

Benessere “scolastico” di studenti con Disturbi Specifici dell’Apprendimento esposti alla Didattica a Distanza

Arianna Bello¹, Erika Benassi², Alessandra Landini³, Maristella Scorza¹

1. Quadro teorico

La rapida diffusione del coronavirus SARS-CoV-2 nel febbraio 2020 ha imposto nel nostro paese la chiusura di attività produttive, commerciali, scolastiche determinando repentini cambiamenti nei ritmi quotidiani di bambini, ragazzi, adulti e anziani (Lazzerini e Putoto, 2020). Le misure restrittive adottate dal governo italiano per contrastare la diffusione del virus (<http://www.governo.it/it/coronavirus>) hanno imposto un rigido isolamento sociale, impedendo a bambini e ragazzi di uscire fuori casa, incontrare coetanei, frequentare la scuola, praticare sport e in tal modo hanno modificato drasticamente le routine quotidiane delle famiglie (Cerniglia et al., 2020).

Nel periodo marzo-giugno 2020, è stata attuata la Didattica a Distanza (DaD) in Italia per tutti gli studenti delle scuole primarie e secondarie che ha comportato una nuova modalità di insegnamento online e ha previsto l’utilizzo di strumenti digitali da parte dei bambini e ragazzi ai fini dell’apprendimento. È a nostro avviso interessante esaminare quale possa essere il grado di benessere “scolastico” degli studenti esposti a questa nuova modalità di insegnamento online, tenendo conto sia delle condizioni della famiglia che della DaD che hanno ricevuto durante il periodo di isolamento sociale.

Il benessere scolastico rimanda a un costrutto multidimensionale che include differenti domini di sviluppo di tipo cognitivo, emotivo e motivazionale (Hascher, 2008; Konu e Rimpela, 2002; Tobia et al., 2019). In letteratura, numerose sono le ricerche condotte su bambini e adolescenti con sviluppo tipico (ST) volte a indagare il loro benessere scolastico e che hanno portato alla identificazione di indici significativi come i processi di apprendimento, la motivazione, il funzionamento emozionale, la consapevolezza di sé e le modalità di relazione con insegnanti e coetanei nel contesto scolastico (Danielsen et al., 2010; Holfve-Sabel, 2014; Ingesson, 2007; Roeser et al., 1998). Ridotti sono gli studi che hanno indagato in bambini e adolescenti con Disturbo Specifico

¹ Dipartimento di Scienze della Formazione, Università Roma Tre.

² Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

³ Dirigente scolastico e Cultore di materia, SSD M-Ped/03, Dipartimento di Educazione e Scienze Umane, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

dell’Apprendimento (DSA)⁴ il benessere scolastico e i risultati ottenuti risultano a tutt’oggi parziali e contraddittori. Questi studi hanno documentato una peggiore qualità della vita in ambito scolastico degli studenti con DSA rispetto a gruppi di controllo, con tuttavia uno scarso accordo tra le valutazioni dei genitori, che stimano difficoltà elevate, e quelle dei figli (Rotsika et al., 2011; Sakiz et al., 2015). A nostra conoscenza, sono solo due gli studi che hanno indagato il benessere scolastico nella prospettiva multidimensionale in studenti italiani con DSA, rilevando bassi punteggi nelle specifiche dimensioni dei processi di apprendimento, nelle competenze emotive e nelle abilità relazionali in classe (Benassi et al., 2020; Tobia e Marzocchi, 2011). Gli studi citati sono stati condotti su campioni di studenti frequentanti la scuola ed è pertanto interessante verificare se tali risultati siano confermati anche laddove è presente una modalità di insegnamento online.

La letteratura internazionale che ha documentato le ripercussioni psicologiche legate alle misure di isolamento sociale imposte per il contenimento del virus SARS-CoV-2 su bambini e adolescenti con disturbi del neurosviluppo è a tutt’oggi molto limitata. In ambito internazionale, vi sono alcuni studi che hanno documentato conseguenze psicologiche in bambini con Bisogni Educativi Speciali - BES (Lee, 2020) ed il peggioramento di comportamenti problema e la comparsa di regressioni a seguito sia della chiusura delle scuole che della impossibilità di accedere alle terapie per bambini e adolescenti con disturbo del neurosviluppo (per una rassegna sull’argomento si veda, Singh et al. 2020). Nessuno studio, a nostra conoscenza, ha preso in esame lo sviluppo psicologico di bambini e adolescenti con DSA e tanto meno il benessere “scolastico” di questi studenti nel periodo di DaD. Obiettivo primario del presente studio è esplorare il benessere “scolastico” di bambini e adolescenti con DSA, offrendo una fotografia della condizione familiare e della DaD ricevuta a casa durante il periodo di isolamento sociale imposto per contrastare il virus SARS-CoV-2.

2. Metodologia

2.1 *Partecipanti*

Alla ricerca hanno partecipato 400 genitori di bambini e ragazzi di età compresa tra 6 e 14 anni che hanno compilato integralmente il questionario online, fornendoci informazioni sui loro figli. Dei 400 questionari, sono stati

⁴ I bambini e ragazzi con DSA, presentano una compromissione significativa (-2 dev.sta. dai valori normativi attesi per età/classe) in una o più abilità specifiche di lettura, scrittura, calcolo, ed un livello intellettivo in norma (QI non inferiore a -1ds rispetto ai valori medi attesi per l’età). Non presentano altre condizioni, come menomazioni sensoriali e neurologiche, disturbi significativi della sfera emotiva e situazioni ambientali di svantaggio socio-culturale (ICD-10, World Health Organization, 2015; Consensus Conference DSA, PANEL 2011).

eliminati 144 questionari in quanto si trattava di questionari compilati da genitori non italiani, questionari compilati dai padri, questionari riferiti a bambini di prima e seconda classe della scuola primaria⁵ e questionari riferiti a bambini e ragazzi con una diagnosi diversa dal DSA.

I dati raccolti in questo studio si riferiscono quindi a 256 studenti, con madre di lingua italiana, frequentanti dalla classe terza della scuola primaria fino alla classe terza della scuola secondaria di primo grado. Di questi 256 studenti, 74 avevano una diagnosi di DSA isolato e 182 erano studenti con ST e rappresentavano il gruppo di controllo.

Relativamente al gruppo degli studenti con DSA, 35 (47.4%) frequentavano la scuola primaria e 39 (52.6%) la scuola secondaria di primo grado; relativamente al genere, 38 studenti con DSA (51.4%) erano maschi. Relativamente al gruppo degli studenti con ST, 85 (46.7%) frequentavano la scuola primaria e 97 (53.3%) la scuola secondaria di primo grado; relativamente al genere, 97 studenti con ST (53.3%) erano maschi. I due gruppi di bambini non differivano statisticamente per classe [$\chi^2(5, N=256) = 3.470, p = .628$] e genere [$\chi^2(1, N=256) = .080, p = .777$].

Inoltre i due gruppi non differivano nella manifestazione di comportamenti psicologici alterati (comportamenti alimentari, sonno, fobie-paure, difficoltà di attenzione, iperattività, autocontrollo, aggressività) durante il periodo di isolamento sociale [$\chi^2(1, N=256) = .726, p = .394$] anche se entrambi i due gruppi di genitori riportavano la presenza di tali comportamenti alterati in una percentuale elevata (79.7% e 74.7% nei gruppi di studenti con DSA e con ST).

2.2 Procedura

Il gruppo di ricerca ha elaborato il questionario online “*Bambini e adolescenti al tempo del Covid-19: Qualità della vita, didattica a distanza e benessere scolastico*” indirizzato a studenti frequentanti le scuole primarie e secondarie di primo grado italiane, esposti alla DaD. Quindi nel mese di maggio 2020 sono stati contattati per email i dirigenti scolastici di numerosi Istituti comprensivi collocati in differenti città del nord, centro e sud Italia, e tramite loro, è pervenuta richiesta di partecipazione alla ricerca ai rappresentanti dei genitori delle differenti classi. Una breve lettera esplicativa circa le finalità della ricerca e le modalità di compilazione del questionario - con annesso il link - è stata inviata a tutti i genitori degli studenti afferenti alle diverse classi.

Il questionario, la cui compilazione sulla piattaforma google richiedeva 10 minuti, era organizzato in sezioni distinte volte a raccogliere informazioni sul figlio/a, sul genitore, sulla DaD, e includeva i seguenti tre questionari

⁵ I questionari riferiti ai bambini della classe prima e seconda della scuola primaria non sono stati presi in esame in quanto la diagnosi di DSA nei bambini può essere eseguita solo a partire dalla fine della classe seconda (ICD-10, World Health Organization, 2015; Consensus Conference DSA, PANEL, 2011).

standardizzati: PedsQL™- Questionario sulla qualità della vita in età pediatrica (Varni et al., 2001); QBS 8-13 - Questionari per la valutazione del benessere scolastico e identificazione dei fattori di rischio – versione per genitori (Tobia e Marzocchi, 2015); versione italiana del CD-RISC-25 Connor-Davidson Resilience Scale (Connor e Davidson, 2003). La visualizzazione del questionario sulla piattaforma google è stata consentita solo per 10 giorni in modo da raccogliere i dati dei genitori nel medesimo periodo.

2.3 Strumento

Si riportano le domande delle sezioni del questionario, le cui risposte sono state elaborate per il presente studio.

Informazioni sul figlio/a. Al genitore è richiesto di rispondere -facendo un contrassegno- alle seguenti 5 domande relative al proprio figlio/a: 1. età in anni (6;7;8;9;10;11;12;13;14); 2. genere (femmina; maschio); 3. classe frequentata (prima classe-primaria; seconda classe-primaria; terza classe-primaria; quarta classe-primaria; quinta classe-primaria; prima classe-secondaria; seconda classe-secondaria; terza classe-secondaria); 4. presenza/assenza di diagnosi di disturbo e quale (BES; DSA; ADHD; Disturbo comportamentale ad es., Disturbo Oppositivo-Provocatorio, Disturbo della Condotta); Disturbo della sfera emotiva (es., Disturbo d’Ansia, Disturbo Depressivo); Disabilità Intellettiva; Disturbo dello Spettro Autistico; Nessuna diagnosi; Altro); 5. comportamenti del figlio/a che appaiono alterati durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente (comportamento alimentare; sonno; autonomie nella cura di sé; pianto; fobie/paure; aggressività; attenzione; iperattività; impulsività/autocontrollo; comportamenti infantili di regressione; nessun peggioramento).

Informazioni sul genitore che compila il questionario. Al genitore è richiesto di rispondere -facendo un contrassegno- alle seguenti 5 domande sugli aspetti socio-demografici: 1. chi sono? (Madre; Padre); 2. età (in cifre); 3. paese d’origine (Italia; Europa (non Italia); Africa; America del Nord; America del Sud; Asia; Oceania); 4. regione di residenza (Nord Italia; Centro Italia; Sud Italia e Isole); 5. titolo di studio (Licenza elementare; Licenza media; Diploma di scuola superiore; Qualifica professionale; Laurea triennale; Laurea quadriennale/quinquennale/magistrale).

Inoltre al genitore è richiesto di rispondere -contrassegnando SI o NO- alle seguenti 5 domande: 1. La sua posizione lavorativa risulta peggiorata?; 2. La condizione economica familiare risulta peggiorata?; 3. Ha l’impressione di sentirsi più stanco/a rispetto a prima?; 4. Ha l’impressione di sentirsi più stressato/a rispetto a prima?; 5. La sua famiglia ha vissuto un grave evento traumatico durante il COVID-19 (es., perdita o rischio di perdita di un familiare o di un amico stretto)?.

Informazioni sulla DaD. Al genitore è richiesto di indicare il tipo di DaD ricevuta dal proprio figlio/figlia riferendosi all’ultimo mese di scuola e utilizzando una scala a 5 passi (0 = mai; 1 = 1-5 ore; 2 = 6-10 ore; 3 = 11-15

ore; 4 = più di 15 ore a settimana), specificando la frequenza di: 1. Lezioni sincrone/in diretta a settimana; 2. Lezioni asincrone/registrate dall'insegnante; 3. Attività di supporto da parte degli insegnanti allo svolgimento dei compiti; 4. Attività differenziate in base alle esigenze specifiche dello studente; 5. Supporto ricevuto in famiglia per lo svolgimento dei compiti.

Inoltre è stato chiesto al genitore di specificare su una scala a 4 passi (0 = mai, 1 = poco; 2 = per circa la metà delle ore, 3=spesso, 4=sempre) la frequenza di: 1. problemi tecnici (connessione) o legati a dispositivi elettronici (assenza del computer); 2. difficoltà di attenzione; 3. difficoltà di motivazione durante la DaD.

QBS 8-13 - Questionario per la valutazione del benessere scolastico – versione per genitore (Tobia e Marzocchi, 2015). Al genitore è stato richiesto di indicare - su una scala a 3 passi (0 = non vero, 1 = abbastanza vero; 2 = verissimo) e in relazione all'ultimo mese di DaD del figlio/a - quanto è d'accordo con una serie di frasi che valutano: 1. gli apprendimenti del figlio/a (“Mio/a figlio/a è autonomo/a nello svolgere i suoi compiti”); 2. i vissuti emotivi del figlio/a (“Mio/a figlio/a si fa prendere dall'ansia quando ha qualche verifica o interrogazione”); 3. la consapevolezza del figlio/a nei confronti delle sue difficoltà (“Mio/a figlio/a è interessato/a migliorarsi”); 4. il rapporto con gli insegnanti (“Gli insegnanti di mio/a figlio/a conoscono bene quali sono le sue potenzialità”). Queste 4 aree rappresentano 4 sottoscale del QBS. I punteggi delle singole sottoscale vengono convertiti in punteggi T (M = 50, DS = 10) in base alle tabelle di conversione. A punteggi più alti corrisponde un maggior benessere “scolastico” percepito dai genitori.

3. Risultati

Di seguito si presentano i dati pervenuti dai 256 questionari online compilati dalle madri⁶. Le madri degli studenti con DSA e con ST non differivano per quanto riguarda l'età cronologica (anni delle madri degli studenti con DSA: M = 45.05, DS = 5.17; anni delle madri di studenti con ST: M = 44.19, DS = 4.97; $t(253) = -1.240$; $p = .216$) e il livello di istruzione [$\chi^2(1, N=256) = 1.06, p = .304$].

3.1 Condizione della famiglia durante la pandemia

La Tabella 1 presenta i dati descrittivi e statistici relativi alle risposte date dalle madri degli studenti con DSA e ST alle domande riguardanti la condizione familiare.

⁶ Le risposte alla prima sezione del questionario sono state presentate nella sezione “campione”, mentre in questa sezione dei risultati sono presentati i dati descrittivi e statistici delle risposte date dalle madri sulla condizione familiare, sulla DaD e sul benessere scolastico degli studenti con DSA e ST durante il periodo di isolamento sociale imposto nel nostro paese per contrastare il virus SARS-CoV-2.

	Studenti con DSA (n = 74)		Studenti con ST (n = 182)		Tests Chi-quadro	
	SI*	NO**	SI*	NO**	χ^2	p
<i>Domande relative alla condizione familiare</i>						
La sua condizione lavorativa risulta peggiorata	32.4%	67.6%	40.7%	59.3%	1.51	.220
La condizione economica familiare risulta peggiorata	41.9%	58.1%	45.6%	54.4%	.294	.588
Ha l'impressione di sentirsi più stanco rispetto a prima	85.1%	14.9%	67.6%	32.4%	8.16	.004
Ha l'impressione di sentirsi più stressato/a rispetto a prima	75.7%	24.3%	70.9%	29.1%	.604	.437
La sua famiglia ha vissuto un grave evento traumatico durante il Covid-19 (es., perdita o rischio di perdita di un familiare o di un amico stretto)	18.9%	81.1%	12.6%	87.4%	1.68	.195

*Percentuale di madri che risponde SI; **Percentuale di madri che risponde NO
I risultati significativi sono riportati in grassetto.

Tab. 1 Dati descrittivi e statistici relativi alle risposte date dalle madri degli studenti con DSA e ST alle domande riguardanti la condizione familiare.

Una percentuale considerevole di madri di studenti con DSA e con ST ha riportato un peggioramento della condizione lavorativa ed economica familiare. Il peggioramento della condizione di salute fisica-psicologica (stanchezza-affaticamento e stress) era decisamente elevato nei due gruppi di madri con percentuali più alte nel gruppo di madri con bambini con DSA. La percentuale di traumi vissuti dalle famiglie era del 12.6% per gli studenti con ST e 18.9% per studenti con DSA.

Le analisi statistiche hanno documentato differenze tra i due gruppi di madri solo per il sentimento di stanchezza-affaticamento che risulta più marcato nelle madri di studenti con DSA.

3.2 Didattica a distanza ricevuta dagli studenti con DSA e ST

La Tabella 2 mostra i dati descrittivi e statistici relativi alle risposte date dalle madri alle domande sulla DaD fornita ai figli.

	Studenti con DSA (n = 74)					Studenti con ST (n = 182)					Tests Chi-quadro	
	Mai*	Bassa (1-5 ore)	Media (6-10)	Alta (11-15)	Molto Alta (> 15)	Mai*	Bassa (1-5 ore)	Media (6-10)	Alta (11-15)	Molto Alta (> 15)	χ^2	p
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
DaD fornita ai bambini durante la pandemia COVID-19												
Lezioni sincrone	2.7	43.2	24.3	21.6	8.2	4.4	29.1	25.8	27.5	13.2	3.10	.078
Lezioni asincrone	64.9	27.0	2.7	5.4	0.0	45.1	47.3	6.6	0.0	1.0	2.56	.110
Lezioni/attività di supporto compiti da parte degli insegnanti	68.9	29.7	0.0	0.0	1.4	82.4	14.8	2.2	0.0	0.6	3.13	.077
Lezioni/attività differenziate in base alle difficoltà/esigenze	79.7	14.9	1.4	2.7	1.5	90.7	7.1	1.6	0.0	0.6	5.58	.018
Supporto genitoriale allo svolgimento dei compiti	27.0	41.9	12.2	12.2	6.7	53.8	31.9	6.6	4.4	3.3	15.08	<.001
Problemi tecnici	73.0	24.3	2.7	0.0	0.0	80.2	17.6	1.1	1.1	0.0	.873	.350
Difficoltà di attenzione	23.0	16.2	24.3	17.6	18.9	36.3	37.4	15.9	9.9	0.5	30.84	<.001
Difficoltà di motivazione	18.9	21.6	20.3	20.3	18.9	30.8	29.1	16.5	19.8	3.8	18.81	.001

*Frequenza espressa in numero di ore alla settimana e percentuale di bambini che ha ricevuto le modalità di DaD. I risultati significativi sono riportati in grassetto

Tab. 2 Dati descrittivi e statistici relativi alle risposte date dalle madri alle domande sulla DaD fornita ai figli.

Una percentuale, seppure ridotta, di studenti con DSA e con ST non ha ricevuto alcuna lezione sincrona. Lezioni sincrone della durata di 1-5 ore a settimana sono state fornite a circa 1 su 2 studenti con DSA e 1 su 3 studenti con ST. Lezioni sincrone della durata di 6-15 ore a settimana (ossia pari a 1-2 ore al giorno), sono state proposte a circa 1 su 4 studenti con DSA e con ST. Solo circa 1 su 10 studenti ha ricevuto lezioni sincrone per 16 ore o più a settimana (pari a circa 3 ore al dì).

Le lezioni asincrone/registrate non sono state proposte a circa 1 su 2 studenti con DSA e ST. Questa modalità è stata usata dagli insegnanti, per 1-5 ore alla settimana, con circa 1 su 3 studenti con DSA e 1 su 2 studenti con ST.

Attività di supporto per lo svolgimento di compiti da parte degli insegnanti non sono state proposte al 68.9% di studenti con DSA e all'82% di studenti con ST. Questa attività è stata svolta, per 1-5 ore la settimana, con circa 1 su 3 studenti con DSA e 1 su 6 studenti con ST.

Attività differenziate in base alle esigenze degli studenti non sono state previste per il 90.7% di studenti con ST e per il 79.7% di studenti con DSA. Attività differenziate sono state praticate con 1 su 6 studenti con DSA per 1-5 ore la settimana e sono state pressoché assenti con studenti con ST.

Circa 1 su 3 studenti con DSA e 1 su 2 studenti con ST non ha necessitato di supporto da parte dei genitori per lo svolgimento dei compiti. Circa 1 su 2 studenti con DSA è stato supportato a casa per lo svolgimento dei compiti per 1-5 ore a settimana; circa 1 su 10 studenti con DSA è stato supportato per un tempo prolungato, (superiore a 6 ore la settimana). Pochissime le famiglie di figli con ST coinvolte nei compiti per un tempo superiore a 6 ore la settimana.

Problemi di ordine tecnico e connessi all’uso dei dispositivi non sono stati evidenti nel 73.0% e 80.2% di studenti con DSA e con ST. Problemi tecnici della durata compresa tra 1-5 ore la settimana si sono verificati con 1 su 4 studenti con DSA e con 1 su 6 studenti con ST.

Difficoltà di attenzione erano presenti in circa 1 su 3 studenti con ST e in circa 1 su 6 studenti con DSA se la DaD era limitata a poche ore a settimana. Quando la DaD era più intensa (compresa tra 6 e oltre 16 ore) le difficoltà di attenzione continuavano a persistere in circa 1 su 6 studenti con DSA, mentre negli studenti con ST si riducevano a 1 su 10 studenti fino a scomparire. Difficoltà di attenzione non erano presenti in 1 su 3 studenti con ST e in 1 su 4 studenti con DSA.

Difficoltà di motivazione erano presenti in circa 1 su 5 studenti con DSA sia quando la proposta di DaD era ridotta che intensa in numero di ore. Negli studenti con ST le difficoltà motivazionali erano presenti in 1 su 6 studenti e diminuivano se la proposta di DaD diventava intensa scomparendo quasi del tutto.

Le analisi statistiche non hanno rilevato differenze significative fra i due gruppi di studenti con DSA e con ST per la frequenza di lezioni sincrone, asincrone e nell’uso di attività di supporto compiti da parte degli insegnanti. Diversamente, le analisi statistiche hanno confermato una differenza significativa nella messa in atto di attività differenziate da parte degli insegnanti in base alle esigenze degli studenti, con un uso maggiore per gli studenti con DSA, e nel coinvolgimento dei genitori nell’esecuzione dei compiti a casa, risultato significativamente più elevato nel gruppo di studenti con DSA.

Le analisi statistiche non hanno rilevato differenze significative fra i due gruppi per problemi di ordine tecnico e connessi all’uso dei dispositivi. Di contro, hanno documentato una più persistente difficoltà di attenzione e motivazione negli studenti con DSA, sia quando l’insegnamento online era ridotto o intenso, rispetto agli studenti con ST che manifestavano tali difficoltà solo se la proposta di DaD era limitata a poche ore a settimana.

3.3 Benessere scolastico degli studenti con DSA e ST

La tabella 3 presenta i dati descrittivi e statistici relativi alle risposte date

dai genitori alle domande del questionario standardizzato sul benessere “scolastico” dei figli.

Questionario sul Benessere “scolastico” (QBS)	Bambini con DSA (n = 74)		Bambini con ST (n = 182)		Test Mann-Whitney		
	M (DS)*	range	M (DS)*	range	U	p	r
1. Valutazione degli apprendimenti del figlio/a	30.66 (9.26)	20-53	51.16 (8.74)	20-64	868.5	<.001	.68
2. Percezione vissuti emotivi del figlio/a	40.50 (10.03)	20-61	49.01 (9.93)	20-62	3671.5	<.001	.36
3. Consapevolezza del figlio/a delle sue difficoltà	46.05 (11.25)	20-67	44.74 (10.32)	22-66	6263.5	.381	.05
4. Rapporto con insegnanti	39.50 (13.53)	20-61	42.84 (11.96)	20-64	5798	.081	.11

*Punteggi T. I risultati significativi sono riportati in grassetto

Tab. 3 Dati descrittivi e statistici relativi alle risposte date dai genitori alle domande del questionario standardizzato sul benessere “scolastico” dei figli (QBS).

Relativamente ai processi di apprendimento del figlio/a, i punteggi T erano in media più alti per gli studenti con ST che con DSA e tale differenza era risultata statisticamente significativa. Quindi gli studenti con DSA manifestavano maggiori difficoltà nelle attività scolastiche e nei processi di apprendimento. Anche per quanto riguarda i vissuti emotivi gli studenti con DSA raggiungevano punteggi più bassi dei controlli e tale differenza risultava essere statisticamente significativa. Invece per quanto riguarda la consapevolezza delle personali difficoltà e la relazione tra insegnante, famiglia e studente, non sono emerse differenze significative tra i due gruppi.

4. Discussione e linee future di ricerca

Questo studio intendeva esplorare il benessere “scolastico” di bambini e adolescenti con DSA in una prospettiva multidimensionale, mediante l'utilizzo di un questionario per genitori già ampiamente impiegato nel contesto italiano (Tobia e Marzocchi, 2011; Tobia et al., 2019), e durante il periodo di DaD ricevuta a causa dell'emergenza COVID-19.

I due gruppi di studenti con DSA e con ST non differivano per classe e genere e neppure per comparsa di comportamenti psicologici che risultavano tuttavia alterati. La presenza di comportamenti psicologici alterati (es., comparsa di sintomi somatici, problemi nell'area alimentare, difficoltà di addormentamento, irritabilità, preoccupazione) durante il periodo di isolamento sociale imposto nel periodo marzo-giugno 2020 è stata ampiamente documentata in letteratura (ad es., Cellini et al., 2020; Cerniglia et al., 2020; Orgilès et al., 2020; Pisano et al., 2020).

L’aspetto innovativo dello studio era indagare il costruito del benessere “scolastico” nella popolazione di studenti con DSA, facendo anche una fotografia della condizione familiare e della DaD ricevuta durante tale periodo.

Per quanto concerne la condizione familiare, i dati del presente studio hanno evidenziato un peggioramento nella condizione lavorativa delle madri di 1: 3 studenti e un peggioramento della condizione economica familiare di 1: 2 studenti. Inoltre, una percentuale molto alta (oltre il 70%) di madri affermavano di essere più stressate rispetto a prima. Questi dati sono in linea con gli alti livelli di stress documentati nei genitori durante il periodo della pandemia (Griffith, 2020). In Italia, nel periodo considerato, Spinelli e collaboratori (2020) hanno mostrato un alto livello di stress sia nei genitori che nelle diadi madre – bambini (età media 7 anni). Inoltre la condizione di stress della madre era associata a una percezione di elevata difficoltà rispetto alla quarantena e pertanto la madre appariva meno sensibile ai bisogni del figlio/a, inducendo di conseguenza in lui/lei una maggior comparsa di problemi comportamentali e emotivi nei loro figli.

I dati del nostro studio hanno evidenziato inoltre un sentimento molto più marcato di spossatezza/affaticamento nelle madri degli studenti con DSA rispetto al gruppo di controllo. Marchetti e collaboratori (2020), in uno studio italiano con oltre 1200 genitori, hanno documentato una condizione di esaurimento di energie fisiche ed emotive (*parenting-related exhaustion*) in ben il 17% di genitori- per lo più madri, soprattutto se esse erano single, con figli con BES, con più figli o con figli piccoli.

Relativamente alla modalità di insegnamento online messa in atto durante la chiusura delle scuole nel periodo marzo-giugno 2020, il nostro studio ha evidenziato la messa in atto di una proposta molto eterogenea di DaD nelle scuole primarie e secondarie del territorio nazionale e caratterizzata da un numero limitato di lezioni sincrone e registrate (circa 1-5 ore/sett.) per un rapporto di 1: 2-3 studenti. Durante l’insegnamento online erano evidenti in tutti gli studenti con DSA e non, difficoltà attentive e motivazionali. Tuttavia se la DaD risultava sistematica e intensa tali difficoltà tendevano a ridursi negli studenti con ST, mentre persistevano negli studenti con DSA. In questi ultimi è stato necessario il coinvolgimento delle famiglie in 1: 2 studenti per 1-6 ore a settimana e, per molti di loro, per un tempo superiore alle 6 ore settimanali.

Infine, i dati del presente studio hanno confermato che anche durante la modalità di insegnamento online gli studenti con DSA hanno ottenuto punteggi più bassi rispetto al gruppo di controllo negli indici relativi ai processi di apprendimento e alle competenze emotive. Questo dato è coerente con quanto rilevato negli studenti con DSA esposti all’insegnamento tradizionale in contesto scolastico (Benassi et al., 2020; Tobia et al., 2019). A nostra conoscenza, vi è un solo studio italiano condotto su studenti con ST che ha documentato che il percepirsi maggiormente coinvolti nella DaD contribuisce ad esperire più vissuti emotivi positivi (Lombardi et al., 2020).

È opportuno evidenziare alcuni limiti intrinseci al presente studio. In primo

luogo, i dati sul benessere “scolastico” sono stati stimati dai genitori e non direttamente dai bambini e adolescenti con DSA. Ciò sarebbe auspicabile dato il limitato accordo tra genitori e figli su questo costrutto multidimensionale, come già evidenziato in letteratura. Il secondo limite è che non possiamo affermare che sia la DaD che abbia determinato un’alterazione degli indici del benessere “scolastico”: in questo anno scolastico 2020-2021 procederemo a studiare longitudinalmente questo gruppo di studenti verificando il loro benessere nella condizione di didattica in presenza per poter meglio interpretare i dati ottenuti.

In conclusione, i nostri risultati sottolineano l’importanza di attuare percorsi di sostegno psicologico e materiale per genitori e bambini e adolescenti durante eventi avversi come quello che stiamo vivendo, con una particolare attenzione alle famiglie che hanno figli che manifestano bisogni educativi specifici. Inoltre è opportuno anche fare alcune riflessioni inerenti il sistema scolastico. La necessità di cambiamenti attuati all’interno del contesto scolastico come è stata la modalità di insegnamento online può costituire oggi una opportunità per “ripensare” la scuola come un servizio nel quale tempi e modalità possono essere modellate sulle esigenze diversificate degli studenti in base alle diverse età, in cui vengono riconosciuti e accolti i bisogni d’apprendimento ed emotivi e attraverso una aperta comunicazione con le famiglie, si riesce a garantire il benessere “scolastico” di tutti gli studenti.

Riferimenti bibliografici

- BENASSI, E., CAMIA, M., GIOVAGNOLI, S., SCORZA, M. (2020). Impaired school well-being in children with specific learning disorder and its relationship to psychopathological symptoms. *European Journal of Special Needs Education*. <https://doi.org/10.1080/08856257.2020.1842975>.
- CELLINI, N., DI GIORGIO, E., MIONI, G., DI RISO, D. (2020). Sleep quality, timing, and psychological difficulties in Italian school-age children and their mothers during COVID-19 lockdown. <https://doi.org/10.31234/osf.io/95ujm>
- CERNIGLIA, L., CIMINO, S., AMMANITI, M. (2020). L’impatto del periodo di isolamento legato al Covid-19 nello sviluppo psicologico infantile. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2, 187-190.
- CONNOR, K.M., DAVIDSON, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- DANIELSEN, A.G., WIIUM, N., WILHELMSSEN, B.U., WOLD, B. (2010). Perceived Support Provided by Teachers and Classmates and Students’ Self-reported Academic Initiative. *Journal of School Psychology* 48(3), 247–267. doi:10.1016/j.jsp.2010.02.002.
- GOVERNO ITALIANO PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI (2020). *Governo Italiano: Misure per il contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica*. <http://www.governo.it/it/iorestoacasa-misure-governo>
- GRIFFITH, A.K. (2020). Parental burnout and child maltreatment during the COVID-19 pandemic. *Journal of Family Violence*, 1–7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00172-2>.
- HASCHER, T. (2008). Quantitative and Qualitative Research Approaches to Assess Student Wellbeing. *International Journal of Educational Research* 47(2), 84–96. doi:10.1016/j.ijer.2007.11.016.
- HOLFVE-SABEL, M.A. (2014). Learning, Interaction and Relationships as Components of Student Well-being: Differences between Classes from Student and Teacher Perspective. *Social Indicators Research* 119(3), 1535–1555. doi:10.1007/s11205-013-0557-7.
- INGESSON, S.G. (2007). Growing up with Dyslexia: Interviews with Teenagers and Young Adults. *School Psychology International* 28(5), 574–591. doi:10.1177/0143034307085659.
- KONU, A., RIMPELA M. (2002). Wellbeing in Schools: A Conceptual Model. *Health Promotion International* 17(1), 79–87. doi:10.1093/heapro/17.1.79.
- LAZZERINI, M., PUTOTO, G. (2020). COVID-19 in Italy: momentous decisions and many uncertainties. *The Lancet Global Health*, 8(5), e641–e642. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30110-8.
- LEE, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(6), 421. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7).

- LOMBARDI, E., NORCINI, S., ZANTOMIO, M.C., TRAFICANTE, D. (2020). Io insegno a casa, io imparo a casa, io resto a casa: l'impatto emotivo della didattica a distanza ai tempi del covid-19. Poster presentato alle Giornate di Studio AIP "Emergenza COVID-19. Ricadute evolutive ed educative" Sezione di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione, Bari, 15-16 settembre 2020.
- MARCHETTI, D., FONTANESI, L., MAZZA, C., DI GIANDOMENICO, S., ROMA, P., VERRUCCHIO, M.C. (2020). Parenting-related exhaustion during the Italian COVID-19 lockdown. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(10), 1–10. doi: 10.1093/jpepsy/jsaa093.
- ORGILÈS, M., MORALES, A., DELVECCHIO, E., MAZZESCHI, C., ESPADA, J.P. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. <https://doi.org/10.31234/osf.io/5bpfz>.
- PANEL. D.A.E.R.D. CONSENSUS CONFERENCE DSA. 2011. *Raccomandazioni cliniche sui DSA: Risposte a quesiti*. www.lineeguidadsa.it.
- PISANO, L., GALIMI, D., CERNIGLIA, L. (2020). A qualitative report on exploratory data on the possible emotional/behavioral correlates of Covid-19 lockdown in 4-10 years children in Italy. <https://doi.org/10.31234/osf.io/stwbn>.
- ROESER, R.W., ECCLES, J.S., SAMEROFF, A.J. (1998). Academic and Emotional Functioning in Early Adolescence: Longitudinal Relations, Patterns, and Prediction by Experience in Middle School. *Development and Psychopathology* 10(2), 321–352. doi:10.1017/S0954579498001631.
- ROTSIKA, V., COCCOSSIS, M., VLASSOPOULOS, M., PAPAELEFThERIOU, E., SAKELLARIOU, K., ANAGNOSTOPOULOS, D.C., KOKKEVI, A., SKEVINGTON, S. (2011). Does the subjective quality of life of children with specific learning disabilities agree with their parents' proxy reports? *Quality of Life Research*, 20, 1271-1278.
- SAKIZ, H., SART, Z.H., BORKAN, B., KORKMAZ, B., BABUR, N. (2015). Quality of Life of Children with Learning Disabilities: A Comparison of Self-reports and Proxy Reports. *Learning Disabilities Research and Practice*, 30(3), 114–126. doi:10.1111/ldrp.12060.
- SINGH, S., ROY, D., SINHA, K., PARVEEN, S., SHARMA, G., JOSHI, G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Research*, 293, 113429. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113429.
- SPINELLI, M., LIONETTI, F., PASTORE, M., FASOLO, M. (2020). Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 1713. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713>.
- TOBIA, V., GRECO, A., STECA, P., MARZOCCHI, G.M. (2019). Children's Wellbeing at School: A Multi-dimensional and Multi-informant Approach. *Journal of Happiness Studies* 20(3), 841–861. doi:10.1007/s10902-018-9974-2.

- TOBIA, V., MARZOCCHI, G.M. (2011). Il benessere nei bambini con disturbi specifici dell’apprendimento e nei loro genitori: uno studio pilota con il questionario sul benessere scolastico - versione per genitori. *Ricerche di Psicologia*, 4, 499–517.
- TOBIA, V., MARZOCCHI, G.M. (2015). *Questionari per la valutazione del benessere scolastico e identificazione dei fattori di rischio*. Trento: Erickson.
- VARNI, J.W., SEID, M., KURTIN, P.S. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. *Medical Care*, 39(8), 800–812.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization – 10th Revision.