



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA BASILICATA

Dipartimento di Scienze Umane
Programma d'insegnamento: Pedagogia e Didattica speciale
Percorso CFU 24

**Disabilità, disturbi evolutivi specifici e
svantaggio socio-culturale linguistico**



INDICE

- 1. DISABILITÀ**
- 2. DISTURBI EVOLUTIVI SPECIFICI**
- 3. SVANTAGGIO SOCIO-CULTURALE
LINGUISTICO**



1. DISABILITÀ

Concetto di disabilità

Già dal 1980 la OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), nel Documento *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), effettua la distinzione tra

- **MENOMAZIONE (IMPAIRMENT)**
- **DISABILITA' (DISABILITY)**
- **HANDICAP**



MENOMAZIONE

perdita o anormalità a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica

DISABILITA'

qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali

HANDICAP

condizione di svantaggio *conseguente* a una menomazione o a una disabilità che limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale in relazione all'età, al sesso e ai fattori socio-culturali

Ne consegue che

- La distinzione fra menomazione, disabilità e handicap è interpretata in termini di relazione causa ed effetto: la menomazione determina la disabilità e la disabilità causa l'handicap**
- La menomazione è permanente**
- La disabilità dipende dall'attività che si deve esercitare**
- L'handicap esprime lo svantaggio che si ha nei riguardi dei normodotati**



Alcune tipologie di disabilità vengono trattate nel *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, noto con la sigla DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

Si tratta di uno dei **systemi nosografici per i disturbi mentali più utilizzati da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo, sia nella pratica clinica sia nell'ambito della ricerca.
L'ultima edizione è quella del 2013 riconducibile al DSM-5**



Particolari tipologie di disabilità:

Sindrome di Down

Ritardo mentale/Disabilità intellettiva

Autismo

Epilessia



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA BASILICATA

Sindrome di Down

Sindrome di Down

- non è una malattia e non può essere curata**
- è una caratteristica della persona che la accompagna per tutta la vita**
- è una condizione caratterizzata dalla presenza nel patrimonio genetico individuale di tre copie del cromosoma 21 anziché 2**
- è una “condizione genetica”.**

Questo particolare assetto cromosomico comporta un ritardo di grado variabile dello sviluppo mentale e fisico della persona.

Quadri cromosomici nella sindrome di Down

Esistono tre tipi di anomalie cromosomiche responsabili della sindrome di Down:

- 1. trisomia libera**
- 2. trisomia da traslocazione**
- 3. mosaicismo**

L'effetto finale delle tre anomalie cromosomiche è comunque identico: nelle cellule dei vari organi il cromosoma 21 è presente in triplice copia, configurando la Sindrome di Down.

1. Trisomia libera

È l'anomalia cromosomica più frequente che consiste nell'averne in tutte le cellule dell'organismo tre cromosomi 21 invece di due.

Ciò vuol dire che il soggetto invece di avere 46 cromosomi (23 dal padre e 23 dalla madre) ne ha 47.



2. Trisomia da traslocazione

La traslocazione avviene quando una parte del cromosoma 21 si stacca e si attacca ad un altro cromosoma, modificando in questo modo il corredo genetico

3. Mosaicismo

Condizione più rara, essa prevede la presenza nell'organismo della persona con la sindrome sia di cellule normali con 46 cromosomi che di cellule con 47 cromosomi.

Di conseguenza l'andamento alternato prende il nome di mosaicismo.

Si presume che questa situazione derivi da una mutazione avvenuta in alcune cellule dell'embrione durante le prime fasi dello sviluppo

Le cause della Sindrome di Down

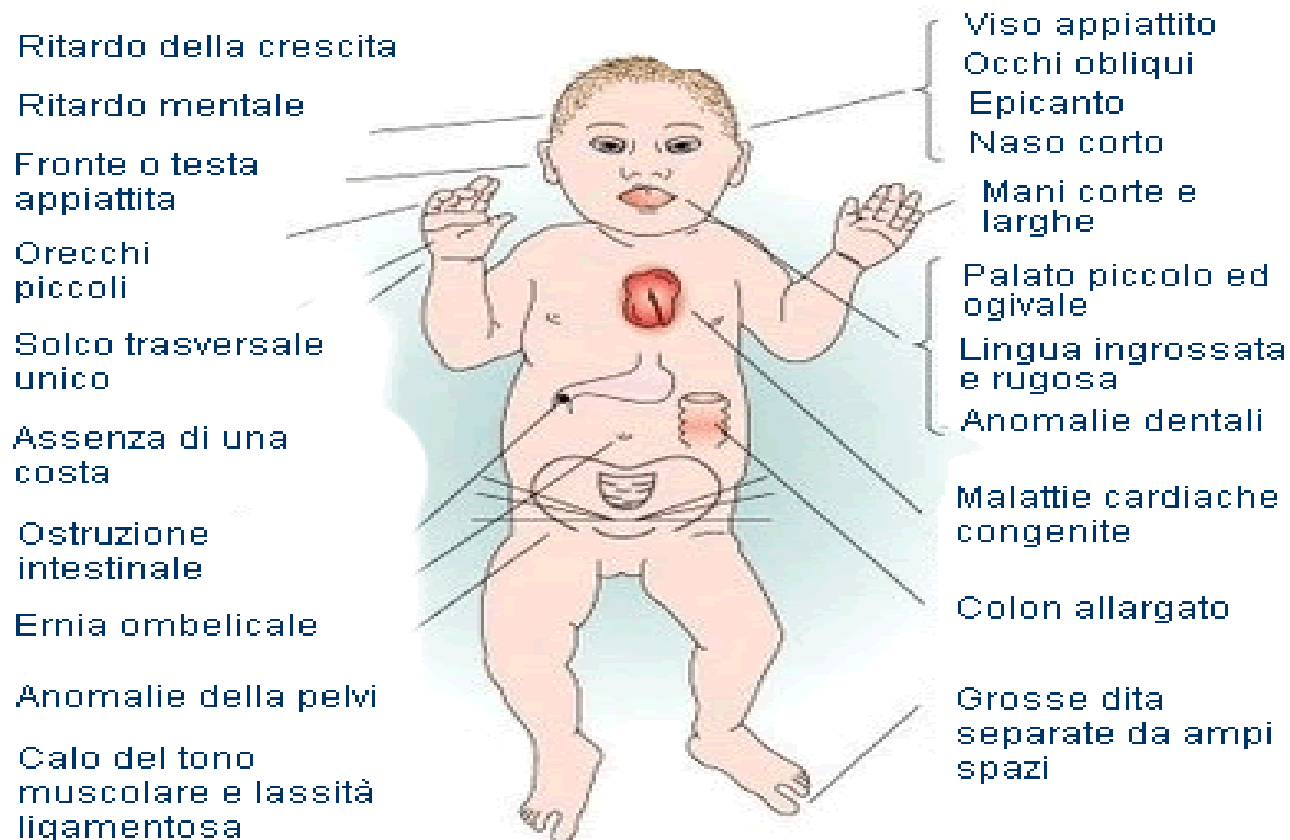
Non è ancora possibile riconoscere con precisione a cosa siano dovute le alterazioni cromosomiche che portano alla Sindrome di Down.

L'esposizione dei genitori, in particolare modo della madre, a diversi fattori di rischio chimico-fisico (quali residenza in zone prossime a discariche, l'esposizione a radiazioni ionizzanti, al fumo di tabacco e all'uso di contraccettivi orali), non si è rivelata significativa.

Si ritiene, in generale, che l'insorgenza delle anomalie cromosomiche sia un fenomeno "naturale", in qualche modo legato alla **fisiologia della riproduzione umana.**

Il principale fattore di rischio risulta essere, comunque, l'età materna** al momento del concepimento.**

I segni clinici che caratterizzano il fenotipo di un neonato con la sindrome di Down sono:



Diagnosi prenatale

Esistono due tipi di test che possono essere eseguiti prima della nascita del bambino:

- test di *screening***
- test diagnostici per la sindrome di Down.**

La maggior parte dei test di *screening* prevede un esame del sangue e un'ecografia.

Le procedure disponibili per la diagnosi prenatale della sindrome di Down sono:

- **prelievo dei villi coriali**
- **analisi del sangue cordonale**
- **amniocentesi (che prende in esame il liquido amniotico)**

L'inclusione dei soggetti con Sindrome di Down

La qualità di vita di una persona con sindrome di Down è profondamente legata **contesto familiare, sanitario e sociale** in cui vive.

Sono questi i presupposti essenziali per la **partecipazione attiva** al **contesto sociale** e per fare in modo che, al pari di tutte le altre, le persone con sindrome di Down siano messe nelle condizioni di esprimere appieno, ognuna secondo le diverse capacità, il proprio potenziale.

A partire dalla scuola, dove, pur con tempi diversi, i bambini mostrano step di apprendimento sostanzialmente uguali a quelle dei compagni cosiddetti «normali»



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA BASILICATA

Ritardo mentale/Disabilità intellettiva

Ritardo mentale/Disabilità intellettiva

Nel DSM-5 il termine «ritardo mentale» è stato ufficialmente sostituito da «disabilità intellettiva» (disturbo dello sviluppo intellettivo).

Il riferimento è a un disturbo con insorgenza nell'età evolutiva che include deficit intellettivi e adattivi negli ambiti della concettualizzazione, della socializzazione e delle capacità pratiche.

Criteri diagnostici

- ❑ **Deficit funzioni intellettive** (ragionamento, problem solving, pensiero astratto, apprendimento scolastico e apprendimento dall'esperienza) confermato sia dalla valutazione clinica che dalla somministrazione di un test di intelligenza individuale
- ❑ **Deficit nel funzionamento adattivo** consistente in un mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali per l'indipendenza personale e la responsabilità sociale. Senza supporto continuativo i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, quali la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita indipendente, in più ambiti diversi, come la casa, la scuola, il lavoro e la comunità
- ❑ Insorgenza dei **deficit intellettivi e adattivi** nell'età evolutiva

Livelli di gravità DSM IV

- Lieve (QI 50/55-70) 85%**
- Medio (QI 35/40-50/55) 10%**
- Grave (20/25-35/40) 3-4%**
- Profonda (< 20/25) 1-2%**



Livelli di gravità DSM-5

Mild-dominio concettuale

Mild-dominio sociale

Mild-dominio pratico

Moderate-Dominio concettuale

Moderate-Dominio sociale

Moderate-Dominio pratico

Severe/profound-Dominio concettuale

Severe/profound-Dominio sociale

Severe/profound-Dominio pratico

Mild-Dominio concettuale

- No differenze significative in età prescolare**
- Bambini in età scolare e adulti: relativamente alle aspettative per l'età difficoltà nell'apprendimento miste, orientamento spazio-tempo con supporto in una o più di queste aree**
- Nell'adulto pensiero astratto, funzioni esecutive e memoria a breve termine compromesse**
- Difficoltà nel *problem solving***



Mild-Dominio sociale

- Immaturità nelle interazioni sociali**
- Linguaggio, comunicazione e capacità di conversazione immature per l'età**
- Difficoltà nella regolazione emozionale e comportamentale**
- Limitata comprensione dei rischi in situazioni sociali (rischio di essere manipolati e sfruttati)**

Mild-Dominio pratico

- Funzionamento nella cura di sé generalmente discreto**
- In età adulta necessitano di supporto per attività di vita quotidiana più complesse (ad esempio acquisto di generi alimentari, cura della casa e dei figli, preparazione dei pasti, gestione del denaro)**
- Lavoro meglio se non comprende attività concettuali**
- Supporto per prendere decisioni in ambito legale e sulla salute**

Moderate-Dominio concettuale

- Durante lo sviluppo anche in età prescolare deficit linguaggio e prerequisiti dell'apprendimento**
- Bambini in età scolare e adulti: progressi negli apprendimenti molto lenti, orientamento temporale e uso del denaro marcatamente limitato**
- Nell'adulto livello di apprendimento equivalente a quello di scuola elementare, supporto necessario per le competenze accademiche sia in ambito lavorativo che della vita personale**

Moderato-Dominio sociale

- Nel corso dello sviluppo notevoli differenza dai pari nel comportamento sociale e comunicativo**
- Linguaggio semplificato per l'età**
- Buone capacità nei rapporti familiari e con amici, nello intraprendere relazioni sentimentali**
- Limitata capacità di giudizio sociale e nel prendere le decisioni (necessità di assistenza)**
- Supporto è necessario nelle attività lavorative**

Moderate-Dominio pratico

- Funzionamento nella cura di sé possibile per alimentazione, igiene, abbigliamento (esteso periodo di addestramento è necessario prima)**
- In età adulta possono essere occupati in ambito lavorativo in attività che richiedono capacità comunicative e concettuali limitate (supporto da colleghi e supervisione)**
- Partecipazione ad attività ricreative può essere raggiunta**
- Comportamenti disadattivi possono creare problemi in ambito sociale**

Severe/profound-Dominio concettuale

- ❑ **SEVERE:** Scarse capacità di comprendere il linguaggio scritto e nei concetti riguardanti numeri, quantità tempo e denaro. Supporto esteso per tutta la vita da parte dei *caregivers* (coloro che si prendono cura)
- ❑ **PROFOUND:**
Uso di oggetti per la cura di sé e per attività di gioco. Alcune competenze visuospatiali come l'accoppiamento e l'ordinamento sulla base di caratteristiche fisiche può essere raggiunto. Presenza di deficit motori e sensoriali pregiudica anche il raggiungimento di tali competenze

Severe/profound-Dominio sociale

- ❑ **SEVERE:** Linguaggio in produzione molto limitato (singole parole o frasi semplici, può essere supportato da tecniche aumentative). Linguaggio e comunicazione focalizzati sul “qui” e “ora”. Comprendono linguaggio semplice e comunicazione gestuale. I rapporti con i familiari sono fonte di piacere
- ❑ **PROFOUND:** Limitatissima comprensione della comunicazione linguistica e gestuale (possono comprendere solo alcune semplici istruzioni o gesti). Espressione dei propri desideri attraverso modalità non verbali. Risposte ad interazioni sociali attraverso posture e manifestazioni emotive. Presenza di deficit sensoriali e fisici può compromettere le abilità sociali già di per sé limitate

Severe/profound-Dominio pratico

- ❑ **SEVERE:** Linguaggio in produzione molto limitato (singole parole o frasi semplici, può essere supportato da tecniche aumentative). Linguaggio e comunicazione focalizzati sul “qui” e “ora”. Comprendono linguaggio semplice e comunicazione gestuale. I rapporti con i familiari sono fonte di piacere
- ❑ **PROFOUND:** Limitatissima comprensione della comunicazione linguistica e gestuale (possono comprendere solo alcune semplici istruzioni o gesti). Espressione dei propri desideri attraverso modalità non verbali. Risposte ad interazioni sociali attraverso posture e manifestazioni emotive. Presenza di deficit sensoriali e fisici può compromettere le abilità sociali già di per sé limitate

Eziologia

Cause biologiche:

- ✓ Genetiche
- ✓ Prenatali
- ✓ Perinatali
- ✓ Postnatali

Associazione con Autismo

Cause acquisite

Rischi prenatali

rosolia, toxoplasmosi, sifilide, citomegalovirus, HIV

• **Incompatibilità (RH o ABO) del sangue materno e fetale, malnutrizione materna, tossicità in gravidanza da uso di tabacco, alcool, farmaci droghe, malformazioni SNC (Sistema Nervoso Centrale)**

Rischi perinatali: prematurità e asfissia

Rischi postnatali

- **encefalite, meningite**
- **traumi e tumori cerebrali**
- **cause cerebrovascolari**

Lesioni cerebrali

Indicatori precoci di rischio

- Familiarità per DI**
- Sofferenza perineonatale/prematurità**
- Ritardo acquisizioni motorie e linguistiche (ad esempio prod linguistica < a 10 parole a 24 mesi)**
- Immaturità gioco simbolico**
- Significative difficoltà nel percorso di apprendimento scolastico**
- Dipendenza dalle figure genitoriali**

Esami diagnostici

- Anamnesi accurata + albero genealogico**
- Esame dismorfologico pediatrico**
- Curve di crescita**
- Esame neurologico**
- Screening su vista ed udito**
- RMN encefalo , TC o RX cranio (craniostenosi, infezione connatale)**
- Valutazione genetica con cariotipo, X-fragile, studio per anomalie subtelomeriche**
- Screening metabolico: acidi organici urinari, aminoacidi sierici/urinari, acido lattico sierico, ammoniemia, emogasanalisi, funzione tiroidea**

Diagnosi precoce*

- Consente di identificare precocemente percorsi di follow-up medico e riabilitativo**
- Consente interventi mirati (sfruttando la plasticità massima nei primi 5 anni di vita)**
- Spesso evita problemi comportamentali secondari a difficoltà nel comprendere le cause delle difficoltà di soggetti**

***Consensus Conference American College of Medical Genetics 1997, Katz e Lazcano-Ponce, 2008**



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA BASILICATA

Autismo

L'AUTISMO

**È il disturbo pervasivo dello sviluppo (PDD)
più largamente riconosciuto**

**Con il DMS-5 (APA-American Psychiatric Association),
nuova edizione del DSM pubblicata nel maggio del 2013,
sono stati introdotti numerosi cambiamenti, per cui i criteri
diagnostici per l'autismo si differenziano in maniera
consistente rispetto a quelli dell'ultima versione**

Differenze tra DSM-5 e DSM-IV

DSM-IV (APA, 2000)

Si parlava di “*Disturbi Pervasivi dello Sviluppo*” che si distinguevano in:

- ✓ disturbo autistico
- ✓ disturbo di Asperger
- ✓ disturbo disintegrativo della fanciullezza (o disturbo di Heller)
- ✓ disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato
- ✓ sindrome di Rett

I sottotipi, disturbo autistico, disturbo di Asperger, disturbo disintegrativo della fanciullezza (o disturbo di Heller) e disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato sono riuniti in un'unica categoria diagnostica denominata “**Disturbi dello Spettro Autistico**” (ASD - Autism Spectrum Disorders),.

Fa eccezione la sindrome di Rett, posta tra i disturbi neurologici.

Il DSM-V introduce, inoltre:

- ❑ il “**disturbo della comunicazione sociale**”, le cui caratteristiche diagnostiche si sovrappongono parzialmente con i disturbi dello spettro autistico, poiché la diagnosi di disturbo della comunicazione sociale richiede la presenza di una “menomazione del linguaggio pragmatico” e di una menomazione “nell'uso sociale della comunicazione verbale e non-verbale”; tuttavia la presenza di interessi rigidi e ripetitivi è un criterio di esclusione per questa diagnosi e un criterio essenziale per la diagnosi di disturbo dello spettro autistico
- ❑ la necessità di indicare la **gravità della sintomatologia del disturbo dello spettro autistico su una scala di tre punti.**

Altre Differenze tra DSM-5 e DSM-IV

□ DSM-IV

Raggruppamento dei sintomi in tre categorie:

- *menomazione della reciprocità sociale;*
- *menomazione del linguaggio/comunicazione;*
- *repertori ristretti e ripetitivi di interessi/attività.*

Ognuna di queste tre categorie comprendeva quattro sintomi; per effettuare una diagnosi di “disturbo pervasivo dello sviluppo” era necessario fossero presenti almeno sei sintomi, di cui almeno due nella prima categoria (menomazione della reciprocità sociale) e almeno uno per ciascuna delle altre due categorie.

□ DSM-5

Raggruppamento dei sintomi in due categorie:

- **Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale** (che comprende sia le difficoltà sociali che quelle di comunicazione);
- **Comportamenti e/o interessi e/o attività ristrette e ripetitive.**

La diagnosi di “disturbo dello spettro autistico” richiede la presenza di almeno tre sintomi nella categoria dei “deficit della comunicazione sociale” e di almeno due in quella dei “comportamenti ripetitivi”

II DSM-5

- elimina il “ritardo/menomazione del linguaggio” fra i sintomi necessari alla diagnosi
- introduce la “**sensibilità insolita agli stimoli sensoriali**” come sintomatologia compresa tra i “comportamenti ripetitivi”.

Criteri diagnostici del DSM-5 per l'Autismo

Secondo il DSM-5 il Disturbo dello Spettro Autistico deve soddisfare i criteri A, B, C e D:

- A. Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in diversi contesti**
- B. Pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti e ripetitivi**
- C. I sintomi devono essere presenti nella prima infanzia**
- D. L'insieme dei sintomi deve limitare e compromettere il funzionamento quotidiano**

A. Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in diversi contesti

È manifestato da tutti e tre i seguenti punti:

- 1. Deficit nella reciprocità socio-emotiva** che va da un approccio sociale anormale e insuccesso nella normale conversazione (botta e risposta) attraverso una ridotta condivisione di interessi, emozioni, percezione mentale e reazione fino alla totale mancanza di iniziativa nell'interazione sociale.
- 2. Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali** usati per l'interazione sociale, da una scarsa integrazione della comunicazione verbale e non verbale, attraverso anomalie nel contatto oculare e nel linguaggio del corpo, o deficit nella comprensione e nell'uso della comunicazione non verbale, fino alla totale mancanza di espressività facciale e gestualità.
- 3. Deficit nella creazione e mantenimento di relazioni appropriate al livello di sviluppo** (non comprese quelle con i genitori e *caregivers*); che vanno da difficoltà nell'adattare il comportamento ai diversi contesti sociali attraverso difficoltà nella condivisione del gioco immaginativo e nel fare amicizie fino all'apparente assenza di interesse per le persone.

B. Pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti e ripetitivi

Sono manifestati attraverso almeno due dei seguenti punti:

1. **Linguaggio, movimenti o uso di oggetti stereotipati o ripetitivi**, come semplici stereotipie motorie, ecolalia, uso ripetitivo di oggetti, o frasi idiosincratiche.
2. **Eccessiva fedeltà alla routine, comportamenti verbali o non verbali riutilizzati o eccessiva riluttanza ai cambiamenti**: rituali motori, insistenza nel fare la stessa strada o mangiare lo stesso cibo, domande incessanti o estremo stress a seguito di piccoli cambiamenti.
3. **Interessi altamente ristretti e fissati, anormali in intensità o argomenti**: forte attaccamento o interesse per oggetti insoliti, interessi eccessivamente persistenti o circostanziati.
4. **Iper o Ipo-reattività agli stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente**: apparente indifferenza al caldo/freddo/dolore, risposta avversa a suoni o consistenze specifiche, eccessivo annusare o toccare gli oggetti, attrazione per luci o oggetti roteanti.



C. I sintomi devono essere presenti nella prima infanzia

Essi possono non diventare completamente manifesti finché le esigenze sociali non oltrepassano il limite delle capacità



D. L'insieme dei sintomi deve limitare e compromettere il funzionamento quotidiano

I tre limiti di gravità

Livello 3: Richiede supporto molto sostanziale

- **Comunicazione sociale:** i gravi deficit nella comunicazione sociale, verbale e non verbale, causano una grave difficoltà nel funzionamento; iniziativa molto limitata nell'interazione sociale e minima risposta all'iniziativa altrui.
- **Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi:** preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi che interferiscono marcatamente con il funzionamento in tutte le sfere. Stress marcato quando i rituali o le routine sono interrotti; è molto difficile distogliere il soggetto dal suo focus di interesse, e se ciò avviene egli ritorna rapidamente ad esso.

Livello 2: Richiede supporto sostanziale

- **Comunicazione sociale:** Deficit marcati nella comunicazione sociale, verbale e non verbale, l'impedimento sociale appare evidente anche quando è presente supporto; iniziativa limitata nell'interazione sociale e ridotta o anormale risposta all'iniziativa degli altri.
- **Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi:** preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi appaiono abbastanza di frequente da essere evidenti per l'osservatore casuale e interferiscono con il funzionamento in diversi contesti. Stress o frustrazione appaiono quando sono interrotti ed è difficile ridirigere l'attenzione.

Livello 1: Richiede supporto

- **Comunicazione sociale:** senza supporto i deficit nella comunicazione sociale causano impedimenti che possono essere notati. Il soggetto ha difficoltà a iniziare le interazioni sociali e mostra chiari esempi di atipicità o insuccesso nella risposta alle iniziative altrui. Può sembrare che abbia un ridotto interesse nell'interazione sociale.
- **Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi:** rituali e comportamenti ripetitivi causano un'interferenza significativa in uno o più contesti. Resiste ai tentativi da parte degli altri di interromperli.

Programmi di intervento per l'Autismo

Le indagini statistiche dimostrano che l'Autismo tende a riguardare una percentuale sempre più alta della popolazione mondiale.

Conseguentemente per fronteggiare i problemi che tale sindrome comporta, anche a livello sociale, sono stati elaborati alcuni programmi di intervento che suggeriscono determinate tecniche da utilizzare.

Tali tecniche si differenziano sulla base delle teorie alle quali si ispirano, che interpretano il disturbo autistico assumendo un'ottica particolare

Le varie tecniche in uso possono essere raggruppate in tre principali approcci al problema:

- l'approccio psicodinamico** (riconducibile alla teoria psicoanalitica),
- l'approccio che enfatizza gli **aspetti biochimici** coinvolti nell'autismo sfociando nella proposta della somministrazione di farmaci per contenere i sintomi maggiormente disturbanti quali l'iperattività, l'aggressività, l'autolesionismo e l'ansia
- l'approccio di tipo cognitivo-comportamentale**

Quest'ultimo tipo di approccio si ispira agli studi di Skinner (1953) e di Wolpe (1959), i cui principi sono considerati validi ai fini della modificazione dei comportamenti inappropriati e socialmente problematici



La tecnica applicata è quella del **rinforzo (rivolta ai comportamenti desiderati) e della punizione (per tentare di far diminuire o estinguere comportamenti indesiderati)**

Queste tecniche pongono tutte, comunque, il problema della generalizzabilità dei risultati e del mantenimento nel tempo degli effetti ottenuti



Il Programma TEACCH

(Trattamento ed Educazione di bambini con autismo e handicap nella comunicazione)

È un programma di Stato che, sorto nell'ambito del Dipartimento di Psichiatria dell'Università della Carolina del North negli anni 60, si è esteso progressivamente a tutta l'America e in altri Paesi come la Gran Bretagna, il Giappone e il Belgio



Il merito del Programma Teacch

È quello di investire **due grandi filoni:**

- da una parte vi sono lo studio, la ricerca e la diffusione delle conoscenze sul fenomeno autismo**
- dall'altra la costruzione di curricula, di strumenti educativi, di valutazione e di intervento, alcuni originali, altri radicati nel filone psicoeducativo.**



Il primo principio-guida del Programma Teacch

Muove dal presupposto che per ogni caso necessita adottare un trattamento individualizzato, basato su una **valutazione diagnostica e funzionale, che permette di acquisire dati relativi al livello di sviluppo e alle capacità del bambini.**



Nel processo valutativo, secondo il Programma Teacch, devono essere coinvolti i docenti, i genitori e tutte le altre figure che ruotano intorno al bambino.

In buona sostanza, è la valutazione che permette la realizzazione del P.E.I.(Piano Educativo Individualizzato); essa, a livello diagnostico, avviene con la somministrazione di **test sull'intelligenza e sullo sviluppo**

Gli **strumenti di diagnosi e di valutazione** appositamente costruiti da Chapel Hill, diffusi e usati in tutto il mondo, sono il **PEP/R** (Psycho-educational profile revised) e l'**AAPEP** (Adolescent And Adult Psycho Educational Profile), che, utili per la **valutazione funzionale dello sviluppo**, forniscono dati relativi al **funzionamento di importanti aree (Imitazione, Percezione, Attività fino-motorie, Integrazione occhio-mano, Prestazione cognitiva e verbale)**.

Il PEP/R serve poi, in maniera specifica a identificare i livelli di cooperazione, di interesse, di gioco, di interesse nei riguardi del materiale usato, i livelli di linguaggio e i modi sensoriali.

L'AAPEP, invece, fornisce una valutazione delle abilità affettive e potenziali possedute dagli adolescenti e dagli adulti autistici.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA BASILICATA

Epilessia

È una **sindrome (ossia un complesso di sintomi che concorrono a formare un quadro clinico) caratterizzata da crisi convulsive, più o meno frequenti, o da altre manifestazioni motorie, sensoriali, psichiche, neurovegetative***

* D. Milito, *Processi e strumenti per una didattica inclusiva*, Anicia, Roma , 2013, pp. 67-68.

Caratteri dell'Epilessia

I caratteri distintivi dell'epilessia sono:

- il presentarsi improvvisamente**
- ripetività**

Cause dell'Epilessia

L'Epilessia viene indicata come un disturbo delle funzioni del sistema nervoso centrale

Alcune volte può essere connessa con un trauma perinatale

Molteplici possono essere le **cause: fisiche, cliniche, elettriche, cicatriziali e altre che possono provocare in ogni soggetto normale quel modello di comportamento reattivo (le **convulsioni**) sempre uguale e comune a tutti, scatenato dal sistema nervoso centrale**

Crisi epilettica

Insorge con un'improvvisa e transitoria irritazione che interessa alcune zone del cervello, alternando temporaneamente il funzionamento dei centri nervosi.

Tale irritazione si manifesta in modo imprevedibile e la sua durata è breve (10-15 minuti), dando origine alle crisi epilettiche.

La sindrome:

- può manifestarsi in ogni momento della vita della persona**
- non è diagnosticabile prima del momento in cui insorgono le crisi, non avvertibili in anticipo**

Le forme più comuni di Epilessia

Sono:

- convulsioni del grande male
- assenze del piccolo male

La **crisi convulsiva del grande male** inizia con una fase in cui i muscoli si irrigidiscono (fase tonico-clinica) a cui ne segue una di contrazione muscolare (fase clonica). Durante la crisi c'è l'immediata perdita della coscienza, del controllo muscolare e l'arresto del respiro (fase stertorosa).

Il **piccolo male** consiste in una perdita di coscienza denominata «assenza» o breve sospensione dello stato di coscienza della persona. Si possono avere, in questa fase, dilatazione della pupilla e interruzione dell'azione compiuta in quel momento. Gli unici battiti sono limitati al battito delle ciglia, a una lievissima forma di contrazione-rilassamento, quasi come un tremore dei muscoli facciali e delle braccia



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA BASILICATA

2. DISTURBI EVOLUTIVI SPECIFICI

Nel **DSM-5 il riferimento è a:**

- disturbi specifici dell'apprendimento**
- disturbi della comunicazione**
- disturbi del movimento**
- disturbo da deficit di attenzione/iperattività**

Il funzionamento intellettivo limite può essere considerato un caso di confine fra la disabilità e il disturbo specifico

I Disturbi Specifici di Apprendimento interessano alcune specifiche abilità dell'apprendimento scolastico, in un contesto di funzionamento intellettuale adeguato all'età anagrafica.

Sono coinvolte in tali disturbi:

l'abilità di lettura, di scrittura, di fare calcoli.

Sulla base dell'abilità interessata dal disturbo, i DSA assumono una denominazione specifica:

**dislessia (lettura), disgrafia e disortografia (scrittura),
discalculia (calcolo).**

Secondo le ricerche attualmente più accreditate, i DSA sono di **origine neurobiologica; allo stesso tempo hanno **matrice evolutiva** e si mostrano come un'atipia dello sviluppo, modificabili attraverso interventi mirati.**

Posto nelle condizioni di attenuare e/o compensare il disturbo, infatti, il discente può raggiungere gli obiettivi di apprendimento previsti.

Vi è da notare (e ciò non è affatto irrilevante per la didattica) che gli alunni con DSA sviluppano stili di apprendimento specifici, volti a compensare le difficoltà incontrate a seguito del disturbo.

I DSA nel DSM-5

I disturbi dislessia, disgrafia e discalculia sono accorpati in una unica diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento e poi suddivisi come sottotipi dello stesso problema e non come patologie autonome.

Il DSM-5 organizza i DSA in:

- disturbi con compromissione della lettura**
- disturbi con compromissione della scrittura**
- disturbi con compromissione del calcolo.**

Propone la nuova articolazione dei disturbi in aree di compromissione, esplicitando, ad esempio, che:

***Dislessia:** è un termine alternativo utilizzato per riferirsi a un pattern di difficoltà di apprendimento caratterizzato da problemi con il riconoscimento accurato o fluente delle parole, con scarse abilità di decodifica e spelling. Se dislessia viene utilizzato per specificare questo particolare pattern di difficoltà, è importante specificare anche la presenza di qualsiasi difficoltà aggiuntiva, come difficoltà nella compromissione della lettura o nel ragionamento matematico'' (DSM-5, p. 78).*

Si includono nel **disturbo di compromissione della lettura** (identificato con il codice alfanumerico F81.0) difficoltà, quali:

- accuratezza nella lettura delle parole;
- velocità o fluenza della lettura;
- comprensione del testo.

Discalculia è un termine alternativo utilizzato per riferirsi a un pattern di difficoltà caratterizzato da problemi nell'elaborare informazioni numeriche, imparare formule aritmetiche ed eseguire i calcoli in maniera accurata o fluente. Se discalculia viene utilizzato per specificare questo particolare pattern di difficoltà matematiche, è importante specificare anche la presenza di qualsiasi difficoltà aggiuntiva, come difficoltà nel ragionamento matematico o nella precisione del ragionamento a parole". (DSM-5, p.78)

Il disturbo con compromissione del calcolo (identificato con codice alfanumerico F81.2) investe, secondo il Manuale diagnostico, tali aree:

- concetto di numero;
- memorizzazione di fatti aritmetici;
- calcolo accurato o fluente;
- ragionamento matematico corretto.

Un'altra esplicitazione è data dal disturbo con **compromissione dell'espressione scritta** (identificato con il codice alfanumerico F81.1), per il quale, anziché distinguere in maniera netta tra disortografia e disgrafia, si precisa che le difficoltà da osservare in quest'area sono:

- accuratezza nello spelling;
- accuratezza nella grammatica e nella punteggiatura;
- chiarezza/organizzazione dell'espressione scritta.

Il **disturbo con compromissione del calcolo** (identificato con codice alfanumerico F81.2) investe, secondo il Manuale diagnostico, tali aree:

- concetto di numero;
- memorizzazione di fatti aritmetici;
- calcolo accurato o fluente;
- ragionamento matematico corretto.

Disturbi del linguaggio/della comunicazione

ICD-10

- Disturbo specifico dell'articolazione
- Disturbo del linguaggio espressivo
- Disturbo del linguaggio recettivo
- Afasia acquisita con epilessia (sindrome di Landau Kleffner)

DSM-5

Ha apportato numerose modifiche alla classificazione dello sviluppo del linguaggio rispetto a quella precedente.

Disturbi della comunicazione

- Disturbo del linguaggio** (unisce il disturbo dell'espressione del linguaggio e il disturbo misto dell'espressione e della ricezione del linguaggio)
- Disturbo fonetico-fonologico** (in precedenza disturbo della fonazione)
- Disturbo della fluenza** con esordio nell'infanzia (in precedenza balbuzie)
- Disturbo della comunicazione sociale - DSPC** (pragmatica)
- Disturbo della comunicazione n.a.s.**

DSM-5

□ Disturbo del linguaggio (unisce il disturbo dell'espressione del linguaggio e il disturbo misto dell'espressione e della ricezione del linguaggio)

Comprende i precedenti disturbi ricettivi, espressivi e misti di linguaggio.

Tiene conto in particolare degli aspetti relativi ai contenuti e gli aspetti di tipo formale.

È molto frequente, specialmente nei bambini più piccoli, la comorbilità con difficoltà di ordine fonetico-fonologico e con disordine di coordinazione motoria

DSM-5

□ Disturbo fonetico-fonologico (in precedenza disturbo della fonazione)

Si riferisce ai disturbi della fonazione che in precedenza sono stati considerati e che in letteratura anglosassone sono definiti *speechand sound disorders*

Descrive in particolar modo la difficoltà di produzione verbale sia a livello fonico-articolatorio, sia a livello di organizzazione del sistema fonologico vero e proprio.

Molto frequente nei bambini con disturbo espressivo fonologico una scarsa sensibilità per la comprensione degli aspetti morfologici acusticamente meno salienti, quali i funtori, i pronomi clitici (monosillabici o bisillabico, per unione di due monosillabi: es. *gliene*) e gli aspetti flessivi della parola

DSM-5

□ Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (in precedenza balbuzie)

Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia: questa definizione è di fatto corrispondente a quella precedente di disturbo della fluenza-balbuzie

Importante è la verifica delle capacità di coordinazione fonco-articolatoria, nonché un *assessment* degli aspetti emozionali

DSM-5

□ Disturbo della comunicazione sociale - DSPC (pragmatica)

Definisce le persistenti difficoltà nell'uso sociale della comunicazione verbale e non verbale.

La diagnosi non è semplice, innanzitutto per la povertà di strumenti specifici di valutazione



DSM-5

□ Disturbo della comunicazione N.A.S. (Disturbo Generalizzato dello Sviluppo non Altrimenti Specificato)

Vi rientrano tutte quelle situazioni non classificabili in una delle categorie precedenti

Le differenti problematiche, ricomprese nei disturbi evolutivi specifici, non vengono o possono non venire certificate ai sensi della Legge n. 104/92, non dando conseguentemente diritto alle provvidenze ed alle misure previste dalla stessa legge quadro, e tra queste, all'insegnante per il sostegno.

La Legge n. 170/2010, in tal senso, rappresenta un punto di svolta poiché apre un diverso canale di cura educativa, concretizzando i principi di personalizzazione dei percorsi di studio enunciati nella Legge n. 53/2003, nella prospettiva della “presa in carico” dell'alunno con BES da parte di ciascun docente curricolare e di tutto il team di docenti coinvolto, non solo dall'insegnante per il sostegno.

Disturbi del movimento

Il DSM-5 include:

- disturbi della coordinazione**
- disturbo da movimenti stereotipati**
- disturbo di Tourette (TS):** *disturbo neurocomportamentale cronico, caratterizzato da tic motori e almeno un tic vocale; insorge prima dei 18 anni*
- disturbi cronici e saltuari da Tic**

Il raggruppamento include quindi patologie che prima erano collocate in diversi raggruppamenti



Disturbi da deficit di attenzione/iperattività

L'acronimo **A.D.H.D.** (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) è corrispondente all'acronimo che si usava per l'Italiano di D.D.A.I. – Deficit da disturbo dell'attenzione e dell'iperattività.

L'ADHD, che si può riscontrare anche spesso associato a un DSA (Disturbo Specifico di Apprendimento) o ad altre problematiche, ha una causa neurobiologica e genera difficoltà di pianificazione, di apprendimento e di socializzazione con i coetanei.



Con notevole frequenza l'ADHD è in comorbilità con uno o più disturbi dell'età evolutiva:

- disturbo oppositivo provocatorio;**
- disturbo della condotta in adolescenza;**
- disturbi specifici dell'apprendimento;**
- disturbi d'ansia;**
- disturbi dell'umore, etc.**

DSM-5

Vengono forniti molti esempi per facilitare la diagnosi e per distinguere i **disturbi dell'attenzione e dell'iperattività** nelle varie fasce di età.

L'età di inizio della patologia è stata posticipata a 12 anni, ma i sintomi richiesti per arrivare a diagnosi sono più gravi.

Sono previsti numerosi sottotipi.

Non è concessa la codiagnosi col disturbo autistico

Vengono forniti chiari criteri per la diagnosi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività in età adulta



3. SVANTAGGIO

SOCIO-CULTURALE E LINGUISTICO

La situazione di svantaggio



può essere legata a

- carenze familiari e affettive
- situazioni di disagio economico e sociale
- divari culturali e linguistici dovuti, spesso, a scarsità di stimolazioni intellettuali o a spostamenti in paesi diversi da quello di provenienza



In particolare ...

A otto anni di distanza dalla prima stesura (2006), in un contesto nuovo più ampio, le **Linee guida per l'accoglienza e l'integrazione degli alunni stranieri (nota Miur prot. n. 4233 del 19 febbraio 2014) rivolge l'attenzione agli alunni con cittadinanza non italiana, anche in considerazione del fatto che il numero di tali alunni nelle nostre scuole ha registrato un forte incremento.**

Cosa sono le Linee guida del Miur

Si tratta di una «**normativa partecipata**»
che, lungi dal dettare regole di comportamento fisse, offre alle
scuole una sintesi ragionata di quello che le scuole stesse hanno
elaborato in una logica di condivisione di sperimentazione continua

SCOPO

Offrire alle scuole una selezione ragionata delle **soluzioni
organizzative e didattiche** elaborate e realizzate dalle scuole stesse

Il documento si propone come veicolo di **disseminazione** e
condivisione delle **migliori pratiche** già messe in atto per
l'accogliere e accompagnare in modo ottimale i sempre più
numerosi **ragazzi di origine non italiana** che le frequentano



Indicazioni operative

Accoglienza

Coinvolgimento e partecipazione delle famiglie

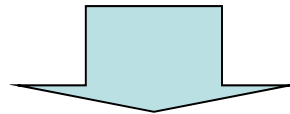
Valutazione

Personalizzazione degli interventi formativi

Formazione del personale scolastico

CONCLUSIONI

Disabilità, disturbi evolutivi specifici e svantaggio socio-culturale e linguistico



problematiche importanti che devono poter tradurre la scuola in istituzione che sappia rispondere adeguatamente a tutte le difficoltà degli alunni e, conseguentemente, renderla veramente INCLUSIVA per tutti.