



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E
PSICOLOGIA APPLICATA - FISPPA
CORSO DI STUDIO IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE E DELLA
FORMAZIONE
CURRICOLO EDUCAZIONE DELLA PRIMA INFANZIA

Relazione finale

IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO
Interventi educativi alla scuola dell'infanzia

Relatore
Prof.ssa Cesaro Alessandra

Laureanda
Sgarbossa Anna
matricola 1048912

Anno Accademico 2021/2022

Un ringraziamento speciale
ai miei genitori e a mio marito
che mi hanno supportato in questo percorso.

INDICE

INTRODUZIONE	5
CHE COS'É L'AUTISMO?	7
1.1 Cenni storici.....	7
1.2 DSM-III e DSM-IV	8
1.3 DSM-5: Disturbo dello spettro autistico.....	9
SPETTRO AUTISTICO INFANTILE	13
2.1 Inquadramento dell'autismo infantile	13
2.2 Comunicazione e linguaggio nel bambino autistico.....	14
2.3 Interazioni sociali nel bambino autistico	16
2.4 Motricità nel bambino autistico	18
L'AUTISMO NELLA SCUOLA DELL'INFANZIA	21
3.1 L'apprendimento	21
3.2 Il gioco: scelta dei giochi e dei materiali	22
3.3 Schede pratiche: attività in gruppo e attività individuali.....	25
BIBLIOGRAFIA	31
SITOGRAFIA	32

INTRODUZIONE

L'argomento che ho scelto di approfondire nella mia relazione finale è il disturbo dello spettro autistico.

Ho deciso di analizzare questo tema, perchè durante una mia esperienza lavorativa all'interno della scuola dell'infanzia paritaria "S. Giorgio Martire" a San Giorgio in Brenta (Pd) ho conosciuto Beatrice, nome fittizio che uso in questa relazione per questa bambina di quattro anni con disturbo dello spettro autistico.

All'inizio non riuscivo a comprendere cosa portasse Beatrice a sviluppare alcuni comportamenti e gesti che vedevo durante l'arco della giornata. Incuriosita dal capire il perchè dei suoi atteggiamenti, ho scoperto un mondo complesso che si racchiude attorno alla tematica dell'autismo, a partire dalla diagnosi fino ad arrivare all'inclusione scolastica di questi bambini.

La relazione si suddivide in tre capitoli: nel capitolo primo si affronta in generale il tema dell'autismo e tratto le diverse accezioni che nel corso degli anni sono cambiate all'interno del Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM); nel secondo capitolo si approfondisce il disturbo dello spettro autistico nell'infanzia analizzando la comunicazione, il linguaggio, le interazioni sociali e la motricità nei bambini affetti da questo disturbo, infine nel terzo ed ultimo capitolo si tratta dell'autismo nel mondo della scuola dell'infanzia studiando come avviene l'apprendimento nei bambini autistici, quali giochi e materiali si possono meglio utilizzare per lavorare con loro e propongo delle attività, di gruppo e individuali, che l'educatrice può eseguire con bambini con disturbi dello spettro autistico.

Da questo approfondimento mi aspetto di arrivare a comprendere meglio molti aspetti della vita dei bambini con questo disturbo, comprendere i gesti, le strategie più efficaci per l'inclusione all'interno della classe e in generale della scuola e come potermi relazionare al meglio con loro senza andare ad invadere in modo irruento il loro mondo.

Capitolo 1

CHE COS'É L'AUTISMO?

1.1 Cenni storici

Prima di conoscere Beatrice, quando sentivo parlare di autismo mi chiedevo, come sicuramente la maggior parte delle persone, cosa volesse significare questo termine che rappresenta ancora oggi, come in passato, una condizione alquanto incomprensibile.

Per molto tempo nell'ambito della psichiatria l'attenzione è stata posta sulla tendenza delle persone all'isolamento e questa caratteristica è stata considerata quella di maggiore rilievo per una diagnosi di autismo.

Se guardiamo in quest'ottica e prendiamo in considerazione l'etimologia della parola autismo (autus, dal greco "sé stesso"), possiamo cogliere una certa corrispondenza tra autismo e isolamento in quanto la radice della parola porta a considerare la tendenza delle persone all'isolamento, al rimanere con se stessi.

In ambito clinico invece, la parola autismo, viene utilizzata per la prima volta nei primi anni del 900 da Eugen Bleuler per descrivere la chiusura in sé stessi e il comportamento di allontanamento dalle relazioni sociali che i pazienti con schizofrenia dimostravano¹.

Partendo da questo, si deduce quindi che, in partenza, l'autismo non fosse ritenuto un disturbo a sé ma era visto come un sintomo coesistente con l'isolamento.

Durante questo periodo storico, i disturbi psichiatrici dell'infanzia venivano molto spesso confusi con la schizofrenia e di conseguenza era difficile riconoscere l'autismo come categoria diagnostica indipendente e quindi anche pensare all'autismo come un disturbo e non come a un sintomo.

Solo negli anni Quaranta del '900, arriva il contributo più importante da parte di Leo Kanner, considerato uno dei precursori nell'ambito dell'autismo e fu proprio lui a introdurre il concetto "disturbo autistico" nella sua opera "Autistic disturbances of

¹ Volkmar, Fred R. e Jackson, Scott L.J., (2020), Diagnosi e definizione di autismo e di altri disturbi dello sviluppo, in Volkmar Fred R., *Disturbi dello spettro autistico*, Milano, Edra, 2020, p. 2.

affective contact"² e si usa questo termine per descrivere 11 bambini, pazienti di Kanner, che alla nascita non avevano sviluppato la predisposizione a socializzare³.

Successivamente a questa pubblicazione, l'interesse per l'autismo aumentò ma sempre in un contesto dove c'era una grande confusione tra autismo e schizofrenia e infatti anche la pubblicazione della prima edizione del Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-I) nel 1952 non aiutò a fare chiarezza.

Nemmeno all'interno di questa prima edizione del manuale, l'autismo trovava una collocazione come disturbo indipendente ma era considerato come un sintomo che rappresentava una prima manifestazione della schizofrenia.

Per avvicinarsi di più alle idee contemporanee sull'autismo bisogna attendere fino all'inizio degli anni '70 quando Rutter, attraverso degli studi di fenomenologia clinica, chiarisce che tra autismo e schizofrenia ci fossero delle chiare differenze che si possono trovare negli aspetti riguardanti il suo esordio, le caratteristiche cliniche e l'anamnesi familiare ed è a questo punto che l'autismo cominciò ad essere studiato in modo indipendente dalla schizofrenia⁴.

Propose inoltre una definizione di autismo che andava a migliorare quella presentata da Kanner negli anni precedenti poiché secondo lo psichiatra i sintomi dovevano essere presenti già nella prima infanzia e proponeva tre aree di difficoltà cioè problemi di natura sociale, difficoltà linguistiche o assenza della parola e la presenza di comportamenti insoliti e di rigidità.

Fu proprio il pensiero di Rutter a influenzare in modo importante la decisione di includere nel DSM-III (1980) la categoria di "autismo infantile".

1.2 DSM-III e DSM-IV

Come si è detto precedentemente, il pensiero di Rutter sull'autismo indipendente dalla schizofrenia e presente già nei primi anni di vita, condizionò la decisione di includere nel DSM-III (1980) la categoria di "autismo infantile", definendo quest'ultimo come un

² Vivanti, G. e Salomone, E., (2014), Presentazione dell'edizione italiana, in Volkmar, Fred R. e McPartland, James C., *La diagnosi di autismo. Da Kanner al DSM-5*, Trento, Erickson, 2014, p. 7.

³ Volkmar, Fred R. e McPartland, James C., (2014) Dalla relazione di Kanner al DSM-III, in Volkmar, Fred R. e McPartland, James C., *La diagnosi di autismo. Da Kanner al DSM-5*, Trento, Erickson, 2014, p. 30.

⁴ Ivi, p. 33.

disturbo generalizzato dello sviluppo e creando una sezione apposita dove l'autismo potesse trovare spazio.

La nuova categoria dei disturbi generalizzati dello sviluppo nel DSM-III includeva l'autismo infantile, il cui esordio doveva avvenire nei primi 30 mesi di vita di una persona, e il disturbo generalizzato dello sviluppo dell'inizio della fanciullezza.

Grazie alla pubblicazione del DSM-III, si crea un confine tra schizofrenia e autismo in quanto viene ufficializzata la differenza a livello clinico tra questi due disturbi.

Sette anni dopo, nel 1987, avviene la pubblicazione del DSM-III-R che ha portato ad ulteriori variazioni di concetti riguardanti la sua definizione: non ci si riferiva più all'autismo con il termine "autismo infantile" ma con l'espressione "disturbo autistico", permettendo così di includere all'interno di questa situazione anche i bambini più grandi e non solamente quelli molto piccoli e inoltre sono stati suddivisi i sintomi dell'autismo in tre grandi aree: interazione sociale reciproca, comunicazione, area degli interessi e per ottenere una diagnosi di autismo era necessario avere dei comportamenti che compromettevano qualitativamente ognuna di queste aree.

Negli anni successivi c'è stata una revisione degli aspetti riguardanti la categorizzazione dell'autismo e in questo percorso di cambiamento è di grande rilievo la pubblicazione di un rapporto e di una serie di studi di casi da parte di Lorna Wing in cui utilizzò l'espressione "Sindrome di Asperger" per fare riferimento alla condizione osservata da Asperger anni prima⁵.

Proprio questi concetti verranno successivamente inclusi nel DSM-IV (1994) che ha visto ingrandirsi la categoria diagnostica dei disturbi generalizzati dello sviluppo con l'inclusione della sindrome di Asperger e anche della Sindrome di Rett.

1.3 DSM-5: Disturbo dello spettro autistico

Le trasformazioni più importanti però sono avvenute molto recentemente, più precisamente nel maggio 2013 quando viene pubblicata la quinta edizione del DSM.

Nel DSM-5 viene raggruppato, nell'ampia categoria dei Disturbi dello Spettro Autistico (ASD, Autism Spectrum Disorder), il Disturbo Autistico, la Sindrome di Asperger e il Disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato (NAS).

⁵ Volkmar, Fred R. e McPartland, James C., (2014) Dal DSM-III al DSM-IV, in Volkmar, Fred R. e McPartland, James C., *La diagnosi di autismo. Da Kanner al DSM-5*, Trento, Erickson, 2014, p. 40.

La diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico viene eseguita tenendo conto dei criteri diagnostici A, B, C e D proposti nel DSM-5 che sono i seguenti⁶:

A. Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti, come manifestato dai seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato

1. Deficit della reciprocità socioemotiva che si intende un approccio sociale anomalo, il fallimento della normale reciprocità della conversazione, una ridotta condivisione di interessi, emozioni o sentimenti e infine l'incapacità di iniziare o di rispondere a interazioni sociali.
2. Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale che comprende una comunicazione verbale e non verbale scarsamente integrata, anomalie del contatto visivo e del linguaggio del corpo, deficit della comprensione e dell'uso dei gesti, una totale inespressività facciale e di comunicazione non verbale.
3. Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni con difficoltà di adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali, difficoltà a condividere il gioco d'immaginazione, difficoltà a fare amicizia e disinteresse verso i coetanei.

B. Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi, come manifestato da almeno due dei seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato:

1. Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi e può trattarsi di stereotipie semplici (es. battere le mani), l'uso ripetitivo di parole (ecolalia), mettere in fila dei giocattoli e capovolgere degli oggetti.
2. Insistenza nella sameness (immodificabilità), aderenza alla routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale e non verbale ossia il disagio di fronte ai piccoli cambiamenti, difficoltà nelle fasi di transizione, schemi di pensiero rigidi e comportamenti rituali sia verbali (es. domande ripetitive) e sia non verbali (es. percorrere la stessa strada o mangiare lo stesso cibo ogni giorno).

⁶ American Psychiatric Association, *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Arlington, VA, 2013, American Psychiatric Association, 5^a ed., trad. it. *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina, 2014, pp. 57-58.

3. Interessi molto limitati, fissi che sono anomali per intensità o profondità come un attaccamento o preoccupazione nei confronti di oggetti insoliti e interessi eccessivamente circoscritti o perseverativi (es. forte interesse per le date di nascita, per gli orari dei mezzi di trasporto).
 4. Iper- o iposensibilità in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente come può essere un'apparente indifferenza al dolore o alla temperatura, un'avversione nei confronti di un minimo stimolo sensoriale (es. suoni o consistenze tattili), annusare o toccare in modo eccessivo gli oggetti.
- C. I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo (ma possono non manifestarsi pienamente prima che le esigenze sociali eccedano le capacità limitate, o possono essere mascherati da strategie apprese in età successiva)
- D. I sintomi causano compromissione clinicamente significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

I criteri del DSM-5 per il disturbo dello spettro autistico introducono una serie di specificatori tra cui troviamo quello di gravità in cui si indica il livello di aiuto che viene richiesto.

Gli specificatori di gravità vanno da 1 a 3 e indicano il livello di aiuto che può essere richiesto e l'impatto sui livelli di funzionamento personale per ogni area sintomatologica (quella della comunicazione sociale e quella dei comportamenti ristretti e ripetitivi)⁷.

- Livello 1: necessità di aiuto
- Livello 2: necessità di aiuto consistente
- Livello 3: necessità di aiuto molto consistente

L'introduzione dei livelli di gravità per l'autismo, combinati ai criteri di base per il disturbo dello spettro autistico, è un'aggiunta estremamente utile nella pratica, poiché ci fornisce un modo per misurare quanto le difficoltà interferiscono con la capacità quotidiana di un individuo di fronteggiarle, con il suo livello di adattamento e il livello di supporto necessario.

⁷ Volkmar, Fred R. e McPartland, James C., (2014), Verso il DSM-5, in Volkmar, Fred R. e McPartland, James C., *La diagnosi di autismo. Da Kanner al DSM-5*, Trento, Erickson, 2014, p. 53.

Capitolo 2

SPETTRO AUTISTICO INFANTILE

2.1 Inquadramento dell'autismo infantile

I disturbi dello spettro autistico (dall'inglese *Autism Spectrum Disorders*, ASD) sono un insieme eterogeneo di disturbi del neurosviluppo caratterizzati da difficoltà nella comunicazione e nell'interazione sociale in molteplici contesti con comportamenti e interessi fissi e ripetitivi.

L'esordio avviene nei primi tre anni di vita del bambino e le aree dello sviluppo che prevalentemente vengono colpite da questa sindrome sono quelle dell'interazione sociale e dell'abilità comunicativa⁸.

Questo disturbo si presenta con caratteristiche simili indipendentemente dal contesto geografico, culturale ed economico in cui si manifesta⁹ e questo fa sì che la causa della sindrome autistica non sia imputabile al comportamento dei genitori ma che questo disturbo abbia origine organica in quanto si ha uno sviluppo anomalo dell'organizzazione del cervello.

Fred Volkmar, durante un'intervista al New York Times, disse che “se doveste esaminare il comportamento di un gruppo di 100 persone con autismo, la prima cosa che vi colpirà è quanto siano diverse l'una dall'altra. La seconda cosa che noterete è quanto siano simili”¹⁰ e quindi si deduce che gli individui aventi diagnosi di autismo, nonostante abbiano il medesimo disturbo da risultare simili, in realtà possono essere diversi in quanto ai sintomi che possono presentare e di conseguenza si concorda che ogni bambino autistico è un caso a sé e non può esserci un metodo fisso per approcciarsi con tutti i bambini.

Se penso infatti al contesto scolastico, e in particolar modo quello della scuola dell'infanzia, gli insegnanti possono trovare sempre più spesso, durante il proprio percorso, degli alunni autistici con sintomi diversi tra di loro, ovverosia possono

⁸<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5613&area=salute%20mentale&menu=autismo>.

⁹ Cottini L., *Che cos'è l'autismo infantile*, Roma, Carrocci, 2013, p. 15.

¹⁰ Vivanti, G. e Salomone, E., (2016), Comunicazione, reciprocità sociale e apprendimento, in Vivanti, G. e Salomone, E., *L'apprendimento nell'autismo*, Trento, Erickson, 2016, p. 31.

incontrare bambini con incapacità nella comunicazione e interazione sociale, con difficoltà a gestire conversazioni bidirezionali e difficoltà nella condivisione di interessi ma anche l'esatto opposto e cioè bambini che sono in grado di relazionarsi con adulti e coetanei e si esprimono comunicando attraverso il canale verbale; potrebbero trovare individui con difficoltà a modificare il proprio comportamento nei diversi contesti sociali, difficoltà a condividere il gioco immaginario, stringere amicizie o avere un completo disinteresse verso le altre persone; potrebbero incontrare bambini che mostrano interessi molto ristretti e fissi.

Sempre all'interno dell'ambito scolastico ed educativo, Cesarina Xaiz (2001) afferma che l'idea di trattamento deve essere separata dall'idea di guarigione e infatti questo termine assume il significato di educazione¹¹ e quindi l'insegnante deve educare a vivere nel mondo degli altri, educare alle abilità necessarie per adattarsi a vivere nel mondo, educare a ridurre i comportamenti non adeguati che causano delle difficoltà, educare al raggiungimento delle autonomie.

In quest'ottica, si sostiene che l'insegnante non deve pensare di poter curare il bambino come farebbe un medico ma deve tenere ben fisso davanti a sé che lo scopo del suo lavoro è educare.

Xaiz sostiene inoltre che per il trattamento dell'autismo è molto importante il coordinamento per l'integrazione dei vari contesti educativi¹² che si occupano del bambino e quindi si ritiene che i due ambiti educativi che devono collaborare maggiormente tra loro sono la famiglia, che affermo essere il primo luogo in cui il bambino impara e viene educato, e la scuola i quali devono supportarsi nell'insegnare al bambino con disturbo autistico le abilità di base, le relazioni sociali, il linguaggio e la comunicazione, l'imitazione e il gioco.

2.2 Comunicazione e linguaggio nel bambino autistico

Nello sviluppo tipico del linguaggio, i bambini iniziano a comunicare ancor prima di imparare a parlare in quanto cominciano a sorridere durante i primi mesi di vita alle altre persone e attirano l'attenzione degli adulti; queste precoci capacità di rispondere a stimoli sociali vengono interpretate come desiderio di socializzazione con l'esterno.

¹¹ Xaiz, C. e Micheli, E., (2001), Disturbi generalizzati dello sviluppo e autismo, in Xaiz, C. e Micheli, E., *Gioco e interazione sociale nell'autismo*, Trento, Erickson, 2001, p. 35.

¹² Ivi, p. 37.

Quando questo non avviene nell'arco del primo anno di vita, ci troviamo di fronte a uno dei primi segnali di autismo che è appunto l'assenza di manifestazioni sociali e di capacità di risposta¹³.

Quando una persona comunica, che può essere sia verbalmente e sia in modo non verbale, influenza il comportamento, le idee e le emozioni dell'interlocutore in modo da ottenere qualcosa. Questo però risulta difficile da ottenere per una persona autistica in quanto riscontra delle difficoltà nel comprendere l'importanza e lo scopo della comunicazione.

Molto spesso la metà dei soggetti autistici possono sviluppare un linguaggio verbale più o meno perfetto, mentre l'altra metà sviluppa un livello intellettuale basso e di conseguenza non riescono a creare delle forme significative di linguaggio.

Il linguaggio rappresenta l'aspetto, a livello cognitivo, più caratteristico del disturbo autistico e le difficoltà nel parlare si evidenziano già nella primissima infanzia quando i bambini con deficit autistico non presentano le prime forme di comunicazione che dovrebbero esserci nello sviluppo del linguaggio e cioè la lallazione e le vocalizzazioni con intento comunicativo.

Per quanto riguarda la fonetica, i bambini, anche se in ritardo, giungono a una buona conoscenza dei suoni nonostante il linguaggio rimanga con un'intonazione strana e meccanica¹⁴.

Anche per l'acquisizione dei morfemi possiamo vedere un ritardo iniziale ma hanno un'acquisizione normale dell'ordine. I bambini autistici usano meno morfemi diversificati ma usano in modo ripetitivo sempre gli stessi e questo viene visto come una carenza dell'uso semantico della grammatica.

Se ripercorro il tempo che ho passato con Beatrice e penso al suo sviluppo del linguaggio, posso dire che seppur ha acquisito le capacità verbali e mostra una struttura sintattica abbastanza sviluppata, tende alla ripetizione letterale di frasi o parole che sente pronunciare da altre persone e questo comportamento viene definito dagli psichiatri "ecolalia"¹⁵.

¹³ Paul, R. e Simmons, Elizabeth S., (2020), La comunicazione e il suo sviluppo nei disturbi dello spettro dell'autismo, in Volkmar Fred R., *Disturbi dello spettro autistico*, Milano, Edra, 2020, p. 70.

¹⁴ Cottini L., *Che cos'è l'autismo infantile*, Roma, Carrocci, 2013, p. 62.

¹⁵ Paul, R. e Simmons, Elizabeth S., (2020), La comunicazione e il suo sviluppo nei disturbi dello spettro dell'autismo, in Volkmar Fred R., *Disturbi dello spettro autistico*, Milano, Edra, 2020, p. 73.

Quest'ultima è proprio una delle caratteristiche più comuni del linguaggio nei bambini con spettro autistico e si può differenziare in ecolalia immediata ed ecolalia differita.

Con la prima si intende quando l'individuo ripete qualcosa che ha appena sentito con le stesse parole e la stessa intonazione; mentre quando si parla di ecolalia differita si intende la ripetizione di parole o frasi che si sono sentite tempo prima¹⁶.

Altri problemi del linguaggio che ho riscontrato in Beatrice e possiamo comunemente riscontrare nei bambini con sindrome autistica, oltre alla ecolalia, sono l'uso errato dei pronomi personali e la difficoltà riguardante l'intonazione, la durata delle parole o frasi e l'uso degli accenti.

Al livello di comprensione del linguaggio invece c'è molta compromissione al punto che i soggetti sono più portati a enfatizzare la sintassi anziché il contenuto semantico.

2.3 Interazioni sociali nel bambino autistico

Uno dei sintomi che permettono di fare una diagnosi di autismo è la presenza in questi bambini di una notevole difficoltà ad instaurare e mantenere delle relazioni, sia con i coetanei che con gli adulti; sono quindi compromessi i normali processi di socializzazione e integrazione¹⁷.

Quando osservavo Beatrice nei diversi momenti del quotidiano e soprattutto concentravo la mia attenzione nelle sue interazioni sociali, ho notato dei chiari limiti e difficoltà nello stabilire dei contatti relazionali e affettivi con altri individui, siano questi degli adulti o dei coetanei, con uno scarso contatto oculare, che a mio parere risulta essere importante nel riuscire ad avere un legame comunicativo con l'altro; Beatrice ha una lieve compromissione nell'uso dei comportamenti non verbali come lo sguardo diretto, l'espressione mimica, le posture corporee e i gesti che servono e regolano l'interazione sociale e ha una scarsa condivisione di gioie, interessi e obiettivi sia con i coetanei e sia con la figura educativa di riferimento.

Anche nei momenti in cui viene coinvolta la famiglia in attività appositamente create per loro non ha molto interesse nei confronti delle figure familiari e ha una povertà affettiva che porta a una reciproca mancanza di gesti d'affetto e a mio parere una conseguente incapacità di strutturare un tipo di legame solido tra i genitori e la figlia.

¹⁶ Cottini L., *Che cos'è l'autismo infantile*, Roma, Carrocci, 2013, p. 64.

¹⁷ Ivi, p. 103.

Molti studi cercano di spiegare le problematiche di interazione sociale per le persone con disturbo dello spettro autistico, come problemi causati da delle mancanze a livello della teoria della mente. Normalmente attribuire degli stati mentali nella vita quotidiana permette alle persone di comprendere e interpretare le interazioni sociali e le intenzioni comunicative¹⁸ e quindi si concorda che tutto ciò richieda una flessibilità e una possibilità di riferirsi a delle regole non scritte che però la mente di un bambino autistico non possiede poiché è rigida e non è capace di leggere i segnali che provengono dalle altre persone, le emozioni e i pensieri.

Tuttavia, tengo a precisare che i problemi relazionali e d'integrazione sociale sono molto variabili in quanto non sempre sono tutti presenti nei bambini ai quali è stata fatta questa diagnosi e non sempre si presentano con la stessa gravità; spesso sono diversi in base all'ambiente nel quale essi si trovano e sono diversi nei confronti delle persone con le quali questi bambini si relazionano.

Nel normale sviluppo delle interazioni sociali, la qualità e la quantità delle relazioni cambiano con l'età e infatti possono essere minime nel neonato per poi gradualmente progredire fino all'età adulta. Ciò non avviene o può avvenire molto più lentamente nei bambini con disturbi dello spettro autistico proprio a causa dell'imaturità affettivo-relazionale che li caratterizza e nei casi più gravi tali capacità sembrano essersi congelate nei primi mesi di sviluppo dell'essere umano, tuttavia non significa che siano assenti.

In Beatrice questa capacità di instaurare rapporti di amicizia o legami affettivi è molto scarsa e tende costantemente ad isolarsi dal mondo esterno con una totale indifferenza verso le altre persone. Se, per esempio, l'insegnante o un compagno di classe vogliono porle una carezza o dei baci, questi vengono categoricamente rifiutati con l'allontanamento; solamente rarissime volte, tali gesti sono stati accettati da parte di Beatrice ma in maniera passiva senza alcuna reale partecipazione affettiva e comunicativa.

Ci tengo però a specificare che questa non è una condizione uguale per tutti i bambini che hanno una diagnosi di autismo infatti, al contrario di come avviene per Beatrice, possiamo trovare bambini che presentano un eccessivo approccio relazionale e affettivo

¹⁸ Surian, L., *L'autismo. Conoscerlo e affrontarlo*, Bologna, il Mulino, 2021, p.85.

non solo verso i genitori ma anche verso gli estranei, con manifestazioni affettuose che possono essere considerate sproporzionate e inappropriate.

2.4 Motricità nel bambino autistico

Se si considera il normale sviluppo motorio che dovrebbe avvenire nei bambini, è chiaro come i bambini che presentano una condizione dello spettro autistico, hanno dei disturbi nel movimento già attorno all'età di 4-6 mesi in quanto mostrano un ritardo nell'apprendere le prime tappe dello sviluppo motorio avendo così difficoltà nel mantenere la posizione eretta, seduta, in piedi e camminare.

Oltre a queste prime difficoltà, possono dimostrare una certa rigidità anche nella motricità fine e nella coordinazione motoria non riuscendo a compiere dei movimenti che gli servono per compiere delle azioni come per esempio afferrare qualcosa, tenere un oggetto, incastrare.

Il comportamento del bambino autistico dal punto di vista motorio si caratterizza per la presenza di numerose stereotipie che si possono manifestare in modo diverso da bambino a bambino¹⁹.

All'interno del suo libro "Che cos'è l'autismo infantile", Lucio Cottini afferma che quando si parla di stereotipie si intendono tutte quelle espressioni motorie ripetitive che non hanno apparenti finalità adattive nel contesto ambientale nel quale si svolgono e che le stereotipie attuate da un bambino autistico possono essere di tipo autolesivo e di tipo non autolesivo.

Per quanto riguarda le prime si tratta di comportamenti che provocano lesioni e chi osserva le associa a sensazioni di dolore (es. picchiarsi, mordersi, sbattere la testa, ...); mentre le seconde includono i comportamenti che non hanno come finalità l'autostimolazione del dolore (es. movimenti delle mani, movimenti della testa, dondolamenti del corpo, ...) e che sono attuati con maggiore assiduità dai bambini autistici²⁰.

Ripensando a Beatrice ricordo di aver subito notato questi comportamenti, anche se non avvenivano in modo piuttosto marcato, in quanto sono molto comuni come ad esempio il movimento continuo di dondolamento del busto, che immagino come un'altalena, sia

¹⁹ Ivi, p. 49.

²⁰ Ivi, pp. 49-51

in avanti/indietro sia destra/sinistra e avviene sia quand'è seduta che quand'è in piedi; i movimenti delle mani che sono dei gesti isolati, come il picchiare delle dita, o gesti fatti per far fare un movimento ad un oggetto come far ruotare un gioco stile trottola anche se il gioco non ha quello specifico utilizzo; l'andatura, che ho trovato particolare in quanto cammina con le ginocchia un po' piegate e il busto all'indietro e infine i movimenti del capo che talvolta possono assumere la forma di comportamenti autolesivi come battere la testa contro qualcosa o tirarsi schiaffi nel viso, oppure in altri casi possono essere delle contratture facciali che creano delle smorfie.

Per quanto riguarda le stereotipie di tipo autolesivo, è molto probabile che queste vengano messe in atto per cercare una stimolazione sensoriale che poi non viene percepita come qualcosa che fa male proprio perchè il bambino autistico ha una ridotta sensibilità al dolore.

Lo sviluppo motorio non tipico può presentarsi prima delle difficoltà sociali e di comunicazione che caratterizzano i disturbi dello spettro autistico.

Capitolo 3

L'AUTISMO NELLA SCUOLA DELL'INFANZIA

3.1 L'apprendimento

Le difficoltà sociali che ho sviluppato nel capitolo precedente hanno, per il bambino autistico, un impatto molto forte sulle capacità di apprendere da ciò che fanno gli altri ed è per questo che l'autismo è ritenuto un disturbo dell'apprendimento sociale.

Il gioco, che andrò a trattare nel paragrafo successivo, e in particolar modo quello per imitazione è molto importante, scrive De Siervo Giuliana, per l'apprendimento in quanto i bambini sin da piccoli rivolgono la propria attenzione verso i partner comunicativi che diventano così dei modelli da imitare²¹.

Il bambino autistico sperimenta il mondo sociale in modo atipico rispetto agli altri bambini e si ritiene che di conseguenza anche l'apprendimento sarà diverso sia nei processi che nei contenuti poiché danno priorità diverse agli aspetti della realtà circostante e mettono in ombra gli aspetti sociali della situazione che aiuta all'apprendimento.

Prendo ora in considerazione i momenti di gioco durante una giornata alla scuola dell'infanzia: solitamente risultano piacevoli per tutti gli alunni ma se i bambini con disturbo dello spettro autistico vengono coinvolti dai compagni nell'attività essi rispondono con un minor coinvolgimento e sono meno aperti a rispondere alle interazioni sociali. Nel caso specifico di Beatrice, se durante un gioco viene chiamata dai suoi coetanei o da una persona che entra nell'aula, lei ogni qualvolta succede questo non presta attenzione alla figura che entra o la chiama ma continua nel gioco che sta facendo senza interromperlo.

Non ritengo però questo suo atteggiamento una cosa consapevole o che fa parte del suo carattere, ma si tratta di una conseguenza del suo modo diverso di organizzare e filtrare le informazioni che gli arrivano dal mondo esterno rispetto agli altri bambini; per lei gli

²¹ De Siervo, G., (2020), Reciprocità sociale, apprendimento e gioco, in De Siervo G. e Delle Fratte A., *Autismo e scuola dell'infanzia: come intervenire. Aspetti teorici e attività in classe*, Milano, FrancoAngeli, 2020, p. 17.

stimoli esterni vengono messi in secondo piano rispetto agli altri stimoli che in quel momento attirano maggiormente la sua l'attenzione.

Lo sviluppo di abilità comunicative, cognitive e sociali avviene nella prima infanzia grazie all'apprendimento sociale quando il bambino guarda gli altri, impara ad imitarli e a partecipare alle routine condivise e semplici.

Per quanto riguarda il bambino autistico, le esperienze che può ricavare dall'ambiente sono adeguate ma non riesce a utilizzarle in modo corretto e questo, assieme alla scarsa iniziativa sociale, porta alla riduzione della realizzazione di apprendimento.

Loro dimostrano delle difficoltà a comprendere gli scopi e a dare dei significati a quello che vedono fare dagli altri e, se come ho detto fino ad ora, l'imitazione è importante per lo sviluppo dell'apprendimento, sarà di conseguenza difficile imparare e apprendere osservando gli altri e imitandoli²².

3.2 Il gioco: scelta dei giochi e dei materiali

Già dalla nascita i bambini stabiliscono, con le persone che si prendono cura di loro, una relazione sociale e svolgono varie attività esplorative e ludiche con gli oggetti. Questa condotta da parte di un bambino può essere ritenuta una prima forma di gioco.

Il gioco che il bambino fa con le persone o con gli oggetti è utile per sviluppare e potenziare le abilità cognitive, motorie e verbali²³ e soprattutto nei bambini molto piccoli viene esercitato per il semplice piacere di farlo come l'esplorazione dei materiali con i sensi solo per il gusto di ciò che ne ricava. Nei primi mesi di vita questa prima esperienza di gioco avviene per lo più a livello orale perchè i primi movimenti che il bambino piccolo riesce a finalizzare sono proprio quelli di portare le mani alla bocca oppure afferrare un oggetto e portarlo alla bocca.

Verso i 6/7 mesi il bambino comincia a imitare delle azioni che rappresentano la vita quotidiana che vive come prendere uno straccio per imitare la mamma quando fa le pulizie; successivamente passerà al gioco simbolico che risulterà essere molto importante per lo sviluppo del pensiero astratto e del linguaggio.

²² Ivi, pp. 24-25.

²³ Xaiz, C. e Micheli, E., (2001), Uno sguardo al nostro sviluppo sociale, in Xaiz, C. e Micheli, E., *Gioco e interazione sociale nell'autismo*, Trento, Erickson, 2001, p. 17.

Durante il gioco per imitazione il bambino impara a rispettare il proprio turno, a fermarsi per osservare la figura adulta di riferimento che in quel momento sta manipolando l'oggetto per dare il modello.

Tutto quello che è stato detto fino ad ora per quanto riguarda il gioco, può essere molto difficoltoso se si trova davanti un bambino con disturbo dello spettro autistico proprio perchè fa fatica a condividere il suo spazio sociale, ha difficoltà a livello comunicativo e magari non trova interessanti i giochi che gli vengono messi a disposizione da parte dell'educatore.

I bambini con il disturbo dello spettro autistico non sono molto motivati nell'ottenere attenzione sociale e approvazione da parte degli altri individui ma il proprio interesse è più all'ambiente fisico, agli oggetti e ai giochi sensoriali²⁴.

Proprio per questo motivo, nell'ambito scolastico in cui è inserita Beatrice, il primo obiettivo che ci siamo fissate io e la sua l'insegnante di riferimento è quello di comprendere che cosa attira il suo interesse all'interno dell'aula o della stanza di gioco e proporre quindi delle attività a partire dall'interesse della bambina.

Per poter fare questo e giungere a capire quali sono gli interessi del bambino è molto importante, nei primi momenti che si trascorrono insieme, presentare le varie tipologie di gioco al bambino ponendo l'attenzione al suo comportamento di fronte ad essi; osservare se quello che viene presentato suscita il suo interesse attraverso anche la postura di attenzione e concentrazione che assume il suo corpo e i movimenti durante il gioco²⁵.

Una volta che è stato identificato a cosa è rivolto maggiormente l'interesse di Beatrice, non solo osservando come ho detto prima ma anche attraverso l'aiuto dei suoi genitori, abbiamo cercato di creare un'ambiente stimolante e divertente mediante la sistemazione dei giochi nell'aula in modo da poter essere raggiunti facilmente.

Da questa osservazione abbiamo compreso che Beatrice è maggiormente attratta da tutti quei giochi e materiali che hanno delle caratteristiche sensoriali come il pongo, le palline di gomma, l'acqua, la sabbia cinetica, strumenti musicali e sonori infatti

²⁴ Delle Fratte, A., (2020), Sensorialità, motivazione e apprendimento, in De Siervo G. e Delle Fratte A., *Autismo e scuola dell'infanzia: come intervenire. Aspetti teorici e attività in classe*, Milano, FrancoAngeli, 2020, p. 39.

²⁵ Xaiz, C. e Micheli, E., (2001), Fare il punto e porsi delle mete: valutare e programmare, in Xaiz, C. e Micheli, E., *Gioco e interazione sociale nell'autismo*, Trento, Erickson, 2001, p. 74.

nell'arco della giornata cerca, soprattutto nei momenti che per lei risultano più complessi o quando è stanca, delle bottigliette d'acqua colorata con dentro perline o altri materiali che producono dei rumori al movimento.

Mi è rimasto molto impresso il fatto che Beatrice abbia una forte attrazione per la ripetitività nei giochi e non accetta quasi per nulla le novità infatti nel momento in cui abbiamo provato a cambiare i giochi per osservare il suo interesse, lei era costantemente alla ricerca dei precedenti giochi.

Agli occhi dei bambini autistici, l'ambiente di gioco non deve risultare caotico ma deve essere il più semplice e pulito possibile e organizzato per categorie sensoriali per poter essere più motivante per il bambino.

Per organizzare questo tipo d'ambiente, all'asilo "S.Giorgio Martire" abbiamo suddiviso i giochi in vari angoli in base alle loro caratteristiche, ossia abbiamo raggruppato in uno spazio specifico, in modo ordinato, visibile e di facile accesso i giochi che stimolano il canale tattile (pongo, sabbia cinetica, pupazzi, ...); in un altro spazio abbiamo sistemato i giochi che stimolano il canale uditivo (giochi sonori, strumenti musicali, ...) e in un altro angolo ancora tutti i giochi che prediligono il canale visivo (libri, palline luminose, macchinette, ...).

Non necessariamente il bambino per dimostrare la preferenza di alcuni giochi deve averli in mano o giocare esclusivamente con quelli tutto il tempo, ma può dimostrare la sua preferenza anche solo avvicinandosi ad esso, guardando un oggetto per un tempo più prolungato rispetto ad un altro o allungare le braccia per raggiungerlo²⁶.

Può avvenire che il bambino sia portato a passare in modo veloce da un gioco ad un altro perchè interessato a tutti i giochi presenti nell'aula.

A questo punto si pensa sia l'insegnante che deve far si che questo non avvenga per poter favorire la capacità del bambino di sostenere l'attenzione su uno stesso gioco per un tempo adeguato, e per ottenere questo non deve fare nulla di tanto complicato ma semplicemente è opportuno andare a lavorare sull'ambiente, cioè cercare di ridurre il numero di oggetti a disposizione del bambino.

Dopo aver conosciuto bene il bambino, aver capito la tipologia di giochi con cui preferisce giocare e aver inquadrato le attività che è possibile proporre in classe,

²⁶ Delle Fratte, A., (2020), Sensorialità, motivazione e apprendimento, in De Siervo, G. e Delle Fratte, A., *Autismo e scuola dell'infanzia: come intervenire. Aspetti teorici e attività in classe*, Milano, FrancoAngeli, 2020, p. 40.

l'insegnante ha il compito di comprendere come poter presentare il lavoro che deve svolgere l'alunno in classe.

Osservando come venivano proposte a Beatrice le attività in aula, ho riscontrato che non sempre e non per tutti i bambini con disturbo autistico è così semplice seguire una spiegazione o un comando mediante il linguaggio verbale ma può risultare invece difficoltoso come avviene per lei. Le risulta molto più semplice la comprensione delle indicazioni seguendo il canale visivo utilizzando delle immagini, delle foto o dei simboli.

3.3 Schede pratiche: attività in gruppo e attività individuali

Come detto nel paragrafo precedente, l'insegnante, una volta che ha conosciuto bene il bambino con disturbo dello spettro autistico, ha il compito di decidere quali attività è possibile proporre in classe e come meglio presentarle al bambino.

Oltre a questo, all'insegnante spetta anche il compito molto importante di pianificare in modo preciso quali sono gli obiettivi su cui vuole lavorare attraverso l'attività e quali materiali utilizzare per sostenere la partecipazione del bambino.

Le attività che l'insegnante propone devono essere continuamente adattate agli obiettivi specifici del bambino a cui vengono proposte ed è molto utile che vengano svolte in una determinata area dell'aula, che sia sempre la medesima definita e organizzata in modo tale che per il bambino sia più semplice riconoscere lo spazio, sentendosi in un contesto non caotico e sconosciuto e centrare l'attenzione nell'attività.

È molto importante che ogni spazio sia assegnato per una determinata attività in modo tale che il bambino riesca a individuare il compito che si va a svolgere come per esempio una zona riservata alla lettura, un'altra per l'attività manipolativa, un'area per il riposo e una per il gioco²⁷.

Di seguito ho pensato ad alcune attività che l'insegnante può svolgere in classe per i bambini autistici, sia in gruppo con l'intera classe e sia individualmente con il bambino e sono state pensate tenendo conto degli interessi di Beatrice.

ATTIVITÀ IN GRUPPO: LA TECNICA DEL COLLAGE

Descrizione:

²⁷ Cottini, L., *L'autismo a scuola. Quattro parole chiave per l'integrazione*, Roma, Carrocci, 2011, p.135.

Partendo da delle strisce di carta velina di vari colori, strappare dei piccoli quadrati da incollare poi sul disegno

Materiali:

- strisce di carta velina colorata
- disegno da colorare
- colla vinilica
- pennelli per stendere la colla

Obiettivi:

- tenere in mano e usare correttamente i pennelli;
- saper comprendere i vari oggetti;
- comprendere le istruzioni (metti la colla; metti la colla prendi il pezzo di velina e attacca);
- inizio delle interazioni con i coetanei;
- condivisione del compito, dei materiali e dello spazio

Sviluppo dell'attività:

L'insegnante accompagna il proprio gruppo nello spazio dedicato alle attività disponendo i bambini ai loro posti tutti rivolti verso il punto in cui si metterà l'insegnante. Una volta che tutti i bambini saranno sistemati consegnerà loro delle strisce colorate di carta velina che dovranno strappare a pezzetti (né molto piccoli né grandi) dopo aver ascoltato le istruzioni da parte dell'insegnante.

Una volta che tutti i bambini avranno strappato le strisce di carta a propria disposizione, sarà il momento di far vedere loro dove dovranno essere attaccati i pezzettini e spiegando in che modalità deve essere eseguito il compito. In questo caso devono attaccare i pezzetti uno vicino all'altro con la colla vinilica e quindi l'insegnante consegna delle ciotoline con la colla e i pennelli per poterla stendere (le ciotoline saranno divise una ogni tre/quattro bambini in modo da stimolare la condivisione dei materiali e dello spazio). I bambini devono stendere con i pennelli la colla vinilica e poi man mano attaccare i pezzetti di carta velina che hanno preparato in precedenza.

Inizialmente l'insegnante guida la partenza per i bambini con maggiori difficoltà ma poi gradualmente assume un ruolo da osservatore stimolando così il bambino a confrontarsi con i coetanei, e interviene solo quando è il bambino a richiederlo.

Osservando Beatrice durante questa attività devo dire che all'inizio è stato difficoltoso per lei comprendere i vari passaggi e le istruzioni verbali ma poi attraverso una dimostrazione pratica e talvolta, quando necessario, l'affiancamento di alcuni compagni è riuscita a portare a termine il compito assegnato.

Proprio perchè questa attività viene svolta in gruppo con i compagni, è risultata molto utile per le interazioni che Beatrice ha avuto con i coetanei ed è riuscita a sviluppare almeno un minimo di socializzazione e condivisione.

ATTIVITÀ INDIVIDUALE: GIOCHIAMO A CREARE CON IL DIDÒ

Descrizione:

Partendo da una palla di Didò, creiamo delle formine, degli animali e molti altri oggetti.

Materiali:

- barattoli di Didò di vari colori
- strumenti per lavorare il Didò: formine, mattarelli, coltellini ecc.

Obiettivi:

- aprire e chiudere i barattoli di Didò;
- coordinare i movimenti delle dita e della mano;
- saper scegliere cosa creare tra diverse alternative;
- descrivere le caratteristiche di quello che si ha creato;
- comprendere le istruzioni;
- rispondere alle richieste;
- sostenere l'attenzione congiunta;

Sviluppo dell'attività:

All'inizio di questa attività viene dato al bambino solo il Didò di un colore e poi quando l'insegnante ritiene di aver conquistato la sua attenzione, porta il bambino a formulare delle richieste come ad esempio quella di chiedere altro Didò di colore diverso.

Si lascia che il bambino manipoli liberamente per un po' di tempo il Didò che ha davanti e solo successivamente l'insegnante valuta quando il bambino è pronto per poter essere stimolato a imitare le sue azioni e ad eseguire compiti semplici o complessi. Solo in questo momento vengono consegnati al bambino anche i restanti strumenti che sono utili per modellare e creare con il Didò (formine, matarelli ecc.).

Questa attività viene proposta per Beatrice come attività individuale da svolgere in rapporto una a uno con l'insegnante la quale prenderà posto di fronte a lei e avrà solamente il compito di osservatrice in quanto l'attività è stata pensata per stimolare in Beatrice la creatività lasciando a lei il compito di decidere cosa creare con il Didò.

CONCLUSIONI

Grazie a questo mio elaborato ho potuto approfondire il tema dello spettro autistico nei primi anni di vita di un bambino. Come si può leggere nella relazione finale, sono riuscita a collegare la teoria con l'esperienza pratica che ho potuto svolgere con Beatrice all'interno della scuola dell'infanzia.

Credo che il contesto in cui viviamo sia cambiato rispetto a quella che era la visione di un tempo, il modo in cui le persone si interfacciano alla diversità in quanto è caratterizzato da una forte sensibilità nei confronti delle disuguaglianze, e in tutti i settori della vita quotidiana si tende a dare particolarmente importanza all'inclusività delle persone con disabilità, facendo in modo che essi siano un valore aggiunto nella collettività.

A volte i problemi di relazione e di apprendimento che sono presenti nell'ambiente scolastico portano i bambini ad isolarsi, ma fortunatamente in questo periodo storico la scuola è molto inclusiva nei loro confronti e gli stessi insegnanti devono sempre formarsi per aiutarli nei loro bisogni educativi speciali già a partire dalla prima infanzia. Ritengo sia molto efficace lavorare su questo aspetto all'interno della scuola dell'infanzia creando, nella routine scolastica, dei momenti di condivisione tra i bambini del nucleo classe in cui è inserito il bambino con autismo cercando di rispettare i suoi tempi; è anche importante sottolineare come si debbano promuovere in più ampia scala degli incontri periodici con i genitori in cui vengono proposte delle attività da svolgere assieme ai bambini.

Vedo molto importante e di aiuto per l'insegnante il coinvolgimento della famiglia del bambino autistico attraverso cui si possono scambiare idee e opinioni per poter creare attività incentrate sui bisogni del bambino; infatti, grazie al coinvolgimento della famiglia di Beatrice è stato possibile pensare e attuare le due attività che ho proposto nell'ultimo capitolo, esperienze che sono state pensate in base agli interessi della bambina.

Se si riuscisse a raggiungere un buon livello di collaborazione tra la scuola e la famiglia si potrebbe ottenere un maggiore benessere per il bambino sia all'interno della famiglia e sia all'interno dell'ambiente scolastico in quanto entrambe le realtà condividono e

seguono le stesse linee educative cosicché nella vita del bambino ci sia un certo equilibrio e armonia tra la routine e le regole della scuola e quelle della famiglia.

Questa relazione finale mi ha dato la possibilità di guardare con occhi diversi un mondo che per molti è difficile da comprendere, e posso ora dire con fermezza di sentirmi più competente per quanto riguarda il tema dell'inclusività dei bambini con spettro autistico nella scuola dell'infanzia grazie a questi miei approfondimenti, e sono soddisfatta di aver raggiunto l'obiettivo di comprendere tutto quello che si cela nel mondo dell'autismo, che mi porterà ad essere oggi e in futuro una brava e attenta insegnante anche verso i bambini con questo specifico disturbo.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013), *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 5^a ed., trad. it. *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina, 2014.
- Cottini L., *Che cos'è l'autismo infantile*, Roma, Carrocci, 2013, p. 15-30.
- Cottini, L. *Che cos'è l'autismo infantile*, Roma, Carrocci, 2013, pp. 41-110.
- Cottini, L. *L'autismo a scuola. Quattro parole chiave per l'integrazione*, Roma, Carrocci, 2011, pp. 133-144.
- De Siervo, G., (2020), Reciprocità sociale, apprendimento e gioco, in De Siervo G. e Delle Fratte A., *Autismo e scuola dell'infanzia: come intervenire. Aspetti teorici e attività in classe*, Milano, FrancoAngeli, 2020, pp. 13-30.
- Delle Fratte, A., (2020), Sensorialità, motivazione e apprendimento, in De Siervo G. e Delle Fratte A., *Autismo e scuola dell'infanzia: come intervenire. Aspetti teorici e attività in classe*, Milano, FrancoAngeli, 2020, pp. 31-51.
- Surian, L., *L'autismo. Conoscerlo e affrontarlo*, Bologna, il Mulino, 2021, pp.63-108.
- Vivanti, G. e Salomone, E., (2014), Presentazione dell'edizione italiana, in Volkmar, Fred R. e McPartland, James C., *La diagnosi di autismo. Da Kanner al DSM-5*, Trento, Erickson, 2014, pp. 7-19.
- Vivanti, G. e Salomone, E., (2016), Comunicazione, reciprocità sociale e apprendimento, in Vivanti, G. e Salomone, E., *L'apprendimento nell'autismo*, Trento, Erickson, 2016, pp. 31-41.
- Volkmar, Fred R. e Jackson, Scott L.J., (2020), Diagnosi e definizione di autismo e di altri disturbi dello sviluppo, in Volkmar Fred R., *Disturbi dello spettro autistico*, Milano, Edra, 2020, p. 1-15.
- Paul, R. e Simmons, Elizabeth S., (2020), La comunicazione e il suo sviluppo nei disturbi dello spettro dell'autismo, in Volkmar Fred R., *Disturbi dello spettro autistico*, Milano, Edra, 2020, p. 69-80.

- Volkmar, Fred R. e McPartland, James C., (2014) Dalla relazione di Kanner al DSM-III, in Volkmar, Fred R. e McPartland, James C., *La diagnosi di autismo. Da Kanner al DSM-5*, Trento, Erickson, 2014, pp. 29-34.
- Volkmar, Fred R. e McPartland, James C., (2014) Dal DSM-III al DSM-IV, in Volkmar, Fred R. e McPartland, James C., *La diagnosi di autismo. Da Kanner al DSM-5*, Trento, Erickson, 2014, pp. 35-43.
- Volkmar, Fred R. e McPartland, James C., (2014), Verso il DSM-5, in Volkmar, Fred R. e McPartland, James C., *La diagnosi di autismo. Da Kanner al DSM-5*, Trento, Erickson, 2014, pp. 49-57.
- Xaiz, C. e Micheli, E., (2001), Disturbi generalizzati dello sviluppo e autismo, in Xaiz, C. e Micheli, E., *Gioco e interazione sociale nell'autismo*, Trento, Erickson, 2001, pp. 31-39.
- Xaiz, C. e Micheli, E., (2001), Uno sguardo al nostro sviluppo sociale, in Xaiz, C. e Micheli, E., *Gioco e interazione sociale nell'autismo*, Trento, Erickson, 2001, pp. 17-22.
- Xaiz, C. e Micheli, E., (2001), Fare il punto e porsi delle mete: valutare e programmare, in Xaiz, C. e Micheli, E., *Gioco e interazione sociale nell'autismo*, Trento, Erickson, 2001, pp. 73-80.

SITOGRAFIA

- <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5613&area=salute%20mentale&menu=autismo>
(ultima consultazione: 11 aprile 2022)