

Adolescenti con e senza DSA dopo due anni di pandemia: esiti psicologici differenti?

Vanessa Cattapan¹, Maristella Scorza², Michela Camia², Alessandra Landini³, Erika Benassi²

¹Psicologa in libera professione; ²Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia; ³Dirigente scolastico e Cultore di materia, SSD M-Ped/03, Dipartimento di Educazione e Scienze Umane, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

È noto che gli adolescenti con Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) sono a maggior rischio di difficoltà psicologiche rispetto ai pari con sviluppo tipico (ST). Tuttavia, dopo due anni di pandemia da Covid-19, sono rari gli studi che hanno riguardato gli esiti psicologici in questi adolescenti. Il presente studio presenta due obiettivi: primo, investigare punti di forza e debolezza nella dimensione emotiva, sociale e comportamentale in adolescenti con DSA; secondo, analizzare la concordanza tra le risposte di madri, padri e figli. Allo studio hanno partecipato 11 famiglie, 4 con figlio/a con DSA e 7 con figlio/a con ST, a cui è stato somministrato lo Strengths and Difficulties Questionnaire in modalità telematica. In contrasto con il periodo pre-Covid, gli adolescenti con DSA non sembrano star peggio sul piano psicologico dei pari con ST. Per contro, sono gli adolescenti con ST a riportare maggiori difficoltà psicologiche, con una notevole discordanza tra genitori e figli. Questi risultati hanno implicazioni nella pratica clinica ed educativa.

Although the risk of psychopathological problems for adolescents with Specific Learning Disabilities (SLD) is well-acknowledged, few studies focused on this population after two years of Covid-19 pandemic. The study has two main goals: to investigate strengths and difficulties in the emotional, social and behavioral areas in a group of adolescents with SLD and to analyze the concordance between the mothers', fathers' and adolescents' reports. The study involved 4 adolescents with SLD and 7 typically developing (TD) peers aged 11-14 years. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) administered on-line. In contrast with the main pre-Covid studies, the SLD adolescents did not show more psychological problems than TD peers. On the contrary a higher percentage of adolescents with TD fell into the clinical range. We also observed a low parents-adolescent concordance. Clinical and educational implications derived from these results are discussed.

Introduzione

Le malattie mentali colpiscono il 20% dei bambini e degli adolescenti nei Paesi occidentali [1]. Tale percentuale non indifferente rende chiara la necessità di identificare le situazioni di rischio psicopatologico già durante l'infanzia e la fanciullezza, al fine di attivare con celerità interventi utili a prevenire un peggiora-

mento dello stato di salute della persona. Bambini e adolescenti con Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA)¹ hanno certamente maggiori probabilità di andare incontro a difficoltà psicologiche rispetto a bambini con sviluppo tipico (ST), difficoltà che quindi non si limitano solo all'area accademica, ma coinvolgono anche il funzionamento emotivo, sociale e comportamentale [4-6]. Il maggiore rischio sembra accompagnare longitudinalmente la crescita dell'individuo con DSA, che mostra maggiori difficoltà sul piano emotivo rispetto ai pari non solo durante la fanciullezza, bensì anche in adolescenza e in età adulta [7-8]. L'importante report *The Mental Health of Children and Adolescents with Learning Disabilities in Britain* [9] ha indagato lo stato di salute mentale in un campione di più di diciottomila bambini e adolescenti di età compresa tra 5 e 15 anni residenti in Inghilterra, mettendo a confronto lo status di salute mentale di bambini con Learning Disabilities (LD) e un gruppo di controllo. In modo preoccupante, il report ha messo in luce che 1 bambino/adolescente su 3 (pari al 36% del campione) tra quelli con diagnosi di LD presentava una comorbidità psichiatrica. La presenza di difficoltà emotive era quattro volte superiore nei bambini/adolescenti con LD; il rischio di incorrere in depressione era di 0,7 volte superiore rispetto ai controlli. Inoltre, i bambini con LD presentavano una rete amicale più ristretta rispetto ai pari con ST. Studi su bambini e adolescenti italiani sembrano confermare questo dato [10-13], sebbene i dati che emergono da questi studi non convergono del tutto.

Dopo due anni di pandemia da Covid-19 viene spontaneo chiedersi se e come sia cambiato lo stato di malessere psicologico di questi bambini e adolescenti. Uno studio di Benassi e collaboratori [14], condotto in bambini di scuola primaria durante il periodo di lockdown da Covid-19, ha riscontrato una minore salute fisica nel gruppo con DSA rispetto ai pari con ST. Questo dato contrasta con studi precedenti alla pandemia e condotti su gruppi simili e nei quali non si rilevavano difficoltà in questa dimensione della salute [10,13]. Sempre lo studio di Benassi et al. [14] ha evidenziato nel gruppo con DSA importanti difficoltà emotive riferite alla scuola durante il periodo di lockdown.

Purtroppo a oggi, a due anni dall'inizio della pandemia da Covid-19, sono pochi gli studi che hanno posto il focus su questa popolazione clinica (e in generale sulle famiglie che presentato al proprio interno un bambino con disturbo del neurosviluppo). Il presente studio si propone di fare un passo in tal senso con l'obiettivo di investigare punti di forza e punti di debolezza nella dimensione emotiva, sociale e comportamentale di adolescenti con DSA dopo due anni di pandemia.

Lo studio ha come secondo obiettivo quello di analizzare il livello di concordanza tra le risposte fornite da madri, padri e figli rispetto allo stato psicologico del figlio. La letteratura manca infatti di studi che abbiano confrontato il parere dei tre componenti del nucleo familiare. L'unico a nostra conoscenza in bambini italiani è lo studio esplorativo di Scorza e collaboratori [15] che ha riguardato la somministrazione della Child Behavior Checklist [16-17] a un gruppo di madri e padri di bambini con e senza DSA di età compresa tra gli 8 e i 15 anni; dai report delle madri emergeva una maggior presenza di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti nel gruppo di bambini e adolescenti con DSA rispetto al gruppo con ST, mentre non emergevano differenze tra i due gruppi dai report dei padri. Questo a significare una probabile discordanza tra le percezioni dei due genitori quando sono chiamati a esprimersi sul benessere psicologico dei propri figli, discordanza che è necessario continuare ad approfondire date le ricadute che può avere in ambito clinico.

Metodo

Partecipanti

Lo studio esplorativo ha visto la partecipazione complessiva di 11 famiglie, tutte di nazionalità italiana, coinvolgendo per

ogni nucleo madre, padre e figlio/a adolescente, quest'ultimo di età compresa tra gli 11 e i 14 anni. Di queste 11 famiglie, 4 erano con figlio/a con DSA e 7 con figlio/a con ST.

Gli adolescenti con DSA frequentavano in tre (75%) la prima e uno (25%) la terza secondaria di primo grado; erano tre (75%) femmine e un (25%) maschio. Tra gli adolescenti con DSA, due di loro presentavano diagnosi di dislessia, il terzo diagnosi di dislessia e disortografia, e il quarto diagnosi di dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia. Gli adolescenti con ST frequentavano uno (14%) la prima, in quattro (57%) la seconda e in due (29%) la terza secondaria di primo grado. Gli adolescenti con ST erano cinque (71%) femmine e due (29%) maschi. Le caratteristiche sociodemografiche dei due gruppi di genitori sono riportate in **Tabella 1**. Tutti i genitori hanno fornito il consenso informato per la partecipazione allo studio propria e dei figli/e.

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche dei due gruppi di genitori

Caratteristiche sociodemografiche	Adolescenti con DSA (n=4)	Adolescenti con ST (n=7)
Età della madre	M 48,50 (DS 5,45)	M 47,86 (DS 5,15)
Età del padre	M 51,25 (DS 8,02)	M 51,29 (DS 6,24)
Livello d'istruzione materno	2 (50%) basso; 2 (50%) alto	1 (14%) basso; 6 (86%) alto
Livello d'istruzione paterno	4 (100%) basso	3 (43%) basso; 4 (57%) alto

Procedura

La raccolta dati è avvenuta nei mesi di febbraio-marzo 2022 con la somministrazione dei questionari in modalità telematica attraverso la piattaforma Google. Il questionario prevedeva una prima sezione dedicata alla raccolta delle informazioni sociodemografiche relative alla madre, al padre e al figlio/a (la compilazione di questa sezione era richiesta solo alle madri). Una seconda sezione era dedicata a rilevare la presenza di disturbi psicologici/psichiatrici nei genitori e a raccogliere informazioni in merito allo stato di salute rispetto all'infezione da Covid-19 al momento della compilazione (es. positività al Covid-19, stato di quarantena); la presenza di queste condizioni costituiva criterio di esclusione dallo studio. Una terza sezione conteneva prove standardizzate che indagavano vari aspetti psicologici quali sintomi d'ansia e depressivi nei genitori, sintomi psicopatologici nel figlio/a, resilienza, mentalizzazione. La compilazione complessiva del questionario online prevedeva un tempo di: 40 minuti per la madre, 20 minuti per il padre, 20 minuti per il figlio/a. Per gli scopi del presente lavoro è stata presa in esame solo una delle prove standardizzate somministrate, lo Strengths and Difficulties Questionnaire.

Misura

È ivi descritto lo strumento di rilevazione del benessere psicologico dell'adolescente, compreso nei questionari distribuiti alle madri, ai padri e ai figli/e.

Lo Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [18-19] è un questionario standardizzato e ampiamente utilizzato a livello nazionale e internazionale per valutare la salute mentale di bambini e adolescenti tra i 4 e i 17 anni. Sono disponibili tre versioni: una per genitori (4-16 anni), una self-report (11-17 anni) e una per insegnanti. Per il presente studio sono state utilizzate la versione per genitori e self-report. Entrambe le due versioni sono costituite da 25 item

che indagano sia punti di forza che di debolezza e raggruppabili in cinque sottoscale: sintomi emotivi, problemi di condotta, iperattività/difficoltà di attenzione, difficoltà nelle relazioni con i pari, comportamenti prosociali². Sia al genitore che all'adolescente è richiesto di rispondere su una scala a 3 passi (0 = non vero, 1 = parzialmente vero, 2 = assolutamente vero). Il punteggio totale dei sintomi psicopatologici (difficoltà psicologiche) è dato dalla somma delle sottoscale: sintomi emotivi, problemi di condotta, iperattività/difficoltà di attenzione, difficoltà nelle relazioni con i pari. Maggiore è il punteggio totale, maggiori sono le difficoltà psicologiche. Rispetto alla sottoscala dei comportamenti prosociali, maggiore è il punteggio e più alta è la prosocialità del ragazzo. Il test fornisce i cutoff³ per le seguenti fasce: normale, subclinica (o borderline) e clinica. Un punteggio che cade in fascia subclinica implica un monitoraggio della situazione, mentre punteggi che rientrano in fascia clinica esprimono la presenza di disturbi psicopatologici e quindi la necessità di un intervento. Ulteriori dettagli sono consultabili dal sito ufficiale www.sdqinfo.org.

Risultati

In **Figura 1** è osservabile un confronto fra i punteggi riportati dai due gruppi di madri (con figlio/a con DSA e ST) relativamente alla salute psicologica del figlio/a (SDQ, versione per genitori). Da un'analisi statistica specifica (test Mann-Whitney), non emerge alcuna differenza significativa, né per il punteggio totale delle difficoltà psicologiche (ST = M 8,29, DS 5,25; DSA = M 8,75, DS 2,63; $U = 12,50, p = ,775$) né per i comportamenti prosociali (ST = M 7,57, DS 1,40; DSA = 8,75, DS 1,26; $U = 7, p = ,178$) tra i due gruppi di madri. In **Tabella 2** si riportano le percentuali di adolescenti che, secondo il report delle madri, rientrerebbero in fascia normale, subclinica e clinica.

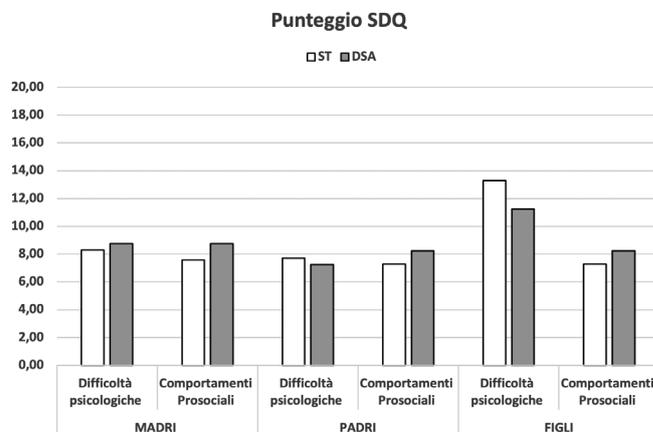


Figura 1. Confronto tra il gruppo con DSA e con ST nei punteggi riportati da madri, padri e figli nel SDQ.

Tabella 2. Percentuale di adolescenti rientranti in fascia normale, subclinica e clinica secondo i report delle madri

SDQ (madre)	Adolescenti con DSA (n=4)		Adolescenti con ST (n=7)	
	Difficoltà psicologiche	Comportamenti prosociali	Difficoltà psicologiche	Comportamenti prosociali
Fascia normale	100%	100%	86%	100%
Fascia subclinica	0%	0%	14%	0%
Fascia clinica	0%	0%	0%	0%

Sempre in **Figura 1** è riportato il confronto fra i report dei due gruppi di padri (con figlio/a con DSA e ST) relativamente alla salute psicologica del figlio/a (SDQ, versione per genitori). Anche in questo caso il test statistico Mann-Whitney non fa emergere alcuna differenza significativa tra i due gruppi, né per il punteggio totale (ST = M 7,71, DS 4,15; DSA = M 7,25, DS

2.,75; $U = 14, p = 1,00$) né per i comportamenti prosociali ($ST = M 7,29, DS 2,50; DSA = 8,25, DS ,96; U = 12, p = ,697$). In **Tabella 3** si riportano le percentuali di adolescenti che, secondo il report dei padri, rientrerebbero in fascia normale, subclinica e clinica.

Tabella 3. Percentuale di adolescenti rientranti in fascia normale, subclinica e clinica secondo i report dei padri

SDQ (padre)	Adolescenti con DSA (n=4)		Adolescenti con ST (n=7)	
	Difficoltà psicologiche	Comportamenti prosociali	Difficoltà psicologiche	Comportamenti prosociali
Fascia normale	100%	100%	86%	72%
Fascia subclinica	0%	0%	14%	14%
Fascia clinica	0%	0%	0%	14%

Il raffronto tra i due gruppi di adolescenti nella versione self-report dell'SDQ è riassunto anch'esso in **Figura 1**. Il test Mann-Whitney non fa emergere alcuna differenza statisticamente significativa tra i due gruppi, né per il punteggio totale ($ST = M 13,29, DS 6,02; DSA = M 11,25, DS 8,85; U = 10,50, p = ,506$) né per i comportamenti prosociali ($ST = M 7,29, DS 1,89; DSA = 8,25, DS 1,26; U = 8,50, p = ,273$). In **Tabella 4** si riportano le percentuali di adolescenti che, secondo il proprio report, rientrerebbero in fascia normale, subclinica e clinica.

Tabella 4. Percentuale di adolescenti rientranti in fascia normale, subclinica e clinica secondo i self-report dei figli

SDQ (padre)	Adolescenti con DSA (n=4)		Adolescenti con ST (n=7)	
	Difficoltà psicologiche	Comportamenti prosociali	Difficoltà psicologiche	Comportamenti prosociali
Fascia normale	75%	100%	72%	86%
Fascia subclinica	0%	0%	14%	0%
Fascia clinica	25%	0%	14%	14%

Analizzando il livello di concordanza tra madri, padri e figli, è possibile notare come, in entrambi i gruppi, le madri abbiano la tendenza a riportare punteggi medi superiori rispetto ai padri [**Figura 2**]. In particolare, il gap tra giudizio materno e paterno sembra interessare maggiormente il gruppo clinico in riferimento al punteggio totale delle difficoltà psicologiche [**Figura 2**]. Anche confrontando le risposte delle madri con quelle dei figli emergono differenze consistenti. In riferimento al punteggio totale delle difficoltà psicologiche, questa volta sono gli adolescenti a riportare punteggi più alti, con una maggiore discordanza madre-figlio/a nel gruppo con ST [**Figura 2**]. Il maggior grado di disaccordo si riscontra pertanto

Punteggi SDQ - Difficoltà psicologiche

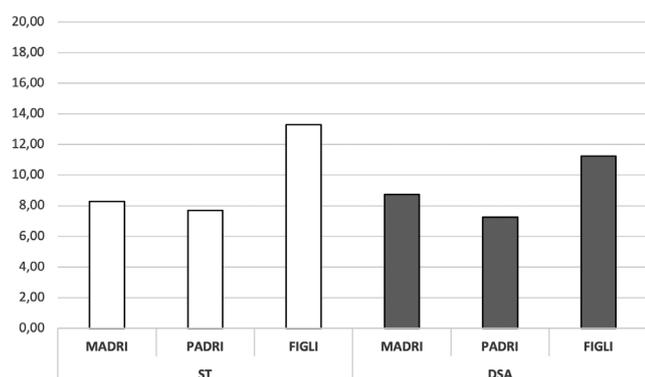


Figura 2. Confronto tra quanto riportano madri, padri e figli/e nel SDQ nei due rispettivi gruppi.

tra padri e figli, con i figli che riportano punteggi molto più alti dei loro padri [**Figura 2**]. In riferimento alla prosocialità, si osserva una maggiore concordanza tra i tre componenti del nucleo familiare, con una lieve differenza tra madri e figli che tendono a riportare, al pari dei padri, punteggi leggermente più bassi rispetto alle madri [**Figura 1**].

Discussione

La presente ricerca esplorativa si è proposta di descrivere punti di forza e debolezza sul piano emotivo, sociale e comportamentale in un gruppo di adolescenti con DSA dopo due anni di pandemia da Covid-19, mettendoli a confronto con un gruppo di adolescenti con ST. Si è deciso di raccogliere il parere degli adolescenti stessi, ma anche quello di entrambi i genitori, tenendo quindi distinte le risposte fornite dalle madri e dai padri. La maggior parte degli studi presenti in letteratura tende a raccogliere il parere dei genitori senza fare distinzione tra fonte materna o paterna, ma si ritiene che le percezioni delle madri e dei padri sulla salute psicologica dei propri figli possano essere differenti e pertanto siano da studiare separatamente [**15**].

Sono emersi dati in un certo qual modo inaspettati poiché gli adolescenti con DSA qui studiati non sembrano star peggio sul piano psicologico rispetto ai pari con ST, sia secondo quanto riportato dalle madri, dai padri e dai ragazzi stessi. Questo dato contrasta con la maggior parte degli studi condotti in periodo pre-Covid che, sia attraverso questionari compilati dai genitori [**13,15**] che autocompilati dagli adolescenti stessi [**20**], mostravano una maggior presenza di sintomi psicopatologici in questo gruppo clinico rispetto ai pari con ST. Tale evidenza potrebbe derivare dal fatto che molti dei giovani con DSA, diversamente dai pari con ST, essendo già presi in carico dai servizi evolutivi, abbiano potuto appoggiarsi maggiormente a figure professiona-

li, quali psicologi, logopedisti ed educatori, ricevendo sostegno psicologico e di conseguenza un effetto protettivo dagli stessi. Un'ulteriore spiegazione dei nostri risultati può essere ricondotta alla minor presenza dei ragazzi tra i banchi di scuola e a una minore "pressione" scolastica. L'ambiente scuola rappresenta purtroppo una delle maggiori fonti di disagio tra adolescenti con DSA che si ritrovano a dover affrontare continue sfide d'apprendimento, o legate allo stigma e al rapporto con pari e insegnanti talvolta poco supportivi [**10,21**]. La minor frequenza delle lezioni in presenza, il periodo più o meno prolungato di assenteismo dalla scuola a causa della pandemia, l'adozione di nuove strategie didattiche a distanza può forse aver condotto i ragazzi con DSA a uno stato di minor pressione emotiva e sociale [**22-23**]. Gli effetti che la pandemia sembra aver determinato sulla salute psicologica di adolescenti con DSA appaiono quindi in parte contrastare con il disagio esperito da adolescenti con ST. Nel nostro campione, ben il 28% dei ragazzi del gruppo di controllo percepisce un malessere psicologico di evidenza subclinica o clinica, contro il 17,8% di altri studi condotti in periodo pre-Covid [**24**]. Questo si pone in linea con altri studi che evidenziano un forte disagio psicologico negli adolescenti italiani a seguito della pandemia [**25**]. Per loro, che non hanno potuto godere di una rete continuativa di supporto come nel caso dei ragazzi con DSA, le conseguenze delle restrizioni pandemiche possono essere state particolarmente dannose.

È bene comunque far notare che anche 1 su 4 (25%) ragazzi con DSA rientra in fascia clinica nel punteggio totale delle difficoltà psicologiche e che questo ragazzo è quello che presenta la diagnosi multipla di dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia.

In riferimento ai comportamenti prosociali, anche in questo caso il quadro migliore sembra riguardare gli adolescenti con DSA. Situazioni problematiche emergono infatti soltanto nel gruppo con ST. A detta dei padri, 1 ragazzo su 7 rientra in fascia subclinica e un altro ragazzo rientra in fascia clinica; a detta dei ragazzi stessi, 1 ragazzo rientra in fascia clinica. Anche questo potrebbe essere un effetto del lungo periodo di limitazioni nei contatti sociali che può aver determinato difficoltà a ristabilire adeguate relazioni interpersonali tra gli adolescenti.

Rispetto alla concordanza tra le percezioni delle madri, dei padri e dei figli, quello che si viene a delineare è una sostanziale diversità di vedute tra madri, padri e figli rispetto allo stato di salute psicologica del figlio/a, soprattutto con DSA. Questo dato apporta ulteriore evidenza a quanto evidenziato nello studio esplorativo di Scorza et al. [15] e supporta l'ipotesi per cui le madri di adolescenti con DSA potrebbero essere maggiormente consapevoli, rispetto ai padri, degli stati interni e delle problematicità del proprio figlio/a in virtù di un maggior contatto e di un maggior coinvolgimento nelle pratiche educative e riabilitative [26]. Di conseguenza, emerge un disaccordo per certi versi "preoccupante" tra padri e figli. Gli adolescenti sembrano percepire un disagio sul piano emotivo, sociale e comportamentale fortemente più significativo rispetto a quanto viene segnalato dai loro padri. A far pensare non è soltanto questo importante gap tra padri e figli, ma è anche il fatto che gli adolescenti sembrano aver espresso più apertamente del passato il proprio malessere. In un certo numero di studi pre-Covid viene documentata la difficoltà degli adolescenti, soprattutto con diagnosi, a riportare le proprie problematiche psicologiche in questionari self-report, per una difficoltà a descrivere il proprio disagio [27-28], o per una tendenza a sottostimare i propri problemi con lo scopo di proteggere il proprio sé [29-30]. Nel nostro studio invece sono proprio i figli a riferire maggiormente le proprie difficoltà sul piano emotivo, sociale e comportamentale. Questa maggior apertura a riferire il proprio disagio potrebbe esser stata favorita dalla compilazione avvenuta a distanza; potrebbe anche essere imputata a un crescente bisogno da parte dei ragazzi di essere ascoltati e di dar voce al proprio vissuto emotivo [31].

Purtroppo il numero esiguo di partecipanti costituisce un importante limite del lavoro che non ci permette la generalizzazione di questi risultati. Per quanto circoscritti, questi dati possono però offrire uno sguardo iniziale sugli effetti che due anni di pandemia da Covid-19 hanno avuto sugli adolescenti, mostrando chiare differenze tra ragazzi con e senza DSA. Si ritiene anche che studi su casi singoli possono completare la ricerca condotta su larghi campioni di bambini e adolescenti con DSA. La prospettiva del caso singolo può fornire infatti un osservatorio ideale per un'analisi più dettagliata delle traiettorie individuali di sviluppo [32].

Certamente le difficoltà psicologiche riscontrate nel gruppo con ST suscitano preoccupazione e dovrebbero attivare risorse in campo medico, psicologico ed educativo volte a sostenere questi giovani nel loro cammino di ripresa. Anche l'apparente miglioramento in termini psicologici mostrato dai ragazzi con DSA suscita interrogativi per l'ambiente educativo-scolastico; cos'è avvenuto (o non avvenuto) in questi ultimi due anni che possa aver favorito un maggior benessere psicologico in questi adolescenti? Infine, il forte disaccordo tra genitori e figli (rispetto allo stato di salute psicologica del ragazzo), più evidente tra padri e figli, porta con sé importanti considerazioni per la ricerca e la pratica clinica. Nel momento in cui si vogliono valutare aspetti psicopatologici negli adolescenti, sarebbe preferibile considerare separatamente i giudizi di madri e padri; le madri potrebbero infatti avere una maggiore sensibilità rispetto ai padri nel rileva-

re le difficoltà emotive e comportamentali dei figli. Risulta inoltre fondamentale rilevare il punto di vista del ragazzo stesso, aiutandolo ad esprimere senza riserve il proprio vissuto emotivo e le proprie "debolezze", per poi sostenere i genitori in un percorso che li porti a essere maggiormente in contatto con le emozioni e gli stati mentali del figlio. ■

Note

1. I Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) sono disturbi del neurosviluppo caratterizzati da una compromissione significativa in una o più abilità specifiche, quali lettura, scrittura e calcolo, che contrasta con un livello intellettivo in norma [2-3].
2. I comportamenti prosociali sono azioni svolte durante le interazioni sociali che hanno effetti benefici sull'altro/altri; la prosocialità può essere quindi intesa come la propensione ad agire in modi che sortiscono effetti positivi per l'altro (Caprara e Bonino, 2006).
3. *Versione per i genitori.* Cutoff fascia normale: 0-3 per i sintomi emotivi, 0-2 per i problemi di condotta, 0-5 per iperattività/difficoltà di attenzione, 0-2 per le difficoltà di relazione con i pari, 6-10 per i comportamenti prosociali, 0-13 per il punteggio totale. Cutoff fascia subclinica (o borderline): 4 per i sintomi emotivi, 3 per i problemi di condotta, 6 per iperattività/difficoltà di attenzione, 3 per le difficoltà di relazione con i pari, 5 per i comportamenti prosociali, 14-16 per il punteggio totale. Cutoff fascia clinica (alto rischio di psicopatologia): 5-10 per i sintomi emotivi, 4-10 per i problemi di condotta, 7-10 per iperattività/difficoltà di attenzione, 4-10 per le difficoltà di relazione con i pari, 0-4 per i comportamenti prosociali, 17-40 per il punteggio totale. *Versione self-report.* Cutoff fascia normale: 0-5 per i sintomi emotivi, 0-3 per i problemi di condotta, 0-5 per iperattività/difficoltà di attenzione, 0-3 per le difficoltà di relazione con i pari, 6-10 per i comportamenti prosociali, 0-15 per il punteggio totale. Cutoff fascia subclinica (o borderline): 6 per i sintomi emotivi, 4 per i problemi di condotta, 6 per iperattività/difficoltà di attenzione, 4-5 per le difficoltà di relazione con i pari, 5 per i comportamenti prosociali, 16-19 per il punteggio totale. Cutoff fascia clinica (alto rischio di psicopatologia): 5-10 per i sintomi emotivi, 4-10 per i problemi di condotta, 7-10 per iperattività/difficoltà di attenzione, 4-10 per le difficoltà di relazione con i pari, 0-4 per i comportamenti prosociali, 17-40 per il punteggio totale.

Bibliografia

1. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008 Mar;49(3):226-236.
2. APA, American Psychiatric Association. DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Raffaello Cortina, 2014.
3. Panel. D.A.E.R.D. CONSENSUS CONFERENCE DSA. Raccomandazioni cliniche sui DSA: Risposte a quesiti. www.lineeguidadsa.it, 2011.
4. Dyson LL. Children with learning disabilities within the family context: A comparison with siblings in global self-concept, academic self-perception, and social competence. *Learn Disab Res Pract* 2003;18:1-9.
5. Snowling MJ, Muter V, Carroll J. Children at family risk of dyslexia: a follow-up in early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007 Jun;48(6):609-618.
6. Willcutt EG, Petrill SA, Wu S, et al. Comorbidity between reading disability and math disability: concurrent psychopathology, functional impairment, and neuropsychological functioning. *J Learn Disabil.* 2013 Nov-Dec;46(6):500-516.
7. Margari L, Buttiglione M, Craig F, et al. Neuropsychopathological comorbidities in learning disorders. *BMC Neurol.* 2013 Dec 13;13:198.
8. Scorza M, Zonno M, Benassi E. Dyslexia and Psychopathological Symptoms in Italian University Students: A Higher Risk for Anxiety Disorders in Male Population? *J Psychopathol* 2018;24:1-11.
9. Emerson E, Hatton C. Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *Br J Psychiatry.* 2007 Dec;191:493-499.
10. Benassi E, Camia M, Giovagnoli S, et al. Impaired School Well-being in Children with Specific Learning Disorder and Its Relationship to Psychopathological Symptoms. *Eur J Spec Needs Educ* 2022;37:74-88.
11. Bonifacci P, Storti M, Tobia V et al. Specific Learning Disorders: A Look inside *Children's* and Parents' Psychological Well-being and Relationships. *J Learn Disab* 2016;49:532-45.
12. Mammarella IC, Ghisi M, Bombà M, et al. Anxiety and Depression in Children With Nonverbal Learning Disabilities, Reading Disabilities, or Typical Development. *J Learn Disabil.* 2016 Mar-Apr;49(2):130-139.

13. Matteucci MC, Scalone L, Tomasetto C, et al. Health-related Quality of Life and Psychological Wellbeing of Children with Specific Learning Disorders and Their Mothers. *Res Dev Disabil.* 2019 Apr;87:43-53.
14. Benassi E, Bello A, Camia M, et al. Quality of life and its relationship to maternal experience and resilience during COVID-19 lockdown in children with specific learning disabilities. *Eur J Spec Needs Educ* 2021;online, 1-16.
15. Scorza M, Benassi E, Gennaro A, et al. Psychopathological Symptoms in Italian Children and Adolescents with Specific Learning Disorder: What Do Mothers and Fathers Report About? *BPA – Appl Psychol Bull* 2018;66:281.
16. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.
17. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, 2001
18. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997 Jul;38(5):581-586.
19. Tobia V, Marzocchi GM. The strengths and difficulties questionnaire-parents for Italian school-aged children: psychometric properties and norms. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2018 Feb;49(1):1-8.
20. Eissa M. Behavioral and emotional problems associated with dyslexia in adolescence. *Curr Psychiatry* 2010;17:17-25.
21. Amodeo A, Bacchini D. Correlati psicologici dell'insuccesso scolastico e del rifiuto sociale. *Età Evolutiva* 2002;71:7-66.
22. Arengi A, Bencini G, Pavone M, et al. DaD in Università durante il lockdown: criticità e potenzialità. Il punto di vista degli studenti con disabilità e con DSA. *L'integrazione scolastica e sociale* 2020;19:48-67.
23. Peconio G, Doronzo F, Guarini P. Ambienti di apprendimento transmediali inclusivi: gli effetti della DaD sugli studenti con DSA e BES. *IUL Res* 2021;vol.2, n.3
24. Donato F, Triassi M, Loperto I, et al. Symptoms of mental health problems among Italian adolescents in 2017-2018 school year: a multicenter cross-sectional study. *Environ Health Prev Med.* 2021 Jun 21;26(1):67.
25. Muzi S, Sansò A, Pace CS. What's happened to Italian adolescents during the COVID-19 pandemic? A preliminary study on symptoms, problematic social media usage, and attachment: relationships and differences with pre-pandemic peers. *Front Psychiatry.* 2021 Apr 27;12:590543.
26. Van Der Ende J. Multiple informants: Multiple views. In Koot, Crijnen, Ferdinand (eds), *Child psychiatric epidemiology. Accomplishments and future directions.* Van Gorcum, 1999.
27. Nelson JM, Harwood H. Learning disabilities and anxiety: a meta-analysis. *J Learn Disabil.* 2011 Jan-Feb;44(1):3-17.
28. Varni JW, Limbers CA, Burwinkle TM. Parent Proxy-report of Their Children's Health-related Quality of Life: An Analysis of 13,878 Parents' Reliability and Validity across Age Subgroups Using the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health Qual Life Outcomes.* 2007 Jan 3;5:2.
29. Rotsika V, Coccossis M, Vlassopoulos M, et al. Does the Subjective Quality of Life of Children with Specific Learning Disabilities (SpLD) Agree with Their Parents' Proxy Reports? *Qual Life Res.* 2011 Oct;20(8):1271-1278.
30. Tobia V, Bonifacci P, Ottaviani C, et al. Reading under the skin: Physiological activation during reading in children with dyslexia and typical readers. *Ann Dyslexia.* 2016 Jul;66(2):171-186.
31. Fratini T. Considerazioni cliniche sulla relazione tra genitori e figli durante l'adolescenza. *Riv Ital Educ Famil* 2008;2:95-108.
32. Benassi E, Boria S, Berghenti MT, et al. Morpho-syntactic deficit in children with cochlear implant: consequence of hearing loss or concomitant impairment to the language system? *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Sep 8;18(18):9475.

erika.benassi@unimore.it