



UFFICIO SCOLASTICO PER L'EMILIA ROMAGNA
Formazione in servizio del personale docente ai fini dell'inclusione
degli alunni con disabilità ai sensi del
Comma 961, art.1 L. 30 dicembre 2020, n. 178



A.S. 2021-22

Approfondimenti su alcune tipologie di disabilità

AMBITI 12 E 13 - PROVINCIA DI PARMA

DIREZIONE ORGANIZZATIVA:

Ufficio scolastico territoriale di Parma - prof. Elisabetta Zanichelli

Scuola Polo Formazione Ambito 12 - Istituto Tecnico Macedonio Melloni di Parma, Dirigente Scolastico dott. Giovanni Fasan

La comorbidità (o comorbilità) è definita come:

ogni distinta entità clinica aggiunta, che c'è stata o può comparire durante il decorso clinico di un paziente che è sotto osservazione per una determinata patologia.

La nozione di comorbilità permette di tenere conto dei differenti sintomi che possono manifestarsi a causa di una stessa malattia, in relazione alla presenza o meno di altre patologie.

Procediamo con un elenco e una descrizione sintetica di alcuni disturbi che possono presentarsi nei bambini e negli adolescenti, spesso in **comorbilità** con altre patologie: ad esempio i disturbi della condotta possono sussistere in comorbidità con i disturbi d'ansia, i disturbi della coordinazione motoria possono essere associati ai disturbi specifici dell'apprendimento oppure a quelli relativi all'attenzione e iperattività.

I disturbi dell'alimentazione possono essere associati a ossessioni e compulsioni, i disturbi della condotta associati a iperattività e disturbi dell'attenzione, oppure in comorbidità con l'ansia, la depressione, i deficit intellettivi e l'abuso di sostanze, ecc.

D'altra parte ricordiamo la possibilità di comorbidità fra autismo e ritardo mentale, fra autismo e disturbi d'ansia, autismo e disturbi ossessivi, ecc.



Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza

codice ICD-10: F90-F98

- ❖ Disturbi del comportamento dirompente:
 - ❖ disturbo della condotta
 - ❖ disturbo oppositivo-provocatorio

- ❖ disturbo del controllo degli impulsi



Disturbi psichiatrici, fisici, del coordinamento motorio e aspecifici dell'apprendimento

- ❖ disturbo d'ansia
- ❖ disturbo dell'umore
- ❖ disturbo depressivo/ bipolare
- ❖ disturbo ossessivo-compulsivo della personalità

- ❖ disturbo del coordinamento motorio
- ❖ disturbo del movimento stereotipato con o senza autolesionismo

- ❖ anoressia e bulimia

- ❖ disturbi aspecifici dell'apprendimento

I disturbi del comportamento dirompente: presenza di comportamenti aggressivi

nell'ambito scolastico, sono associati ad uno scarso rendimento e a deficit attentivi;

nell'ambito familiare, sono associati a conflittualità verbale e aggressività fisica nei confronti dei caregivers;

nell'ambito sociale, il bambino/adolescente può provare sentimenti di emarginazione proprio a causa del suddetto comportamento.

All'interno di questa categoria il DSM V descrive diversi disturbi; consideriamo in particolare il disturbo della condotta e il disturbo oppositivo-provocatorio

1) **disturbo della condotta:** . (F91)

I **sintomi** più evidenti sono:

- aggressività nei confronti di persone e animali (minaccia, intimorisce, estorce denaro, tratta male gli animali, ecc)
- distruzione della proprietà (le distrugge, appica il fuoco, ecc)
- inganno e furto
- grave violazione di regole (trascorre la notte fuori casa senza il consenso dei genitori, marina spesso la scuola, ecc)

Bibliografia:

Manuale di neuropsichiatria infantile, Una prospettiva psicoeducativa, Capitolo 33, Franco Fabbro. Carrocci editore

2) Disturbo oppositivo-provocatorio (F91.3):

Caratteristiche principali: ostilità, caparbietà, atteggiamenti provocatori di sfida verso gli adulti, rabbia, rancore, atteggiamento dispettoso e vendicativo.

Il bambino:

- viene infastidito facilmente dagli altri, va spesso in collera, si irrita e si sfida attivamente le persone.
- Si esprime con smorfie, atteggiamenti di derisione, scompiglio nei giochi;
- Non accetta i rimproveri.

La sua aggressività non è solo reattiva ma anche intenzionale con lo scopo di destabilizzare l'adulto.

L'insieme di questi atteggiamenti nascondono una bassa autostima, svalutazione di sé e i soggetti tendono a considerarsi indegni di affetto.

disturbo del controllo degli impulsi: (F63) si tratta di disturbi psichici caratterizzati dalla presenza di azioni o gesti incontrollabili; di solito sono preceduti da uno stato d'ansia.

Dopo l'azione possono esserci rimorso e senso di colpa.

Dei **disturbi del controllo degli impulsi** fanno parte:

- il **gioco d'azzardo**: caratterizzato da un comportamento di gioco maladattivo, ricorrente e persistente
- la **piromania**: contraddistinta dall'abitudine ad appiccare il fuoco per piacere, gratificazione, o alleviamento della tensione
- la **cleptomania**: caratterizzata dalla ricorrente incapacità di resistere all'impulso di rubare oggetti che non hanno utilità personale o valore commerciale

- il **disturbo esplosivo intermittente**: costituito da saltuari episodi di incapacità di resistere ad impulsi aggressivi e che causano gravi aggressioni o distruzione della proprietà
- la **tricotillomania**: caratterizzata dallo strapparsi ricorrente di capelli o peli per piacere, gratificazione, o alleviamento della tensione e che causa una rilevante perdita di essi

Alcuni errori educativi da evitare nel caso di disturbi legati alla sfera del comportamento:

Molte volte l'oppositività e la disobbedienza dell'alunno sono favorite dalla modalità con cui gli adulti formulano le loro richieste o rimproverano il bambini.

Alcuni degli errori più comuni sono i seguenti:

- richieste formulate in modo vago. Ad esempio: “Perché non provi ad essere un po’ più gentile?”;
- fare troppe richieste nello stesso momento: (barriera)

- continuare a ripetere al bambino cosa non deve fare trascurando di specificare cosa si vorrebbe che facesse;
- perdere il controllo mentre si rimprovera il bambino perché non riesce a controllarsi;
- urlare da lontano quando si chiede al bambino di fare qualcosa;
- criticare troppo alcuni dettagli del comportamento dell'alunno, perdendosi in lunghi discorsi e inutili discussioni; (*barriere-ostacoli*)

- fare richieste in momenti poco opportuni, ad esempio quando l'alunno è nel terminare qualcosa di costruttivo attinente l'attività scolastica;
- accompagnare la richiesta con minacce che non vengono mantenute (*barriera, ostacolo*): affermazioni come “Smettila...altrimenti” vengono nella maggior parte ignorate dall'alunno oppositivo, fino a quando, preso dalla disperazione, l'insegnante sbotta con parole o azioni troppo dure;

- dare eccessiva attenzione ai comportamenti indesiderabili:
rivolgere spesso all'alunno messaggi che, con il tono e il volume
della voce, esprimono critica, sottolineano gli aspetti negativi,
esprimono disapprovazione, trascurando di incoraggiare l'alunno
per i suoi comportamenti adeguati per quanto sporadici possano
essere; (*barriera*)
- punire in modo incoerente o in ritardo un comportamento
indesiderabile.

È della massima importanza mantenere un atteggiamento fermo e coerente (*facilitatore*). Non succede, infatti, raramente che un insegnante ceda alla disobbedienza dell'alunno, per esempio quando il bambino cerca in tutti i modi di non fare quanto richiesto facendo un mucchio di capricci e piangendo.

Tuttavia, poiché non si cede in ogni singola occasione in cui l'alunno disobbedisce, si produce quello che viene chiamato “programma di rinforzo intermittente” dei comportamenti di disobbedienza. Questo sistema di rinforzo intermittente (a volte sì, a volte no) rende particolarmente difficile la modificazione del comportamento inadeguato.

Inoltre, l'insegnante che cede è rinforzato dal fatto che l'alunno smette di infastidire o disturbare! Questo processo che rinforza entrambi eliminando qualcosa di sgradevole, viene descritto come “la trappola del rinforzo negativo”.

Bibliografia : “I problemi emotivi e comportamentali degli alunni” Mario Di Pietro; Firera e Liuzzo Publishing, pag 56-57 (consultabile al sito icstoccicagli.edu.it)

* **IL disturbo del movimento stereotipato** (F98.4):

- coinvolge l'**abilità motoria**
- nello specifico è caratterizzato da un **comportamento motorio ripetitivo**, apparentemente intenzionale ed evidentemente afinalistico, ad esempio **scuotere o far cenno con le mani, dondolarsi, battere la testa, mordersi e colpirsi il corpo.**
- può portare ad **autolesionismo**.
- questo disturbo interferisce significativamente con le attività quotidiane e può presentarsi con diversi livelli di gravità, da lieve, moderata e grave.

IL disturbo del coordinamento motorio (F.82)

Il DCM include i seguenti disturbi:

- della **grossa motricità**, dal camminare al muoversi con agilità e con destrezza, sino all'equilibrio
- disordini della **motricità fine** come la scrittura e altre azioni manuali (ad esempio usare le forbici, abbottonarsi, allacciarsi le scarpe, ecc).

I problemi nel vestirsi, svestirsi, allacciarsi le scarpe, ecc. non sono solo problemi di coordinazione motoria, ma si tratta di vere e proprie disprassie.....e siamo di fronte a difficoltà di pianificazione, programmazione e esecuzione di movimenti per raggiungere uno scopo o un obiettivo. (tratto da Soloformazione.it “Disprassia: cos’è e come affrontare il disturbo a scuola” di Angela Mantovani).

** Altri aspetti generali del disturbo della coordinazione motoria sono:

- la **Goffaggine** (e questo vuol dire che la persona cade spesso, sbatte contro gli oggetti, ecc)
- la **Lentezza e imprecisione** nello svolgimento delle attività motorie (per esempio la persona ha difficoltà ad afferrare oggetti, a usare forbici e posate, a scrivere con la penna, a giocare con la palla, a guidare la bicicletta o a partecipare ad attività sportive)

Il disturbo dello sviluppo della coordinazione si presenta, comunemente, in **comorbilità** con i seguenti disturbi:

- Disturbo del linguaggio e dell'eloquio
- Disturbo specifico dell'apprendimento
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività
- Disturbo dello spettro dell'autismo
- Problemi di regolazione comportamentale ed emotiva
- Sindrome da ipermobilità articolare
- La disprassia talvolta è associata a un ritardo cognitivo

Per quanto riguarda i fattori di rischio troviamo:

Fattori ambientali: esposizione prenatale all'alcol, nascita prematura o con basso peso alla nascita.

Fattori genetici e fisiologici

*** Il DCM tiene conto quindi:

- delle componenti motorie (ad esempio le abilità di controllo del movimento) e delle componenti di tipo cognitivo sottostanti l'organizzazione e l'esecuzione del movimento (ad esempio: uso della percezione visiva per pianificare il movimento, **abilità di integrazione visuo-spaziale, memoria sensoriale, memoria spaziale**, ecc.)
- Interferisce in modo significativo e persistente con le attività della vita quotidiana adeguate all'età cronologica (per es., nella cura e nel mantenimento di sé) e ha un impatto sulla produttività scolastica, sulle attività pre-professionali e professionali, sul tempo libero e il gioco.

Sitologia: - *Progetto crescere, Cooperativa Sociale* *

- “*Dsm5 – Disturbi del movimento*” a cura di *Laura Pirotta, President, Learning & Development Director Manager. NINA* **

Bibliografia: “*Disturbo di sviluppo della coordinazione motoria*” *Claudio Vio e Gianluca Lo Presti, CAPITOLO 2, VALUTAZIONE E DIAGNOSI DEI DISTURBI DI SVILUPPO DELLA COORDINAZIONE MOTORIA; Le Guide Erickson Le Difficoltà motorie e visuo-spaziali a scuola.* ***

Alcune buone prassi da adottare se ci troviamo in una classe con alunni che presentano disturbi della coordinazione del movimento e nei casi più gravi se sono presenti disprassie:

- gli alunni con questi disturbi, normalmente si stancano facilmente . E' quindi utile suddividere i compiti e fare pause durante le attività proposte (*facilitatori*)
- tendono a distrarsi facilmente: riducendo le distrazioni, si favorisce la prestazione, soprattutto durante le verifiche
- spesso presentano lentezza esecutiva: occorre dare tempi maggiori per svolgere le consegne (*facilitatori*)

- occorre strutturare l'ambiente costruendo percorsi ad hoc, e se necessario utilizzando coni, corde, ecc.
- ricordiamo che nel caso di studenti con problemi motori in generale, occorre fare attenzione agli spazi della scuola: per esempio è consigliabile assegnare a questi bambini e ragazzi aule al piano terra, oppure predisporre un ascensore nella struttura scolastica, ecc. (occorre quindi eliminare le barriere in questo caso architettoniche e incrementare i facilitatori ambientali)

- se in presenza di disprassie, l'articolazione verbale può essere difficoltosa o molto compromessa: può essere utile fornire tempi maggiori di esposizione, e favorire l'utilizzo di strumenti alternativi di comunicazione (*facilitatori*)
- l'esposizione orale può essere povera: possono servire gli schemi (*facilitatori*) per organizzare gli argomenti disciplinari
- la copia alla lavagna o lo scrivere sotto dettatura può risultare particolarmente difficile (*barriera*): meglio utilizzare fotocopie dell'elaborato scritto o un pc (*facilitatore*)
- il calcolo e le procedure di calcolo possono essere difficoltosi: inizialmente si possono utilizzare tavole numeriche per poi passare all'utilizzo della calcolatrice (*facilitatori*)

- usare musica e ritmo per rinforzare i movimenti
- occorre scegliere adeguatamente le attività di gruppo per i bambini e ragazzi con disprassie: è bene prediligere attività che non richiedono una coordinazione oculo-maniuale costante (es. il nuoto o la ginnastica corporea)

Il disturbo ossessivo compulsivo: (F60)

L'età di esordio del disturbo ossessivo compulsivo si colloca tra i 9 e gli 11 anni.

In età evolutiva le ossessioni più frequenti sono:

- quelle che riguardano lo **sporco**, le **ossessioni dubitative, di simmetria, sessuali e a contenuto aggressivo**.
- Le **ossessioni di contaminazione** sono quelle più comunemente riportate dai bambini e dagli adolescenti. I timori da contaminazione da sporcizia o da germi spingono ad eseguire eccessivi lavaggi che devono seguire regole auto determinate.

- Le **compulsioni di verifica** spesso sono legate alla paura di provocare danni a sé o ad altri. In questo caso bambini e adolescenti potrebbero impiegare un tempo eccessivo per controllare la chiusura delle porte, delle finestre, degli interruttori della luce, delle prese elettriche e degli apparecchi elettronici. Questi comportamenti sono dettati dal tentativo di controllare l'ansia, derivante dal pensiero di poter essere responsabili di un'eventuale tragedia.

Si riscontrano anche:

- **ossessioni superstiziose** relative ai numeri. Possono avere numeri “fortunati” e numeri “sfortunati”, questo può portarli a ripetere un’azione per un determinato numero di volte, o a dover contare fino a un dato numero prima di agire.
- **compulsioni di ripetizione**, come entrare e uscire dalla porta, leggere un testo più volte, cancellare e riscrivere parole finché non si sente di averlo fatto nel modo “giusto”.
- **compulsioni di ordine e simmetria** che riguardano la disposizione degli oggetti

I sintomi per il DOC, più comunemente osservati in ambito scolastico sono i seguenti:

Lentezza nel portare a termine i compiti assegnati, Rifiuto nel svolgere le consegne,

Eccessive cancellature sui quaderni, Quaderni strappati, Scarso rendimento scolastico,
Difficoltà di attenzione, Bassa autostima

Continue richieste di rassicurazione alle insegnanti,

Ritardi nell'ingresso a scuola, Frequenti richieste di andare in bagno,

Rifiuto di far toccare o prestare il proprio materiale ad altri bambini,

Isolamento sociale e ritiro dall'interazione con i pari.

Alcune buone prassi da intraprendere se ci troviamo in classe un bambino o un adolescente con disturbo ossessivo compulsivo

Ricordiamo che la flessibilità e un adeguato ambiente di sostegno sono essenziali per permettere allo studente con disturbo ossessivo-compulsivo di raggiungere il successo scolastico.

Di fondamentale importanza è la comunicazione tra genitori, insegnanti e professionisti coinvolti nel trattamento, al fine di adottare una metodologia comune nell'affrontare i sintomi e dirigere gli sforzi verso un unico obiettivo.

- se è presente il perfezionismo, il bambino potrebbe avere difficoltà nel completare i compiti entro il limite di tempo assegnato (*barriera*). Può utilizzare quindi un computer per la scrittura dei testi (*facilitatore*). Il bambino non si sentirà obbligato a mettere in atto continue correzioni per raggiungere la perfezione.
- consentire al bambino di registrare i compiti a casa o le lezioni se ha difficoltà a toccare il materiale per la scrittura (*facilitatori*).

- Se il bambino o l'adolescente presenta ossessioni legate ai numeri, fate attenzione a questi durante l'assegnazione dei compiti o durante le verifiche. Il bambino potrebbe non eseguire un esercizio non perché non ne è in grado, ma perché contiene determinati numeri.
 - E' utile diminuire il carico di compiti (*facilitatore*). Lo stress, insieme ad altre sollecitazioni, aggravano i sintomi.

- Se vi è la tendenza ad eseguire alcuni rituali in classe, concordate con il bambino o il ragazzo una modalità differente di metterli in atto (ad esempio, nel caso in cui senta l'impulso di dover toccare ogni banco prima di sedersi al suo posto, concordare di toccarne solo un determinato numero).
- Nel caso in cui il bambino o l'adolescente dovesse rifiutare di seguire delle indicazioni o di cambiare esercizio, è bene tenere presente che il suo comportamento potrebbe essere dettato dall'ansia, piuttosto che da un'oppositività intenzionale.

- Occorre essere consapevoli delle difficoltà che i bambini incontrano nei momenti di transizione. Accertarsi quindi che lo studente sia a conoscenza delle attività che verranno svolte durante la giornata. Evitare dunque cambiamenti improvvisi di cui lui non è stato informato.
- Focalizzare l'attenzione sui punti di forza dell'allievo piuttosto che ribadire i punti di debolezza.
- Non punire mai un bambino o un ragazzo per aver messo in atto un rituale.

SITOLOGIA: - ISTITUTO A.T.BECK, *Terapia cognitivo Comportamentale; “Disturbo ossessivo-compulsivo infantile”*

disturbi dell'umore:

Disturbi depressivi: (F32, F33, F34)

primissima infanzia

- sentimenti di tristezza e apatia, mancanza di esplorazione, di curiosità e di iniziativa, ma anche attraverso stati d'animo quali irritabilità, facilità al pianto, disturbi psicomotori (passività o irrequietezza), del sonno e dell'alimentazione.
- lamentele somatiche
- **Il bambino può apparire spesso stanco, demotivato e mostrare difficoltà di concentrazione sui giochi o altre attività.** Può presentare uno scarso aggancio visivo e una ridotta mimica facciale.

età prescolare

è possibile osservare:

- **una mancanza di attrattiva e motivazione nelle attività ludiche,** che possono apparire ripetitive
- difficoltà nella separazione dalle figure di riferimento,
- l'irritabilità può cominciare a modificarsi in direzione di una più chiara oppositività con pianto e collera

Con l'ingresso nella **scuola primaria** i disturbi dell'umore possono contribuire a creare difficoltà di apprendimento. Il rapporto con i pari può risultare faticoso e il bambino può essere spesso isolato o presentare difficoltà dal punto di vista comportamentale.

Nell'**adolescenza** potranno cominciare a rendersi visibili le manifestazioni che si è abituati ad associare alla depressione adulta: sentimenti di inadeguatezza, vergogna, apatia, sensi di colpa, paura di non essere amati, perdita di speranza nel futuro, chiare alterazioni del tono dell'umore, che esulano dalle fisiologiche fluttuazioni legate all'età.

Sul piano corporeo possono essere presenti disagi legati all'accettazione di sé e dei cambiamenti insiti nella pubertà.

I principali **sintomi depressivi** che si riscontrano a scuola e in altri contesti, possono sintetizzarsi di seguito:

Umore depresso/Irritabilità, Perdita di piacere, Autovalutazioni negative/Senso di colpa, Difficoltà di concentrazione, Affaticamento, Dolori e malesseri, Disturbi del sonno.

Il disturbo bipolare (F31)

nei bambini e negli adolescenti si osserva:

- una repentina oscillazione del tono dell'umore, alla quale fanno seguito spesso reazioni imprevedibili, difficilmente modificabili attraverso tentativi di rassicurazione o attenuazione.
- ciò comporta notevoli difficoltà di relazione sia con i familiari che con altre persone significative.
- anche l'immagine di sé, il rendimento scolastico, la vita sociale ed altre attività possono essere notevolmente inficiate, contribuendo a provocare nel soggetto un livello di sofferenza notevole.

Nella prima infanzia questi bambini possono mostrare un elevato livello di sensibilità, una bassa tolleranza alle frustrazioni e facile irritabilità. Dal punto di vista motorio possono apparire come iperattivi e difficilmente tranquillizzabili. E' possibile osservare frequenti ansie, fobie e paure, che contribuiscono a renderli irrequieti e spaventati.

In adolescenza, invece, la sintomatologia può apparire più chiara, i pattern comportamentali più definiti e possono essere presenti difficoltà alimentari e di comportamento.

Dal punto di vista affettivo i bambini e gli adolescenti con Disturbo Bipolare sono sottoposti ad un grande carico di sofferenza ed elevati livelli di stress. I cambiamenti del tono dell'umore, sfuggendo al loro controllo, contribuiscono a farli sentire impotenti ed incapaci di autoregolarsi. Questo può generare sentimenti di forte svalutazione e disistima e renderli protagonisti di episodi di disperazione frequenti e prolungati.

Lo stesso carico di sofferenza **coinvolge la famiglia** che si trova a dover far fronte a reazioni che, spesso, vanno oltre le loro possibilità di gestione e comprensione.

La prevenzione e l'identificazione precoce e tempestiva delle prime difficoltà restano i punti chiave per evitare che il disagio si strutturi in un quadro psicopatologico più grave e definito.

SITOLOGIA: ARCOBALENO Studio Multidisciplinare; “*Disturbi dell’umore in età evolutiva*”.

BIBLIOGRAFIA: “*IL RUOLO DI SUPPORTO EMOTIVO DELL’INSEGNANTE NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELL’UMORE IN ETÀ PRESCOLARE E SCOLARE*”; *Snjezana Mocini* *, *Catina Feresin* **

**Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Pola (Croazia)*

***Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Padova*

I disturbo d'ansia: (F41)

Quali sono i disturbi d'ansia che possiamo trovare nei bambini e negli adolescenti?

Il DSM 5 identifica le seguenti categorie diagnostiche per i **disturbi d'ansia**:

- Disturbo d'ansia di separazione
- Mutismo selettivo
- Fobia specifica
- Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) (F40.10)
- Disturbo di panico (F41.0)
- Agorafobia
- Disturbo d'ansia generalizzata
- Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci
- Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica
- Disturbo d'ansia con altra specificazione
- Disturbo d'ansia senza specificazione

Per alcuni studiosi, **le cause dei disturbi d'ansia in età evolutiva** sono tre:

- i fattori genetici
- il temperamento del bambino
- i fattori ambientali, i quali comprendono lo stile educativo genitoriale ed eventualmente l'ansia del genitore.

Le forme di disagio legate all'ansia, nei bambini e negli adolescenti, riguardano principalmente la rappresentazione di sé nelle situazioni sociali, le paure collegate alla morte e ai pericoli e le preoccupazioni circa le performance scolastiche e sportive.

Un ragazzo con disturbo d'ansia generalizzato: (F41.1)

1. riporta un'eccessiva tensione e concomitanti manifestazioni somatiche (dolori o malesseri vari);
2. rimugina su eventi e dinamiche;
3. presenta facile faticabilità, difficoltà di concentrazione o vuoti di memoria;
4. è facilmente irritabile;
5. si preoccupa costantemente del suo comportamento e richiede continue rassicurazioni;
6. si pone spesso obiettivi troppo elevati, perfezionistici e vive nell'ansia di non farcela;

7. evita o rinvia le situazioni ansiogene per paura di sbagliare o di non riuscire a gestirle;
8. assume spesso atteggiamenti controllanti sugli altri (ad esempio, può telefonare ai genitori più volte al giorno, per assicurarsi che stiano bene);
9. tende a distorcere, a esagerare l'importanza di certi eventi o ad ingigantire la gravità dei suoi malesseri
10. nelle relazioni con gli altri teme di poter essere rifiutato o di non

L'ansia non ha una durata definita: può variare da pochi secondi ad anni.

L'intensità del disturbo può manifestarsi in forma di apprensione appena percepibile o di attacco di panico conclamato, che può causare respiro affannoso, vertigini, aumento della frequenza cardiaca e tremito (tremore).

Il disturbo ansioso può creare disagio e interferire talmente tanto con la vita di un individuo da causare depressione.

Si può sviluppare un disturbo da uso di sostanze.

Sitologia: - *MSD Manuals. Versione per i professionisti. “Panoramica sui disturbi d'ansia” Di John W. Barnhill, MD, New York-Presbyterian Hospital*

- Bios Mondo Bimbo ANSIA IN ADOLESCENZA E DISTURBI D'ANSIA ARTICOLO A CURA DELLA DR.SSA ROSELLA AROMANDO, PSICOLOGA SPECIALISTA IN TERAPIA RELAZIONALE INTEGRATA

Disturbi dell'alimentazione : (F50)

Anoressia:

patologica inappetenza, che porta il soggetto affetto (soprattutto ragazze, con un rapporto femmine-maschi di 9 a 1) a lasciarsi lentamente morire di inedia, nei casi più gravi.

Il soggetto ha un **rapporto di passività e/o opposizione con il cibo** (può avvenire già nella prima infanzia: può portare con sé una concezione conflittuale del rapporto madre-figlia o comunque con le figure genitoriali in generale (per esempio in presenza di genitori con alte aspettative e/o influenzati dal parere degli altri)).

Bulimia:

Il cibo viene visto come qualcosa di terapeutico, se ingurgitato nella maggior quantità possibile: una volta assolto questo compito, però, non serve più, e quindi viene gettato via col vomito.

Quali sono alcuni dei fattori coinvolti nei disturbi alimentari?

- una scarsa stima di sè
- una immagine corporea distorta associata a tratti ossessivi di personalità e/o disturbi dell'umore
- nella bulimia sono frequenti i disturbi di personalità bordeline (instabilità nelle relazioni interpersonali, nell'immagine di sè e nell'umore, che si associa a una marcata impulsività)
- Tutti questi fattori dipendono da variabili genetiche ma anche dalla storia delle interazioni sociali e dagli stili di attaccamento: importante è l'ambiente familiare dove spesso è presente uno stile competitivo a discapito della ricerca dell'autenticità e dello sviluppo personale.

BIBLIOGRAFIA: Manuale di neuropsichiatria infantile, Una prospettiva psicoeducativa, Capitoli 38 e 40, Franco Fabbro. Carrocci editore

Alcuni buone prassi da seguire se ci troviamo in una classe dove è presente una studentessa con disturbi legati all'alimentazione (in particolare con anoressia)

- Non ripetere “devi mangiare” o “devi finire il cibo”: non serve a molto e può peggiorare la situazione (*barriere*)
- Non affrontare la tematica del cibo, dell'aspetto fisico, né in prima persona né con riferimenti generali
- Non mangiare e bere davanti al soggetto in questione

- La persona con disturbi alimentari ha uno scarso controllo sulla sua malattia, e deve essere aiutata da specialisti medici per sconfiggerla: se a scuola si avvertono “campanelli di allarme” che inducono a supporre l’insorgere del disturbo, è bene avere un confronto con la famiglia e la studentessa, per sensibilizzarla e “convincerla” che un aiuto mirato e da parte di figure competenti (medici, psicologi, psicoterapeuti, ecc) può aiutarla a combattere la malattia

- Accordarsi con il neuropsichiatra e la famiglia sui tempi di assunzione del cibo e sul luogo dove assumerlo: in alcuni casi gravi, potrebbe essere necessario assumere il cibo in orari prestabiliti, in una stanza appositamente riservata (*facilitatori*) lontano dagli sguardi dei compagni e magari appositamente “disinfettata” se per il soggetto è presente il pericolo da contaminazione

(il disturbo alimentare è spesso in comorbidità con quello ossessivo compulsivo).

- Se ci sono situazioni di condivisione di spazi, fare sempre un sopralluogo per eliminare briciole o macchie, prima che il soggetto si presenti nella stanza o nell'aula destinata al consumo del cibo.
- Se siamo in presenza di atteggiamenti stereotipati (rituali pre-cibo o similari: esempio sfregarsi le mani ripetutamente prima o dopo il mangiare e il bere, oppure pulire con insistenza una posata, un frutto, ecc.), occorre non farli notare e occorre non stare a guardare mentre bevono o mangiano.

- Le persone anoressiche sentono quasi una costrizione il fatto di avere successo a scuola e fare bene tutto, anche altre attività (solitamente sono molto brave a scuola in termini di voti e impegno). Quindi occorre **non fomentare l'aspetto del fare e delle prestazioni** (didattiche, sportive, ecc): loro sono già molto incentrate sulla prestazione e poco sulla relazione.
- Se serve e se accettato dal soggetto in questione, è consigliabile **ridurre il carico di lavoro scolastico** (*facilitatore*) (compiti, pagine di studio, ecc), dopo essersi confrontati con il neuropsichiatra e la famiglia.

- Talvolta può essere necessario **rimodulare l'orario di frequenza scolastica** (*facilitatore*), per andare incontro a necessità e esigenze primarie della studentessa, come ad esempio cibarsi a casa in momenti stabiliti (es. alle ore 12).
- In alcuni casi potrebbe essere richiesta la presenza del docente di sostegno o del personale educativo assegnato alla studentessa, **presso un'eventuale struttura ospedaliera** o di ricovero (es. temporanea) in orario scolastico o extrascolastico (*facilitatore*), per spiegazioni di contenuti, passaggio di appunti, altro materiale o per svolgere un'attività didattica.

Il Disturbo Aspecifico (o non Specifico) di Apprendimento: riguarda difficoltà di apprendimento collegate a capacità cognitive al di sotto della media e/o a malattie di vario tipo:

- Sensoriali (come sordità o forti **difficoltà visive**);
- Neurologiche (come l'epilessia);
- Genetiche (come la **sindrome di Down** o di Williams);
- Organiche in genere (come l'ipotiroidismo);
- Psicologiche (come disturbi psicopatologici primari).

In queste situazioni le difficoltà del bambino sono spesso generalizzate, quindi non solo nelle competenze "di base" cioè nella lettura, nella scrittura e nella matematica, ma anche nei processi logici.

QUALI SONO LE CAUSE?

Il Disturbo Aspecifico di Apprendimento può comparire in seguito a malattie di vario tipo (sensoriali, neurologiche, etc.).

Può anche essere relativo ad una scarsa stimolazione socio-ambientale.

QUALI DIFFICOLTA' PRESENTA IL BAMBINO?

- nella **lettura**: le difficoltà nella "decodifica" del testo spesso coesistono con difficoltà nella comprensione del testo, perché il bambino spesso non è sufficientemente sostenuto, in questo compito, dalle sue capacità cognitive

- nella **scrittura**: si evidenziano **errori di tipo non fonologico**, in cui sono presenti errori ortografici ma viene rispettato il rapporto tra ciò che si pronuncia (fonema) e ciò che viene scritto (grafema):
es. H ("o mangiato" per "ho mangiato"); Scambio grafema omofono ("squala" per "scuola"); Fusione-separazione illegale ("l'aradio" per "la radio", "una rancia" per "un'arancia");
- in **matematica**: le difficoltà possono riguardare prevalentemente aspetti numerici, in particolare la cosiddetta "**codifica semantica**", cioè identificare la grandezza dei numeri, metterli correttamente in relazione ad altri secondo la grandezza piuttosto che aspetti di calcolo, soprattutto quelli che richiedono automatizzazione, come le tabelline e il calcolo mentale rapido.

COME AIUTARLO?

Le indicazioni terapeutiche anche per questi Disturbi possono prevedere, a seconda del caso:

- Una terapia di linguaggio, orientata però anche in senso cognitivo, cioè sui processi logici;
- Un intervento di tipo pedagogico, orientato sulle **strategie di studio** e sulle autonomie personali, per i ragazzi più grandi;
- Un adattamento della didattica, che deve essere modulata sulle difficoltà del bambino;
- Un intervento di tipo psicologico/psicoterapeutico.

Sitologia: A cura di: Stefano Vicari, Cristiana Varuzza. Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza; in collaborazione con



Buone prassi generali per docenti che lavorano in presenza di bambini o adolescenti con qualunque tipologia di disturbo; barriere e facilitatori più comuni.

- **Instaurare una buona collaborazione e comunicazione con la famiglia.** E' fondamentale condividere gli obiettivi e le strategie utilizzate nella gestione del bambino/adolescente con la famiglia. Questo vi permetterà di lavorare in un'unica direzione e verso un unico obiettivo.
- **Accogliere le preoccupazioni.** Non svalutare le paure e le ansie dei bambini e degli adolescenti li aiuterà a sentirsi compresi e a non giudicarsi negativamente.

- **Esprimere fiducia.** È importante riporre fiducia nelle capacità dei giovani di gestire e affrontare le loro paure. Questo li aiuterà a sviluppare un maggior senso di padronanza e una positiva immagine di sé.
- **Ridurre le richieste** (*facilitatore*). Potrebbe essere necessario ridurre le richieste poste ai ragazzi, ridimensionando il carico dei compiti a casa, l'assetto delle interrogazioni e le impostazioni delle verifiche.

E' utile a questo scopo, suggerire (dove possibile) domande a risposta multipla, piuttosto che aperta e predisporre interrogazioni programmate, fornendo indicazioni chiare sulla parte di programma da approfondire.

- **Facilitare la partecipazione.** La paura di fornire una risposta sbagliata o dire qualcosa d'imbarazzante o semplicemente il sentirsi al centro dell'attenzione, porta i giovani a non partecipare alle attività e alle discussioni di classe. Per aiutarli proviamo a porgli delle domande chiuse (**facilitatore**), in cui devono scegliere tra due alternative o ancora diamogli la possibilità di parlare di argomenti su cui si sentono sicuri.
- **Non puntare alla competizione** (**barriera**) come clima della classe per stimolare all'apprendimento, quanto **piuttosto alla collaborazione** (**facilitatore**), motivate i vostri alunni a condividere anche i problemi. Insegnategli ad avere fiducia nell'altro.

- **Incoraggiare l'interazione all'interno della classe.**
Bambini e ragazzi (*ansiosi, depressi, ecc*) sono facilmente in imbarazzo nelle situazioni sociali e tendono a rimanere in disparte per non attirare l'attenzione degli altri. Cerchiamo di evitare che il disturbo li porti ad allontanarsi dai compagni e li spinga all'isolamento, prevediamo attività da svolgere in piccoli gruppi (*facilitatori in alcuni casi, barriere in altri*).

(es. *attuare attività di Cooperative learning, peer toutoring, ecc.*
Ovviamente vanno attuate gradualmente (attuando esposizione graduale) se ci troviamo di fronte a uno studente con difficoltà a lavorare in gruppo, a interagire e a confrontarsi con i compagni, ecc.)

- **Enfatizzare i successi piuttosto che i fallimenti.**
- **Evitare critiche o battute sarcastiche relative alle performance.**
- **Premiare gli sforzi** (*facilitatore*). Rinforzate ogni sforzo messo in atto dal bambino o dall'adolescente che si avvicina agli obiettivi concordati in precedenza con la famiglia e i professionisti coinvolti nel trattamento.

Sitologia: Istituto A.T. Beck » *Disturbo di Ansia generalizzata nei bambini (Articolo inerente le buone prassi a scuola, riferite ai disturbi d'ansia generalizzata, tuttavia utili in ogni situazione scolastica)*

CHECK LIST DEI FATTORI DI CONTESTO AMBIENTALE

I FATTORI DI CONTESTO AMBIENTALE SI POSSONO RIFERIRE:

- allo spazio
- al tempo
- ai materiali, ausili, tecnologie
- all'organizzazione
- alle metodologie di insegnamento
- alla cornice relazionale

FACILITATORI

- Selezione degli argomenti
- Docente di sostegno
- Schematizzazione dei contenuti
- Presenza di un mediatore
- Schemi riassuntivi
- Immagini
- Bisogno costante di conferme e rassicurazioni
- Attività ripetitive
- Schemi
- Mappe concettuali
- Mappe concettuali da usare durante le verifiche
- Supporti visivi
- Figura adulta di riferimento che espliciti l'individuazione dei caratteri comuni o diversi nei singoli contenuti trattati
- Esempi riferibili a situazioni concrete
- Semplificazione dei contenuti più complessi

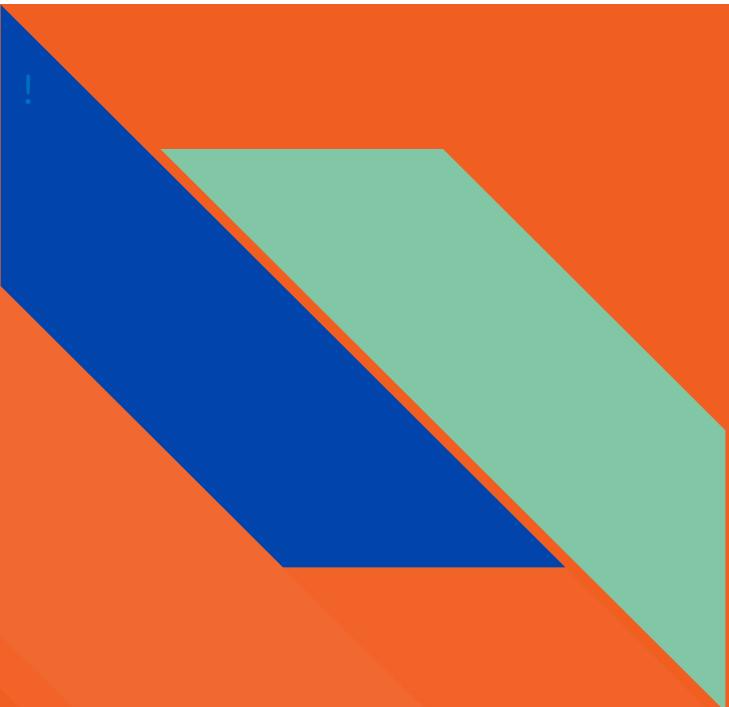
- Anticipazione del contenuto da ricercare, didattica attiva, (didattica del compito)
- Esemplificazioni, schede riepilogative
- Richiesta di feedback
- Guida dell'adulto nell'arricchire di particolari l'esposizione di un fatto
- Verifiche scritte ed orali programmate
- Tempi più lunghi per l'apprendimento
- Appunti stesi in file se la spiegazione non è riconducibile al libro di testo in adozione;
- Scrittura alla lavagna in stampato maiuscolo con chiarezza
- Riduzione della richiesta rapportando la scala di valutazione su 10/10
- Carattere di testo ingrandito
- Quaderno delle regole da usare anche in sede di verifica
- Esplicitare la regola richiesta in lingua madre
- Verifiche graduate
- Nelle verifiche fornire gli esempi dell'esercizio che si dovrà svolgere, soprattutto per le lingue
- Rimarcare le consegne e l'annotazione sul diario

- Scanner per la trasposizione dei file di testo audio
- Sintesi vocale
- Valutazione delle verifiche scritte compensate con l'orale e nel contenuto più che nella forma
- Calcolatrice e formulario
- Richiesta esplicita delle regole da applicare
- Lavoro in coppia o in gruppo eterogeneo per favorire il processo di inclusione dell'alunno nella classe e l'utilizzo appropriato degli strumenti compensativi e delle misure dispensative.
- Incoraggiare l'apprendimento collaborativo favorendo le attività in piccoli gruppi
- Richiamo alle conoscenze pregresse per introdurre nuovi concetti
- Evidenziare parole chiave
- Attività motivante
- Dialogo costante
- Rassicurazioni da parte dell'adulto
- Suddivisione del lavoro in fasi ed esplicitazione dei tempi di esecuzione
- Suddivisione di un argomento complesso in più unità di apprendimento

OSTACOLI

- Trattazione di argomenti astratti senza utilizzo di riferimenti a situazioni concrete
- Studio individuale
- Linguaggio troppo tecnico e privo di esempi
- Assenza di schemi
- Insicurezza
- Ambiente confuso e caotico
- Tempo prolungato
- Ansia da prestazione, atteggiamenti rinunciatari dinanzi alle difficoltà
- Elementi disturbanti
- Assenza di immagini nel testo
- Linguaggio complesso
- Appunti alla lavagna con richiesta di copiatura
- Evitare le richieste che prevedano prove a tempo

- Scrittura sotto dettatura
- Prove di vocaboli
- Quesiti a risposta multipla
- Evitare un numero elevato di esercizi
- Evitare di assegnare un numero elevato di pagine da studiare in tempi brevi
- Evitare la sottolineatura degli errori ortografici
- Memorizzazione di regole e formule o definizioni
- Tempi limitati
- Consegne poco chiare
- Traduzione dall’italiano in lingua straniera
- Consegne non programmate
- Tempi lunghi



1° approfondimento Comorbilità di disturbo del linguaggio

Disturbi specifici del linguaggio (F80)

- Deficit presente sin dai primi stadi dello sviluppo
- Non sono causati da lesioni organiche (alterazioni neurologiche o compromissione del sistema sensoriale) o fattori ambientali carenti
- Ostacola lo sviluppo sociale e l'apprendimento (Spesso infatti comportano, se non trattati, **disturbi d'apprendimento e disturbi della condotta**)

Traiettorie evolutive :

- Oltre la metà dei DSL presenterà difficoltà di apprendimento della lettura, scrittura e/o calcolo nei primi anni scolastici ma anche nel corso dell'adolescenza

Disturbo del linguaggio

A. Difficoltà persistenti nell'acquisizione e nell'uso di diverse modalità di linguaggio (parlato, scritto, gestuale o di altro tipo) dovute a deficit della comprensione o della produzione che comprendono i seguenti elementi:

1. Lessico ridotto (conoscenza ed uso delle parole)
2. Limitata strutturazione delle frasi
3. Compromissione delle capacità discorsive (di connettere le frasi tra loro per sostenere una conversazione)

B. Le capacità di linguaggio sono al di sotto da quelle attese per l'età in maniera significativa e quantificabile, portando a limitazioni funzionali dell'efficacia della comunicazione, della partecipazione sociale, dei risultati scolastici o professionali

C. L'esordio dei sintomi avviene nel periodo precoce dello sviluppo

D. Le difficoltà non sono attribuibili a compromissione dell'udito o ad altra compromissione sensoriale, a disfunzione motorie o altre condizioni mediche e non sono spiegabili da disabilità intellettiva o ritardo globale di sviluppo

Disturbo fonetico fonologico

- Il bambino ha delle discrete capacità di comprensione, ma presenta difficoltà riguardo all'uso dei suoni (es. tole invece di "sole")
- I suoni che compongono le parole possono essere omessi (es. tada per "strada"), sostituiti o distorti
- Nella maggior parte dei casi le difficoltà riguardano i suoni che vengono imparati più tardi ("r", "v"); nei casi più gravi sono interessate tutte le consonanti comprese le vocali e l'eloquio risulta incomprensibile.
- L'alterazione causa limitazioni dell'efficacia della comunicazione che interferiscono con la partecipazione sociale, il funzionamento scolastico o lavorativo
- L'esordio avviene in un periodo precoce dello sviluppo
- Le difficoltà non sono dovute a deficit sensoriali o a patologie organiche

Traiettorie evolutive

- tra 3/4 anni, mano a mano che il bambino sviluppa un vocabolario più ampio, manifesta difficoltà nell'organizzare i suoni all'interno delle parole, pronunciandole in maniera inadeguata e producendo parole bizzarre o incomprensibili
- in età scolare, i disturbi fonologici producono inevitabilmente i loro effetti negativi sull'acquisizione della lettoscrittura (l'apprendimento della lettura e della scrittura implica una corretta analisi fonologica, che può essere eseguita solo se il bambino possiede una buona competenza metafonologica, ovvero un uso stabile e flessibile dei fonemi e, in generale, dei suoni del linguaggio)

Traiettorie evolutive

- successivamente, anche quando il disturbo fonologico si mostra in remissione, permane spesso una debolezza nell'accesso lessicale che si manifesta, per esempio, nella difficoltà del ragazzo di memorizzare o utilizzare in modo appropriato termini specifici o di bassa frequenza d'uso, abilità fortemente richiesta nelle scuole di secondo ordine e che può dunque influenzare negativamente il successo formativo del ragazzo
- in generale, mostra difficoltà nel ripetere e memorizzare sequenze, come per esempio i giorni della settimana, i mesi, le tabelline, le filastrocche ecc, anche quando il bambino/ragazzo riesce faticosamente a mantenerle in memoria mostra difficoltà nel loro recupero funzionale

Disturbo pragmatico del linguaggio

- Difficoltà nel mantenere i turni e l'argomento del discorso;
- Comprensione altamente letterale: il sarcasmo, l'uso metaforico del linguaggio o comunicazione gestuale possono essere equivocati;
- Difficoltà di comprensione orale e scritta;
- Scarsa coordinazione dei registri di comunicazione verbale e non verbale;
- Difficoltà nel cambiare il contenuto di un enunciato in accordo a ciò che la situazione richiede;
- Difficoltà nel fornire precise informazioni a richieste specifiche.

Traiettorie evolutive

- il bambino, già in fase pre-scolare, mostra difficoltà nel desumere indicazioni dal contesto comunicativo
- il bambino non riesce a comprendere le espressioni figurative o le metafore
- l'incapacità di fare le domande giuste per compensare la mancata interpretazione della frase.
- in fase adolescenziale, laddove i ragazzi parlano molto spesso per frasi fatte, modi di dire e usano un gergo specifico, i ragazzi con disturbo del linguaggio pragmatico fanno davvero fatica ad inserirsi e a condividere, mostrando spesso atteggiamenti di chiusura e isolamento

Balbuzie

- si caratterizza per un'alterazione della fluenza e cadenza dell'eloquio, inappropriata per l'età e con ripetizioni o prolungamento delle lettere o delle sillabe (aaaadesso) iniziali della parola.
- L'alterazione causa ansia nel parlare o limitazioni dell'efficacia di comunicazione, della partecipazione sociale, del rendimento scolastico o lavorativo.
- Esordio tra 5 e 10 anni.
- Diagnosi dopo i 3 anni.
- Si può associare a tic.
- Il bambino rallenta l'eloquio, oppure riduce la produzione. Nei casi estremi evita di parlare.
- Lo stress emotivo peggiora il sintomo e in genere periodi di disagio emotivo lo fanno comparire. Può risolversi oppure può durare molto tempo, fino a tutta la vita. Circa l'80% dei casi va incontro a remissione spontanea, prima dei 16 anni

A scuola

Per il successo scolastico di TUTTI gli studenti è necessario:

- riconoscere e valorizzare le diverse situazioni individuali
- pensare ad un percorso formativo per la vita
- creare l'alleanza con la famiglia

I Disturbi del Linguaggio a scuola

SCUOLA DELL'INFANZIA:

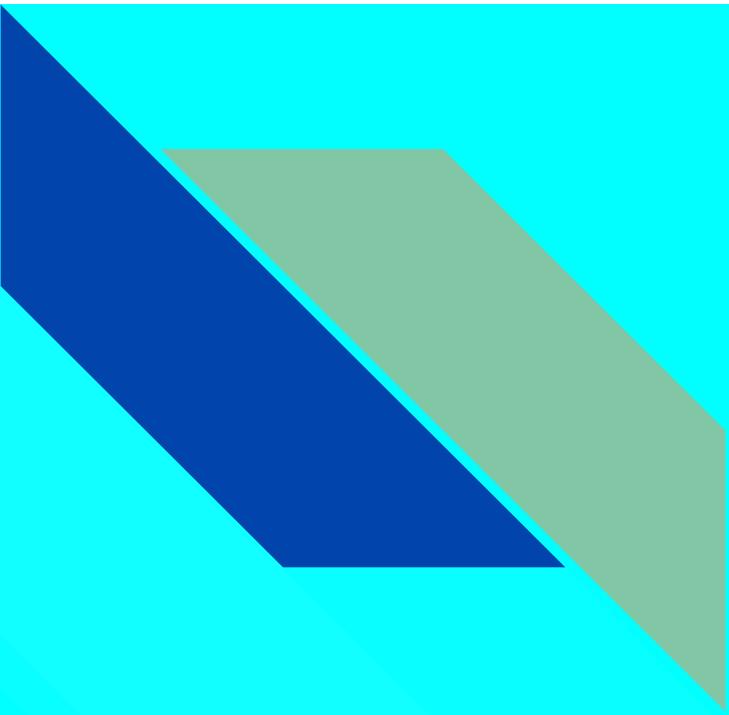
- attività che, sotto forma di gioco, aiutino ad acquisire dimestichezza con i suoni, non necessariamente parole
- quando il bambino pronuncia male una parola, non correggerlo apertamente ma ripetere la parola nel modo corretto
- Per supportare lo sviluppo del vocabolario può essere utile accompagnare le parole nuove con dei disegni o immagini

SCUOLA PRIMARIA e SECONDARIA

- attività su segmentazione e fusione dei fonemi, formazione di rime e giochi con i suoni delle parole (Scuola Primaria)
- associazione con le immagini, delle parole nuove, o dei termini via via più specifici (apprendimento senza errori) (Scuola Primaria)
- Garantire un ambiente di lavoro il più possibile tranquillo e ordinato con elementi concreti di riferimento
- Favorire la socializzazione con lavori di gruppo guidati e curare il clima relazionale nella classe
- strumenti compensativi e dispensativi



2° Approfondimento: quadro specifico di comorbilità con disturbo depressivo e studio di caso



Il disturbo depressivo in comorbilità

Definizione clinica: alterazione dell'umore o una perdita dell'interesse e/o del piacere a cui si accompagnano sintomi comportamentali, ideativi, relazionali, emotivi e neurovegetativi che compromettono il comportamento adattivo della persona

secondo la classificazione ICD 10 rientra tra i Disturbi dell'umore [affettivi] individuati dai codici F30-F39

Ricadute sulla vita scolastica

I disturbi dell'umore influenzano molto negativamente il percorso scolastico degli alunni perché ne condizionano pesantemente il comportamento

Lo stato psichico influisce negativamente:

- sulla concentrazione,
- sulla capacità di prendere decisioni,
- sull'attenzione, inoltre provoca disinteresse,

produce una sensazione:

- di frustrazione,
- di incapacità
- di colpa,
- di mancanza di motivazione,
- di bassa tolleranza della frustrazione

Provoca i maggiori allontanamenti dalla scuola

COMORBILITÀ

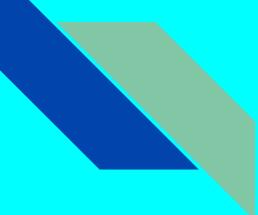
I dati epidemiologici evidenziano un'elevata comorbilità dei Disturbi Depressivi in età scolare; il 60-70% dei bambini ed adolescenti depressi presenta altri disturbi psichiatrici e nel 20-40% più di due

C'è comorbilità con il Disturbo del linguaggio, con la disabilità intellettiva, con l'ADHD con i DSA e soprattutto con i disturbi d'ansia.

Il quadro di comorbilità presenta le seguenti percentuali

- Disturbi Ansiosi (d.ansia di separazione, fobia scolastica, ecc.) 60%
- Disturbo attentivo-iperattività 20-30%
- Disturbi scolastici (disturbi aspecifici di apprendimento)
- Disturbi del Comportamento (d. oppositivo-provocatorio, disturbi della condotta) 30%
- Disturbi somatici (enuresi, encopresi, cefalea, disturbi alimentari, ecc.)
- Disturbo ossessivo-compulsivo 10%
- Abuso di sostanze ed altre dipendenze patologiche 10-30%.

Attenzione: l'uso smodato di social media è associato ad un preoccupante aumento del disturbo depressivo



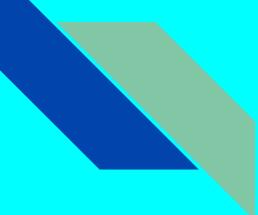
I FATTORI DI RISCHIO

a) eventi esterni come :

- lutti
- malattie dei familiari
- abbandoni
- carenze affettive
- abuso
- conflittualità genitoriale
- separazione e divorzio
- disastri naturali
- incidenti stradali o domestici
- cambio di abitazione e residenza
- immigrazione
- emigrazione
- difficoltà economiche
- isolamento sociale

a) eventi fisici o psicologici :

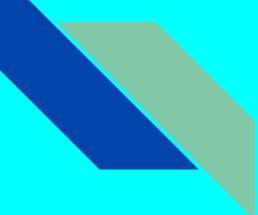
- Insuccesso scolastico
- disturbi di apprendimento
- disturbi psicologici
- problemi di salute
- disabilità
- malattie croniche
- ospedalizzazioni
- disturbi di attenzione
- disturbi di linguaggio
- ansia sociale e scolastica
- difficoltà con i coetanei
- bullismo
- rottura di una relazione affettiva
- delusioni affettive



costrutti mentali correlati al disturbo depressivo

i Ragazzi che soffrono di disturbo depressivo:

- sperimentano molta **fatica** nell'affrontare le incombenze quotidiane, iniziano a rimandarle e a sentirsi maggiormente incapaci e fallite.
- mettono in atto la cosiddetta “ruminazione” cioè un continuo e ripetitivo interrogarsi sulle cause e sulle conseguenze dei propri problemi e delle proprie difficoltà, con un focus specifico sugli eventi del passato
- **assumono un comportamento di tendenza al ritiro**, alla riduzione o all'evitamento dei contatti sociali, delle normali attività quotidiane e dei compiti, basandosi sull'idea di non essere capaci, di affrontare un compito complicato o faticoso o che non porterà nessun beneficio



costrutti mentali correlati al disturbo depressivo

- **esprimono una autovalutazione negativa** che consiste nella tendenza a denigrarsi e a svalutarsi, sentirsi inadeguato, indegno o sfortunato anche di fronte a piccoli errori o difficoltà che appartengono alla vita di tutti i giorni;
- **tendono a fare previsioni negative** sul mondo e sul futuro, a sminuirsi costantemente e a mantenere l'attenzione solo sugli aspetti che mancano per essere felici o soddisfatti

I SINTOMI

a) sintomi emozionali, come:

umore depresso e melancolia, noia umore collerico o irritabile, rabbia immotivata, anedonia e mancanza di piacere nelle attività tendenza al pianto, perdita di allegria e il sentimento di non sentirsi amato, commiserazione, paure immotivate, ansia di separazione, mancanza di speranza e senso di inutilità.

a) sintomi cognitivi, come:

autosvalutazione e perdita di autostima, senso di colpa e autoaccusa, disperazione, pessimismo, idee di rovina, difficoltà di attenzione e concentrazione indecisione, inibizione, lentezza ideativa, ideazione vischiosa, ossessiva, idee di morte perdita della temporalità, assenza di prospettiva

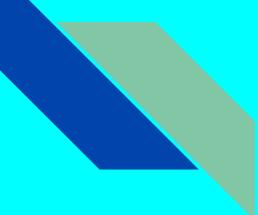
I SINTOMI

a) sintomi comportamentali, come:

chiusura o isolamento sociale, turbe relazionali, condotte opposte o aggressive, fughe, furti, docilità e passività eccessiva, aspetto trascurato nell'igiene o nell' abbigliamento, turbe del comportamento alimentare, peggioramento delle prestazioni scolastiche, ideazione e comportamento suicidario.

a) sintomi psicosomatici, quali:

affaticamento e astenia, malessere diffuso, cambiamento dell'appetito e/o del peso, dolori e malesseri aspecifici e indistinti, disturbi del sonno (insonnia/iperossia), rallentamento o agitazione psicomotoria, cefalea o emicrania, vertigini, disturbi digestivi, alopecia, disturbi immunitari.



COME AIUTARE UN ALUNNO CON DISTURBO DEPRESSIVO

L'ADOLESCENTE DEPRESSO VA PIÙ ASCOLTATO CHE CAPITO

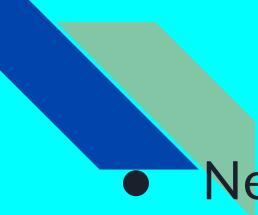
Avere un canale di comunicazione nell'adolescenza e saper prestare ascolto

Facilitare l'esperienza di emozioni positive nel contesto scolastico.

Avere un approccio empatico

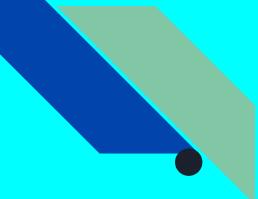
Stimolare la capacità di partecipazione attiva dell'alunno al processo di apprendimento

Non puntate alla competizione come clima della classe per stimolare all'apprendimento, ma alla collaborazione



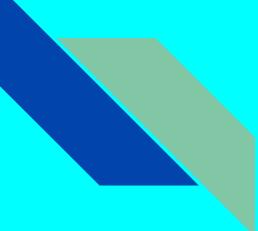
Traiettorie evolutive

- Nei bambini da 3 a 5 anni la depressione si manifesta in due modi: umore irritabile e scoppi di rabbia sia verbale che comportamentale; calo dell'umore e pervasiva diminuzione del piacere per le attività di ogni genere, affaticamento e disturbi del sonno. In entrambi i casi i bambini manifestano anche ridotta capacità di concentrazione /attenzione- scarso contatto visivo e debole mimica facciale, regressione del linguaggio, del controllo degli sfinteri e disturbi psicosomatici/abbassamento della soglia del dolore
- Nella fascia d'età compresa tra i 6 e i 10 anni la depressione si manifesta con perdita d'interesse per le attività, tristezza, inclinazione alla noia e all'isolamento sociale, inclinazione alla menzogna, calo nel rendimento scolastico, demotivazione, stanchezza, incapacità di concentrarsi per assimilare le spiegazioni degli insegnanti, alto senso di frustrazione per gli insuccessi scolastici, disistima. In alcuni casi invece il bambino può manifestare rabbia e reagire in maniera sproporzionata per l'età.



Traiettorie evolutive

- Nella pubertà e nell'adolescenza i sintomi sono la rabbia, il senso di fatica nel debutto sociale, disturbi somatoformi che generano ipocondria , riduzione importante per le attività sociali fino ad arrivare ad un atteggiamento rinunciatario / di rifiuto della scuola, apprendimento scolastico e competizione risultano inibiti, ridotta attenzione e capacità di pensare, sintomi anoressici/bulimici e condotte tese a nascondere il corpo o imbruttirsi. L'adolescente depresso si sente:infelice, incompreso, inferiore, ansioso, irritabile, e può assumere comportamenti oppositivi e aggressivi sia a scuola che in famiglia, la collera lo può spingere ad atti auto/eterodistruttivi (assunzione di droga e/o alcool). Nei casi più complessi si possono presentare allucinazioni e deliri, pensieri suicidi.



SUGGERIMENTI DI DIDATTICA INCLUSIVA

OBIETTIVI:

- Incremento di comportamenti funzionali
- Pianificazione dell'intervento in ambito scolastico congiunto tra ambito scolastico ed ambito psicologico



METODOLOGIA DIDATTICO-EDUCATIVA

Curare ogni aspetto delle relazioni di classe

Organizzare l'aula

Curare il momento dell'assegnazione dei compiti e delle indicazione delle consegne

Usare strategie per migliorare la partecipazione

Usare strategie per potenziare l'attenzione

Intervenire sulla motivazione

Intervenire sulla scarsa stima di sè

Utilizzare i rinforzi

Utilizzare tecniche di personalizzazione della lezione

STUDIO DI CASO: Disturbo depressivo in comorbilità con disturbo specifico degli apprendimenti

Francesco, 4^a classe Istituto Tecnico

Diagnosi funzionale: Episodio depressivo grave con sintomi psicotici codice ICD10 F32.3 in comorbilità con un Disturbo evolutivo specifico misto, codice ICD10 F83.

Caratteristiche neuro- funzionali

area cognitiva: difficoltà nel ragionamento logico, scarsa capacità di concentrazione eccessiva lentezza, compromissione dell'autonomia; compromissione della memoria con difficoltà nel ritenere gli elementi salienti di uno stimolo, labilità nell'attenzione che appare discontinua e di facile esauribilità.

area della comunicazione: disfunzionalità dell'eloquio e del linguaggio, lessico povero inibizione nella capacità espressiva

area affettivo relazionale: un'immagine di sé negativa, timori del giudizio altrui, ansietà, introversione, compromessa capacità della costruzione di una identità più stabile e indipendente



STUDIO DI CASO: Disturbo depressivo in comorbilità con disturbo specifico degli apprendimenti

Francesco, 4^a classe Istituto Tecnico

Conseguenze sugli apprendimenti:

- incapacità di sostenere i tempi scolastici- difficoltà a rispettare gli orari d'ingresso al mattino
- eccessiva faticabilità
- incapacità di portare a termine un compito
- difficoltà ad accettare di svolgere consegne diverse da quelle dei compagni
- necessità di supporto e guida nell'esecuzione delle procedure
- necessità di supporto e guida nella pianificazione /organizzazione del lavoro
- alto livello di frustrazione e inibizione nel confronto con i pari

Frequenza e partecipazione: scarsa assiduità di frequenza, un discontinuo interesse e poco entusiasmo

ANALISI DEL PEI

programmazione differenziata che comprende un progetto speciale “Alternanza scuola-lavoro”

Le finalità del progetto sono:

- Realizzare un percorso di orientamento che preveda una graduale presa di coscienza, da parte dell'alunno, delle sue capacità e del suo futuro ruolo di lavoratore.
- Concretizzare, attraverso esperienze pratiche, abilità e crediti formativi che saranno certificati dalla scuola al termine del ciclo scolastico.
- Offrire all'allievo l'opportunità di accrescere il proprio grado di motivazione all'apprendere e di migliorare l'autostima



Obiettivi formativi-professionali individuabili nella proposizione di questo progetto

- Autonomia relazionale
- Consapevolezza delle proprie capacità e limiti
- Gestione ed organizzazione del lavoro scolastico in particolare nel saper riprodurre un metodo di lavoro proposto
 - Capacità di trasferire, nell'ambito della classe, le abilità acquisite nell'ambito dello stage.
 - Capacità di adattamento al contesto lavorativo
 - Autonomia nell'esecuzione di semplici mansioni
 - Disponibilità alle correzioni altrui e al senso di responsabilità
 - Capacità di rispettare i tempi previsti
 - Capacità di gestire direttive e istruzioni.



Obiettivi formativi-professionali individuabili nella proposizione di questo progetto

- Conoscere ed usare i principali applicativi digitali
- Saper distinguere i documenti contabili
- Saper usare fotocopiatrice- registratore di cassa
- Saper accogliere un cliente
- Migliorare la capacità di chiedere informazioni o conferme durante lo svolgimento delle attività
- Aumentare la capacità di accettare momenti di frustrazione di fronte alle difficoltà incontrate e di autovalutare il lavoro svolto

Proposta di attività inclusiva sulla base della seguente griglia di osservazione

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
si muove in autonomia nell'istituto e in contesti conosciuti	teme le situazioni nuove e la complessità
è disponibile alla collaborazione	è incostante e rinunciatario
si affida alle figure tutoriali	teme il giudizio dei pari
se supportato riesce a portare a compimento compiti già sperimentati	ha scarse capacità di problem solving
ha il supporto della famiglia	non è capace di instaurare in autonomia relazioni sociali
ha sufficienti conoscenze informatiche	tende a intrattenersi molto con i social media

esempio di attività inclusiva

tipo di attività	obiettivi	contenuti	metodologia speciale	strumenti	spazi	prodotto finale	criteri valutazione
Attività didattica di diritto sullo Stato	Comprendersere il concetto di Stato attraverso l'analisi dei suoi elementi e delle sue funzioni	l'Articolo 1 della Costituzione i simboli dello Stato La cittadinanza Italiana	cooperative learning affidamento di compiti personalizzati (ricerca delle immagini, assemblamento delle slide del p.p....)	LIm-Computer	aula	presentazione power-point	livello di autonomia livello di partecipazione acquisizione di minimi contenuti disciplinari

Presentazione di due casi specifici di alunni che presentano un quadro di comorbilità :

1° Deficit cognitivo grave con serio disturbo del linguaggio

2° Disturbo della condotta con tratti autistici, Q.I. borderline e disturbi del linguaggio

Caso 1: Deficit cognitivo grave con serio disturbo del linguaggio

Andrea è un ragazzo che frequenta da quest'anno la prima classe del Liceo Musicale; è affetto da un deficit cognitivo grave con serio disturbo del linguaggio.

Classe: 22 alunni, di cui due (A. compreso) diversamente abili.

L'altro alunno diversamente abile è una ragazza affetta da un lieve ritardo mentale. La classe è caratterizzata da uno stile collaborativo, poco tendente all'emarginazione. I ragazzi manifestano atteggiamenti positivi ed abbastanza equilibrati anche negli aiuti e nelle manifestazioni spontanee di amicizia.

Più difficile il rapporto con l'altra compagna che non vorrebbe essere identificata come diversamente abile, ma accetta volentieri l'aiuto che le offre l'insegnante di sostegno che la segue.

Risorse: Sulla classe lavorano due insegnanti di sostegno (uno per ciascun alunno) e l'educatrice di A., la stessa che lo segue dalla scuola media; A è seguito, fra educatrice e Prof di sostegno, 20 ore.

Famiglia: allargata, amorevole e partecipe, ma la madre non sembra aver elaborato il problema. Il passaggio alle superiori è stato per loro molto problematico e sembra sia stato necessario l'intervento della neuropsichiatra che segue A. per calibrare le richieste della famiglia.

Documentazione: La Diagnosi Funzionale, piuttosto dettagliata riguardo ai limiti del ragazzo, contiene solo cenni riguardo ai suggerimenti o alle indicazioni per orientare l'azione educativa, salvo una discreta enfatizzazione dell' importanza del rapporto con i pari per lo sviluppo psicologico di A.

Il PDF è ancora quello delle “medie” (aggiornato in uscita) ed evidenzia i miglioramenti di A riguardo alla scolarizzazione, al rispetto delle regole ed alla integrazione con i compagni.

Nel PEI sono indicate le caratteristiche di A per aree e c'è una breve indicazione degli obiettivi e delle strategie; si prevede l'uso del gioco, della musica e del canto. Nelle metodologie vengono chiarite le motivazioni delle scelte, e viene evidenziata l'importanza della relazione con i pari. La gravità del caso di A, ha portato alla stesura di un PEI molto personalizzato. Il ragazzo ha una scheda di valutazione per aree i cui voti derivano da osservazioni sistematiche (non sono previste verifiche scritte o orali) e dalla valutazione dei miglioramenti rilevati soprattutto riguardo ad impegno, interesse ed autonomia.

Caso 2: Disturbo della condotta con tratti autistici, Q.I. borderline e disturbi del linguaggio

Benny frequenta la prima media. La sua sindrome è complessa: disturbo della condotta, Sono però presenti tratti autistici, un Q.I. borderline e disturbi del linguaggio.

Classe: 22 alunni. Classe poco tendente all'emarginazione, alcuni alunni accoglienti e disponibili, ma poco scolarizzati. Alcuni compagni conoscono già B. dalle elementari, ma faticano a capirlo in quanto alterna spesso momenti di tranquillità a momenti di ingestibilità.

Risorse: insegnante di sostegno 12 ore e educatrice 18 ore, copertura completa.

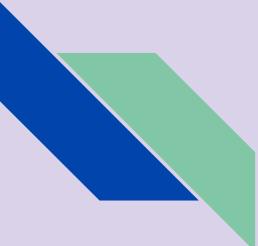
Famiglia: adottiva, in difficoltà nella gestione, soprattutto la madre, impaurita dagli scatti di rabbia/aggressività di B..

Documentazione:

Diagnosi Funzionale: un po' confusa; contiene solo cenni riguardo ai suggerimenti o alle indicazioni per orientare l'azione educativa, salvo una discreta enfatizzazione dell'importanza del rapporto con i pari per lo sviluppo psicologico di B.

Il PDF è ancora quello delle elementari (aggiornato in uscita) ed evidenzia i problemi di B riguardo alla scolarizzazione, al rispetto delle regole ed alla integrazione con i compagni.

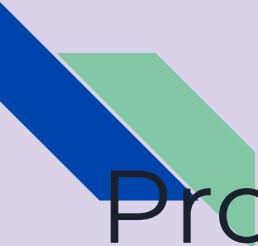
Il PEI delle elementari descrive le caratteristiche di B per aree e c'è una breve indicazione degli obiettivi e delle strategie. Vengono enfatizzate le "ossessioni" di Benny: l'informatica e la musica. Viene anche evidenziato che il movimento, la partecipazione a giochi (con i compagni) con poche regole e di breve durata spesso lo ha calmato.



Laboratorio sui due casi

ai corsisti verrà proposto di:

- riflettere sull'organizzazione di attività inclusive sulla base di griglie di osservazione che individuino i punti di debolezza e i punti di forza del profilo di funzionamento di uno dei due casi presentati;
- compilazione di una check-list di facilitatori / barriere per una efficace integrazione scolastica

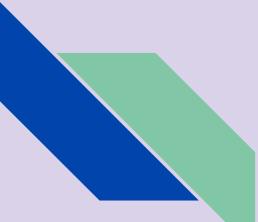


Proposta di attività inclusiva sulla base
della seguente griglia di osservazione

Caso 1: Deficit cognitivo grave con
serio disturbo del linguaggio

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
Classe collaborativa e accogliente	Tempi di attenzione brevi
Sa muoversi nei locali scolastici	Organizzazione spazio/temporale solo in ambiti conosciuti
Motivato in attività che lo interessano	Apprendimento per ripetizione o concetti semplici
Forte volontà di comunicare (sguardo, sorriso, contatto fisico)	Tratto grafico impreciso e vocabolario povero
Cerca la relazione, il rapporto coi compagni è la molla che lo spinge a andare a scuola felice	Non legge, segno grafico pesante
Accetta di fare compiti non graditi per migliorarsi e essere accettato	Disegni infantili (4 - 5 anni)
Scolarizzato, materiale in ordine	Difficoltà espressive limitano lo scambio coi compagni
Buona musicalità, ama cantare e ballare, quando canta intonazione e pronuncia migliorano	A volte comportamenti problema (piedi che "pestano", "no" ripetuti e broncio)
Sa accendere pc, caricare cd e riconosce alcuni simboli	A volte è invadente



Esempio schema dell'attività

- Tipo di attività
- Obiettivi generali
- Obiettivi specifici
- Contenuti
- Metodologia
- Focus sull'integrazione
- Strumenti
- Spazi
- Tempi
- Valutazione e verifica/recupero

TABELLA DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO

Livello di autonomia di Andrea nel raggiungimento dei seguenti obiettivi

Obiettivo	Completa autonomia	Parziale autonomia	Solo se guidato	Non raggiunto	Osservazioni

Proposta di attività inclusiva sulla base della seguente griglia di osservazione

Caso 2: Disturbo della condotta con tratti autistici, Q.I. borderline e disturbi del linguaggio

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
Classe poco tendente all'emarginazione	Alternanza umori disorienta i compagni
Giocare (con poche regole) con i compagni, spesso lo ha calmato	Difficoltà di gestione in famiglia
Se motivato, migliorano comunicazione e prestazioni	Difficoltà nel rispetto delle regole (a volte atteggiamenti aggressivi e va contenuto fisicamente)
Movimento ritmico (camminata, corsa) non prolungato, evita stereotipie	Tempi attenzione brevi, odia scrivere, manipolare e disegnare
Sa usare molto bene il pc, gli piace montarli e smontarli. Gli piace la musica ma odia cantare	Difficoltà ad esprimere emozioni
Contatto coi compagni lo gratifica	Non è ben scolarizzato

Esempio schema dell'attività

- Tipo di attività
- Obiettivi generali
- Obiettivi specifici
- Contenuti
- Metodologia
- Focus sull'integrazione
- Strumenti
- Spazi
- Tempi
- Valutazione e verifica/recupero

TABELLA DI VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO

Livello di autonomia di Benny nel raggiungimento degli obiettivi

Obiettivo	Completa autonomia	Parziale autonomia	Solo se guidato	Non raggiunto	Osservazioni