

Università degli Studi di Padova

SCUOLA di MEDICINA e CHIRURGIA
Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino

CORSO DI LAUREA IN TERAPIA DELLA NEURO E
PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA

PRESIDENTE: Prof.ssa Silvia Carraro

LO SPECCHIO DELLA CULTURA AFRICANA E IL SUO RIFLESSO NELLA RELAZIONE GENITORE-FIGLIO

**Osservazioni qualitative sull'interazione madre
bambino in terapia neuropsicomotoria**

RELATRICE: Prof.ssa PAOLA MARINA SAVINI

LAUREANDA: GIORGIA MIOTTI

MATRICOLA: 2010429

Anno Accademico 2022/2023

Ma che cos'è la cultura dopotutto,
se non una serie di atti di comunicazione?

Barnabè Laye

INDICE

RIASSUNTO.....	9
INTRODUZIONE	11
Capitolo 1: IL SIGNIFICATO DI CULTURA.....	13
1.1 Lo stile comunicativo dell'essere umano: le categorie analogiche	15
1.1.1 Il tono.....	15
1.1.2 La postura	16
1.1.3 Lo sguardo	16
1.1.4 Lo spazio.....	16
1.1.5 Il tempo	18
1.1.6 L'oggetto.....	18
1.1.7 La voce.....	20
1.1.8 Il movimento	20
1.2 La Teoria Iceberg.....	20
1.3 Conclusioni	22
Capitolo 2: UN VIAGGIO IN AFRICA.....	23
2.1 Il contesto sociale	23
2.2 Il contesto culturale.....	24
2.2.1 La gravidanza	25
2.2.2 La nascita	26
2.2.3 Il ruolo del bambino	28
2.3 Conclusioni	29
Capitolo 3: LA PATOLOGIA, DALLO SFONDO CULTURALE AL PRIMO PIANO FAMILIARE.....	31
3.1 Il corpo e la spiritualità nell'Africa antica	31
3.2 La patologia nell'Africa contemporanea	33
3.2.1 Le cause soprannaturali	35
3.2.2 Le cause biomediche	35
3.3 Dalle cause al trattamento: i differenti approcci.....	37
3.4 All'interno delle mura di casa	39
Capitolo 4: MATERIALI E METODI.....	43

4.1 La videoregistrazione.....	43
4.2 L'intervista al genitore.....	45
Capitolo 5: INTRODUZIONE AI CASI CLINICI	47
Capitolo 6: BEN	49
6.1 Anamnesi	49
6.1.1 Diagnosi.....	49
6.1.2 Anamnesi fisiologica.....	49
6.1.3 Anamnesi patologica	49
6.1.4 Contesto socioeducativo	50
6.1.5 Storia riabilitativa.....	50
6.2 Osservazioni	51
6.2.1 Struttura sensomotoria.....	51
6.2.2 Area neuropsicologica e gioco.....	53
6.2.3 Adeguamento	55
6.2.4 Comunicazione e relazione.....	56
6.3 Progetto riabilitativo	57
6.3.1 Obiettivi riabilitativi e strategie di intervento.....	58
6.3.2 Intervento indiretto.....	61
6.4 Analisi del video.....	62
6.5 Intervista semistrutturata con il genitore	71
Capitolo 7: MICHELLE.....	75
7.1. Anamnesi	75
7.1.1 Diagnosi.....	75
7.1.2 Anamnesi fisiologica.....	75
7.1.3 Anamnesi patologica	75
7.1.4 Contesto socioeducativo	75
7.1.5 Storia riabilitativa.....	76
7.2. Osservazioni	76
7.2.1 Struttura sensomotoria.....	77
7.2.2 Area neuropsicologica e gioco.....	78
7.2.3 Adeguamento	80
7.2.4 Comunicazione e relazione.....	81
7.3. Progetto riabilitativo	84

7.3.1 Obiettivi riabilitativi e strategie di intervento.....	85
7.3.2 Intervento indiretto.....	87
7.4 Analisi del video.....	87
7.5 Intervista semistrutturata con il genitore	98
Capitolo 8: SOFIA.....	101
8.1. Anamnesi	101
8.1.1 Diagnosi.....	101
8.1.2 Anamnesi fisiologica.....	101
8.1.3 Anamnesi patologica	101
8.1.4 Contesto socioeducativo	102
8.1.5 Storia riabilitativa.....	102
8.2. Osservazioni	104
8.2.1 Struttura sensomotoria.....	104
8.2.2 Area neuropsicologica e gioco.....	106
8.2.3 Adeguamento	108
8.2.4 Comunicazione e relazione.....	109
8.3. Progetto riabilitativo	110
8.3.1 Obiettivi riabilitativi e strategie di intervento.....	111
8.3.2 Intervento indiretto.....	113
8.4 Analisi del video.....	114
8.5 Intervista semistrutturata con il genitore	125
Capitolo 9: CONSIDERAZIONI FINALI.....	129
CONCLUSIONE	133
BIBLIOGRAFIA	135
SITOGRAFIA	139
ALLEGATO 1: Intervista semi-strutturata con i genitori.....	I
ALLEGATO 2: Valutazione della figura umana di F.Goodenough.....	III

RIASSUNTO:

Sempre con più frequenza all'interno dei servizi di Neuropsichiatria infantile i professionisti sanitari, tra i quali la figura del terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (tnpee), si interfacciano con utenti provenienti da differenti culture, tra cui quella africana. In questo elaborato si analizza il grado in cui tale cultura interessa lo stile comunicativo del genitore (originario dell'Africa) e il suo rapporto con il figlio, nel contesto di terapia neuropsicomotoria. Mantenendo come focus la cultura africana, attraverso una registrazione video e un'intervista semistrutturata si approfondisce quindi maggiormente la rappresentazione che l'adulto ha del bambino e della sua patologia.

INTRODUZIONE:

Nel presente elaborato si intende approfondire la chiave di lettura che la cultura africana adotta per definire il concetto di patologia; nello specifico portando in superficie la rappresentazione che il genitore proveniente da tale continente ha del proprio figlio con detta patologia.

Le motivazioni che hanno portato alla stesura di questa tesi sono innanzitutto legate alla grande attualità del tema, poiché sempre più utenti che giungono ai servizi di Neuropsichiatria infantile provengono da differenti culture, tra cui in buona parte quella africana. Oltre a ciò, vi è stata la curiosità e l'interesse personale nell'approfondire le dinamiche di una cultura per certi aspetti molto diversa da quella europea, e quindi il desiderio di decentrarsi per quanto possibile dalla cultura del nostro Paese.

L'obiettivo è quello di stabilire se ed eventualmente in che modo la cultura africana ha un ruolo nell'immagine che il genitore ha del proprio figlio affetto da una patologia; di conseguenza, osservare l'influenza della cultura nei meccanismi di interazione che si instaurano tra i due soggetti.

A tale scopo, i materiali e metodi utilizzati sono costituiti da un'intervista semistrutturata al genitore e dall'analisi di alcune sequenze di video in cui il genitore stesso si rapporta con il bambino. Ciò avviene nel contesto di una seduta neuropsicomotoria, durante le attività di gioco.

I limiti di tale elaborato sono costituiti in primo luogo dal ridotto numero di casi clinici riportati, i quali non sono esaustivi nel fornire una visione della cultura africana in tutti i suoi aspetti, data anche l'estensione geografica di questo continente. Inoltre, seguendo lo scopo di questo elaborato, l'osservazione effettuata riguarda la relazione tra un solo genitore e il figlio, senza approfondire nei dettagli il rapporto triadico dato da entrambi i genitori, fondamentale nello sviluppo del bambino.

Si presentano ora i contenuti della tesi.

Nei primi tre capitoli si analizzano gli aspetti teorici, sulla base della raccolta bibliografica ottenuta; in particolare, nel primo capitolo viene data la definizione

generale di cultura, secondo l'ideologia maggiormente diffusa. Nel secondo capitolo, invece, si approfondisce nello specifico la cultura africana; infine, nel terzo capitolo si definisce la concezione di patologia in tale continente.

Successivamente si definiscono i materiali e metodi utilizzati; in seguito, si presentano i casi clinici di tre bambini i cui genitori provengono dall'Africa. Nei primi due paragrafi si riportano l'anamnesi e l'osservazione del caso, segue la stesura del progetto riabilitativo accompagnato dalle strategie d'intervento.

In secondo luogo, si presenta l'analisi di alcune parti del video particolarmente rilevanti, vissute dai bambini e dai genitori.

Infine, si riportano le risposte date dai genitori dei tre bambini ad un'intervista semistrutturata, con la quale ci si propone di indagare gli aspetti culturali legati all'accudimento e il punto di vista dei genitori rispetto al proprio figlio e alla sua patologia.

Per concludere, vengono presentati i risultati ottenuti considerando le tre situazioni analizzate, segue la conclusione; si termina con bibliografia, sitografia e allegati.

Capitolo 1:

IL SIGNIFICATO DI CULTURA:

Tutti noi crediamo di sapere quale sia il concetto di cultura, ma proprio per questo la definizione di tale termine è complessa e sfumata.

Si è concordi, tuttavia, su quale sia stata la prima definizione antropologica di cultura, ossia quella risalente all'antropologo inglese Edward B. Tylor, autore di una delle opere più conosciute in quest'ambito, *Alle origini della cultura*. In tale elaborato Tylor scrisse: <<La cultura [...] è quell'insieme complesso che include le conoscenze, le credenze, l'arte, la morale, il diritto, il costume e qualsiasi altra capacità e abitudine acquisita dall'uomo in quanto membro della società>> (Tylor E.B., *Alle origini della cultura*). In questa definizione, la cultura viene descritta come frutto di un'attitudine tipicamente umana che viene semplicemente appresa dall'ambiente; tuttavia, studi successivi hanno dato sempre maggior importanza alla persona quale partecipante attivo nel rapporto con l'ambiente.

Secondo la teoria della cognizione incarnata (Rosch *et al* 1991), difatti, ogni forma di conoscenza e cognizione umana passa attraverso l'esperienza corporea. Risulta quindi impossibile parlare del singolo individuo senza considerare il rapporto che ha con il mondo che lo circonda.

In questa relazione, entrambe le realtà, interna (persona) quanto esterna (ambiente), si influenzano a vicenda: da una parte, l'uomo percepisce ed elabora solo alcuni degli stimoli provenienti dall'ambiente, secondo una modalità ben precisa e diversa da quella di chiunque altro, perché ognuno vede e legge nel mondo ciò che ha imparato a vedere e a leggere. Una volta elaborate le informazioni, agisce di conseguenza modificando la realtà. Dall'altro lato, l'ambiente e le esperienze della persona, ripetute o meno, influiscono direttamente sullo sviluppo cerebrale dell'individuo, attivando, rafforzando o disattivando alcuni circuiti neurali. Così facendo, vengono determinati quali geni vengono espressi, come e quando.

Ad esempio, è diverso nascere e vivere in aree come il deserto del Kalahari, piuttosto che in una regione altamente industrializzata o in una comunità agricola isolata. L'ambiente che ci circonda influenza i sistemi cognitivi, affettivi e i meccanismi di autoregolazione di base (ormonali, termici...); inoltre, a seconda delle necessità del soggetto, favorisce uno sviluppo

più o meno raffinato di sensi come la vista e l'udito, modulando così quali informazioni percettive riceve la persona.

Tale interrelazione permane per tutta la vita dell'individuo, a partire dalla sua nascita.

Uno studio comparativo (Werner 1972) effettuato nei cinque continenti ha indagato quali fossero le differenze nello sviluppo neuropsicomotorio dei bambini da zero a due anni. Dallo studio emerge come lo sviluppo vari molto in base alla cultura di provenienza. In particolare, esso è più veloce nei bambini africani, a seguire vi sono i bambini sudamericani e asiatici, mentre i bambini con uno sviluppo neuropsicomotorio più lento sono quelli di etnia caucasica. Lo studio, inoltre, ha dimostrato che, se da un lato i bambini che nascono e vivono in zone rurali hanno uno sviluppo più rapido nei primi 6-12 mesi di vita, durante il secondo anno essi dimostrano un rallentamento delle abilità rispetto ai coetanei che risiedono in città, nello specifico per quanto riguarda l'adattabilità e lo sviluppo del linguaggio.

Quanto sostenuto finora, evidenzia l'importanza e l'inscindibilità del legame tra l'essere umano e il mondo circostante.

In tale relazione tra l'uomo e l'ambiente, intesa come continui scambi di interazione, il punto di partenza, o punteggiatura, può essere posto a favore di un elemento quanto dell'altro; ad ogni modo, all'interno di questo rapporto si collocano i modelli e i valori culturali.

Essi fanno parte proprio di quella modalità soggettiva con cui ognuno filtra la realtà, selezionando alcuni dei molti stimoli provenienti dall'ambiente e rendendone possibile la percezione. In questo modo, i modelli influenzano indirettamente la risposta successiva della persona, data dalle azioni o in generale dal comportamento umano.

Inoltre, chiamando in causa ancora una volta il rapporto individuo-ambiente, si nota come la cultura non modelli solo la percezione del mondo, ma anche la percezione di sé e della comunità di appartenenza, attraverso le istituzioni e la morale collettiva.

Di conseguenza, qualunque atto o pensiero finalizzato ad uno scopo, materiale come intellettuale, è guidato anche dalla cultura.

Si può quindi dire che una <<cultura>> è un complesso di idee, di simboli, di comportamenti e di disposizioni selezionati, acquisiti, storicamente tramandati e largamente condivisi da un certo numero di individui, con cui questi ultimi si accostano al mondo in senso pratico e intellettuale.

Sotto questo aspetto, è possibile dunque sostenere che la cultura è <<operativa>>, poiché mette la persona nella condizione di agire in relazione ai propri obiettivi, adattandosi allo stesso tempo al contesto sociale e culturale che la circonda.

Si andrà ora ad analizzare nel dettaglio come questo avviene.

1.1 Lo stile comunicativo dell'essere umano: le categorie analogiche

In base a quanto sostenuto finora, la cultura rappresenta uno dei molti fattori che condizionano il comportamento di ogni essere umano. Considerando quanto affermato da Watzlawick *et al* (1971), ossia che:<<L'intero comportamento in una situazione di interazione ha valore di messaggio, vale a dire è comunicazione>> (Watzlawick P. *et al*, *Pragmatica della comunicazione umana: Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*), la cultura trova posto anche in quello che è lo stile comunicativo dell'uomo, cioè il modo in cui egli comunica.

Ognuno di noi delinea il proprio stile comunicativo in base alle diverse modalità di utilizzo delle cosiddette categorie analogiche: tono, postura e sguardo, spazio, tempo, oggetto, voce e movimento, le quali costituiscono l'alfabeto della comunicazione non verbale (93% della comunicazione).

Si andrà ora a descrivere nello specifico ciascuna categoria.

1.1.1 Il tono:

Con tono si intende l'attività muscolare riflessa e costante che permette di mantenere l'assetto posturale del corpo opponendosi alla forza di gravità. Il tono muscolare è controllato dal Sistema Nervoso Centrale tramite un circuito in parte sovrapposto al circuito di controllo emozionale, perciò vi è una stretta correlazione tra tono ed emozioni. Per questo, la modulazione del tono è solo parzialmente sotto il controllo cosciente dell'individuo e le variazioni toniche dimostrano il reale stato emozionale del soggetto. Il tono è quindi sempre portatore di significato, spesso non consapevole.

Un'ulteriore caratteristica di questa categoria è che non è direttamente osservabile, bensì è necessario un contatto fisico; inoltre, è possibile distinguerlo in tono di base, proprio di ognuno e che può essere differente nei vari distretti corporei, e tono d'azione. Questi due possono coincidere o meno.

1.1.2 La postura:

Una conseguenza del tono è la postura, definita come la posizione del corpo nello spazio, e la relativa relazione tra i suoi segmenti corporei, tenendo in considerazione il contesto in cui ci si trova (per questo distinta dalla <<posizione>>). La postura può essere aperta o chiusa, frontale, di lato o di schiena e adeguata o meno al contesto.

A seconda del messaggio verbale che si vuole dare, dell'intenzione di cui si è portatori in quel preciso istante, la postura diventa spontaneamente veicolo di ciò che si vuole dire, sostenendo, o meno, e rendendo efficace la comunicazione verbale.

L'associazione tra tono e postura viene definito assetto tonico-posturale.

1.1.3 Lo sguardo:

Con il termine <<sguardo>> si intende l'atto di guardare, la direzione o l'espressione dell'atto visivo.

In alcune culture, come quella occidentale, la persistenza dello sguardo è inversamente proporzionale alla distanza tra due interlocutori e la sua durata aumenta con l'aumentare dell'intimità. Inoltre, nella civiltà occidentale, guardare la persona con cui si sta parlando è un segno di rispetto; al contrario, in altre culture, guardare in direzione opposta è segno di stima verso le persone di rango superiore o di sesso diverso. Il contatto visivo può anche essere utilizzato per stabilire un certo dominio sociale.

Questa categoria analogica è strettamente collegata alla propria identità, per cui una persona esiste solo nel momento in cui viene guardata (da qui il gioco del "Cucù" ricercato dal bambino fin da piccolo, poi evoluto nel "nascondino").

Infine, soprattutto se associato alla mimica, lo sguardo può diventare un sostituto del contatto.

1.1.4 Lo spazio:

Lo spazio è l'estensione entro la quale si possono esercitare specifiche funzioni e attività, determinare particolari processi o che risulta circoscritta e delimitata da vari elementi o occupata da corpi e oggetti.

Questa categoria si divide in spazio fisico e interpersonale. Il primo può essere aperto o chiuso, verticale o orizzontale, laterale o centrale; ad ogni modo, per trovarvi dei punti di

riferimento, esso viene esplorato dall'uomo attraverso il movimento, tanto più quanto il bambino è piccolo (l'adulto è in grado di utilizzare anche solo lo sguardo).

Lo spazio interpersonale viene descritto dalla prossemica, la disciplina che studia le distanze che agiscono nelle relazioni e comunicazioni umane, sia verbali che fisiche. Tale disciplina distingue quattro spazi: intimo, personale, entrando nel quale è come se si entrasse in contatto corporeo con la persona stessa, sociale, ossia quello che l'individuo mantiene con le persone con cui sta interagendo, e pubblico, cioè mantenuto in contesti sociali più ampi con le persone casualmente incontrate.

Nel libro *La dimensione nascosta* (Hall 1968), l'autore osserva come la distanza alla quale ci si sente a proprio agio con le altre persone vicine dipende dalla propria cultura. Ad esempio, nella cultura europea e asiatica generalmente ci si tiene fuori dal raggio di azione del braccio, mentre nella cultura araba si preferisce mantenere una distanza quasi gomito a gomito.

Infine, oltre alla dimensione culturale vi è anche quella personale, in cui si definisce lo spazio psicologico, ossia il grado in cui l'individuo lascia entrare gli altri nella propria area personale.

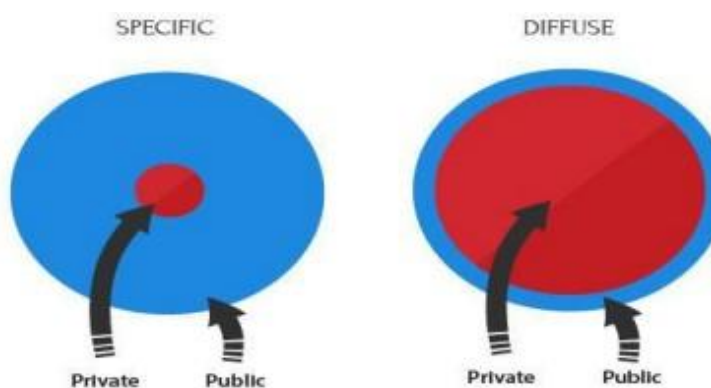


Figura 1. Lo spazio psicologico

Esso si consolida nel periodo dell'adolescenza e può essere specifico o diffuso (Trompenaars 1997) (Figura 1). Nel primo, lo spazio pubblico è ampio e condiviso prontamente con gli altri, mentre l'area personale è minore e accessibile solo da un ristretto gruppo di individui. Le persone che adottano questa forma sono

molto spesso estroverse e in grado di separare nettamente la vita privata da quella lavorativa; ciò si riscontra di frequente nelle culture proprie degli Stati Uniti o del Regno Unito.

Nella forma diffusa, invece, le due aree sono ravvicinate tra loro: le persone possono quindi avere inizialmente un approccio cauto nelle relazioni, poiché entrare nello spazio pubblico consente l'accesso anche a quello personale. Queste persone sono spesso introversive e in cui

la vita privata e quella lavorativa quasi coincidono; un esempio lo si trova in culture di Stati come la Cina, la Spagna o il Venezuela.

1.1.5 Il tempo:

Il tempo può essere distinto in una realtà oggettiva e una soggettiva.

La prima è data dal succedersi dei minuti, ore, giorni, mesi e anni, in seguito ad una costruzione culturale dell'uomo al fine di poter comunicare con gli altri attraverso degli indicatori temporali. Per questo stesso fine l'essere umano utilizza anche i riti, che sembrano essere un bisogno dell'uomo nato assieme alla consapevolezza del tempo. I riti hanno lo scopo di scandire il flusso del tempo, incorniciare i momenti ritenuti importanti e confermare l'appartenenza ad una comunità.

La realtà soggettiva riguarda, invece, come ognuno percepisce il passare del tempo; ad esempio, se si sta bene il tempo sembra passare più velocemente.

Il concetto di tempo viene fatto proprio dal bambino a partire dagli otto anni circa, quando si consolidano le capacità di astrazione; prima di quest'età egli vive secondo il tempo soggettivo.

Ognuno di noi possiede, inoltre, un ritmo interno dettato da basi biologiche (ritmo cardiaco, ormonale, del funzionamento degli organi interni) ed è in grado di adeguarsi a ritmi dettati dall'esterno; tale capacità non è innata, bensì si sviluppa progressivamente nel tempo ed è facilitata dall'esperienza corporea.

Oltre a ciò, come sostenuto da Hall & Hall (1989), in base alla cultura di provenienza il concetto di tempo può essere vissuto in termini monocronico o policronico: il primo è rigido, focalizzato su un solo aspetto in cui "il tempo è denaro" e le scadenze e la puntualità sono fondamentali (i ritardi ad un appuntamento vengono accettati se di 1-5 minuti). Nel secondo caso, invece, vi è maggior flessibilità, le scadenze possono variare e i ritardi vengono tollerati, questo perché sono ritenuti più importanti gli aspetti di relazione che non strettamente lavorativi. Ad esempio, il concetto di <<subito>> è tradotto con <<non appena si termina l'attività che si sta svolgendo>>.

1.1.6 L'oggetto:

Per quanto riguarda la definizione di <<oggetto>> ve ne sono diverse, a seconda che si considerino le teorie psicologiche, psicoanalitiche, filosofiche e così via. In questo elaborato,

il significato attribuito a tale termine fa riferimento all'uso nella terapia neuropsicomotoria, in cui l'oggetto principale è il corpo del bambino e dell'adulto con cui interagisce.

Nella visione di Merleau-Ponty (1945), il corpo è culturalmente intelligente: non è semplicemente considerato secondo le caratteristiche mediche, cioè anatomiche e funzionali, ma è percepito come un oggetto intimamente vissuto dal soggetto stesso, secondo l'idea già espressa da San Tommaso: <<Non ho un corpo, sono un corpo>>.

Come sostenuto da Ponty, il corpo viene visto così com'è nel mondo, cioè nel suo rapporto con l'ambiente fisico e sociale; quindi, non è possibile conoscere il corpo stesso e poi esaminarlo nella sua relazione con il mondo, perché il corpo è già nel mondo, fin dall'inizio. In questo senso, il corpo è un costrutto sociale che può essere modellato dalla società e dalla cultura.

Ogni cultura, infatti, ha un diverso modo per considerare il corpo e per relazionarsi con esso. Il corpo, quindi, si adatta alle richieste e alle abilità tecniche della cultura di appartenenza: le mani, le braccia, le gambe, gli occhi imparano a muoversi in base alle azioni da compiere. Difatti, ogni società incoraggia lo sviluppo di alcune abilità motorie specifiche; ad esempio, tutte le culture producono una specifica gestualità, e gesti analoghi in culture diverse possono assumere differenti significati. Per esempio, il gesto che in Italia significa “Ma cosa vuoi?” o “Ma cosa stai dicendo?”, in Egitto



Figura 2.

significa “Aspetta!” (Figura 2). Vi sono, tuttavia, alcuni elementi comuni a tutti gli esseri umani: riso, pianto, mostrare i denti per aggressività, ci si acciglia per rabbia, si sollevano le spalle per indifferenza e incertezza e si fa sì e no col capo allo stesso modo.

Per imparare ad utilizzare il proprio corpo, il bambino, come anche l'adulto, imita i movimenti e le azioni che osserva e che ritiene efficaci. Queste azioni, per essere imitate, devono essere compiute da persone di fiducia, che esercitano sul bambino un certo tipo di autorità. Così, non solo la cultura passa attraverso il corpo, ma il nostro stesso corpo si carica di valori culturali.

Allo stesso modo, anche l'apprendimento di una lingua può essere considerato come un'abilità motoria, poiché anch'esso avviene per imitazione e attraverso l'uso del corpo. La lingua è uno strumento che ogni popolo ha a disposizione per

rappresentarsi il mondo, poichè ha la capacità di evocare un preciso universo fisico, affettivo ed esperienziale.

1.1.7 La voce:

La voce si presenta come una produzione corporea strettamente connessa alla respirazione e racchiude in sé tono e movimento, perché coinvolge organi che interagiscono attraverso meccanismi quali tensione-rilassamento, chiusura-apertura e innalzamento-abbassamento. Dato tale legame con il tono, anche la voce si modifica in base all'emozione provata, attraverso cambiamenti in aspetti come: intensità (volume), tono (frequenza delle vibrazioni delle corde vocali, acuta o grave), intonazione (discendente o ascendente) e prosodia. Come lo sguardo, anche la voce può avere delle funzioni simili al contatto, quale strumento di rassicurazione e modulazione.

1.1.8 Il movimento:

Il movimento è dato dall'insieme di tutte le categorie analogiche, poiché viene descritto come quelle modificazioni di tono e postura nello spazio e nel tempo, secondo il rapporto con gli oggetti.

La configurazione specifica di ogni categoria sopra menzionata, è data proprio dalla cultura, in grado di plasmare una prima forma dei modi di essere-nel-mondo di ogni essere umano, fin dalla sua nascita.

1.2 La Teoria Iceberg:

Nel paragrafo precedente, è stata definita una delle modalità con cui la cultura si inserisce all'interno del rapporto tra l'uomo e il mondo; tuttavia, esistono ulteriori aspetti che fanno parte del concetto di cultura, definiti di seguito.

Come sostenuto dalla “Teoria Iceberg” (Hall 1968), la cultura è composta da molti elementi, di cui quelli visibili rappresentano solamente la “punta dell’iceberg”.

Secondo questa teoria, esistono tre livelli di cultura: tecnica, formale e informale (o inconscia). (Figura 3)

La prima è data da tutti quegli aspetti che fanno parte della comunicazione a livello della scienza, ossia ciò che si può misurare accuratamente; rientrano elementi come il tempo oggettivo e il significato letterale di una parola (fornito dal dizionario). In tale livello, vi è sempre una sola interpretazione possibile, basata su un principio tecnico e oggettivo.

La cultura formale è invece parte del modo di compiere determinate attività, inizialmente appreso e poi accettato e condiviso; si trovano qui aspetti come le tradizioni, le regole, i costumi e le procedure.

Secondo Hall, l’essere umano non è generalmente a conoscenza di tali elementi, ma ne diventa consapevole non appena la regola viene violata.

Ad esempio, se un bambino dimentica di dire "grazie" al momento opportuno, un adulto lo solleciterà prontamente chiedendogli "Cosa si dice?". I bambini, infatti,

apprendono questa forma di cultura attraverso tentativi ed errori con la loro famiglia, e poi più tardi a scuola; così facendo, introiettano il modo accettato di fare le cose.

Nonostante tali tradizioni e costumi non emergano chiaramente nella vita quotidiana, possono essere studiati scientificamente e insegnati ad altri; in seguito, essi diventano tecnici e oggettivi. Per questo motivo, il livello di cultura formale si trova a volte sopra e a

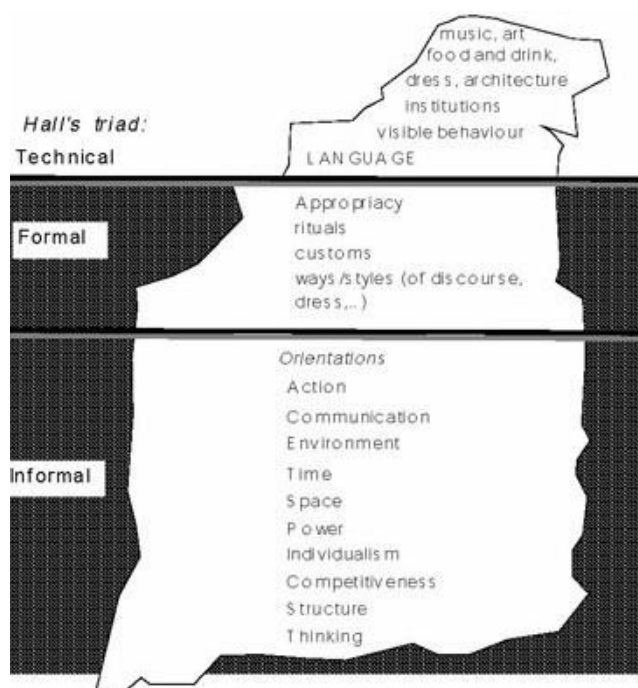


Figura 3. Teoria Iceberg

volte sotto la “superficie” data dalla consapevolezza.

Infine, la cultura informale è costituita non dal livello del “cosa si dice” bensì del “come lo si dice”, a cui l’essere umano risponde quasi sempre in modo inconsapevole. Per tale motivo, non vi sono delle regole precise e le interpretazioni possibili sono molteplici e cambiano a seconda della conoscenza di ognuno, della cultura di appartenenza e dell’età.

In quest’ultimo livello si trovano elementi come le categorie analogiche, la comunicazione e il pensiero.

1.3 Conclusioni:

Qualsiasi attività può enfatizzare uno dei tre livelli di cultura definiti in precedenza e, anzi, passare da un livello all’altro nel corso della stessa attività.

Ciò accade perchè la cultura, la cui parola deriva infatti dal latino *cultus* [coltivazione], non è un’entità statica, ma ha a che fare con qualcosa di dinamico, che cresce e si evolve, come le radici su cui si basa un’identità, individuale quanto di gruppo. Di conseguenza, ogni cultura è già di per sé multiculturale (Aime M., *Eccessi di culture*).

In conclusione, la cultura viene continuamente sottoposta ad influenze tanto esterne quanto interne, intendendo l’uomo quale produttore di cultura. Quindi, essa è in continua mutazione, è un insieme di elementi che cambiano nel tempo, creando una vera e propria storia alla base della quale giace l’impossibilità di rimanere identica a se stessa.

Capitolo 2:

UN VIAGGIO IN AFRICA:

2.1 Il contesto sociale:

Il continente africano è formato in totale da 54 Stati, il 40% circa dei quali si colloca negli ultimi posti delle principali classifiche di ricchezza nazionale, pur disponendo spesso di ingenti risorse naturali.

I Paesi classificati come a basso-medio reddito comprendono gli Stati dell'Africa centrale, ad esempio: Nigeria, Costa D'Avorio, Sudan e Corno d'Africa. Le zone più ricche sono invece limitate nel nord e sud del continente, come in Algeria, Libia, Angola e Sud Africa.

Le cause di tale condizione di povertà diffusa sono legate in parte all'alto tasso di natalità (4-5 figli per ogni donna in età fertile), che comporta un raddoppio della popolazione ogni 25-30 anni. Ad esso, si aggiungono condizioni come l'infertilità dei suoli, dovuta a particolari condizioni climatiche, e i continui conflitti armati, sia nella forma di guerre civili che di scontri tra nazioni.

Tutto ciò si riflette sulla qualità di vita e sullo stato di salute della popolazione africana.

Le malattie maggiormente presenti in Africa sono l'infezione HIV/AIDS, la malaria (singola causa più alta di morte nelle zone subsahariane, specialmente per i bambini sotto i 5 anni di età), la tubercolosi e il virus Ebola.

La poca disponibilità di personale sanitario al di fuori delle grandi zone urbane e la scarsa reperibilità di farmaci, quindi molto costosi, determinano un elevato tasso di mortalità infantile, pari al 55% del totale mondiale. Tale percentuale non rappresenta tuttavia un dato certo, poichè in molti casi l'evento viene nascosto dalle famiglie, considerato portatore di sfortuna.

Alle problematiche sanitarie si affiancano, in alcune zone dell'Africa, bassi livelli di alfabetizzazione e alta disoccupazione, di cui mancano però stime precise (Enciclopedia online Wikipedia).

2.2 Il contesto culturale:

Esistono due credenze opposte riguardo la cultura africana: nella prima si sostiene che l'Africa sia un unico Paese, in cui la popolazione si assomiglia in gran parte; nella seconda immagine, invece, il continente viene descritto come la "Torre di Babele", caratterizzato da una infinita diversità culturale.

Secondo la percezione attuale di cultura africana data dal modello europeo, sembra non esserci nulla in mezzo a queste due ideologie. In tale elaborato non si entrerà maggiormente in merito alla questione, la quale vuole costituire solamente motivo di riflessione per eventuali approfondimenti futuri.

Ad ogni modo, all'interno della cultura africana, o delle culture, spicca un elemento di particolare rilevanza, ovvero il linguaggio.

Il continente africano presenta infatti più di 1000 lingue parlate o scritte, a cui si aggiungono quelle portate dai colonizzatori europei. In molti casi, esse sono parlate soltanto da alcuni villaggi; tuttavia, sono state osservate reali affinità tra la maggior parte delle stesse, poiché deriverebbero tutte da un piccolo numero di lingue.

La situazione attuale di plurilinguismo è stata quindi determinata dalla comunicazione tra le popolazioni di Stati confinanti. Oltre a ciò, questi scambi di interazione hanno portato ad una vera e propria trasmissione di conoscenza.

A tale proposito infatti, lo specialista in cultura africana Badian S. Kouyate (1974) afferma: <<Attraverso il linguaggio abbiamo ciò che il passato ci ha lasciato come messaggio e ciò che il presente compone per noi. È il linguaggio che ci lega, ed è il linguaggio che fonda la nostra identità. È un elemento essenziale e senza lingua non c'è cultura. [...] La lingua ci aiuta ad interpretare tutto>> (Kouyate B.S., Trad. it.

Langues, cultures et traditions).

La trasmissione di conoscenze è stata quindi di grande importanza fin dalla nascita delle prime comunità, e ancora oggi rappresenta il fondamento delle relazioni sociali. Nello specifico, tale passaggio di saperi segue una gerarchia ben precisa, data dall'età: le persone più anziane guardano agli antenati, gli adulti guardano gli anziani, i giovani guardano agli adulti e i bambini li ammirano tutti.

Nella cultura africana il rispetto per chi ha una maggiore età non è un'ammirazione passeggera, bensì uno stile di vita in cui la longevità suscita stima, riconoscimento e richieste di bere da tali "pozzi di saggezza". Nel momento in cui i giovani mancano

di rispetto agli anziani, interrompono l'allineamento spirituale e sociale e quindi invitano al caos.

Queste dinamiche si basano su una visione circolare del tempo, in cui il mondo fisico e spirituale sono sempre in contatto.



Infatti, in alcune zone dell'Africa (come in Nigeria) il tempo non viene visto come un'entità misurabile, bensì viene scandito da eventi naturali, sociali o stati fisiologici: “due raccolti fa” per due anni, “un mercato”

Figura 4. Un mercato in Nigeria (Credit: Eco Images)
per cinque giorni e “un sonno” per un giorno (Figura 4).

In Costa D'Avorio, invece, vengono adottate espressioni come “alle due”; tuttavia, esse indicano la corrispondente posizione del sole nel cielo, quindi fasi del giorno più che punti esatti della giornata.

Infine, in merito alla scala sociale, nei sottoparagrafi che seguono si andrà ad analizzare nel dettaglio l'interazione mamma-bambino secondo gli aspetti culturali, partendo dalla gravidanza e dalla nascita del neonato, fino a giungere al ruolo del bambino nella comunità.

2.2.1 La gravidanza:

Durante il periodo gestazionale, soprattutto nei Paesi in cui l'educazione sanitaria può non essere adeguata, vengono adottate alcune pratiche culturali atte ad evitare future problematiche durante il parto, o nel neonato.

In particolare, nelle regioni costiere le madri sono invitate a ridurre il consumo di cibi ricchi di proteine ed evitare di bere acqua, perché si ritiene ciò inibisca i movimenti del feto, portando ad un bambino nato morto, e blocchi la produzione di latte materno dopo il parto.

Inoltre, vengono preparati regolarmente degli infusi di erbe per ridurre il dolore addominale e allo stesso tempo evitare l'aborto spontaneo (Kaura *et al* 2022). Nella maggior parte del continente africano, la gravidanza viene percepita come un periodo di passaggio per il bambino dal mondo spirituale a quello fisico. Per tale motivo, durante o dopo il parto vengono compiuti dei rituali, differenti in base alla comunità di appartenenza e definiti in parte nel sottoparagrafo seguente.

Data quindi l'importanza attribuita alla nascita, una madre che non è in grado di concepire viene ritratta in modo negativo e discriminata, perché vista come "colei il cui cesto perde".

2.2.2 La nascita:

Secondo la cultura africana, una donna in gravidanza è tenuta al lavoro fino al giorno del parto stesso. Tale evento non riguarda solo la singola famiglia, bensì l'intera comunità, come stabilito dalle antiche tradizioni diffuse in tutto il continente.

Se ne evidenziano di seguito le dinamiche.

Alcuni giorni prima della data presunta del parto, il padre consulta un divinatore. Egli, interpretando le tracce lasciate sulla terra/sabbia da un animale (di solito un granchio d'acqua dolce), indica al futuro genitore quale sacrificio animale (solitamente galline o capre) dev'essere compiuto, soprattutto in caso di problematiche durante il parto.

Nel momento in cui inizia il travaglio, la madre si siede su una pietra di fronte alla propria abitazione e il marito chiede aiuto ad una anziana ed esperta levatrice del villaggio.

Durante il parto, il padre è al fianco della madre e ne bagna l'ombelico con della saliva, sussurrando: <<Shala [Dio] dagli la via, apri la strada>>.

Una volta nato, il neonato viene bagnato dalla levatrice con dell'acqua fredda, in quantità tale da causare il pianto ma evitare che il sangue del piccolo coaguli.

Successivamente, l'anziana annuncia il sesso del neonato a tutti i presenti, solitamente le donne del vicinato.

La rimozione del cordone ombelicale segue delle modalità precise: se si tratta di un neonato maschio la levatrice utilizza l'estremità affilata di una freccia, altrimenti il bordo di un gambo di miglio.

La placenta e il cordone ombelicale che il neonato perderà rappresentano la vulnerabilità simbolica della madre. Per questo, vengono accuratamente conservati dalla nonna materna del bambino, poiché potrebbero essere utilizzate per compiere magie malvagie [*beshèngu*] che renderebbero la madre sterile.

In seguito al taglio del cordone ombelicale, sia la madre che il figlio vengono bagnati con dell'acqua calda; successivamente, di fronte all'ingresso dell'abitazione viene compiuto il sacrificio animale, per allontanare le divinità malvagie.

Il giorno seguente alla nascita ha luogo la cerimonia ufficiale [*ɔafa mndè*] per annunciare l'arrivo di un nuovo membro del villaggio: il padre espone sul tetto della capanna l'oggetto utilizzato per tagliare il cordone ombelicale, accanto ad un ramo di *euphorbia* di forma diversa a seconda del sesso del neonato. Successivamente, il genitore sostiene un breve discorso di fronte al villaggio, seguito da un banchetto.

Terminati i festeggiamenti, la nonna materna istruisce la figlia in merito all'accudimento del neonato, ad esempio nutrirlo con acqua mescolata ad ocre finché non arriva la montata lattea o come dormire senza recare danno al bambino.

Fino a questo momento, al neonato non è ancora stato dato un nome; è necessario, infatti, attendere il giorno in cui la madre uscirà di casa la prima volta. Questa data è indicata dal divinatore e solitamente è a tre settimane dal parto, anche se può variare in base alla stagione. Il pranzo realizzato in quest'occasione [*shave*] rappresenta il rituale di nascita più importante; ciò è dovuto alla cura nella scelta del nome.

In molte comunità, difatti, vengono dati due nomi: il primo si riferisce all'ordine di nascita del bambino, mentre il secondo può essere legato alle dinamiche del parto, ai sentimenti del padre verso il figlio o al ruolo sociale del genitore all'interno del villaggio.

Infine, in seguito al distacco madre-figlio dato dalla nascita di quest'ultimo, la madre viene reintegrata nella comunità seguendo tale rito: il neonato viene posizionato quattro volte sulla schiena della madre in modo scorretto, ad esempio a testa in giù, per poi essere posto adeguatamente.

Come spesso accade, i sentimenti legati alla nascita di un figlio possono variare in base alle caratteristiche del bambino.

In caso si tratti di *dlave*, ossia di un bambino nato “con la camicia” (avvolto dalla vernice caseosa), il padre e la madre si ritengono fortunati, poiché il loro figlio porterà ricchezza alla famiglia.

Un neonato nato da parto podalico, al contrario, rappresenta un pericolo per i genitori, innanzitutto per il rischio di morte nella madre. Al fine di ridurre i problemi futuri, i genitori indosseranno degli specifici bracciali per il resto della loro vita. Si nota quindi l'importanza attribuita agli oggetti (bracciali, collane) quali segni tangibili in grado di rafforzare la solidità del legame tra coniugi.

Infine, i gemelli [*kwalerha*] vengono considerati come figli di *Shala* [Dio], non appartenenti al mondo fisico e portatori di piogge. Per tale motivo, vengono venerati e rispettati dall'intera comunità.

Gli aspetti riguardanti la nascita di un bambino affetto da una patologia verranno indagati nel capitolo 3.

2.2.3 Il ruolo del bambino:

Nei sottoparagrafi precedenti si è posta maggiore attenzione alle dinamiche interne alla famiglia, soprattutto tra la mamma e il figlio.

Di seguito, si sottolineano alcuni principi comuni dell'interazione tra il bambino e l'intera comunità, quindi il suo ruolo attivo all'interno della stessa.

Il primo principio è dato dai meccanismi di osservazione-imitazione: il bambino deve imparare ad osservare un modello o un archetipo, per poi imitarlo. Questo è reso possibile da quello che viene definito il secondo principio, ossia permettere l'esperienza dell'attività che si vuole acquisire.

Infine, l'ultimo caposaldo è l'autonomia, la quale si ritiene consenta alla forza interiore del bambino di rivelarsi al fine di diventare un individuo completo, colto, rispettoso, integrato e sensibile ai bisogni della famiglia e dei vicini, acquisendo così uno spirito di responsabilità della vita. In questo modo, non viene imposta al bambino una “forma” dettata dall'esterno.

Dalla definizione di tali aspetti, si nota come l'intervento dell'adulto nel processo di crescita e di sviluppo del bambino sia ridotto al minimo, poiché, come sostenuto dall'etnografo P. Erny (1990): << Il bambino si alza liberamente, da solo, in mezzo ai suoi coetanei. Impara per imitazione, partecipando alla vita quotidiana del suo

gruppo sociale: esegue lavori, partecipa alle conversazioni e ai giochi, pratica i rituali>> (Erny P., Trad.it. *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique noire*).

In questo senso, l'intero tessuto sociale, inteso come comunità o villaggio, funge da quadro d'azione per lo sviluppo del bambino, fornendo nella vita di tutti i giorni esperienze in cui vengono indirettamente trasmessi i valori e i principi.

Di conseguenza, ogni occasione è utilizzata per infondere gli ideali, secondo un processo che dura per tutta la vita dell'individuo, un viaggio che non ha mai fine.

2.3 Conclusioni:

La maggior parte degli elementi trattati in questo capitolo fa riferimento alle antiche

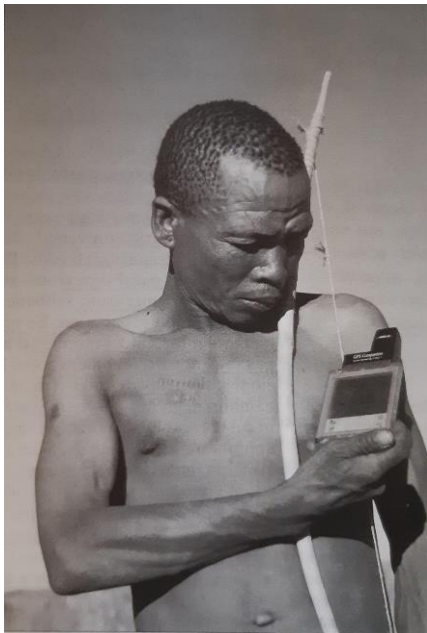


Figura 5. Un cacciatore !Kung San della Namibia si orienta con un GPS (Credit: Eric Vandeville)

tradizioni, profondamente legate ai rituali e in cui il mondo fisico e spirituale sono costantemente sovrapposti. Si è ritenuto opportuno descriverle poichè esse ancora oggi rimangono influenti nella società. Infatti, l'Africa "degli anziani" si trova attualmente spalla a spalla con le nuove generazioni, sensibili alle influenze esterne in seguito all'avvento delle tecnologie.

Questa convivenza è possibile ancora una volta grazie alla cultura: considerata come un processo dinamico, essa mobilita sia il patrimonio antico che gli elementi esterni.

In tale processo, alcuni aspetti necessariamente scompaiono per far posto ad altri, in modo che si possa creare, così, qualcosa di nuovo (Figura 5).

Capitolo 3:

LA PATOLOGIA, DALLO SFONDO CULTURALE AL PRIMO PIANO FAMILIARE:

La storia del concetto di “patologia” (intesa come disturbi del neurosviluppo in età evolutiva) nei paesi non occidentali è, il più delle volte, sconosciuta.

Nel continente africano, infatti, è avvenuta una secolare frantumazione politica, economica, sociale e culturale che ha avuto conseguenze anche nell’ambito della documentazione dei fenomeni storici e sociali.

Oltre a ciò, permane tutt'oggi una difficoltà di ordine concettuale: appare complesso interpretare correttamente i fenomeni culturali in Africa facendo uso delle categorie mentali e sociologiche occidentali.

Inoltre, nel passato storico africano (nonchè occidentale) la terminologia stessa “persona con patologia (o disabilità)” non era contemplata.

L’introduzione del concetto sanitario è avvenuta in seguito all’impatto violento tra due realtà: le basi tradizionali della scienza medica africana da un lato, e quelle biomediche della scienza occidentale dall’altro.

Nonostante ciò, a livello culturale vi è ancora oggi una forte devozione ai metodi di cura tradizionali, pur essendoci in merito grandi differenze all’interno del continente africano.

Nel paragrafo che segue, si andrà ad esporre il concetto di “patologia” secondo le antiche tradizioni.

3.1 Il corpo e la spiritualità nell’Africa antica:

Come sottolineato nel capitolo 2, le usanze africane attribuivano molto valore alla spiritualità. Il legame con questo mondo non terreno passava anche attraverso il rispetto della natura e dell’ambiente, essere umano compreso.

Quest’ultimo veniva venerato nella sua interezza e in tutte le sue sfaccettature, incluso il corpo che si diceva fosse “disabilitato”.

Lo spiritualismo africano, infatti, glorificava e approvava la patologia: le deformità del corpo erano considerate attributi spirituali divini concessi agli esseri umani dagli dei.

Di conseguenza, le persone affette da una patologia erano ritenute prescelte dagli dei, quindi portatrici di un potere superiore, in grado di mediare tra il mondo fisico e spirituale. Di frequente, ad esse veniva attribuito uno status sociale favorevole, fino all'elevazione alle massime cariche istituzionali.

Tale ideologia si esprimeva anche nella raffigurazione di alcune divinità, con corpi deformi. Ad esempio, la menomazione del dio *Èshù* gli dava accesso a molteplici realtà sia del mondo naturale che di quello degli dei.

In Nigeria, invece, gli dei *Ojibwa*, ciechi e zoppi, erano malvagi.

L'accettazione o meno della patologia era infatti strettamente correlata alla visione della spiritualità, propria di ogni comunità dell'Africa.

Ne deriva quindi come vi fossero atteggiamenti diametralmente opposti: la persona affetta da una patologia veniva venerata o, nella maggior parte dei casi, maltrattata e bandita.

Lo studio di Wilson (1966) sulla Nigeria, riporta ad esempio come questo popolo attribuisse le cause della patologia, nello specifico la cecità, a stregoneria, magia nera, a Dio e altre forze soprannaturali. Queste persone, quindi, venivano allontanate dalla comunità poiché considerate pericolose.

In altri Stati, un bambino con paralisi cerebrale infantile era ritenuto il frutto di relazioni sessuali promiscue. In tali situazioni, era la madre stessa ad essere bandita perché considerata colpevole.

In seguito a quanto esposto, si nota un enorme divario concettuale nella considerazione della patologia.

Tale differenza, però, non è da considerarsi come limitata al passato, perché proprio da esso deriva il presente di oggi.

La visione attuale, che segue il dualismo appena definito, verrà analizzata nel dettaglio nel paragrafo successivo.

3.2 La patologia nell'Africa contemporanea:

Secondo le statistiche delle Nazioni Unite, ci sono attualmente oltre 600 milioni di persone affette da una patologia in tutto il mondo, di cui 400 milioni vivono nei paesi in via di sviluppo e 80 milioni in Africa.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sostiene come circa il 40% della popolazione africana sia costituito da persone con una patologia, di cui il 10-15% sarebbe dato da bambini in età scolare.

Molti casi non sono tuttavia noti. Questo perché le famiglie vivono isolate dal punto di vista geografico e quindi la registrazione presso l'anagrafe non avviene o è tardiva.

In seguito alle ultime disposizioni normative, le famiglie hanno convenienza a far registrare i bambini, in quanto fino ai 5 anni è assicurata l'assistenza sanitaria, di base.

Infatti, per questi bambini i servizi finalizzati alla riabilitazione sono a dir poco esigui, dove presenti sono privati, molto cari e limitati ai soggetti con alterazioni prettamente fisiche. Per gli altri, la possibilità di miglioramento viene considerata pari a zero.

Coerentemente con questo genere di valutazione, i servizi dedicati a bambini con disabilità intellettiva in comorbilità con quella fisica sono gravemente insufficienti. Se definire esigui i servizi è un puro eufemismo, altrettanto limitati sono i possibili fruitori degli stessi, una circoscritta cerchia di fortunati supportati economicamente da associazioni internazionali. Tutti gli altri ne sono necessariamente esclusi dalle condizioni di povertà in cui si ritrovano.

L'accesso alla scuola è stimato per non più del 5-10% di questi bambini ed è correlato al grado di autonomia del bambino stesso, spesso ritenuto incapace di apprendere.

In tale ambito, il Marocco sta compiendo dei passi avanti per quanto riguarda l'inclusione scolastica di bambini con patologia.

Dove presente la scolarizzazione, inoltre, sono perlopiù assenti le figure di sostegno. La difficoltà nel partecipare alla vita sociale riguarda anche gli adulti affetti da una patologia, di cui il 70-80% non viene considerato nelle opportunità di lavoro, trovandosi disoccupato.

Un motivo di tale esclusione dalla vita di comunità è dato dal pregiudizio sociale. Genitori e professionisti sanitari hanno infatti osservato che, mentre è possibile per i bambini con una patologia avere rapporti sociali tra loro, è molto più difficile per loro formare relazioni con gli altri bambini.

In Uganda, ad esempio, un giornale locale ha riportato la storia del raccapricciante omicidio di due bambini da parte delle loro stesse madri. Le madri avrebbero citato il forte stigma negativo e il divorzio per aver dato alla luce "bambini anormali" come ragioni, imperdonabili, di tale gesto (Gerald-Luk 2020).

All'interno dello studio di Masulani-Mwale *et al* (2016), i genitori hanno riferito di essere stigmatizzati a causa delle credenze culturali negative degli altri: sono stati etichettati con nomi dispregiativi e accusati di aver intenzionalmente causato la patologia del loro bambino, come un modo per ottenere un sostegno economico.

Inoltre, nello stesso studio, alcuni genitori hanno riferito di essere stati consigliati da membri della comunità di uccidere i loro figli, consiglio che è stato perlopiù respinto. Ciò è avvenuto nel caso di un bambino affetto da albinismo, in base alla credenza per cui seppellirne la testa rende ricco il proprietario di casa.

Dall'altro lato, come evidenziato nel paragrafo precedente, in alcuni Stati la patologia viene al contrario considerata fattore di prestigio. Un esempio è dato dal popolo Wadoma, nello stato dello Zimbabwe, nell'Africa meridionale.

Tale comunità tramanda un simbolismo spirituale positivo legato alle persone con patologia, poiché la maggior parte del popolo stesso ha una condizione nota come "ectrodattilia", in cui le tre dita centrali dei piedi sono assenti e le due esterne sono girate. Questa condizione rende difficile per loro correre o persino indossare scarpe convenzionali.

Nonostante ciò, essa è esibita con orgoglio tra il popolo Wadoma, tanto da proibire ai membri di sposarsi al di fuori del gruppo.

La rappresentazione positiva o meno della patologia è correlata alle cause attribuite a tale condizione, anch'esse divise.

Gli aspetti soprannaturali e biomedici verranno definiti nei sottoparagrafi seguenti.

3.2.1 Le cause soprannaturali:

Alcune comunità all'interno del contesto africano percepiscono gli individui affetti da una patologia come posseduti dallo spirito demoniaco, derivanti da azioni peccaminose o punizioni da parte di Dio.

Ciò accade perché il sistema di pensiero adottato privilegia il mondo sociale: le cause sono date in termini di relazioni interpersonali e vengono ricondotte a un comportamento in grado di minacciare l'intera comunità.

In Kenya, ad esempio, le cause dell'autismo sono considerate gli spiriti maligni, la stregoneria e le maledizioni.

Lo stesso vale in Costa D'Avorio, dove la patologia è portatrice di sventura per la famiglia e il bambino viene definito un "serpente". Egli viene spesso ripudiato, abbandonato o lasciato morire.

Tale visione si modifica a seconda che si considerino le grandi città, dove è iniziata una campagna per aumentare la consapevolezza, o i piccoli villaggi.

Dalla definizione di queste credenze, appare evidente il motivo per cui nell'Africa contemporanea le persone con una patologia vengono discriminate e la loro accessibilità nella società resa difficile.

Inoltre, tali convinzioni influenzano, come verrà sottolineato più avanti, l'approccio al trattamento.

3.2.2 Le cause biomediche:

Le cause biomediche della patologia sono molteplici, molto spesso legate alla ridotta qualità di vita.

In seguito ai continui conflitti armati all'interno del Paese, molti bambini subiscono amputazioni a causa di colpi d'arma da fuoco o delle granate. Inoltre, sono stati documentati dei casi di paralisi cerebrale sviluppatasi dopo essere stati picchiati sul cranio con il machete, o altre armi.

Anche la qualità di vita delle madri inficia sullo sviluppo di patologie.

Le condizioni di scarsa igiene e quindi le frequenti infezioni rappresentano le circostanze in cui avviene il parto.

A queste cause, si aggiungono talvolta l'abuso di droghe e la disidratazione.

Lo squilibrio idrico è infatti un forte predittore di pre-eclampsia (ipertensione e presenza di proteine nelle urine), la quale compromette lo sviluppo del feto.

Durante la gravidanza, i fattori che portano alla disidratazione sono: la sudorazione eccessiva dovuta alle alte temperature e all'assenza di finestre nell'abitazione, il limitato accesso all'acqua potabile e la poca importanza che le madri danno all'idratazione stessa.

I neonati di madri disidratate sono quindi sottopeso, disidratati e possono morire poco dopo la nascita. Ciò perché i bambini vengono spesso avvolti in molti strati di vestiti per evitare gli effetti dannosi del malocchio.

Come evidenziato in precedenza, l'accesso alle cure è limitato; questo determina un'alta percentuale di complicanze alla nascita non risolte, quali lesioni, traumi (paralisi ostetriche) e sofferenze da parto.

Ad esse si associano la malnutrizione, gli agenti patogeni e i fattori ereditari. Soprattutto nei piccoli villaggi, dove sono frequenti i matrimoni tra consanguinei, le patologie genetiche sono la maggior parte, come sindrome di down e albinismo.

Oltre a ciò, soprattutto in Costa D'Avorio i bambini presentano molte alterazioni fisiche, come il piede torto o le ginocchia valghe.

Come sottolineato nel sottoparagrafo 2.2.3 "Il ruolo del bambino", l'adulto limita il suo intervento nel processo di sviluppo, anche in seguito ad impegni lavorativi. Se portato agli estremi, ciò può avere ripercussioni sulla quantità e qualità degli stimoli che il neonato riceve fin da piccolo.

Questo aspetto, associato ad altri fattori, può rappresentare un terreno fertile per l'affermazione di alcune patologie, come: disabilità intellettiva, autismo, ritardo dello sviluppo e disturbo da deficit di attenzione e iperattività, spesso in comorbidità tra loro.

Un'ulteriore causa acquisita di patologia è la malaria. Spesso accade che essa non venga curata con i farmaci adeguati, portando a febbre alta, convulsioni e stato di coma. Da esso, i bambini si risvegliano con danni cerebrali irreversibili, ad esempio non più in grado di camminare.

Infine, fattori aggiuntivi sono i rischi ambientali e gli incidenti stradali, molto frequenti soprattutto in Marocco.

I rischi ambientali sono dati ad esempio da importanti e permanenti scottature su tutto il corpo.

Ciò accade spesso nei bambini affetti da epilessia. Questa è ritenuta una malattia contagiosa; pertanto, durante le crisi c'è resistenza nel prestare assistenza e non vengono somministrati i farmaci. Di conseguenza durante questi momenti molti bambini, quasi come se ne fossero attratti, finiscono nel fuoco.

Si nota, quindi, come le cause legate all'insorgenza della patologia siano per la maggior parte acquisite.

3.3 Dalle cause al trattamento: i differenti approcci:

In tutto il continente è comune utilizzare sia i sistemi di cura occidentali che quelli tradizionali. In alcuni casi, l'approccio legato alle tradizioni precede quello biomedico.

La religione e le credenze spirituali sono fortemente invocate non necessariamente perché siano più importanti, ma forse perché c'è poco altro su cui le persone possono fare riferimento. La mancanza di accesso a servizi dati per scontato altrove, rappresenta il contesto impoverito in cui si trovano i genitori dei bambini.

Di conseguenza, molti fanno affidamento alla religione, portando il loro figlio da sacerdoti affinché lo liberino dalla patologia. Altri genitori si rivolgono agli stregoni locali, i quali praticano la medicina tradizionale attraverso l'uso di pozioni, erbe, rituali e contromaledizioni (Figura 6, pagina seguente). In quest'ultime vengono spesso utilizzati oggetti appartenenti al bambino (ciocche di capelli, vestiti), secondo l'idea per cui due elementi rimasti in contatto fino a un attimo prima conservano il potere di agire l'uno sull'altro.

Tali guaritori richiedono inoltre molto denaro, che già scarseggia nella famiglia. Nelle situazioni di maggior povertà i genitori arrivano ad abbandonare il proprio figlio nella foresta, non vedendo risultati in seguito a tali approcci. Questo, viene ovviamente nascosto dalla famiglia, la quale sostiene che il bambino sia morto all'improvviso.

I tentativi di cura tramite metodi tradizionali sono determinati anche da ragioni culturali: in alcuni Stati la cura viene intesa come rimozione della malattia, considerata una variabile spesso disfunzionale che può e deve essere rimossa,



Figura 6. Un curatore del Benin mentre cura una ragazza psicopatica con erbe dalle proprietà calmanti (Credit: Ullstein Bild)

guarita, cancellata.

Solo dopo aver compreso che le considerevoli spese non giovano alle condizioni del figlio, i genitori che hanno la disponibilità economica si affidano ad organizzazioni operanti nell'ambito dei servizi. L'accesso ai servizi è senz'altro positivo, ma non è sufficiente a sradicare tali credenze.

Così, i genitori ripongono una fiducia incondizionata nel personale sanitario, fermo restando la convinzione che, portando il bambino con frequenza, potrà esserci una

guarigione completa.

Ovviamente questo non è possibile, e la delusione conseguente impedisce loro di apprezzare i piccoli progressi che migliorano la qualità di vita del figlio.

Alla volontà di rimozione della patologia vi è un'ideologia contraria, secondo cui essa è un destino voluto da Dio che non può essere messo in discussione. Tale condizione va quindi accettata o addirittura venerata.

Entrambe queste interpretazioni si accompagnano ad una speranza nella medicina e nella scienza europee.

Nel paragrafo che segue, si andrà a restringere la lente di ingrandimento sul termine "patologia", focalizzandosi sulle dinamiche di accudimento e sui vissuti interni alla famiglia.

3.4 All'interno delle mura di casa:

Per la maggior parte delle famiglie con bambini affetti da una patologia gli spostamenti sono molto difficoltosi, sia a causa della morfologia del Paese sia per le condizioni socio-economiche precarie.

In Costa D'Avorio, esistono tuttavia delle associazioni di volontariato che portano i bambini alle sedute di riabilitazione nelle grandi città. Inoltre, è presente un centro di riabilitazione diurno che ospita la madre e il bambino per la durata del progetto di trattamento.

Purtroppo tali opportunità rappresentano un'eccezione; in gran parte dei casi la gestione del bambino avviene solo in ambito familiare.

Per la famiglia, lo stigma sociale ha una grande influenza: i genitori sentono il bisogno di nascondere il proprio figlio alle persone della comunità, ne mantengono segrete le condizioni e sono preoccupati che gli altri siano riluttanti a sposarsi con la loro famiglia.

Il timore di essere trattati in modo diverso determina spesso per il bambino una vita limitata tra mura di casa.

Le possibilità di uscire sono ridotte in quanto la madre, che tradizionalmente si prende cura dei figli, deve anche coltivare il campo per l'autossistenza della famiglia, spesso numerosa. Il lavoro occupa la maggior parte del suo tempo e la donna porta con sé, legato al dorso, l'ultimo figlio nato non ancora in grado di camminare.

Se l'ultimogenito è affetto da una patologia per cui non raggiungerà la deambulazione, la fase in cui rimane sulla schiena della madre si dilata a tempo indeterminato.

Tuttavia, quando il genitore deve percorrere lunghi tragitti per andare a lavorare è impossibile farlo con due figli. Quello che viene lasciato a casa, spesso del tutto solo, è il bambino con patologia.

Per di più, se in famiglia vi è anche una persona anziana, la priorità delle cure è data alla persona sana e con maggiore età. Ne consegue come vi sia il più delle volte una scarsa igiene per il bambino.

Oltre a ciò, le famiglie più povere sono costrette a scegliere tra comprare il cibo per tutti o i farmaci adeguati al trattamento.

Appare, quindi, complesso sostenere l'importanza della continuità nelle cure di base. Per i genitori, a tali problematiche legate ad una mancanza di conoscenze e competenze di base si aggiungono alti livelli di stress, depressione, difficoltà finanziarie, stigma, vergogna e discriminazione.

Di frequente, inoltre, un genitore è costretto a dimettersi dal proprio lavoro per fornire assistenza a tempo pieno al figlio.

Questi vissuti sono simili a quelli riportati in letteratura in altri continenti del mondo; tuttavia nei Paesi a basso reddito essi si intensificano.

Per far fronte a tali sfide, Gona *et al.* (2011) hanno evidenziato due strategie di coping: basato sul problema o sull'emozione.

Nel primo caso, i genitori che hanno accesso ai servizi ampliano il più possibile le loro conoscenze, imparando nuove competenze che favoriscano la gestione domiciliare. Questo si traduce in un miglioramento per il bambino, poiché certe madri comprendono l'importanza di fargli acquisire alcune abilità, come stare seduto.

La strategia di coping basata sull'emozione fa riferimento alla spiritualità: i genitori chiedono la liberazione dalla patologia ai sacerdoti o tramite la preghiera. Tuttavia, in alcuni casi la fede viene abbandonata perché non vi è una piena accettazione da parte della comunità.

Per una minoranza, inoltre, il coping comporta l'uso di sostanze.

Oltre a queste difficoltà, alcune famiglie sono monogenitoriali, quindi tutto ciò grava su una sola persona, la madre. Questo perché spesso il padre lavora lontano, non si occupa del bambino o abbandona la moglie in seguito alla nascita del figlio.

Per concludere, risulta evidente come le esperienze dei genitori siano generalmente negative su un certo numero di livelli: dal micro-livello della famiglia, attraverso la comunità e fino alle possibilità di assistenza nelle economie africane. Il tutto, all'interno di un quadro di disuguaglianza globale in progressivo aumento.

Infatti, dallo studio condotto da Whyte (2007) in alcuni Stati dell'Africa, è emerso come i bambini affetti da una patologia fossero tradizionalmente presi in cura dal contesto familiare numeroso. La presenza di più figure permetteva che l'accudimento

fosse condiviso fra i soggetti e quindi tollerabile. Di conseguenza, alla comunità non era richiesto un ruolo rilevante nella cura di queste persone.

Successivamente, il trasferimento nelle città, la riduzione della famiglia ad un numero ristretto di elementi e la rigidità degli orari di lavoro, hanno trasformato ciò che era un problema di organizzazione familiare in un problema sociale.

Capitolo 4:

MATERIALI E METODI:

Nei capitoli precedenti sono state indagate le diverse sfaccettature dei concetti di cultura e patologia secondo quanto riportato dalla letteratura.

Nei capitoli che seguono, si andrà ad analizzare direttamente il ruolo di tali elementi in base a quanto osservato nei tre casi clinici proposti in questo elaborato.

Nei paragrafi seguenti, quindi, verranno esposti i materiali e i metodi utilizzati, costituiti dalla videoregistrazione di momenti di interazione genitore-figlio e dall'intervista semistrutturata al genitore.

4.1 La videoregistrazione:

Nel corso dell'osservazione diretta di una data situazione può risultare difficile cogliere tutti i dettagli, in particolare quando si verificano contemporaneamente. La registrazione di video è in grado di ridurre tale ostacolo, poiché riporta accuratamente gli eventi e consente inoltre all'operatore di verificare o smentire la sua osservazione.

Le ricerche in ambito sanitario hanno iniziato ad utilizzare questo metodo attorno al 1970, per osservare l'interazione tra medico e paziente e come il comportamento dell'uno influenzi le decisioni dell'altro.

Fin da subito, sono stati evidenti i vantaggi della videoregistrazione, riassunti in tre qualità: validità, affidabilità e flessibilità.

La prima è data dalla precisione nel generare una grande quantità di informazioni, le quali possono poi essere analizzate in secondo luogo sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, contribuendo alla validità delle conclusioni.

L'affidabilità, ovvero la coerenza dell'analisi, è dovuta alla possibilità di conservare i dati acquisiti in modo permanente e completo, senza perderne gli aspetti qualitativi. Essi, potranno poi essere rivisti da più valutatori.

Infine, la flessibilità viene garantita dall'opportunità di rivedere ripetutamente quanto registrato.

Per quanto riguarda gli svantaggi della videoregistrazione, essi sono costituiti principalmente dalla possibilità dell'“effetto Hawthorne”(Asan-Montague 2014), un fenomeno sociologico per cui la persona, in quanto sa di essere osservata, può variare in modo temporaneo e a volte inconsapevole il proprio comportamento. Oltre a ciò, analizzare i dati video richiede molto tempo.

Negli ultimi anni, la registrazione video è stata utilizzata non solo nel settore dell'assistenza sanitaria, ma anche nell'interazione sociale.

Di seguito ne verrà definito brevemente l'uso all'interno dell'interazione genitore-figlio.

La videoregistrazione consente la misurazione di elementi come la sincronia e la reciprocità, perché si concentra sulla sequenza di comportamenti tra il bambino e il genitore.

Come dimostrato più volte dalla letteratura, questi aspetti sono fondamentali poiché vi è una forte correlazione tra la reattività del genitore e lo sviluppo cognitivo del figlio, tanto più quanto quest'ultimo è piccolo.

Tale strumento di osservazione indiretta permette, quindi, di notare nel dettaglio tutti i comportamenti, mettendoli in relazione tra di loro.

Sulla base di quanto esposto nei paragrafi 1.1. e 1.2, il comportamento umano presenta alcuni aspetti inconsapevoli in quanto risente dell'influenza della cultura, suddivisa in “sopra e sotto la superficie” (Teoria Iceberg, Hall 1968).

In questo elaborato, la videoregistrazione viene utilizzata proprio per individuare il ruolo della cultura africana nell'interazione tra il genitore e il bambino, per quanto riguarda i comportamenti meno consapevoli.

A tale scopo, ci si avvale dell'analisi video, suddividendo il comportamento osservato in sequenze di azioni.

In questo modo è possibile compiere un'osservazione di primo livello, data dalla descrizione di quanto osservato. Successivamente, viene attuata una descrizione di secondo livello, che potrà contenere delle interpretazioni.

Il tutto avviene nel contesto di una seduta neuropsicomotoria, durante le attività di gioco.

In alcuni dei tre casi clinici presentati le attività sono state in parte predisposte prima dell'arrivo del genitore e del bambino per facilitare l'adulto nella scelta (nonché in

base alla regola vigente per il bambino per cui è la terapeuta a prendere i giochi); in altre situazioni, invece, si è lasciata maggior libertà di scelta.

4.2 L'intervista al genitore:

I colloqui con le famiglie possono rappresentare un'occasione per creare il primo contatto tra il servizio e la famiglia, o per approfondirlo.

Lo spazio del colloquio deve funzionare come uno spazio di ascolto e d'incontro, al fine di costruire le premesse per un adeguato contratto terapeutico tra il professionista sanitario e la famiglia.

Nella maggior parte dei casi però, come è accaduto in tale elaborato, l'incontro avviene in presenza di un solo genitore, la madre.

In questo elaborato, attraverso l'intervista semistrutturata si indagano gli elementi culturali legati all'accudimento e il punto di vista del genitore rispetto al proprio figlio e alla sua patologia.

In particolare, si tiene conto di alcuni fattori durante l'incontro: la presenza di rituali durante e dopo la gravidanza, lo stile relazionale nell'accudimento e come esso sia o meno influenzato dalla cultura europea, la possibilità di gioco con il bambino e l'immagine del figlio e della sua patologia nel genitore, e secondo il Paese d'origine. Infine, si vuole lasciare spazio al genitore per esprimere eventuali perplessità o curiosità in merito, in modo da rendersi disponibili all'ascolto e determinare un'intervista in entrambi i sensi, caratterizzata da reciprocità.

In questo elaborato, infine, i materiali appena definiti vengono successivamente integrati tra di loro e confrontati tra i tre casi clinici. Così facendo, è possibile avere una panoramica di quanti più aspetti culturali africani possibili, sia consapevoli che meno.

Capitolo 5:

INTRODUZIONE AI CASI CLINICI:

In tale elaborato vengono presentati tre casi clinici.

I criteri di scelta sono stati innanzitutto la provenienza dal continente africano dei genitori; successivamente sono stati individuati i bambini la cui gravità della patologia fosse, sotto certi aspetti, ridotta.

Ciò poiché è stato dimostrato (Zanetti 2016) che maggiore è la compromissione, minore è l'influenza della cultura sulla personalità, sulle scelte, sulle azioni e sui pensieri del bambino.

Inoltre, volendo approfondire la relazione tra il genitore e il figlio, questa risulta spesso più complessa da stabilire nel caso vi sia una patologia grave.

I bambini presentati sono seguiti presso il “Distretto Unico Socio Sanitario Mons. E. Negrin” di Bassano del Grappa (VI), dove si è svolto il tirocinio per la tesi.

I casi vengono analizzati separatamente, illustrando in primo luogo la storia anamnestica dei bambini. Segue l'osservazione del comportamento spontaneo, guidata dalla Scheda di Osservazione Psicomotoria tratta dal libro *Il contratto terapeutico in terapia psicomotoria. Dall'osservazione al progetto*

(Berti-Comunello-Savini 2001). Tale scheda di osservazione si propone di compiere nell'ordine un'analisi dei seguenti aspetti del bambino: Struttura sensomotrice, Area neuropsicologica e gioco, Adeguamento, Comunicazione e relazione.

Successivamente si presenta il progetto riabilitativo, affiancato ad una sintesi dei punti di forza e di debolezza del bambino e costituito dalla definizione degli obiettivi riabilitativi e delle strategie di intervento.

In questo paragrafo vengono inoltre specificati eventuali interventi compiuti da altri professionisti sanitari, che fanno parte dell'équipe riabilitativa insieme al terapeuta della neuro e psicomotricità.

Nell'ultima parte del paragrafo si propone l'affiancamento ad un intervento indiretto, dato da alcune indicazioni che è possibile condividere con l'ambiente familiare e scolastico.

In seguito, si presenta l'analisi di alcune parti particolarmente rilevanti del video registrato, vissute dal bambino e dal genitore.

Per concludere, si riportano le risposte date dal genitore all'intervista semistrutturata, il cui scopo è stato definito nel capitolo precedente.

Non verranno riportate le singole risposte date dal genitore ad ogni domanda, perché, come previsto nell'intervista semistrutturata, le domande possono essere poste in ordine sparso, in base al fluire del discorso.

Le domande dell'intervista semistrutturata sono presentate nell'Allegato 1.

Capitolo 6:

BEN:

6.1 Anamnesi:

6.1.1 Diagnosi:

Ritardo globale dello sviluppo (F88) con associati Disturbo della comprensione del linguaggio (F80.2) e Piede torto congenito bilaterale (Q660).

6.1.2 Anamnesi fisiologica:

Primogenito nato a termine nell'ottobre 2017 in Italia, da gravidanza normodecorsa (PN 4 kg); il periodo perinatale viene riferito regolare, l'alimentazione è avvenuta tramite latte materno e in formula, lo svezzamento non ha riscontrato apparenti criticità e attualmente il bambino ha una dieta regolare; il ritmo sonno-veglia è adeguato. Per quanto riguarda lo sviluppo neuropsicomotorio, i genitori riportano come la deambulazione sia stata acquisita attorno agli 11 mesi, con una forte intrarotazione dei piedi (maggiore a sinistra), metatarso varo e tibia vara bilaterale. Le prime parole sono comparse secondo i range di norma, in seguito è avvenuta un'interruzione per alcuni mesi, con ripresa della produzione e arricchimento del lessico durante il primo anno della scuola d'infanzia. Infine, il controllo sfinterico diurno e notturno è stato raggiunto a 3 anni e mezzo.

6.1.3 Anamnesi patologica:

Alla nascita viene riscontrato piede torto congenito bilaterale.

Dall'età di 2 anni, Ben utilizza degli occhiali con lenti correttive a seguito di un'ambliopia all'occhio destro, non ridotta tramite il bendaggio dell'occhio sinistro; attualmente il bambino effettua controlli periodici dall'oculista.

E' presente un Disturbo della comprensione del linguaggio, mentre sono negate ipoacusia e altri deficit neurosensoriali.

Nel febbraio del 2023 sono state eseguite delle indagini genetiche per sospetto Sindrome dell'X-fragile, poi smentita poiché non raggiunto il numero di mutazioni cromosomiche necessarie alla diagnosi.

6.1.4 Contesto socioeducativo:

Nucleo familiare (genitori provenienti dalla Costa D'Avorio) composto da 2 adulti (madre di 35 anni, padre di 39 anni), Ben e una sorella di 4 anni. A casa il bambino è esposto a diverse lingue (italiano, dialetto del paese d'origine e francese). In materia di autonomie, si alimenta da solo ai pasti, usa in modo efficace posate e bicchiere e si veste in autonomia con guida verbale.

Per quanto riguarda il contesto scolastico, le insegnanti della scuola d'infanzia hanno riportato elementi di immaturità globale, difficoltà attentive e oppositività.

Attualmente in tale ambiente è presente una figura di riferimento, in sostegno durante alcune ore della settimana.

6.1.5 Storia riabilitativa:

Dalla nascita fino ai 2 anni Ben viene seguito dalla fisiatra, con cicli di trattamento fisioterapico in seguito alla condizione di piede torto congenito; inoltre, dall'età di 1 mese, utilizzava le scarpe bebox di giorno e i tutori Ponseti di notte, con ridotti benefici. Durante la visita fisiatrica effettuata a 1.6 anni emergono: marcato valgismo dei colli femorali, tibia intratorta maggiore a sinistra, lieve metatarso varo a sinistra, lieve valgismo delle tibie e marcata intrarotazione dei piedi (maggiore a sinistra) nel cammino. Sono stati quindi prescritti dei plantari Lelievre e calzature "a biscotto" (margini laterali non sagomati) per il giorno, in aggiunta ai tutori notturni.

All'età di 4 anni Ben arriva al servizio di Neuropsichiatria Infantile di Bassano del Grappa (VI) su richiesta delle insegnanti della scuola d'infanzia, in seguito alle difficoltà notate soprattutto in materia di pianificazione e nelle autonomie personali. Vengono attuate una valutazione neuropsichiatrica, con somministrazione della scala WPPSI-III, neuropsicomotoria e logopedica. In particolare, la neuropsichiatra scrive: <<Deambulazione con piedi vari e AAIL intraruotati, possibile su punte e talloni, ROT simmetrici/normoevocabili, piede destro piatto [...] bimbo disponibile all'interazione con l'adulto, stile soprattutto responsivo, contatto visivo presente ma non ben modulato nell'interazione [...] linguaggio poco usato, immaturità nelle prassie orali>>.

Alla somministrazione della scala WPPSI-III emergono complessivamente delle ricadute per quanto riguarda il QI verbale e di performance (rispettivamente 2° e 3°%ile), mentre il QI di velocità di processamento è pari al 27%ile. Oltre a ciò, dalla valutazione si notano buone competenze per quanto riguarda la memoria di lavoro. Nel complesso, il QI totale ha un punteggio di 71, pari al 3%ile.

Infine, alle valutazioni neuropsicomotoria e logopedica emerge come le prassie orofacciali siano immature, le abilità prassico-costruttive nella media ai test standardizzati e quelle grafo-motorie siano tali da permettere una copia di semplici figure rispettando la direzionalità.

Successivamente, a partire da aprile 2022 Ben ha iniziato il trattamento logopedico, seguito poi da quello neuropsicomotorio da giugno 2023.

6.2 Osservazioni:

La definizione del seguente profilo neuropsicomotorio è frutto di un'osservazione del comportamento spontaneo effettuata nei mesi di giugno e luglio 2023. Al momento dell'osservazione Ben ha 5 anni e 8 mesi.

6.2.1 Struttura sensomotoria:

Per quanto riguarda gli aspetti quantitativi della motricità grossolana, il bambino esegue in autonomia tutti i passaggi posturali, la deambulazione è spedita, è presente il salto da terra a piedi pari ed è emergente il salto monopodalico. La qualità di tali abilità risulta tuttavia lievemente alterata, come si nota anche dalle ridotte abilità di equilibrio e dall'impaccio motorio nello scavalcare alcuni ostacoli a terra.

Il tono d'azione è tendenzialmente alto e la sua modulazione è scarsa; di conseguenza, la velocità e il ritmo delle azioni sono elevate. Il bambino, infatti, per ovviare ad un maggior controllo e accuratezza nei movimenti, utilizza la velocità come strategia.

Ciò si traduce in una continua ricerca di movimento per tutta la stanza di terapia, come verrà evidenziato in seguito nel sottoparagrafo 6.2.2. Come conseguenza a tale ipercinesia, il bambino non si sofferma sulle singole azioni, dunque sulla percezione del proprio movimento. Ciò ha effetti per quanto riguarda la consapevolezza di sé e

del proprio schema corporeo, alterate, come verrà sottolineato nell'analisi dell'attività grafica.

Spontaneamente, inoltre, Ben non si dirige verso l'ambiente a tavolino, in cui appare in difficoltà nel rimanere seduto per più di cinque minuti, soprattutto in attività non gradite: si alza dalla sedia, compie qualche passo per la stanza e si siede poi nuovamente.

L'uso dello spazio risulta nel complesso variato, periferico e orizzontale quanto verticale (arrampicarsi sulla spalliera); in esso, vi è però un elemento individuato dal bambino come punto di riferimento, in cui torna nel corso di varie sedute. Si tratta del ponte, un cubo morbido nello spazio sensomotorio.

Indipendentemente dall'attività nello spazio sensomotorio che si sta svolgendo, infatti, Ben si nasconde sotto tale ponte, a volte contestualizzando questa azione nel gioco svolto, ma spesso senza apparente motivo.

Un altro elemento ripetitivo è un cubo grande, sotto cui il bambino propone di farsi schiacciare.

Da quanto emerso, appare come spontaneamente la sperimentazione sensomotoria si traduca in spostamenti continui da una parte all'altra della stanza, intervallati da pause di qualche secondo. Questi, vengono contestualizzati all'interno di una attività di gioco spesso grazie all'intervento della terapeuta.

Per quanto riguarda quindi la motricità globale, essa risulta caratterizzata da competenze complessivamente in linea con quanto atteso per l'età; sono compromessi invece gli aspetti qualitativi legati all'organizzazione del movimento, al controllo e alla fluidità.

In materia di motricità fine, sono presenti la presa a pinza superiore con oggetti piccoli e tri-tetradigitale, prossimale, dello strumento di scrittura; inoltre, Ben utilizza la presa a pugno rovesciato con alcuni oggetti, come un cucchiaio. Le modalità di prensione, quindi, non sempre risultano adeguate allo strumento utilizzato.

Il bambino predilige attività monomane: utilizza le forbici per ritagliare una figura tenendo la mano opposta appoggiata al tavolo, e quindi impiegando qualche minuto per completare l'attività.

L'integrazione bimanuale viene utilizzata spesso come supporto ad alcune azioni, come inserire con un cucchiaino delle palline all'interno di un piccolo contenitore o stabilizzare il foglio durante un disegno.

L'uso degli oggetti è funzionale e la lateralità risulta acquisita, destra.

In materia di autonomie, i genitori riportano come sia necessaria una guida verbale per vestirsi e svestirsi.

6.2.2 Area neuropsicologica e gioco:

In materia di orientamento spazio-temporale Ben riconosce la stanza di terapia, il percorso per arrivarci e i rituali di inizio-fine seduta; inoltre, il bambino utilizza il termine "domani" per riferirsi alla seduta successiva.

Per quanto riguarda le abilità di memoria, Ben ricorda le attività svolte nelle sedute precedenti, ma necessita di un supporto dell'adulto nell'esprimerle verbalmente e organizzare tra loro le varie frasi pronunciate.

In materia di tempi di attenzione, essi sono brevi, di circa 2-3 minuti, perché Ben è di frequente attratto da stimoli visivi dati da oggetti o azioni dell'adulto. L'attenzione risulta quindi spezzettata e il bambino va ricondotto spesso sul compito.

Complessivamente, quindi, le funzioni esecutive risultano compromesse soprattutto in termini di attenzione sostenuta, inibizione della risposta e set-shifting.

I tempi di permanenza in attività gradite sono pari a 15 minuti circa; se invece si tratta di attività non gradite, come a tavolino, il bambino vi rimane per circa 5 minuti se incentivato dall'adulto nel concludere l'attività, che tenderebbe ad abbandonare soprattutto se percepita come difficile.

Per quanto riguarda il gioco, spontaneamente Ben compie un'attività sensomotoria scarsamente organizzata e con tematiche ripetitive; il passaggio da essa ad un gioco motorio con regole è possibile grazie all'adulto, che facilita il bambino nella pianificazione dell'attività, delle regole e nell'organizzazione dello spazio, introducendo elementi di costruzione orizzontale con cubi grandi a seconda della necessità (casa, supermercato...). L'intervento dell'adulto rende quindi possibili parziali attività simboliche di interpretazione dei ruoli, come il supereroe, tenendo in mano l'oggetto-personaggio e in cui Ben si esprime in prima persona.

Durante queste attività, il bambino introduce spontaneamente delle variazioni, come inserire un terzo personaggio, ad esempio la palla cattiva, spesso legate però ad uno stimolo visivo (la palla) che Ben vede e vuole quindi utilizzare nell'attività. Nella maggior parte dei casi, quindi, la variazione o complessificazione del gioco avviene utilizzando gli stessi oggetti, come la palla o il cubo grande.

Inoltre, il bambino presenta una difficoltà nel rimanere nel ruolo concordato, che spesso confonde con quello dell'adulto (scappa al posto di prendere).

In tutte queste attività viene coinvolto il movimento nello spazio, compiuto dall'oggetto-personaggio e dal bambino stesso, soprattutto secondo dinamiche ripetitive legate al rincorrersi, in cui emerge il piacere condiviso. Altri temi che si ripetono sono il nascondersi sotto al ponte e il rimanere schiacciato sotto un cubo grande chiedendo poi l'aiuto dell'adulto, come sottolineato nel sottoparagrafo precedente. Tali proposte spontanee del bambino sono ricorrenti nel corso delle sedute, tuttavia le modalità di esecuzione variano di volta in volta.

Oltre al movimento, una modalità di espressione utilizzata da Ben è la voce: ne aumenta l'intensità e il tono durante l'interpretazione di un ruolo.

In materia di attività a tavolino, il bambino compie incastri e puzzle; risultano più complesse attività che coinvolgono un maggior controllo della motricità fine, come con le palline colorate, o di rappresentazione, come il disegno con i cubi piccoli.

Per quanto riguarda la progettualità, spontaneamente il bambino organizza ed esegue rapidamente 2-3 azioni, come posizionare i cubi nello spazio sensomotorio, per poi iniziare subito il gioco stesso senza spesso attendere la partecipazione dell'adulto. Il gioco appare quindi spontaneamente poco condiviso con l'interlocutore.

Se si tratta di pianificare più azioni, o le regole di un gioco, è richiesto l'intervento dell'adulto.

Tale difficoltà nella pianificazione riflette quella di organizzazione del pensiero, che emerge appunto nello stabilire le regole di un gioco, in cui Ben si esprime con frasi non sempre connesse tra loro.

Ben inoltre riconosce le forme, i colori, i numeri fino a 10, anche in inglese, e alcune lettere, che riproduce.



Figura 7. Attività grafica

In materia di attività grafica, il bambino rappresenta la figura umana come si nota nella Figura 7. Il numero di elementi raffigurati è di circa 9, rispetto ai 10 propri dei 5 anni d'età e ai 14 dei 6 anni, secondo il test di valutazione F. Goodenough somministrato (Allegato 2).

Durante l'esecuzione il bambino ritorna più volte sulla figura, aggiungendo alcuni particolari. La riproduzione della figura umana suggerisce una ridotta organizzazione del proprio schema corporeo, che può essere associata anche alla limitata acuità visiva conseguente all'ambliopia e alla condizione di piede torto. Infine, nel disegno Ben inserisce, dopo averli osservati, alcuni oggetti della stanza. Durante l'attività grafica a tavolino i tempi di permanenza si allungano e arrivano a 15 minuti; oltre a ciò, il bambino termina in autonomia il disegno.

6.2.3 Adeguamento:

Per quanto riguarda il distacco dal genitore e l'incontro con la terapeuta, Ben non dimostra criticità e utilizza spontaneamente formule di saluto. L'adeguamento tonico-posturale all'azione è limitato, sulla base di quanto emerso in precedenza. La capacità di adattarsi alle richieste dirette della terapeuta è variabile: nelle attività non gradite, come riordinare al termine di un gioco, Ben inizialmente si oppone sostenendo verbalmente di rifiutarsi e continuando ciò che sta compiendo; al permanere della richiesta, tuttavia, il bambino vi si adegua. Per quanto riguarda l'adeguamento alle regole del gioco, Ben le rispetta fino al momento in cui, se si tratta di un gioco con un punteggio, nota che sta perdendo contro l'adulto.

In tali situazioni il bambino appare frustrato ed esclama: <<Non gioco più>>, volendo abbandonare l'attività e talvolta adottando comportamenti oppositivi (come far cadere le palline dal tavolo). Nonostante ciò, se sostenuto dalla terapeuta, a volte riprende il gioco, inizialmente rimanendo contrariato ma poi esprimendo piacere.

I tentativi di rinuncia all'attività sono propri anche di giochi a tavolino percepiti come troppo difficoltosi per il bambino, in cui non si sente capace, come utilizzare una pinza di legno per prendere delle palline. In tali occasioni, a volte è possibile sostenere Ben nel continuare l'attività; altre volte, invece, il bambino abbandona il compito senza chiedere o accettare l'aiuto dell'adulto e anzi sostenendo come nemmeno l'altro sia in grado di eseguire tale attività.

Per questo motivo, solo alcune proposte di gioco da parte della terapeuta vengono accettate.

Inoltre, durante le attività più complesse che richiedono una maggior concentrazione, il bambino protrude la lingua e la tiene tra i denti.

Nelle attività di gioco è da consolidare il rispetto dell'alternanza del turno 1-1 con l'adulto.

In materia di adeguamento alle regole della seduta Ben riconosce i rituali di inizio-fine, ma di frequente deve essere condotto alla sedia per togliersi le scarpe, poiché appena entrato in stanza si dirigerebbe verso lo spazio sensomotorio. I tempi di attesa, difatti, sono spontaneamente molto brevi, pari a 2-3 secondi; ciò può essere legato a ridotte competenze di inibizione del comportamento.

6.2.4 Comunicazione e relazione:

L'intenzionalità comunicativa è limitata e lo stile interattivo è perlopiù responsivo: il bambino propone delle attività solo in seguito alla domanda diretta dell'adulto e non chiede aiuto verbalmente se in difficoltà. Quest'ultima caratteristica può essere dovuta non tanto ad un'incapacità legata all'uso del linguaggio, quanto alla difficoltà del bambino nell'ammettere che da solo non è in grado di eseguire l'attività. Per lo stesso motivo, Ben si infastidisce quando perde ad un gioco.

Tuttavia, a volte la richiesta di aiuto avviene attraverso un contatto oculare diretto con la terapeuta.

Per quanto riguarda le competenze interattive non verbali, Ben utilizza l'indicazione associata allo sguardo nella scelta multipla, senza spesso accompagnarla dal linguaggio verbale. Inoltre, di frequente il bambino risponde a domande della terapeuta compiendo direttamente l'azione, senza prima dichiararla a parole.

La capacità imitativa di azioni risulta adeguata.

Lo stile relazionale è in generale caratterizzato da una collaborazione e contrattazione con la terapeuta per quanto riguarda le regole del gioco.

In materia di comprensione Ben sembra riconoscere le richieste verbali legate o meno ad attività quotidiane, ma spesso esse vanno ripetute due volte dall'adulto semplificandole e supportandole da altre modalità (come il gesto). Ciò è collegato anche ad una difficoltà per quanto riguarda l'ascolto verbale verso l'altro, limitato a causa degli aspetti di disattenzione.

Per quanto riguarda la produzione verbale, a seguito del trattamento di logopedia, il bambino si esprime utilizzando frasi contratte con 4-5 elementi. Sono alterati i livelli narrativo, morfosintattico e lessicale e sono presenti alcuni processi fonologici che non inficiano però la comprensione di ciò che Ben dice. Sono presenti anche alcune espressioni in lingua inglese.

Infine, in materia di manifestazioni affettive Ben esprime piacere, tramite una risata, durante l'attività gradita del rincorrersi. Il dispiacere si manifesta attraverso il tentativo di rifiuto dell'attività, espresso a parole e allontanandosi, ad esempio, dallo spazio a tavolino.

Ad eccezione di tali situazioni, la mimica viene scarsamente utilizzata come modalità comunicativa.

Al contrario, il bambino utilizza la voce, anch'essa in modo poco modulato, per esprimere altre emozioni, come l'eccitazione: nello scappare dalla terapeuta durante un'attività di gioco Ben emette delle grida acute.

6.3 Progetto riabilitativo:

In seguito alle sedute di osservazione i punti di forza e di debolezza di Ben, dal più significativo al meno significativo, possono essere riassunti come segue.

Punti di forza:

- Aumento tempi di permanenza in attività di interesse (rincorrersi, disegno a tavolino) e con supporto dell'adulto
- Accesso al gioco simbolico con regole e ruoli, con sostegno dell'adulto
- Possibile adeguamento alle regole del gioco/seduta
- Presente una collaborazione e contrattazione con l'adulto
- Eloquio intellegibile
- Competenze grosso-motorie quantitativamente in linea per età
- Accesso alla scrittura
- Buone abilità di memoria
- Utilizzo preferenziale della voce per esprimere emozioni complesse

Punti di debolezza:

- Tempi di permanenza, d'attenzione e d'attesa non in linea per età
- Ipercinesia (ridotto schema corporeo e organizzazione azioni)
- Gioco poco organizzato, condiviso e con tematiche ripetitive (sensomotorio, schiacciarsi/ponte)
- Difficoltà nell'espressione e modulazione emotiva (frustrazione, abbandono attività e/o aspetti oppositivi)
- Livello cognitivo inferiore a quanto atteso per età (funzioni esecutive)
- Stile interattivo responsivo
- Motricità globale e fine qualitativamente compromesse (organizzazione, equilibrio, difficoltà nelle autonomie)
- Competenze linguistico-narrative alterate, preferenza del gesto indicativo/azione

6.3.1 Obiettivi riabilitativi e strategie di intervento:

- Sostenere la sperimentazione senso-motoria organizzata:

Proporre attività organizzate nello spazio sensomotorio, sia attive che passive (gradite compressioni), di gioco motorio tramite percorsi semplici e strutturati (3-4

elementi, grandi) ed eventualmente corporeo (lotta), partendo dagli interessi e abilità del bambino (rincorrersi, entrare-uscire dal ponte, saltare dalla spalliera, scivolare). In tale modo, si favorisce anche un aumento dei tempi di permanenza nell'attività e un miglioramento delle abilità di equilibrio.

Attraverso il gioco sensomotorio si lavora infatti sulla percezione, sulla consapevolezza di sé e sul rinforzo dell'identità e dello schema corporeo; questo favorisce l'organizzazione del pensiero, dell'azione e del gioco.

- Incentivare lo sviluppo delle funzioni esecutive:

Proporre inizialmente attività condivise nello spazio allargato atte a sviluppare l'attenzione selettiva, come la caccia al tesoro.

L'attività a tavolino per sviluppare l'attenzione selettiva è, ad esempio, il memory (all'inizio con poche coppie); per l'attenzione sostenuta, invece, si possono proporre dei puzzle che richiedano tempi sempre più prolungati di attenzione.

Al fine di favorire le abilità di pianificazione si possono proporre brevi labirinti, sempre nello spazio a tavolino.

Tali attività, se gradite e affiancate da attività nello spazio allargato, facilitano inoltre un aumento dei tempi di permanenza a tavolino, dato il futuro inserimento alla scuola primaria.

Oltre a ciò, è possibile incentivare l'inibizione comportamentale mantenendo l'organizzazione spazio-temporale all'interno della seduta: suddividere gli spazi in sensomotorio-tavolino, proporre un ambiente specifico per ogni attività svolta e dividere la seduta in macro-tempi (rituali di inizio-fine seduta). In seguito, si potrà complessificare gradualmente il concetto di tempo partendo dal passato, sfruttando le abilità di memoria (disegno/raccontare l'attività svolta in seduta, quaderno delle sedute).

L'organizzazione spazio-temporale favorisce l'autoregolazione del comportamento, di conseguenza l'aumento dei tempi di attesa del bambino. Ciò si può incentivare anche proponendo a Ben di contare fino a cinque durante il rituale iniziale, prima di iniziare l'attività.

- Favorire la variazione e complessificazione dell'attività di gioco:

Sostenere la concatenazione di 4-5 azioni nelle attività di gioco sensomotorio e motorio aumentando via via gli elementi nel percorso, introducendo delle domande durante l'esecuzione, rallentando le azioni o inserendo attività di costruzione di ambienti chiusi (non più solo verticali e orizzontali) con oggetti grandi. L'adulto supporta con la narrazione le abilità del bambino, questo aumenta la motivazione in Ben e di conseguenza favorisce un allungamento dei tempi di attenzione e permanenza nell'attività.

- Supportare lo sviluppo del gioco simbolico di tipo narrativo:

Contestualmente alla sperimentazione sensomotoria e alla concatenazione delle proprie azioni in sequenza, proporre una narrazione attraverso la concatenazione di azioni simboliche compiute dal bambino e utilizzando l'oggetto, che non siano strettamente legate ad aspetti di movimento (es. pirata, supereroe, medico), richiedano la partecipazione dell'adulto e siano svolte in uno spazio sempre più limitato, dall'intera stanza ad una sola area definita (es. nave, casa). Il tutto sostenendo sempre gli interessi e la minima iniziativa del bambino.

- Facilitare l'espressione e la regolazione emotiva:

All'interno del gioco simbolico utilizzare più codici comunicativi possibili (azioni corporee e con oggetti grandi/piccoli, mimica, attività grafica, linguaggio inizialmente descrittivo) in modo che il bambino, ad esempio tramite l'imitazione, possa ampliare i propri codici di espressione. In questo modo, il gioco simbolico sostiene la manifestazione delle emozioni, le quali a loro volta sviluppano e complessificano il gioco stesso.

Risulta inoltre possibile favorire l'autoregolazione emotiva utilizzando il "time-out", che permette al bambino di interrompere l'azione facilitando un autocontrollo.

Le proposte di attività dovranno essere varie, in cui è richiesta o meno una collaborazione da entrambe le parti, per aumentare la tolleranza alla frustrazione. Per lo stesso fine, è possibile suggerire attività mirate ad esprimere e riconoscere una singola emozione, come disegnare il proprio stato d'animo.

In tutte le attività che lo richiedono, sostenere l'alternanza del turno 1-1 con l'adulto.

- Sostenere lo sviluppo della coordinazione occhio-mano:

Una maggior consapevolezza del proprio schema corporeo facilita inoltre una miglior coordinazione oculo manuale. Proporre attività di coordinazione occhio-mano nello spazio allargato, come il canestro, lanciare una pallina all'adulto, i birilli; introdurre attività di coordinazione bimanuale (battere una o più volte con entrambe le mani sul tamburo, poi differenziare e inserire l'oggetto bacchetta) e a tavolino.

Inserire attività che richiedano una singolarizzazione delle dita (giochi con le dita, liberare le dita avvolte da un elastico) e sostengano le abilità di pregrafismo già presenti, come tracciati scivolati sul foglio con le singole dita di entrambe le mani (es. gara di macchinine).

Il progetto riabilitativo prevede una seduta di trattamento a settimana, della durata di 45 minuti, a cui viene affiancato un trattamento logopedico (una seduta a settimana), come sostegno ulteriore alle abilità legate alla narrazione e alla morfosintassi. Oltre a ciò, in seguito alle difficoltà individuate dal punto di vista della qualità motoria e prassica, si suggerisce una valutazione di tali abilità tramite il test APCM 2 (Abilità Prassiche e della Coordinazione Motoria).

6.3.2 Intervento indiretto:

- Intervento con i genitori:

Risulta opportuno fornire indicazioni riguardo: poche regole chiare, evitare situazioni caotiche, sostenere la motivazione del bambino e sottolinearne i progressi, sostenere le autonomie suddividendo il compito in più parti e riducendo via via il supporto verbale dell'adulto. Eventualmente proporre un gioco corporeo (es. lotta) per favorire una regolazione tonica ed emotiva.

- Intervento con la Scuola d'infanzia/primaria:

Suddividere i momenti della giornata, organizzare gli spazi in modo chiaro e garantire se possibile un ambiente definito in cui Ben possa avere dei momenti di pausa, sostenere i progressi del bambino ed evitare le punizioni, supportare le autonomie suddividendo il compito in più parti.

6.4 Analisi del video:

Al fine di approfondire quali elementi culturali possono emergere nell'interazione genitore-figlio vengono effettuate delle riprese video.

Il video viene registrato dalla tirocinante, nella stanza di terapia neuropsicomotoria.

Nel caso di Ben la videoregistrazione è stata realizzata il 20 luglio 2023.

Dividendo il comportamento osservato in sequenze di azioni è possibile procedere ad una descrizione dettagliata, ad un'analisi di quanto è emerso durante la seduta.

A tal proposito viene creata una tabella: nella prima colonna si descrive l'azione del bambino, nella seconda colonna quella della madre e nella terza verrà fatta un'osservazione di primo livello, che andrà quindi a descrivere l'interazione tra i due soggetti.

Successivamente segue una descrizione di secondo livello che contiene delle interpretazioni, con lo scopo di mettere in relazione ciò che si è osservato con gli aspetti culturali.

La prima sequenza che si andrà ad analizzare dura circa 30 secondi e si svolge all'inizio della seduta.

La mamma e Ben si trovano seduti a tappeto, l'uno a fianco dell'altro, e stanno utilizzando da cinque minuti il garage delle macchinine a tre livelli. Il gioco avviene in parallelo, poiché l'adulto tenta di capire come funziona l'attività mentre il bambino gioca.

La condivisione del gioco è quindi minima, limitata ad alcuni scambi verbali su iniziativa del genitore, riguardo le differenti macchinine e il loro uso.

Si analizza ora quanto accade in seguito.

Sequenza 1:

BEN:	MAMMA:	OSSERVAZIONE:
Cerca di far entrare una macchinina grande nell'ascensore.	Osserva i tentativi del bambino.	
Rinuncia nell'intento.	Mostra al bambino una macchina più piccola e gli propone di utilizzarla.	L'intensità della voce utilizzata dalla madre è pari a quella usata di solito (tendenzialmente bassa).
Guarda la macchinina, dice:<<No, la piccola no>>, poi ritorna sul gioco.	Avvicina la macchinina a Ben e ripete l'invito.	Ben utilizza un volume di voce alto, mentre l'adulto mantiene un'intensità bassa.
Continua l'attività.	Osserva le azioni del bambino.	Vi sono dieci secondi di silenzio.
Risponde:<<La piccola non mi serve, ti ho detto>>, continuando a rivolgere lo sguardo al gioco.	Sostiene la teoria per cui l'oggetto più piccolo può entrare nell'ascensore.	Ben alza ancor di più il volume. L'adulto lo mantiene costante.
Continua il gioco, ignorando il genitore.	Lascia cadere il discorso e ritorna ad osservare Ben.	

In questa prima parte, si nota innanzitutto come Ben non chieda o accetti di essere aiutato per raggiungere il proprio obiettivo, come emerso anche nell'osservazione del comportamento spontaneo.

Durante l'interazione con la madre, si evidenzia come l'intensità di voce utilizzata dai due interlocutori sia opposta: Ben, al ripetersi del suggerimento del genitore, alza sempre più il volume, probabilmente per ribadire in modo più chiaro la propria risposta. Al contrario, la madre mantiene l'intensità costante per tutta l'interazione. Il silenzio che intercorre tra i due interlocutori, prima dell'ultima risposta del bambino, può essere interpretato secondo la cultura africana.

In essa, il silenzio può essere usato come segno di impotenza che significa "non aprirò bocca". Questo, si verifica spesso in una situazione in cui le persone si sentono frustrate e ritengono meglio tacere.

Un'ulteriore interpretazione è quella per cui tale pausa viene utilizzata, e rispettata, da entrambe le parti per evitare confronti diretti o per sottrarsi ad una domanda scomoda.

Oltre a ciò, nella cultura africana ci si aspetta che i bambini rimangano in silenzio in presenza degli adulti come simbolo di subordinazione o di rispetto. Ogni volta che i bambini parlano quando gli anziani comunicano, si possono generare conflitti perché considerato irrispettoso.

Di conseguenza, i bambini potrebbero ritardare la risposta quando si trovano nello stesso ambiente degli adulti di riferimento, a causa della paura di interromperne la conversazione.

Pur non essendo questo il caso, ciò trova applicazione nell'alternanza del turno durante gli scambi verbali: nonostante Ben si dimostri scocciato nei confronti della madre, attende sempre che abbia terminato la frase, prima di prendere parola.

Questo, non è affatto scontato in tutte le culture.

In base a quanto affermato da Watzlawick *et al* (1971), tutti gli scambi di comunicazione si possono dividere in due categorie: simmetrica o complementare, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza. Tali categorie possono alternarsi tra loro ed essere entrambe presenti in una relazione.

In questa sequenza, la comunicazione tra la madre e Ben è complementare, con il bambino che assume una posizione *one-up* e il genitore *one-down*. Tuttavia, tali

termini non indicano necessariamente una certa forza o debolezza, perché ciascuno si comporta in un modo che presuppone il comportamento dell'altro.

Quanto sostenuto dall'analisi di questa sequenza è correlato ad ulteriori aspetti culturali africani. Tale corrispondenza emerge però se si rapporta la sequenza con la successiva, che accade qualche minuto dopo.

Sequenza 2:

BEN:	MAMMA:	OSSERVAZIONE:
E' intento a giocare con le macchinine.	Prende una macchinina, la osserva e chiede al bambino dove si faccia la benzina.	Ben varia la propria postura a seconda delle necessità (seduto, in ginocchio). La madre è seduta e mantiene il tronco eretto.
Non risponde e prosegue il gioco.	Poggia a terra la macchinina, da un'occhiata all'ambiente ed esclama:<<Facciamo un altro gioco>> guardando Ben.	Nella frase dell'adulto la prosodia varia a metà enunciato, quindi può apparire allo stesso tempo una domanda ed una richiesta.
Guarda il genitore, esclama:<<Mmh>>, poi torna a concentrarsi sul gioco e sorride.	Ripete:<<Facciamo un altro gioco>> continuando a guardare il bambino.	Nella ripetizione la madre utilizza un tono di voce più grave e l'intonazione è discendente. Inoltre, protende leggermente il capo in avanti, verso il bambino.
Risponde:<<Sì...>> senza stabilire un contatto oculare con	Chiede:<<Ok. Cosa facciamo?>>.	Nel rispondere Ben riduce il volume della propria voce, adattandolo a quello del genitore.

la madre, poi interrompe il gioco.		
Indica i cubi dello spazio sensomotorio.	Compie un breve cenno del capo, in assenso.	Nella proposta Ben guarda nuovamente negli occhi la madre e sorride.
Fa per alzarsi da terra ed iniziare il gioco con i cubi.	Tocca una mano del bambino e lo invita verbalmente a riordinare l'attività.	Il gesto dell'adulto viene compiuto lentamente rispetto all'azione di Ben.
		Insieme sistemano le macchinine nel contenitore.

Al contrario di quanto accade nella sequenza precedente, qui è la madre ad assumere una posizione *one-up*, stabilendo improvvisamente di cambiare attività. Di seguito, Ben si adegua a quanto deciso dal genitore nonostante il gioco fosse gradito.

Sulla base di quanto sostenuto nei capitoli bibliografici precedenti, nella cultura africana il fondamento delle relazioni sociali è dato proprio dal rispetto per chi ha una maggiore età, sia che si tratti di un anziano che di un genitore. Nella comunità essi hanno "l'ultima parola".

Tale riconoscimento del ruolo dell'adulto rappresenta uno dei valori culturali trasmessi al bambino.

Infatti, nonostante Ben adotti talvolta degli atteggiamenti oppositivi, come emerso nella prima sequenza e dall'osservazione spontanea, nel rapporto con la madre questi rappresentano la minoranza. Inoltre, con il genitore tali comportamenti hanno una durata breve.

Quindi, per quanto si è potuto osservare, nella relazione tra Ben e la madre è quest'ultima ad avere maggior rilevanza, in linea con quanto emerso dalla raccolta bibliografica.

L'autorevolezza del genitore è di particolare importanza considerate le caratteristiche del bambino, che in seduta neuropsicomotoria non sempre si adegua a quanto richiesto.

Si andrà ora ad analizzare lo stile comunicativo utilizzato dal genitore in tale situazione e come esso modula il comportamento del bambino, e viceversa. All'inizio della sequenza (della durata di 1 minuto) le azioni di Ben e della mamma sono opposte tra di loro: al dinamismo dato da continui aggiustamenti posturali del bambino, l'adulto contrappone il mantenimento della posizione seduta, pressoché statica.

Sul piano verbale è l'adulto a prendere l'iniziativa nell'interazione con il bambino, ponendo una domanda diretta. Ben, dall'altro lato, è concentrato sul proprio gioco, tanto da non rispondere alla domanda posta.

In seguito, la madre poggia a terra l'oggetto tenuto in mano, interrompendo la propria azione e rivolgendo al bambino la richiesta.

Il messaggio non verbale dato dall'azione dell'adulto è chiaro, tuttavia Ben è intento a giocare e non sembra quindi notarlo.

Al contrario, quanto detto dalla madre viene percepito in modo ambiguo dal bambino, che stabilisce un contatto oculare forse proprio per chiarire il messaggio. Probabilmente interpretandolo come una domanda e non una richiesta, Ben ritorna sul gioco.

Quanto esposto finora richiama le dinamiche della prima sequenza.

Nel ripetere la richiesta, tuttavia, la madre modifica alcuni elementi.

Come già emerso nella descrizione di primo livello (terza colonna della tabella), la voce assume un tono più grave e un'intonazione discendente.

Oltre a ciò, la postura dell'adulto varia, anche se in modo quasi impercettibile: la madre rimane seduta con il tronco eretto, ma protende il capo leggermente in avanti. Una possibile interpretazione di tale modifica può essere diminuire la distanza tra i due per favorire l'attenzione del bambino verso l'adulto.

Infine, la madre mantiene costantemente lo sguardo rivolto a Ben.

L'utilizzo di più categorie analogiche da parte dell'adulto sembra rendere più chiara la comunicazione.

Ben, infatti, accetta quanto richiesto dalla madre, senza però ricambiare il contatto oculare.

Vi sono due possibili interpretazioni di tale evitamento dello sguardo.

La prima è data da fattori culturali, secondo cui in Africa evitare il contatto oculare diretto con una persona di maggiore età è sinonimo di rispetto verso l'altro.

La seconda interpretazione si associa invece alla sensazione di dispiacere che Ben può aver provato nel dover terminare un'attività gradita.

Tra le due è forse più probabile quest'ultima, perché in seguito il bambino ricrea il contatto con l'adulto. Oltre a ciò, va considerato come Ben sia nato in Italia, quindi in lui possono prevalere alcuni aspetti di questa cultura.

Per il bambino, l'adeguamento alla richiesta dell'adulto avviene anche attraverso la modulazione della voce, canale comunicativo spesso utilizzato.

Nella risposta, infatti, Ben abbassa il volume della propria voce fino ad adeguarlo a quello utilizzato dalla madre.

Al contrario di quanto era accaduto nella prima sequenza, quindi, i due interlocutori uniformano l'intensità della voce, giungendo ad un accordo sull'attività.

In seguito all'analisi del comportamento della madre emerge come essa, al fine di ottenere l'attenzione e quindi l'ascolto da parte del figlio, utilizzi soprattutto la voce e lo sguardo quali strumenti di modulazione. Il contatto corporeo compare, invece, solo verso la fine della sequenza, per interrompere un'azione del bambino.

Come sottolineato nel paragrafo 1.2, le categorie analogiche si trovano all'interno della cultura informale. Purtroppo, gli studi che indagano tale ambito riferito alla cultura africana sono ridotti.

Di conseguenza, non è possibile stabilire con certezza la misura in cui lo stile comunicativo della madre di Ben sia correlato con la cultura africana.

Nonostante ciò, successivamente all'analisi dei tre casi clinici verrà effettuato un breve confronto fra quanto emerso nei genitori, evidenziando eventuali somiglianze o differenze.

Si andrà ora ad analizzare una terza sequenza, in cui emergono ulteriori riferimenti alla cultura.

Questa si svolge verso la fine della seduta: la mamma e Ben si trovano seduti a tavolino, l'uno di fronte all'altro, e stanno utilizzando un gioco di memoria e associazione. In esso, dopo aver osservato una tabella con delle immagini in sequenza, questa va riprodotta utilizzando delle tessere. Il tempo che ognuno ha a disposizione è scandito da una clessidra.

L'intera sequenza dura circa un minuto.

Sequenza 3:

BEN:	MAMMA:	OSSERVAZIONE:
Osserva una tessera tenuta in mano.	Ha riprodotto la tabella rispettando il tempo a disposizione. Esclama:<<Eccolo>>, soddisfatta e invita Ben a prendere il turno.	Il bambino mantiene lo sguardo fisso sulla tessera. E' seduto sul bordo della sedia, con gli arti inferiori estesi ed un braccio abbandonato lungo il corpo.
Risponde:<<No no!>> accompagnandolo con il gesto del capo.	<<Dai provaci Ben>>.	La madre ha le braccia appoggiate al tavolo e sorride al bambino.
Sparpaglia sul tavolo le tessere appena posizionate dalla madre e ripete<<No!>>. Poi riavvicina le tessere al genitore ed esclama:<<Tocca a te>>. Il tutto, guardando il tavolo.	<<Ben...guardami. Sai che con la rabbia non si impara niente. Allora provaci>>.	Le azioni del bambino durano 3 secondi, poi incrocia le braccia sul petto e si porta seduto più indietro sulla sedia. L'espressione dell'adulto cambia: il sorriso scompare dalle labbra. L'intensità di voce usata da Ben supera quella del

		genitore.
Da una rapida occhiata alla madre.	Ricambia lo sguardo.	Vi sono cinque secondi di silenzio.
Risponde:<<Faccio quello>> indicando una tabella.	<<Ok, vai>>.	Il bambino mantiene lo sguardo sul tavolo e riduce il volume di voce.
		Collaborano insieme per completare la tabella: la madre trova le tessere necessarie e Ben le posiziona. Terminata, si battono il cinque.

Come già emerso nell'osservazione del comportamento spontaneo, Ben presenta alcune difficoltà nel tollerare la frustrazione e tende a rinunciare ad un compito. Dato ciò, e considerando il contesto iniziale di questa sequenza, è possibile ipotizzare come il bambino sia in principio demoralizzato, forse perché nota come il genitore stia riuscendo in un'attività per lui più complessa.

In seguito, Ben si rifiuta di continuare il gioco e lo esprime utilizzando più canali: un volume di voce alto, il gesto di negazione e allontanandosi dal tavolo. Si nota, inoltre, che nel fare ciò il bambino non guarda mai l'adulto.

Proprio questo contatto oculare viene invece richiesto dalla madre, tramite il modo verbale imperativo "guardami". Di fronte all'iniziale negazione di Ben, infatti, l'adulto l'aveva invitato una prima volta a provare l'attività, non ottenendo risultato. Il genitore utilizza quindi ancora una volta il contatto oculare per sollecitare l'attenzione del figlio e ristabilire la condivisione interrotta un attimo prima.

Nell'incentivare Ben a tentare l'attività una seconda volta l'adulto mantiene la stessa intonazione, volume e tono di voce utilizzati nella maggior parte delle occasioni in cui si rivolge al bambino. Inoltre, nelle frasi pronunciate la madre compie delle

pause, rallentando il tempo di risposta; in questo modo, adotta un comportamento diametralmente opposto alla rapidità delle azioni del bambino, fino a portare al silenzio.

Risulta opportuno soffermarsi su quanto detto dal genitore.

La risposta dell'adulto è relativamente breve, non si prolunga inutilmente e sembra non sia la prima volta che la madre rivolge dette parole a Ben. Quanto affermato è più che mai vero per tutti, incluso il bambino, in cui i momenti di frustrazione sono frequenti. Infine, l'adulto sollecita nuovamente Ben nell'attività.

Tale atteggiamento fermo della madre nei confronti del bambino è correlato in primo luogo al valore culturale dato al ruolo dell'adulto, come evidenziato nelle sequenze precedenti.

In aggiunta, emerge un secondo principio culturale: l'apprendimento per esperienza. Secondo quanto sottolineato nel sottoparagrafo 2.2.3, infatti, l'ambiente familiare (quanto di comunità) ha la responsabilità di favorire qualsiasi attività il bambino voglia acquisire.

Nel caso di Ben, si nota difatti come la madre lo sostenga nel continuare il gioco. Successivamente Ben riprende l'attività, allineando ancora una volta l'intensità di voce a quella della madre.

Tale uniformazione avviene anche sul piano dell'interazione tra la madre e il bambino, permettendo la collaborazione finale e concludendo insieme l'attività.

Complessivamente, dall'analisi di queste sequenze si nota come nella relazione tra Ben e la madre emergano gli elementi culturali legati al rispetto verso la figura adulta, e quanto da essa stabilito, e all'importanza dell'esperienza quale base per l'apprendimento di ogni attività.

Inoltre, le categorie analogiche maggiormente utilizzate dalla madre sono la voce, più o meno modulata, e lo sguardo, quale strumento di contatto.

6.5 Intervista semistruutturata con il genitore:

Al fine di comprendere gli aspetti della cultura africana di cui il genitore è più consapevole, viene effettuata un'intervista semistruutturata alla madre di Ben.

Il giorno dell'incontro è presente anche la sorella di 4 anni, la quale gioca con le bambole messe a disposizione.

Durante l'intervista, il genitore si mostra disponibile e accetta di rispondere a tutte le domande poste. La madre parla in italiano ma fatica un po' con la lingua; infatti, talvolta chiede che le domande vengano ripetute e in alcuni casi le sue risposte sono poco pertinenti.

La madre racconta di essersi trasferita in Italia dalla Costa D'Avorio nel 2016 per raggiungere il marito, arrivato da ragazzo, nel 2003.

In ambiente familiare vengono parlate tre lingue: italiano, dialetto francese della comunità d'origine del padre e della madre, tra loro differenti.

Il genitore riporta come la gravidanza non abbia riscontrato problematiche e indica il rituale di circoncisione quale rito avvenuto alla nascita di Ben. In particolare, sottolinea come tale pratica abbia diversi significati in base alla comunità di appartenenza: in alcuni casi viene effettuata durante la pubertà, segnando il passaggio dalla gioventù alla vita adulta; in altri, invece, il rito ha luogo subito dopo la nascita. Non vengono indicati altri rituali.

La madre riferisce inoltre di non aver fasciato Ben, di averlo allattato con latte misto fino ai 10 mesi e di come abbia dormito nel letto dei genitori fino ad 1 anno d'età. In quel periodo, il genitore era in attesa della secondogenita, una gravidanza inaspettata. La madre riporta di sentirsi molto stressata all'epoca, trovandosi a ricoprire per la prima volta il ruolo di madre senza poter contare sull'appoggio dei familiari, in un altro continente. Inoltre, la successiva gravidanza non programmata ha contribuito alla sensazione di stress e confusione generale.

Nel definire Ben durante questo periodo, il genitore indica come fosse spesso molto agitato e suggerisce di esser stata lei a trasmettere parte della propria ansia al bambino. A questo, si aggiungeva la difficoltà di espressione in italiano da parte di Ben, che quindi si innervosiva perché non riusciva a farsi comprendere.

La situazione definita caotica è migliorata in seguito all'inserimento alla scuola d'infanzia e all'intervento logopedico effettuato dall'estate del 2022.

Complessivamente, quindi, secondo il genitore Ben è un bambino difficile: la madre riferisce come sia stato complesso gestire il figlio fin dai primi anni di vita, a causa della sua frustrazione continua e del ritrovarsi da sola. La difficoltà permane

attualmente, poiché Ben rifiuta in partenza ogni richiesta del genitore, per solo poi eseguirla.

Riferendosi alla relazione con il bambino, la madre sostiene di essere molto dolce e disponibile rispetto a quanto accade in Africa, dove le madri sono “rigide e direttive”, non esprimono affetto verso il figlio e lasciano che compia le proprie scelte.

Oltre a ciò, il genitore racconta di avere molto tempo a disposizione da dedicare ai figli, poiché da qualche mese è a casa dal lavoro. In questo modo, riescono a giocare tutti insieme a nascondino o leggere i libri, attività molto piacevoli per Ben e la sorella. Parte di tali attività sono emerse anche nella seduta di videoregistrazione.

Infine, per quanto riguarda la rappresentazione della patologia, la madre si dimostra preoccupata poiché sostiene di non essere a conoscenza della diagnosi e di non sapere il motivo per cui il bambino viene seguito, eccezion fatta per l'intervento di logopedia effettuato. Queste informazioni sono tuttavia presenti nel documento di certificazione ricevuto dai genitori.

Nel corso di quest'intervista semistrutturata, sono quindi emersi alcuni elementi propri della cultura africana. Si andrà di seguito a definirli brevemente.

In primo luogo, in molte risposte date dalla madre lei parla al plurale, rivolgendosi alla comunità di appartenenza; inoltre, il genitore afferma di aver sentito la mancanza dell'appoggio dei familiari durante i primi mesi di vita del bambino. Ciò evidenzia l'importanza del legame unitario più volte sottolineato nel capitolo 2, grazie al quale tutte le persone sono interconnesse tra di loro. Questo, viene tradizionalmente indicato tramite il termine *ubuntu* che significa “Sono umano solo attraverso gli altri”.

Un ulteriore aspetto che concorda con quanto riportato dalla letteratura è limitare l'intervento dei genitori nel processo di crescita del bambino, favorendo l'autonomia e l'esperienza. Tuttavia, la madre di Ben sostiene di discostarsi parzialmente da tale principio, adottando un approccio più presente, caloroso e sensibile.

Capitolo 7:

MICHELLE:

7.1. Anamnesi:

7.1.1 Diagnosi:

Disturbo dello Spettro Autistico (ASD).

7.1.2 Anamnesi fisiologica:

Secondogenita nata in Italia ad agosto 2019 a 41+1 settimane gestazionali, a seguito di due ricoveri della madre (a 29 e 35 EG) per sospetto ritardo di crescita intrauterino. Alla nascita l'esame obiettivo risulta nella norma (PN 3 kg, CC 33 cm) e l'indice di Apgar è 9-10-10. L'allattamento è avvenuto esclusivamente tramite latte materno fino a 10-11 mesi, lo svezzamento non ha riportato criticità e attualmente la dieta è varia; il ritmo sonno-veglia è regolare. Per quanto riguarda lo sviluppo neuropsicomotorio i genitori riportano come la deambulazione autonoma sia stata acquisita a partire dai 12 mesi, la lallazione sia iniziata prima dell'anno d'età e dai 2.6 anni è possibile la produzione di singole parole e combinazione di due, prevalentemente in inglese.

7.1.3 Anamnesi patologica:

Non sono segnalati deficit neurosensoriali né neurologici. Nessun ricovero precedente. Il fratello maggiore segue attualmente un trattamento logopedico per ritardo del linguaggio, con compromissione maggiore per quanto riguarda l'espressione.

7.1.4 Contesto socioeducativo:

Nucleo familiare composto da due genitori provenienti dalla Nigeria, Michelle e un fratello di sei anni. In ambiente familiare la bambina è esposta a tre lingue (italiano, dialetto d'origine e inglese). I genitori riferiscono gioco di scambio (palla, macchine) con il fratello. Per quanto riguarda le autonomie, Michelle utilizza adeguatamente le posate, beve dal bicchiere e il controllo sfinterico è stato raggiunto.

Dall'età di tre anni la bambina frequenta la scuola d'infanzia, nella quale è presente una figura di sostegno per alcuni giorni a settimana.

7.1.5 Storia riabilitativa:

La bambina giunge al servizio di Neuropsichiatria Infantile di Bassano del Grappa nel febbraio 2022 a seguito dell'invio da parte della pediatra, che riporta difficoltà attentive. Durante la valutazione, in cui Michelle aveva 2 anni e mezzo, la neuropsichiatra riferisce: <<*Bambina ipercinetica, forza e ROT nella norma, plantare in flessione bilaterale [...] assente la risposta al nome, sguardo tangenziale, contatto oculare sporadico e non chiara triangolazione, non chiara intenzionalità comunicativa, mimica e gestualità poco investite [...] assente ricerca dell'adulto per condividere l'attività, imitazione differita di semplici azioni e suoni non contestualizzata [...] gioco solitario, esplora e prende il materiale ma lo utilizza poco e per tempi molto brevi, interessi selettivi e assorbenti, accompagna il gioco con suoni, sillabe e brevi frasi in lingua inglese*>>. L'impressione diagnostica iniziale è di dubbia sindrome da alterazione globale dello sviluppo psicologico.

Nel maggio 2022 (all'età di 33 mesi) vengono effettuate una valutazione psicologica e neuropsicomotoria. Nella prima viene somministrata la scala Griffiths III, la quale ha riportato un punteggio generale di sviluppo pari a 29,8, con ricadute soprattutto per quanto riguarda le scale personale-sociale-emotiva (2°%ile, età equivalente 24 mesi) e di coordinazione oculo-manuale (23°%ile, età equivalente 29 mesi). Nella scala grosso-motoria invece il percentile è 39° (età equivalente 32 mesi); infine, nella scala delle basi dell'apprendimento si ha un 50°%ile, con una corrispondenza tra l'età equivalente e quella anagrafica.

A seguito della valutazione neuropsicomotoria è stato effettuato il test ADOS-2, nel quale il punteggio complessivo è pari a 17 (cut-off di 12), con compromissioni soprattutto per quanto riguarda l'area dell'Affetto Sociale, più che quella del Comportamento Ristretto e Ripetitivo (1 punto). Il punteggio di comparazione è invece 8, corrispondente alla fascia alta.

Successivamente, è stata posta diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico (ASD).

7.2. Osservazioni:

La definizione del seguente profilo neuropsicomotorio è frutto di un'osservazione del comportamento spontaneo effettuata nei mesi di giugno e luglio 2023. La frequenza delle sedute non è stata sempre regolare, poiché a volte il genitore ha

sostenuto di non poter venire all'appuntamento concordato, senza indicarne le motivazioni.

Al momento dell'osservazione Michelle ha 3 anni e 10 mesi.

7.2.1 Struttura sensomotoria:

Dal punto di vista sensoperceptivo la bambina sembra gradire il contatto con alcune consistenze, come una pallina con pasta morbida, delle palline di gel e il materiale plastico; quest'ultimo viene manipolato per formare oggetti, come una torta. Al contrario, non è gradito il contatto con alcune sostanze, come la schiuma.

Per quanto riguarda il tono di base esso è basso, contrapposto al tono d'azione, tendenzialmente alto.

La velocità e il ritmo delle azioni sono elevate, Michelle si muove da un lato all'altro della stanza alla continua ricerca di un nuovo gioco; ciò nonostante, è in grado rimanere seduta a tappeto o a tavolino per alcuni minuti, una volta trovata un'attività gradita.

L'uso dello spazio appare quindi nel complesso periferico e variato.

In materia di sperimentazione sensomotoria, la bambina compie spontaneamente alcune attività gradite, come i salti sulla palla o dal cubo, ricercati in più sedute ed eseguiti secondo una stessa modalità. In alcuni casi, nonostante l'attività sia piacevole, Michelle non ne cerca una ripetizione.

La sperimentazione sensomotoria risulta quindi limitata, poiché data da azioni spesso ripetitive, conosciute e in cui non sempre emerge la sensazione di piacere.

La ridotta sperimentazione è correlata anche agli aspetti di iperattività evidenziati in precedenza, i quali influenzano a loro volta la percezione del proprio schema corporeo, compromessa.

Per quanto riguarda la motricità grossolana, negli aspetti quantitativi essa è in linea per età: la deambulazione è spedita, i passaggi posturali sono fluidi, la corsa avviene in modo coordinato ed uniforme, è presente il salto da un gradino a piedi pari ed è possibile mantenere l'equilibrio monopodalico per alcuni secondi. Inoltre, la bambina sale le scale alternando i piedi e le scende un gradino alla volta, reggendosi al corrimano.

In materia di motricità fine il tono è poco modulabile, seppur l'uso degli oggetti sia funzionale e talvolta simbolico. Michelle, infatti, compie facilmente semplici attività, come incastri o infilare anelli, e la prensione dello strumento di scrittura è adeguata. Tuttavia, la qualità di tali abilità risulta compromessa, anche in seguito alla scarsa coordinazione oculo-manuale: la bambina ha difficoltà nelle attività che richiedono maggior precisione e coordinazione del gesto, come infilare le perline o utilizzare alcuni strumenti, come la forbice. Ciò può essere dovuto, in parte, alla ridotta integrazione dello sguardo all'azione durante queste attività, poiché esso in alcuni momenti è rivolto altrove.

Per quanto riguarda la lateralità Michelle preferisce utilizzare la mano destra, ma non è ancora possibile parlare di lateralizzazione acquisita.

In materia di abilità prassiche, la bambina è autonoma nell'alimentazione e nelle prassie di vestizione/svestizione per quanto riguarda le scarpe.

Infine, i comportamenti stereotipati sono perlopiù limitati: nei momenti di maggior eccitazione emergono talvolta dei saltelli sul posto ed è presente la ripetizione di frasi o espressioni in modo stereotipato, ma non continuo.

7.2.2 Area neuropsicologica e gioco:

Come sottolineato in precedenza, Michelle esplora tutto lo spazio della stanza di terapia.

Al contrario, l'esplorazione degli oggetti è spesso limitata all'azione funzionale compiuta con quell'oggetto, dopodiché la bambina si orienta verso una nuova attività. Questo è legato anche al grado di variabilità e complessificazione nel gioco, come verrà evidenziato successivamente.

In materia di orientamento spaziale, Michelle va sostenuta durante il percorso per arrivare alla stanza di terapia, che riconosce.

I segnali temporali di inizio e fine seduta, dati dalla verbalizzazione dei rituali, vengono ricordati e accettati.

Come sottolineato nel sottoparagrafo precedente, la bambina cambia rapidamente oggetto di interesse; di conseguenza i tempi di permanenza in attività spontanee sono brevi e pari a 2-3 minuti. In attività proposte non gradite i tempi sono inferiori.

Per la durata di un'attività, se piacevole, Michelle mantiene l'attenzione sull'oggetto; in attività più complesse e poco gradite, invece, la bambina a volte rivolge lo sguardo altrove per alcuni secondi.

I tempi di attenzione sono il più delle volte pari a quelli di permanenza e quindi inferiori per età cronologica; nonostante ciò, in alcune situazioni è presente un'attenzione intermittente, data dal ritornare brevemente sull'attività dopo averla abbandonata.

Per quanto riguarda il funzionamento cognitivo, Michelle riconosce e associa le immagini e alcuni colori, che denomina.

In materia di gioco, quello di tipo sensomotorio viene ricercato quasi ad ogni seduta, di frequente però secondo la stessa modalità. Le azioni eseguite sono infatti le stesse: salto seduta sulla palla, salire dallo scivolo e saltare dal cubo ("percorso"); esse vengono ripetute 3-4 volte nel giro di due-tre minuti, dopodiché la bambina si allontana dall'attività.

Spontaneamente, quindi, le variazioni e la complessificazione di tale gioco sono pressoché assenti e dove presenti si esauriscono in tempi brevi. Se proposte dall'adulto, a volte vengono accettate con piacere (dondolio supina sulla palla), in altre emerge indifferenza o disinteresse, mentre in alcune occasioni la bambina sembra gradire la proposta (ride) ma continua a dirigersi verso un altro gioco.

Le attività a tavolino o a tappeto variano di volta in volta; Michelle propone spontaneamente giochi come: incastri, torre con costruzioni grandi, libri, manipolare materiale plastico, martello con palline, giostrina, macchinine nel garage e impilare anelli.

La maggior parte di queste attività viene compiuta una volta soltanto e poi abbandonata, senza complessificarla né spesso manifestare piacere nell'averla conclusa.

Alcune eccezioni sono date dalle palline di gel colorate, dagli omini e dall'abbattere una torre. Tali attività, infatti, sono particolarmente gradite alla bambina per cui i tempi di permanenza aumentano, arrivando a 5 minuti circa. In esse, inoltre, Michelle è maggiormente interessata all'inserimento dell'adulto, ne prevede e attende l'azione ed emerge talvolta il piacere condiviso associato al contatto oculare diretto con l'altro, altrimenti limitato.

Per quanto riguarda il gioco simbolico, sono presenti elementi pre-simbolici in cui la bambina concatena 3-4 azioni congruenti tra di loro ed eseguite poi su di sé o sulla bambola. Sono così possibili attività come la cucina, il bagnetto e preparare una torta di compleanno a partire dalla manipolazione del materiale plastico. In un'occasione, inoltre, Michelle ha denominato la palla grande, che le si stava avvicinando, come un "mostro" e l'ha allontanata da sé.

Infine, la bambina gradisce alcuni giochi di attivazione sociale, come il solletico da parte dell'adulto, il rincorrersi e le bolle. Essi, tuttavia, hanno una durata di 1-2 minuti.

Per concludere, in generale il gioco avviene spesso in parallelo, è poco condiviso con l'adulto e Michelle passa da un'attività alla successiva dopo qualche minuto.

Per quanto riguarda l'attività grafica, essa risente della limitata sperimentazione corporea: la bambina disegna e colora alcuni elementi circolari non sempre comprensibili dall'adulto e in cui aggiunge spontaneamente o su imitazione dei particolari (Figura 8). Terminato il disegno, Michelle gira il foglio e continua l'attività, scrivendo alla fine il proprio nome.



Figura 8. Attività grafica

7.2.3 Adeguamento:

In sala d'attesa Michelle corre incontro ed abbraccia la terapeuta, il più delle volte senza stabilire un contatto oculare diretto. La bambina si distacca quindi dal genitore utilizzando formule di saluto (gesto della mano) su richiesta dell'adulto. Il ricongiungimento con la mamma avviene correndole incontro.

Inoltre, si adegua tranquillamente alla presenza della nuova tirocinante. Per quanto riguarda l'adeguamento tonico-posturale all'altro, Michelle accetta una postura frontale e talvolta un contatto fisico dato dalle mani. Nonostante tale vicinanza fisica, la bambina adotta un atteggiamento evitante nei confronti dell'adulto, come verrà evidenziato nel paragrafo successivo.

La bambina, inoltre, è in grado di adeguarsi a semplici richieste dirette dell'adulto. In materia di adattamento alle regole della seduta, Michelle riconosce e si adegua al rituale di inizio seduta; alla verbalizzazione del rituale di fine seduta, dato dalle bolle gradite, la bambina sostiene verbalmente come non le piaccia, ma subito vi si adatta con piacere.

Oltre a ciò, nelle attività Michelle accetta l'uso dello spazio proposto dall'adulto, che sia a tavolino o a tappeto.

Durante il gioco, la bambina tollera l'inserimento dell'adulto, pur non potendo parlare di rispetto dell'alternanza del turno 1-1.

Di fronte ad un divieto da parte dell'interlocutore, ad esempio di uscire dalla stanza durante la seduta per raggiungere il fratello, la bambina compie un altro tentativo a distanza di alcuni minuti, dopodiché rivolge l'attenzione altrove senza mostrare frustrazione.

I tempi di attesa sono tali da permettere di aspettare tranquillamente per un minuto l'arrivo della terapeuta, prima di uscire dalla stanza.

La capacità di autoregolazione delle emozioni, legata alla loro stessa espressione, verrà analizzata nel paragrafo seguente.

Infine, non sono presenti interessi assorbenti né bizzarrie comportamentali; al contrario, come evidenziato in precedenza, la bambina si interessa ad un oggetto per breve tempo.

7.2.4 Comunicazione e relazione:

L'intenzionalità comunicativa è perlopiù evitante: i momenti di condivisione dell'attività e delle emozioni sono ridotti e presenti quasi esclusivamente nelle attività descritte in precedenza, come il solletico o il gioco della torre.

Di conseguenza, Michelle prende in autonomia un gioco dall'armadio e si interfaccia all'adulto secondo una modalità spesso richiedente, qualdove non riesca a raggiungere l'oggetto desiderato.

Per quanto riguarda le competenze interattive non verbali, il contatto oculare diretto con l'interlocutore è elicitabile e compare a volte nella richiesta di un oggetto.

Se il gioco è fuori dalla portata della bambina, tale richiesta avviene tramite l'indicazione distale e la verbalizzazione di ciò che desidera.

L'indicazione atta a mostrare o condividere un oggetto/attività con l'altro è assente; inoltre, Michelle dà un oggetto all'adulto solo su richiesta gestuale e verbale dello stesso.

Oltre a ciò, la bambina segue con lo sguardo un'indicazione dell'interlocutore.

Nei casi in cui l'oggetto sia nelle mani dell'adulto, Michelle tende a prenderglielo; se ciò non viene permesso, protende la mano per richiederlo.

Tramite quest'ultima modalità avviene anche la scelta binaria, a volte associandovi il nome o il colore dell'oggetto.

Dato l'atteggiamento evitante nei confronti dell'interlocutore, la richiesta di ripetizione di un'attività è perlopiù assente: Michelle la ripropone in autonomia o, se necessaria la partecipazione dell'adulto, preferisce spesso abbandonare il gioco. In un'occasione è stata osservata una ripetizione del movimento appena eseguito (dondolio sulla palla) da parte della bambina, la quale è stata interpretata come una volontà di proseguire l'attività, intenzionalmente o meno diretta all'altro.

Si nota, quindi, come l'attenzione spontanea verso l'altro sia ridotta e se presente legata ad alcuni momenti, ad esempio durante un'attività svolta in parallelo.

In questi casi, in seguito all'osservazione delle azioni dell'adulto, la bambina spesso le imita, come accade nell'attività del disegno.

La capacità di imitazione è propria anche di alcuni suoni, parole e frasi dell'adulto, anche in differita.

In materia di comprensione verbale, la bambina comprende frasi semplici legate alle attività di routine o meno, senza che vengano accompagnate dal gesto dell'adulto.

Inoltre, risponde in modo coerente ad una domanda diretta da parte dell'interlocutore riguardo, ad esempio, quale gioco voglia.

In altre occasioni, invece, Michelle non risponde ad una richiesta dell'adulto, poiché, come già sottolineato, l'ascolto e l'interesse verso l'altro sono spesso limitati alla richiesta di oggetti.

Per quanto riguarda la produzione verbale la bambina si esprime tramite frasi complete con 4-5 elementi, utilizza il sì e il no per esprimere preferenze (accompagnati a volte dal gesto del capo) e in seduta usa alcune espressioni e parole in lingua inglese. Oltre a ciò, Michelle è in grado di porre una domanda all'interlocutore con il fine di chiedere un oggetto tenuto in mano dall'altro.

Al ripresentarsi di una situazione, come prendere e terminare un gioco, l'uso del linguaggio appare però stereotipato, poiché si ha una ripetizione delle stesse frasi. Inoltre, alla pari della ricerca dell'adulto, le espressioni dirette all'interlocutore si limitano spesso alla richiesta di un oggetto, la quale alcune volte avviene nominando il gioco stesso.

Da quanto sostenuto finora, emerge dunque come lo stile interattivo sia di tipo propositivo, poiché Michelle inizia spontaneamente un'attività.

In materia di stile relazionale, come già sottolineato, la ricerca dell'adulto per condividere un'attività è limitata; la maggior parte delle volte avviene per chiedere ciò che in autonomia Michelle non è in grado di compiere.

In una situazione, è stato osservato spontaneamente un contatto oculare diretto verso l'interlocutore accompagnato dal sorriso, nel corso dell'attività con le palline di gel. In un'altra occasione, invece, la bambina ha portato il disegno terminato alla terapeuta, dopodiché, senza attendere una sua reazione, si è diretta verso l'armadio dei giochi.

Tuttavia, se è l'adulto ad inserirsi nelle attività sono possibili talvolta momenti di attenzione congiunta, come nel gioco di abbattere una torre.

Infine, per quanto riguarda le manifestazioni emotive, la bambina esprime piacere tramite delle risa durante alcune attività, come quelle di attivazione sociale. Il dispiacere è dato dalla verbalizzazione di voler terminare l'attività o abbandonandola direttamente dopo pochi secondi. Anche il rifiuto verso un'attività, come le bolle del rituale finale, avviene utilizzando il linguaggio o assumendo un'espressione corrucciata e incrociando le braccia tra loro.

Non sono emerse altre emozioni complesse.

Oltre a ciò, ad eccezione di alcuni momenti, la mimica viene poco utilizzata come canale comunicativo pertanto non è sempre possibile comprendere lo stato d'animo di Michelle.

7.3. Progetto riabilitativo:

In seguito alle sedute di osservazione i punti di forza e di debolezza di Michelle, dal più significativo al meno significativo, possono essere riassunti come segue.

Punti di forza:

- chiara intenzionalità comunicativa (indicazione, linguaggio, sguardo)
- possibile piacere condiviso e aumento tempi di permanenza in attività gradite (palline, torre)
- accesso al gioco pre-simbolico su di sé/oggetto
- possibile variazione nell'attività di gioco con sostegno dell'adulto
- comprensione di frasi semplici e produzione di frasi complete
- presente l'imitazione (azioni, parole e frasi)
- buone capacità di adeguamento alle regole della seduta (rituali, spazi) e alle richieste dell'adulto
- minimi comportamenti stereotipati
- motricità globale quantitativamente in linea per età cronologica

Punti di debolezza:

- tempi di permanenza e attenzione inferiori a quanto atteso per età
- ridotta complessificazione di un'attività e sperimentazione sensomotoria (schema corporeo)
- atteggiamento evitante o richiedente nei confronti dell'interlocutore (ridotte espressioni verbali dirette all'altro, assente richiesta "ancora") e nelle attività di gioco
- mimica non sempre intellegibile
- motricità fine qualitativamente ridotta (coordinazione occhio-mano)

7.3.1 Obiettivi riabilitativi e strategie di intervento:

- Favorire la sperimentazione sensomotoria:

La stanza di terapia è strutturata in modo da predisporre una parte all'attività sensomotoria, con cubi, scivolo e tappeto. Inserendosi nell'attività spontanea della bambina è possibile proporre attività di tipo sensomotorio sia attive che passive (dondolio sulla palla/cilindro, scivolo, trascinalenti, compressioni) adottando un tono variabile, al fine di produrre esperienze globali e rafforzare lo schema corporeo. Attraverso il gioco sensomotorio, infatti, si sostiene la percezione, la consapevolezza di sé e il rinforzo dell'identità.

Inoltre, la riproposizione di tali attività, in primo luogo grazie all'adulto, facilita l'emergere della sensazione di piacere, la quale incentiva una volontà di ripetizione da parte della bambina, quindi un aumento dei tempi di permanenza.

Successivamente, può emergere una richiesta di ripetizione verso l'adulto.

- Incentivare la ripetizione e successiva complessificazione dell'attività di gioco:

Favorire innanzitutto un maggior inserimento dell'adulto nelle attività, secondo quanto segue.

Proporre attività ripetute di attivazione sociale gradite a Michelle (solletico, rincorrersi) adottando un tono alto, una postura anche al suolo e una mimica facciale amplificata. L'assenza di oggetti in tali attività facilita un direzionamento dell'attenzione verso l'interlocutore, dunque anche delle eventuali espressioni verbali non strettamente legate alla richiesta di un oggetto.

Affiancare attività a tavolino utilizzando inizialmente gli oggetti preferiti (torre, palline) e doppi, in modo da favorire i momenti spontanei di piacere condiviso e mantenere un inserimento dell'adulto in tali attività.

Durante questi scambi interattivi assumere una postura frontale, descrivere le azioni di Michelle ed è possibile talvolta gestire il materiale utilizzato. Tramite quest'ultima strategia si sostiene l'attenzione verso l'altro, in quanto "possiede" gli oggetti necessari per l'attività.

In questo modo, inoltre, si favorisce il direzionamento dello sguardo e dell'attenzione della bambina verso l'interlocutore.

Infine, un'ulteriore strategia può essere data dall'imitazione delle azioni da parte dell'adulto. Quale strumento principale di sintonizzazione, ciò può favorire una successiva imitazione reciproca, poiché tale abilità è presente in Michelle.

E' possibile suggerire lo svolgimento delle attività nei diversi luoghi grazie alla buona capacità di adeguamento all'uso degli spazi.

In seguito, un maggior inserimento dell'interlocutore nelle attività attraverso le modalità definite, può facilitare un aumento nell'accettazione delle proposte.

In questo modo, sempre partendo dalle attività più gradite a Michelle, è possibile proporre ripetizioni con variazioni, complessificando via via l'attività.

Garantendo un maggior numero di esperienze con e senza oggetti si sostiene, inoltre, un aumento degli interessi da parte della bambina, quindi una successiva richiesta attiva di ripetizione. Oltre a ciò, questo favorisce un prolungamento dei tempi di attenzione e permanenza.

- Favorire l'espressione delle emozioni:

Incentivare la manifestazione del piacere tramite attività gradite alla bambina (palline, solletico, scivolo) e adottando una mimica facciale amplificata, in modo che l'emozione così espressa dall'adulto sia il più chiara possibile.

La manifestazione emotiva viene favorita anche dal sostegno all'attività di tipo sensomotorio e pre-simbolico.

- Incentivare lo sviluppo della coordinazione oculo-manuale:

Una maggior consapevolezza del proprio schema corporeo facilita, inoltre, una miglior coordinazione oculo manuale.

Successivamente ad un aumento dei tempi di attenzione nelle attività, quindi di integrazione dello sguardo, è possibile proporre attività con materiale diversificato per favorire un'esplorazione manuale che richieda anche più movimenti singolarizzati delle dita.

Infine, le proposte possono essere varie e richiedere gradualmente una maggior precisione nel gesto (lanciare/prendere un palloncino/palla, biglie).

Il progetto riabilitativo prevede una seduta di trattamento a settimana, della durata di 45 minuti. Ad esso viene affiancato un intervento logopedico per una seduta a settimana, in sostegno allo sviluppo del linguaggio soprattutto per quanto riguarda la lingua italiana.

7.3.2 Intervento indiretto:

- **Intervento con i genitori:**

Si ritiene utile fornire alcune indicazioni, come suddividere in modo chiaro gli ambienti domestici al fine di sostenere l'organizzazione spaziale e adottare una postura frontale nei momenti di interazione con la bambina.

- **Intervento con la Scuola d'infanzia:**

Favorire anche in ambiente scolastico una suddivisione degli spazi; inoltre, se disponibile una stanza dedicata, si possono proporre attività mirate alla sperimentazione sensomotrice, che prevedano l'utilizzo di materiali diversificati (cubi, scivolo, spalliera).

7.4 Analisi del video:

La videoregistrazione della seduta di Michelle in presenza della madre è stata realizzata il 3 agosto 2023.

Come nel caso precedente, viene creata una tabella che consente un'osservazione di primo livello, seguita dalle interpretazioni.

Durante tutta la seduta la madre e la bambina si esprimono in lingua inglese; nelle tabelle viene riportato fedelmente quanto detto, tradotto solo successivamente.

La prima sequenza che si andrà ad analizzare dura circa un minuto e mezzo e si svolge all'inizio della seduta. Michelle e la madre si trovano sedute a tappeto, l'una di fronte all'altra, e stanno utilizzando da cinque minuti le bambole messe a disposizione.

Si analizza ora quanto accade in seguito.

Sequenza 1:

MICHELLE:	MAMMA:	OSSERVAZIONE:
Guarda gli oggetti a disposizione, poi fa per allontanarsi dall'attività.	Sta rivestendo la bambola dopo il bagnetto ed esclama: <<So...Michelle?>>.	Nel richiamare l'attenzione della bambina la madre mantiene lo sguardo sulla bambola che sta vestendo.
Si gira verso la madre, torna a tappeto e ne guarda l'azione.	Continua:<<The doll is feeling sick. What do we have to do?>> porgendo la bambola a Michelle.	Lo sguardo dell'adulto rimane sull'oggetto. Nell'enunciato la madre modula l'intonazione.
Risponde qualcosa di incomprensibile, poi prende in braccio la bambola e finge di rimuovervi qualcosa dal volto utilizzando una pinza.	Indica:<<On the nose>>, nel mentre riveste un'altra bambola.	Il tono di voce utilizzato dalla madre è quello usato nella maggior parte degli scambi interattivi con la bambina, tendenzialmente acuto. L'intensità è pari a quella di Michelle.
Compie quanto detto dal genitore, poi prende la siringa.	Osserva le azioni della bambina ed esclama:<<Giving injection on the bom' bom'>> [bottom].	L'intonazione utilizzata dalla madre è prevalentemente ascendente.
Ride e stabilisce un contatto oculare con l'adulto, che ricambia.	Ripete:<<On the bom' bom'>>, mantenendo lo sguardo sulla propria	Nella ripetizione l'adulto mantiene la stessa intonazione precedente.

	azione.	Vi è un breve momento di piacere condiviso, in cui per la prima volta le due stabiliscono un contatto oculare reciproco.
Ride nuovamente, guarda la madre, poi gira la bambola e le fa la puntura sul sedere.	Descrive le azioni della bambina:<<Uhh...it's crying! Ah...it's so painful! Aaah!>>.	Nel commentare le azioni di Michelle, la madre alza il volume di voce e il tono si fa più acuto.
All'introduzione della voce dell'adulto Michelle la guarda con aria sorpresa e fa un lieve sorriso. Poi ritorna sulla propria azione.	Continua a vestire l'altra bambola, commentando e guardando quanto fatto da Michelle.	
Continua la propria azione.	Continua la propria azione.	Vi sono 6-7 secondi di silenzio.
Termina la puntura e pulisce la bambola con una spugna.	Esclama:<<So, put them to bed, so they can sleep. They need to sleep and have some rest>>.	In entrambe le frasi pronunciate dall'adulto si ha un progressivo aumento del tono e dell'intensità di voce, dando così maggior enfasi alle ultime parole.
Si guarda attorno portandosi l'indice alla guancia e cercando il	Risponde:<<Yeah, lay it down, on the pillow>> indicando con la mano il	Insieme mettono la bambola a dormire.

<p>letto. Una volta individuato fa per posizionarvi la bambola, ripetendo:<<Some rest>>.</p>	<p>cuscinio.</p>	
<p>Esclama:<<Mmh>>, osservando la bambola appena distesa.</p>	<p>Riprende:<<Mmh...this wants to sleep>>. Poi prende in mano l'altra bambola e sostiene:<<Why this one is hungry? Wants to try some food>>.</p>	<p>Nel porre la domanda, l'adulto sposta due-tre volte lo sguardo dall'oggetto a Michelle.</p>
<p>Prende un bicchiere e vi mette dentro del cibo.</p>	<p>Esclama:<<He needs some milk>> guardando la bambina.</p>	<p>Michelle si porta seduta davanti al genitore, ma girata di lato.</p>
<p>E' concentrata sulla propria attività.</p>	<p>Ripete la richiesta aumentando lievemente il volume di voce, rendendo il tono più grave e avvicinando il capo al volto di Michelle per cercare un contatto oculare.</p>	<p>Michelle continua a guardarsi intorno cercando del cibo.</p>
<p>Dopo alcuni secondi risponde con enfasi:<<Ok!>>, senza stabilire un contatto oculare.</p>	<p>Compie un gesto di assenso con il capo.</p>	<p>Il gioco prosegue.</p>

In questa prima sequenza si nota immediatamente come il linguaggio venga utilizzato quale modalità comunicativa preferenziale, soprattutto dal genitore. La madre, infatti, se ne avvale inizialmente per richiamare l'attenzione della bambina, che probabilmente si sarebbe rivolta ad altro.

Il linguaggio viene quindi usato in modo continuo dall'adulto, con funzioni differenti: proporre e contrattare con Michelle le attività da svolgere, commentare le azioni della bambina e interpretare per breve tempo il ruolo della bambola.

Nel caso delle proposte, la prosodia utilizzata dal genitore è variabile, vi è una musicalità, e il tono non risulta mai di tipo impositivo; ciò nonostante, la bambina accetta quanto suggerito dalla madre. In questa sequenza, infatti, Michelle mantiene uno stile interattivo perlopiù responsivo, adeguandosi tranquillamente a quanto proposto dal genitore. Tuttavia, emerge comunque una partecipazione attiva della bambina all'interno del gioco.

Complessivamente, quindi, vi è una serena collaborazione e contrattazione nelle attività.

Nel caso in cui il linguaggio venga utilizzato con funzione di commento, come già evidenziato nell'analisi di primo livello, la madre adotta un'intonazione ascendente e un tono prevalentemente alto; in questo modo, accompagna le azioni di Michelle e mantiene il proprio inserimento nell'attività.

Dall'altro lato, la bambina nota e gradisce quanto detto dal genitore, poiché per la prima volta stabilisce spontaneamente un contatto oculare con la madre, ricambiato. L'inserimento e la successiva accettazione dell'utilizzo della voce da parte dell'adulto permettono quindi un momento di piacere condiviso, altrimenti raro.

Infine, la madre alza ulteriormente il volume e il tono di voce nell'immedesimarsi nella bambola, durante la puntura. Nel fare ciò, il genitore continua la propria azione, posando di tanto in tanto lo sguardo su Michelle.

La voce rappresenta, quindi, la categoria analogica maggiormente utilizzata dalla madre, al fine di creare una relazione con la bambina.

Di conseguenza, si nota come essa venga ampiamente modulata e adattata dall'adulto in tutti i suoi aspetti, a seconda della funzione che ricopre.

Il linguaggio espressivo permette così al genitore di accompagnare, anticipare e inserirsi nelle azioni compiute da Michelle. In questo modo, la voce determina un

sottofondo musicale costante, ma variato, da cui emergono continuamente in superficie elementi diversi.

Sulla base di quanto sottolineato nel capitolo 2, nella cultura africana il linguaggio rappresenta il legame più importante tra le persone, poichè comune alla maggior parte.

Di conseguenza, la lingua è ciò che collega passato, presente e futuro, permettendo la diffusione delle conoscenze e dei valori culturali.

In questa sequenza di interazione tra Michelle e la madre, il linguaggio viene utilizzato quale mezzo comunicativo per stabilire proprio quella connessione tra passato e presente, quindi tra genitore e figlio.

In tale modo è possibile la relazione tra l'adulto e la bambina, intesa come reciproci scambi di interazione.

Questo elemento culturale è di particolare rilevanza soprattutto se si considerano le caratteristiche di Michelle, con cui stabilire una reciprocità nella relazione e una condivisione dell'attività è a volte complesso.

L'importanza che il genitore attribuisce al linguaggio emerge anche all'inizio della seduta di videoregistrazione, quando la madre chiede se Michelle parli con la terapeuta mentre svolge le attività. Ciò può indicare un interesse o una preoccupazione in merito, meglio indagata all'interno dell'intervista semistrutturata. Infine, all'utilizzo della voce, ampiamente descritta, il genitore affianca talvolta altre categorie analogiche.

In particolare, verso la fine della sequenza l'adulto ripete una seconda volta quanto detto; nel fare ciò, diminuisce la distanza tra lei e la bambina e inclina il capo verso il basso, cercando il volto e lo sguardo di Michelle. Inoltre, per la prima volta il tono di voce si fa più grave.

A tali modifiche, la bambina risponde adeguandosi a quanto richiesto, senza stabilire un contatto oculare.

Per concludere, si nota come la relazione con la madre faciliti un radicale aumento dei tempi di permanenza nell'attività, che arrivano a 15 minuti circa.

La sequenza analizzata di seguito si svolge nella seconda metà della seduta: l'adulto e Michelle si trovano nello spazio a tavolino, su richiesta della madre la bambina ha

appena riposto nello scaffale un gioco concluso e sta prendendo gli oggetti necessari alla prossima attività scelta, il materiale plastico.

L'intera sequenza dura circa 1 minuto.

Sequenza 2:

MICHELLE:	MAMMA:	OSSERVAZIONE:
Prende il contenitore con rullo e formine dallo scaffale.	Chiede:<<So what's that?>>.	L'adulto è seduto sulla sedia, la bambina è in piedi di fronte allo scaffale.
Risponde:<<Playdough>>, portando il contenitore al tavolo.	Annuisce e dice: <<Great...playdough>>.	Gli spostamenti di Michelle dallo scaffale al tavolo e viceversa sono rapidi. La madre rimane invece seduta sulla sedia. Inoltre, nel rispondere la bambina mantiene lo sguardo sull'oggetto.
Per prendere il materiale dal ripiano in alto si allunga sulle punte dei piedi, poi lo porta al tavolo e lo apre, esclamando:<<Oh no...>>. Il secondo barattolo è infatti vuoto.	Ripete:<<Playdough>>, poi guarda anch'essa dentro al contenitore e riprende:<<Oh no...>>.	L'intonazione utilizzata dalla bambina e dalla madre è la medesima, discendente. Tuttavia il tono usato da Michelle è più grave.

Si gira nuovamente verso lo scaffale e indica un altro contenitore nell'ultimo ripiano in alto.	Dice:<<Take it back>>, facendo riferimento al barattolo vuoto.	L'adulto guarda Michelle, che mantiene lo sguardo sull'oggetto desiderato.
Dice:<<Playdough...oh>> sempre guardando il ripiano.	Esclama:<<Playdough...? Take this one back and then will bring playdough>>, porgendo il contenitore a Michelle.	La bambina riduce il volume e il ritmo della voce. Il tutto, rimanendo in piedi e stropicciandosi più volte la maglietta. Anche il tono utilizzato dalla madre diventa meno acuto.
Ripone il contenitore vuoto e indietreggia, spostando lo sguardo dal ripiano irraggiungibile al tavolo.	Suggerisce:<<Take your chair>>, guardando la bambina.	Michelle sembra preoccupata.
Prende la sedia, la avvicina allo scaffale e vi sale sopra, riuscendo così a raggiungere il ripiano. Quindi, prende tre contenitori con del materiale plastico.	Osserva sorridendo le azioni della bambina e ripete:<<Playdough>>.	Il tono di voce utilizzato dalla madre è variabile e usato per nominare l'oggetto preso da Michelle.
Si gira per scendere dalla sedia ma appare titubante, quindi viene sostenuta dalla tirocinante; dopodiché porta	Commenta quanto accaduto esclamando:<<Ouch! Say "grazie">>.	La madre attende seduta al tavolo l'arrivo della bambina.

quanto preso al tavolo e riposiziona la sedia.		
Prende un contenitore e prova ad aprirlo.	Accompagna i tentativi della bambina dicendo: <<Okay, open, open, open, open>>.	Entrambe hanno lo sguardo sul contenitore. In un secondo momento, notando la difficoltà della bambina, la madre allunga le mani verso il barattolo.
Non riuscendo nell'intento abbandona il contenitore e ne prende un'altro, che apre con facilità.	Interviene in aiuto e apre il contenitore.	L'attività ha inizio.

Alla pari della sequenza precedente, si nota come la madre utilizzi principalmente la voce secondo le funzioni prima definite.

In particolare, la ripetizione della parola “playdough” assume significati via via differenti a seconda del tono usato: nominare l'attività che si andrà a svolgere e rendere esplicita la richiesta della bambina.

Oltre a ciò, in un'altra occasione l'adulto imita e riprende quanto detto dalla bambina, nel momento in cui apre il contenitore vuoto. Una possibile interpretazione è data dal voler condividere lo stato d'animo di Michelle; il genitore, infatti, allinea la propria intonazione di voce a quella della bambina.

Si rileva quindi nuovamente l'importanza dell'utilizzo del linguaggio.

D'altro canto, come accade nella prima sequenza, l'uso della gestualità e del contatto oculare sono limitati, non preferenziali.

In generale, i movimenti dell'adulto sono difatti ridotti: il genitore rimane seduto sulla sedia per tutta la durata dell'attività.

Al contrario, Michelle compie continui spostamenti, eseguiti con rapidità; non appena la bambina appoggia un oggetto sul tavolo, è già diretta verso lo scaffale. In tale sequenza, come sottolineato durante l'osservazione del comportamento spontaneo, emerge dunque come Michelle prenda in autonomia quanto desiderato. Ciò è possibile all'inizio della sequenza: la bambina si allunga sulle punte dei piedi e raggiunge così un contenitore.

In secondo luogo, tuttavia, Michelle sembra realizzare di non poter arrivare all'ultimo ripiano, poiché riduce l'intensità di voce e assume un'espressione preoccupata.

Di conseguenza, emerge l'indicazione associata ad una triangolazione dello sguardo quale richiesta non verbale di aiuto.

Risulta interessante soffermarsi ora su quanto effettuato dal genitore in risposta a ciò che viene indirettamente chiesto.

In seguito alla richiesta, la madre rimane seduta a tavolino e interviene ancora una volta solo tramite la voce: l'adulto indica verbalmente a Michelle di utilizzare la sedia per raggiungere l'oggetto desiderato. Tale suggerimento, come avviene in precedenza, viene accolto ed eseguito dalla bambina.

Il comportamento della madre può essere interpretato sulla base di alcuni fattori culturali.

Secondo quanto stabilito dalla cultura africana, infatti, uno degli obiettivi fondamentali nello sviluppo del bambino è raggiungere l'autonomia.

Grazie all'acquisizione graduale di uno spirito di responsabilità verso le proprie azioni, il bambino inizia a riconoscere e gestire gli effetti del proprio comportamento.

Così facendo, diviene sempre più consapevole delle proprie abilità e dei propri limiti, riuscendo quindi ad affrontare e superare gran parte delle difficoltà nella vita di tutti i giorni.

In tale modo, il bambino diventa in tutto e per tutto un individuo completo, indipendente.

In questo processo, il ruolo della comunità è quello di creare un ambiente favorevole allo sviluppo dell'individuo, una cornice entro cui il bambino possa crescere.

Tale atteggiamento “sullo sfondo” si ritrova proprio nel comportamento della madre di Michelle, la quale, piuttosto che prendere lei stessa quanto richiesto, indica alla bambina quale strumento può utilizzare per ottenere in autonomia ciò che desidera. L'intervento dell'adulto è dunque limitato, verosimilmente per sostenere l'indipendenza.

Una parziale conferma di tale volontà da parte del genitore si ha nel corso delle azioni quindi compiute da Michelle, perché la madre sorride guardando la bambina. Sulla base di quanto appena esposto, e considerato il contesto in cui ciò avviene, questa espressione dell'adulto può suggerire una sensazione di piacere nell'osservare come la bambina sia autonoma.

In conclusione, all'interno della sequenza analizzata la partecipazione da parte della madre si riduce perlopiù ad una guida verbale. Solamente nell'ultima parte della sequenza il genitore interviene attivamente in sostegno di Michelle; tuttavia, ciò accade solo dopo aver permesso e supportato i diversi tentativi della bambina.

In aggiunta, il rispetto del principio di autonomia sembra avere un esito positivo sulle successive esperienze di Michelle.

Verso la fine della seduta, infatti, si ripresenta la situazione descritta in cui la bambina deve riporre sullo scaffale gli oggetti utilizzati. L'aver garantito l'esperienza precedente può averne permesso l'interiorizzazione, poiché stavolta Michelle utilizza spontaneamente la sedia per raggiungere il proprio obiettivo.

Complessivamente, in seguito all'analisi di queste sequenze si nota come nella relazione tra Michelle e la madre emergano due degli elementi culturali più importanti secondo quanto stabilito dalle antiche tradizioni: l'utilizzo del linguaggio quale fondamento di ogni rapporto umano e l'invito all'autonomia.

Infatti, la categoria analogica maggiormente utilizzata dalla madre è appunto la voce, ampiamente modulata a seconda degli scopi.

Si è consapevoli del grado di dipendenza dato dall'aiuto verbale, che quindi sembrerebbe confutare quanto sostenuto; tuttavia ciò che viene descritto rappresenta lo stile relazionale tra Michelle e la madre instauratosi nel tempo, e quindi di per sé funzionale.

Nello specifico, quanto sottolineato si riflette anche sulla cultura propria della Nigeria, Paese di provenienza del genitore.

In tale Stato, infatti, la cultura ha un carattere normativo per quanto riguarda la linea di pensiero: grande rispetto è dato alle antiche tradizioni, alle norme consolidate nel tempo, quale legame con il passato.

Oltre a ciò, vi è la volontà di realizzare se stessi e i propri desideri, tramite un atteggiamento fiducioso e consapevole delle proprie abilità. Questo può avvenire solo all'interno di un contesto sociale favorevole e proprio grazie al principio di autonomia che ognuno persegue (sito web Hofstede Insights).

7.5 Intervista semistruutturata con il genitore:

Al fine di evidenziare gli elementi culturali africani di cui il genitore è consapevole, viene effettuata un'intervista semistruutturata con la madre di Michelle.

Il giorno dell'incontro è presente anche il fratello di 6 anni, che gioca con la cucina e dei libri messi a disposizione.

L'intera intervista viene svolta in lingua inglese dato che la madre non conosce l'italiano; inoltre, talvolta il genitore chiede che le domande vengano ripetute, dando poi risposte pertinenti. Durante l'intervista il genitore si mostra disponibile e accetta di rispondere a tutte le domande poste.

La madre racconta di essersi trasferita in Italia dalla Nigeria nel 2017. Lei e il marito non sono consanguinei.

Per quanto riguarda la gravidanza il genitore sostiene di non aver riscontrato particolari criticità, senza far riferimento ai due ricoveri riportati in anamnesi, e non indica alcun rituale eseguito prima o dopo la nascita.

L'adulto riporta come durante i primi mesi di vita la bambina piangesse di frequente e si calmasse se presa in braccio.

La madre riferisce inoltre di non aver fasciato Michelle, di averla allattata fino ai 10 mesi circa e di come attualmente la bambina dorma nel proprio letto, ma in alcune occasioni raggiunga poi quello dei genitori.

Oltre a ciò, il genitore racconta di essere a casa dal lavoro e poter quindi giocare spesso con i figli, soprattutto in attività come i pupazzi e la lettura di libri.

Tali dinamiche tra la madre e Michelle vengono definite come diverse rispetto a quelle presenti tutt'oggi in Nigeria, e con cui il genitore è cresciuto. L'adulto sostiene infatti come le madri siano molto "rigide" e richiedano l'ascolto dei figli talvolta alzando le mani. La madre della bambina, invece, riporta di ottenere lo stesso obiettivo attraverso la parola.

Ciò corrisponde a quanto emerso dall'analisi del video e richiama ancora una volta il tema del rispetto verso la figura adulta.

Per quanto riguarda la lingua, il genitore indica come a casa si parli soprattutto inglese e solo molto raramente l'igbo, la lingua d'origine della madre.

L'importanza che il genitore attribuisce al linguaggio emerge anche nella rappresentazione di Michelle. Secondo l'adulto la bambina è molto intelligente, sa cosa vuole e quando lo vuole, alla pari dei coetanei. La madre porta più volte come esempio il fatto che Michelle riconosca di dover andare in bagno.

Dato ciò, il genitore sostiene come la difficoltà principale della bambina sia data dal conoscere poco la lingua italiana e quindi dall'esprimersi in termini ridotti in tale lingua. Durante la seduta di videoregistrazione, infatti, la madre aveva già espresso la propria preoccupazione in merito, chiedendo quanto Michelle utilizzasse il linguaggio nel rapporto con la terapeuta.

Ad eccezione di tale difficoltà nell'utilizzo di una lingua diversa da quella madre, il genitore riporta come non vi siano ulteriori criticità in Michelle.

L'adulto indica infatti di essere a conoscenza della diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico (e di averne letto qualche informazione online già prima della nascita di Michelle), ma di non condividerla. Ad esempio, secondo entrambi i genitori la caratteristica per cui la bambina evita il contatto oculare diretto con l'interlocutore non rappresenta un aspetto insolito, poichè presente anche nel padre. Di conseguenza viene considerato come un comportamento tipico.

In seguito, la madre chiede quali altri segni siano stati visti nella bambina durante l'osservazione effettuata; tuttavia alla definizione di alcuni aspetti l'adulto sostiene di non considerarli sufficienti alla diagnosi.

Tale linea di pensiero sembra quindi spiegare in parte l'assenza ad alcune sedute durante il periodo di osservazione.

Oltre a ciò, la madre ritiene che le caratteristiche di Michelle fattele notare dai professionisti sanitari si possano un giorno cancellare totalmente. Questa considerazione del concetto di cura quale rimozione della patologia trova conferma in quanto emerso dalla letteratura, definito nel capitolo 3.

Infine, per quanto riguarda la gestione dei bambini con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) in Nigeria il genitore riporta come vi siano delle scuole speciali dedicate, non vengono date ulteriori informazioni.

Nel corso di quest'intervista semistrutturata sono quindi emersi alcuni elementi propri della cultura africana, i quali riprendono e ampliano quanto notato nell'analisi del video. Inoltre, si evidenzia in modo chiaro la differenza tra l'immagine della bambina fornita dal genitore e quella indicata dal personale sanitario.

Capitolo 8:

SOFIA:

8.1. Anamnesi:

8.1.1 Diagnosi:

Sindrome di Down (trisomia 21).

8.1.2 Anamnesi fisiologica:

Quartogenita nata in Italia a maggio 2021 a seguito di gravidanza decorsa con diabete gestazionale insulino-dipendente; alle ecografie fetali erano stati riscontrati ventricoli cerebrali ai limiti superiori ed era stata ipotizzata trisomia 21. La bambina è nata a 37+2 settimane gestazionali (PN 2.930 kg) e non si sono evidenziati problemi perinatali, l'indice di Apgar era pari a 9-10-10. La bambina è stata inoltre trattata per 24 ore con fototerapia, a causa di ittero. Durante la degenza sono stati effettuati alcuni controlli, esposti nel paragrafo successivo.

L'alimentazione è avvenuta esclusivamente al seno per il primo mese di vita, con suzione valida; successivamente è avvenuto il passaggio al latte in formula per scarso accrescimento e ipogalattia nella madre. Lo svezzamento è iniziato a 8 mesi e la dieta attuale è selettiva; alvo e diuresi regolari. I genitori riferiscono come Sofia riposi molte ore, prediligendo la posizione prona. Per quanto riguarda lo sviluppo neuropsicomotorio vengono riportati: sorriso sociale dai 3 mesi e iniziali gorgheggi, parziale controllo della posizione seduta a 10 mesi, contestuale alla comparsa della lallazione, e deambulazione con appoggio a partire dai 22 mesi.

8.1.3 Anamnesi patologica:

Durante la degenza in ospedale (durata una settimana) sono stati effettuati degli approfondimenti, i quali hanno evidenziato una lieve dilatazione del ventricolo sinistro (in miglioramento), ventricolo destro dominante con spessori parietali ai limiti superiori e funzioni di pompa ai limiti di norma e una leggera alterazione del setto interventricolare.

Sono presenti, inoltre, una lieve ipoacusia con componente catarrale e una roncopia.

Non vi sono allergie note e l'anamnesi familiare è negativa per patologie neurologiche, sordità, e ritardo cognitivo.

La sorella di 5 anni è attualmente in trattamento logopedico per una lenta acquisizione del linguaggio, da approfondire; inoltre, la bambina aveva manifestato durante lo sviluppo una difficoltà nella regolazione del sonno e nell'alimentazione.

8.1.4 Contesto socioeducativo:

Il nucleo familiare è composto da 6 persone: madre (di 40 anni al momento della nascita di Sofia) e padre originari del Marocco, tre sorelle di 15, 10 e 5 anni e Sofia. Inoltre, temporaneamente è presente anche la sorella della madre.

A casa la bambina è esposta a bilinguismo dato dall'italiano e dall'arabo. I genitori riportano una dieta da sempre selettiva, la bambina assumeva a fatica consistenze semisolide (le sputava), ora assume cibi solidi a piccoli pezzi e liquidi (pollo, formaggio, latticini) ma accetta solo alcuni sapori. Attualmente Sofia beve il latte dal biberon; non è stato usato il ciuccio. Inoltre, la bambina si alimenta da sola durante i pasti, utilizzando in modo alternato le posate e le mani. Viene riportato come spesso Sofia lanci il cibo dal piatto con la posata.

Data la difficoltà nell'alimentazione l'accrescimento ponderale è ridotto (3°%ile), seppur costante.

Infine, Sofia non risulta attualmente iscritta alla scuola dell'infanzia, inserimento previsto per settembre 2024.

8.1.5 Storia riabilitativa:

In seguito alla dimissione dall'ospedale dopo la nascita, vengono effettuate tre valutazioni audiologiche tramite i potenziali evocati uditivi tronco-encefalici, le quali riportano un innalzamento della soglia uditiva di media entità, bilateralmente.

Inoltre, non è stato eseguito il test delle emissioni otoacustiche a causa del risveglio della bambina.

All'età di 4 mesi emerge scarso appetito, frequenti episodi di vomito e risvegli notturni con sofferenza della bambina. Segue l'accesso in pronto soccorso per

difficoltà respiratoria: viene riscontrata ernia diaframmatica. Si programma un intervento chirurgico per gennaio 2022.

All'età di 5 mesi Sofia giunge al servizio di Neuropsichiatria Infantile di Bassano del Grappa (VI), inviata dal pediatra. All'esame obiettivo effettuato emergono: facies composita, fosse nasali pervie, ugola allungata, riflesso faringeo presente, tonsille ipertrofiche e tendenza alla protrusione linguale. Dalla posizione supina è presente l'aggancio di sguardo e l'inseguimento, la bambina porta le mani alla bocca e sulla linea mediana ed è attenta all'ambiente e all'interlocutore. Dalla postura prona Sofia libera il capo, lo solleva dal piano d'appoggio ed inizia a ruotarlo di lato; tenta lo striscio. Infine, il tono appare ridotto al tronco e distalmente, sfumatamente aumentato al cingolo superiore, è assente un controllo del capo alla trazione, i riflessi osteotendinei sono simmetrici/normoevocabili e la membrana timpanica appare opaca.

Ad ottobre 2021 la bambina inizia un trattamento di fisioterapia presso il servizio, attualmente in corso. Il trattamento è stato sospeso brevemente in seguito all'intervento per l'ernia diaframmatica, nel quale non vi sono stati problemi postoperatori.

All'età di 10 mesi viene attuata una visita foniatria e valutazione logopedica durante un pasto semisolido: frequenti movimenti di suzione, protrusione della lingua, assente lateralizzazione, adeguato innesco atto deglutitorio e assenti segni di inalazione. Dopo alcuni cucchiaini Sofia rifiuta il cibo; la tosse è valida.

Viene quindi iniziato un training masticatorio.

Alla valutazione successiva, nel marzo 2023, si notano: scarso appetito, richiesta del cibo tramite lo sguardo, ridotta protrusione della lingua, assenti movimenti di suzione, avviata masticazione anche laterale; inoltre, Sofia gioca volentieri con il cibo, ha acquisito la prassia del soffio e lo schiocco della lingua. Di conseguenza, si ritiene concluso il training masticatorio.

All'interno del servizio, ad eccezione di quelle logopedica e fisioterapica non sono state eseguite ulteriori valutazioni.

A partire da settembre 2023 la bambina viene seguita in un'altra Azienda Sanitaria Locale in seguito al trasferimento della famiglia.

8.2.Osservazioni:

La definizione del seguente profilo neuropsicomotorio è frutto di un'osservazione del comportamento spontaneo effettuata nei mesi di luglio e agosto 2023. Al momento dell'osservazione Sofia ha 2 anni e 2 mesi.

8.2.1 Struttura sensomotoria:

Per quanto riguarda l'organizzazione sensoperceptiva, in particolare l'udito, Sofia presenta una lieve ipoacusia per cui non sempre ruota il capo verso una sorgente sonora e la risposta al nome è saltuaria. Oltre a ciò, in alcune azioni la bambina non integra lo sguardo al movimento, come nel lanciare la palla all'adulto.

Tali caratteristiche sono correlate anche agli aspetti attentivi, come verrà sottolineato successivamente.

In seguito alla diagnosi, Sofia presenta un tono di base ridotto; nonostante ciò, il ritmo delle azioni compiute dalla bambina è piuttosto elevato.

L'uso dello spazio è infatti variato: Sofia si sposta per tutta la stanza di terapia, soffermandosi di tanto in tanto su qualche attività di suo interesse.

Nonostante tale esplorazione dello spazio, essa avviene in modo apparentemente poco finalizzato; infatti, una vera e propria sperimentazione sensomotoria non viene spontaneamente attivata. Sofia esegue solamente lo scivolo di legno da seduta, ma nonostante lo gradisca non ripete l'attività.

Ad ogni modo, tali spostamenti sono resi possibili dalla presenza del gattonamento con schema crociato, utilizzato di frequente, e dall'iniziale deambulazione, ancora incerta, poco coordinata e con base allargata.

Difatti, nel cammino la flessione del ginocchio durante la fase di stacco è ridotta, l'appoggio avviene su tutta la pianta del piede (piatto) e viene data poca enfasi alla fase di carico. Di conseguenza, l'avanzamento avviene mantenendo un'ampia base d'appoggio per garantire maggior stabilità. Oltre a ciò, le spalle sono leggermente anteropulse e le braccia sono lungo i fianchi.

Si andranno di seguito a definire i vari passaggi posturali compiuti per raggiungere la stazione eretta, a partire da differenti posizioni.

Nella postura seduta a terra Sofia mantiene gli arti inferiori estesi e abdotti, il bacino è in retroversione con carico a livello del sacro, il tronco appare in leggera cifosi, le

spalle sono anteropulse e gli arti superiori si trovano nello spazio anteriore, non in appoggio. Il capo è ben controllato contro gravità.

Questa posizione, anche grazie all'ampia base d'appoggio costituita dalle estremità inferiori, è quindi percepita come stabile. Ciò permette alcune attività, come la lettura di libri, senza utilizzare le reazioni di paracadute, comunque presenti.

A partire dalla posizione seduta, la bambina appoggia le mani nello spazio anteriore e vi sposta il carico, in seguito flette lievemente un arto inferiore alla volta e lo adduce, ritrovandosi prona. Da qui, si porta carponi trasferendo il carico in avanti. Da tale posizione, se presente un piano d'appoggio anteriore, Sofia esegue il passaggio a cavalier servente per raggiungere la stazione eretta.

Senza appoggio, dalla postura carponi la bambina passa attraverso la posizione "ad elefante" e si porta in statica; questo avviene solamente su superfici stabili. Nel caso in cui Sofia si trovi invece su un tappeto morbido, nonostante abduca ancor di più gli arti inferiori per aumentare la stabilità, spesso perde l'equilibrio e cade seduta a terra. La stazione eretta raggiunta è mantenuta per qualche minuto, in modo ancora non del tutto stabile: spesso la bambina porta il carico posteriormente, tuttavia, se il trasferimento è limitato, adotta delle reazioni di equilibrio che le permettono di mantenere la postura. I tempi brevi in cui Sofia resta in stazione eretta sono dovuti anche alla ridotta permanenza in un'attività (evidenziata in seguito), per cui la bambina si sposta da una parte all'altra della stanza.

Le reazioni di equilibrio sono tali da permettere a Sofia di toccare un oggetto a terra flettendo il tronco in avanti e allungando le braccia, per poi tornare lentamente in stazione eretta.

Infine, nel caso in cui vi sia un piano d'appoggio anteriore la bambina stabilizza la posizione eretta appoggiandovi l'addome e iperestendendo le estremità inferiori; in tale modo, il carico è completamente spostato in avanti, verso il piano. Il carico solo sugli arti inferiori viene retto tranquillamente durante alcune azioni brevi, come dare una tazzina all'adulto ruotando il tronco lateralmente.

Dalla posizione eretta Sofia flette completamente le ginocchia e si accuccia, raggiungendo poi la postura a carponi, quindi seduta.

La bambina è inoltre in grado di salire le scale alternando i piedi e reggendosi con entrambe le mani al corrimano; nella discesa, laterale, necessita dell'aiuto dell'adulto.

Sulla base di quanto sottolineato, emerge come dal punto di vista quantitativo Sofia compia tutti i passaggi posturali e abbia raggiunto la deambulazione autonoma.

La compromissione maggiore riguarda la qualità di tali movimenti: la fluidità nei passaggi posturali per raggiungere la stazione eretta è alterata, la bambina presenta lievi fluttuazioni toniche che si manifestano come “tremolii” durante il movimento. Inoltre, nella deambulazione Sofia si sente ancora instabile per cui a volte predilige lo spostamento a gattoni, eseguito più rapidamente.

Tale sensazione di insicurezza, associata all'assenza della sperimentazione sensomotoria, comporta inoltre una compromissione a livello dello schema corporeo e della percezione di sé.

Per quanto riguarda la motricità fine, l'uso degli oggetti è funzionale e iniziale pre-simbolico.

Tuttavia, la coordinazione oculo-manuale risulta alterata per cui sono difficoltose attività come gli incastri semplici, in cui Sofia posiziona il pezzo vicino all'incastro, su indicazione dell'adulto e senza inserirlo.

Infine la lateralità non risulta affermata, nonostante la bambina prediliga l'utilizzo della mano destra.

8.2.2 Area neuropsicologica e gioco:

In materia di orientamento spazio-temporale, Sofia sembra riconoscere la stanza di terapia e ricordare le sedute precedenti, poiché si dirige verso l'armadio dei giochi e ripropone attività gradite. La bambina, inoltre, al segnale temporale di fine seduta dato dalla verbalizzazione da parte del genitore, guarda la madre; dopodiché la saluta e continua l'attività.

Per quanto riguarda l'attenzione, Sofia osserva l'ambiente e le persone in esso, soprattutto se dialogano tra loro.

Al contrario, l'interesse verso gli oggetti è limitato all'azione funzionale che è possibile compiere; una volta eseguita una o due volte, la bambina si dirige verso un

altro oggetto. Inoltre, se durante un'attività un oggetto utilizzato cade a terra, Sofia sembra non accorgersene, poiché ne prende un altro e continua l'azione.

I tempi di attenzione nell'attività sono quindi brevi, pari a 1-2 minuti; dopodiché la bambina si distrae a seguito di altri stimoli visivi e abbandona il gioco, a volte lanciando l'oggetto a terra. L'attenzione è quindi frammentata.

Di conseguenza, anche i tempi di permanenza sono ridotti e arrivano a 2-3 minuti con sostegno dell'adulto. In attività proposte non gradite i tempi sono inferiori.

Al contrario, un aumento di tale tempo avviene nel gioco della cucina, gradita a Sofia e ricercata spontaneamente ad ogni seduta. Tale attività ha una durata di 4 minuti circa, tuttavia le azioni compiute dalla bambina sono spesso ripetitive e poco organizzate tra loro.

Per quanto riguarda la progettualità, difatti, essa è perlopiù limitata nel qui e ora. Sofia è in grado di compiere due azioni nel gioco, ma esse sono legate ad aspetti del mettere dentro-tirare fuori più che ad una vera concatenazione e pianificazione di un'azione finalizzata ad uno scopo ulteriore.

Ciò emerge proprio nell'attività della cucina, dove la bambina mette continuamente dentro e fuori dal forno gli oggetti. Il susseguirsi continuo di tali azioni determina l'aumento dei tempi di permanenza.

Inoltre, in tale gioco si manifesta un elemento pre-simbolico: Sofia esegue una singola azione congruente su di sé, come bere dalla tazzina; la stessa azione viene compiuta sulla bambola, ma senza integrazione dello sguardo e solo su invito dell'adulto.

In materia di gioco sensomotorio, esso viene compiuto perlopiù su iniziativa dell'adulto, che rende possibili attività come disequilibri o salti seduta sulla palla e lo scivolo morbido. Quest'ultimo viene accettato con piacere dalla bambina, che lo ripete spontaneamente più volte variando la modalità; tali ripetizioni avvengono però rapidamente nel giro di un minuto, dopodiché Sofia abbandona l'attività.

Infine, spontaneamente sono possibili altre attività, come le costruzioni verticali, lanciare la palla all'adulto da seduta a terra e la lettura di libri, di cui sembra riconoscere le immagini. In particolare, Sofia gradisce le lettere magnetiche di una lavagna, che prende dal contenitore e posiziona sulla superficie.

Per quanto riguarda il funzionamento cognitivo, si nota una difficoltà nella costanza percettiva in materia di grandezza dell'oggetto: in più occasioni, la bambina tenta di inserire un oggetto troppo grande rispetto al contenitore scelto. Dopo un paio di tentativi, Sofia rivolge l'interesse altrove senza chiedere aiuto all'adulto.

Inoltre, la bambina gradisce molto guardarsi allo specchio, ride alle espressioni facciali riprodotte e cerca l'adulto per condividere il piacere. In tale attività Sofia non sembra riconoscere l'immagine riflessa nello specchio come propria (abilità solitamente presente dai 18-24 mesi) perché non sono presenti elementi come l'autoindicazione e la sensazione di stupore.

Infine, in materia di attività grafica è presente lo "scarabocchio", con presa del pennarello immatura (a pugno, distale) e uscendo dal foglio (i genitori riportano come a casa Sofia disegni sui muri). In un'occasione, inoltre, la bambina ha portato il pennarello alla bocca.

Il livello intellettuale appare quindi complessivamente inferiore a quanto atteso per età, non approfondito da test di valutazione in merito.

8.2.3 Adeguamento:

Durante la seduta la madre è solitamente presente in stanza; tuttavia, in occasione dell'intervista semistrutturata si è allontanata dalla bambina. Il distacco dal genitore è avvenuto serenamente e Sofia si è fatta coinvolgere tranquillamente nelle attività proposte.

Per quanto riguarda l'adeguamento alle richieste dirette dell'adulto, esse vengono soddisfatte raramente e solo se ripetute più volte.

Lo stesso accade al termine della seduta: la bambina si dirige verso il genitore che la chiama ripetutamente per nome solo quando le vengono mostrate le chiavi dell'auto, oggetto gradito. Il più delle volte, Sofia viene semplicemente presa in braccio dalla madre.

L'adeguamento è quindi strettamente correlato alla capacità di ascolto verso l'altro, ridotta.

La bambina accetta di compiere attività proposte dall'adulto senza apparire frustrata; tuttavia, se l'attività non è gradita Sofia la abbandona dopo circa un minuto.

In materia di tempi di attesa, essi sono molto brevi, pari a qualche secondo, dopodiché la bambina cambia oggetto di interesse. Infine, nei momenti di maggior eccitazione compaiono dei comportamenti bizzarri: Sofia intreccia tra di loro le mani a braccia estese e tira fuori-dentro la lingua.

8.2.4 Comunicazione e relazione:

L'intenzionalità comunicativa è perlopiù evitante, poiché nelle attività la bambina non è interessata all'adulto. La ricerca attiva dell'interlocutore avviene una volta completata un'azione, per condividerla in modo chiaro tramite le seguenti competenze interattive non verbali.

Sofia rivolge intenzionalmente lo sguardo verso l'adulto, sorride e compie il gesto di battere le mani. Un utilizzo più integrato dello sguardo, come una sua triangolazione, non è emerso durante l'osservazione.

Oltre a ciò, è presente il gesto indicativo al fine di mostrare un oggetto all'interlocutore. Sono assenti invece i gesti di affermazione e negazione del capo in seguito alla proposta di un oggetto/attività: Sofia la esegue o si rivolge ad altro, rispondendo quindi con l'azione.

Data la limitata ripetizione di un'attività evidenziata in precedenza, la bambina non ne chiede la ripetizione; al contrario, la esegue nuovamente in autonomia o, più spesso, la termina dopo averla compiuta una o due volte.

Risulta assente lo scambio di oggetti con l'interlocutore, nonostante Sofia dia un oggetto all'adulto su richiesta verbale e gestuale dello stesso.

Per quanto riguarda la capacità di imitazione è presente quella di singole azioni dell'adulto, come alzare le braccia contestualizzato ad un gioco. Inoltre, la bambina imita alcune semplici esclamazioni dell'interlocutore; è assente, invece, la ripetizione dei versi animali.

La comprensione del linguaggio è di difficile definizione, poiché legata al grado di ascolto verso l'adulto, ridotto. Ad ogni modo, Sofia comprende ordini semplici dati dalla verbalizzazione e dal gesto associato, come dare un oggetto in mano all'adulto. Anche per quanto riguarda la produzione, essa è inferiore a quanto atteso per età perché è assente la frase dirematica nonché le singole parole.

La bambina, infatti, produce vocalizzi associati al contatto oculare con l'adulto per condividere un oggetto; inoltre, sono presenti lallazioni canoniche ("ta-ta", "pa-pa") utilizzate non sempre in modo contestuale. Vi sono, infine, alcune esclamazioni ("Eh") ed onomatopee (del mangiare) su imitazione anche differita dell'interlocutore. In materia di stile interattivo esso è propositivo, Sofia si dirige spontaneamente verso un oggetto di suo interesse; tuttavia, a volte accetta anche le proposte dell'adulto. Per quanto riguarda le manifestazioni emotive, la bambina esprime piacere (durante attività gradite come lo scivolo morbido e il solletico) tramite delle risa, singole esclamazioni e talvolta il gesto di battere le mani. Il dispiacere si manifesta utilizzando la mimica facciale: Sofia aggrotta le sopracciglia e abbassa gli angoli della bocca. Vi sono altre espressioni date da variazioni nella mimica facciale, come fare la "linguaccia", che emergono nel guardarsi allo specchio. Infine, l'accettazione e il rifiuto verso un'attività si manifestano compiendola o allontanandosi dalla stessa.

8.3. Progetto riabilitativo:

In seguito alle sedute di osservazione i punti di forza e di debolezza di Sofia, dal più significativo al meno significativo, possono essere riassunti come segue.

Punti di forza:

- Autonomia nei passaggi posturali e negli spostamenti orizzontali/verticali tramite compensi
- Possibile aumento parziale dei tempi di permanenza in attività gradite (cucina)
- Accesso al gioco pre-simbolico su di sé (singola azione)
- Interesse saltuario verso l'adulto (imitazione, accettazione attività, condivisione)
- Competenze interattive non verbali intelleggibili (mimica, contatto oculare)
- Comprensione di ordini semplici (verbali e gestuali)
- Possibile separazione dal genitore

Punti di debolezza:

- Tempi di attenzione, permanenza e attesa inferiori all'età cronologica (ridotta ripetizione attività)
- Livello cognitivo non in linea per età (percezione sé/oggetto)
- Gioco povero, poco variato (assente pianificazione, limitata sperimentazione sensomotoria)
- Difficoltà di ascolto e adeguamento alle richieste dirette dell'interlocutore
- Linguaggio espressivo inferiore a quanto atteso per età
- Motricità globale e fine qualitativamente compromesse (instabilità stazione eretta/cammino, integrazione oculo-manuale)
- Limitate autonomie di vestizione/svestizione (mettere/togliere le scarpe)

8.3.1 Obiettivi riabilitativi e strategie di intervento:

- Favorire il piacere e la sperimentazione sensomotoria:

La stanza di terapia è strutturata in modo da predisporre una parte all'attività sensomotoria, con cubi, scivolo e tappeto. Grazie all'accettazione delle proposte dell'adulto è possibile suggerire attività gradite di tipo sensomotorio sia attive che passive (salti sulla palla, scivolo, trascinamenti, compressioni) adottando un tono variabile, al fine di produrre esperienze globali e rafforzare lo schema corporeo.

Attraverso il gioco sensomotorio, infatti, si sostiene la percezione, la consapevolezza di sé e il rinforzo dell'identità.

Inoltre, la riproposizione di tali attività gradite, in primo luogo grazie all'adulto, facilita l'emergere della sensazione di piacere, la quale può incentivare la volontà di ripetizione da parte della bambina, quindi un aumento dei tempi di permanenza. In contemporanea, può emergere una richiesta di ripetizione, che sostiene inoltre l'attenzione verso l'altro.

Infine, il gioco sensomotorio attivo comporta una ripetizione dei vari passaggi posturali e posizioni antigravitarie aumentandone così la fluidità e stabilità, la quale a sua volta incentiva il senso di sicurezza e quindi la sperimentazione sensomotoria.

- Incentivare la ripetizione, la variazione e la complessificazione delle attività:

Creare un ambiente ordinato con il minor numero possibile di stimoli, soprattutto visivi, in modo che la bambina possa focalizzarsi sull'attività proposta (coprire momentaneamente lo specchio a parete).

Partendo dagli interessi e dalle abilità di Sofia, e in seguito alla sperimentazione sensomotoria, proporre quindi attività diversificate come mettere dentro-tirare fuori oggetti di dimensioni differenti in contenitori vari. In tale modo si introducono piccole variazioni partendo dalle capacità che la bambina già possiede. Ciò, grazie anche all'abilità di imitazione delle azioni dell'adulto e al sostegno fornito, aumenta i tempi di attenzione e permanenza nell'attività.

Un'ulteriore strategia è data dall'utilizzo della voce da parte dell'adulto: tramite espressioni verbali diverse si propongono da un lato le variazioni nell'attività (come di tipo sensomotorio), dall'altro si favorisce l'imitazione di suoni da parte della bambina (ad esempio nella lettura di libri).

Successivamente suggerire l'utilizzo di materiale diversificato per garantire un maggior numero di esperienze con e senza oggetti. Così facendo si sostiene un aumento degli interessi da parte di Sofia, quindi una successiva richiesta attiva di ripetizione. Oltre a ciò, questo favorisce un ulteriore prolungamento dei tempi di attenzione e permanenza.

Affiancando tali esperienze diversificate con gli oggetti alla sperimentazione sensomotoria si sostiene l'organizzazione spazio-temporale e del pensiero, quindi una successiva pianificazione e concatenazione di due azioni.

Infine, grazie all'utilizzo della mimica quale canale comunicativo espressivo è possibile comprendere chiaramente quali attività sono gradite o meno dalla bambina.

- Sostenere lo sviluppo del gioco pre-simbolico:

Grazie all'interesse spontaneo di Sofia verso l'attività della cucina è possibile sostenere tale gioco compiendo inizialmente singole azioni funzionali e variate. In questo modo, in seguito alla capacità di imitazione della bambina e alla sperimentazione sensomotoria effettuata, si favorisce la variazione delle azioni compiute su di sé.

Un ulteriore sostegno può essere dato dall'integrazione di un intervento logopedico.

- Promuovere lo sviluppo della motricità fine:

Una maggior consapevolezza del proprio schema corporeo facilita, inoltre, uno sviluppo degli aspetti di fine motricità.

Contestualmente all'aumento dei tempi di attenzione e permanenza nelle attività è possibile proporre attività con materiale diversificato per favorire un'esplorazione manuale che richieda anche più movimenti singolarizzati delle dita (materiale plastico, sabbia cinetica).

Le proposte possono essere varie e richiedere gradualmente una maggior precisione nel gesto (incastri, infilare anelli, gettoni, biglie).

Infine, sostenendo lo sviluppo della motricità fine tali attività influenzano allo stesso tempo il gioco con oggetti.

Il progetto riabilitativo prevede una seduta di trattamento a settimana della durata di 45 minuti, a cui risulta opportuno affiancare un trattamento logopedico continuo, come sostegno allo sviluppo del linguaggio.

8.3.2 Intervento indiretto:

- Intervento con i genitori:

Risulta opportuno fornire alcune indicazioni riguardo: sostenere le autonomie di base (ad esempio lasciare che sia Sofia a togliersi calzini e scarpe e accompagnarla nel rimetterle), favorire un ambiente il più ordinato possibile e adottare una postura frontale pari all'altezza della bambina nei momenti di interazione, per favorire l'ascolto verso l'interlocutore.

Se possibile si consiglia inoltre di iscrivere la bambina alla scuola d'infanzia già a partire da gennaio 2024, in modo da garantire più esperienze possibili anche con i coetanei e favorire un iniziale distacco dalla figura di riferimento.

8.4 Analisi del video:

La videoregistrazione della seduta di Sofia in presenza della madre è stata realizzata il 24 agosto 2023.

Anche in questo caso viene creata una tabella, seguita da interpretazioni.

La prima sequenza che si andrà ad analizzare dura circa due minuti e si svolge a metà della seduta. La madre si trova seduta sulla sedia, Sofia è in piedi di fianco e tiene con entrambe le mani una carrozzina per le bambole, attività spontaneamente scelta dalla bambina.

Si analizza ora quanto accade in seguito.

Sequenza 1:

SOFIA:	MAMMA:	OSSERVAZIONE:
Tenta di prendere la bambola dalla carrozzina, ma rimane incastrata sotto al manubrio.	Commenta:<<Ti sei intrappolata nel...>> poi ride.	Il volume di voce adottato dall'adulto è abbastanza elevato. La madre è protesa in avanti sulla sedia, le mani incrociate tra loro, e guarda la bambina.
Sorride lievemente, continuando la propria azione. Riesce a liberarsi, ma senza bambola, quindi si accuccia a terra per riprovarci.	Suggerisce:<<Dall'altra parte, passa dall'altra parte>>.	Il genitore riduce il volume di voce. Sofia mantiene lo sguardo sulla propria azione.
Continua l'azione senza guardare l'adulto. Non riuscendo nell'intento alza le ruote posteriori	Resta seduta sulla sedia e la chiama:<<Sofia...Sofia guardami, guarda>>.	La madre mantiene l'intensità di voce precedente e il tono si fa più grave. La bambina

della carrozzina.		non risponde al nome né in generale all'intervento dell'adulto.
Roveschia la carrozzina a terra, poi compie una breve risata e si avvicina gattonando alla bambola.	Commenta:<<No...lei trova sempre un modo suo per risolvere il problema >>.	La mamma scuote il capo nella negazione, poi però nel continuare la frase il tono si fa meno grave e al termine compie una breve risata. La postura rimane costante. Sofia nel ridere solleva entrambe le spalle, guardando soddisfatta l'effetto della propria azione.
Guarda la carrozzina.	Rimette in piedi la carrozzina e dentro la bambola.	Il genitore si alza dalla sedia per sistemare l'oggetto, dopodiché si risiede.
Si rialza lentamente da terra e dopo alcuni tentativi prende la bambola e la lascia cadere al suolo.	Osserva le azioni della bambina.	Sofia si trova ora dall'altro lato della carrozzina. Nel guardarla il genitore compie dei lievi sorrisi, in risposta ad alcune azioni della figlia (non è chiaro quali).
Sorride, si china in avanti e alza una gamba, in	Compreso l'intento di Sofia ride energicamente,	La madre si copre il volto con la mano, l'intensità e

quello che appare un tentativo di salire lei stessa sulla carrozzina giocattolo.	sostenendo:<<Ho capito adesso perché stava svuotando>>.	l'intonazione di voce si fanno più alte. Il tutto, rimanendo seduta.
Sorride tenendo lo sguardo sulle proprie azioni, poi guarda rapidamente la madre.	Commenta alla fisioterapista:<<Quando [Sofia] ha un piede libero va dappertutto>>.	L'adulto mantiene alto il volume di voce e l'intonazione è ascendente; non distoglie lo sguardo dalla bambina. Sofia guarda la madre in corrispondenza a quanto commentato, poi torna sulla propria azione.
Compie ulteriori tentativi di salire sulla carrozzina.	Osserva le azioni di Sofia e sorride.	La fisioterapista si inserisce introducendo una variazione nel gioco e spostando così l'attenzione di Sofia.

In questa prima sequenza si nota come gli scambi di interazione tra Sofia e la madre siano perlopiù limitati a brevi momenti di piacere condiviso, in cui si ha un contatto oculare reciproco accompagnato talvolta dal sorriso sociale.

Ad eccezione di ciò l'intera attività si svolge con una partecipazione maggiore da parte della bambina. Il genitore, infatti, resta seduto per la maggior parte del tempo. Si andrà di seguito a sottolineare le categorie analogiche principalmente utilizzate dalla madre di Sofia, e come quest'ultima vi risponde.

Il genitore si dimostra molto attento alle azioni di Sofia, poiché per tutta la sequenza tiene lo sguardo costantemente rivolto alla bambina. Infatti, soprattutto in Stati come Egitto e Marocco (Paese di provenienza del genitore), nelle interazioni tra persone

dello stesso genere mantenere nel tempo uno sguardo diretto è indice di ascolto e interesse verso l'interlocutore.

Tale contatto oculare prolungato può diventare così sostituto del contatto fisico, assente.

Anche la voce e il linguaggio vengono utilizzati di frequente, per commentare o chiedere un'azione da parte di Sofia. L'uso della voce verrà indagato maggiormente nella sequenza successiva.

Dall'altro lato, la bambina manifesta una ridotta attenzione e ascolto verso la madre, come emerso con l'adulto nel periodo di osservazione. In alcuni momenti Sofia sorride in seguito ad un intervento verbale del genitore, ma non risulta possibile stabilire se ciò avvenga in risposta all'altro o se sia legato alle proprie azioni.

In merito all'attenzione, quindi, Sofia sembra rapportarsi con il genitore allo stesso modo con cui si interfaccia con l'adulto, durante l'osservazione.

Infine, nel corso dell'attività la madre rimane perlopiù seduta sulla sedia, al fianco di Sofia. Ad eccezione di alcuni aggiustamenti posturali, la postura adottata, chiusa, rimane quindi stabile.

In base a quanto sottolineato, si nota come l'intervento della madre nell'attività sia dato dall'utilizzo della voce quale categoria analogica preferenziale.

In questa sequenza l'adulto rimane quindi in disparte, senza intervenire in altri modi e influenzare direttamente le azioni di Sofia. Tale atteggiamento sembra essere reciproco, poiché spontaneamente nemmeno la bambina ricerca il genitore, se non per brevi istanti.

Una possibile interpretazione di questo stile interattivo può essere data da fattori culturali.

Come riportato più volte, nella cultura africana è fondamentale sostenere la massima autonomia nel bambino, inserendosi il meno possibile nel suo sviluppo. Così facendo, non si impone una forma dall'esterno che potrebbe limitarlo nelle proprie esperienze.

Il tutto ha però luogo all'interno dell'intera comunità, la quale fornisce indirettamente un quadro d'azione per il bambino, dato dai valori, dai rituali e dalle regole comuni.

Sulla base di quanto emerso in questa sequenza, situazione ripetuta più volte nel

corso dell'intera seduta, si nota come il principio dell'autonomia venga in un certo senso adottato dal genitore. Nelle attività di gioco gli interventi diretti sono minimi, forse anche in seguito al contesto inusuale in cui si sono svolte.

Tuttavia, nell'interazione tra Sofia e la madre tale aspetto culturale sembra privo della cornice data dalle norme e regole stabilite dall'adulto.

Come conseguenza, da un lato Sofia viene incentivata a risolvere da sola eventuali difficoltà (come il non riuscire a prendere la bambola) e portare a termine un obiettivo.

Dall'altro lato, però, la bambina non viene contenuta entro una possibile area e le viene lasciato svolgere gran parte delle sue azioni.

Tali dinamiche vengono adottate anche in ambiente familiare e con le altre figlie, come emerso dall'intervista semistrutturata.

In questo elaborato non si entra maggiormente nel merito dei principi anche educativi tra genitore e figlio, considerandoli come corretti o meno, ma ci si limita a descrivere quanto osservato proponendo possibili interpretazioni.

Per concludere, si definisce di seguito la risposta della madre a tale autonomia della bambina.

All'inizio della sequenza l'adulto tenta di aiutare verbalmente Sofia, richiamando l'attenzione e proponendo una soluzione alla difficoltà emersa. Nel fare ciò, riduce il volume e il tono di voce.

Nel constatare come la bambina sia riuscita da sola nell'intento, il genitore sembra inizialmente amareggiato, poiché scuote il capo e mantiene un tono di voce grave. Tuttavia, nel corso dell'affermazione l'intensità adottata aumenta e la madre compie una breve risata. Questa, viene ripetuta e ampliata verso la fine della sequenza.

In tale modo, al dispiacere iniziale si sostituisce un sentimento opposto.

Come conseguenza, si crea una situazione di piacere condiviso in cui Sofia viene quindi incentivata a ripetere e portare a termine la propria azione.

Pertanto, l'atteggiamento del genitore in tale situazione appare maggiormente orientato a quest'ultimo aspetto. L'azione finale della bambina, infatti, viene interrotta dalla fisioterapista.

Nella sequenza che segue, si analizzano nel dettaglio le categorie analogiche adottate dalla madre con la bambina, in particolar modo l'utilizzo della voce quale strumento di interazione.

L'intera sequenza dura circa tre minuti e si svolge all'inizio della seduta. La madre si trova seduta sulla sedia, mentre Sofia sta prendendo dall'armadio il gioco della ruota che gira (con i versi degli animali).

Sequenza 2:

SOFIA:	MAMMA:	OSSERVAZIONE:
Posiziona il gioco davanti all'armadio e si siede a terra.	Chiede:<<Hai trovato un altro gioco?>>.	L'adulto guarda Sofia, che mantiene lo sguardo sul gioco.
Esclama:<<Mmh>> e sorride guardando l'oggetto.	Afferma:<<Eh sì>> e si siede a terra a sua volta.	L'intonazione della madre è pari a quella della bambina, discendente.
Continua a guardare la ruota.	Muove la manovella, attivando il gioco.	L'adulto e la bambina sono ora sedute l'una di fronte all'altra.
Sorride e tocca la ruota, senza guardare l'adulto.	Ripete l'azione precedente.	Entrambe mantengono lo sguardo sull'attività.
Sorride nuovamente e tenta di girare la freccia, non riuscendoci abbandona l'attività (dopo 1 minuto dal suo inizio).	Chiama più volte per nome la bambina, proponendo di continuare l'attività.	La bambina cambia rapidamente oggetto di interesse, senza reagire alla voce del genitore. Nel chiamare Sofia la madre alza via via il volume di voce,

		dopodiché rinuncia.
Si dirige gattonando verso il contenitore delle pentole.	Indica:<<No, a piedi, alzati>>.	Il volume di voce della madre resta alto, il tono è grave e la frase viene pronunciata velocemente, in 1 secondo. Il tutto, guardando Sofia.
Si porta in stazione eretta passando per la posizione ad elefante e raggiunge il contenitore.	Commenta:<<Brava>>.	Anche nel commento, l'adulto mantiene un tono di voce grave e non si hanno variazioni sul piano della mimica facciale. Nello spostamento, Sofia tiene lo sguardo rivolto verso l'attività.
Prende un piatto e una forchetta, si gira guardando il genitore e vi si dirige verso, camminando.	Osserva la bambina.	La madre ora sorride lievemente. La deambulazione di Sofia è a base allargata, incerta.
A circa un metro dall'adulto modifica l'intenzione: si siede a terra tra i talloni e usa la forchetta per mangiare lei stessa dal piatto.	Commenta l'azione di Sofia esclamando:<<Amm...>> e compiendo una breve risata.	Nel mangiare la bambina stabilisce per un attimo un contatto oculare con il genitore, che ricambia, per poi ritornare sulla propria azione.
Abbandona la forchetta e	Guarda Sofia ed esclama	Sofia appare concentrata

utilizza il dito per “pulire” il piatto (vuoto).	sorpresa:<<Oh...buono, mmh>>, sorridendo.	nell’attività. L’adulto rimane seduto a terra, con le gambe incrociate.
Lecca in modo vorace il piatto, poi sposta lo sguardo verso un punto indefinito dello spazio.	Chiede:<<Com’è?>>.	Alla variazione nella direzione dello sguardo di Sofia la madre si inserisce cercandone un contatto oculare: nella domanda protende il collo verso la bambina e alza lievemente il volume e il tono di voce.
Guarda la madre.	Ripete:<<Com’è? Buono?>>.	L’adulto compie un cenno di affermazione con il capo, sostenendo il messaggio verbale. La bambina rimane neutra sul piano della mimica facciale.
Sorride mantenendo lo sguardo sul genitore ed esclamando:<<Mh>>.	Riprende:<<Mmh>>, sorridendo a sua volta.	Il volume di voce utilizzato è lo stesso, tendenzialmente basso; la madre ha però un tono più acuto, un’intonazione ascendente e prolunga maggiormente l’esclamazione.
Nota i pennarelli	Osserva gli spostamenti	L’attività termina, per

nell'armadio e abbandona il piatto, cambiando attività.	di Sofia, portandosi quindi seduta sulla sedia.	passare alla successiva.
---	---	--------------------------

In questa sequenza, emerge in primo luogo la difficoltà di Sofia nel mantenere l'attenzione a lungo su un gioco, poiché nel corso di tre minuti circa vengono compiute e terminate due attività. Tale caratteristica non sembra modularsi nella relazione con il genitore.

Ciò nonostante, in questa sequenza si nota una maggior partecipazione da parte della madre, tramite differenti modi di interazione. Essi vengono descritti come segue, evidenziando la successiva risposta di Sofia.

Come accade nella prima sequenza, le modifiche per quanto riguarda l'assetto posturale sono limitate e la postura risulta tendenzialmente chiusa. Tuttavia, il genitore varia l'utilizzo dello spazio in funzione delle attività di gioco proposte dalla bambina, passando dall'ambiente a tavolino a quello a tappeto, e viceversa. In particolare, la postura al suolo della madre associata a quella in piedi di Sofia determina una pari altezza dei due volti, favorendo lo sguardo.

Per quanto riguarda tale elemento, ad eccezione di un breve momento iniziale, l'adulto mantiene nel tempo un contatto oculare rivolto a Sofia, come emerso nella sequenza precedente.

Tale contatto viene corrisposto spontaneamente dalla bambina in alcuni istanti: anticipando l'azione di avvicinarsi al genitore e in seguito ad una sua risata.

Inoltre, in un'occasione la madre ricerca attivamente lo sguardo di Sofia, forse sfruttando un suo momento di distrazione dall'attività al fine di stabilire un'interazione. Ciò avviene aumentando il volume di voce e protendendo il collo in direzione della bambina. Tali modifiche sembrano efficaci, poiché Sofia stabilisce in seguito il contatto oculare richiesto e lo mantiene qualche secondo in più rispetto a quello spontaneo.

Come evidenziato nella prima sequenza, oltre allo sguardo la categoria analogica utilizzata nella maggior parte degli scambi interattivi è la voce.

Se ne definiscono ora le diverse funzioni, divise in: interpretazione, commento, condivisione, domanda e richiesta.

All'inizio della sequenza la madre fa uso della voce per interpretare l'esclamazione altrimenti generica di Sofia, attribuendo e ampliando il significato in modo coerente al contesto. Nel fare ciò, l'adulto sintonizza la propria intonazione a quella della bambina.

Successivamente, nel momento in cui Sofia sta pulendo il piatto il genitore utilizza il linguaggio per commentare l'azione, immedesimandosi nel probabile stato d'animo della bambina, che sembra gradire quanto "mangiato". In questo caso la madre utilizza un tono di voce alto. Si nota inoltre come Sofia compia letteralmente le azioni, senza "fare finta"; ciò, è indicativo del livello cognitivo della bambina, compromesso.

Tuttavia, entrambe queste funzioni della voce, come interpretazione e commento, non sembrano destare l'interesse di Sofia, che rimane concentrata su quanto compiuto. La bambina guarda il genitore solo in seguito ad una sua risata, come evidenziato in precedenza.

Alla fine della sequenza l'adulto imita l'esclamazione di Sofia, inserendovi però alcune variazioni: alza il tono e l'intonazione di voce e ne aumenta la durata. In questo modo, si prolunga lievemente il momento di condivisione e attenzione reciproca.

Oltre a ciò il linguaggio viene utilizzato per fare domande dirette, adottando un volume di voce alto e talvolta rendendo più chiaro il messaggio attraverso alcuni gesti (di affermazione) e un contatto oculare diretto.

Tale comunicazione supportata da altre categorie determina una risposta coerente in Sofia, data dal corrispondere lo sguardo e il sorriso con l'adulto.

Infine, un ultimo uso della voce è quello di richiesta, nel momento in cui Sofia gattona per raggiungere la seconda attività. Per la prima e unica volta all'interno della sequenza, e della seduta in generale, il sorriso scompare dal volto dell'adulto, la madre utilizza un tono di voce grave e la richiesta avviene velocemente.

La modalità è quindi imperativa, alla pari di un ordine. Ciò poiché l'adulto manifesta una preoccupazione verso la modalità di spostamento di Sofia, la quale per essere più veloce predilige il gattonamento alla deambulazione. Questo pensiero emerge anche

durante l'intervista effettuata.

Quanto affermato dal genitore viene effettivamente compiuto da Sofia, che si porta in stazione eretta. Tuttavia nel passaggio la bambina mantiene lo sguardo sull'attività, per cui non risulta possibile definire con certezza se vi sia una corrispondenza diretta tra la richiesta del genitore e l'azione di Sofia.

Complessivamente, dunque, rispetto alla prima sequenza si nota in questa come l'uso di più modi di interazione da parte della madre rappresenti una risorsa per la relazione tra il genitore e la bambina. Essi rendono più chiaro il messaggio verbale e favoriscono un maggior ascolto e comprensione da parte di Sofia, seppur in termini ridotti.

Oltre a ciò, negli scambi di interazione la madre è in grado di ampliare e dare un significato agli aspetti non verbali della bambina, sostenendone così un successivo sviluppo.

Tuttavia, la modulazione dello stile comunicativo del genitore, per quanto positiva, non risulta sufficiente nel determinare un aumento significativo dell'adeguamento da parte di Sofia.

Questo può essere correlato a due fattori, integrati: da una parte le caratteristiche della bambina, quali l'interesse spontaneo verso l'altro e il funzionamento cognitivo; dall'altra l'atteggiamento stesso del genitore. Infatti, come emerso nella prima sequenza, la probabile assenza di un confine stabilito dalla madre determina una difficoltà nell'affermazione di un altro principio della cultura africana: il riconoscimento del ruolo dell'adulto.

Volontariamente o meno da parte del genitore, sulla base di quanto osservato tale aspetto appare perlopiù limitato.

In seguito all'analisi di queste due sequenze si nota come nella relazione tra Sofia e la madre emergano due elementi culturali: il sostegno all'autonomia e il rispetto verso la figura adulta. Essi, si manifestano però sotto una luce diversa rispetto a quanto accaduto nei casi precedenti.

Forse proprio per questi due aspetti, nel rapporto tra il genitore e la bambina quest'ultima si modifica solo leggermente, in confronto a quanto evidenziato durante

il periodo di osservazione. In ciò, influisce di certo anche il funzionamento cognitivo.

Per quanto riguarda la madre, la categoria analogica maggiormente utilizzata è la voce, più efficace se integrata da altri elementi, come lo sguardo, i gesti e la mimica. Nello specifico, quanto sottolineato risulta in parte in contrasto con la cultura propria del Marocco, Paese di provenienza del genitore.

In questo Stato, infatti, la cultura ha un carattere fortemente normativo: il cambiamento sociale è visto con sospetto e si preferisce mantenere rigidamente le tradizioni (sito web Hofstede Insights).

Al contrario, l'atteggiamento della madre di Sofia certo fa riferimento ad alcuni principi, ma considerandoli secondo una prospettiva diversa.

Tale differenza viene approfondita nella seguente intervista semistrutturata.

8.5 Intervista semistrutturata con il genitore:

Al fine di comprendere gli aspetti della cultura africana di cui il genitore è più consapevole, viene effettuata un'intervista semistrutturata alla madre di Sofia. Durante l'intervista, il genitore si mostra disponibile e accetta di rispondere a tutte le domande poste; inoltre, in base al fluire del discorso vengono mostrate delle foto di Sofia.

La madre racconta di essersi trasferita in Italia dal Marocco nel 2006 per raggiungere il marito, arrivato nel 2002. I genitori non sono consanguinei.

In ambiente familiare vengono parlate due lingue: arabo e italiano. Tuttavia, la sorella maggiore (di 15 anni) si esprime spesso utilizzando altre due lingue differenti, non indicate. Questo per la madre rappresenta un problema, in primo luogo di comunicazione tra i membri della famiglia.

Per quanto riguarda la figlia maggiore, durante l'intervista emergono alcuni aspetti rilevanti, riportati di seguito.

La madre riferisce come la ragazza abbia frequentato come materia scolastica la religione cattolica a partire dagli 11 anni, poiché i genitori volevano permetterle di conoscere anche la cultura italiana. Tale approccio incoraggia l'integrazione fra le due culture, per quanto riguarda la religione. Come accaduto nel paragrafo

precedente quindi, questo aspetto si contrappone a quanto evidenziato dalla bibliografia.

A tale apertura del pensiero si oppone l'atteggiamento attuale della figlia maggiore, la quale sembra ricercare le proprie radici culturali, poiché, a quanto detto dalla madre, indossa costantemente il velo.

Oltre a ciò, dalla definizione dell'ambiente familiare si nota come vi siano delle difficoltà: la figlia maggiore pretende uno spazio personale e la terzogenita non gradisce frequentare la scuola materna, per cui viene tenuta a casa. Questo può indicare un elevato grado di indipendenza e autonomia delle figlie, quindi una probabile assenza dei confini dati dalle norme e regole culturali, come emerso dall'analisi del video.

Per quanto riguarda Sofia, la madre riporta come la gravidanza sia stata particolare, innanzitutto perché il genitore aveva già 40 anni e tre figlie, di cui la più piccola di appena un anno.

Durante la prima ecografia effettuata in gravidanza la madre viene immediatamente avvisata della presenza di alcune anomalie nel feto e le si consiglia la villocentesi per maggiori approfondimenti. Tuttavia il genitore rifiuta, avendo già deciso che avrebbe comunque tenuto la bambina. Vengono quindi effettuate varie ecografie, ad esempio al cuore di Sofia, e la madre riceve periodicamente iniezioni di insulina, poiché affetta da diabete gestazionale.

Il parto naturale è avvenuto a 36 settimane gestazionali (in anamnesi viene riportato 37+2 SG) e alla nascita la bambina presentava ittero. Sofia viene dunque sottoposta al trattamento con bilirubina. Questo, viene ricordato vividamente dal genitore e descritto "come un forno" perché la bambina si trovava avvolta in numerose coperte per ridurre i movimenti.

Di conseguenza, la madre manifesta un profondo rifiuto verso l'utilizzo della fascia, per timore di impedire a Sofia di respirare e per la sensazione che lei stessa proverebbe nel sentirsi bloccata senza potersi muovere.

A differenza di ciò, l'adulto indica come in Marocco sia tradizione fasciare il proprio figlio e come questo le sia stato consigliato caldamente dai propri familiari.

Ad eccezione della fascia il genitore non indica altri rituali o usanze culturali, anzi appare colpita dalla domanda posta.

Per quanto riguarda il periodo perinatale la madre riporta di aver allattato Sofia per il primo mese di vita, per poi passare al latte in formula a causa del ridotto accrescimento ponderale, aspetto presente ancora oggi e per cui il genitore si mostra preoccupato. La dieta attuale viene riferita selettiva e la bambina mangia in autonomia, aspetto di grande orgoglio per la madre.

Inoltre, si riporta come Sofia si addormenti tutt'oggi in braccio all'adulto e dorma nel proprio letto, in camera dei genitori. La madre indica inoltre di voler tenere Sofia nella stessa stanza da letto fino ai 7-8 anni.

Da questo aspetto, si nota un forte legame di attaccamento tra il genitore e la bambina, accentuato dalla presenza costante dell'adulto, che al momento attuale è a casa dal lavoro e non sembra propensa a tornarci nel breve termine.

Tale rapporto tra Sofia e la madre viene definito da quest'ultima come opposto rispetto alle dinamiche presenti nel Paese d'origine, secondo cui è stato cresciuto il genitore.

Infatti, in quanto figlia maggiore l'adulto non si è mai sentita una bambina, bensì la figura responsabile degli altri fratelli, la "seconda mamma". Tutt'oggi, se altri membri della famiglia devono prendere una decisione chiedono consiglio alla madre di Sofia.

Questo rispetto verso chi ha un'età maggiore trova conferma nella raccolta bibliografica effettuata.

In particolare, la cultura del Marocco viene definita collettivista: si ha un forte impegno a lungo termine nei confronti della famiglia, in cui ognuno è leale con l'altro.

In merito all'immagine che la madre ha di Sofia, la bambina viene descritta come molto tranquilla durante i primi mesi di vita, quasi come se non fosse presente in casa.

Al momento attuale, Sofia viene definita come "una monella", abbastanza permalosa ma molto simpatica.

La madre, inoltre, sostiene come vi sia un'enorme differenza tra la bambina e le sorelle, anche per quanto riguarda lo sviluppo. Il genitore riporta come Sofia sia indietro rispetto alle altre figlie, in particolare per quanto riguarda l'acquisizione del cammino, elemento che desta preoccupazione nell'adulto poichè ancora incerto.

Oltre a ciò, la madre ricorda vividamente l'importante ipotonia presente nella bambina, soprattutto nei primi mesi di vita.

Infine, il genitore indica come Sofia dica alcune parole in lingua araba, ad esempio “vieni”.

In materia di attività di gioco, la madre sostiene di giocare con la bambina quando le altre sorelle sono impegnate o coinvolgendo tutte in attività come le costruzioni, la palla o la cucina.

Per quanto riguarda la rappresentazione della patologia la madre indica di essere a conoscenza della diagnosi già dalla gravidanza.

Nello specifico, il genitore riporta di aver visto in Marocco molti bambini con Sindrome di Down e di come il trattamento fornito dipendesse dalle possibilità economiche della famiglia. Se si ha la possibilità il bambino viene seguito nei servizi, altrimenti può essere abbandonato nelle strade e andare incontro alla morte, ad esempio per complicanze al cuore. Tale differenza radicale corrisponde a quanto sottolineato nel capitolo 3.

Di fronte a questa situazione la madre sostiene di aver provato molta compassione, anche perché riteneva che i bambini non avessero nessuna capacità.

Questa convinzione è cambiata radicalmente alla nascita di Sofia: il genitore si è documentato e ha scoperto che i bambini possiedono invece molteplici abilità.

Attualmente la madre sostiene come i bambini con Sindrome di Down non siano chiamati casualmente “bambini speciali”, ma lo siano veramente.

Nel corso di quest'intervista semistrutturata, oltre a certi elementi propri della cultura africana, sono emerse alcune tematiche importanti, come la forte preoccupazione verso il futuro, in cui la madre non sarà più presente per la bambina.

Capitolo 9:

CONSIDERAZIONI FINALI:

Nei capitoli precedenti sono state analizzate le dinamiche di relazione osservate nei tre casi clinici, portando alla luce alcuni aspetti della cultura africana definiti nei capitoli 2 e 3.

Di seguito si propone una sintesi di quanto emerso, ottenuta sottolineando eventuali somiglianze o differenze tra le tre situazioni.

In primo luogo, si riporta il legame tra il genitore stesso e il Paese d'origine.

Per quanto riguarda i casi di Ben e Sofia, si sono notati due approcci opposti: durante l'intervista alla madre del bambino si evidenzia la forte connessione con la cultura e la comunità di appartenenza, data ad esempio dall'utilizzo del pronome personale "noi africani". Al contrario, la madre di Sofia sembra ricercare una maggior integrazione tra la cultura italiana e del Marocco, soprattutto in materia di accudimento e religione.

Tale differenza si manifesta anche nella quantità e qualità degli elementi culturali emersi, esposti successivamente. Inoltre, essa può essere influenzata dal momento di arrivo in Italia, rispettivamente nel 2016 e nel 2006.

Oltre a ciò, pur provenendo da Stati diversi (Costa D'Avorio, Nigeria e Marocco) ogni genitore sostiene di discostarsi in parte dalle dinamiche di accudimento lì presenti.

In questi Paesi, l'interazione genitore-figlio viene definita come fortemente unidirezionale: l'adulto richiede di essere ascoltato e rispettato in modo perlopiù ferreo, spesso senza accettare un "No" come risposta. Ad eccezione di questi momenti l'intervento dell'adulto è limitato, come emerso dalla letteratura.

Lo stesso principio viene ricercato dalle madri; tuttavia la modalità adottata è a confronto meno rigorosa.

Il conseguimento del rispetto verso la figura adulta accomuna infatti i casi di Ben e Michelle. Tale aspetto culturale emerge anche nel terzo caso, ma riferito alle dinamiche familiari più che al rapporto diretto tra la madre e la bambina. Sofia

sembra difatti relazionarsi con la madre in modo solo lievemente diverso rispetto a come si rapporta con la fisioterapista. Ad esempio, i tempi di permanenza in un'attività restano costanti; al contrario, in Michelle aumentano in modo significativo. Come già sottolineato in precedenza, il grado di modulazione del comportamento della bambina è correlato anche alle caratteristiche personali.

Per quanto riguarda la relazione genitore-figlio all'interno della seduta, si evidenzia come l'adulto non ostacoli l'attività del bambino/a, anzi ne permetta l'apprendimento tramite l'esperienza diretta. Ciò accade in tutti e tre i casi clinici, con differenze più o meno sfumate tra di loro.

Nel rapporto tra Ben e la madre è in primo luogo quest'ultima a sostenere e sollecitare il bambino nel portare a termine un'attività di gioco, che spontaneamente sarebbe stata da lui abbandonata. In questo senso, l'adulto assume quindi un ruolo attivo.

Nel caso di Michelle, invece, l'indicazione del genitore ad utilizzare una sedia supporta solo in un secondo momento l'iniziativa della bambina, imbattuta in una difficoltà. Garantendo il raggiungimento dell'obiettivo tale comportamento della madre rafforza l'autonomia di Michelle, altro aspetto culturale evidenziato. In questa situazione l'adulto interviene brevemente, dopodiché assume una posizione "neutra" lasciando che sia la bambina ad agire.

Infine, da quanto osservato nel rapporto tra Sofia e la madre, volontariamente o meno il genitore riveste un ruolo in prevalenza passivo. L'adulto sembra infatti permettere la maggior parte delle azioni della bambina; qualdove egli si inserisca maggiormente, non sempre si ha una modifica da parte di Sofia.

Le differenze nel grado di intervento nelle tre relazioni, quindi nel favorire il principio dell'apprendimento per esperienza e dell'autonomia, non sono date solo dall'approccio stabilito dal genitore stesso, ma anche dalle caratteristiche e dal comportamento del bambino/a.

Infatti, in ogni scambio di interazione (in quanto tale) nessun comportamento umano isolato può definire gli aspetti di una comunicazione.

Infine, per quanto riguarda gli aspetti culturali forse di maggior consapevolezza, durante le interviste vengono nel complesso riportati dai genitori il rituale di circoncisione e l'utilizzo della fascia nel neonato.

In merito alla rappresentazione delle differenti patologie, i genitori manifestano delle ideologie molto diverse tra loro.

Al momento dell'intervista semistrutturata la madre di Ben non è al corrente della diagnosi; purtroppo non è stato possibile conoscere il padre, per stabilire se vi fossero differenze a riguardo. Non si è potuto quindi approfondire maggiormente tale elemento.

Nel caso di Michelle, invece, il genitore nomina la diagnosi della bambina; tuttavia ritiene che le caratteristiche definite siano associate ad un problema con la lingua italiana, più che alla diagnosi di autismo. A sostegno di ciò, la madre indica di non voler iscrivere la figlia in una "scuola speciale" in Italia (chiuse da diversi anni), come invece accade in Nigeria per i bambini con ASD.

Oltre a questo, l'adulto sostiene come portando Michelle alle sedute si possano un giorno eliminare definitivamente le sue difficoltà. La considerazione della patologia quale variabile che può essere rimossa trova conferma anche da quanto emerso nella raccolta bibliografica.

Infine, la madre di Sofia sembra consapevole delle caratteristiche della bambina associate alla diagnosi, in particolare l'ipotonìa, la difficoltà nella deambulazione e nel linguaggio.

Il genitore è inoltre riuscito a notare gli aspetti positivi e le abilità possedute dalla bambina. Nel fare ciò ha sradicato le proprie convinzioni presenti prima della nascita di Sofia, secondo le quali le capacità erano nulle. Questa importante modifica nell'immagine della propria figlia e della sua patologia non è spesso scontata.

In aggiunta, nel definire il trattamento dei bambini con Sindrome di Down in Marocco, l'adulto indica il forte dualismo presente. La linea di confine tra le due situazioni è data dalla disponibilità economica della famiglia.

Alla pari di quanto emerso dalla letteratura, se le condizioni della famiglia sono di povertà il bambino viene abbandonato per la strada; questo viene indicato dal genitore come la maggior parte dei casi. Qualdove invece vi sia la possibilità economica, il bambino viene seguito nei servizi dedicati.

La differenza nella consapevolezza della patologia emersa soprattutto tra i genitori di Michelle e Sofia può essere influenzata anche dalla stessa diagnosi.

Nell'ultimo caso infatti, trattandosi di una sindrome genetica, sono presenti nella bambina alcuni elementi facilmente distinguibili, al contrario forse degli aspetti di relazione.

In seguito a tale sintesi, si nota come la cultura africana abbia un ruolo nella relazione genitore-figlio sia per quanto riguarda le dinamiche stesse di interazione, e quindi i principi adottati, sia per l'influenza sullo stile comunicativo, come sostenuto in generale nel capitolo 1.

Successivamente, si definiscono le categorie analogiche maggiormente utilizzate dai genitori all'interno delle sedute di videoregistrazione.

Confrontando tra loro i modi di interazione adottati, si nota come essi siano perlopiù gli stessi in tutti e tre i casi.

Le categorie comuni sono l'uso della voce e dello sguardo, quali strumenti di modulazione e sostituti del contatto fisico: al fine di favorire l'ascolto da parte del bambino/a, il genitore rende il tono di voce più grave, ne aumenta lievemente il volume e avvicina il volto a quello del figlio/a per stabilire il contatto oculare, quale segno di attenzione.

In particolare, la modulazione della voce in tutti i suoi aspetti è maggiore nella madre di Michelle, probabilmente per una caratteristica personale nonché per l'importanza attribuita al linguaggio stesso, come evidenziato nel capitolo 7.

Nella maggior parte delle situazioni le variazioni nello stile comunicativo attuate dai genitori si dimostrano efficaci, poiché quanto così richiesto viene compiuto dal bambino/a.

Per concludere, data la limitata raccolta bibliografica in merito, non è purtroppo possibile stabilire con certezza la misura in cui le categorie emerse siano correlate agli aspetti della cultura africana.

CONCLUSIONE

Questa tesi è nata dalla volontà di approfondire quanto più nel dettaglio possibile gli aspetti della cultura africana, data la presenza nei servizi di Neuropsichiatria infantile di un numero sempre maggiore di utenti provenienti da tale Paese.

L'obiettivo è stato quindi quello di identificare se la cultura africana si riflettesse o meno nell'immagine che il genitore ha del proprio figlio e nel rapporto tra i due.

A sostegno di ciò è stata innanzitutto la raccolta bibliografica esposta nella parte teorica dell'elaborato, la quale ha evidenziato come vi sia in effetti un'influenza della cultura sullo stile comunicativo di ogni essere umano.

Al fine di comprendere gli aspetti culturali più consapevoli e il punto di vista della madre rispetto al proprio bambino/a e alla sua patologia è stata effettuata l'intervista semistrutturata a ciascun genitore dei tre casi clinici riportati.

In seguito, tramite l'analisi video di sequenze di interazione madre-bambino è stato possibile osservare direttamente quali elementi culturali africani emergono all'interno della relazione, per la maggior parte corrispondenti a quelli evidenziati nei capitoli 2 e 3 della tesi.

I risultati complessivamente emersi, riportati nel capitolo 9, confermano l'influenza della cultura africana sullo stile comunicativo del genitore, determinando quindi una relazione con il bambino/a caratterizzata anche da tali principi culturali.

Per quanto riguarda i limiti di questo elaborato, essi sono costituiti dal ridotto numero di casi clinici riportati e dall'osservazione dell'interazione unicamente diadica madre-bambino. Inoltre, la difficoltà principalmente emersa ha riguardato la ricerca di fonti attendibili per la raccolta bibliografica, che si basassero su una visione quanto più autentica della cultura africana.

D'altra parte, questa tesi ha permesso di conoscere alcuni degli aspetti culturali propri dell'Africa, di cui soprattutto la figura del Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva può e deve tenere in considerazione, in un'ottica interculturale della terapia neuropsicomotoria.

Oltre a ciò, si ha avuto l'opportunità di osservare la relazione genitore-figlio all'interno delle dinamiche di gioco, quindi di intuire in parte le attività svolte in

ambiente familiare e comprendere lo stile relazionale che il bambino/a adotta con la figura di riferimento.

In conclusione, si propone uno studio più approfondito anche delle altre culture dei bambini che accedono ai servizi di Neuropsichiatria infantile.

Ciò è di per sè fondamentale, perché non possiamo essere nel mondo se non culturalmente.

BIBLIOGRAFIA:

1. Aime M., *Eccessi di culture*, Einaudi editore s.p.a., Torino 2004.
2. Asan O.-Montague E., “Using video-based observation research methods in primary care health encounters to evaluate complex interactions” in *Inform Prim Care*, 21(2014)4, 161–170.
3. Berti E.- Comunello F.- Nicolodi G., *Il labirinto e le tracce*, Giuffrè Editore, Milano 1988.
4. Berti E.-Comunello F.-Savini P.M., *Il contratto terapeutico in terapia psicomotoria. Dall'osservazione al progetto*, Edizioni Junior, Bergamo 2001.
5. Borg S., “Video-based observation in impact evaluation”, in *Evaluation and Program Planning*, Western Norway University of Applied Sciences (Bergen, 17 settembre 2021); disponibile in ELSEVIER [portale di *open access*], 1-8, <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2021.102007> (consultato il 24 luglio 2023).
6. Botha T.-Hlongwane T.M.- Nkosi B.S.-Pattinson R.C., “Preventing antenatal stillbirths: An innovative approach for primary health care”, in *South African Family Practice*, University of Pretoria (Pretoria, 25 agosto 2022); disponibile in AOSIS [portale *open access*], 1-7, <https://doi.org/10.4102/safp.v64i1.5487> (consultato il 04 luglio 2023).
7. Cerniglia L.-Cimino S.-D’Angeli G.-Mesce M., “Observational Tools Using Video Recordings of Parent-Child Feeding Interactions: A Narrative Review” in *Children*, 98(2022)12, 1-14.
8. Cristaldi M. “L’importance d’une approche anthropologique et interculturelle a la psychomotricité”, in *Psychomotricité et interculturelité dans la Méditerranée*, Université Toulouse le Mirail (Toulouse, 20 dicembre 2013); disponibile in HAL [portale di *open access*], 57-101, <https://theses.hal.science> (consultato il 22 giugno 2023).
9. Douglas H.T., “The Lingeer’s Jihad: Challenging a Male-Normative Reading of African History” in *History in Africa*, 48(2021)1, 309–336.

10. Eyeang E., *Las educaciones africanas a lo largo de los siglos: una navegación entre varios sistemas educativos*, CRAAL École Normale Supérieure, Libreville 2020.
11. Erny P., *L'enfant dans la pensée traditionnelle en Afrique noire*, L'Harmattan, Paris 1990.
12. Fabietti U., *Elementi di antropologia culturale*, Mondadori Education S.p.A., Milano 2015³.
13. Föllmi D.- Föllmi O., *Origini, 365 pensieri di saggi dell'Africa*, L'ippocampo, Genova 2005².
14. Gerald B.-Luk, D., "The untold story of "mercy killing" of disabled children in Uganda", in *Irish times*, Donnelly B. (Ireland, 14 ottobre 2020); disponibile in *Irish times* [rivista online], 6-9, <https://www.irishtimes.com/life-and-style/health-family/the-hidden-disabled-children-of-uganda-1.4370676> (consultato il 21 luglio 2023).
15. Gona J.K. *et al*, "Caring for children with disabilities in Kilifi, Kenya: What is the caregiver's experience?", in *Child: Care, Health and Development*, 37(2011)2, 175–183.
16. Goussot A., "Bambini stranieri con bisogni speciali: rappresentazione della disabilità dei figli da parte delle famiglie migranti e degli insegnanti", in *Ricerche di Pedagogia e Didattica. Journal of Theories and Research in Education*, 40(2010)1, 1-26.
17. Hall E. T., *La dimensione nascosta*, Trad. it. Bompiani, Milano 1968.
18. Hall E.T.- Hall M.R., *Understanding Cultural Differences - Germans, French and Americans*, Intercultural Press Inc, Yarmouth 1989.
19. Kaura D.K.M.-Mash R.-Ngotie T.K, "Exploring experiences with sensitivity to cultural practices among birth attendants in Kenya: a phenomenological study", in *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, Stellenbosch University (Cape Town, 22 agosto 2022); disponibile in AOSIS [portale di open access], 1-14, <https://doi.org/10.4102/phcfm.v14i1.3322> (consultato il 03 luglio 2023).
20. Kouyate B.S., *Langues, cultures et traditions*, Colloque International d'Alger, Algeri 1974.

21. Lebesse R.T.- Mulaudzi F.M., *Working with indigenous knowledge Strategies for health professionals*, AOSIS Publishing, Cape Town 2022.
22. Lusambili A. *et al*, “Awareness and interventions to reduce dehydration in pregnant, postpartum women, and newborns in rural Kenya”, in *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, Aga Khan University (Nairobi, 15 maggio 2023); disponibile in AOSIS [portale di *open access*], 1-3, <https://doi.org/10.4102/phcfm.v15i1.3991> (consultato il 19 luglio 2023).
23. Masulani-Mwale C. *et al*, “Parenting children with intellectual disabilities in Malawi: The impact that reaches beyond coping?”, in *Child: Care, Health and Development*, 42(2016)6, 871–880.
24. Merleau-Ponty M., *Phénoménologie de la perception*, Éditions Gallimard, Paris 1945.
25. Mkabile S. *et al*, “African families’ and caregivers’ experiences of raising a child with intellectual disability: A narrative synthesis of qualitative studies”, in *African Journal of Disability*, Stellenbosch University (Stellenbosch, 30 aprile 2021); disponibile in AOSIS [portale di *open access*], 1-10, <https://doi.org/10.4102/ajod.v10i0.827> (consultato il 19 luglio 2023).
26. Ojok P. *et al*, “A defence of identity for persons with disability: Reflections from religion and philosophy versus ancient African culture”, in *African Journal of Disability*, Kyambogo University (Kampala, 23 aprile 2019); disponibile in AOSIS [portale di *open access*], 1-6, <https://doi.org/10.4102/ajod.v8i0.490> (consultato il 17 luglio 2023).
27. Pedersoli J., Tesi di laurea in “Disabilità infantile nel Burundi rurale”, Università Ca’ Foscari, Corso di Laurea magistrale in Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità, Venezia 2014.
28. Rosch E.-Thompson E.-Varela F. J., *The embodied mind: Cognitive science and human experience*, The MIT Press, Cambridge 1991.
29. Samia P. *et al*, “Child disability and family-centred care in East Africa: Perspectives from a workshop with stakeholders and health practitioners”, in *African Journal of Disability*, Aga Khan University (Nairobi, 29 luglio 2022); disponibile in AOSIS [portale di *open access*], 1-6, <https://doi.org/10.4102/ajod.v11i0.931> (consultato il 18 luglio 2023).

30. Sangare I., “La problématique identitaire et les traditions orales: vers la culture de l'identité?” in *Revue semestrielle de l'Ulshb*, Université Ouaga (Ouagadougou, 1 marzo 2020); disponibile in OJS/PKP [portale di *open access*], 98-110, <https://revues.ml/index.php/rml/article/view/1521> (consultato il 03 luglio 2023).
31. Stern D., “L’intersoggettività”, in *Corpo e mente in psicomotricità*, a cura di Berti E.- Comunello F., Erickson, Trento 2011, 75-93.
32. Trompenaars, F.- Hampden T. C., *Riding the Waves of Culture*, Nicholas Brealey Publishing, London 1997.
33. Tylor E.B., *Alle origini della cultura*, Trad. it. Edizioni dell’Ateneo, Roma 1985.
34. Van Beek W.E.A., “Why a twin is not a child: symbols in Kapsiki birth rituals”, in *L’enfant dans le bassin du lac Tchad*, a cura di Van Beek *et al*, Journal Des Africanistes, Leiden 2002, 119-147.
35. Van Pinxteren B., Tesi di laurea in “African Identities: a new perspective”, Leiden University, Netherlands 2018
36. Watzlawick P.- Helmick Beavin J.- Jackson D.D., *Pragmatica della comunicazione umana: Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Trad. it. Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma 1971.
37. Werner E., “Infants Around the World: Cross-Cultural Studies of Psychomotor Development from Birth to Two Years”, in *Journal of CrossCultural Psychology*, 19 (1972) 3, 111-134.
38. Whyte S.R., “Attitudes Towards Mental Health Problems in Tanzania”, in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(2007)s364, 59-76.
39. Wilson J., *An African Plan for the Blind*, First African Conference on Work for the Blind, Lagos 1966.
40. Zanetti G., Tesi di laurea in “Neuropsicomotricità interculturale: studio sul bambino proveniente dal mondo arabo e sulla sua famiglia”, Università degli Studi di Padova, Corso di Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva, Padova 2016.

SITOGRAFIA

- https://it.wikipedia.org/wiki/Povert%C3%A0_in_Africa (consultato il 01 luglio 2023).
- <https://www.hogrefe.it/catalogo/formazione/la-valutazione-dello-sviluppo-nella-prima-infanzia-le-scale-grif/#:~:text=Le%20Griffiths%20III%20permettono%20di%20effettuare%20una%20valutazione,tradotte%2C%20adattate%20e%20standardizzate%20per%20la%20popolazione%20italiana> (consultato il 26 luglio 2023).
- <https://www.giuntipsy.it/catalogo/test/wppsi-iii> (consultato il 26 luglio 2023).
- <https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/> (consultato il 12 agosto 2023).

ALLEGATO 1:

Intervista semi-strutturata con i genitori

Buongiorno, sono Giorgia, una tirocinante del servizio di Bassano. Le farò alcune domande sulla sua famiglia e su suo figlio/a; potrà decidere se rispondere o meno ad ognuna di queste domande.

1. Capisce se parlo in italiano?
2. Lei e suo marito/moglie siete consanguinei?
3. Come vede il suo bambino/a?

DOMANDE SULL'ACCUDIMENTO:

1. Com'è stata la gravidanza?
2. Nella sua cultura ci sono dei particolari rituali durante la gravidanza, dopo il parto o quando il bambino/a è più grande? Quali?
3. Ha fasciato suo figlio/a?
4. Per quanto è stato allattato suo figlio/a? Quando e che cosa ha iniziato a mangiare?
5. Suo figlio/a piangeva molto? Se piangeva, come lo calmava?
6. Suo figlio/a dormiva (o dorme) in camera con voi genitori?
7. Adesso chi si occupa del bambino/a? Con chi si relaziona durante la giornata?
8. In che lingua parla a suo figlio/a?
9. Le sembra che la cultura italiana abbia influenzato il suo modo di rapportarsi con suo figlio/a, o ha mantenuto le stesse dinamiche che aveva nel paese d'origine? Si rapporta con suo figlio/a come sua madre faceva con lei?
10. Gioca con suo figlio/a? Se sì, a e con cosa?

DOMANDE SUL CONCETTO DI PATOLOGIA:

1. E' stato/a informato/a su cos'ha suo figlio/a e su cosa fa qui?

2. Ha mai sentito parlare della patologia che ha suo figlio/a prima della nascita/diagnosi del bambino/a? Se sì, chi e come se ne occupa (figure specialistiche) nel paese d'origine?

Ha lei delle perplessità/domande da farmi?

ALLEGATO 2:

Valutazione della figura umana di F.Goodenough

3 anni	2 punti
4 anni	6 punti
5 anni	10 punti
6 anni	14 punti
7 anni	18 punti
8 anni	22 punti
9 anni	26 punti
10 anni	30 punti
11 anni	34 punti
12 anni	38 punti
13 anni	38 punti

Ogni elemento della figura corrisponde a un punto:

- 1.L'uomo ha la testa
- 2.Ha due gambe
- 3.Ha le braccia
- 4.Ha un tronco
- 5.La lunghezza del tronco è superiore alla sua larghezza
- 6.Le spalle devono essere indicate nettamente
- 7.Deve distinguersi l'attacco delle braccia e delle gambe
- 8.I punti di attacco devono essere al loro posto
- 9.L'uomo ha il collo
- 10.Il contorno del collo è in continuazione con il contorno della testa o del tronco
- 11.L'uomo ha gli occhi
12. Il naso
- 13.La bocca

14. Il naso e la bocca devono avere le dimensioni abituali; sono presenti le labbra
15. Si devono vedere le narici
16. I capelli
17. I capelli devono nascondere la sagoma della testa
18. Ha un vestito (può bastare cappello o bottoni)
19. Due parti almeno del vestito sono senza trasparenza
20. Tutto vestito (almeno quattro pezzi)
21. Tutto il vestito non è sovrapposto (non ci sono linee in trasparenza)
22. Tutto il vestito si presenta senza assurdità
23. Ha le dita
24. Il numero delle dita è esatto
25. Le dita sono più lunghe che larghe
26. Il pollice non è distinto
27. Le mani devono essere distinte dalle dita e dalle braccia
28. Si notano i dettagli del gomito, della spalla e del polso
29. Le gambe sono dettagliate
30. La proporzione tra la testa e il tronco è rispettata
31. Le braccia sono lunghe quanto il tronco o non più del doppio del tronco stesso
32. I piedi sono lunghi circa $\frac{1}{3}$ della gamba
33. Le gambe sono lunghe quanto il tronco o non più del doppio
34. Proporzione tra lunghezza e larghezza degli arti
35. Il tallone è riconoscibile
36. Il tratto della matita è fermo
37. La testa ha un contorno
38. Esatto contorno del tronco
39. Vari altri particolari
40. L'uomo ha le orecchie
41. Sono proporzionate e nella giusta posizione
42. Particolari degli occhi, sopracciglio e ciglio, pupilla, proporzioni, sguardo
43. La fronte e il mento sono riconoscibili
44. Il mento è separato dal labbro inferiore