare le fasi principali dei processi di lettura e scrittura, cioè di stabilire non solo se la prestazione sia o meno nella norma, ma anche di verificare qual è lo stato di sviluppo delle diverse fasi, dalle più elementari alle più evolute.

l'esaminatore) sia da parte del soggetto stesso. Inoltre, la compromissione della grafia riguarda tutti i caratteri, lettere e numeri. Questo disturbo può presentarsi in concomitanza con la disortografia, con la dislessia ma anche con il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività e disturbo della coordinazione motoria.

La discalculia evolutiva prevede un «disturbo dell'abilità di numero e di calcolo e si manifesta con una difficoltà nel comprendere e operare con i numeri» (AID, 1997)

La ricerca relativa a questo disordine risulta essere oggetto di dibattito in quanto alcuni autori sostengono che la discalculia sia legata a una lacuna numerica centrale o a delle difficoltà nei processi generali come, ad esempio, nella memoria verbale di lavoro, altri ritengono che esistano delle compromissioni specifiche per il dominio numerico, ad esempio nella rappresentazione della grandezza. Secondo Vio e Lo Presti (2014) questo dibattito è dovuto all'eterogeneità nel profilo delle persone con discalculia che le rende difficili da classificare all'interno di categorie e di delineare dei profili definiti. Per tali ragioni, il DSM-5 prevede una diagnosi multidimensionale di tutti gli apprendimenti per giungere alla diagnosi di discalculia. Generalmente, il disturbo specifico del calcolo si caratterizza per la presenza di molti errori sintattici, ad esempio errori di inversione nella lettura e scrittura dei numeri; errori visuo-spaziali ad esempio difficoltà nell'incolonnamento dei numeri, difficoltà nella comprensione del senso del numero, della rappresentazione della quantità e nella formazione e recupero di fatti numerici e aritmetici ad esempio l'effetto confusione⁶; queste problematiche rendono difficile l'acquisizione delle procedure di calcolo, il recupero in memoria di informazioni relative al calcolo e l'apprendimento di concetti numerici, procedure, principi matematici sempre più complessi (Vio & Lo Presti, 2014).

La Consensus Conference (2007) riporta un'elevata comorbidità (presenza contemporanea nello stesso soggetto di due o più malattie) sia tra i disturbi specifici dell'apprendimento sia con altri DES quali i disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, l'ADHD e molto altro.

1.2.2. Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, chiamato a livello internazionale *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* da cui deriva l'acronimo ADHD, descrive una categoria diagnostica che caratterizza coloro che manifestano delle difficoltà di attenzione, iperattività ed impulsività. L'American Psychological Association (APA) definisce l'ADHD

⁶ L'effetto confusione si riferisce ad un errore nel recupero di fatti aritmetici di addizione e di moltiplicazione, ad esempio alla domanda «Quanto fa 3+3?» il bambino con discalculia risponde «9».

come «una sindrome comportamentale caratterizzata dalla presenza persistente di sei o più sintomi che coinvolgono disattenzione..., impulsività o iperattività...» (APA Dictionary, 2007). I primi sintomi di ADHD possono manifestarsi prima dei sette anni e si presentano in più contesti, ad esempio a scuola e a casa (Vio & Lo Presti, 2014).

L'ADHD si caratterizza per compromettere particolarmente l'autoregolazione del comportamento con evidenti difficoltà nel mantenere l'attenzione per un periodo di tempo prolungato, nella gestione dello sforzo cognitivo, nel controllo motorio e delle risposte impulsive (Vio & Lo Presti, 2014). A causa di questa difficoltà i bambini con diagnosi di ADHD non riescono a lavorare adeguatamente sullo stesso compito per un periodo di tempo prolungato (Vio & Lo Presti, 2014).

Il disturbo interessa in misura maggiore i maschi rispetto alle femmine (Cornoldi, 2013).

I bambini con ADHD vengono spesso identificati dagli insegnanti già nella scuola primaria, quando viene chiesto a loro di concentrarsi su dei compiti specifici e di comportarsi in modo appropriato al contesto. Come accade per i disturbi specifici dell'apprendimento, anche i deficit di attenzione ed iperattività sono presenti fin dalla nascita e sono legati al non corretto funzionamento del sistema nervoso, esso infatti presenta delle anomalie strutturali e funzionali in alcune regioni, quali la corteccia prefrontale, i gangli della base, il cervelletto e il corpo calloso; inoltre, sono presenti delle difficoltà nel sistema di controllo della vigilanza, nell'inibizione delle risposte, nella memoria di lavoro, nella flessibilità cognitiva e in altre funzioni esecutive⁷ (Vio & Lo Presti, 2014).

Un bambino con diagnosi di ADHD non necessariamente presenta una difficoltà sia nella componente attentiva che nella componente di iperattività, bensì esistono dei casi in cui i bambini manifestano uno o l'altro disturbo; pertanto, si parlerà di disturbo da deficit di attenzione o disturbo da deficit di iperattività e impulsività (Cornoldi, 2013).

L'iperattività si manifesta attraverso livelli eccessivi di attività motoria e verbale, soprattutto in relazione all'età, una continua agitazione, difficoltà a rimanere seduto, a restare fermo al proprio posto. L'impulsività determina, nel bambino con ADHD, l'incapacità di posticipare la soddisfazione di un desiderio o di inibire un comportamento inappropriato e non permette di tenere in giusta considerazione le possibili conseguenze di un comportamento (Vio & Lo Presti, 2014). Le difficoltà di attenzione possono riguardare sia bambini iperattivi ed impulsivi, ma anche coloro che sono tranquilli e si palesano in quanto non riescono a stare concentrati per un

⁷ Le funzioni esecutive (FE) in letteratura non hanno una definizione univoca, in termini generali si riferiscono ad abilità che consentono di pianificare, organizzare e monitorare un'azione.

lungo periodo, commettono molti errori di distrazione perché si lasciano distrarre da stimoli superflui, non ascoltano e non seguono le istruzioni adeguatamente, non sono in grado di organizzare i compiti per casa, perdono spesso gli oggetti, sono sbadati, evitano lavori impegnativi (Cornoldi, 2013).

Un soggetto con sviluppo tipico durante un'attività che richiede una certa concentrazione è in grado di inibire gli stimoli esterni ed interni per non distrarsi, ciò non accade nel bambino con diagnosi di ADHD, il quale non riuscendo a limitare le informazioni superficiali rispetto al compito, ha nella sua mente una certa caoticità esecutiva che si manifesta tramite la messa in atto di comportamenti sregolati, ridotta persistenza, mancanza di controllo nell'eseguire un compito, irrequietezza comportamentale (Vio & Lo Presti, 2014).

Vio e Lo Presti (2014) riportano una serie di false credenze presenti nella concezione comune in relazione al bambino con ADHD, emerse e consolidate in mancanza di conoscenze adeguate in merito a tale disturbo:

- «l'ADHD scompare con l'età», precedentemente sono state spiegate le cause del disturbo (anomalie strutturali e funzionali a livello cerebrale), per cui il disturbo è presente fin dalla nascita e non scompare con l'età, ma è possibile che si attenui o al contrario che si aggravi, può assumere sfumature diverse;
- «il bambino non riesce a prestare attenzione a nulla» e «il bambino è sempre distratto e iperattivo», è possibile trovare delle attività ludiche in grado di catturare l'attenzione del soggetto;
- «il bambino è dispettoso e intenzionalmente maleducato, si oppone sempre», l'ADHD si caratterizza per la mancanza di autoregolazione comportamentale dovuta al non corretto funzionamento delle funzioni esecutive, per cui il bambino ha difficoltà a controllare e/o pianificare certi comportamenti e può avere altrettante difficoltà nell'assimilazione di regole in quanto il linguaggio interno, che permetterebbe al bambino di ripetersi mentalmente le istruzioni per lo svolgimento di un'attività e di inibire tutti gli stimoli interferenti, è compromesso e di conseguenza tenderà a mettere in atto comportamenti impulsivi e oppositivi.

1.3. Lo svantaggio linguistico, culturale e socioeconomico

Questa categoria di BES viene considerata solo in Italia e comprende i bambini che vivono una situazione di svantaggio linguistico, culturale e/o socioeconomico secondo la D.M. 27-12-12. Solitamente i bambini appartenenti a questo gruppo vengono individuati dagli insegnanti e dal consiglio di classe per il loro scarso rendimento scolastico e le loro evidenti

difficoltà di apprendimento, non esiste una vera e propria diagnosi clinica ma vengono considerati semplicemente come bambini con bisogni educativi speciali (Righini, 2019).

Il concetto di svantaggio risulta essere poco chiaro (Righini, 2019), infatti fa riferimento ad innumerevoli situazioni, ad esempio si parla di condizione svantaggiata quando la famiglia ha uno scarso reddito economico oppure quando i genitori hanno un livello di istruzione basso oppure quando il bambino appartiene ad una minoranza etnica per cui può essere soggetto a maggiori difficoltà nell'apprendimento scolastico (Cornoldi, 2013).

In queste situazioni di svantaggio un ruolo fondamentale è rivestito dalla famiglia che costituisce il contesto di vita fondamentale per lo sviluppo ottimale del bambino (Sanavio & Cornoldi, 2017). Esistono molte situazioni che provocano un disagio familiare e che possono fungere da fattori di rischio per il bambino, ad esempio genitori assenti, lutti, abbandoni, maltrattamenti e anche divorzi, quest'ultimi possono essere conflittuali e determinare una condizione familiare a singolo genitore in cui il bambino si trova ad essere privato dell'altra figura genitoriale, una situazione dalla quale può insorgere disagio e sofferenza per il bambino stesso. La mancanza di una figura genitoriale, per i motivi sopra elencati e per molti altri, può essere fattore determinante per una situazione svantaggiata in quanto il bambino potrebbe essere esposto a meno stimoli intellettuali e culturali rispetto ai suoi coetanei la cui condizione familiare risulta essere tipica (Sanavio & Cornoldi, 2017).

Un'ulteriore condizione di svantaggio può essere determinata dall'appartenenza ad un gruppo minoritario. Secondo i dati Istat del 2021 i cittadini stranieri in Italia sono circa l'8,7% della popolazione. I bambini di gruppi etnici minoritari possono non conoscere bene la lingua e la cultura italiana e avere delle difficoltà in ambito scolastico e ripercussioni nella quotidianità, ad esempio essere soggetti a fenomeni di discriminazione ed emarginazione sociale.

I fattori sopra citati hanno una serie di effetti negativi sulla sfera relazionale e sociale, sulle capacità linguistiche, sulla motivazione e di conseguenza sul rendimento scolastico dei bambini che vivono in queste situazioni (Righini, 2019).

Le condizioni di svantaggio possono essere alla base di molti altri fenomeni socialmente devianti che vanno ad interferire ulteriormente con lo sviluppo tipico dei bambini, quali il bullismo, la tossicodipendenza e la delinquenza giovanile. I bambini e ragazzi che si trovano in queste situazioni di svantaggio hanno basse abilità cognitive e scolastiche con difficoltà negli apprendimenti (Sanavio & Cornoldi, 2017). Fondamentale è il coinvolgimento della famiglia per poter individuare questi contesti e per delineare un quadro completo della situazione affinché i bambini possano essere aiutati nell'affrontare le loro difficoltà. Ogni contesto

svantaggiato presenta delle caratteristiche peculiari, ma tutti sono caratterizzati dalla fragilità, vulnerabilità e precarietà della situazione (Righini, 2019).

Capitolo 2 - Il Metodo

L'obiettivo della presente ricerca è di analizzare i profili di sviluppo di bambini con BES e con diagnosi di DSA e ADHD mediante le informazioni ottenute dal questionario Developmental Profile 4, il quale è stato somministrato ai genitori.

Conoscere le traiettorie evolutive dei bambini con bisogni educativi speciali permette di comprendere le loro caratteristiche peculiari mettendo in evidenza sia i punti di forza che di debolezza di ognuno.

2.1. I partecipanti

I partecipanti dello studio sono 15 bambini del Nord Italia con BES, DSA e ADHD, di cui otto maschi e sette femmine. Nello specifico, sono stati raccolti cinque questionari di bambini identificati come BES, nove di bambini con disturbo specifico dell'apprendimento e uno con disturbo da deficit di attenzione e iperattività. Tutti i bambini reclutati frequentano la scuola primaria e la maggioranza è iscritta alla classe quinta. Dei cinque bambini con bisogni educativi speciali, tre sono femmine e due sono maschi.

Le bambine sono state identificate come BES in quanto una di loro ha una disabilità certificata secondo la legge 104/92, alla fanciulla è stata diagnostica una sindrome da duplicazione cromosomica; un'altra bambina si trova in una difficile situazione familiare che ha richiesto l'intervento dei servizi sociali, gli insegnanti sostengono che la bambina soffre di un certo disagio relazionale; infine, l'ultima bambina con BES vive in una situazione di svantaggio. I due bambini presentano due difficoltà distinte, uno di loro si trova in una condizione di svantaggio linguistico e culturale presumibilmente per la sua appartenenza ad un gruppo minoritario; l'altro bambino ha un disturbo evolutivo specifico borderline, per cui presenta un funzionamento intellettuale limite (FIL) tra la normalità e la disabilità intellettiva. Dei nove bambini con DSA è stato possibile conoscere solo di alcuni la specifica compromissione nell'apprendimento. Due bambine, di 8 e 11 anni hanno una diagnosi di dislessia evolutiva, un bambino di 10 anni presenta una diagnosi di disordine misto delle abilità scolastiche, nello specifico ha difficoltà di decodifica del testo scritto e nella competenza ortografica e fonografica; un bambino di 8 anni ha sia un disturbo specifico dell'apprendimento che un disturbo del comportamento ed infine cinque soggetti, tre maschi e due femmine, dei quali non si è a conoscenza della particolare compromissione, ma solo della presenza di un disturbo specifico dell'apprendimento.

Il soggetto più piccolo (6 anni e 6 mesi) che è stato reclutato, ha una diagnosi di ADHD, i genitori non hanno dichiarato se il figlio ha un disturbo da deficit di attenzione o di iperattività o entrambi.

2.2. Lo strumento

Per la presente ricerca è stata utilizzata la quarta versione del Developmental Profile (DP-4) aggiornata nel 2020, uno strumento ampiamente diffuso nella realtà americana per valutare lo sviluppo di bambini e ragazzi di età compresa tra 0 e 21 anni. Il questionario fornito ai genitori si compone di due sezioni principali, la prima riguarda le variabili sociodemografiche, permette di ottenere informazioni sia in merito al bambino, ad esempio se ha delle problematiche dello sviluppo, sia in relazione ai genitori, ad esempio l'età, la nazionalità, il lavoro ed altri aspetti; la seconda sezione riguarda il DP-4 vero e proprio, i genitori, in questo caso, sono chiamati a rispondere a delle domande dicotomiche «Sì/No» relative ai comportamenti dei loro figli.

Lo strumento è stato scelto perché permette di raccogliere una grande quantità di informazioni grazie alla presenza di cinque scale che consentono di osservare le traiettorie evolutive dei bambini in cinque diversi ambiti e di conseguenza risulta possibile delineare un quadro generale di sviluppo. Le domande del DP-4 possono essere somministrate sia ai genitori, sia agli insegnanti che ai clinici, sotto forma di intervista o di questionario. Si tratta di valutazioni indirette in quanto le informazioni che si ottengono dipendono dalle risposte che soggetti esterni al bambino riferiscono in merito ai comportamenti che osservano mettere in atto dai bambini stessi nella loro quotidianità. La valutazione indiretta costituisce un punto di forza dello strumento; tuttavia, è opportuno evidenziare che spesso i genitori, quando sono chiamati a dare delle risposte relative ai loro figli, possono non essere affidabili nel giudizio e le loro risposte potrebbero essere influenzate dalla desiderabilità sociale⁸.

Per questi motivi, sarebbe appropriato raccogliere le informazioni sia dei genitori che degli insegnanti e/o clinici per poter delineare un quadro completo dello sviluppo dei bambini.

Il Developmental Profile 4 può essere utilizzato in molte occasioni, come test di screening oppure può essere utile per il primo colloquio, o all'interno delle classi scolastiche per comprendere le eventuali capacità o debolezze di gruppi di alunni, oppure come punto di partenza o di monitoraggio per un intervento, o, come nel seguente caso, per motivi di ricerca.

⁸ La desiderabilità sociale è un effetto che si verifica quando il partecipante ad una ricerca fornisce delle risposte controllate per trasmettere un'immagine di sé che considera socialmente più accettabile, avviene soprattutto quando si tratta di tematiche sensibili.

In questo studio specifico ha permesso di comprendere le caratteristiche evolutive di bambini con BES e con diagnosi di DSA e ADHD e di delineare le traiettorie di sviluppo delle cinque aree che il questionario indaga.

Lo strumento è composto da cinque sub scale, i cui item sono posti in ordine crescente. Ogni scala indaga una specifica area di sviluppo e le domande presenti possono variare sulla base di chi compila il questionario o viene sottoposto all'intervista, ad esempio gli insegnanti sono chiamati a rispondere ad un numero di domande inferiori rispetto a quelle dei genitori o dei clinici.

2.2.1. Le scale

Il primo set di domande riguarda le capacità motorie del bambino, nello specifico permette di valutare i compiti che richiedono coordinazione, forza, resistenza, flessibilità e abilità motorie sequenziali. Si tratta di 37 domande, di cui una parte di item indaga le abilità grosso-motorie, le quali permettono di controllare i muscoli che consentono di gattonare, stare seduti, camminare e molto altro, un esempio di domande:

- “Da seduto/a, si alza aggrappandosi ad un supporto (che non sia una persona)?”
- “Usa il movimento delle gambe e del corpo per spingersi da solo/a su un'altalena, senza essere spinto/a?”.

Una seconda parte di item riguarda le abilità fino-motorie, le quali fanno riferimento ai movimenti piccoli delle dita, dei polsi, delle braccia; esempi di domande:

- “È in grado di tenere in mano un cellulare o un tablet con abbastanza attenzione da essere sicuri che non lo farà cadere?”
- “È in grado di allacciare i lacci delle scarpe o qualsiasi altro laccio facendo un fiocco?”.

La seconda scala permette di indagare i comportamenti adattivi, valuta le competenze, le abilità e la maturità del bambino di interagire con l'ambiente. Le domande sono 41 e si concentrano sulla capacità del bambino di svolgere compiti come mangiare, vestirsi, essere indipendente ed utilizzare la tecnologia moderna. Esempi di domande:

- “Riesce a bere da un bicchiere, da una tazza con beccuccio o da una cannuccia?”
- “Fa pipì nel water senza l'aiuto di un adulto? Questo include anche tirare giù e su i vestiti e tirare l'acqua.”.

La terza area di sviluppo è quella socio-emotiva, misura l'abilità del soggetto nelle relazioni interpersonali, la sensibilità sociale ed emotiva ed i comportamenti adeguati in situazioni sociali. Prevede 36 domande che valutano il modo in cui il bambino si relaziona socialmente, esempi di domande:

- “Chiede consiglio a un adulto quando ha problemi con gli amici?”

- “Modifica il suo comportamento in modo appropriato a seconda del contesto? Per esempio, è calmo e tranquillo in biblioteca o in classe, ma attivo e rumoroso al parco giochi?”

La quarta scala è composta da 42 item che misurano le abilità cognitive in modo indiretto valutando lo sviluppo delle abilità necessarie per un buon funzionamento scolastico ed intellettuale. La valutazione per i bambini in età prescolare considera le abilità che fungono da prerequisito per lo sviluppo di una buona lettura, scrittura ed altro, un item possibile è:

- “Usa matite o pastelli nel chiaro tentativo di lasciare segni su una qualsiasi superficie scrivibile?”

Mentre, la valutazione per i bambini nell’età scolare e oltre si concentra sulla misurazione delle abilità scolastiche effettive, ad esempio:

- “Risponde correttamente quando gli/le viene chiesto di sottrarre un numero di una cifra da un altro? Ad esempio, «Quanto fa 9 meno 4?». Va bene anche se per contare usa oggetti oppure le dita.”

Infine, l’ultima area indaga le abilità comunicative che comprendono sia il linguaggio verbale che non verbale. Attraverso 34 item è possibile valutare l’uso del linguaggio parlato, scritto e gestuale e le abilità nell’utilizzo di strumenti di comunicazione, quali il telefono e/o il computer in maniera efficace. Una parte di item misura la comunicazione recettiva, un esempio:

- “Capisce le istruzioni a quattro passaggi, come: «Metti il libro nello zaino, metti in ordine il tavolo, lavati le mani e vieni a tavola per la cena?»”.

L’altra parte indaga la comunicazione espressiva, un esempio:

- “Riesce a raccontare una storia guardando le immagini di un libro? La storia deve corrispondere a ciò che è raffigurato.”

2.2. La procedura

Nel presente progetto di ricerca si è deciso di procedere con la somministrazione del questionario DP-4 ai genitori di bambini con BES e con diagnosi di DSA e ADHD in età scolare.

Per reclutare i soggetti per il seguente studio, è stato fatto affidamento all’Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Bussolengo e ad un Istituto Comprensivo Statale di Brescia.

In accordo con l’ASL, è stato possibile contattare telefonicamente e talvolta direttamente in struttura, i genitori di bambini con determinate diagnosi e chiedere la loro partecipazione al progetto. La collaborazione con l’Istituto di Brescia è avvenuta tramite un contatto interno del Consiglio di Istituto che ha permesso di esporre al gruppo di docenti il progetto di ricerca e chiedere il loro consenso per contattare le famiglie di bambini con bisogni educativi speciali.

Alle famiglie è stata spiegata la ricerca, in che cosa consisteva e il tempo che avrebbero dovuto dedicare, circa 30-40 minuti; è stata sottolineata l'importanza di rispondere a tutte le domande, anche se alcune avrebbero potuto non riguardare i loro figli, dal momento che i quesiti coprono una fascia di età ampia (da 0 a 21 anni). Data la condizione pandemica da Covid-19, ancora incerta nel momento in cui lo studio è avvenuto, alle famiglie contattate tramite ASL è stata data la possibilità di scegliere se compilare il questionario cartaceo a casa, o se recarsi nell'azienda per compilarlo in presenza.

Ai genitori che hanno deciso di rispondere alle domande in maniera autonoma a casa, sono state fornite tutte le informazioni necessarie per la corretta compilazione per via telefonica, dopodiché ad alcuni si inviava una e-mail con il fascicolo con i quesiti e ad altri veniva consegnato di persona al genitore al termine di una visita presso l'ASL, in entrambe le situazioni si chiedeva di restituire il questionario in azienda una volta completato.

Con i genitori che hanno scelto la compilazione in presenza sono stati presi degli appuntamenti nei giorni in cui i loro figli avevano una visita nella struttura e per garantire a tutti la possibilità di rispondere alle domande in un luogo tranquillo, privo di distrazioni e con la giusta privacy, l'azienda aveva predisposto una stanza apposita. Si rimaneva a disposizione dei genitori durante la compilazione per eventuali dubbi e/o chiarimenti soprattutto per coloro che presentavano delle difficoltà con la lingua italiana.

Al termine della compilazione di ogni questionario in presenza, venivano vagliate rapidamente le domande per assicurarsi che ognuna avesse ricevuto una risposta, in caso contrario si invitava il genitore a fornirne una. Una volta ottenuti i fascicoli compilati, sono state confrontate le diagnosi riportate dai genitori con le cartelle cliniche per verificarne la congruenza.

I genitori reclutati mediante la scuola di Brescia, dopo la presentazione della ricerca e la richiesta di consenso, hanno ricevuto il questionario cartaceo direttamente dagli insegnanti e una volta completati sono stati restituiti agli stessi; anche in questo caso è avvenuto un confronto tra le diagnosi riferite dai genitori e l'effettiva certificazione che l'Istituto ha dei singoli individui.

Capitolo 3 - Risultati

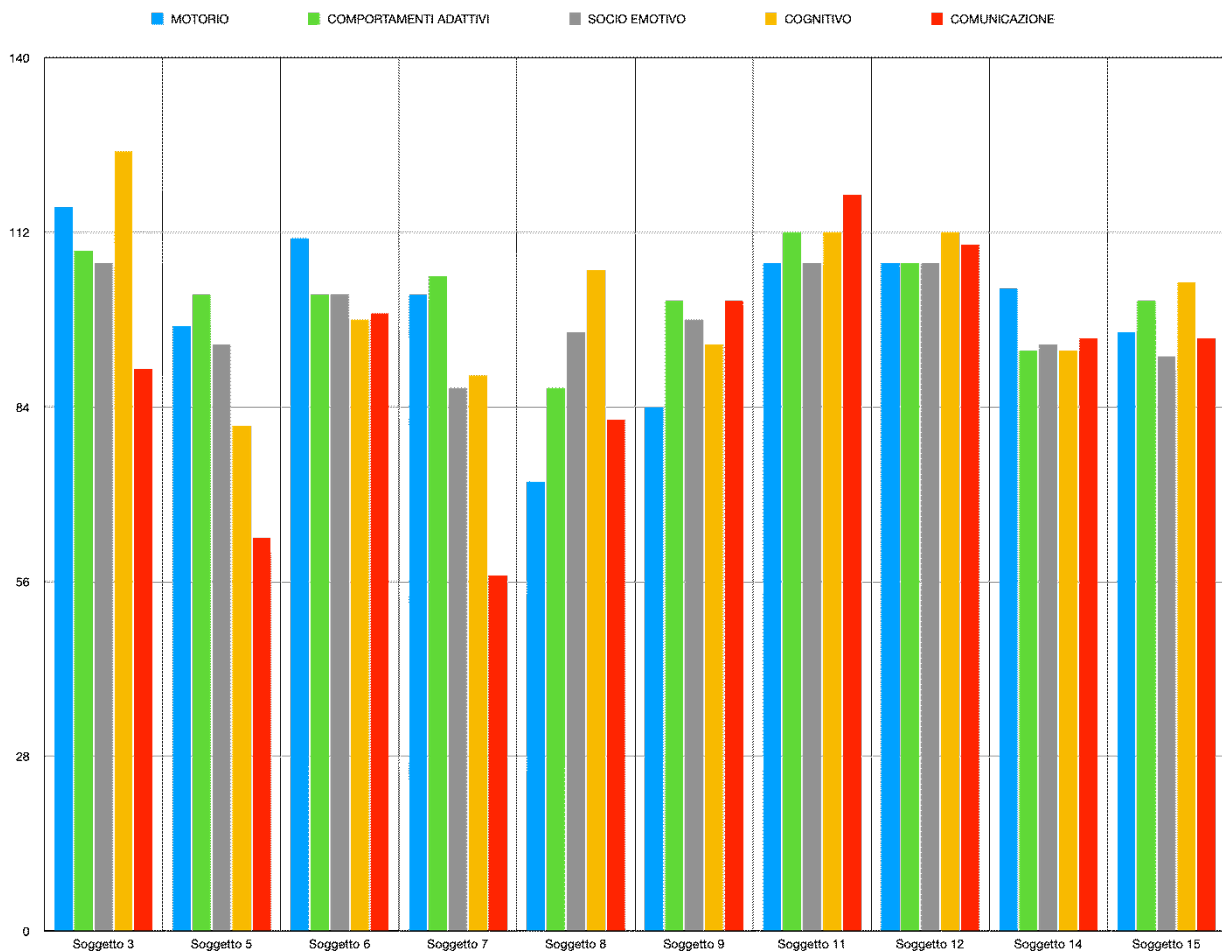
Per analizzare i dati emersi dal presente studio sono stati convertiti i punteggi grezzi ottenuti da ogni soggetto in punteggi standard. La trasformazione è avvenuta facendo riferimento ai dati normativi utilizzati nell'ambito americano dal momento che nel contesto italiano non si è ancora completata la procedura di standardizzazione del questionario adottato per la ricerca descritta. I partecipanti rappresentano un gruppo molto eterogeneo di bambini e bambine con bisogni educativi speciali sia per età che per le specifiche problematiche di sviluppo, per questo motivo non è possibile eseguire un confronto tra i soggetti, ma si procederà con la presentazione delle loro traiettorie evolutive e nel paragrafo successivo verranno descritti nel dettaglio alcuni casi. Nella tabella 3.1 vengono mostrati i punteggi di sviluppo generale ottenuti da ogni individuo e la loro posizione all'interno del campione americano di riferimento. Per garantire il rispetto della privacy e dell'anonimato viene utilizzata l'etichetta «Soggetto n.»

Tabella 3.1: Punteggi di sviluppo generali

Codice identificativo	Problematica sviluppo	di Punteggio sviluppo generale	di Percentile
Soggetto 1	ADHD	96	39
Soggetto 2	FIL	82	12
Soggetto 3	DSA	106	66
Soggetto 4	DSA e DC	99	47
Soggetto 5	BES	87	19
Soggetto 6	DSA	100	50
Soggetto 7	DSA	87	19
Soggetto 8	BES	88	21
Soggetto 9	DSA	94	34
Soggetto 10	BES	62	1
Soggetto 11	DSA	108	70
Soggetto 12	BES	105	63
Soggetto 13	DSA	84	14
Soggetto 14	DSA	94	34
Soggetto 15	DSA	96	39

Il grafico 3.1 mostra le traiettorie evolutive dei partecipanti che non verranno trattati nel dettaglio nel paragrafo successivo. I loro profili di sviluppo sono stati delineati sulla base delle valutazioni fornite dai genitori nelle cinque aree di interesse: motoria, comportamenti adattivi, socio emotiva, cognitiva e della comunicazione. Ogni area è rappresentata da un colore, sull'asse delle ascisse sono presenti i partecipanti, sull'asse delle ordinate i punteggi standard ottenuti da ognuno.

Grafico 3.1: Profili di sviluppo



I soggetti numero 3, 6, 7, 9, 11, 14 e 15 hanno una diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento; tuttavia, si è a conoscenza della specifica compromissione solo dei soggetti numero 3 e 14. Si tratta di due bambine con dislessia evolutiva, le quali hanno ottenuto un punteggio più basso nell'area della comunicazione posizionandosi rispettivamente al 25% e al 37% della popolazione americana di riferimento nelle specifiche fasce di età. I soggetti 5, 8 e 12 sono stati identificati come BES in quanto si trovano in una situazione di svantaggio. Tramite un colloquio con gli insegnanti è stato possibile comprendere la peculiarità della situazione dei soggetti numero 5 e 8. Il primo caso riguarda un bambino di 9 anni di nazionalità straniera, l'appartenenza ad una minoranza etnica determina delle difficoltà a livello linguistico e

culturale, tanto è vero che il bambino ha raggiunto un punteggio molto basso nello sviluppo della comunicazione che lo colloca all'1% della popolazione. Il soggetto numero 8 è una bambina di 10 anni che è stata identificata, temporaneamente, dai servizi sociali e dagli insegnanti come *bambina con bisogni educativi speciali* per la sua difficile situazione familiare; i genitori sono divorziati o separati, hanno circa 20 anni di differenza, il loro livello di istruzione è basso e al momento solo il padre della bambina ha un'occupazione. Gli insegnanti riportano che la fanciulla manifesta un certo disagio relazionale. La bambina, tramite la valutazione fornita dal padre, ha ottenuto punteggi inferiori alla media in tutte le aree ad eccezione dello sviluppo cognitivo in cui si posiziona al 66% del campione americano di riferimento. Nel paragrafo successivo verranno descritti nel dettaglio alcuni casi significativi.

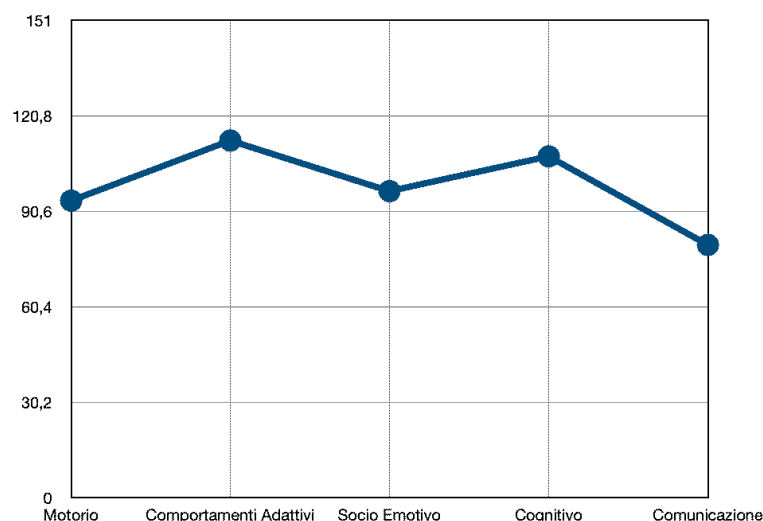
3.1 Analisi casi singoli

Il primo soggetto che si ritiene interessante da analizzare è il numero 1.

Si tratta del bambino più piccolo del seguente studio, nel momento in cui il questionario è stato somministrato aveva 6 anni e 6 mesi. Le informazioni sono state fornite dal padre.

Al bambino è stato diagnosticato un disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), durante il confronto finale con la neuropsichiatra infantile, che ha in cura il soggetto, non è stato specificato se il bambino presenta il deficit in entrambe le aree, nell'attenzione e nell'iperattività, oppure solo in una delle due. Il soggetto ed i genitori sono di nazionalità indiana, questi ultimi sono sposati. La madre del bambino ha 35 anni, una licenza media e al momento è una casalinga non in cerca di un'occupazione. Il padre, di 43 anni, ha un diploma di scuola superiore e lavora a tempo pieno come panettiere. Nel grafico 3.2 viene delineata la traiettoria evolutiva del bambino nelle cinque aree indagate.

Grafico 3.2: Profilo di sviluppo Soggetto 1



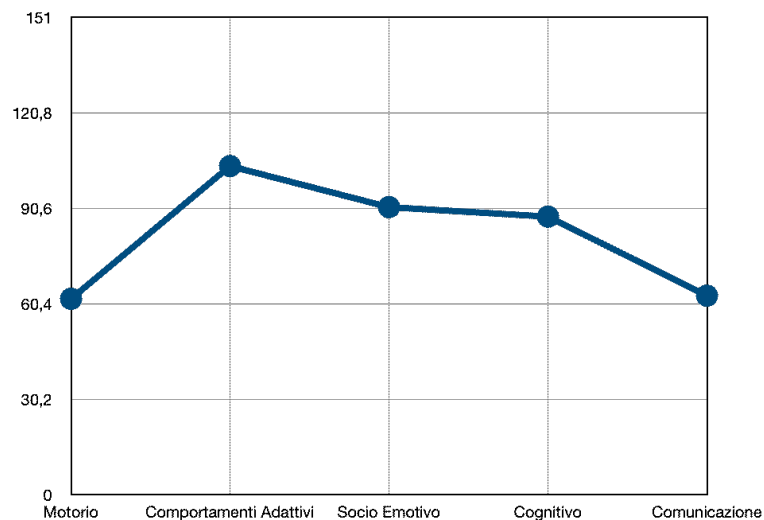
Dal grafico è possibile osservare due punti di forza del bambino: lo sviluppo dei comportamenti adattivi e lo sviluppo cognitivo. Secondo quanto riferito dal padre, il bambino è in grado di mangiare e vestirsi in modo autonomo nonostante la sua giovane età; infatti, nell'area dei comportamenti adattivi si colloca all'81% rispetto ai bambini americani della sua stessa età. Nello sviluppo cognitivo il bambino ha raggiunto un punteggio di 108 che corrisponde al 70% della popolazione.

Gli ambiti in cui il punteggio scende particolarmente sono nello sviluppo socio emotivo e nella comunicazione, in cui si colloca rispettivamente al 42% e al 9% della popolazione.

Il secondo caso si riferisce al soggetto 2, un bambino di nazionalità italiana di 8 anni.

Il questionario è stato compilato dalla madre. Il bambino è stato identificato come BES perché il suo funzionamento cognitivo risulta essere al limite. I genitori del bambino, di nazionalità italiana, convivono. La madre di 36 anni ha una licenza media e lavora part time come addetta alle pulizie; il padre ha un diploma di scuola superiore e lavora come rappresentante a tempo pieno. La somma dei punteggi ottenuti dal soggetto in ogni scala è 82 che corrisponde al 12% del campione americano. Il grafico seguente 3.3 mostra il profilo di sviluppo del bambino nelle aree indagate.

Grafico 3.3: Profilo di sviluppo Soggetto 2

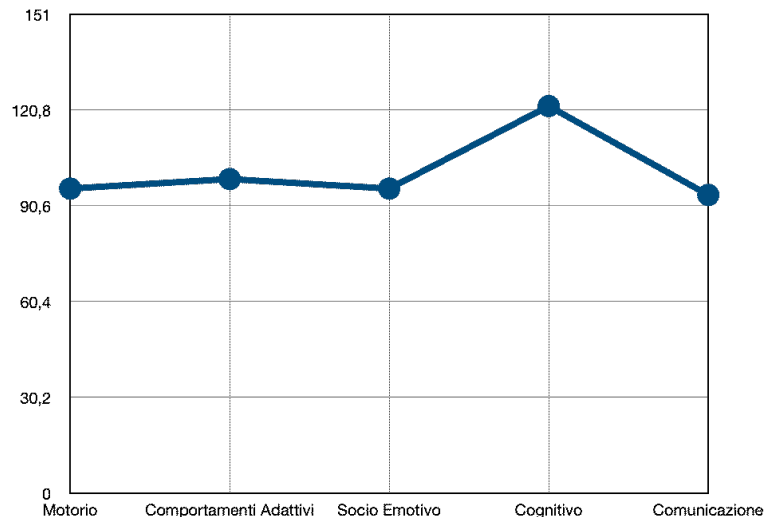


Dal grafico sono evidenti i punti di debolezza del bambino: lo sviluppo motorio e la comunicazione nei quali ha ottenuto rispettivamente un punteggio di 62 e 63 che corrispondono all'1% della popolazione.

Un punto di forza è lo sviluppo dei comportamenti adattivi, il quale si riferisce alle competenze, abilità e alla maturità del bambino nell'interagire con l'ambiente.

Il terzo caso che si intende analizzare riguarda il soggetto 4, un bambino di 8 anni di nazionalità italiana con una diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento e di disturbo della condotta (DC). Il questionario è stato compilato dalla madre. I genitori del bambino sono divorziati o separati. La mamma, di 37 anni, lavora a tempo pieno come commessa; mentre il padre, di 38 anni, lavora a tempo pieno come operaio. Nel seguente grafico 3.4 viene presentata la traiettoria evolutiva del soggetto nelle cinque aree indagate.

Grafico 3.4: Profilo di sviluppo Soggetto 4



Dal grafico emerge un picco positivo nello sviluppo cognitivo nel quale si colloca al 93% del campione americano con un punteggio di 122.

Le uniche difficoltà riscontrate dalla madre si riferiscono alla capacità del bambino di fare delle rime con almeno tre parole e alla conoscenza delle tabelline.

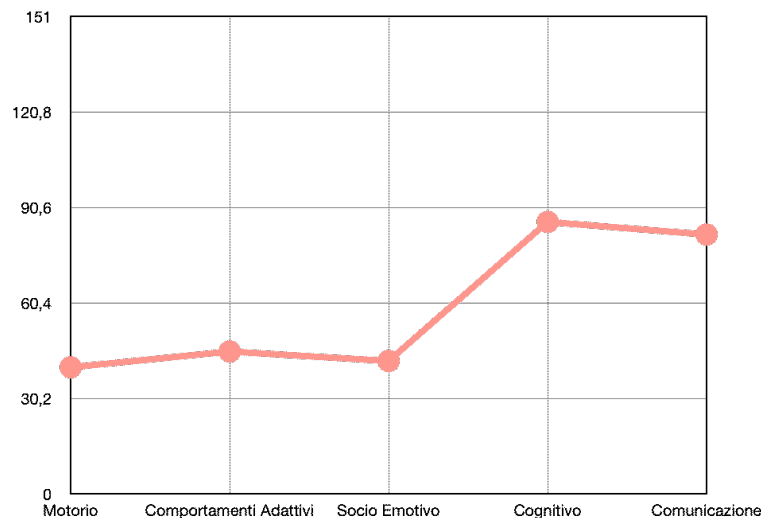
Nel complesso lo sviluppo nelle altre aree indagate risulta essere lineare; a livello comunicativo sono state riscontrate alcune difficoltà nella componente espressiva, ad esempio, il bambino non è in grado di cambiare il suo stile di comunicazione a seconda della situazione. Infine, secondo la valutazione della madre, nello sviluppo socio emotivo il bambino si colloca al 39% rispetto alla popolazione americana. Sulla base delle risposte fornite, il fanciullo non modifica il suo comportamento in modo appropriato a seconda del contesto, non rimane concentrato per almeno 30 minuti insieme ad un amico o un'amica per giocare e non sa essere sportivo, non riesce a calmarsi in modo appropriato almeno alcune volte quando è arrabbiato o turbato.

Il quarto caso fa riferimento al soggetto numero 10.

Si tratta di una bambina di 10 anni certificata secondo la legge 104/92 come bambina diversamente abile. La disabilità è dovuta ad una malattia congenita, la sindrome da duplicazione cromosomica (si veda capitolo 1.1.1.).

Il questionario è stato compilato dalla madre. I genitori della bambina sono sposati, hanno un diploma di scuola superiore e lavorano a tempo pieno come impiegati. La madre ha 48 anni e il padre 52. Il profilo di sviluppo della fanciulla in questione è decisamente inferiore rispetto a tutti gli altri soggetti presenti nella ricerca e rispetto al campione di riferimento americano, infatti si colloca al primo percentile. La disabilità di cui è affetta è particolarmente invalidante per ogni ambito della sua quotidianità. Di seguito viene riportato il grafico in cui si mostra la traiettoria evolutiva della bambina.

Grafico 3.5: Profilo di sviluppo Soggetto 10

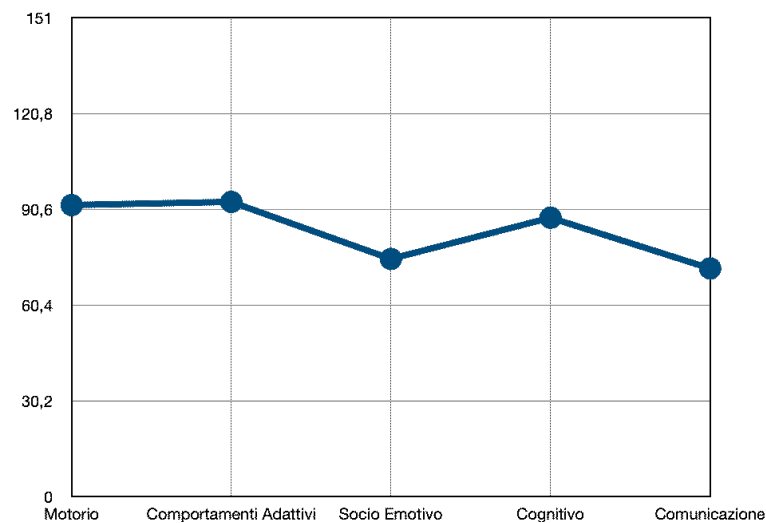


Gli ambiti più compromessi riguardano lo sviluppo motorio, dei comportamenti adattivi e socio emotivo, in cui i punteggi indicano che si trova al di sotto dello 0,1% della popolazione di riferimento. Mentre, nell'ambito cognitivo e della comunicazione raggiunge rispettivamente il 18% e 12% della popolazione; infatti, secondo alcune risposte fornite dalla madre, la bambina è in grado di leggere a voce alta una storia semplice in modo sufficientemente comprensibile da far sì che qualcuno che ascolta sia in grado di capirla ed è in grado di eseguire a mente senza contare con le dita addizioni a una cifra. A livello comunicativo, ad esempio, è in grado di comprendere le istruzioni a quattro passaggi e di ripetere la trama di una storia, di un film, di un video o di un programma televisivo.

Infine, l'ultimo caso che viene presentato nel dettaglio riguarda il soggetto 13.

Si tratta di un bambino di 10 anni e 7 mesi con una diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento, in particolare di dislessia e disortografia evolutiva. I genitori del bambino sono sposati, la madre ha 46 anni e lavora part time come coltivatrice diretta; il padre, di 48 anni, lavora a tempo pieno come coltivatore diretto. Secondo la valutazione fornita dal genitore, il profilo di sviluppo generale è di 84 che corrisponde al 14% della popolazione americana di riferimento. Nel grafico 3.6 viene delineato il profilo di sviluppo nelle diverse aree indagate.

Grafico 3.6: Profilo di sviluppo Soggetto 13



Dal grafico è possibile osservare un punteggio basso nell'ambito socio emotivo e nella comunicazione in cui si colloca rispettivamente al 5% e al 3% della popolazione. Il settore socio emotivo indaga le abilità del bambino nelle relazioni interpersonali e la sua sensibilità sociale ed emotiva. Secondo quanto dichiarato dalla madre, il figlio non esprime nemmeno una volta alla settimana il desiderio di giocare con gli altri bambini o dei compagni di classe e non è in grado di cogliere i segnali non verbali, ad esempio non comprende che se qualcuno è impegnato in un'altra attività è meglio non interagire. Nell'ambito della comunicazione, il soggetto ha delle difficoltà nell'esprimersi. Infine, attraverso un'analisi accurata delle risposte fornite dalla madre nella scala cognitiva, è stato possibile notare le difficoltà del bambino in relazione alla sua diagnosi, il soggetto non è in grado di leggere almeno 5 parole scritte e comprendere il loro significato e non scrive a memoria almeno 20 parole in maniera corretta. Tuttavia, il fanciullo presenta dei punti di forza nello sviluppo motorio e dei comportamenti adattivi in cui ha raggiunto rispettivamente i punteggi di 92 e 93 che gli permettono di collocarsi intorno al 30% del campione di riferimento americano.

Capitolo 4 - Conclusione

Il presente studio ha permesso di delineare i profili evolutivi di bambini in età scolare con BES e con diagnosi di DSA e ADHD sulla base delle valutazioni fornite dai genitori.

Dalla ricerca condotta è emerso che ogni bambino e bambina con bisogni educativi speciali presenta un profilo di sviluppo generale relativamente basso rispetto alla popolazione americana, in linea con le specifiche necessità e diagnosi che mostrano; tuttavia, è presente una grande variabilità tra i soggetti in relazione alle singole problematiche di sviluppo. Infatti, attraverso i risultati emersi, è possibile osservare come ogni profilo di sviluppo sia unico e come le debolezze, che sono state riscontrate, sono strettamente legate alla specifica condizione che contraddistingue ogni partecipante. Ad esempio, il bambino con ADHD ha delle difficoltà nello sviluppo motorio, socio emotivo e della comunicazione; pertanto, è possibile presumere che il suo disturbo coinvolga maggiormente la componente attentiva anziché quella dell'iperattività e impulsività, inoltre le difficoltà comunicative potrebbero essere una conseguenza dell'appartenenza ad un gruppo minoritario.

La bambina con una disabilità certificata secondo la legge 104/92 si caratterizza per un profilo di sviluppo generale molto basso in quanto la sindrome da duplicazione cromosomica, di cui è affetta, compromette il suo funzionamento in maniera pervasiva con conseguente ritardo nello sviluppo generale. Il soggetto numero 2 con funzionamento intellettivo limite ha uno sviluppo più lento rispetto ai bambini della sua età; egli, infatti, ha ottenuto punteggi al di sotto della media in tutti gli ambiti ad eccezione della scala dei comportamenti adattivi. Il soggetto cinque è identificato come BES dal momento che si trova in una condizione di svantaggio linguistico e culturale dovuta dall'appartenenza ad un gruppo minoritario. Infatti, il bambino ha ottenuto punteggi più bassi nell'ambito comunicativo e cognitivo. La situazione è differente per il soggetto otto, la bambina è riconosciuta come BES a causa della difficile situazione familiare in cui vive che funge da fattore di rischio per il suo sviluppo. Al soggetto numero 4 sono stati diagnosticati due disturbi evoluti, nello specifico il disturbo della condotta potrebbe compromettere alcuni aspetti dello sviluppo socio emotivo e dei comportamenti adattivi, dal momento che implica una serie di comportamenti poco controllati che violano i diritti degli altri e talvolta anche le norme sociali (Sanavio & Cornoldi, 2017). Mentre, un punteggio minore nello sviluppo della comunicazione potrebbe essere legato ad un pregresso disturbo del linguaggio che con l'avanzare dell'età può evolversi in disordine specifico dell'apprendimento (Sanavio & Cornoldi, 2017). A tal proposito, è possibile osservare come tutti i soggetti con diagnosi di DSA hanno ottenuto punteggi più bassi nella scala della comunicazione. Inoltre, alcuni di loro hanno raggiunto risultati poco elevati anche nello sviluppo socio-emotivo,

soprattutto il soggetto numero 13 con disordine misto delle abilità scolastiche. Le difficoltà in ambito scolastico possono avere ripercussioni sugli stati emotivi dei bambini e determinare un calo di motivazione, aumentare la pigrizia e la scarsa percezione di autoefficacia e autostima (Sanavio & Cornoldi, 2017).

In conclusione, è importante evidenziare alcuni limiti riscontrati nella seguente ricerca. In primo luogo, il numero di soggetti reclutati è esiguo per poter procedere con delle analisi più accurate; in secondo luogo, lo studio si è basato esclusivamente sulle informazioni fornite dai genitori di bambini con almeno una problematica dello sviluppo. Spesso accade che le famiglie nel loro giudizio sui figli non siano del tutto obiettive, soprattutto se viene richiesto di fornire informazioni sul bambino o sulla bambina che presenta una difficoltà nello sviluppo. Pertanto, nei futuri studi potrebbe essere opportuno valutare i profili di sviluppo in un campione più ampio di bambini con bisogni educativi speciali e diagnosi di DSA e ADHD e procedere, eventualmente, con la somministrazione dei questionari sia ai clinici che agli insegnanti affinché sia possibile ottenere maggiori informazioni sulle specifiche condizioni in cui si trovano i singoli soggetti e sia possibile delineare dei profili di sviluppo più accurati e completi, anche da diversi punti di vista.

BIBLIOGRAFIA

- Associazione italiana dislessia. <https://www.aiditalia.org/it/dislessia-che-fare>
- Atkinson, R. L., Hilgard, E. R. (2017). *Introduzione alla psicologia* (16° ed.). Padova: Piccin Nuova Libreria.
- Cacciari, C. (2011). *Psicologia del Linguaggio*. Bologna: il Mulino.
- Campagna, I. (2020). *Malattie cromosomiche, cosa sono*. Nurse24.it. Disponibile in: <https://www.nurse24.it/studenti/patologia/malattie-cromosomiche-cosa-sono.html>
- Castelli, L. (2014). *Psicologia sociale cognitiva: un'introduzione*. Gius. Laterza & Figli Spa.
- Consensus Conference, 2007. *Disturbi evolutivi specifici di apprendimento. Raccomandazioni per la pratica clinica definite con il metodo della Consensus Conference*. Milano, 26/01/2007.
- Consensus Conference, 2010. *Disturbi specifici dell'apprendimento*. Roma, 6-7 dicembre 2010.
- https://www.aiditalia.org/Media/Documents/consensus/Cc_Disturbi_Apprendimento.pdf
- Cornoldi, C. (2013). *Le difficoltà di apprendimento a scuola. Far fatica a leggere, commettere errori nello scrivere, non capire la matematica: cosa fare*. Bologna: il Mulino.
- Cornoldi, C., Sanavio, E. (2017). *Psicologia clinica* (3° ed.). Bologna: Mulino.
- Gerald, D., Alpern, PhD. (2020). *DP-4 Developmental Profile 4* (4° ed.). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Gestione Patrimonio Informativo e Statistica. (Novembre 2020). *I principali dati relativi agli alunni con DSA anno scolastico 2018/2019*. Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca. https://miur.gov.it/documents/20182/0/Gli+alunni+con+DSA+-+a.s.+2018_2019.pdf/a2f114e9-b59a-1c5d-730c-e4aecb5aad7e?version=1.0&t=1605006783113
- Istituto nazionale di statistica. (12 gennaio 2021). *L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità | A.S. 2020-2021*. Istat | Istituto Nazionale di Statistica. <https://www.istat.it/it/archivio/251409>
- Legge 104/1992: https://archivio.pubblica.istruzione.it/news/2006/allegati/legge104_92.pdf
- Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca. www.miur.gov.it
- Noi Italia, Istituto Nazionale di Statistica. <https://noi-italia.istat.it/pagina.php?L=0&categoria=4&dove=ITALIA>
- Orpha.net, il portale delle malattie rare e dei farmaci orfani. <https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=IT>
- Piccolo, D. (2018). *Disturbi del neurosviluppo e sistemi di classificazione. Una prospettiva psicoeducativa della neuropsichiatria infantile*. Youcanprint.

Righini, G. (2019). *Definire e riconoscere i bisogni educativi speciali. Lo svantaggio socioeconomico, linguistico e culturale nelle percezioni degli insegnanti: indagine esplorativa in contesti italiani e maltesi.*

VandenBos, G. R. (2007). *APA dictionary of psychology.* American Psychological Association.

Vianello, R., Gini, G., Lanfranchi, S. (2019). *Psicologia dello sviluppo* (3° ed.). UTET Università.

Vio, C., & Presti, G. L. (2014). *Diagnosi dei disturbi evolutivi: Modelli, criteri diagnostici e casi clinici.* Trento: Erickson.

Ringraziamenti

Mi è doveroso dedicare questo spazio a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione di questo elaborato. Un ringraziamento speciale all'Istituto Comprensivo Statale di Brescia e all'azienda ULSS 9 Scaligera di Bussolengo per aver collaborato alla ricerca e aver permesso la realizzazione di questa tesi. Ringrazio infinitamente tutti i genitori coinvolti che mi hanno dedicato il loro tempo, sono stati essenziali. In modo particolare voglio ringraziare le dottoresse Clara Fasol e Giulia Sandri per avermi aiutata nelle fasi iniziali dello studio, per i loro consigli e per le conoscenze trasmesse soprattutto durante l'attività di tirocinio. Grazie a Paola per la sua disponibilità e per avermi dato la possibilità di contattare la sua scuola. Un ringraziamento particolare alla dott.ssa Francesca Pulina per il tempo dedicato e per i consigli e le rassicurazioni fornite. Infine, meritano la mia gratitudine le persone che mi sono state accanto in questi tre anni. I miei genitori, Roberta e Tiziano, hanno sempre avuto fiducia in me, grazie per avermi dato la possibilità di intraprendere questo splendido percorso; le mie amiche più care, Camilla e Michela, per esserci sempre state nei momenti più difficili ma anche in quelli più gioiosi, grazie per il vostro sostegno senza il quale non sarei riuscita ad affrontare gli ostacoli più ardui; a Fabio, che è sempre stato al mio fianco aiutandomi e credendo in me più di quanto io credessi in me stessa.

A me, per esserci riuscita.