

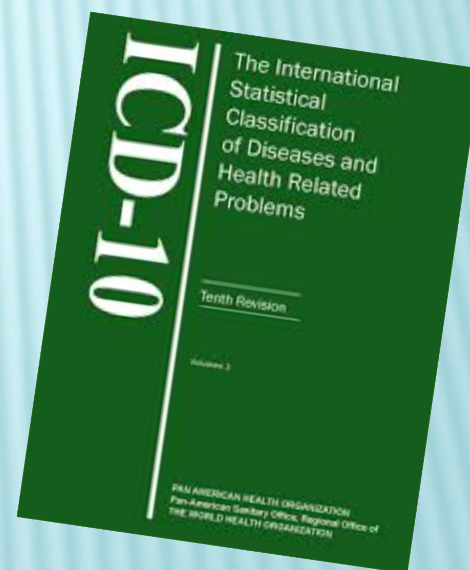
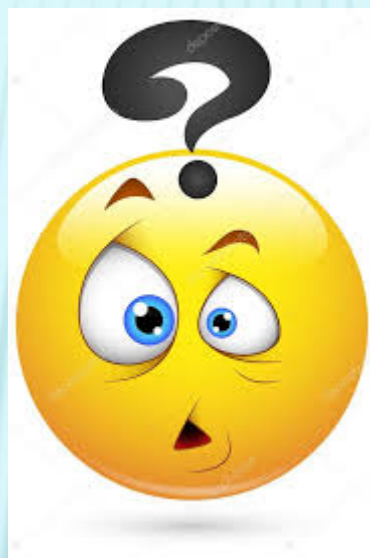
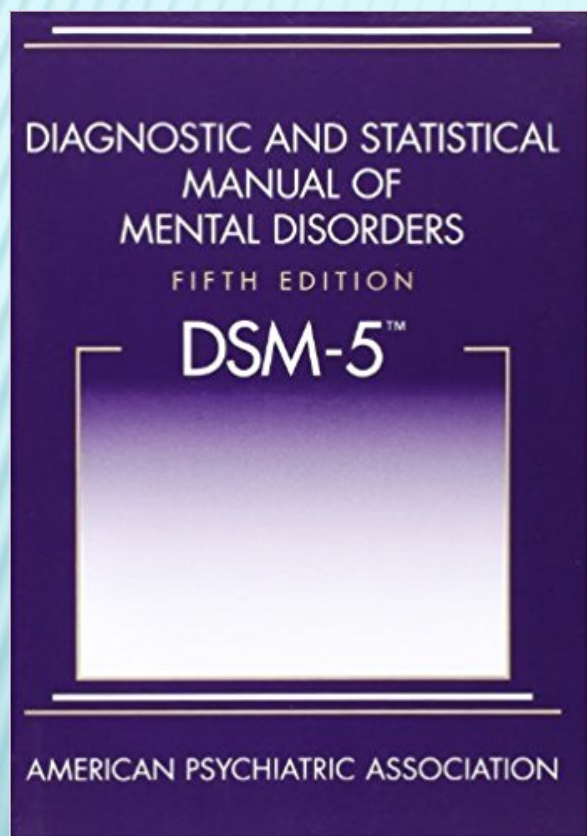
CONVEGNO NAZIONALE 13-14  
aprile 2018

# **DISTURBO DI APPRENDIMENTO NON VERBALE: BES SCONOSCIUTO TRA SCONOSCIUTI???**

Raffaella Turchi  
Neuropsichiatra Infantile USL Toscana Sud-Est

# DISTURBO D'APPRENDIMENTO NON VERBALE

Non esiste nei MANUALI DIAGNOSTICI

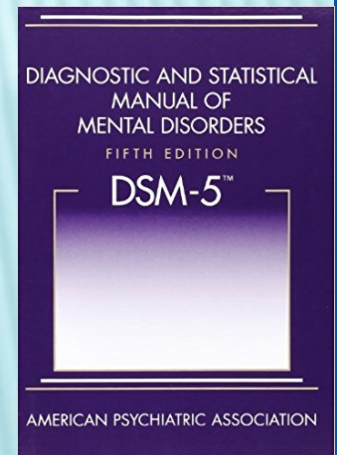


# DSM 5

## (MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI)

### DISTURBI del NEUROSVILUPPO

- Disabilità intellettive
- Disturbi della Comunicazione
  - Disturbo del Linguaggio
  - Disturbo Fonetico-Fonologico
  - Disturbo della Fluenza
  - Disturbo della COMUNICAZIONE SOCIALE (pragmatica)
- Disturbo dello Spettro dell'Autismo
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività
- Disturbo specifico dell'apprendimento
- Disturbi del movimento
- Altri disturbi del neurosviluppo



# ICD 10

## CLASSIFICAZIONE MULTIASSIALE DEI DISTURBI PSICHIATRICI OMS

### ASSE 2 DISTURBI SPECIFICI DELLO SVILUPPO

F80 - F80.9 Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio

F81 - F81.9 Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche

F82 - Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria

F83 - Disturbi evolutivi specifici misti

F88 - Altri disturbi dello sviluppo psicologico

F89 - Disturbi dello sviluppo psicologico non specificati

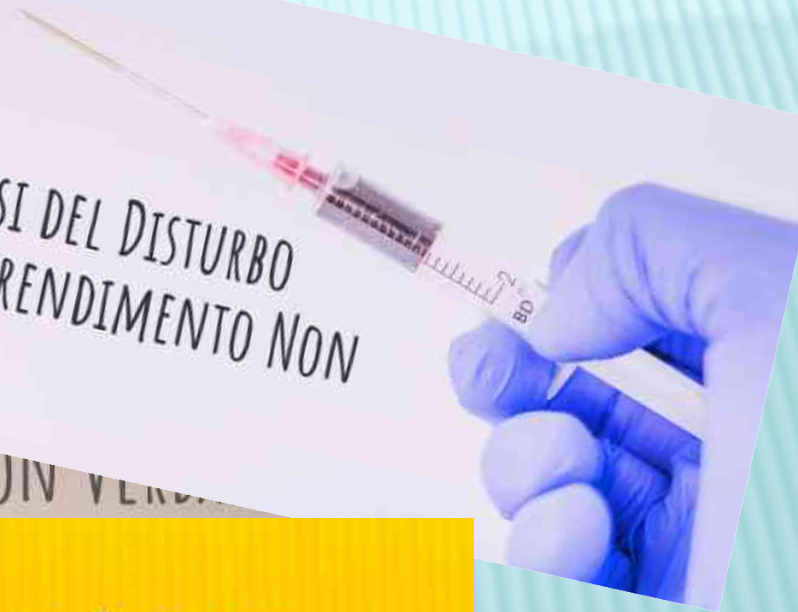


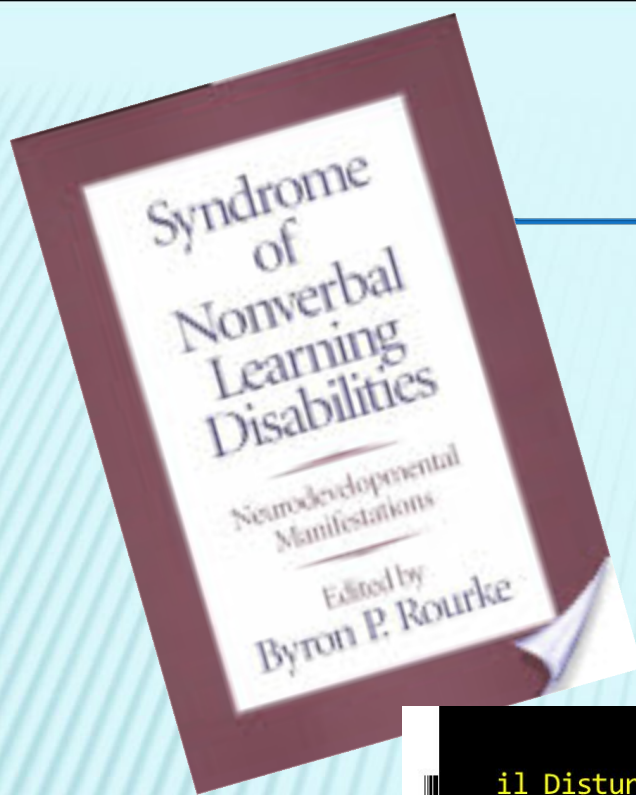
HO IL DISTURBO  
DELL'APPRENDIMENTO NON VERBALE

LAVORARE CON IL  
DELL'APPRENDIMENTO NON VERBALE

DIAGNOSI DEL DISTURBO  
DELL'APPRENDIMENTO NON  
VERBALE

PERSONE FAMOSE CON IL DISTURBO  
DELL'APPRENDIMENTO NON VERBALE





## La Sindrome di ROURKE: dalla Sd. Non – Verbale al Disturbo di Apprendimento non Verbale - DANV

- I disturbi non verbali sono stati contrapposti a quelli di natura verbale, come ad esempio la dislessia.
- Il DANV si caratterizza per deficit specifici in compiti di natura non verbale, associati a prestazioni sufficienti in compiti verbali.
- La Dislessia era associata a disfunzioni dell'emisfero sinistro, mentre il disturbo non verbale veniva attribuito ad un malfunzionamento dell'emisfero destro [cfr. Voeller 1986]
- Negli anni '80 i termini «disturbo evolutivo dell'emisfero destro» e «disturbo non verbale» vennero utilizzati come sinonimi.

## La Sindrome di ROURKE: il Disturbo di Apprendimento non Verbale - DANV

- Le difficoltà di apprendimento non dovute a deficit linguistici sono meno conosciute rispetto ai comuni DSA ed in particolare alla Dislessia.
- I primi studi risalgono a circa 30 anni fa ed il primo clinico a descriverne le caratteristiche è stato Byron P. ROURKE . (Rourke P.B., 1995 "Syndrome of Nonverbal Learning Disabilities, New York, Guilford Press).
- In Italia il primo gruppo di ricerca ad occuparsi di queste problematiche è stato coordinato dal Prof. C.Cornoldi alla fine degli anni '90 (Cornoldi C. 1997 "Abilità Visuo-Spaziali: Intervento sulle difficoltà non verbali dell'apprendimento." Trento, Erickson )
- Solo pochi anni fa è stato pubblicata una prima batteria diagnostica italiana :  
Mammarella I.C., Toso C., Pazzaglia F., e Cornoldi C. – **BVS-Corsi BATTERIA PER LA VALUTAZIONE DELLA MEMORIA VISIVA E SPAZIALE,** Trento, 2008 - Erickson.

# DANV a SCUOLA



## Normativa di riferimento

**Direttiva Miur del 27 dicembre 2012**  
**“Strumenti d'intervento**  
**per alunni con bisogni educativi speciali e**  
**organizzazione territoriale**  
**per l'inclusione scolastica”**

**C.M. n. 8 del 6 marzo 2013**  
**Indicazioni operative**

## Il Piano Didattico Personalizzato (BES)

Il 27 Dicembre 2012 è stata emanata dal MIUR la direttiva “Strumenti di intervento per gli alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica”.

L'esigenza delle precisazioni contenute in tale circolare sono conseguenza del fatto che la legge 170/2010, contenente le “Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento (DSA) su cui riconosce come disturbi specifici di apprendimento (DSA) la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia, mentre il panorama dei disturbi che porre l'attenzione solamente la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia, mentre il panorama dei disturbi che possono comportare dei notevoli disagi negli alunni è molto più ampio.



*Al Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*

## **STRUMENTI D'INTERVENTO PER ALUNNI CON BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI E ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE PER L'INCLUSIONE SCOLASTICA**

### **Il Piano Didattico Personalizzato (BES)**

La Direttiva sposta definitivamente l'attenzione dalle procedure di certificazione all'analisi dei bisogni di ciascuno studente ed estende in modo definitivo a tutti gli studenti in difficoltà il diritto – e quindi il dovere per tutti i docenti – alla personalizzazione dell'apprendimento.

L'attenzione agli alunni con BES non ha lo scopo di favorire improprie facilitazioni ma di rimuovere quanto ostacola i percorsi di apprendimento.

Vi sono comprese tre grandi sotto-categorie: quella della disabilità; quella dei disturbi evolutivi specifici e quella dello svantaggio socioeconomico, linguistico, culturale.





*Al Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*

## **STRUMENTI D'INTERVENTO PER ALUNNI CON BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI E ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE PER L'INCLUSIONE SCOLASTICA**

### **Il Piano Didattico Personalizzato (BES)**

La direttiva MIUR sui BES prevede osservazioni e interventi su alunni con difficoltà, anche privi di una valutazione clinico-diagnostica;

Bisogna passare da una visione sanitaria a quella di osservazione e intervento di tipo educativo-didattico in ambito scolastico;

Non sono necessarie le etichette diagnostiche ma bisogna conoscere i processi cognitivi, comportamentali ed emotivo-relazionali su cui intervenire.



### **Il Piano Didattico Personalizzato (BES)**

*(...) soltanto qualora nell'ambito del Consiglio di classe (nelle scuole secondarie) o del team docenti (nelle scuole primarie) si concordi di valutare l'efficacia di strumenti specifici questo potrà comportare l'adozione e quindi la compilazione di un Piano Didattico Personalizzato, con eventuali strumenti compensativi e/o misure dispensative. Non è compito della scuola certificare gli alunni con bisogni educativi speciali, ma individuare quelli per i quali è opportuna e necessaria l'adozione di particolari strategie didattiche. Si ribadisce che, anche in presenza di richieste dei genitori accompagnate da diagnosi che però non hanno dato diritto alla certificazione di disabilità o di DSA il Consiglio di classe è autonomo nel decidere se formulare o non formulare un Piano Didattico Personalizzato, avendo cura di verbalizzare le motivazioni della decisione. (...)*

## Tre categorie di alunni con BES

1. Alunni con Disabilità (regolamentati dalla legge 104/92)
2. Alunni con disturbi evolutivi specifici (solamente i DSA usufruiscono della legge 170/2010)
3. Alunni che vivono con uno svantaggio socio-economico, linguistico, culturale

## DISTURBO EVOLUTIVO SPECIFICO MISTO (ICD 10)

- \* Categoria residua mal definita, inadeguatamente concettualizzata (ma necessaria)
- \* Comprende condizioni in cui è presente un'associazione di Disturbi Evolutivi Specifici dell'eloquio/linguaggio, delle capacità scolastiche e/o della funzione motoria
- \* È frequente che ciascuno di questi disturbi specifici misti si associ con un certo grado di compromissione generale delle funzioni cognitive

## Un ruolo importante e difficile

- La direttiva MIUR sui BES prevede osservazioni e interventi su alunni con difficoltà, anche **privi** di una **valutazione clinico-diagnostica**
- Bisogna passare da una visione sanitaria a quella di osservazione e **intervento di tipo educativo-didattico** in ambito scolastico
- Non sono necessarie le etichette diagnostiche ma bisogna **conoscere i processi cognitivi, comportamentali ed emotivo-relazionali** su cui intervenire....

!n76rvn7r....

comportamentali ed emotivo-relazionali su cui

# Disturbi Evolutivi Specifici

Gli alunni con Disturbi Evolutivi Specifici sono circa 1.800.000 alunni, pari a circa il 20%...1 alunno su 5!

1. Funzionamento Intellettivo Limite (13%)
2. Disturbi Specifici di Linguaggio – DSL (2%)
3. Disturbi Specifici di Apprendimento – DSA (5%)
4. Sindrome Non Verbale - SNV (2‰)
5. Disturbo della Coordinazione Motoria – Disprassia (3%)
6. Disturbo dell'Attenzione e Iperattività - ADHD(4%)
7. Disturbo dello Spettro Autistico Lieve – DGS (2‰)

# CASO CLINICO: ANDREA



- **A casa:** non ha mai voluto giocare con costruzioni o puzzle, ha fatto fatica (aveva paura) ad imparare ad andare con la bicicletta, non si è mai appassionato al disegno (anche proponendogli pennarelli li rifiutava)
- **Scuola infanzia:** fino a 5 anni si è sempre rifiutato di prendere una matita in mano per disegnare, è sempre stato un po' goffo e maldestro in tutte quelle attività ludiche in cui era richiesta la coordinazione fine-motoria ed è stato impacciato nelle attività che richiedevano abilità manuali, come ad esempio ritagliare, piegare la carta
- **Scuola primaria:** ha una scrittura incerta, non riesce a stare dentro le righe e i margini del foglio del suo quaderno. In matematica fa fatica a incolonnare le operazioni e, di conseguenza, non ottiene il risultato corretto. Preferisce giocare da solo, si agita e si irrigidisce di fronte a richieste dell'adulto qualora non previste

# DIAGNOSI??

- × Disturbo di Apprendimento NON VERBALE



# DISTURBO DELL'APPRENDIMENTO NON VERBALE

- ▶ Secondo Rourke e collaboratori (cfr. Cornoldi, 1999) la sindrome non-verbale sarebbe caratterizzata da:
  - 1) Problemi percettivi e tattili, riguardanti specialmente il lato sinistro del corpo (Edx): difficoltà di apprendimento con materiale nuovo e insolito
  - 2) Problemi di coordinazione psicomotoria (psicomotricità complessa, prassie, sport-educazione fisica, puzzle, costruzioni)
  - 3) Deficit visuo-spaziali (comportamento esplorativo, organizzazione visuo-spaziale, disegni-orientamenti alto-basso, sx-dx)
  - 4) Problemi in compiti cognitivi e sociali di tipo non-verbale (comunicazione non verbale-prosodia-pragmatica)
  - 5) Buona memoria verbale meccanica ma difficoltà nella formazione di concetti di natura visuospaziale e di problem solving; preferenza per lo studio a memoria)
  - 6) Difficoltà in aritmetica e discreto successo in lettura e scrittura (con eccezione del grafismo-gestione dell'orientamento nella scrittura)
  - 7) Difficoltà di adattamento a nuove situazioni sociali (esplorazione-situazione nuove)
  - 8) Verbosità
  - 9) Deficit di giudizio sociale (ce l'hanno con me)
  - 10) Discrepanza fra QI verbale (più alto) e QI di performance (più basso)



# CASO CLINICO: MAURIZIO

- × Primo accesso al servizio di NPI all'età di 4 anni
- × Gravidanza e parto nella norma
- × Nei primi mesi "mangiava e dormiva"
- × Ritardo nell'acquisizione delle tappe psicomotorie: deambulazione autonoma a 19 mesi
- × Ritardo del Linguaggio



# CASO CLINICO: MAURIZIO

- × Al momento della prima visita NPI (4 anni):
  - + Non ancora acquisito il controllo sfinterico, limitate le autonomie personali
  - + Linguaggio abbondante ma non comprensibile, comunque non usato a scopo comunicativo.
  - + Difficoltà di comprensione delle consegne
  - + Sguardo difficilmente agganciabile, comunicazione non verbale scarsa, mimica poco espressiva
  - + Goffaggine motoria, scarsa manipolazione degli oggetti e dei giochi; disegno a livello di scarabocchi poveri e stereotipati
  - + Alla Scuola Materna: scarsa integrazione con i compagni e tendenza all'isolamento
  - + Crisi di agitazione psicomotoria di fronte alla frustrazione

# DIAGNOSI??

- × Disturbo dello Spettro Autistico



# DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (DSM 5)

## DIADE SINTOMATOLOGICA:

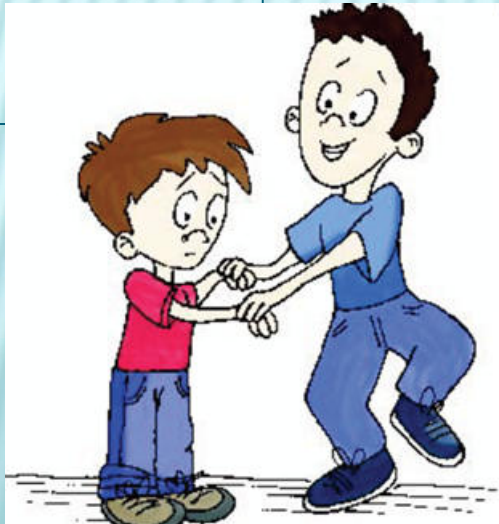
1. DEFICIT  
PERSISTENTE  
NELL'AREA DELLA  
COMUNICAZIONE  
SOCIALE e  
NELL'INTERAZIONE  
SOCIALE
2. DEFICIT DI  
"IMMAGINAZIONE"  
(Comportamenti e/o  
interessi e/o attività  
ristrette e ripetitive)

- A. Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale
- B. Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti e ripetitivi
- C. I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo, ma possono non manifestarsi prima che le esigenze sociali eccedano le capacità limitate o possono essere mascherati da strategie apprese in età successive.
- D. I sintomi devono causare una compromissione significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti
- E. DSAut + Disabilità Intellettiva: sono spesso in concomitanza, ma per poter fare diagnosi i deficit di comunicazione e interazione devono essere superiori rispetto a quanto ci aspetteremmo con la sola disabilità intellettiva.

# CRITERIO A1: DEFICIT NELLA RECIPROCIÀ SOCIO-EMOTIVA

## **Età minore o gravità maggiore**

- Poca o nessuna iniziazione dell'interazione sociale
- Ridotta imitazione
- Linguaggio usato per richiedere o etichettare ma non per commentare
- Comunicazione unidirezionale
- Poca condivisione delle emozioni



## **Età maggiore o gravità minore**

- Difficoltà di elaborare o rispondere a stimoli sociali complessi
- Difficoltà di gestire emozioni complesse
- Difficoltà a capire quando entrare in una conversazione, cosa è meglio non dire
- Necessità di "calcolare" cognitivamente ciò che è intuitivo per gli altri"
- Ansia sociale.

# CRITERIO A2: DEFICIT NEI COMPORTAMENTI COMUNICATIVI NON-VERBALI USATI PER LA COMUNICAZIONE SOCIALE

## Età minore o gravità maggiore

- Mancanza di attenzione condivisa: manifestata attraverso mancanza di *pointing*, *mostrare*, o *portare* e condividere oggetti di interesse.
- Non seguire lo sguardo dell'altro (triangolazione)
- Repertorio di gesti inferiore a quanto ci si aspetterebbe per l'età di sviluppo.
- Mancato o povero uso di gesti od espressioni durante la comunicazione spontanea.
- Uso errato o idiosincratico di gesti od espressioni durante la comunicazione.

## Età maggiore o gravità minore

- Impressione del linguaggio del corpo "strano", "rigido" o "teatrale".
- Uso corretto delle singole modalità ma difficoltà ad integrarle (pag. 99 "Autismo da dentro")
  - Es. linguaggio oculare presente ma mancanza di *coordinazione* tra sguardo, gesti, parole, etc.



## A.3. DEFICIT NELLO SVILUPPO, GESTIONE O COMPrensIONE DELLE RELAZIONI

### **Età minore o gravità maggiore**

- L'interesse può essere assente, ridotto o atipico (ad esempio si avvicina troppo agli altri, abbraccia tutti, è "iper-affettivo")
- Si manifesta attraverso l'emarginazione, la passività o comportamenti inappropriati che possono apparire aggressivi o ritirati.
- Mancanza di gioco sociale condiviso
- Gioco solo "secondo le proprie regole".



### **Età maggiore o gravità minore**

- Atipicità che si manifesta attraverso comportamenti che vengono letti come intimidatori, "isterici", provocatori, altezzosi, superbi, freddi.
- Scarsa appropriatezza del comportamento al contesto.
- Preferisce attività solitarie o compagnia di persone più piccole o più grandi.
- Ricerca di amicizie ma non comprensione di cosa comporta e qual è il senso dell'amicizia.
- Importante considerare le relazioni con: genitori, colleghi, datori di lavoro, partner, figli.

# CRITERI DIAGNOSTICI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

NEL DSM

## CRITERIO B

- Individua la presenza di pattern di comportamento, interessi e attività ristrette o ripetitive
- Importanza alla **componente NON SOCIALE** dell'autismo
- La testimonianza di tali pattern deve essere subordinata almeno dalla ricorrenza di almeno due diverse tipologie di comportamenti (per evitare che la diagnosi possa essere effettuata sulla base di un solo criteri, ad es. le stereotipie semplici, significative, ma poco specifiche..)
- La necessità che siano almeno due fa sì che almeno una sia data dalla resistenza al cambiamento, dall'ipo-iperattività agli stimoli, da interessi limitati (cioè la parte più caratterizzante l'autismo)



## CRITERIO B: PATTERN DI COMPORTAMENTO, INTERESSI O ATTIVITÀ RISTRETTI E RIPETITIVI COME MANIFESTATO DA DUE SEGUENTI FATTORI



### B.1. Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi

- Stereotipie motorie semplici: *hand flapping, finger flicking*.
- allineare gli oggetti o rotarli (rigirare monete o trottole)
- ecolalia immediata o differita
- Frasi, parole, prosodia idiosincratiche



## CRITERIO B: PATTERN DI COMPORTAMENTO, INTERESSI O ATTIVITÀ RISTRETTI E RIPETITIVI COME MANIFESTATO DA DUE SEGUENTI FATTORI

**B.2. Insistence on sameness (Insistenza nell'uguaglianza - immodificabilità)**, aderenza inflessibile alle routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale o non verbale

- Estremo disagio di fronte a piccoli cambiamenti
- Difficoltà con le transizioni,
- Schemi di pensiero rigidi
- Saluti stereotipati
- "Necessità" di prendere la stessa strada tutte le volte che si fa un percorso, mangiare lo stesso cibo ogni giorno.
- Ritualità quali: domande incessanti, camminare in tondo...



## CRITERIO B: PATTERN DI COMPORTAMENTO, INTERESSI O ATTIVITÀ RISTRETTI E RIPETITIVI COME MANIFESTATO DA DUE SEGUENTI FATTORI



**B.3.** Interessi molto limitati, fissi che sono anormali nell'intensità o per profondità:

- + forte attaccamento o preoccupazione per oggetti inusuali
- + interessi eccessivamente circostanziati o perseveranti

## CRITERIO B: PATTERN DI COMPORTAMENTO, INTERESSI O ATTIVITÀ RISTRETTI E RIPETITIVI COME MANIFESTATO DA DUE SEGUENTI FATTORI

### **B3:** Interessi limitati

#### Interessi speciali

Una delle caratteristiche che differenzia un hobby da un interesse speciale di rilevanza clinica è il focus verso l'interesse o la peculiarità dell'argomento

- × Stadio 1. Parte di oggetti (luci, lavatrice, ventilatori).
- × Stadio 2. Categoria di oggetti (tipici ed eccentrici), spesso mezzi di trasporto, animali e oggetti elettronici
- × Stadio 3. Interessi complessi ed astratti come periodi storici, geografia...
- × Stadio 4. Interesse verso una persona, letteratura fantasy e molteplici interessi.



## CRITERIO B: PATTERN DI COMPORTAMENTO, INTERESSI O ATTIVITÀ RISTRETTI E RIPETITIVI COME MANIFESTATO DA DUE SEGUENTI FATTORI

### B.4. Iper- o Ipo- reattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi inusuali per aspetti sensoriali dell'ambiente

- × apparente indifferenza al dolore o temperatura
- × risposta avversa a suoni o tessuti specifici
- × eccessivo annusare o toccare oggetti in modo eccessivo
- × fascinazione visiva per luci o movimento.



# MAURIZIO... LA STORIA CONTINUA!

---

- × Importanti miglioramenti nel comportamento
- × Apprendimento delle regole sociali
- × Buona memoria verbale, lessico ricco
- × Iscrizione al Liceo Psico-pedagogico senza IS
- × Ha imparato ad uscire con i compagni
- × Hobby: leggere i libri di scuola "in anticipo" "per curiosità"
- × **Conosce tutto della Juventus e tutti i fiumi della terra**
- × Test Intellettivo WAIS:
  - + Punteggio Verbale 110
  - + Punteggio Performance 99
- × Ancora difficoltà nella comprensione di testi sofisticati e astratti e delle metafore.

# SINDROME DI ASPERGER E DANV: SOMIGLIANZE

---

## × Profilo neuro-psicologico

- + Entrambi hanno anomalie neuro-evolutive che coinvolgono le funzioni dell'emisfero cerebrale destro
- + non ritardo nello sviluppo cognitivo e nella parola. Abilità verbale precoce, avvio alla lettura precoce.

# SINDROME DI ASPERGER E DANV: SOMIGLIANZE

---

## × Profilo relazionale:

- + Ricerca dell'interazione sociale, ma sono spesso respinti dai loro pari.
- + incapacità di percepire o comprendere i segnali non verbali (cioè, sono inconsapevoli delle sfumature delle espressioni facciali, del linguaggio del corpo, del tono della voce, dei gesti e della distanza spaziale appropriata).
- + Utilizzo non adeguato dello sguardo per l'interazione sociale



# SINDROME DI ASPERGER E DANV: SOMIGLIANZE

---

- × Frequenti episodi di esclusione e rifiuto che diventano parte della vita
- × vivere il rifiuto costante porta spesso a incertezza, confusione, insicurezza, depressione e ansia, che possono cercare di alleviare creando routine e rituali
- × sono spesso accusati di maleducazione, di pigrizia, di mancanza di cura o di scarsa attitudine
- × sono spesso fraintesi
- × non possono "connettersi" socialmente
- × volendo fare amicizia e adattarsi, ma non ci riescono, possono rispondere ritirandosi, comportandosi con esplosioni emotive o rifiutandosi di cooperare

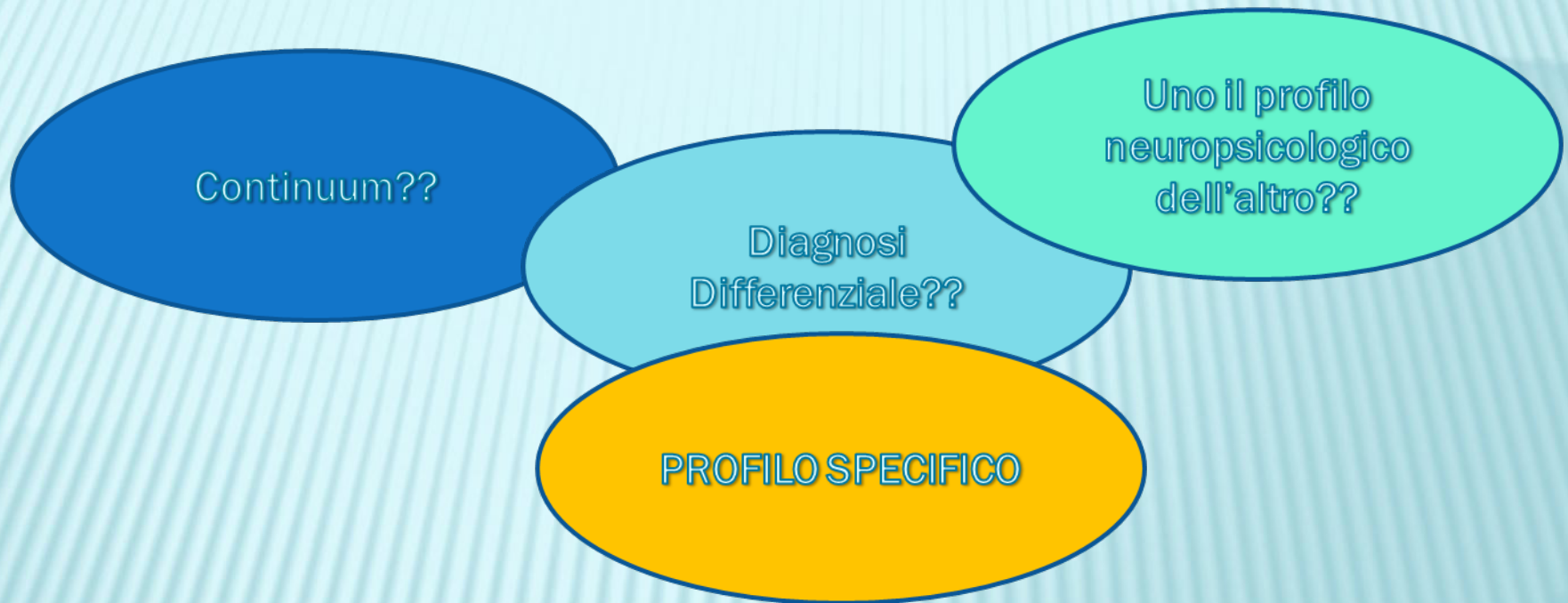
# SINDROME DI ASPERGER E DANV: DIFFERENZE

SINDROME DI ASPERGER	DANV
<ul style="list-style-type: none"><li>× PRESENZA DI INTERESSI RISTRETTI E RIPETITIVI, MOVIMENTI STEREOTIPATI con ricadute ulteriori sull'interazione sociale</li><li>× Difficoltà nel riconoscimento e gestione delle emozioni</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>× Tendenza a rifugiarsi in attività ripetitive per l'insuccesso vissuto in altri ambiti</li><li>× Difficoltà di espressione delle emozioni e di riconoscimento delle stesse negli altri, nella misura in cui sono espressi in modo non verbale.</li></ul>

# SINDROME DI ASPERGER E DANV: DIFFERENZE

SINDROME DI ASPERGER	DANV
<ul style="list-style-type: none"><li>× No problemi spaziali e visivi: spesso ottima risposta a immagini e schemi che veicolano la comprensione</li><li>× Sono AIUTATI dalle IMMAGINI</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>× Difficoltosa risposta alle dimostrazioni fisiche e visive, scarsa comprensione i diagrammi. Difficoltà ad Non imparare guardando e bisogno che tutto sia spiegato a parole</li><li>× Sono aiutati dalle SPIEGAZIONI VERBALI</li></ul>

# Sindrome di Asperger e Disturbo Non Verbale: caratteristiche simili



Tuttavia, di fronte alle controversie che caratterizzano queste diagnosi, centrate sul fatto che la Sindrome di Asperger si sovrapponga o differisca dalla categoria più informale di "autismo ad alto funzionamento" (HFA) e se il "disturbo di apprendimento non verbale" (NLD) sia una condizione separata da Asperger o HFA, cosa è utile?

OSSERVARE, CONOSCERE IL PROFILO DEL BAMBINO E LAVORARE SULLE AREE DI DEBOLEZZA

# CASO CLINICO: GIULIA

## **Raccolta anamnestica**

Giulia ha iniziato l'intervento logopedico all'età di 3 anni e 4 mesi, inviata dalla Asl di appartenenza con diagnosi di Disturbo evolutivo dell'eloquio e del linguaggio non specificato (ICD-10 F80.9). Dalla raccolta anamnestica viene evidenziata una gravidanza normale e viene documentato un parto eutocico alla 38<sup>a</sup> settimana con indice Apgar adeguato.

## ***Sviluppo motorio***

- Seduta senza appoggio a 8 mesi
- Assenza di gattonamento
- Stazione eretta a 15 mesi
- Deambulazione a 16/17 mesi

## ***Sviluppo del linguaggio***

- Assenza totale di lallazione
- Presenti solo vocalizzazioni con /a-/ ed /e/
- Assenza di suoni onomatopeici
- Presenza di una particolarissima gestualità personale
- Presenza di suoni gutturali e clicks
- Si registra familiarità per “ritardo” del linguaggio da parte della mamma, che riporta di aver iniziato a parlare a “cinque” (*sic*) anni.

## Prima osservazione e valutazione neuropsicologica: anni 3,4

### *Livello di comunicazione e produzione verbale*

A una prima osservazione, la bambina dimostra di avere una buona comprensione del linguaggio contestuale associata, però, a una completa assenza di produzione (seppur sotto forma di semplice emissione vocalica) compensata da una gestualità molto esplicativa: Giulia, infatti, si fa capire molto bene, ogni sua forma di comunicazione sembra un “film muto”.

L’imitazione risulta assente, sia dal punto di vista vocale che motorio.

La motricità sia grosso che fine è deficitaria: presenta un’andatura goffa e scarsa capacità di equilibrio statico e dinamico; rispetto ai movimenti delle dita, la presa a pinza risulta ancora imprecisa e si evidenziano difficoltà anche nella prensione in genere e nella manualità.

Lo sguardo appare come “bloccato”, la fissazione sull’oggetto è imprecisa e limitata, lo sguardo comunicativo è presente, ma poco duraturo; quando non vuole fare qualcosa o si emoziona, gira gli occhi verso l’alto e/o di lato; tale modalità di fissazione viene usata per esprimere oppositività o diniego.

Giulia è una bambina molto chiusa caratterialmente. Presenta una notevole inibizione comportamentale con le figure non familiari e le limitazioni sul versante comunicativo compromettono la socializzazione. Spesso sembra “assentarsi”, e nei momenti in cui non vuole collaborare, esprime un rifiuto che rinforza con la negazione dello sguardo e, fisicamente, con un irrigidimento muscolare che la fa sembrare “congelata”.

Probabilmente questo atteggiamento è significativo della frustrazione della bambina rispetto alla consapevolezza della sua impossibilità a comunicare.

La bambina, pur in assenza di capacità espressivo-verbale, nelle prove di gioco simbolico presenta adeguati schemi d’azione con gli oggetti. Manca però la capacità di imitazione del gioco simbolico in sequenza.

La manualità e le capacità grafo-motorie risultano ancora grossolane, caratterizzate unicamente da scarabocchi con tratto molto marcato.

Da notare una notevole ipersensibilità sia tattile che uditiva, tale da poter essere considerata “da manuale”.

Data l’importante compromissione del linguaggio espressivo non sono state somministrate all’inizio prove strutturate; gli unici dati che è stato possibile ricavare rispetto all’età di sviluppo del linguaggio verbale sono stati ottenuti attraverso la compilazione del MacArthur “Gesti e Parole”, che la collocava al 25° percentile, corrispondente a un’età di 12/18 mesi.

# DIAGNOSI??

× DISPRASSIA VERBALE e GENERALIZZATA



# DISPRASSIA

## DEFINIZIONE DI PRASSIA :

- La prassia è un movimento intenzionale non automatizzato al fine del raggiungimento di uno scopo. ( Piaget 1952).
- Prassia: **capacità di compiere intenzionalmente azioni e/o gesti coordinati diretti ad un determinato fine.**
- La prassia è un **processo mentale** che programma **intenzionalmente** e con un vigile controllo di feed-back un atto motorio e lo realizza con rapidità, precisione, economia al fine preposto. ( Russo)
- **Quindi il termine prassia ci conduce all'azione e alla sua volontarietà.**



### (Organizzazione motoria)

- Poiché la prassia è un'attività intenzionale e mirata al raggiungimento di uno scopo, è necessario una pianificazione motoria, ossia il soggetto deve essere in grado di pianificare l'azione, ma anche programmare e controllare l'azione per poi poterla eseguire.
- La rappresentazione mentale del piano motorio costituisce quindi il **fulcro** del movimento intenzionale (diretto a uno scopo).



# DISPRASSIA

## DEFINIZIONE DI DISPRASSIA

( DIS = MALE ; PRASSIA = FARE )

- Per **disprassia** intendiamo la difficoltà a rappresentarsi, programmare ed eseguire atti motori consecutivi, deputati e riferiti ad un preciso scopo e obiettivo, cioè ad eseguire azioni intenzionali finalizzate ( Sabbadini 1995 ).
- Disturbo dell'esecuzione di un gesto qualsiasi o azione volontaria con difficoltà a rappresentare, programmare e controllare gli atti motori che servono per raggiungere uno scopo. Esistono quindi deficit della pianificazione e nel recupero dell'atto motorio, ma anche nella capacità di controllare le sequenze che compongono l'azione ( programmazione ) e deficit nei meccanismi di controllo e verifica ( che agiscono nel corso dell'azione e a fine di essa ).



# DISPRASSIA

## CARATTERISTICHE GENERALI

- Scarse competenze motorie ( fini e grosso motorie ) visibili, ad esempio, quando il bambino corre, usa il coltello, gioca a palla, si veste e/o nella cura dell'igiene personale etc...
- Presente deficit o una disfunzione delle capacità di integrazione sensoriale ( es. uditiva, tattile ma soprattutto si rilevano alterazioni che coinvolgono la percezione visiva) che determina una ridotta o troppo marcata sensorialità, ovvero ipo o iper-neurosensorialità come risposta a stimoli che provengono dall'ambiente.



- Coinvolge quindi l'intera triade **percezione-azione-cognizione (Teoria embodied cognition)**.



**Disprassia come disturbo ad alto livello di integrazione percettivo-motoria e concettuale.**



# DISPRASSIA

## CARATTERISTICHE GENERALI ( 2 )

- Sono bambini che imparano una cosa, ma fanno fatica a generalizzarla ( strategie povere che usa in modo "stereotipato" , senza riuscire a trasferirle in compiti nuovi).
- Bambini definiti come goffi, maldestri, impacciati, sembra un pagliaccio, non sta mai fermo...
- Bambini intelligenti, derisi e che si tirano indietro di fronte ad un compito che richiede competenze motorie.
- Prevalenza del disturbo è stimata intorno al 3-6 % tra i 5 e gli 11 anni.
- Rapporto di 3 M : 1 F ( Taylor, 1990 ).

## DIFFICOLTÀ RICONTRABILI

- Alterazioni sensoriali, deficit delle competenze grosso e fino motorie, coordinazione ( es. occhio mano, occhio-piede, coordinazione bi-manuale), equilibrio (statico e dinamico), motricità oculare, sequenzialità, alterazione del tono muscolare, igiene personale, delle abilità della vita quotidiana, scrittura, competenze visuo-spaziali, prassiche e visuo-prassiche ( puzzle) e disordini dello schema corporeo.
- Spesso si associa a **problemi visuo-percettivi** e di linguaggio.



# DISPRASSIA

## CLASSIFICAZIONE ( 2 )

- Varie definizioni terminologiche: sindrome del bambino goffo, instabilità psicomotoria, disturbi minori del movimento etc..
- Secondo la classificazione USA, la disprassia rientra nei **DCD ( disturbi della coordinazione motoria)**. Ancora molta confusione sulla giusta terminologia da usare. Nella clinica si usa DCD.
- In Italia invece si sta distinguendo sempre più tra DCD e disprassia ( Sabbadini, Muzio, Rizzolatti ).

Disturbo della coordinazione motoria ( DCD )



Disturbo esecutivo del **movimento**, cioè interessa la qualità motoria. Può presentarsi con la disprassia, ma anche senza.



Disprassia



Disturbo dell'**azione** e quindi più complesso da trattare perchè può coinvolgere la pianificazione, il controllo e l'esecuzione di un atto motorio, cioè l'organizzazione motoria

Spesso la disprassia si associa a DCD.

# DISPRASSIA

## TIPI DI DISPRASSIA (SABBADINI 2005)

- Disprassia generalizzata e delle AVQ.
- Disprassia di sguardo.
- Disprassia degli arti superiori.
- Disprassia del disegno.
- Disgrafia.
- Disprassia costruttiva.
- Disprassia verbale (con o senza disprassia orale).

### TIPI DI DISPRASSIA ( 2 )

- **Ideativa:** bambini con difficoltà a rappresentare e rievocare correttamente un programma motorio. Non riescono cioè a rappresentarsi mentalmente l'azione.
- **Esecutiva:** bambini che non sanno organizzare una corretta sequenza nella risposta motoria. Hanno la rappresentazione mentale dell'azione/gesto, ma non riescono a passare dal piano ideativo a quello motorio.



Eventuali aree di  
sovrapposizione tra:

+ DCD in età scolare

+ Disturbo Apprendimento Non  
Verbale

# DCD E DANV: SOMIGLIANZE

- × Ritardi nel raggiungimento tappe dello sviluppo motorio
- × Difficoltà in compiti psicomotori complessi nell'infanzia
- × Difficoltà di percezione tattile
- × Difficoltà nell'apprendimento della scrittura, per quanto riguarda le componenti grafo-motorie
- × Disturbi a livello visuo-percettivo (che si ripercuotono anche nella capacità di decodificare segnali di natura sociale, come espressioni facciali ed emozioni)
- × Difficoltà in compiti di memoria a lungo termine e di memoria di lavoro con materiale visuo-spaziale
- × **Lievi difficoltà in compiti di cognizione sociale (pochi studi in letteratura, tuttavia confermate lievi difficoltà in compiti di Teoria della Mente e di riconoscimento emozioni facciali)**
- × **Scarse competenze a livello sociale, con difficoltà nel rapporto con i pari e ricadute sul piano dell'autostima**
- × A livello comportamentale: nella prima infanzia possibili disturbi esternalizzanti, in adolescenza possibile evoluzione verso disturbi internalizzanti (depressione)
- × Entrambi associati a Sy Asperger

# DCD E DANV: DIFFERENZE

DANV	DCM
<ul style="list-style-type: none"><li>× Costante discrepanza QIV&gt;QIP</li><li>× Memoria di Lavoro Verbale integra</li><li>× Prestazioni compromesse in compiti di integrazione visuo-motoria</li><li>× Risoluzione di difficoltà di decodifica di lettura entro la terza Primaria, mantenimento difficoltà matematica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>× Non costante discrepanza componenti cognitive</li><li>× Difficoltà in tutti i compiti di memoria, compresa MBT verbale, ML verbale</li><li>× Prestazioni nei compiti di integrazione visuo-motoria proporzionali alla gravità</li><li>× Cadute sia nelle materie letterarie, sia nella matematica</li></ul>



# DCD E DANV: DIFFERENZE

DANV	DCD
<ul style="list-style-type: none"><li>× Difficoltà nell'uso pragmatico del linguaggio, delle forme linguistiche più sofisticate (ironia, sarcasmo...)</li><li>× Verbosità e disprosodia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>× Non particolari difficoltà pragmatiche</li><li>× No verbosità</li></ul>

# Disturbo Coordinazione Motoria e Disturbo Non Verbale: caratteristiche simili

Continuum??

Diagnosi  
Differenziale??

PROFILO SPECIFICO

Cosa è utile?

OSSERVARE, CONOSCERE IL PROFILO DEL BAMBINO E  
LAVORARE SULLE AREE DI DEBOLEZZA

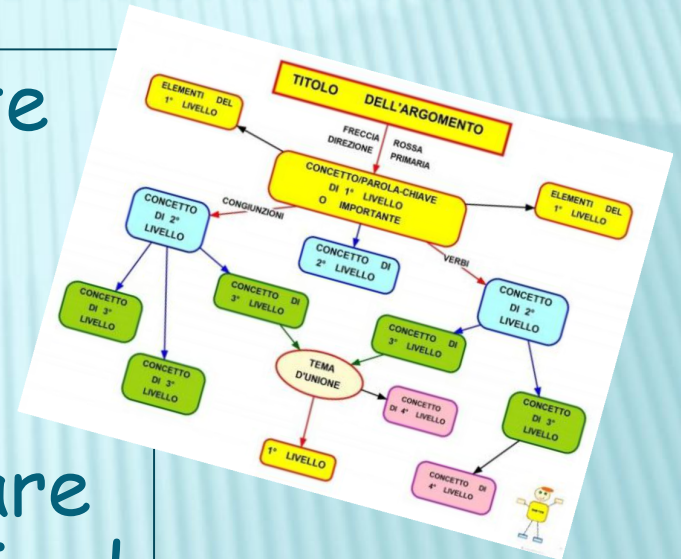
# UNA DIDATTICA INCLUSIVA...

- **Osservare** in modo gerarchico le difficoltà: comprensione (cognitiva o linguistica), apprendimenti automatici, visuo-spaziale, prassie, attenzione/organizzazione, relazioni sociali e comunicazione
- **Conoscere** le caratteristiche dei processi cognitivi e di apprendimento (NON I DISTURBI)
- Avere a disposizione **strategie** di lavoro da applicare con un **atteggiamento sperimentale**: ipotesi, intervento, osservazione risultati, revisione dell'intervento...



# UNA DIDATTICA INCLUSIVA È UNA DIDATTICA CHE SI OCCUPA DIDATTICA... MA NON SOLO!!!

- ✘ Oltre a garantire le adeguate misure compensative e dispensative...
- ✘ ... è **INDISPENSABILE** curare gli aspetti sociali, relazionali ed emotivi!!



# INTERVENTO SULLE ABILITA' SOCIALI

- × Proteggere il bambino dal bullismo o dalle prese in giro
- × Nei gruppi di età maggiore, tentare di educare i coetanei riguardo i bambini con difficoltà sociali. Lodare i compagni quando li trattano con comprensione. Questo lavoro può prevenire il bullismo mentre promuove l'empatia e la tolleranza negli altri bambini
- × Enfatizzare le abilità di profitto accademico attraverso la creazione di situazioni cooperative di apprendimento nelle quali le loro abilità di lettura, vocabolario, memoria e così via possano essere viste come un pregio dai coetanei perciò possano generare accettazione.
- × Molti bambini con difficoltà sociali vogliono degli amici ma semplicemente non conoscono come interagire. Essi possono essere istruiti sul come reagire ai segnali sociali e ad avere un repertorio di risposte da usare in varie situazioni sociali. Insegnare ai bambini cosa dire e come dirlo. Modellare delle interazioni a due e permettere i role-playing. Il giudizio sociale di questi bambini migliora solo dopo che sono stati istruiti sulle regole che altri colgono intuitivamente.

# INTERVENTO SULLE ABILITA' SOCIALI

- × Nonostante possano mancare della personale comprensione delle emozioni degli altri, i bambini con difficoltà sociali imparano il modo corretto di rispondere. Quando sono stati insultati non intenzionalmente, senza tatto o insensibilmente, deve essere loro spiegato perché la risposta è stata inappropriata e quale risposta potrebbe essere corretta. Possono imparare intellettualmente le abilità sociali: essi mancano di istinto e intuizione.
- × L'insegnante può educare un compagno sensibile alla situazione del bambino con difficoltà sociali e farli sedere vicini. Il compagno potrebbe controllare il bambino sul bus, nelle vacanze, nell'atrio e tentare di coinvolgerlo nelle attività scolastiche. Promuovere la reciprocità nell'aiuto.
- × I bambini con difficoltà sociali tendono ad essere chiusi; quindi l'insegnante deve stimolare il coinvolgimento con altri, incoraggiare la socializzazione attiva. Per esempio può sedere al tavolo da pranzo un aiutante dell'insegnante che incoraggi attivamente il bambino con AS a partecipare nelle conversazioni dei suoi coetanei non solo attraverso la sollecitazione delle sue opinioni e facendogli/le domande, ma anche rinforzando in modo sottile gli altri bambini perché facciano lo stesso.

# E SE CI SONO INTERESSI RISTRETTI???

- × **Non permettere che il bambino persevera nel discutere o chiedere domande su interessi isolati.** Limitare questo comportamento assegnando uno specifico tempo durante il giorno in cui il bambino può parlare di questo.
- × Usare il rinforzo positivo, selettivamente diretto a plasmare un comportamento desiderato è la strategia per aiutare il bambino con questo profilo: per es., nel caso di un'implacabile domanda, è probabile che l'insegnante lo lodi costantemente non appena lui fa una pausa e si congratuli con lui per permettere ad altri di parlare. Questi bambini dovrebbero essere lodati anche per il semplice, atteso comportamento sociale che è dato per scontato negli altri bambini
- × Alcuni bambini con questo profilo non vogliono fare i compiti fuori della loro area di interesse. Devono essere fissate aspettative per il completamento dei compiti. Deve essere posto molto chiaramente al bambino che deve seguire delle specifiche regole. Allo stesso modo, comunque, andare incontro a metà strada al bambino dandogli opportunità per intraprendere i suoi interessi
- × **Per bambini particolarmente ricalcitranti, può essere necessario individualizzare inizialmente tutti i compiti sulla loro area di interesse** (per es. se l'interesse sono i dinosauri, offrire frasi grammaticali, problemi matematici e compiti di lettura e sillabazione sui dinosauri). Gradualmente presentare poi gli altri temi nei compiti. Agli studenti possono essere dati compiti che collegano il loro interesse all'essere soggetto di studio. Per esempio, durante un'unità di studi sociale su uno specifico paese a un bambino ossessionato dai treni potrebbe sarebbe assegnato di indagare i mezzi di trasporto usati dalle persone di quel paese
- × **Usare le fissazioni del bambino per ampliare il suo repertorio di interessi.** Per esempio, durante un'attività sulle foreste pluviali, lo studente con AS che era ossessionato dagli animali fu condotto non solo a studiare gli animali della foresta pluviale ma a studiare anche la foresta stessa, essendo questa la casa degli animali. Fu motivato poi ad imparare sulle persone del luogo che erano state costrette ad abbattere l'habitat della foresta degli animali per sopravvivere.
- × **Usare le fissazioni del bambino perché possa spenderle con gli altri**

# INTERVENTO SULL'EMOTIVITA'

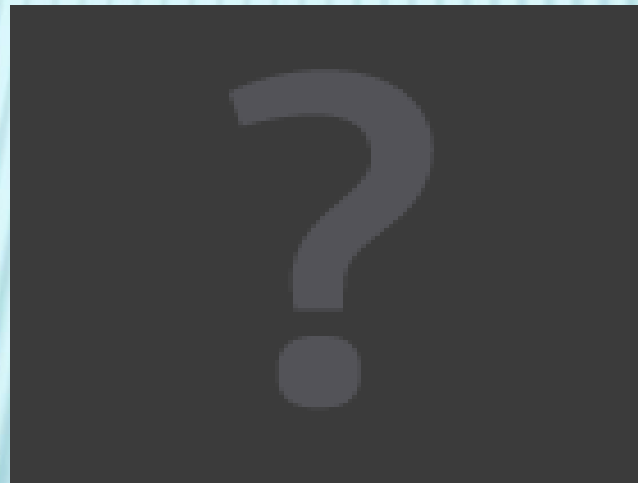
- × **Prevenire gli scoppi offrendo un alto livello di coerenza.** Preparare questi bambini ai cambiamenti nella routine quotidiana, abbassare stress anche ambientale.
- × **Insegnare ai bambini come affrontare lo stress quando li sommerge o come prevenire scoppi d'ira.** Aiutare il bambino a scrivere un elenco di passi molto concreti che possono essere seguiti quando sono sconvolti (per es., 1-respira profondamente tre volte; 2-conta lentamente sulle dita della mano tre volte; 3-chiedi di vedere l'insegnante di istruzione speciale, ecc.). Includere nella lista un rituale di comportamento mediante i quali il bambino trova conforto. Scrivere questi passi su una scheda messa nella tasca del bambino così che sia sempre prontamente disponibile;
- × Essere calmi e prevedibili nell'interazione col bambino, mentre chiaramente si indica compassione e pazienza.
- × **Gli insegnanti devono essere vigili ai cambi di comportamento che possono indicare depressione**, come anche a maggiori livelli di disorganizzazione, disattenzione ed isolamento; diminuzione della soglia di stress; fatica cronica; pianto; commenti suicidi; e così via.
- × Essere consapevoli che questi ragazzini sono specialmente soggetti a depressione. Le abilità sociali sono estremamente valutate nell'adolescenza e lo studente con questo profilo comprende che è diverso e ha difficoltà nel formare relazioni normali. Il lavoro didattico diviene spesso più astratto, e il ragazzo può trovare i compiti più difficili e complessi.
- × I bambini con questo profilo **devono ricevere assistenza didattica non appena sono notate difficoltà in una particolare area.** Questi bambini sono sopraffatti rapidamente e reagiscono molto più severamente ai fallimenti di quanto facciano gli altri bambini



---

Una didattica inclusiva è una didattica che riconosce e valorizza le differenze individuali!

**DIFFERENT... NOT LESS**



GRAZIE per  
l'ATTENZIONE

