



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE
PSICOLOGICHE DELLO SVILUPPO E DELL'EDUCAZIONE**

Tesi di laurea magistrale

Il nido infelice.

L'importanza delle dinamiche familiari nello sviluppo del bambino

The unhappy nest.

The importance of family dynamics in child development

Relatrice:

Prof.ssa Lanfranchi Silvia

Laureando: Nugnes Fernando Daniel

Matricola: 1173889

Anno Accademico 2022-2023

INDICE

INTRODUZIONE.....	2
CAPITOLO 1: L'IMPORTANZA DELL'AMBIENTE SOCIALE, ECONOMICO E CULTURALE DELLA NICCHIA FAMILIARE DEL BAMBINO	4
CAPITOLO 2: LA COOPERATIVA SOCIALE ONLUS "IL GERMOGLIO" ED I CENTRI SOCIO- EDUCATIVI.....	7
CAPITOLO 3: METODOLOGIA DI RICERCA.....	10
CAPITOLO 4: ANALISI DEI CASI E RISULTATI DELLE VALUTAZIONI.....	16
CAPITOLO 5: CONCLUSIONI.....	48
BIBLIOGRAFIA.....	49

IL NIDO INFELICE.

L'IMPORTANZA DELLE DINAMICHE FAMILIARI NELLO SVILUPPO DEL BAMBINO.

INTRODUZIONE

Attraverso la seguente tesi si cercherà di riflettere sulla rilevanza del contesto familiare e delle sue peculiari caratteristiche sociali, educative, economiche e culturali. Il testo rivolgerà costantemente lo sguardo sui profili psicologici disadattivi di alcuni bambini, i quali, attraverso delle progettualità educative stabilite con i Servizi Sociali territoriali, sono inseriti presso Il Centro Socio-Educativo della Coop. Soc. "Il Germoglio", la quale opera sul territorio e fornisce ascolto e supporto ai bambini e alle loro rispettive famiglie.

I nuclei familiari dei bambini che verranno descritti sono caratterizzati da talune condizioni di svantaggio socioculturale. Queste ultime potrebbero innalzare la probabilità ed influire direttamente sul profilo cognitivo del bambino? e ancora, possono queste ultime condizionare e contribuire a determinare profili comportamentali maladattivi caratterizzati da aggressività autolesiva e/o eterolesiva, provocazione/opposizione e disattenzione?

Le condizioni di svantaggio socioculturale alle quali si fa riferimento sono compatibili con l'utilizzo della violenza fisica, verbale o sessuale in famiglia (assistita o diretta), questa condizione è molto frequente in alcuni dei casi che verranno successivamente trattati e tale variabile potrebbe influire sullo sviluppo generale del bambino e condizionarne i comportamenti.

Altre due variabili importanti riguardano l'assenza di uno o di entrambi i genitori o la relazione conflittuale tra i due. L'assenza delle figure genitoriali potrebbe creare nel bambino un senso di vuoto che spesso si traduce attraverso la rabbia, insicurezza o isolamento, condizioni che, se protratte nel tempo, possono incidere sul benessere psico-fisico di quest'ultimo. Anche una cogenitorialità fortemente conflittuale può esporre il bambino e renderlo vulnerabile poiché, spesso quest'ultimo, non

comprende le motivazioni dei continui litigi trovandosi in una situazione di smarrimento e fragilità.

La presenza di disturbi psichiatrici nei caregivers è un'altra variabile che può arrecare forte pregiudizio nello sviluppo del bambino in quanto spesso questi genitori potrebbero rivelarsi incapaci di assolvere le proprie funzioni genitoriali in modo adeguato e costante.

Le condizioni di abitative sono anch'esse importanti per lo sviluppo del bambino in quanto, vivere in spazi ristretti e non igienici può aumentare i livelli di stress, diminuire l'autonomia del bambino ed esporlo ad infezioni o malattie.

Un ulteriore variabile compatibile con le condizioni di svantaggio socio-culturale è rappresentata dal vivere in città o quartieri privi di servizi o ad alto tasso di criminalità poiché il bambino inserito in questo contesto potrebbe essere esposto a situazioni potenzialmente traumatiche.

Infine il livello d'istruzione dei genitori significativamente inferiore rispetto alla media della propria popolazione di riferimento e l'assunzione di stili parentali autoritari o lassisti da parte di questi ultimi può influire negativamente sullo sviluppo sano del bambino.

Questa tesi si propone di analizzare la storia anamnestica di alcuni bambini certificati dalla legge 104/92 in cui, all'interno del proprio contesto familiare, sono presenti una o più condizioni di quelle sopracitate.

Il lavoro si avvarrà di alcuni strumenti di misurazione con l'intento di rilevare lo sviluppo generale dei bambini esaminati nonché le loro dinamiche comportamentali.

Le storie ed i profili di questi bambini verranno descritti in relazione alla progettualità educativa a favore di questi minori offerta dal Centro Educativo "Il Castello" gestito dalla Cooperativa Sociale Onlus "Il Germoglio" in cui, attraverso le attività proposte dall'equipe educativa, si cerca di porsi come obiettivo il monitoraggio dell'intero nucleo a cui appartengono i minori contribuendo attivamente a sostenere quest'ultimo rispetto allo sviluppo del bambino.

CAPITOLO 1

L'importanza dell'ambiente sociale, economico e culturale della nicchia familiare del bambino

Le condizioni di vita di ogni individuo all'interno del proprio nucleo familiare assumono un'importanza rilevante per lo sviluppo delle proprie competenze, abilità e capacità future in quanto un ambiente sano e stimolante contribuisce progressivamente a delineare uno stato di equilibrio nel bambino sia a livello psicologico sia fisico. All'interno di un contesto familiare attento alle necessità del bambino lo sviluppo complessivo risulterà, nella maggior parte dei casi, adattivo e funzionale alle richieste dell'ambiente in cui l'individuo si trova a relazionarsi. In questi casi il background educativo, le modalità di socializzazione primaria ed il contenimento emotivo sperimentato all'interno del nucleo familiare giocano un ruolo determinante in quanto fungono da fattori protettivi facilitando nel bambino l'acquisizione di pattern cognitivi e comportamentali adattivi all'ambiente che li circonda.

Contrariamente a quanto esposto sopra, un ambiente caratterizzato da deprivazione fisica ed emotiva che porta l'individuo a vivere situazioni connotate da violenza domestica assistita o perpetrata, abbandono da parte dei caregivers, incurie fisiche e psicologiche potrebbe porre le basi per uno sviluppo connotato da marcato disagio emotivo e cognitivo nel minore, il quale si troverebbe in una situazione di rilevante vulnerabilità agli eventi della vita quotidiana e che, se protratte nel tempo, possono compromettere le sue abilità in ogni ambito del proprio sviluppo.

Studi recenti effettuati da un gruppo di ricerca dell'Università di Padova racchiusi e sintetizzati nel libro "Bisogni Educativi Speciali: il Funzionamento Intellettivo Limite o Borderline"(2014) di Renzo Vianello, Santo Di Nuovo e Silvia Lanfranchi, si trovano ulteriori evidenze empiriche riguardo a come e quanto talune condizioni ambientali negative influiscano nello sviluppo complessivo del bambino.

Gli studiosi sopracitati riguardo alle condizioni di svantaggio socioculturale menzionate nell'introduzione di questa tesi sottolineano come la presenza di queste ultime influiscano negativamente sul QI dei bambini appartenenti a questi nuclei.

“Una educazione familiare carente può produrre effetti in termini di traiettoria discendente del QI. Ci si riferisce non solo ad una carenza dovuta al fatto che uno o entrambi i genitori hanno una disabilità intellettiva, ma anche agli effetti di un ambiente con svantaggio socioculturale”.

Dagli studi portati avanti da questa equipe di ricerca evince dunque che i bambini esposti a condizioni di svantaggio socioculturale possono manifestare non solo pattern comportamentali disfunzionali e maladattivi nei confronti dell'ambiente che li circonda caratterizzati da aggressività fisica e verbale e prosocialità compromessa. Attraverso l'opera sopracitata si evidenzia che gli effetti possono essere osservati e constatati anche sotto il profilo cognitivo.

“Sembra assodato che condizioni di svantaggio socioculturale possano influire negativamente sulla traiettoria del QI dei bambini e che un riferimento quantitativo di tale influenza può essere nei termini di almeno 15 punti di QI”.

Dalla letteratura emerge, altresì, che la violenza domestica fisica e/o psicologica dei genitori nei confronti dei propri figli può avere effetti sullo sviluppo emotivo che può portare i bambini ad adottare condotte altrettanto violente nei confronti dell'ambiente sociale di cui fanno parte.

A tal proposito, attraverso l'articolo “Apprendere la violenza. Effetti della violenza domestica sullo sviluppo di bambini e adolescenti” pubblicato nel 2014 sulla rivista “Psicologia di comunità” dalla Prof.ssa Salerno Alessandra, si possono osservare alcuni dati interessanti inerenti a questa tematica;

“Numerosi studi mostrano che i bambini cresciuti in famiglie ove è presente violenza domestica corrono un rischio di maltrattamento diretto superiore del 50% rispetto ai minori che non si trovano in tale situazione” (Baldry, 2003; Romito, 2005; Salerno, 2012).

Risulta interessante notare che, apparentemente, i bambini sembrerebbero interiorizzare pattern comportamentali che essi stessi osservano all'interno del proprio contesto familiare ed in molti casi questi ultimi possono emularli o esternalizzarli nel contesto sociale in cui si approcciano.

A tal proposito A. Bandura, attraverso le sue teorizzazioni riguardanti l'apprendimento sociale, ha dimostrato ampiamente che il comportamento aggressivo sia l'effetto della possibilità concreta di imparare da modelli aggressivi (modeling).

La teoria relativa al modeling fa parte di un più corposo e complesso insieme di asserzioni che trova le proprie radici nel concetto di apprendimento sociale.

Attraverso questa teoria Bandura, a metà del secolo scorso, riuscì a dimostrare attraverso alcuni esperimenti sui bambini, che taluni comportamenti di alcuni individui fossero fortemente influenzati da ciò che hanno visto e vissuto. Il comportamento aggressivo secondo l'autore, può essere spiegato attraverso ciò che lui stesso definiva come "apprendimento osservativo" e cioè quel meccanismo per il quale il bambino interiorizza, dagli individui che fanno parte del proprio ambiente sociale, pattern comportamentali i quali tende ad imparare ed imitare.

La teoria del modeling e dell'apprendimento sociale ha permesso di superare, o perlomeno fornire una strada interpretativa e conoscitiva del comportamento umano alternativa alle correnti comportamentali del condizionamento classico e operante dell'epoca, le quali si concentravano maggiormente sull'attivazione o disattivazione dell'organismo in base alla natura dello stimolo perseguendo una ricompensa e cercando allo stesso tempo di evitare una punizione o un qualsiasi stimolo fastidioso o doloroso.

Tenendo in considerazione quanto sopracitato ed il quadro di riferimento teorico inerente all'importanza di un contesto socioculturale ed educativo adeguato che possa fungere quale fattore di protezione, nei prossimi capitoli verrà presentato il lavoro effettuato presso alcuni bambini che presentano queste condizioni e per i quali è stata elaborata una progettualità educativa presso il Centro Socio-Educativo "Il Castello" della Provincia di Ferrara gestito dalla Cooperativa Sociale Onlus "Il Germoglio".

CAPITOLO 2

La Cooperativa Sociale Onlus “Il Germoglio” ed i Centri Socio-Educativi

La Cooperativa Sociale Onlus “Il Germoglio” nasce nel maggio del 1991 con l’obiettivo di erogare e gestire servizi educativi nei confronti di minori svantaggiati nel territorio di Ferrara.

Nell’arco di oltre 30 anni di attività la Cooperativa ha adattato e riorganizzato i propri servizi tenendo sempre in considerazione le necessità del contesto in cui è inserita, riuscendo a dare risposte concrete ai bisogni socio-educativi dei minori, ponendo particolare attenzione sui soggetti in situazione di svantaggio sociale.

Il Germoglio affonda le proprie radici nei servizi educativi, fornendo ascolto e sostegno alle famiglie.

Nell’ottica di accompagnare il percorso di vita del minore verso la costruzione della propria identità, i servizi erogati dalla Cooperativa sono improntati sulla cura e tutela di quest’ultimo, attraverso la programmazione e successiva realizzazione di attività che hanno l’obiettivo di scoprire e successivamente incrementare le competenze della persona, la quale gradualmente sperimenta sempre più autonomia nell’adattamento all’ambiente in cui è inserita.

La Cooperativa mette al centro del proprio operato le persone, con l’obiettivo di essere un punto di riferimento e di guida di queste ultime sostenendole nel loro percorso di crescita, valorizzandone le qualità, attraverso il lavoro di “rete” con altre realtà presenti sul territorio.

Nel 2005, perseguendo lo scopo di offrire sempre più risorse ai giovani, Il Germoglio approva un nuovo statuto sociale attraverso il quale si configura come “Cooperativa a scopo plurimo” (tipo A e B), ossia una realtà che oltre ad elargire assistenza di tipo educativo e socio-sanitario (tipo A), si prefigge l’obiettivo di offrire alle persone svantaggiate la possibilità di inserirsi in determinate realtà lavorative prodotte dalla cooperativa stessa (tipo B). Attraverso la definizione di questo nuovo statuto, le persone vengono coinvolte in una logica di inserimento lavorativo con modalità diverse a seconda del tipo di utenza, del servizio e del tipo di progetto disponibile. Il Germoglio oltre ad accogliere lavoratori con necessità occupazionali, si occupa di integrare e di avvicinare al lavoro persone che, a causa delle loro fragilità, dettate da

un travagliato trascorso familiare, hanno bisogno di acquisire alcuni prerequisiti per accedere al mondo del lavoro.

La Cooperativa ad oggi offre i propri servizi ad oltre 400 famiglie attraverso determinate progettualità nei confronti dei minori, condotte e concordate in stretta collaborazione con diversi enti territoriali A.S.P. (Azienda dei Servizi alla Persona), U.O.N.P.I.A. (Unità Operativa di Neuropsichiatria per Infanzia e Adolescenza) ed infine con le scuole con lo scopo di avere un monitoraggio ed un aggiornamento costante, attraverso incontri periodici, sulla situazione dei minori.

Le attività realizzate vengono sviluppate in connessione con altre realtà del territorio, attraverso la partecipazione attiva, con l'obiettivo di creare un forte senso di inclusione e appartenenza alla comunità.

I Centri Socio-Educativi

I centri socio-educativi della Cooperativa "Il Germoglio" sono un insieme di contesti del territorio ferrarese, suddivisi per fasce di età, attraverso i quali bambini ed adolescenti si confrontano con i propri compagni assimilando, grazie al processo di socializzazione, nuove modalità di relazione.

Attraverso il supporto delle figure educative inserite all'interno dei vari centri, le quali hanno il compito di mediare la relazione dei propri utenti, i minori sperimentano un nuovo modo di approccio relazionale centrato sulla tolleranza, rispetto delle regole di convivenza, rispetto del prossimo e delle proprie idee, accrescimento delle proprie capacità assertive.

Il senso di appartenenza alla comunità e l'acquisizione di modalità relazionali sempre più adattive da parte dei propri utenti sono un punto fondamentale degli obiettivi dei centri socio-educativi. Affinché questo possa trovare un effettivo riscontro nella realtà gli educatori fungono da veri e propri mediatori nelle relazioni che gli utenti instaurano con l'esterno. L'educatore offre continuamente modelli comportamentali adattivi con il tentativo di fare in modo che i minori possano assimilare tali modelli riadattandoli alla propria persona.

I centri socio-educativi hanno la funzione di offrire accoglienza e supporto alle famiglie del territorio attraverso la promozione di interventi educativi mirati a sviluppare progettualità socializzanti, ludico ricreative e culturali. Essi assumono

un'identità di promozione del benessere psico-fisico nonché di prevenzione primaria nei confronti dei propri utenti, oltre a svolgere un ruolo di facilitatore dell'inclusione sociale essendo promotori di processi centrati sull'integrazione e di convivenza tra le diversità.

I centri socio-educativi risultano essere in questo modo non solo una guida nello svolgimento dei compiti scolastici, ma soprattutto un ambiente in cui poter trovare formazione ai rapporti sociali e partecipazione attiva alla vita comunitaria.

La rete professionale al servizio dei minori

L'equipe di educatori collabora, attraverso incontri programmati, con diverse istituzioni affinché si possa seguire una linea operativa comune ed avere un monitoraggio complessivo sulla situazione dei minori nei vari contesti che essi frequentano.

Gli incontri periodici con le scuole assumono un'importanza fondamentale in quanto hanno lo scopo di individuare percorsi comuni per il raggiungimento degli obiettivi prestabiliti dal Progetto Educativo Individualizzato (P.E.I.).

Il dialogo con gli insegnanti assume la funzione di confronto ed aiuto reciproco volto al raggiungimento di determinati obiettivi didattici. Grazie a questi incontri si definiscono le linee guida e le strategie metodologiche da adottare nei confronti dei minori con l'intento di agevolarli nel loro processo di apprendimento.

Altrettanto frequenti, per i casi che lo richiedono, sono i contatti e gli incontri con gli operatori dell'A.S.P. minori e l'Unità Operativa di Neuropsichiatria per l'Infanzia e Adolescenza (U.O.N.P.I.A.). Tali incontri permettono all'equipe di educatori di avere informazioni importanti riguardanti il contesto domestico dei minori, la conformazione del loro nucleo familiare e la sua storia.

Con l'intento di garantire uno stile educativo comune, utile anche per favorire i passaggi dei minori da un centro all'altro con il crescere dell'età, gli educatori si confrontano settimanalmente per ogni singolo centro e mensilmente in modo congiunto tra i tre centri per quanto riguarda la programmazione, il lavoro di gruppo, la documentazione, la verifica nella pianificazione delle attività e le verifiche in itinere dei Progetti Educativi Individualizzati (P.E.I.) i quali vengono condivisi con i Servizi Sociali.

Il personale educativo condivide anche i percorsi di formazione, aggiornamento e supervisione. Tali percorsi vengono condotti da professionisti esterni (psicologi, psichiatri, pediatri) i quali offrono all'equipe di educatori spunti teorici e pratici da adottare.

CAPITOLO 3

Metodologia di ricerca

Il presente lavoro propone di analizzare la condizione di alcuni minori cresciuti in situazioni di svantaggio socio-culturale.

Le domande di ricerca, come accennato nell'introduzione a questo lavoro, sono quelle inerenti al come e quanto le condizioni di svantaggio sociale, culturale, economico ed abitativo possano aver influito ed influire attualmente sul funzionamento globale dei minori presi in esame. Il metodo che verrà utilizzato è quello qualitativo dell'analisi dei casi riportati e ricostruiti dall'educatore, autore della presente tesi. Innanzitutto verrà narrata la storia di ciascun minore con il fine di offrire dati importanti sul passato e le dinamiche intrafamigliari che possono avere influito nello sviluppo patologico dei bambini. Si procederà poi ad un'analisi della situazione attuale di sviluppo di ciascun bambino con il fine di mettere in luce aree di forza e aree di fragilità, che verrà poi messa in relazione con il sviluppo personale. Il fine ultimo di questo lavoro è quello di proporre delle riflessioni sulla storia di questi minori con il fine di costruire programmi di lavoro più mirati e specifici che possano valorizzare i punti di forza di ogni singolo bambino e allo stesso tempo potenziarne quelli di debolezza.

Infine i dati ottenuti potranno eventualmente servire da monito per costruire insieme alle famiglie dei bambini percorsi educativi condivisi che possano agevolare le pratiche verso la conquista di una maggiore autonomia anche nel contesto domestico. Il campione che verrà esaminato è composto da 6 minori di cui, in seguito, verrà narrata brevemente la storia.

I minori presi in considerazione sono stati certificati in passato con diagnosi diverse, le quali verranno descritte nel presente capitolo. I minori sopracitati, essendo stati certificati, sono tutelati dalla L. 104/92 ed in ambito scolastico si avvalgono del supporto della figura dell'insegnante di sostegno e, per alcuni di essi, è presente anche la collaborazione di educatori che lavorano in sinergia con l'equipe di docenti.

3.1 Partecipanti:

I minori presi in esame sono 6 e hanno un'età compresa tra gli 8 e i 10 anni. Essi frequentano il Centro Socio-Educativo "Il Castello" attraverso delle progettualità condivise e pattuite con il Servizio Sociale Territoriale poiché tutti e sei rientrano nella categoria di "tutela" su decreto dei giudici del Tribunale dei Minori. L'intero gruppo è certificato dalla legge 104/92 con diagnosi diverse che verranno approfondite successivamente.

La selezione dei partecipanti è avvenuta tenendo in considerazione la certificazione in possesso da parte dei minori e la presenza di una o più delle condizioni di svantaggio socio-culturale esposte precedentemente

Strumenti:

Developmental Profile 4 (Alpern, 2020, versione insegnante)

Lo strumento preso in considerazione è una revisione della versione precedente (DP-3) e si rivela utile per effettuare una valutazione rapida e affidabile dello sviluppo complessivo del bambino che si intende esaminare. Lo strumento è suddiviso in 5 scale:

- Scala motoria
- Scala comportamenti adattivi
- Scala socio-emotiva
- Scala cognitiva
- Scala comunicazione

Grazie a questa architettura è possibile identificare nel bambino i propri punti di forza e debolezza poiché, lo strumento, permette di ottenere un punteggio diversificato ed indipendente per ogni singola area.

Il DP-4 può essere impiegato nella valutazione di bambini e adolescenti dalla nascita fino a 21 anni e 11 mesi.

Lo strumento comprende complessivamente 190 items ai quali il valutatore deve rispondere attraverso un semplice formato dicotomico SI/NO il quale consente di essere compilato in tempi brevi e senza difficoltà significative.

Il DP-4 può essere compilato attraverso 4 moduli diversi:

- Intervista al genitore
- Checklist indirizzata al genitore
- Checklist per insegnante
- Valutazione del clinico

Queste 4 diverse modalità di compilazione consentono di avere una valutazione in contesti diversi nonché un confronto sulle risposte dei diversi valutatori.

Per quanto concerne la compilazione del campione di riferimento di questa tesi verrà utilizzata la Checklist versione insegnante che verrà compilata dall'autore di questa tesi che riveste la funzione di educatore presso il Centro Socio-Educativo.

Child Behavior Checklist CBCL (Achenbach, 2001, versione insegnante)

Lo strumento preso in considerazione viene utilizzato con l'obiettivo di avere una valutazione comportamentale ed emotiva nei bambini e adolescenti. La CBCL può essere infatti utilizzata in bambini tra i 6 e i 18 anni di età e consente di rilevare problematiche comportamentali ed emotive, le quali possono compromettere il funzionamento complessivo del bambino.

Lo strumento è costituito da 113 item ed è suddiviso in otto scale diverse:

- Ansia/depressione
- Ritiro/depressione

- Psico-somatica
- Problemi sociali
- Problemi di pensiero/ragionamento
- Problemi di attenzione
- Comportamenti d'inosservanza delle regole
- Comportamenti aggressivi.

La scala “ansia/depressione” comprende 16 item atti a valutare il livello di paura nei confronti di determinate situazioni che scatenano una reazione di tratto ansiogeno nonché sintomi internalizzanti di malessere e disagio.

La scala “ritiro/depressione”, composta da 8 item, esamina l’insieme di atteggiamenti che portano il bambino a chiudersi in sé stesso, all’autoisolamento e a ritirarsi socialmente attraverso l’utilizzo di tecniche evitanti nei confronti delle altre persone.

La scala “psico-somatica”, costituita da 5 item, riguarda la valutazione di tutti quei sintomi che hanno origine nella psiche del bambino e che trovano sfogo nel corpo attraverso nausea, eruzioni cutanee, dolori di stomaco o malesseri generali nell’organismo.

Le tre scale appena descritte appartengono alla categoria denominata dallo strumento di misurazione con il nome di “sintomi internalizzanti”.

La scala inerente ai “problemi sociali”, formata da 11 item, contiene degli item che offrono una valutazione della qualità delle relazioni interpersonali che il bambino instaura sia con il gruppo dei pari sia con gli adulti. Attraverso questa scala inoltre può essere valutato anche il grado d’integrazione del minore con il suo gruppo di riferimento.

La scala “problemi di pensiero/ ragionamento”, costituita da 15 item, oltre ad evidenziare la presenza di allucinazioni visive e/o uditive da parte del soggetto, è in grado di rilevare eventuali pensieri carichi di ossessione nonché la ripetizione di comportamenti sistematici da parte del bambino.

La scala “problemi di attenzione”, composta da 26 item, indaga sulla capacità/incapacità dell’individuo nel trovare e mantenere la concentrazione per un determinato lasso di tempo oltre ad offrire una valutazione sull’impulsività e l’opposizione del bambino.

Le ultime due scale appartengono alla categoria dei “sintomi esternalizzanti”.

La prima, denominata “comportamenti inosservanza regole”, contiene 18 item attraverso i quali si possono evidenziare gli eventuali comportamenti atti ad infrangere determinate regole nei vari contesti in cui il minore è inserito.

La seconda, “comportamenti aggressivi”, contiene 21 item utili ad evidenziare eventuali comportamenti contraddistinti dall’aggressività sia verbale sia fisica ai danni degli altri soggetti.

La versione utilizzata è quella dell’insegnante e verrà compilata dall’autore di questa tesi che riveste la funzione di educatore presso il Centro Educativo.

Adaptive Behavior Assessment System II ABAS (Harrison e Oakland, 2014, versione insegnante)

Lo strumento ABAS II è una scala di valutazione comportamentale che intende misurare le abilità relative alle pratiche di vita quotidiana degli individui evidenziando ciò che le persone sono in grado di fare.

Le scale ABAS II risultano utili per effettuare una valutazione inerente alle competenze adattive dell’individuo al momento della valutazione e consente altresì di avere una valutazione diversificata relativa ai contesti in cui l’individuo si disimpegna. Lo strumento, infatti, può essere compilato da insegnanti, educatori, genitori o famigliari consentendo il confronto dei punteggi assegnati dai vari valutatori.

Lo strumento, al suo interno, possiede una struttura composta da 9 diverse aree:

- Comunicazione
- Uso dell’ambiente
- Competenze scolastiche
- Vita a scuola
- Salute e sicurezza
- Tempo libero
- Cura di sé
- Autocontrollo
- Socializzazione
-

Le scale ABAS contengono anche una decima area relativa al “lavoro” che non verrà inclusa nella valutazione del campione di riferimento della presente tesi.

La modalità di valutazione per ogni singolo item di ciascuna area avviene attraverso una scala Likert a 4 punti (da 0 a 4):

- 0= Non è in grado
- 1= Mai
- 2= Qualche volta
- 3= Sempre

La versione utilizzata è quella per l’insegnante e verrà compilata dall’autore di questa tesi che riveste la funzione di educatore presso il Centro Educativo.

Procedura:

Per l’intero gruppo di bambini verranno inizialmente compilati i tre strumenti di misurazione, dall’autore della tesi, sulla base della conoscenza delle caratteristiche cognitive, sociali, comunicative e comportamentali di ciascun minore preso in considerazione.

L’osservazione diretta e prolungata nel tempo del gruppo di bambini ha consentito di avere informazioni sufficientemente accurate per la compilazione.

La scelta del campione è stata fatta tenendo in considerazione la presenza di una diagnosi di disabilità dei minori presi in esame e allo stesso tempo la presenza di condizioni di svantaggio socio-culturale.

Successivamente alla compilazione dei test, i punteggi ottenuti saranno ponderati facendo riferimento ai punteggi del campione standardizzato.

Infine verranno proposte alcune rappresentazioni grafiche dei punteggi alle quali si uniranno dei commenti esplicativi.

CAPITOLO 4

ANALISI DEI CASI E RISULTATI DELLE VALUTAZIONI

Attraverso questo capitolo si intende fornire una breve descrizione delle storie dei bambini oggetto di studio, alle quali seguiranno i risultati delle valutazioni effettuate ed un commento sul profilo emerso.

O.E. (MASCHIO, 9 ANNI):

Il bambino attualmente ha concluso il terzo anno di scuola primaria di primo grado e a settembre di quest'anno deve iniziare il quarto anno. Il nucleo familiare del bambino in oggetto risulta in carico ai Servizi Sociali di competenza territoriale dall'anno 2010 ed è composto da O.E., suo fratello maggiore di 14 anni, dal padre e dalla madre. Il nucleo ha origini africane e risiede stabilmente in Italia da circa 20 anni.

La famiglia è stata segnalata ai Servizi Sociali dalla scuola del fratello maggiore di O.E. in quanto il bambino presentava, all'interno del contesto scolastico evidenti difficoltà di comprensione, motorie e di autonomia.

Successivamente alle indagini psicologiche il fratello di O.E. viene certificato attraverso una diagnosi di ritardo cognitivo in particolar modo nell'area del linguaggio e comprensione verbale.

Il nucleo ha attraversato un periodo in cui la coppia si è separata.

La permanenza lontano dal nucleo familiare da parte del padre ha avuto una breve durata e dopo qualche mese il padre rientra in famiglia trovando un lavoro che, seppur saltuario, permette alla propria famiglia di avere un'entrata a livello economico.

Nel 2013 nasce O.E. il quale una volta compiuti i 6 anni, in un'ottica di prevenzione primaria e per via della delicata situazione familiare, viene inserito presso il Centro Educativo "Il Castello" con l'obiettivo di monitorare il nucleo familiare attraverso la progettualità in essere del bambino oltre a fornire un supporto attivo nella

realizzazione dei compiti ed offrire un contesto di socializzazione che permettesse al minore di esprimersi e tessere nuovi rapporti sociali con i propri pari.

L'equipe educativa, conoscendo sufficientemente la storia del nucleo familiare in quanto anche il fratello di O.E. era stato seguito dal Centro Educativo, riesce a ristabilire facilmente il contatto con la famiglia la quale si è rivelata sempre collaborativa e ben predisposta al dialogo.

Dopo aver lavorato con il bambino per un intero anno educativo l'equipe decide di segnalare al Servizio Sociale le difficoltà di O.E. il quale, come suo fratello maggiore, presenta evidenti difficoltà nell'area relativa al linguaggio e di comprensione.

Dopo un breve confronto con l'istituzione scolastica, che concorda con l'equipe educativa del Centro Educativo riguardo alle difficoltà del minore, si decide di fare richiesta per effettuare una valutazione del bambino, la quale conferma i dubbi sorti sia dalla scuola sia dall'equipe educativa del Centro Educativo attraverso una diagnosi di Ritardo cognitivo lieve.

Il contesto socio-famigliare del bambino risulta essere instabile e con poche risorse e, al suo interno, i bambini vivono situazioni connotate da violenza fisica e verbale probabilmente dovute all'incapacità dei genitori di trovare modalità comunicative alternative.

All'interno dello zaino del bambino qualche mese fa è stato trovato un bilancino e qualche sigaretta a dimostrazione del fatto che il contesto familiare non risulta ad oggi protettivo e tutelante nei confronti dei minori.

I grafici 5.1, 5.2 e 5.3 riportati di seguito hanno lo scopo di rappresentare i punteggi ottenuti da O.E. nei 3 test utilizzati:

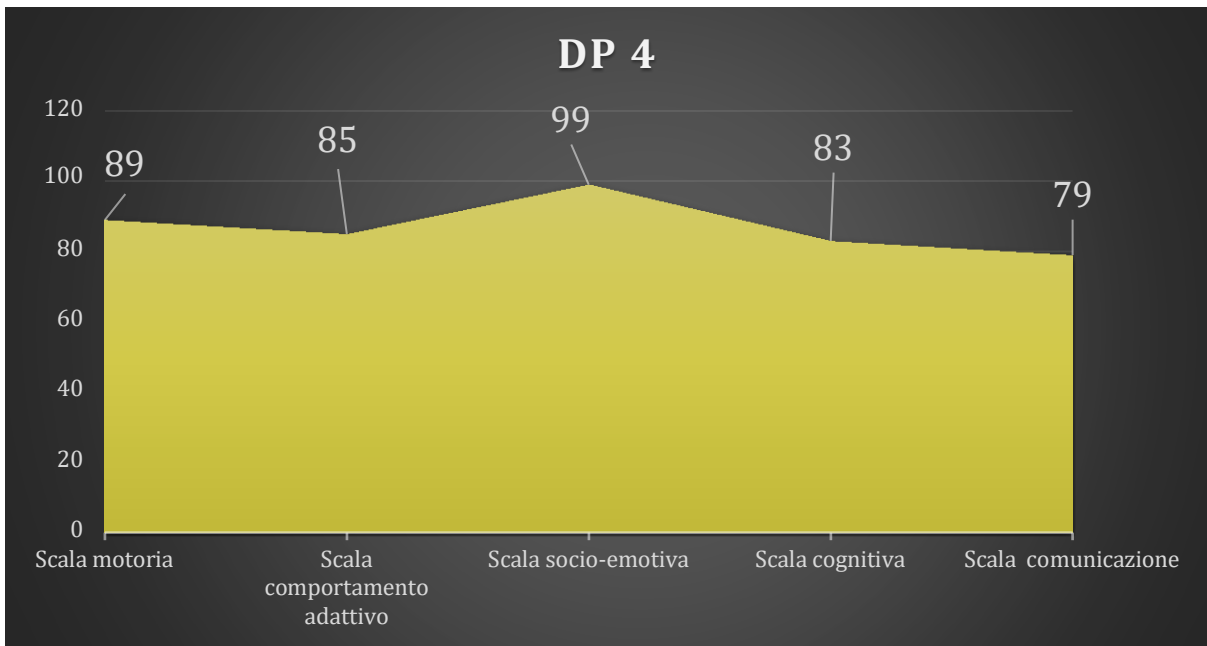


Grafico 5.1: Rappresentazione punteggio di ogni singola scala (DP4)

I dati riportati nel grafico 5.1 indicano il punteggio ottenuto dal bambino in ogni singola scala

Si può notare che il bambino ha ottenuto un punteggio, per quanto concerne le prime 3 scale (“motoria”, “comportamento adattivo” e “socio-emotiva”) in linea con la media dei bambini della sua età (media=100, ds=15) mentre nelle altre 2 scale (“cognitiva” e “comunicazione”) risulta sotto la media.

Per quanto concerne la scala cognitiva O.E. ha ottenuto un punteggio (83) che risulta al di sotto del range medio. Il bambino, infatti non ha ancora acquisito competenze quali: G35 “esegue addizioni ad una cifra a mente, senza l’ausilio di oggetti o delle dita”, G37 “rispondere indicando correttamente il giorno, il mese e l’anno se gli si chiede la data”, G38 “esegue sottrazioni ad una cifra a mente, senza l’ausilio di oggetti o delle dita” G39 “usare un programma di scrittura di testi al computer per fare un compito per la scuola”, G40 “utilizzare il tasto shift per le maiuscole quando si usa il computer”.

La scala “comunicazione” è quella in cui si registra il punteggio più basso (79). O.E. non dimostra aver acquisito ad oggi competenze come: C28 “inventare una storia che abbia un inizio, una parte centrale, una fine, e che contenga almeno sei/otto frasi o pensieri, C29 “sostenere una conversazione per almeno 5 minuti su una notizia o un problema attuale”, C30 “cambiare lo stile di comunicazione a seconda della

situazione”, C31 ”parlare per almeno 5 minuti davanti ad altre persone di uno specifico argomento”.

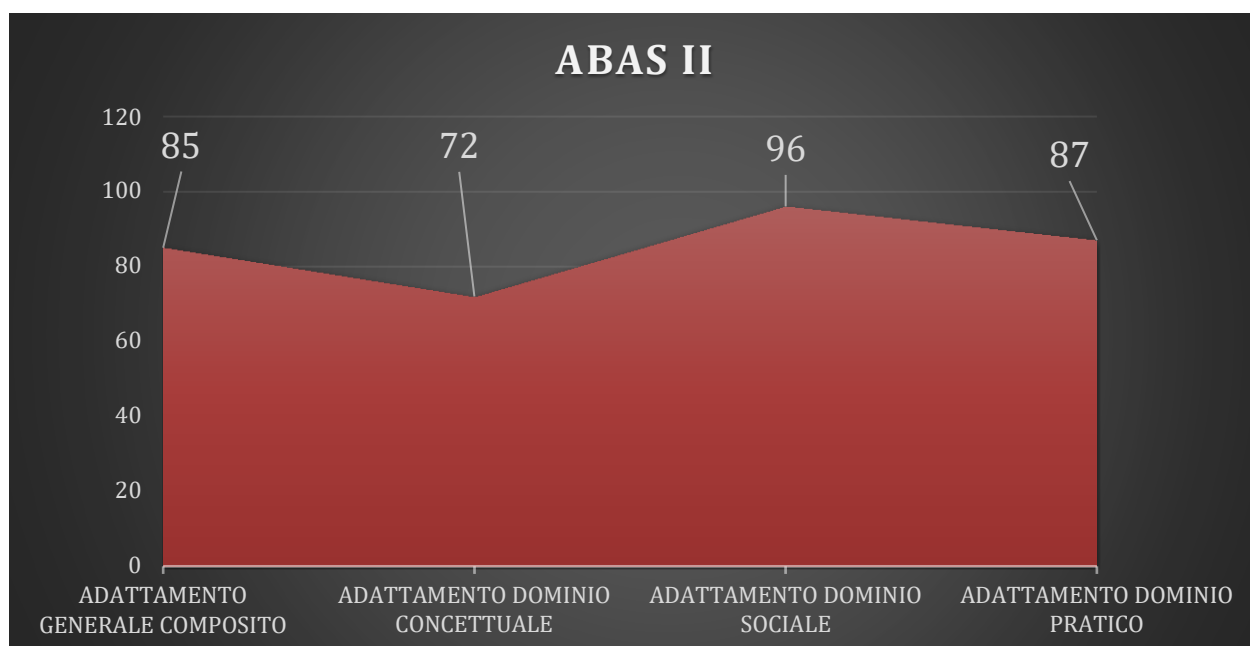


Grafico 5.2: Rappresentazione punteggio di ogni singolo dominio (ABAS II)

Attraverso i dati raccolti con lo strumento Adaptive Behavior Assessment system II (ABAS II) si osserva un andamento in linea con la popolazione di riferimento (media=100; ds=15) eccetto per il dominio concettuale in cui il bambino manifesta punteggi sotto la media dei bambini della stessa età. Il dominio concettuale comprende le aree adattive relative alla “comunicazione”, “competenze scolastiche” e “autocontrollo”. Attraverso un’analisi approfondita degli items di queste aree si osserva come il bambino riscontri maggiori difficoltà nell’area della “comunicazione”. Le competenze non ancora acquisite da O.E. sono: “parlare in maniera chiara e distinta”, “ascoltare attentamente per almeno 5 minuti quando si racconta una storia o si dà una spiegazione”, “restare attento durante le conversazioni in classe per tutto il tempo necessario”, “prendere la parola nelle conversazioni, non è troppo loquace o troppo silenzioso”.

Per quanto concerne l’area “competenze scolastiche”, le competenze ancora da acquisire risultano: “individuare date importanti sul calendario”, “sapere usare la bilancia per pesare oggetti”, “scrivere il proprio indirizzo incluso il CAP”, “scrivere

lettere, appunti o e-mail”, “seguire le notizie di suo interesse o eventi di attualità leggendo giornali, libri o altri materiali”.

Nell’area adattiva relativa a “l’autocontrollo”, le competenze non ancora acquisite sono: “terminare i compiti in classe nei tempi richiesti”, “lavorare autonomamente in classe e chiedere aiuto solo se necessario”, “controllare se i compiti sono fatti bene”, “portare a termine, nei giusti tempi, lavori o progetti impegnativi”.

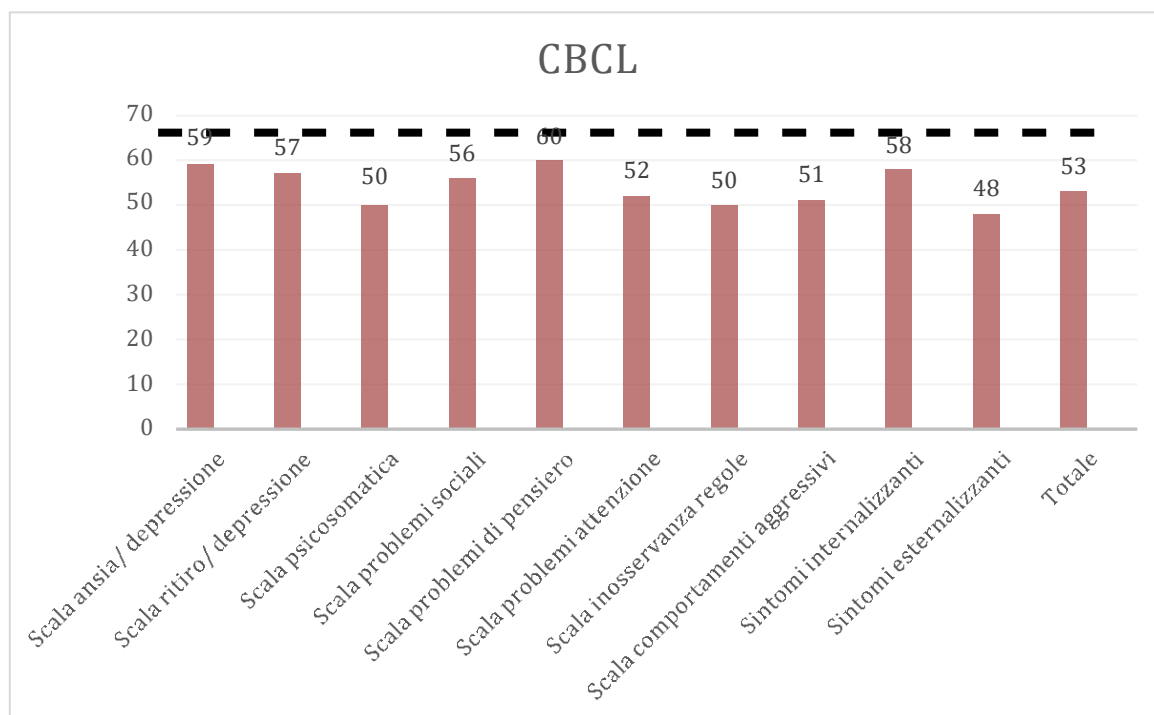


Grafico 5.3: Rappresentazione punteggio T-score di ogni singola scala (CBCL)

I punteggi ottenuti sono espressi in punti T e la linea tratteggiata che si osserva al di sopra delle barre indicherebbe la “soglia” critica oltre la quale il bambino, in quella determinata scala, si trova maggiormente in difficoltà.

O.E. ha ottenuto punteggi che non oltrepassano la linea di criticità dimostrando così di non presentare, ad oggi, problematiche rilevanti in tali aree.

I risultati ottenuti dalle 3 valutazioni evidenziano come O.E. presenti alcune difficoltà nell’area cognitiva e nell’area della comunicazione, probabilmente questo è dovuto dalle sue origini africane e dalla lingua, diversa dall’italiano, parlata quotidianamente all’interno del contesto domestico.

L’equipe educativa, attraverso la progettualità in essere con il Servizio Sociale, sta lavorando attivamente per potenziare le capacità del bambino fornendo a

quest'ultimo materiale utile a svolgere il proprio carico didattico come mappe concettuali utili allo studio e altri strumenti che possano facilitare il suo operato.

M.F. (FEMMINA, 9 ANNI)

La bambina ha concluso il terzo anno di scuola primaria di primo grado ed a settembre dell'anno in corso deve svolgere il quarto anno. Il nucleo familiare è composto dalla nonna materna e dal compagno di quest'ultima. M.F. cresce con la nonna poiché i genitori hanno abbandonato la bambina quando quest'ultima aveva 2 anni ed inizialmente è stata affidata ad una comunità di minori.

M.F. trascorre circa 3 anni presso la comunità per poi essere collocata presso l'abitazione della nonna materna, la quale, come anticipato precedentemente, risiede con il suo compagno.

La bambina è stata valutata all'età di 6 anni, in coincidenza con la fine della progettualità in comunità ed è emersa una diagnosi di ritardo cognitivo lieve.

La bambina è stata inserita presso il Centro Educativo con l'obiettivo di offrire un servizio che potesse stimolarla sotto il profilo sociale ed interazionale con il gruppo dei pari. M.F. al suo arrivo si sentiva spaesata e presentava significative difficoltà nell'area delle autonomie. L'equipe educativa ha rilevato numerosi episodi di encopresi che anche oggi si verificano anche se con una frequenza significativamente minore rispetto al passato.

I grafici 5.4, 5.5 e 5.6 riportati di seguito hanno lo scopo di rappresentare i punteggi ottenuti da M.F. nei 3 test utilizzati:

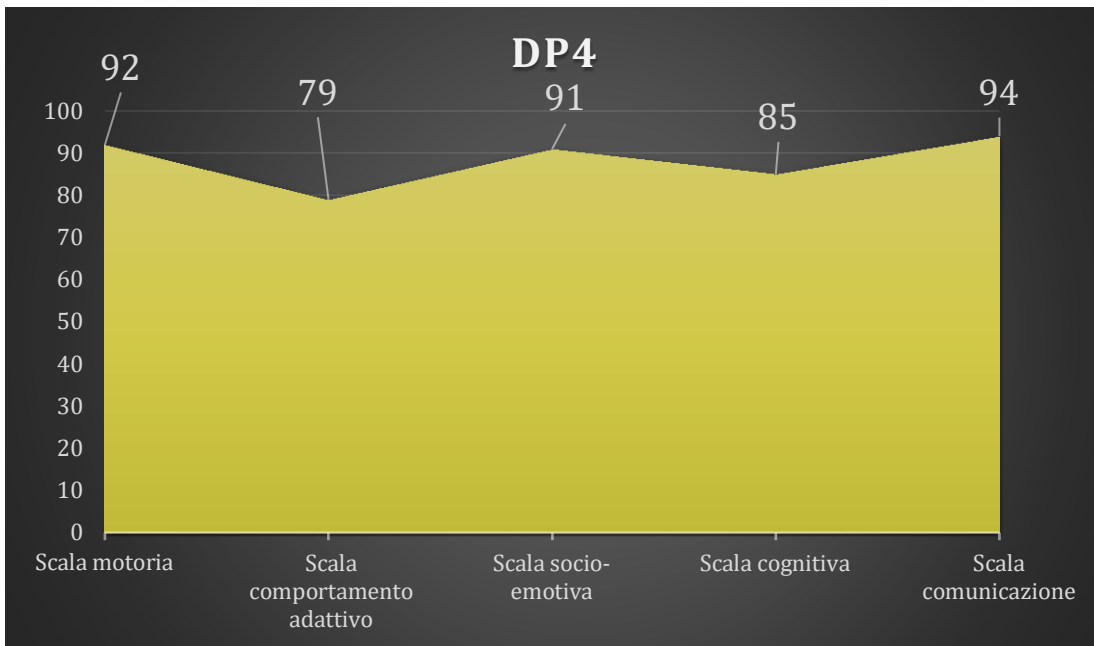


Grafico 5.4: Rappresentazione punteggio di ogni singola scala (DP4)

Attraverso il grafico si possono osservare i punteggi ottenuti da M.F. in ogni singola scala dello strumento Developmental Profile 4.

La bambina ha ottenuto punteggi che rientrano all'interno della media per la sua età (media=100; ds=15) in tutte le scale eccetto per la "scala comportamento adattivo" il cui punteggio (79) si colloca al di sotto della media. Attraverso un'analisi degli items relativi alla scala si può notare come M.F. non abbia ancora acquisito alcune competenze come: A28 "scegliere correttamente i vestiti in base al clima e all'occasione", A33 "sapere a memoria il numero di telefono del genitore ed il proprio indirizzo di casa da usare in caso di emergenza", A34 "medicarsi da sola un piccolo taglio", A36 "completare in modo indipendente e senza continui richiami le attività da svolgere in classe", A38 "pianificare in modo autonomo il lavoro da svolgere con un altro bambino su un compito o un progetto di classe".

Nel complesso, tuttavia, l'andamento generale risulta nella norma.

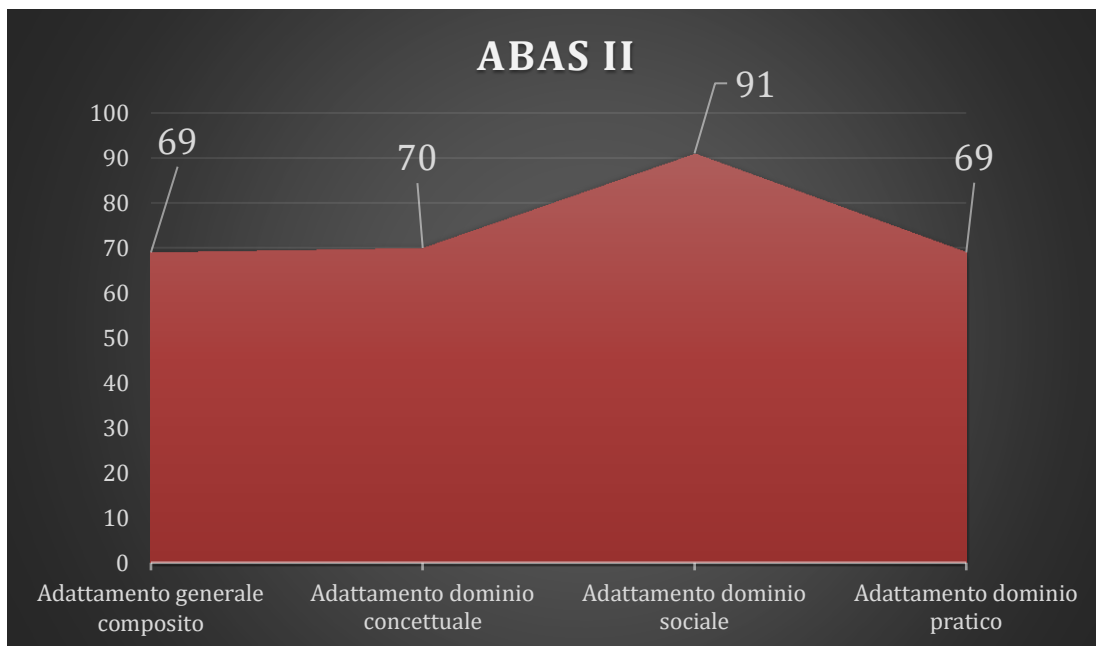


Grafico 5.5: Rappresentazione punteggio di ogni singolo dominio (ABAS II)

Il grafico 5.5 indica i punteggi ottenuti dalla bambina in ogni singolo dominio.

I punteggi risultano sotto la media rispetto agli individui con un'età anagrafica uguale a quella di M.F. (media=100; ds=15) fatta eccezione per la “scala adattamento sociale” la quale risulta nella norma.

Per quanto concerne “l’adattamento dominio concettuale” la bambina ha totalizzato punteggi sotto la media nelle aree adattive relative a “competenze scolastiche” e “comunicazione”. M.F. dimostra di non aver acquisito ad oggi competenze come: “usare la bilancia per pesare gli oggetti”, “misurare lunghezza e altezza”, “scrivere il proprio indirizzo incluso il CAP”, “scrivere lettere, appunti o e-mail”, “seguire le notizie di suo interesse o eventi di attualità leggendo giornali, libri o altri materiali”, “leggere documenti importanti come ad esempio il registro di classe”. Sul profilo della comunicazione la bambina non sembra aver acquisito ancora competenze come: “comporre il proprio numero di telefono”, “parlare di obiettivi realistici a scuola”, “specificare il proprio indirizzo, compreso il CAP”, “rispondere a domande complesse che richiedono idee precise e opinioni, ad esempio domande sulla politica o avvenimenti recenti”, “usare informazioni aggiornate per discutere di avvenimenti recenti”.

In merito a “l’adattamento dominio pratico” si può osservare come la bambina abbia ottenuto un punteggio che si colloca sotto la media, le aree adattive in cui M.F.

sembrerebbe non aver ancora acquisito competenze necessarie sono: “cura di sé” e “salute e sicurezza”.

Per quanto riguarda l’area “cura di sé”, la bambina ad oggi non possiede le seguenti abilità: “tenere i capelli in ordine”, “mantenersi pulita e ordinata”, “mantenere le unghie pulite”, “tenere i capelli in ordine durante il giorno”.

Le abilità non ancora acquisite nell’area “salute e sicurezza” sono: “conoscere le prassi in caso di allarme a scuola”, “descrivere le norme generali di sicurezza della comunità”, “curarsi da sola piccole ferite”, “usare le spine o le prese di corrente in modo sicuro

La situazione complessiva indicata da “l’adattamento generale composito” si presenta ad oggi sotto la media, in questa area M.F. totalizza un punteggio pari a 69 (in ritardo) nonostante il “dominio adattamento sociale” risulti nella norma.

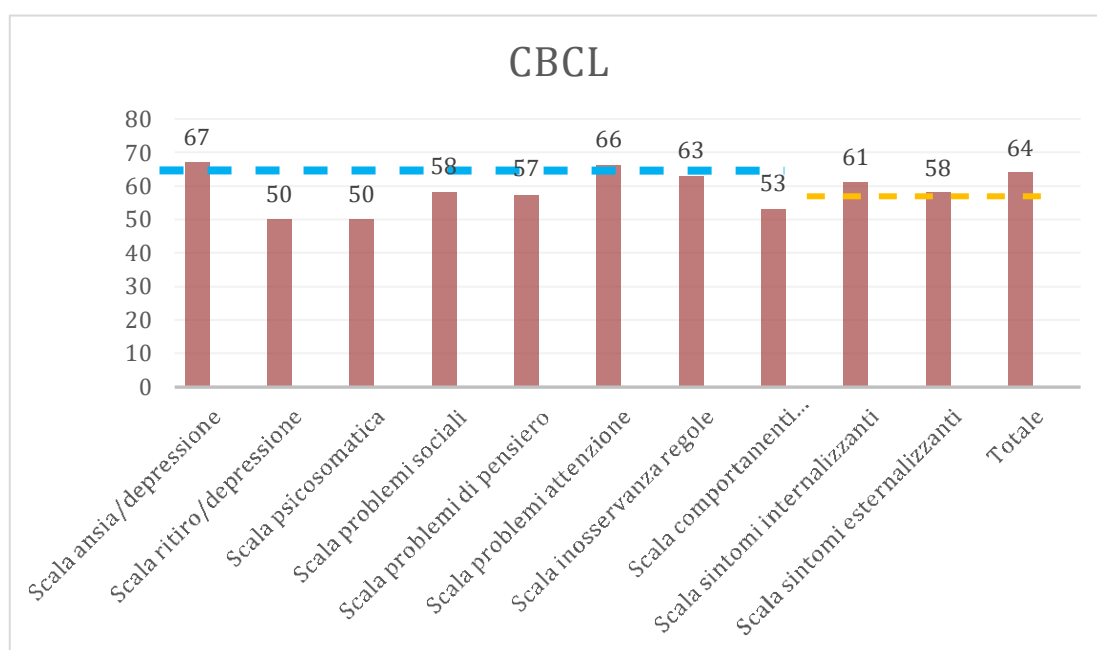


Grafico 5.6: Rappresentazione punteggio T-score di ogni singola scala (CBCL)

I punteggi rappresentati nel grafico sono espressi in punti T. Per le prime 8 scale la “soglia” critica è rappresentata dalla linea orizzontale tratteggiata di colore blu mentre per le altre 3 scale la “soglia” di riferimento è rappresentata dalla linea orizzontale tratteggiata di colore arancione. Qualora qualche punteggio relativo ad una o più scale dovesse oltrepassare tale “soglia” la performance relativa a quella

scala è da intendersi “di interesse clinico” e quindi meritevole di eventuali approfondimenti.

In merito alle prime 8 scale si può osservare come M.F. non abbia ottenuto alcun punteggio che oltrepassi la “soglia” di criticità, tuttavia raggiunge punteggi elevati nelle scale “ansia/depressione” e “problemi di attenzione”. I punteggi rispettivamente di 67 per la prima scala e 66 per la seconda rientrano nel range “borderline” e cioè vicini alla “soglia” critica. La bambina infatti, per quanto concerne la scala “ansia/depressione”, ha ottenuto punteggi alti negli item relativi all’ipersensibilità, alla suscettibilità riguardo alle critiche e al desiderio di compiacere agli altri (items 71 “è ipersensibile o facilmente imbarazzato”, 81 “si sente ferito quando viene criticato” e 106 “è eccessivamente ansioso di compiacere agli altri”).

In merito alla scala “problemi di attenzione” M.F. ha ottenuto punteggi alti negli items: “agisce in modo infantile per la sua età”, “ha difficoltà di apprendimento”, “disordinato nel lavoro scolastico”, “si comporta in modo irresponsabile”, “si mette in mostra o fa il pagliaccio”, “non attento, si distrae facilmente”, “parla troppo”, “non porta a termine i compiti assegnati”.

Nel complesso la bambina ottiene un punteggio pari a 64 e merita approfondimenti specifici.

M.F. in linea generale dimostra limitata autonomia soprattutto riguardo allo svolgimento dei compiti e richiede spesso l’ausilio dell’adulto per realizzare il proprio carico didattico poiché tende a distarsi facilmente e la sua attenzione risulta labile. Inoltre, ad oggi, risulta carente l’area relativa alla cura ed igiene della propria persona (si sono registrati in passato episodi di encopresi che la bambina cerca di nascondere).

Gli obiettivi concordati con il Servizio Sociale di riferimento, oltre a monitorare la situazione familiare della bambina, sono quelli di offrire un contesto socializzante e protetto affinché M.F. possa esprimere le proprie emozioni e sviluppare progressivamente le proprie capacità, con particolare attenzione alla realizzazione dei compiti ed all’acquisizione di competenze che possano renderla maggiormente consapevole sull’importanza dell’igiene e della cura della propria persona.

O.N. (MASCHIO, 10 ANNI)

Il bambino ha concluso il quarto anno di scuola primaria di primo grado e si appresta ad iniziare il quinto ed ultimo anno.

La progettualità in essere presso il Centro Educativo del minore ha avuto inizio ad inizio del mese di giugno di quest'anno. Il minore era già conosciuto all'equipe di educatori in quanto O.N. aveva frequentato il Centro Educativo negli anni precedenti soltanto durante il periodo estivo. Da quest'anno, a differenza degli scorsi anni, il Servizio Sociale ha deciso di far rientrare il minore in convenzione per costruirci una progettualità educativa stabile e a lungo termine.

Il nucleo è monogenitoriale, il bambino infatti abita da solo con la propria madre all'interno di una locazione assegnata dal Comune. La figura paterna risulta irreperibile e O.N. non l'ha mai conosciuta.

La madre presenta un quadro clinico compatibile con il disturbo correlato alle sostanze. Quest'ultima ha assunto da sempre uno stile parentale autoritario nei confronti del minore segnato da violenza fisica reiterata. Il bambino è stato segnalato ai Servizi Sociali dalla scuola poiché quest'ultimo frequentava il contesto scolastico con una frequenza instabile. Il Servizio ha di recente richiesto una valutazione psicologica ed è emersa la diagnosi di ADHD.

O.N. nelle interazioni sociali spesso ricorre alle menzogne e fatica a riconoscere ed accettare le proprie responsabilità e nei momenti di conflitto tende ad alzare la voce e agitarsi.

I grafici 5.7, 5.8 e 5.9 riportati di seguito hanno lo scopo di rappresentare i punteggi ottenuti da O.N. nei 3 test utilizzati:

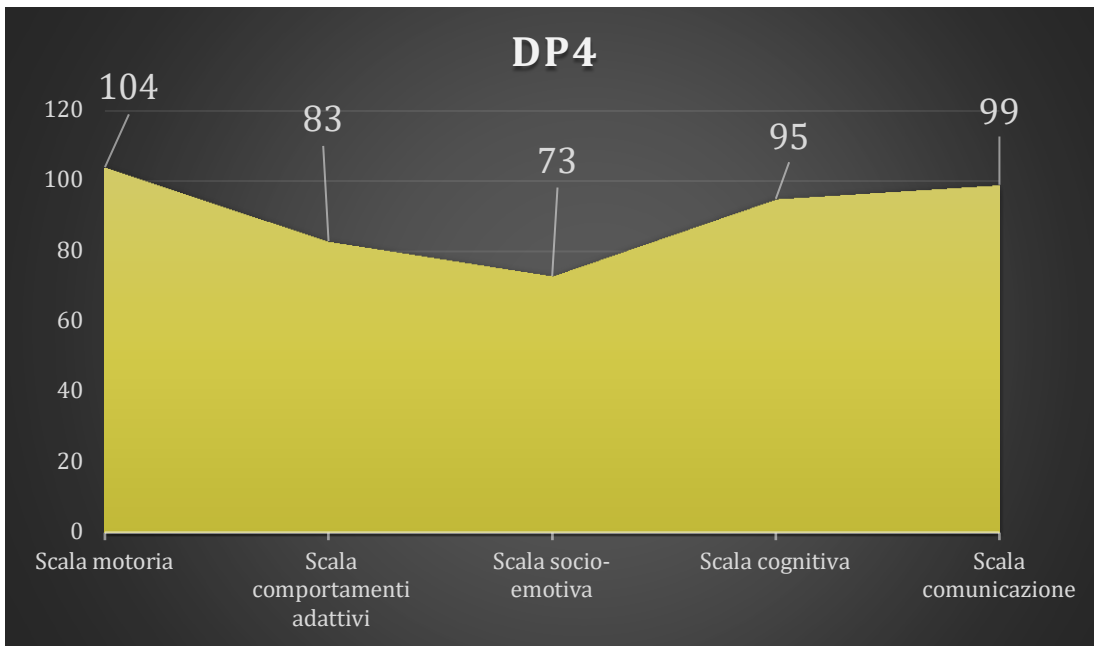


Grafico 5.7: Rappresentazione punteggio di ogni singola scala (DP4)

I risultati ottenuti evidenziano che, in linea generale, il bambino presenta uno sviluppo nella media, fatta eccezione per la scala socio-emotiva il cui punteggio (73) si colloca sotto la media per la sua età (media=100; ds=15).

Le competenze non ancora acquisite nella scala socio-emotiva sono: S16 “modificare il comportamento in modo appropriato a seconda del contesto”, S27 “sa essere sportivo, per esempio non fa capricci o si arrabbia quando perde”, S31 “è in grado di svolgere un’attività scolastica in modo indipendente per almeno 10 minuti senza aver bisogno di continui richiami”, S32 “è consapevole che alcuni lavori sono pagati più di altri”

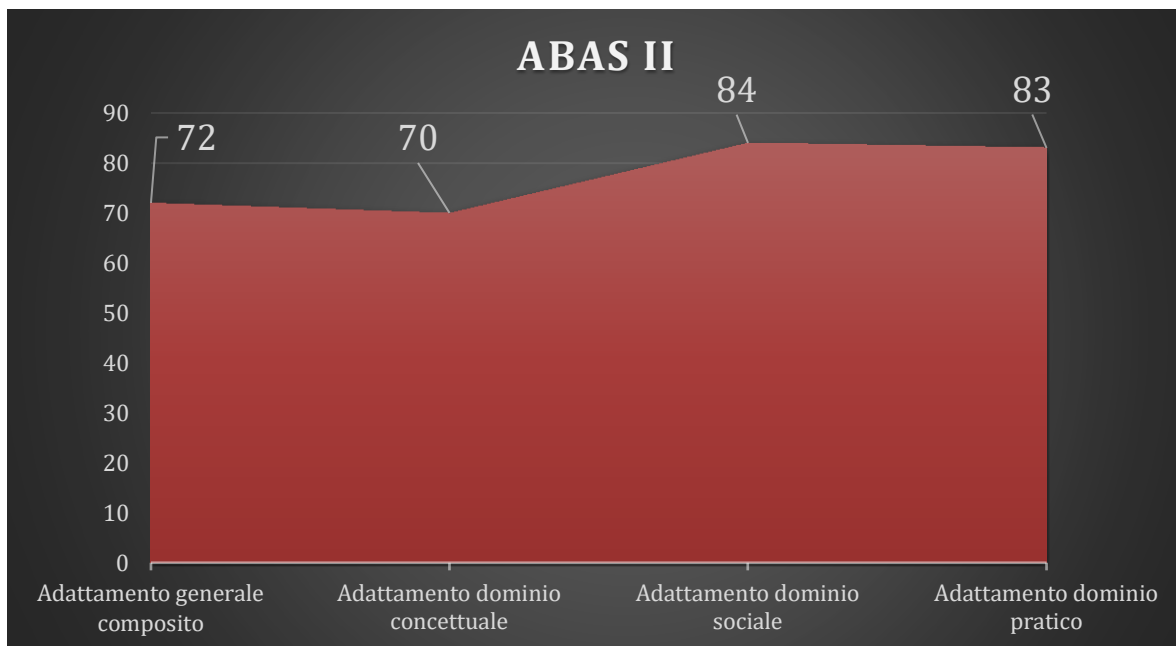


Grafico 5.8: Rappresentazione punteggio di ogni singolo dominio (ABAS II)

I punteggi relativi allo strumento Adaptive Behavior Assessment System (ABAS II) risultano sotto la media.

Per quanto concerne il dominio relativo a “l’adattamento concettuale”, in cui il bambino totalizza un punteggio pari a 70, le aree adattive in cui O.M. registra prestazioni sotto la media sono: “autocontrollo” e “competenze scolastiche”. Le competenze non ancora acquisite sono:

“controllare la rabbia quando un’altra persona infrange le regole in un gioco o in un’altra attività di svago”, “evitare situazioni che possano mettere nei guai”, “controllare il proprio comportamento quando è in disaccordo con i compagni”, “controllare le proprie reazioni quando non si fa come si vorrebbe”, “controllare se i compiti sono fatti bene”.

“usare la bilancia per pesare oggetti”, “scrivere il proprio indirizzo compreso il CAP”, “seguire le notizie di proprio interesse o eventi di attualità leggendo giornali, libri o altri materiali”, “leggere documenti importanti, ad esempio il registro di classe o i comunicati”, “compilare senza l’aiuto di nessuno le schede per la segretaria, ad esempio richieste di permessi, autocertificazioni, ecc”.

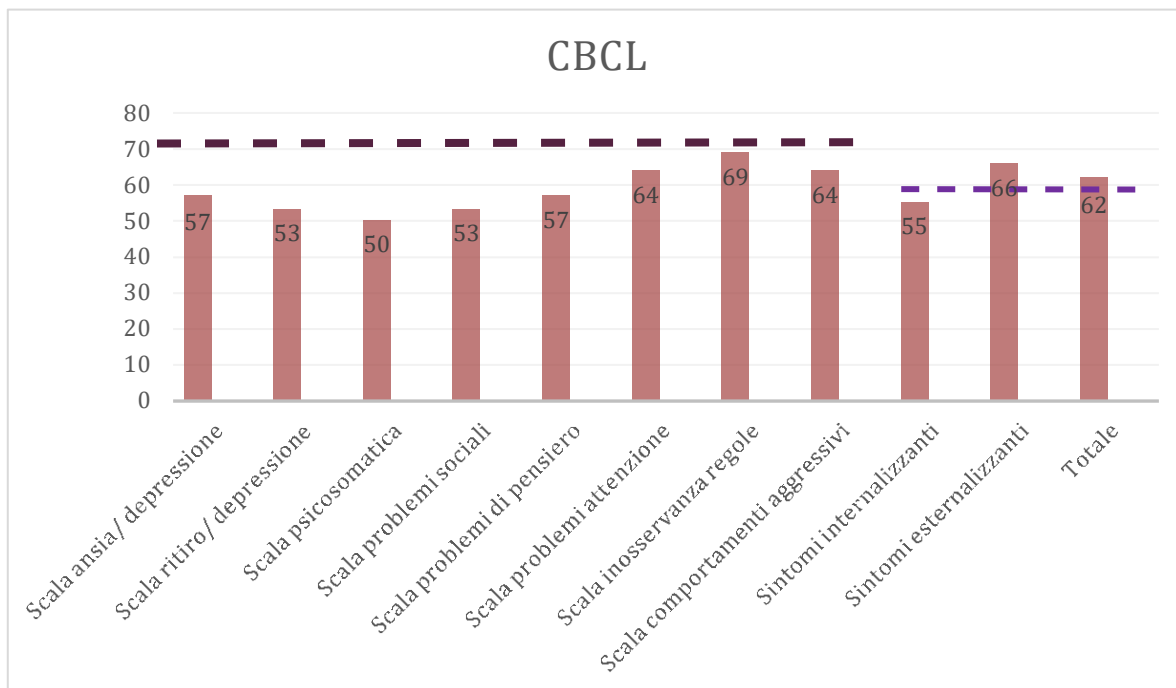


Grafico 5.9: Rappresentazione punteggio T-score di ogni singola scala (CBCL)

I punteggi ottenuti dal bambino sono espressi in punti T. All'interno del grafico si possono notare oltre ai punteggi ottenuti, due linee orizzontali tratteggiate. Quella più in alto rappresenta la soglia critica per le prime 8 scale, qualora il punteggio di una o più scale oltrepassi quella "soglia" si potrebbe considerare come "clinica" la prestazione del bambino in quelle scale. La seconda linea, leggermente più in basso rispetto alla prima rappresenta la "soglia" critica per le scale relative ai "sintomi internalizzanti" e "sintomi esternalizzanti".

Per quanto concerne le prime 8 scale si può osservare come O.N. non abbia ottenuto nessun punteggio che si collochi al di sopra della soglia critica, anche se il punteggio relativo alla scala "inosservanza regole" è da ritenersi "borderline" in quanto vicino alla "soglia" critica.

Gli items relativi alla scala "inosservanza regole" in cui il bambino ha ottenuto punteggi alti sono: "infrange le regole", "frequenta cattive compagnie", "è bugiardo o imbroglione".

Per quanto riguarda invece i "sintomi esternalizzanti" il bambino ottiene un punteggio pari a 66 punti T superando la soglia critica di riferimento. Questa valutazione probabilmente è dovuta, oltre all'elevato punteggio nella scala "inosservanza regole", ai punteggi relativamente alti ottenuti dal bambino nelle scale

“problemi di attenzione” e “comportamenti aggressivi” che, seppur nella norma, risultano vicini al range “borderline”.

La prestazione complessiva espressa in punti T è pari a 62 punti, valutazione che delinea un profilo “borderline” che necessita di supporto e attenzione da parte dell’adulto.

Gli obiettivi concordati con il Servizio Sociale di competenza sono quelli di monitorare attentamente la situazione familiare, offrire un contesto protetto in cui il bambino possa socializzare con i propri coetanei ed aiutarlo nella realizzazione del carico didattico.

O.M. presenta un’attenzione labile che lo porta ad aver bisogno di attenzione costante da parte dell’adulto. Spesso, inoltre si rende protagonista di alcuni confronti verbali marcati da tensione e rabbia. Il bambino, quando si verificano queste dinamiche, esperisce sentimenti di inadeguatezza e tristezza che lo portano talvolta ad alzare la voce o piangere. Per questo motivo l’equipe educativa cerca di confrontarsi con il bambino offrendo spunti e consigli sulle modalità appropriate di relazione con gli altri affinché il bambino possa acquisire progressivamente modelli comportamentali alternativi.

E.F (MASCHIO, 8 ANNI)

Il minore ha concluso il terzo anno di scuola primaria di primo grado e a settembre dell’anno corrente inizierà il quarto anno.

Il nucleo familiare del minore in oggetto risulta complesso ed articolato nella sua composizione e nella sua storia, infatti E.F. vive attualmente con la madre, la nonna materna, una sorellastra e un fratellastro. Il minore è il più piccolo dei 3, la sorellastra ha 16 anni mentre il fratellastro ha compiuto da poco 19 anni. I tre minori hanno in comune soltanto la figura materna in quanto i rispettivi padri sono diversi ed attualmente risultano irreperibili.

Il bambino, già nella scuola dell’infanzia è stato segnalato diverse volte per il suo comportamento dirompente ed irrequieto ma la valutazione psicologica è avvenuta alla fine del primo anno di scuola primaria.

Nella valutazione diagnostica si evidenzia un quadro relativo a “ADHD” e “Disturbo oppositivo provocatorio”.

Attualmente è seguito a scuola attraverso un rapporto individuale che prevede un insegnante di sostegno che collabora con l'equipe educativa del Centro Educativo ed il Servizio Sociale di competenza il quale ne detiene la tutela.

L'inserimento presso il Centro Educativo non è stato semplice poiché il minore attuava comportamenti oppositivi e violenti sia nei confronti dell'equipe educativa sia sul gruppo di pari. Attraverso il lavoro e l'instaurazione progressiva di un legame tra le parti, da qualche tempo a questa parte, si iniziano ad osservare lievi miglioramenti inerenti al profilo emotivo e socio-relazionale.

I grafici 5.10, 5.11 e 5.12 riportati di seguito hanno lo scopo di rappresentare i punteggi ottenuti da E.F. nei 3 test utilizzati:

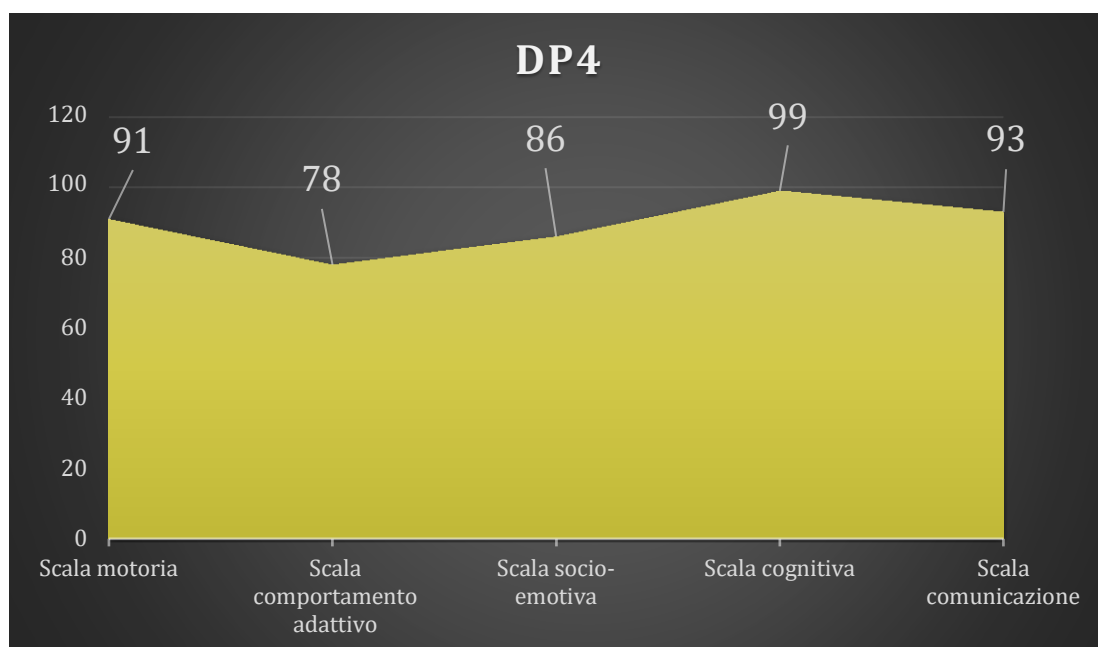


Grafico 5.10: Rappresentazione punteggio di ogni singola scala (DP4)

Attraverso questo grafico si possono osservare i punteggi ottenuti da E.F. nelle varie scale dello strumento Developmental Profile 4 (DP4).

Si può osservare come il bambino, complessivamente, ottenga punteggi nella media rispetto ai bambini della sua stessa età (media=100; ds=15) eccetto nella scala "comportamento adattivo" nella quale il suo punteggio (78) risulta sotto la media.

Le competenze, relative a questa scala, non ancora acquisite dal bambino sono: A27 "riuscire a calmarsi in modo appropriato almeno alcune volte quando è arrabbiato o turbato", A31 "pulire dopo aver svolto un'attività in cui si è sporcato", A33 "sapere a

memoria il numero di telefono di un genitore e il suo indirizzo di casa da usare in caso di emergenza”, A34 “medicarsi da solo piccole ferite”, A35 “sapere cercare qualcosa su internet”, A 36 “completare in modo indipendente e senza continui richiami le attività da svolgere in classe”, A 37 “gestire le attività assegnate in modo che le più importanti vengano fatte per prime”, A38 “pianificare in modo autonomo il lavoro da svolgere con un altro bambino su un compito o progetto di classe”.

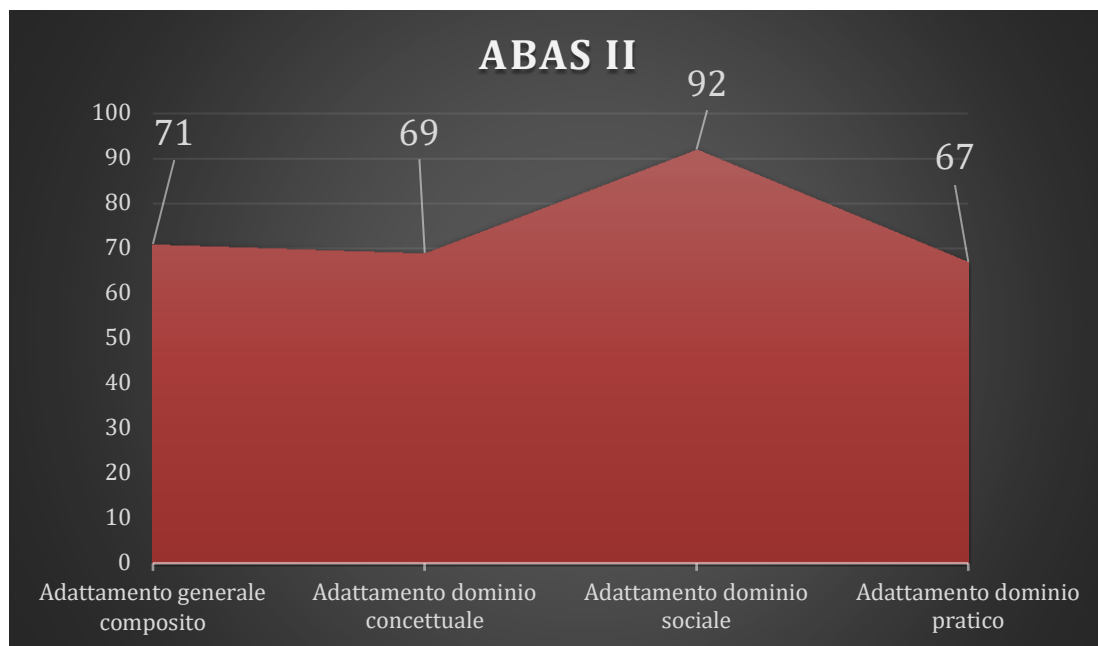


Grafico 5.11: Rappresentazione punteggio di ogni singolo dominio (ABAS II)

Il grafico illustra il punteggio ottenuto da E.F. in ogni singolo dominio dello strumento Adaptive Behavior Assessment System II (ABAS II).

Si può osservare come il bambino ottenga punteggi sotto la media (media= 100; ds=15) nelle aree relative a “l’adattamento dominio concettuale”, “adattamento dominio sociale” e “adattamento dominio pratico”. Le aree adattive che hanno inciso significativamente e maggiormente nel punteggio relativo al “dominio concettuale” sono state: “autocontrollo” e “competenze scolastiche”.

Le competenze che risultano ancora da acquisire nell’area relativa a “l’autocontrollo” sono: “chiedere aiuto agli insegnanti o a persone di riferimento quando sorgono problemi difficili”, “terminare i compiti in classe nei tempi richiesti”, “concentrarsi nelle attività scolastiche per almeno 15 minuti”, “lavorare autonomamente e chiedere aiuto solo se necessario”, “evitare situazioni che possano mettere nei guai”, “controllare il proprio comportamento quando è in disaccordo con i compagni”,

“continuare a fare compiti o attività difficili senza scoraggiarsi o abbandonare”,
“portare a termine, nei giusti tempi, lavori o progetti impegnativi”.

Le competenze ancora da acquisire relative all’area “competenze scolastiche sono:
“elencare i giorni della settimana in ordine”, “individuare date importanti sul
calendario”, “sapere misurare lunghezza ed altezza”, “sapere usare la bilancia per
pesare gli oggetti”, “scrivere il proprio indirizzo compreso il CAP”, “dire l’ora
utilizzando un orologio da parete o da polso”, “seguire le notizie di proprio interesse
o eventi di attualità leggendo giornali, libri o altri materiali”, “scrivere appunti o
prendere note per non dimenticare le cose da fare”, “leggere documenti importanti,
ad esempio il registro di classe o i comunicati”, “compilare senza l’aiuto di nessuno
le schede per la segretaria, ad esempio richieste di permessi, autocertificazioni, ecc.”.
Per quanto riguarda “l’adattamento dominio pratico” E.F. ha ottenuto punteggi
particolarmente bassi nelle aree adattive relative alla “cura di sé” e “salute e
sicurezza”.

Le competenze non ancora raggiunte nell’area adattiva “cura di sé” sono:
“mantenersi pulito e ordinato”, “mantenere le unghie pulite”, “allacciarsi le scarpe da
solo”.

Infine nell’area relativa a “salute e sicurezza” le competenze non ancora acquisite
sono: “rispettare le regole generali di sicurezza sullo scuolabus”, “rispettare le regole
generali di sicurezza a scuola”, “curarsi da solo le piccole ferite”.

I punteggi sotto la media relativi alle aree “adattamento sociale” e “adattamento
pratico” comportano conseguentemente ad una valutazione complessiva negativa, la
quale viene “riflessa” dal dominio “adattamento generale”, quest’ultimo infatti
totalizza un punteggio pari a 71 collocandosi sotto la media di riferimento.

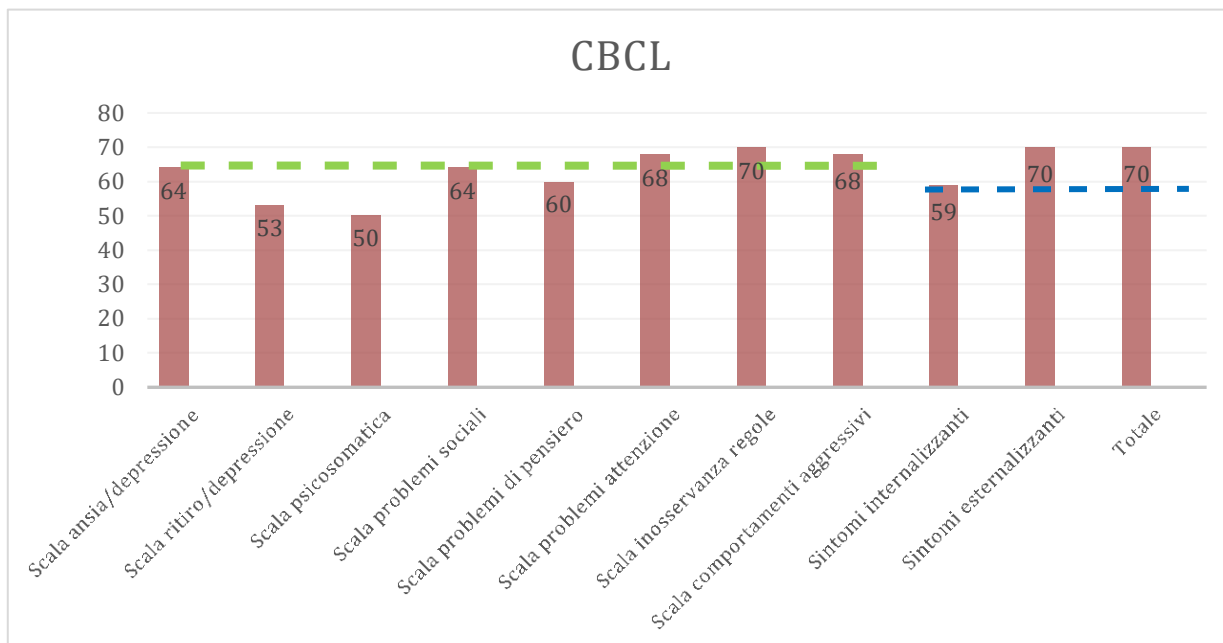


Grafico 5.12: Rappresentazione punteggio T-score di ogni singola scala (CBCL)

I punteggi di ogni singola scala sono espressi in punti T e per quanto concerne la lettura del grafico si devono considerare “atipici” i punteggi che oltrepassino la linea orizzontale tratteggiata verde per le prime 8 scale mentre per le restanti 3 scale i punteggi dovranno oltrepassare la linea orizzontale tratteggiata di colore blu.

Per quanto riguarda le prime 8 scale si può notare come la “scala inosservanza regole” abbia totalizzato un punteggio pari a 70 ed oltrepassi la “soglia” critica. Questo potrebbe significare che il bambino in quella scala riscontra delle difficoltà significative che possono e dovrebbero essere approfondite poiché il suo punteggio rientra nel range “clinico”. Gli items che hanno portato alla valutazione che colloca E.F. nel range “clinico” sono: “infrange le regole a scuola”, “preferisce stare con bambini o ragazzi più grandi”, “bestemmia o usa un linguaggio osceno”.

Anche le scale “problemi di attenzione” e “comportamenti aggressivi”, pur non oltrepassando la soglia critica, rientrano nel range “borderline” e meritano attenzione. Gli items in cui il bambino ottiene punteggi, tali da collocarlo all’interno del range “borderline” inerenti alla scala “problemi di attenzione”, sono: “non porta a termine le cose che comincia”, “non riesce a concentrarsi o a mantenere l’attenzione a lungo”, “non riesce a stare seduto, è irrequieto o iperattivo”, “è agitato”, “ha difficoltà a seguire le direttive”, “disturba gli altri alunni”, “è impulsivo o agisce senza pensare”, “disordinato nel lavoro scolastico”, “si mette in mostra o fa il pagliaccio”, “non

attento, si distrae facilmente”, “non rende quanto potrebbe”, “parla troppo”, “non porta a termine i compiti assegnati”.

La scala “comportamenti aggressivi” risulta anch’essa nel range “borderline” e gli items in cui il bambino ha ottenuto punteggi elevati sono: “discute in modo polemico”, “esige molta attenzione”, “è disobbediente”, “è coinvolto spesso in liti o zuffe”, “è particolarmente rumoroso”.

Il quadro complessivo appena descritto rientra nel quadro sintomatologico di natura esternalizzante, infatti attraverso il grafico, si può notare come la performance di E.F. risulti di interesse clinico in questa scala all’uguale dell’intero quadro complessivo.

E.F. presenta un quadro familiare fragile ed i suoi comportamenti connotati da rabbia e aggressività spesso lo portano a scontrarsi con il gruppo di pari. Nel corso degli anni ha instaurato un buon rapporto con l’equipe di educatori contraddistinto da rispetto, fiducia e affetto. È proprio attraverso questa relazione che si riescono a perseguire gli obiettivi concordati con il Servizio Sociale di riferimento e cioè quelli di supportare il bambino nella realizzazione dei compiti e nella gestione del proprio materiale scolastico ma soprattutto fornire uno spazio in cui il minore possa sentirsi accolto e poter esternalizzare ciò che sono i suoi pensieri e le sue esperienze.

C.M. (MASCHIO, 10 ANNI)

Il bambino ha concluso il quarto anno di scuola primaria di primo grado e a settembre dovrebbe svolgere il quinto ed ultimo anno.

Il progetto educativo del minore è stato avviato a marzo del 2022 con l’obiettivo di offrire un contesto di socializzazione adeguato e costruttivo ma soprattutto con l’intento di monitorare la situazione complessiva del bambino data la natura dell’articolata e complessa storia familiare del minore.

Il Servizio Sociale, per ordine del Tribunale dei Minori, ad oggi risulta organo che tutela la salute psico-fisica del bambino e decide sui percorsi scolastici ed extrascolastici del minore.

C.M. risiede all’interno di una abitazione caratterizzata da spazi ristretti e spesso disordinati e sporchi insieme al fratello minore e al padre.

La relazione coniugale dei genitori dei minori si interruppe quando entrambi i bambini erano piccolissimi e la madre può vedere i figli soltanto attraverso modalità protetta per circa un'ora a settimana.

La figura paterna risulta essere assente per lavoro e delega frequentemente la responsabilità dei propri figli alla sua attuale compagna e alla suocera

L'equipe educativa del Centro Educativo ed il corpo docente scolastico è a conoscenza, attraverso i racconti del minore, che sia il padre, sia la sua attuale compagna assumono un atteggiamento autoritario nei confronti dei bambini ricorrendo alla violenza verbale e fisica.

Per quanto concerne il contesto scolastico, prima dell'avvio della progettualità educativa presso il Centro Educativo, la frequenza risultava caratterizzata da numerose assenze ma successivamente è stato sensibilizzato il padre affinché portasse i figli a scuola con l'intento di rendere fattibile il progetto educativo. I bambini vengono prelevati da scuola e portati presso il Centro Educativo ove svolgono le attività insieme al gruppo di pari per poi essere riportati a casa la sera. L'istituzione scolastica ha da sempre segnalato significative difficoltà di gestione rispetto ad entrambi i fratelli, i quali risultano diagnosticati e sono seguiti in un rapporto individuale attraverso una copertura totale sia a scuola sia presso il Centro Educativo.

C.M. presenta un quadro compatibile con il "Disturbo oppositivo provocatorio", "ADHD", "Ritardo cognitivo lieve" e "Disturbo della coordinazione motoria".

Il bambino ad oggi registra grave difficoltà nelle interazioni sociali e nell'area delle autonomie, fatica a contenere i propri impulsi aggressivi e la sua "goffaggine" nei movimenti lo porta spesso ad incorrere in incidenti.

Infine il bambino presenta una condotta alimentare completamente sregolata che lo porta a ricercare il cibo anche quando è sazio. Questa dinamica lo porta spesso a mangiare, masticare o leccare oggetti pericolosi per la sua salute (deodorante, posate di plastica, buccia di agrumi e altri oggetti non commestibili).

I grafici 5.13, 5.14 e 5.15 riportati di seguito hanno lo scopo di rappresentare i punteggi ottenuti da C.M. nei 3 test utilizzati:

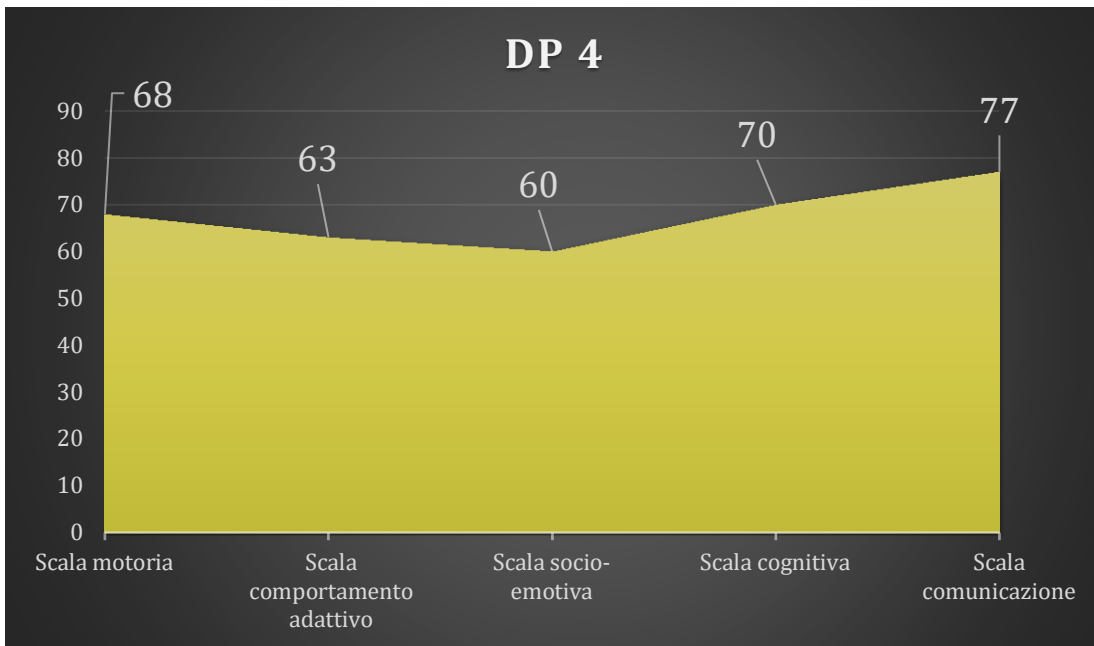


Grafico 5.13: Rappresentazione punteggio di ogni singola scala (DP4)

Attraverso il grafico 5.13 si possono osservare i punteggi ottenuti da C.M. in ogni singola scala relativa allo strumento “Developmental Profile 4”. I punteggi si collocano al di sotto della media (media=100, ds=15). Le aree con punteggi più bassi sono la “scala motoria”, “scala comportamento adattivo”, “scala socio-emotiva” e la “scala cognitiva” le quali totalizzano punteggi inferiori a 2 ds dalla media.

La “scala motoria” ha ottenuto il punteggio di 68 e le competenze non ancora acquisite risultano: M26 “è in grado di stare in equilibrio su un piede per almeno 10 secondi”, M28 “usa una mazza, una racchetta o una paletta di qualsiasi tipo per colpire al volo una palla che gli viene lanciata lentamente”, M30 “sa disegnare e/o copiare un quadrato”, M31 “è in grado di ritagliare semplici figure, come un cerchio o un quadrato, stando vicino ai bordi”, M32 “è in grado di allacciare i lacci delle scarpe o qualsiasi altro laccio facendo un fiocco”, M33 “è in grado di afferrare con una mano una palla da tennis o una palla di dimensioni simile se lanciata delicatamente dalla distanza di almeno due metri”, M34 “è in grado di usare la tastiera del computer per scrivere frasi al computer”.

La scala “comportamento adattivo” ha ottenuto il punteggio di 63 e le competenze non ancora acquisite risultano: A19 “pulirsi dopo essersi sporcato”, A 27 “riuscire a calmarsi in modo appropriato quando è arrabbiato o turbato”.

A 28 “scegliere correttamente i vestiti in base al clima e all’occasione”, A 31 “pulire e riordinare l’area utilizzata dopo aver svolto un’attività”, A 33 “sa a memoria il

numero di telefono di un genitore e il suo indirizzo di casa da usare in caso di emergenza” A 34 “si medica da solo un piccolo taglio” A 35 “sa cercare qualcosa su internet” A 36 “completare in modo indipendente e senza continui richiami le attività da svolgere”, A 37 “gestire le attività assegnate in modo che le più importanti vengano fatte per prime” A 38 “pianificare in modo autonomo il lavoro da svolgere con un altro bambino/a su un compito o un progetto”,

La scala “socio-emotiva” è quella in cui il punteggio risulta più basso (60). Il bambino si dimostra infatti in difficoltà rispetto alla sfera socio-relazionale e le competenze non ancora acquisite risultano essere le seguenti: S9 “preferisce spesso giocare da solo”, S14 “si dimostra in difficoltà nello svolgimento di un’attività senza aver bisogno costantemente dell’attenzione di un adulto”, S16 “modifica il suo comportamento in modo appropriato a seconda del contesto” S20 “è in grado di rimanere concentrato per almeno 30 minuti insieme ad un altro bambino su una sola attività”, S31 “è in grado di svolgere un’attività scolastica per almeno 10 minuti senza aver bisogno di continui richiami” S32 “è consapevole che alcuni lavori sono pagati più di altri”, S35 “dà segni di essersi innamorato”.

La scala “cognitiva”, cui punteggio è pari a 70, risulta anch’essa sotto la media. Il bambino infatti sembra non aver ancora acquisito le seguenti competenze: G24 “scrive numeri e lettere riconoscibili”, G30 “sa nominare i 7 giorni della settimana e rispondere quale giorno viene prima e dopo un dato giorno” G32 “legge a voce alta una storia semplice in modo sufficientemente comprensibile da far sì che qualcuno che ascolta solamente sia in grado di capirla”, G35 “è in grado di eseguire addizioni ad una cifra a mente, senza l’ausilio di oggetti o delle dita”, G37 “risponde indicando correttamente il giorno, il mese e l’anno se gli si chiede la data”, G38 “è in grado di eseguire sottrazioni a una cifra a mente senza l’ausilio di oggetti o delle dita”.

Infine la scala “comunicazione”, nonostante il punteggio (77) si collochi al di sotto della media, risulta essere la scala in cui il bambino ha ottenuto prestazioni migliori rispetto alle altre 4 scale. Le competenze non ancora acquisite in questa area sono: C26 “se viene raccontata una breve storia di circa 10 frasi, è in grado di rispondere a semplici domande riguardo agli eventi principali della storia, come i nomi dei personaggi principali e la sequenza generale degli eventi della storia”, C27 “è in grado di ripetere la trama di una storia, di uno spettacolo teatrale, di un video o di un programma televisivo”, C28 “sa inventarsi una storia che abbia un inizio, una parte centrale, una fine, e che contenga almeno sei/otto frasi o pensieri completi”, C30

“cambia lo stile di comunicazione a seconda della situazione”, C31 “è in grado di parlare per almeno 5 minuti davanti ad altre persone di uno specifico argomento”.

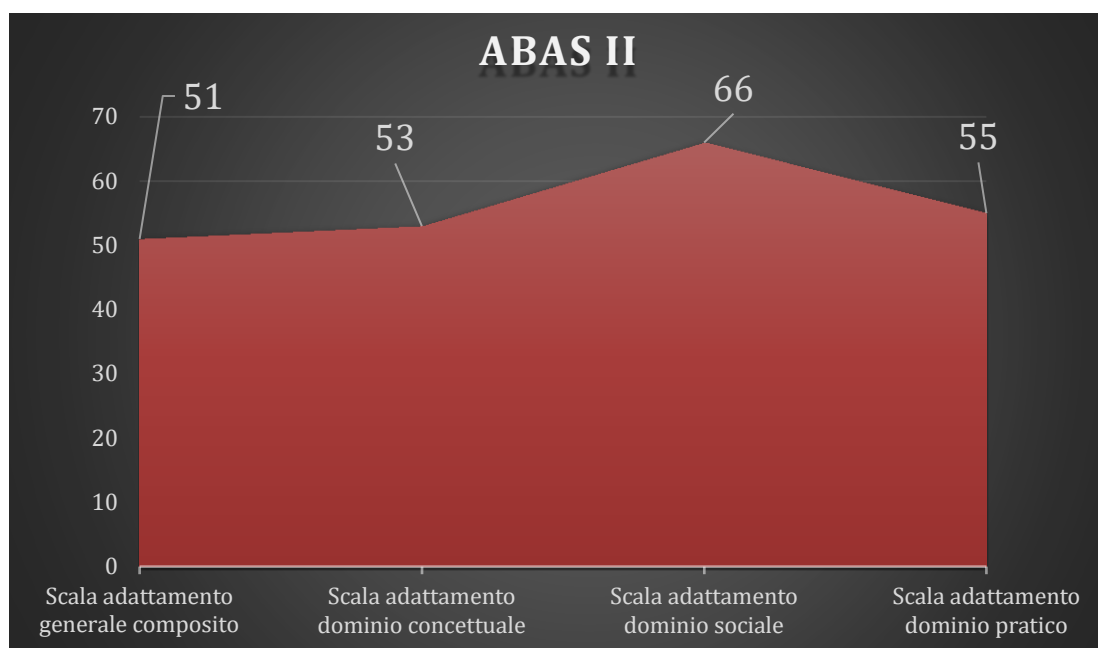


Grafico 5.14: Rappresentazione punteggio di ogni singolo dominio (ABAS II)

Attraverso il grafico 5.14 si possono osservare i punteggi ottenuti da C.M. in ogni singola scala dello strumento Adaptive Behavior Assessment System II (ABAS II). Si può notare come il bambino abbia ottenuto in tutte le scale punteggi che si collocano al di sotto della media (media=100, ds=15).

Per quanto concerne le aree adattive (“comunicazione”, “competenze scolastiche” e “autocontrollo”) che compongono il dominio relativo a “l’adattamento dominio concettuale” risultano tutte sotto la media.

Attraverso gli items si può constatare come C.M. nell’area relativa alla “comunicazione” non abbia ancora maturato alcune competenze come per esempio: “guardare gli altri in viso quando parlano”, “ascoltare attentamente per almeno 5 minuti quando si racconta una storia o si dà una spiegazione”, “restare attento durante le conversazioni in classe per tutto il tempo necessario”, “annuire o sorridere per incoraggiare gli altri quando parlano”, “iniziare conversazioni su argomenti interessanti per gli altri”.

Nell’area adattiva “competenze scolastiche” le competenze che risultano non ancora acquisite sono le seguenti: “leggere e rispettare simboli universali come -non

entrare-, -uscita- o -stop-“, “individuare date importanti sul calendario”, “scrivere lettere, appunti o e-mail”, “seguire notizie di suo interesse o eventi di attualità leggendo giornali, libri o altri materiali”, “scrivere appunti o prendere note per non dimenticarsi le cose da fare”, “usare un dizionario o un’enciclopedia o internet per trovare informazioni”, “prendere appunti in classe”.

L’area adattiva “autocontrollo”, risulta anch’essa sotto la media e le competenze che risultano non ancora acquisite sono: “terminare i compiti in classe nei tempi richiesti”, “concentrarsi nelle attività scolastiche per almeno 15 minuti”, “lavorare autonomamente in classe e chiedere aiuto solo se necessario”, “evitare situazioni che possano mettere nei guai”, “controllare il proprio comportamento quando è in disaccordo con i compagni”, “continuare a fare i compiti o attività difficili senza scoraggiarsi o abbandonare”, “lavorare con impegno ai compiti o commissioni assegnati anche se non gli sono graditi”.

Per quanto riguarda la scala “adattamento dominio sociale”, cui punteggio è pari a 66 e che comprende le aree adattive “tempo libero” e “socializzazione”, risulta al di sotto della media.

Gli items in cui C.M. dimostra di non possedere ancora competenze appropriate sono: “seguire le regole del gioco o di altre attività”, “provare nuove attività per imparare qualcosa di nuovo”, “partecipare a gruppi organizzati, sportivi o ricreativi”, “organizzare, a scuola, un gioco o un’altra attività per i compagni, senza essere aiutato o incoraggiato”.

L’area della “socializzazione” si rivela quella in cui si riscontrano maggiori difficoltà ed il bambino sembra non aver ancora acquisito le seguenti competenze: “avere uno o più amici”, “avere un gruppo stabile di amici”, “rispettare la fila”, “se ha occupato il posto di un’altra persona, si alza senza che gli venga chiesto”, “mostrare buon senso nello scegliere gli amici”.

Infine la scala relativa a “l’adattamento dominio pratico”, con un punteggio pari a 55, risulta anch’essa sotto la media.

La scala è composta dalle aree adattive “cura di sé”, “salute e sicurezza”, “uso dell’ambiente” e “vita a scuola”. Le difficoltà vengono riscontrate maggiormente nelle prime due aree.

Per quanto concerne l’area adattiva “cura di sé” il bambino dimostra di non possedere ancora abilità quali: “tenere i capelli in ordine”, “mantenersi pulito e ordinato”, “masticare il cibo con la bocca chiusa”, “coprirsi la bocca quando starnutisce o

tossisce”, “pulirsi se si è sporcato”, “mantenere le unghie pulite”, “tenere i capelli in ordine durante il giorno, sistemandoli o pettinandoli se necessario”.

L’area adattiva relativa a “salute e sicurezza” risulta anch’essa sotto la media e le abilità non ancora acquisite sono le seguenti: “rispettare le regole generali di sicurezza nel giardino della scuola”, “rispettare le regole di sicurezza generali sullo scuolabus”, “rispettare le regole generali di sicurezza a scuola”, “curarsi da solo le piccole ferite”.

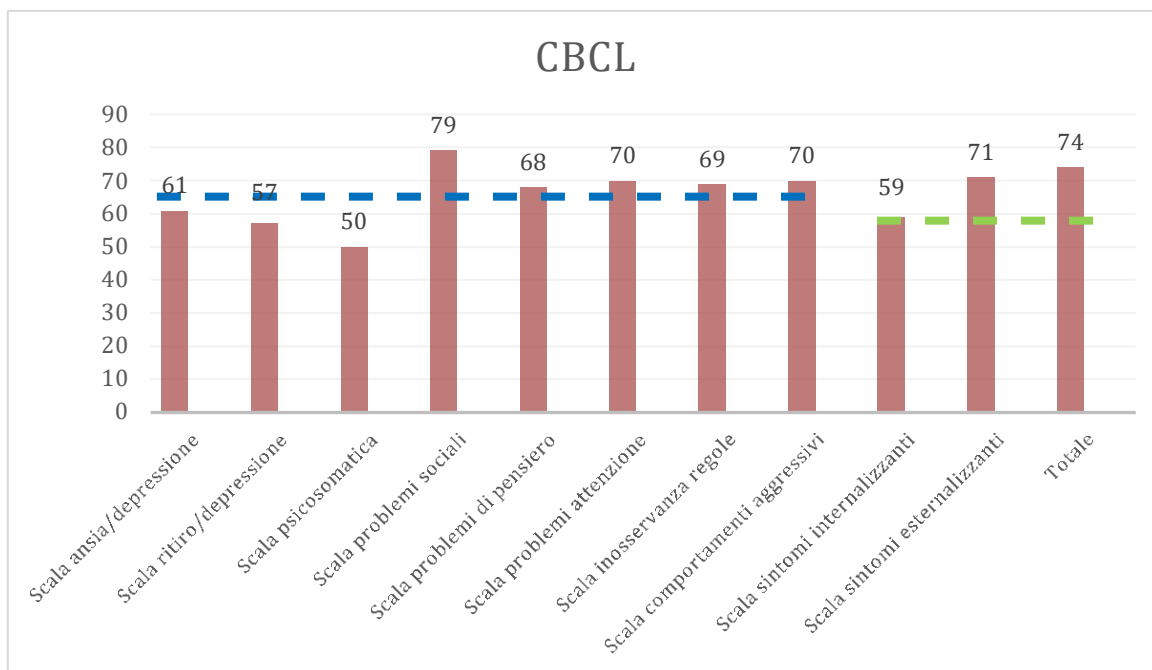


Grafico 5.15: Rappresentazione punteggio T-score di ogni singola scala (CBCL)

I punteggi rappresentati nel grafico sono espressi in punti T. Per quanto concerne le prime 8 scale, i punteggi per rientrare all’interno del “range” tipico e, risultare dunque nella norma, non devono superare la linea orizzontale tratteggiata di colore blu, poiché tale linea rappresenta una “soglia” critica. I punteggi relativi a una o più scale che dovessero oltrepassare quella linea rientrerebbero nel “range” denominato “clinico”, motivo per il quale si rende necessaria maggiore attenzione ed un approfondimento analitico.

Le restanti 3 scale hanno come “soglia” critica la linea orizzontale tratteggiata di colore verde.

Dai dati raccolti, che si possono osservare attraverso il grafico 5.15, si mette in evidenza come nelle scale “problemi sociali”, “problemi di pensiero”, “problemi di

attenzione”, “inosservanza regole” e “comportamenti aggressivi” il bambino oltrepassi la “soglia” critica con punteggi che eguagliano o superano il valore relativo di 68. Questo significa che in quelle scale il bambino presenta difficoltà significative che egli manifesta, probabilmente, attraverso pattern comportamentali disadattivi e disfunzionali. Si rende necessario, conseguentemente, un’analisi dettagliata ed approfondita in tali aree.

Nella scala “problemi sociali” C.M. ottiene punteggi sotto la media ed i comportamenti disfunzionali sono i seguenti: “è molto attaccato agli adulti, troppo dipendente”, “non va d’accordo con gli altri alunni”, “si fa spesso male, è spesso soggetto ad incidenti”, “non piace agli altri alunni”, “non coordinato o impacciato nei movimenti”, “preferisce la compagnia dei più piccoli”.

Nella scala “problemi di pensiero”, i comportamenti in cui si registrano difficoltà sono: “non riesce ad evitare certi pensieri, ossessioni”, C.M. infatti, sembra essere ossessionato dal cibo ricercandolo costantemente o chiedendo spesso di averne, “accumula molte cose che non gli servono”.

I comportamenti correlati con le problematiche legate alla scala “problemi di attenzione” sono: “agisce in modo infantile per la sua età”, “canticchia o fa rumori strani in classe”, “non porta a termine le cose che comincia”, “non riesce a concentrarsi, non riesce a mantenere l’attenzione a lungo”, “non riesce a stare seduto, è irrequieto o iperattivo”, “è confuso e sembra aver la testa nel pallone”, “è agitato”, “ha difficoltà nel seguire le direttive”, “disturba gli altri alunni”, “è impulsivo o agisce senza pensare”, “ha difficoltà di apprendimento”, “parla senza rispettare il suo turno”, “ha uno scarso rendimento scolastico”, “disturba la disciplina della classe”, “disordinato nel lavoro scolastico”, “si comporta in modo irresponsabile”, “non attento, si distrae facilmente”.

La scala “inosservanza regole” ha ottenuto un punteggio pari a 69 e rientra anch’essa all’interno dell’area denominata “clinica” ed i comportamenti disfunzionali sono: “non sembra sentirsi in colpa dopo essersi comportato male”, “infrange le regole a scuola”, “è bugiardo o imbrogliatore”, “ruba”.

Infine la scala “comportamenti aggressivi” rientra nel “range clinico” poiché il suo punteggio relativo è pari a 70 ed il pattern comportamentale in cui si riscontrano maggiori difficoltà sono: “esige molta attenzione”, “distrugge le sue cose”, “è disobbediente”, “assale fisicamente le persone”, “strilla molto”, “ha un comportamento esplosivo ed imprevedibile”, “è particolarmente rumoroso”.

I numerosi sintomi esternalizzanti del bambino sono significativi e sembrano influire direttamente sul risultato finale inerente al profilo comportamentale del bambino che, come si evince dal grafico, rientra all'interno del "range clinico" con il punteggio di 74, valutazione che supera la "soglia" critica.

C.M. all'interno del centro è seguito attraverso un rapporto individuale con lo scopo di far acquisire al bambino modalità di socializzazione adatte al contesto in cui è inserito, oltre a questo, in accordo con il Servizio Sociale di riferimento, si cerca di stimolare il bambino affinché egli possa esprimere le proprie emozioni attraverso i racconti di ciò che vive a scuola e soprattutto a casa con l'obiettivo di tenere monitorata la situazione domestica, poiché essa spesso risulta disfunzionale.

K.M. (MASCHIO, 8 ANNI)

K.M. è il fratello di C.M. appena descritto. K.M. ha concluso il terzo anno di scuola primaria di primo grado e a breve inizierà il quarto anno. A differenza del fratello possiede maggiori abilità sociali, riuscendo ad interagire maggiormente ed in modo appropriato con il gruppo dei pari, il quale lo ricerca e coinvolge nelle attività di gioco.

Il bambino è certificato attraverso una diagnosi di "ADHD".

Rispetto al fratello risulta maggiormente distaccato, distante e schivo a livello affettivo nei confronti delle figure adulte tendendo a ricercarle soltanto nei momenti di bisogno.

K.M. presenta un'autonomia relazionale e personale in linea con i propri pari riuscendo a gestire le varie situazioni in modo complessivamente adeguato nonostante talvolta cerchi di ingannare o "raggirare" i propri compagni con alcune tecniche manipolatorie.

Entrambi i fratelli tendono a "riempirsi" di cose materiali (giocattoli, pupazzi, carte da gioco) che spesso risultano essere sporchi o rotti ma da cui faticano a distaccarsi.

I grafici 5.16, 5.17 e 5.18 riportati di seguito hanno lo scopo di rappresentare i punteggi ottenuti da K.M. nei 3 test utilizzati:

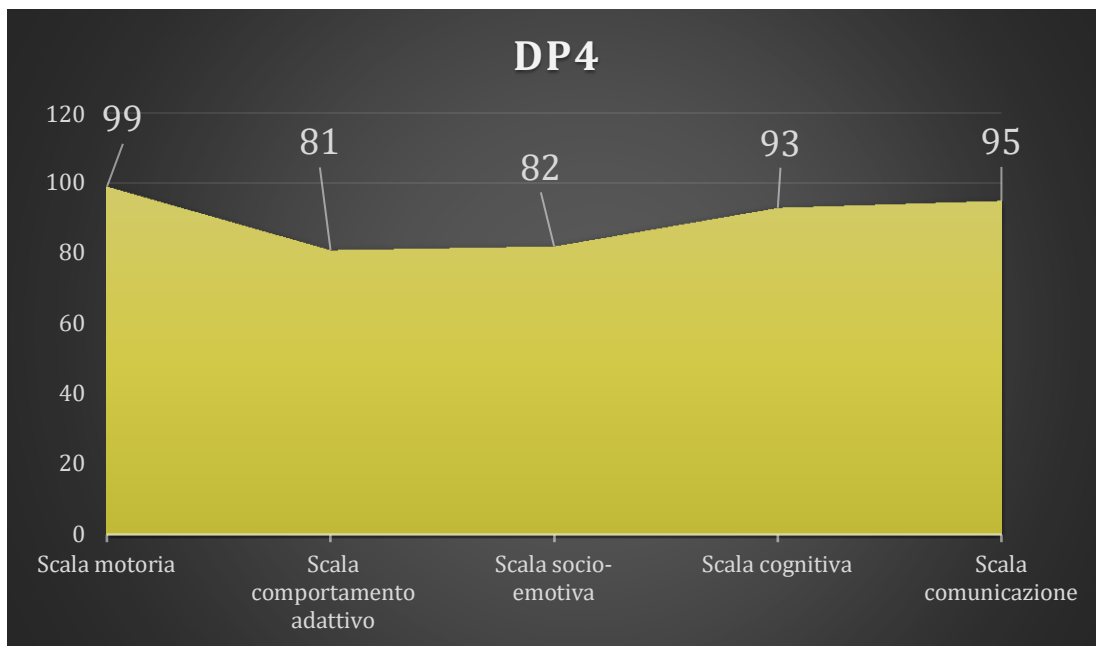


Grafico 5.16: Rappresentazione punteggio di ogni singola scala (DP4)

Attraverso il grafico si possono osservare i punteggi ottenuti da K.M. suddivisi per scala. Si può osservare come nelle scale “comportamento adattivo” e “socio-emotiva” il bambino abbia totalizzato dei punteggi che si collocano appena al di sotto della media (media=100, ds=15).

Per quanto concerne la scala relativa al “comportamento adattivo” K.M. sembra non aver ancora acquisito le seguenti competenze: A27 “riesce a calmarsi in modo appropriato almeno alcune volte quando è arrabbiato o turbato”, A31 “pulisce dopo aver svolto un’attività in cui si è sporcato”, A33 “sa a memoria il numero di telefono di un genitore e il suo indirizzo di casa da usare in caso di emergenza”, A34 “si medica da solo piccole ferite”, A36 “completa in modo indipendente e senza continui richiami le attività da svolgere”, A37 “gestisce le attività assegnate in modo tale che le più importanti vengano svolte per prime”, A38 “pianifica in modo autonomo il lavoro da svolgere con un altro bambino su un compito o un progetto”.

La scala “socio-emotiva” totalizza un punteggio appena al di sotto della media e le competenze che non risultano ancora acquisite sono: S17 “dice spesso scusa o cerca di farsi perdonare da una persona che ha offeso o ferito”, S18 “chiede il permesso per giocare con un giocattolo che appartiene a qualcun altro piuttosto che prenderlo direttamente”, S22 “tiene in considerazione le preferenze e gli interessi degli amici quando decide a che gioco giocare”.

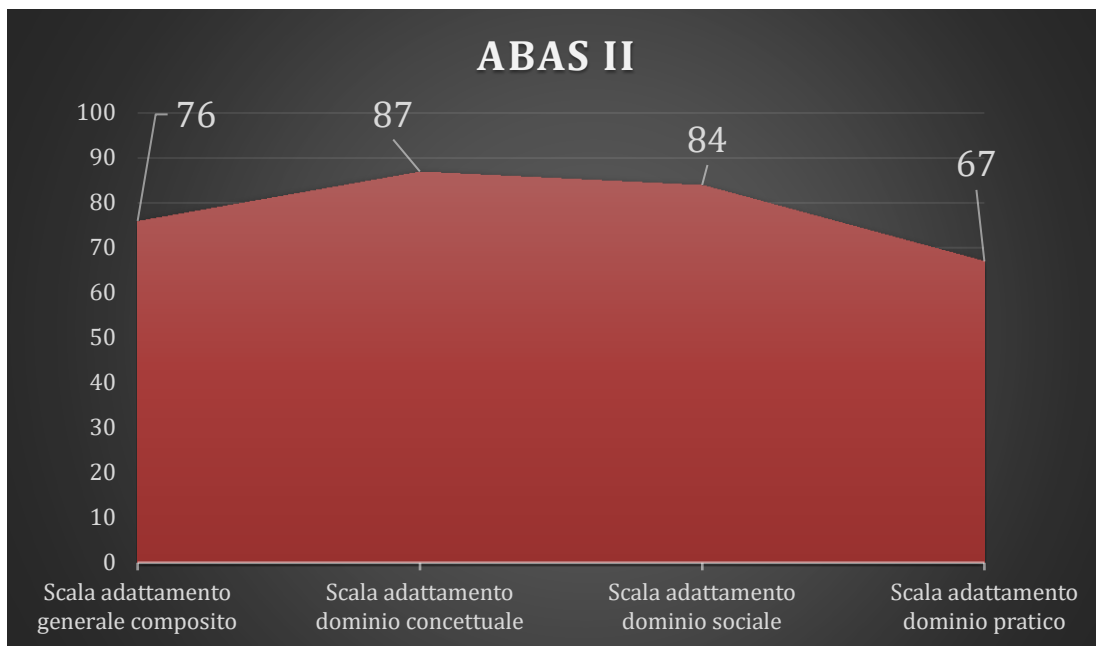


Grafico 5.17: Rappresentazione punteggio di ogni singolo dominio (ABAS II)

Il grafico relativo allo strumento Adaptive Behavior Assessment System evidenzia prestazioni inferiori rispetto alla media (media=100; ds=15) nei domini “Adattamento generale composito”, “Adattamento dominio sociale” e “Adattamento dominio pratico”.

La scala relativa a “l’adattamento sociale” ha ottenuto un punteggio pari a 84 e l’area adattiva maggiormente compromessa è quella inerente alla “Socializzazione”. K.M. non ha ancora acquisito le seguenti competenze: “offrire aiuto ai compagni di classe o all’insegnante”, “scusarsi nel caso in cui si offenda qualcuno”, “se occupa il posto di un’altra persona, si alza senza che gli venga chiesto”, “In amicizia, fa richieste ragionevoli, ad esempio non si arrabbia se un amico lega con un altro, è poco possessivo”, “mostra comprensione per gli altri quando sono tristi o arrabbiati”, “si trattiene dal dire qualcosa che potrebbe imbarazzare o ferire gli altri”, “si congratula con gli altri quando accade loro qualcosa di bello”, “si complimenta con gli altri per buone azioni o comportamenti, ad esempio onestà o gentilezza”.

La scala “Adattamento dominio pratico” ottiene un punteggio pari a 67 e risulta sotto la media per un bambino della sua stessa età anagrafica. Le aree adattive maggiormente compromesse sono: “Cura di sé” e “Salute e sicurezza”.

Gli items relativi all’area adattiva “Cura di sé” in cui il bambino ha ottenuto punteggi bassi che dimostrano come K.M. non abbia ancora acquisito alcune competenze sono: “a scuola tiene i capelli in ordine”, “si mantiene pulito e ordinato”, “mastica

con la bocca chiusa” “si copre la bocca quando starnutisce”, “mantiene le unghie pulite”.

L'area adattiva “Salute e sicurezza” ha ottenuto un punteggio sotto la media e le competenze non ancora acquisite sono: “usa i materiali scolastici senza far male agli altri”, “rispetta le regole di sicurezza nel giardino”, “rispetta le regole di sicurezza sull'autobus”, “rispetta le regole di sicurezza a scuola”, “segue le regole di sicurezza per entrare e uscire da scuola”.

Il punteggio relativo alla scala “Adattamento generale composito” è pari a 76 e conseguentemente si colloca al di sotto della media. Sul punteggio incidono in modo determinante le performances ottenute dal bambino nei domini di “Adattamento dominio sociale” e “Adattamento dominio pratico”, in modo particolare, quest'ultima, risulta notevolmente compromessa.

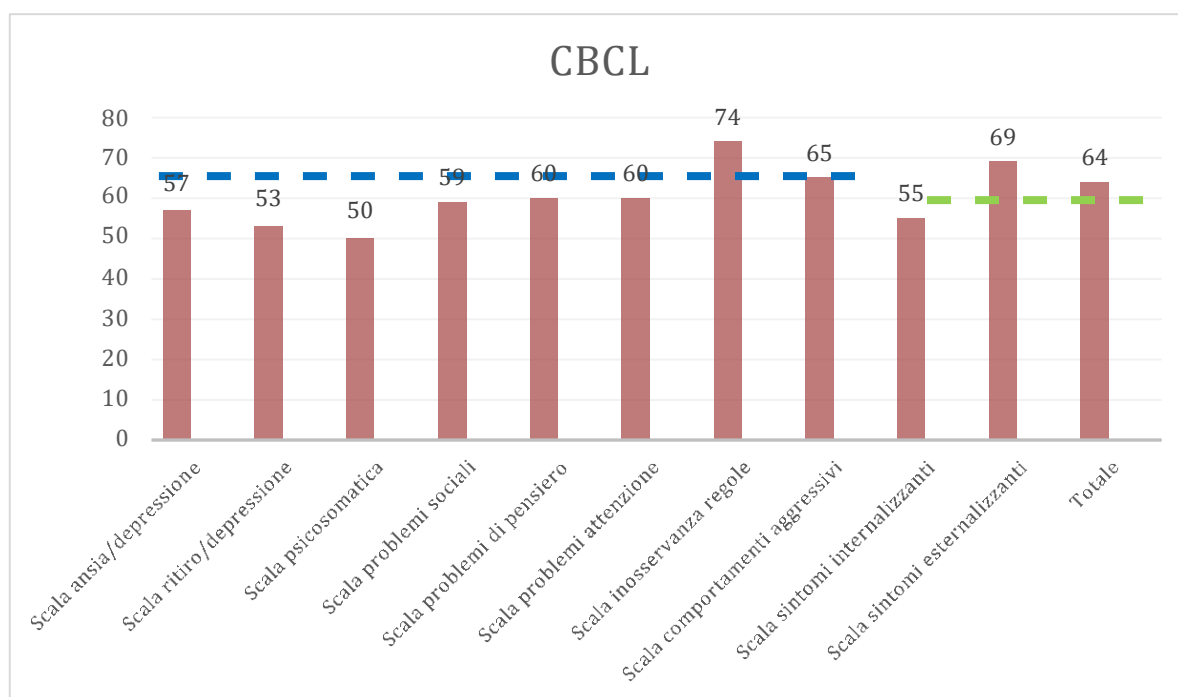


Grafico 5.18: Rappresentazione punteggio T-score di ogni singola scala (CBCL)

I punteggi rappresentati nel grafico sono espressi in punti T. Per quanto concerne le prime 8 scale, i punteggi per rientrare all'interno della media e, risultare dunque nella norma, non devono superare la linea orizzontale tratteggiata di colore blu, poiché tale linea rappresenta una “soglia” limite. I punteggi relativi a una o più scale che dovessero oltrepassare quella linea rientrerebbero nel “range” denominato “clinico”,

motivo per il quale si rende necessaria maggiore attenzione ed un approfondimento analitico.

Le restanti 3 scale hanno come “soglia” limite la linea orizzontale tratteggiata di colore verde.

Dal grafico si osserva come nella scala “Inosservanza regole” la prestazione del bambino oltrepassi la linea critica totalizzando un punteggio pari a 74. Nella scala il bambino dimostra comportamenti che si collocano al di sotto della media. Attraverso l’osservazione attenta degli items si possono evidenziare come i comportamenti disfunzionali siano rilevabili attraverso i seguenti items: “non sembra sentirsi in colpa dopo essersi comportato male”, “infrange le regole a scuola”, “è bugiardo o imbroglione”, “ruba”.

La scala “comportamenti aggressivi”, pur non superando la “soglia” critica, ottiene un punteggio pari a 65, valutazione che si colloca nella zona “borderline”. Gli items che hanno portato a tale valutazione sono: “è crudele, prepotente o malvagio verso gli altri”, “esige molta attenzione”, “è coinvolto spesso in liti o zuffe”, “è sospettoso”.

I numerosi sintomi esternalizzanti del bambino sono significativi e sembrano influire direttamente sul risultato finale inerente al profilo comportamentale del bambino che, come si evince dal grafico, risulta “clinico” con il punteggio di 64, valutazione che supera la “soglia” critica.

K.M. all’interno del centro educativo è seguito attraverso un rapporto individuale con lo scopo di aiutarlo nella realizzazione dei compiti ma soprattutto a socializzare in modo adattivo con i propri compagni poiché

il bambino spesso si dimostra indifferente rispetto alle emozioni o bisogni altrui. Egli infatti sembra molto più propenso a dare rilevanza a ciò che accade a sé stesso ignorando frequentemente l’altro e, quando viene richiamato per i suoi comportamenti, sembra maggiormente preoccupato ad evitare la “punizione” piuttosto che riflettere sulle sue azioni.

La progettualità ha lo scopo di sensibilizzare il bambino nei confronti dell’altro attraverso confronti diretti che possano farlo riflettere sulle conseguenze che talvolta possono avere i suoi comportamenti sulle emozioni dei propri compagni.

CONCLUSIONI

Attraverso i dati raccolti si può osservare che la scala “comportamento adattivo” dello strumento “Developmental Profile 4 (DP4)” si dimostra l’area in cui il campione preso in analisi riscontra maggiori difficoltà totalizzando complessivamente punteggi che si collocano al di sotto del “range” tipico. I bambini analizzati dimostrano conseguentemente un’autonomia limitata e spesso necessitano di un supporto attivo da parte dell’adulto per riuscire a svolgere alcune delle attività della vita quotidiana come per esempio, svolgere i compiti scolastici, mantenere relazioni socialmente proficue, lavarsi e vestirsi completamente in autonomia.

È interessante notare che anche lo strumento Adaptive Behavior Assessment System, attraverso il dominio “adattamento pratico” sembrerebbe confermare questa tendenza. In questo dominio infatti i bambini hanno ottenuto valutazioni che si collocano al di sotto di 2 ds dalla media.

Lo strumento evidenzia altresì significative difficoltà riscontrate dal gruppo di bambini analizzati nel dominio “adattamento concettuale” attraverso valori che, nella quasi totalità dei casi, si collocano ampiamente sotto il “range” tipico.

Si osservano, attraverso i punteggi totalizzati, performances migliori nel dominio “adattamento sociale”. Tuttavia, il dominio che misura l’adattamento generale (“adattamento generale composito”), risulta nella maggior parte dei casi sotto la media lasciando in evidenza la presenza di difficoltà significative nello sviluppo delle capacità adattive dell’intero gruppo.

Lo strumento Child Behavior Checklist (CBCL), il quale aveva l’obiettivo di rilevare eventuali problematiche di natura comportamentale e/o emotive, ha registrato maggiori difficoltà da parte del gruppo di bambini analizzato nelle scale “problemi attenzione”, “inosservanza regole” e “comportamenti aggressivi”. La sintomatologia prevalente del gruppo sembrerebbe avere una natura esternalizzante, essa si traduce comportamentalmente attraverso agiti verbali o fisici talvolta aggressivi e violenti e che possono potenzialmente mettere in pericolo il gruppo.

Per quanto concerne la sintomatologia internalizzante la situazione sembrerebbe essere diametralmente opposta in quanto lo strumento non ha rilevato difficoltà significative che possano o debbano essere approfondite.

Alla luce di questi risultati si ha una visione più chiara sui punti di forza e di debolezza dei singoli bambini e, conseguentemente, potrebbe essere utile costruire programmi di lavoro più mirati e specifici tenendo in considerazione il quadro complessivo di sviluppo dei minori coinvolti nello studio. Inoltre i dati ottenuti potranno eventualmente servire per costruire insieme alle famiglie dei bambini oggetto di studio, percorsi educativi condivisi che possano agevolare le pratiche verso la conquista di una maggiore autonomia anche nel contesto domestico. Tuttavia potrebbe rivelarsi pericoloso o azzardato isolare un'unica variabile e cioè quella relativa alle condizioni di svantaggio socio-culturale come unica spiegazione di tali profili, nonostante ciò è lecito pensare ed ipotizzare che molte delle dinamiche esibite dai bambini del gruppo preso in esame possano in parte essere influenzate da alcune condizioni familiari connotate da fragilità, abbandono e deprivazione.

BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, T. (2001) Child Behavior Checklist (CBCL), Stati Uniti: University of Vermont.
- Alpern, G. D. (2020) Developmental Profile 4, Stati Uniti: Western Psychological Services.
- Patti, L. (2003). Adaptive Behavior Assessment System II (ABAS II), Stati Uniti: Western Psychological Services.
- Salerno, A. (2014). Apprendere la violenza. Effetti della violenza domestica sullo sviluppo di bambini e adolescenti, Italia: FrancoAngeli.
- Vianello, R. Di Nuovo, S. & Lanfranchi, S. (2014). Bisogni Educativi Speciali: il Funzionamento Intellettivo Limite o Borderline, Italia: Edizioni Junior.