

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 Carraro Silvia

Il Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva e la scuola: condivisione del percorso educativo-terapeutico e proposta di strumenti operativi

RELATORE: Prof.ssa Soravia Giulia

CORRELATORI: Dott.ssa Scarso Maria Cristina

Dott.ssa Marsala Francesca Rita

LAUREANDA: Franzoi Elena

MATRICOLA: 1187570

Anno Accademico 2020/2021

INDICE

SOMMARIO	1
ABSTRACT	3
INTRODUZIONE	5

PARTE PRIMA: RIFERIMENTI TEORICI

1. ISTRUZIONE E DISABILITÀ.....	11
1.1. Modello dell'esclusione.....	11
1.2. Modello della medicalizzazione	13
1.3. Modello dell'inserimento	14
1.4. Modello dell'integrazione.....	15
1.5. Modello dell'inclusione.....	20
2. IL TNPEE E GLI INSEGNANTI: COMPETENZE E RUOLI.....	32
2.1. Il TNPEE	33
2.2. Gli insegnanti	39

PARTE SECONDA: MATERIALI E METODI

3. L'OSSERVAZIONE NEL CONTESTO SCOLASTICO.....	45
3.1. L'osservazione del comportamento del bambino nel contesto scolastico. 46	
3.2. Scheda di osservazione del comportamento del bambino nell'ambiente scolastico.....	48
4. IL COLLOQUIO DI COUNSELLING CON GLI INSEGNANTI	50
4.1. Principi teorici e strategie del counselling sistemico	51
4.1.1. Assiomi della comunicazione e relazione tra terapeuta e insegnanti.....	52
4.1.2. La conduzione e le fasi del colloquio	55
4.1.3. Le strategie del counselling sistemico: le domande, l'ascolto attivo e il riassunto	57
4.1.4. Il contenuto del colloquio: mantenere il focus sul comportamento del bambino	61
4.1.5. Il setting del colloquio di counselling.....	62
4.2. Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti	63

PARTE TERZA: CASI CLINICI E DISCUSSIONE DEI RISULTATI

5. I CASI CLINICI	69
5.1. Andrea	70
5.1.1. <i>La storia clinica di Andrea e l'attuale progetto riabilitativo</i>	70
5.1.2. <i>La condivisione con gli insegnanti del percorso educativo-terapeutico di Andrea</i>	72
5.2. Giovanni	73
5.2.1. <i>La storia clinica di Giovanni e l'attuale progetto riabilitativo</i>	74
5.2.2. <i>La condivisione con gli insegnanti del percorso educativo-terapeutico di Giovanni</i>	75
5.3. Giacomo	76
5.3.1. <i>La storia clinica di Giacomo e l'attuale progetto riabilitativo</i>	77
5.3.2. <i>La condivisione con gli insegnanti del percorso educativo-terapeutico di Giacomo</i>	79
5.4. Tommaso	80
5.4.1. <i>La storia clinica di Tommaso e l'attuale progetto riabilitativo</i>	81
5.4.2. <i>La condivisione con gli insegnanti del percorso educativo-terapeutico di Tommaso</i>	83
5.5. Anna	84
5.5.1. <i>La storia clinica di Anna e l'attuale progetto riabilitativo</i>	84
5.5.2. <i>La condivisione con gli insegnanti del percorso educativo-terapeutico di Anna</i>	85
5.6. Pietro	86
5.6.1. <i>La storia clinica di Pietro e l'attuale progetto riabilitativo</i>	86
5.6.2. <i>La condivisione con gli insegnanti del percorso educativo-terapeutico di Pietro</i>	87
6. DISCUSSIONE	89
6.1. I casi clinici	89
6.2. Il percorso di condivisione	89
6.3. Le sessioni di counselling	92
6.4. Gli strumenti operativi	93
CONCLUSIONI	95

BIBLIOGRAFIA	97
SITOGRAFIA.....	99
ALLEGATI.....	103
ALLEGATO 1: Scheda di osservazione del comportamento del bambino nel contesto scolastico	105
ALLEGATO 2: Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti.....	107
ALLEGATO 3: Andrea - Diagnosi Funzionale.....	115
ALLEGATO 4: Andrea - Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti, sessione n. 1	117
ALLEGATO 5: Giovanni - Diagnosi Funzionale.....	123
ALLEGATO 6: Giovanni - Scheda di osservazione del comportamento del bambino nel contesto scolastico	125
ALLEGATO 7: Giovanni - Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti, sessione n. 1	129
ALLEGATO 8: Giovanni - Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti, sessione n. 2	135
ALLEGATO 9: Giacomo - Diagnosi Funzionale.....	139
ALLEGATO 10: Giacomo - Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti, GLO	149
ALLEGATO 11: Tommaso - Diagnosi Funzionale	155
ALLEGATO 12: Tommaso - Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti, GLO	165
ALLEGATO 13: Anna - Diagnosi Funzionale.....	171
ALLEGATO 14: Anna - Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti, GLO intermedio	173
ALLEGATO 15: Pietro - Diagnosi Funzionale	179
ALLEGATO 16: Pietro - Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti, GLO intermedio	181

SOMMARIO

Nel corso degli ultimi cento anni abbiamo assistito ad un graduale processo che ha modificato la condizione del bambino disabile nella scuola, passando dall'esclusione all'inclusione. Tale percorso si è concretizzato anche grazie ad una serie di riforme che hanno permesso un maggiore rispetto dei diritti della persona con disabilità ed una maggiore sensibilizzazione della società.

L'inclusione, nell'accezione che ha acquisito ai giorni nostri, passa attraverso un'individualizzazione di obiettivi e strategie didattiche, attenta alle caratteristiche di ogni alunno. Per i bambini con disabilità tale individualizzazione può essere favorita da un periodico confronto tra gli insegnanti e l'equipe multidisciplinare che ha in carico il bambino. Il Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE), in particolare, come componente dell'equipe, collabora con gli operatori scolastici per la formulazione della Diagnosi Funzionale e per la condivisione di obiettivi e strategie operative.

L'obiettivo dell'elaborato è quello di proporre, grazie ad una revisione della letteratura e all'esperienza clinica, un percorso di condivisione efficace tra TNPEE e insegnanti. Lo scopo è stato perseguito elaborando una *Scheda di osservazione del comportamento del bambino nell'ambiente scolastico* e un *Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti*. Tali strumenti sono stati poi utilizzati per la raccolta dei dati durante l'esperienza clinica che si è svolta in tre differenti Servizi riabilitativi.

Dall'utilizzo degli strumenti e dall'analisi dell'esperienza clinica è emersa l'importanza di un percorso condiviso ben strutturato che permetta diverse occasioni di confronto tra TNPEE e insegnanti al fine di aiutarsi reciprocamente a conoscere meglio il bambino e a trovare strategie funzionali nei rispettivi contesti. Le schede elaborate si sono rivelate fondamentali per ordinare i dati condivisi e riflettere su di essi.

ABSTRACT

Over the last hundred years we have seen a gradual process that has changed the condition of the disabled child in school, from exclusion to inclusion. This path has been realized also thanks to a series of reforms that have allowed a greater respect for the rights of the person with disabilities and a greater awareness of society.

The inclusion, in the sense that it has acquired nowadays, goes through an individualization of objectives and teaching strategies, attentive to the characteristics of each student. For children with disabilities, this individualisation can be facilitated by a periodic comparison between the teachers and the multidisciplinary team that takes care of the child. The Developmental Therapist (DT), in particular, as a member of the team, collaborates with the school operators for the formulation of the Functional Diagnosis and for the sharing of objectives and operational strategies.

The aim of the project is to propose, through a review of the literature and clinical experience, effective sharing paths between DT and teachers. The aim was pursued developing a *Card for the child behavior observation in the school environment* and a *Notation module for counselling sessions with teachers*. These tools were then used for data collection during the clinical experience that took place in three different rehabilitation services.

From the use of the tools and from the analysis of the clinical experience emerged the importance of a well-structured shared path that allows several opportunities for discussion between DT and teachers in order to help each other to learn more about the child and to find functional strategies in their respective contexts. The drawn up cards have proved essential in order to sort the shared data and reflect on them.

INTRODUZIONE

La progressiva sensibilizzazione della società in merito al tema della disabilità, la maggiore diffusione di conoscenze sullo sviluppo del bambino anche al di fuori delle figure professionali competenti in materia e l'aggiornamento dei criteri diagnostici hanno determinato, negli ultimi anni, un aumento significativo del numero di bambini con disabilità certificata. Basti pensare alla notevole richiesta di prestazioni che caratterizza quasi tutti i Servizi di riabilitazione per l'età evolutiva, determinando una grande difficoltà da parte dei Servizi stessi a soddisfare tutti gli utenti. Infatti, per quasi tutti i bambini disabili, viene previsto un percorso riabilitativo individualizzato con professionisti specializzati quali il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE), il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale (TO), l'educatore professionale, lo psicologo. Qualunque sia la tipologia dei deficit che caratterizzano il funzionamento del bambino, l'obiettivo del percorso riabilitativo è quello di promuovere lo sviluppo di competenze adattive e di favorire la generalizzazione di tali abilità ai diversi contesti di vita. L'intervento diretto sul bambino, messo in atto attraverso sedute di terapia individuali o di gruppo, deve perciò necessariamente essere affiancato da un intervento indiretto, teso a condividere il percorso evolutivo del bambino con le diverse figure che si prendono cura di lui. Solo in questo modo il percorso riabilitativo intrapreso in età evolutiva può porsi come "trampolino di lancio" per l'accesso alla vita sociale dell'adulto con disabilità.

Per favorire uno sviluppo armonico del bambino, tale da permettergli la miglior qualità di vita possibile in età adulta, il percorso riabilitativo deve sempre integrarsi al percorso educativo e didattico. Nel processo di presa in carico e inclusione della persona con disabilità nella società giocano, infatti, un ruolo fondamentale non solo i Servizi riabilitativi ma anche e soprattutto la famiglia e la scuola. Mentre l'importanza della condivisione del progetto riabilitativo con la famiglia è un concetto ormai consolidato, il lavoro con la scuola spesso non viene sufficientemente valorizzato.

L'obiettivo di questo elaborato vuol essere quello di proporre un percorso di condivisione efficace tra operatori scolastici e operatori sanitari e presentare degli strumenti operativi utilizzabili per la raccolta dei dati durante tale percorso. Tale metodologia è stata elaborata a partire dalla revisione della letteratura e grazie

all'esperienza clinica svoltasi presso tre differenti Servizi di riabilitazione per l'età evolutiva.

Attraverso un processo di condivisione ben strutturato, che parte dall'osservazione del comportamento del bambino e che prevede diversi incontri tra terapisti e insegnanti, è possibile ottenere una conoscenza più approfondita del funzionamento adattivo del bambino stesso, promuovere un aiuto reciproco tra le figure coinvolte nel suo percorso evolutivo e favorire una generalizzazione delle competenze apprese nei diversi contesti di vita. Il confronto tra gli operatori in merito al comportamento osservato del bambino permette la condivisione di punti di vista differenti e apre la strada a nuove ipotesi di senso. In questo modo viene facilitata la ricerca di strategie e strumenti operativi funzionali.

I dati osservati e le informazioni condivise devono essere raccolti e successivamente rielaborati. La sistematizzazione dei dati, svolta utilizzando le schede predisposte, permette di portare alla luce le criticità e di schematizzare le strategie e gli obiettivi condivisi, oltre a favorire il coinvolgimento delle figure non presenti agli incontri.

Nella prima parte dell'elaborato vengono approfonditi i riferimenti teorici a partire dai quali è stato possibile elaborare una valida metodologia di lavoro per la condivisione del percorso educativo-terapeutico tra TNPEE e insegnanti.

Nel primo capitolo vengono esaminate le vicende normative che hanno caratterizzato, negli ultimi cent'anni, la presenza degli alunni disabili nelle scuole italiane. Dall'esclusione, protrattasi fino al 1923, si è giunti oggi al concetto di inclusione, secondo il quale ogni alunno è diverso dai compagni e per questo necessita di strategie e obiettivi didattici individualizzati che gli permettano di esprimere al meglio le proprie potenzialità.

Nel secondo capitolo vengono, invece, descritti competenze e ruoli delle figure professionali che interagiscono nel percorso di condivisione: il TNPEE come operatore sanitario e gli insegnanti come operatori scolastici. Vengono, in particolare, approfonditi il ruolo del TNPEE nella compilazione della Diagnosi Funzionale (DF), strumento operativo fondamentale per la stesura del Piano Educativo Individualizzato (PEI), e il ruolo e la formazione dell'insegnante di sostegno.

La seconda parte dell'elaborato, costituita dal terzo e quarto capitolo, fa riferimento ai materiali e ai metodi utilizzati.

Nel terzo capitolo vengono, infatti, approfondite le modalità di svolgimento dell'osservazione del comportamento del bambino nel contesto scolastico e viene descritta la *Scheda di osservazione del comportamento del bambino nell'ambiente scolastico*, elaborata per la raccolta e la riorganizzazione dei dati osservati.

Nel quarto capitolo vengono, invece, affrontati i concetti teorici e metodologici su cui si basano i colloqui di counselling e viene presentato il *Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti*.

Nella terza ed ultima parte, costituita dal quinto e sesto capitolo, vengono presentati i casi clinici e viene discusso quanto osservato nelle diverse situazioni cliniche, mettendo in luce gli aspetti positivi dei diversi percorsi di condivisione e le criticità riscontrate.

Nel quinto capitolo, per ognuno dei sei casi clinici, vengono riportati una breve anamnesi, la storia clinica del soggetto con il progetto riabilitativo in atto e il percorso di condivisione tra terapisti e insegnanti per l'anno scolastico 2021/2022. Negli allegati vengono, inoltre, riportati, per ogni caso clinico, la Diagnosi Funzionale e le schede di osservazione e i moduli di notazione per le sessioni di counselling compilati.

Nel sesto capitolo vengono discussi i risultati dell'esperienza clinica. In particolare, viene suggerita una valida metodologia per la condivisione del percorso educativo-terapeutico tra TNPEE e insegnanti, all'interno della quale risulta di fondamentale importanza l'osservazione del comportamento del bambino, punto di partenza per i colloqui di counselling tra terapeuta e insegnanti.

PARTE PRIMA: RIFERIMENTI TEORICI

1. ISTRUZIONE E DISABILITÀ

La presenza di alunni disabili nelle scuole italiane ha ormai cento anni di storia alle spalle e la normativa che la regola si è sviluppata attraverso una serie di fasi, ognuna delle quali ha determinato l'affermazione di importanti traguardi pedagogici. La produzione normativa costituisce in realtà il traguardo di un progressivo cambiamento degli ideali della società. Convinzioni largamente condivise e non più in sintonia con la tradizione passata richiedono, infatti, una legittimazione formale attraverso l'emanazione di norme più adeguate. Esaminando il susseguirsi delle vicende normative, espressioni di una coscienza sociale via via modificatasi, è possibile individuare cinque periodizzazioni, segnate dalla presenza di differenti modelli di gestione della disabilità nel contesto scolastico. In particolare, partendo dal modello dell'esclusione, si è passati poi al modello della medicalizzazione, al modello dell'inserimento e al modello dell'integrazione, per approdare, infine, all'attuale modello dell'inclusione (Fiorin, 2007).

1.1. Modello dell'esclusione

Il 13 novembre 1859 nel Regno di Sardegna venne promulgata la legge Casati, che riformò l'intero sistema scolastico, sia per quanto riguarda l'amministrazione delle scuole che la strutturazione in ordini e gradi e le materie di insegnamento. Con tale legge, successivamente estesa, con l'unificazione del 1861, a tutto il Regno d'Italia, fu stabilito il diritto-dovere dello Stato di intervenire in materia scolastica.

La legge sancì la gratuità e l'obbligatorietà dell'istruzione elementare e l'uguaglianza dei due sessi di fronte alla necessità dell'istruzione (Rauso, 2010). Non si occupò, però, in alcun modo dei soggetti portatori di handicap, i quali erano considerati ineducabili (Boccia, 2021). In questo frangente storico il diritto all'istruzione di queste persone non veniva riconosciuto e le loro possibilità di apprendimento dipendevano esclusivamente dalla presenza di fenomeni di filantropismo (Rauso, 2010).

Fu la legge n. 3126 del 1923, conosciuta come Riforma Gentile, la prima disposizione normativa relativa all'inserimento nella scuola dei bambini disabili. Tale norma estese l'obbligo scolastico fino al quattordicesimo anno d'età a tutti i ragazzi, compresi i ciechi e i sordomuti, solo nel caso in cui non fossero presenti altre patologie. L'istruzione, quindi, veniva riconosciuta ai bambini disabili affetti solamente da deficit sensoriali e si

realizzava però in scuole speciali, ossia strutture separate da quelle riservate ai soggetti normodotati (Rauso, 2010).

Nel 1928, poi, furono istituite le classi differenziali dove venivano accolti gli allievi che manifestavano atti di indisciplina, le cui cause venivano attribuite ad anomalie psichiche (Boccia, 2021). L'articolo 415 del Regio Decreto 26 aprile 1928, n. 1297, infatti, recita:

Quando gli atti di permanente indisciplina siano tali da lasciare il dubbio che possano derivare da anormalità psichiche, il maestro può, su parere conforme dell'ufficiale sanitario, proporre l'allontanamento definitivo dell'alunno al direttore didattico governativo o comunale, il quale curerà l'assegnazione dello scolaro alle classi differenziali che siano istituite nel Comune o, secondo i casi, d'accordo con la famiglia, inizierà pratiche opportune per il ricovero in istituti per l'educazione dei corrigendi.

A seconda della tipologia e della gravità del deficit, quindi, gli allievi venivano avviati alla scuola speciale o alle classi differenziali. La convinzione comune era che, inserendo l'alunno disabile all'interno di un gruppo di bambini con le sue stesse difficoltà, lo si aiutasse nel miglior modo possibile (Cottini, 2008).

Fu questa la fase dell'esclusione che si protrasse dalle origini del sistema scolastico italiano fino alla fine degli anni Cinquanta (Fiorin, 2007).

Come afferma Italo Fiorin (2007), la logica dell'esclusione si esprimeva attraverso due comportamenti: il rifiuto e la delega. Il rifiuto si manifestava vietando l'accesso alla scuola pubblica all'alunno con deficit di tipo psichico e sensoriale o relegandolo a classi appositamente create per alunni con il suo stesso deficit. In questo modo aumentava la discriminazione e il rifiuto del diverso anche a livello sociale, impedendo alla persona disabile di apprendere attraverso l'imitazione e di realizzarsi sul piano personale, sociale e lavorativo. Lo Stato, inoltre, non interveniva direttamente nell'istituzione e nella gestione delle scuole speciali e delle classi differenziali, ma delegava la responsabilità dell'istruzione degli alunni disabili ai grandi Comuni e alle istituzioni caritative laiche e religiose. Sorgevano così istituti medico-pedagogici privati con internato, anche per sopperire alle difficoltà che incontravano i Comuni minori a prendersi carico di questi problemi. «L'istituzione di strutture speciali parallele a quelle comuni ha giustificato e stimolato un intervento di tipo prettamente tecnico-sanitario sul deficit organico, senza la

necessaria considerazione pedagogica per l'allievo in quanto persona» (Cottini, 2008, p. 18).

1.2. Modello della medicalizzazione

Durante gli anni Sessanta lo Stato modificò progressivamente il proprio ruolo, iniziando ad occuparsi concretamente degli alunni disabili, anche di quelli considerati “handicappati gravi”, rafforzando e diversificando le scuole speciali e favorendo l'incremento di classi differenziali all'interno della scuola statale (Fiorin, 2007).

L'approccio alla disabilità era di tipo medico: infatti, l'attenzione veniva focalizzata sul deficit organico dell'alunno che l'insegnante non si sentiva in grado di affrontare. L'insegnante chiedeva allora aiuto allo specialista che, attraverso la diagnosi, attribuiva al soggetto delle caratteristiche appartenenti ad uno specifico quadro clinico. Questo portava l'insegnante, da un lato, a rilevare e prendersi carico esclusivamente delle caratteristiche del bambino definite dai sistemi di classificazione clinica, dall'altro, a delegare la presa in carico di questi bambini agli specialisti. L'alunno con deficit, fonte di preoccupazione e dispendioso in termini di tempo ed energie per l'insegnante, veniva quindi allontanato dalla classe normale. In un sistema scolastico in cui vi era un unico insegnante responsabile della “sua” classe e della “sua” disciplina di insegnamento e che si basava su routine consolidate e su una programmazione didattica priva di flessibilità, l'allontanamento dell'alunno con deficit passava attraverso una serie di deleghe che escludevano il lavoro d'equipe. Allo stesso modo la certificazione della disabilità non era prodotta all'interno di un lavoro d'equipe che avrebbe permesso di avviare progetti migliorativi, ma si configurava esclusivamente come mezzo per condurre l'alunno verso classi differenziali o scuole speciali (Fiorin, 2007).

La conseguenza di tale logica didattica prevalentemente medico-assistenzialistica fu un incremento notevole degli istituti speciali che raggiunse l'apice nell'anno scolastico 1973/1974. Tuttavia, poco dopo, grazie anche alla contestazione che negli anni Sessanta e nei primi anni Settanta aveva investito l'intero sistema scolastico, tale andamento subì un'inversione di rotta che portò alla diffusione di una logica completamente differente (Cottini, 2008).

Con la critica alla scuola tradizionale, considerata nozionistica, passivizzante, sottomessa all'ideologia di chi detiene il potere economico e politico e incapace di

promuovere i più deboli, si aprì la strada ad una scuola di massa che, in quanto tale, doveva porsi come istituzione democratica capace di garantire a tutti, anche agli alunni che si trovavano nelle situazioni più svantaggiose, il maggior successo possibile negli studi. Tale idea di scuola consentì una intensa produzione normativa che condusse al prolungamento del tempo scolastico e dell'obbligo scolastico, istituì la scuola materna statale e riformò la scuola media (Fiorin, 2007).

1.3. Modello dell'inserimento

Con la Legge n. 118 del 30 marzo 1971 venne stabilito che l'istruzione dell'obbligo dei soggetti portatori di handicap doveva avvenire nelle classi normali della scuola pubblica (Boccia, 2021). Tale legge all'articolo 28 recita:

Ai mutilati e invalidi civili che non siano autosufficienti e che frequentino la scuola dell'obbligo o i corsi di addestramento professionale finanziati dallo Stato vengono assicurati:

- a) il trasporto gratuito dalla propria abitazione alla sede della scuola o del corso e viceversa a carico dei patronati scolastici o degli enti gestori dei corsi;
- b) l'accesso alla scuola mediante accorgimenti per il superamento delle barriere architettoniche che ne impediscono la frequenza,
- c) l'assistenza durante gli orari scolastici degli invalidi più gravi.

L'istruzione dell'obbligo deve avvenire nelle classi normali della scuola pubblica, salvi i casi in cui i soggetti siano affetti da gravi deficienze intellettive o da menomazioni fisiche di tali gravità da impedire o rendere molto difficoltoso l'apprendimento o l'inserimento nelle predette classi normali.

Sarà facilitata la frequenza degli invalidi e dei mutilati civili alle scuole superiori o universitarie. Le stesse disposizioni valgono per le istituzioni scolastiche e per i doposcuola.

L'inserimento formale previsto dalla legge non venne però accompagnato da interventi mirati a facilitarne l'attuazione concreta: permanevano le barriere architettoniche, i docenti non erano adeguatamente formati e mancavano insegnanti di sostegno specializzati, inoltre non c'era una efficace sensibilizzazione sociale al tema della disabilità. Per ogni alunno con disabilità, sembrava che l'obiettivo da perseguire fosse la socializzazione, senza considerare che questa sarebbe risultata possibile solo se il

soggetto, grazie agli apprendimenti, fosse riuscito ad acquisire abilità integranti¹. Sembrava quasi bastasse l'inserimento fisico dell'alunno nella scuola statale per una congrua quantità di tempo perché ne derivassero dei vantaggi (Fiorin, 2007). Si manifestarono così opposizioni e critiche ad un inserimento che venne definito "selvaggio" (Cottini, 2008).

1.4. Modello dell'integrazione

Sul finire del 1974 il Ministro della Pubblica Istruzione nominò una Commissione di esperti, presieduta dalla senatrice Falcucci, con il compito di analizzare la questione dell'inserimento di alunni disabili nella scuola comune e di delineare un prototipo di organizzazione scolastica efficace (Cottini, 2008).

Grazie al lavoro della Commissione venne pubblicato, nel 1975, il Documento Falcucci che segnò «il passaggio definitivo da una concezione puramente assistenziale, propria della logica dell'inserimento, ad una più autenticamente improntata alla relazione d'aiuto, propria dell'integrazione» (Fiorin, 2007, p. 139). Secondo quanto contenuto nel Documento, il superamento di ogni forma di emarginazione degli "handicappati" doveva passare attraverso un nuovo modo di attuare la scuola, tale da poter favorire lo sviluppo personale di ogni alunno. La valutazione dell'esito scolastico doveva andare oltre il voto in pagella, prendendo in considerazione il grado di maturazione raggiunto globalmente dall'alunno, senza pretendere dallo studente disabile il raggiungimento di un livello minimo standardizzato. Inoltre, il Documento richiedeva agli insegnanti di valorizzare tutte le forme espressive attraverso le quali l'alunno avrebbe realizzato e sviluppato le proprie potenzialità: diventava necessario allargare il concetto di apprendimento affinché, accanto all'intelligenza logico-astratta, venisse considerata anche l'intelligenza senso-motoria e pratica e venissero tenuti in considerazione i processi di socializzazione.

Vennero, inoltre, elencate le caratteristiche di una scuola orientata all'integrazione. Secondo tale prototipo le classi dovevano essere costituite da 15-20 alunni dove il numero di eventuali minori "handicappati" veniva deciso da un'equipe formata dai docenti della classe e dagli specialisti. L'orario scolastico si sarebbe dovuto orientare al tempo pieno,

¹ Con il termine abilità integranti ci si riferisce a quei comportamenti quotidiani che consentono l'integrazione del soggetto nel tessuto sociale e l'uso delle strutture comunitarie. Tra le diverse categorie di abilità integranti troviamo la cura del luogo di vita, la mobilità nella comunità, la fruizione dei servizi, le abilità pre-lavorative e lavorative (Caretto et al., 2013)

con la piena valorizzazione di tutti i momenti della giornata, durante i quali si sarebbero svolte molteplici attività educative, coerentemente connesse, condotte dallo stesso gruppo di operatori scolastici. Tra gli operatori scolastici erano inclusi i docenti, ai quali era richiesta una determinata preparazione e un aggiornamento permanente, e gli specialisti, i quali, grazie alle loro specifiche competenze, avrebbero potuto, da un lato, promuovere esperienze cognitive e di socializzazione qualitativamente adeguate all'intera popolazione scolastica e, dall'altro, aiutare il docente nella risoluzione di problemi relativi all'integrazione degli alunni "handicappati". Si sottolineava la necessità di favorire la stabilità degli insegnanti di ruolo nel tempo, in quanto la continuità del rapporto educativo era un obiettivo fondamentale, soprattutto in presenza di allievi con disabilità. Oltre agli insegnanti di ruolo, i quali dovevano essere almeno due per ogni gruppo di alunni, era previsto l'inserimento di un insegnante specializzato nell'agire con gli studenti "handicappati gravi": tale azione di recupero si sarebbe realizzata in un rapporto numerico adulto-allievo che oscillava da 1:1 ad 1:3. Nel caso in cui la scuola avesse avuto a disposizione un'equipe formata da almeno un assistente sociale, uno psicologo, un pedagogo e dei tecnici riabilitativi, potevano essere previsti, per i soggetti con disabilità medio-grave, interventi riabilitativi e educativo-pedagogici anche in piccolo gruppo con rapporto adulto-allievo 1:4 o 1:5. L'assenza di un unico insegnante responsabile del gruppo classe e il superamento della didattica tradizionale rendevano necessaria la programmazione, l'attuazione e la verifica di un progetto educativo elaborato assieme agli specialisti. All'interno di tale progettazione risultava poco naturale distinguere l'insegnamento delle "materie principali" dalle attività di recupero e di sostegno, le quali non dovevano essere separate dalla "normale" attività scolastica. In questo modo si offriva a tutto il gruppo classe esperienze diversificate stimolanti mentre si permetteva all'alunno portatore di handicap di collaborare e di imparare dai compagni.

Ogni scuola, oltre agli operatori scolastici, necessitava di un numero di assistenti proporzionato al numero di alunni che avevano bisogno di assistenza nelle autonomie. Oltre al personale andava dedicata particolare attenzione alle strutture edilizie e ai servizi di trasporto affinché fosse consentito l'accesso agli ambienti scolastici a tutti gli allievi, anche nel caso in cui fossero presenti delle difficoltà motorie.

Nel Documento, la Commissione Falcucci propose anche di istituire un ufficio ministeriale per l'integrazione e di creare servizi socio-psicopedagogici presso ogni

provveditorato, al fine di poter coordinare gli interventi di integrazione in tutte le scuole del Paese.

I contenuti innovativi del Documento Falcucci vennero tradotti a livello normativo nella legge 517/1977. L'idea-chiave che emerse dal testo di tale legge fu che la responsabilità del compito educativo non apparteneva ai singoli insegnanti ma all'intera scuola assieme alla famiglia. Venne a definirsi così «una scuola intesa come comunità che, in quanto soggetto sociale, si assume la responsabilità del successo degli studenti che la frequentano» (Fiorin, 2007, p. 141). In linea con quanto appena riportato, l'educazione e l'apprendimento dell'alunno disabile non vennero delegati né ad un insegnante appositamente nominato né ad altri operatori ma venne promossa un'assunzione collegiale di responsabilità riguardo alla programmazione, all'attuazione e alla verifica delle attività e all'eventuale successo o insuccesso del progetto proposto.

Dopo il 1977, una serie di leggi e di circolari del Ministero della Pubblica Istruzione, resero possibile una miglior interpretazione della legge 517/1977. Di particolare interesse sono la circolare ministeriale n. 199/1979 che evidenziava, nella collaborazione fra scuola e servizi assistenziali e sanitari del territorio, le condizioni necessarie per la piena realizzazione del processo di integrazione; la legge n. 270/1982 che istituì il sostegno anche nella scuola materna; le circolari ministeriali n. 258/1983 e 250/1985 che ribadivano la necessità di interventi coordinati da parte della scuola e degli Enti Locali (Cottini, 2008).

Nel 1988, a seguito di una sentenza della Corte costituzionale, fu emanata la circolare ministeriale n. 262 grazie alla quale si rese possibile, a tutti gli allievi disabili, l'iscrizione alla scuola secondaria di secondo grado, senza limitazioni circa la gravità del quadro clinico (Cottini, 2008).

All'interno di questa fase storico-culturale va collocata anche la legge n. 104 del 5 febbraio 1992, dal titolo *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*. Per la prima volta venne presa in considerazione la persona disabile lungo tutto l'arco della sua esistenza e in tutti i contesti di vita, da quello scolastico a quello lavorativo e sociale, chiamando in causa tutte le istituzioni, tra cui famiglia, scuola, Unità Sanitarie Locali (USL), Enti Locali, centri riabilitativi e associazioni di volontariato, che con i loro specifici compiti concorrono a migliorarne la qualità di vita. La legge «si rivolge a tutti i soggetti istituzionali che possono agire per

assicurare il miglior soddisfacimento possibile delle persone disabili, nella consapevolezza che solo attraverso la cooperazione interistituzionale e il coordinamento si possono offrire risposte significative» (Fiorin, 2007, p. 143). Per facilitare la collaborazione tra i vari soggetti istituzionali chiamati in causa, la legge assegnò a ciascuno di loro ruoli e responsabilità precise, fornendo specifici strumenti.

Per quanto riguarda l'integrazione scolastica, per permettere il confronto tra le varie istituzioni e la messa in rete delle risorse umane e strumentali presenti nel territorio, furono istituiti Gruppi di Lavoro presso ogni ufficio scolastico provinciale e ogni circolo didattico o istituto di scuola secondaria. Tra gli strumenti previsti per favorire l'integrazione scolastica erano previsti gli "Accordi di programma". Essi venivano stipulati tra istituzioni scolastiche e servizi sanitari, socioassistenziali, culturali, ricreativi e sportivi, al fine di assicurare la loro piena collaborazione nella predisposizione, attuazione e verifica dei progetti educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, «anche se tale coordinamento, in molte realtà, è a tutt'oggi più enunciato che realizzato concretamente» (Cottini, 2008, p. 21).

La legge indica, inoltre, la procedura che, partendo dall'accertamento del deficit, porta alla progettazione educativo-didattica, utilizzando per la prima volta termini quali "Diagnosi Funzionale", "Profilo Dinamico Funzionale" e "Piano Educativo Individualizzato". L'articolo 12 recita:

All'individuazione dell'alunno come persona handicappata ed all'acquisizione della documentazione risultante dalla diagnosi funzionale, fa seguito un profilo dinamico-funzionale ai fini della formulazione di un piano educativo individualizzato, alla cui definizione provvedono congiuntamente, con la collaborazione dei genitori della persona handicappata, gli operatori delle unità sanitarie locali e, per ciascun grado di scuola, personale insegnante specializzato della scuola, con la partecipazione dell'insegnante operatore psico-pedagogico individuato secondo criteri stabiliti dal Ministro della pubblica istruzione. Il profilo indica le caratteristiche fisiche, psichiche e sociali ed affettive dell'alunno e pone in rilievo sia le difficoltà di apprendimento conseguenti alla situazione di handicap e le possibilità di recupero, sia le capacità possedute che devono essere sostenute, sollecitate e progressivamente rafforzate e sviluppate nel rispetto delle scelte culturali della persona handicappata.

Alla elaborazione del profilo dinamico-funzionale iniziale seguono, con il concorso degli operatori delle unità sanitarie locali, della scuola e delle famiglie, verifiche per controllare gli effetti dei diversi interventi e l'influenza esercitata dall'ambiente scolastico.

In riferimento alla redazione di tali strumenti operativi, il 24 febbraio 1994 fu emanato un decreto del Presidente della Repubblica che precisò quali fossero i compiti delle USL. Il primo compito riguardava l'individuazione della disabilità ed era affidato allo psicologo dell'età evolutiva in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale (ASL). A seguito della certificazione della disabilità, era prevista la compilazione della Diagnosi Funzionale (DF), che insieme al Profilo Dinamico Funzionale (PDF), avrebbe costituito la documentazione richiesta dall'istituto scolastico. La DF, redatta esclusivamente dal servizio specialistico dell'ASL, avrebbe descritto la compromissione funzionale dello stato psicofisico del soggetto, senza limitarsi all'attestazione del tipo e della gravità del deficit, ma sottolineando le potenzialità dell'allievo. Il contenuto della DF costituiva la base per la compilazione del PDF che veniva elaborato dal lavoro sinergico di docenti, equipe multidisciplinare della ASL e famiglia. Il PDF individuava l'area di sviluppo potenziale dello studente permettendo di individuare gli obiettivi e le attività integrative che trovavano piena definizione nel Piano Educativo Individualizzato (PEI).

Fino a questo momento, però, «la normativa scolastica non offre risorse e percorsi per contrastare le difficoltà di apprendimento non riconducibili a certificazioni sanitarie» (Cottini, 2008, p. 23).

La legge 104/1992, seppur innovativa sotto moltissimi punti di vista, continua a incentrare la definizione di disabilità nel deficit, mostrando ancora un importante riferimento alla logica medico-assistenzialistica. Nell'articolo n. 3 della legge viene, infatti, definita "persona handicappata" il soggetto che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, considerata la causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione. La descrizione appare molto riduttiva, facendo apparire l'handicap come «una caratteristica capace di definire l'identità della persona stessa e non la situazione di svantaggio nella quale questa si trova in relazione a un ambiente nel quale la disabilità è un impedimento e una penalizzazione, perché non ci

sono interventi o strutture o relazioni capaci di offrire supporto adeguato e ridurre o annullare l'handicap stesso» (Fiorin, 2007, p. 142)

1.5. Modello dell'inclusione

Grazie alla legge 59/1997 e al Decreto del Presidente della Repubblica 275/1999, le scuole acquisirono autonomia didattica, organizzativa, di ricerca e sperimentazione, finanziaria e funzionale (Cottini, 2008; Fiorin 2007; Fogarolo & Onger, 2019). Ciò determinò la scomparsa dei programmi nazionali a favore di una maggiore responsabilità progettuale dei singoli istituti scolastici. Tale responsabilità viene tutt'oggi esercitata attraverso il Piano dell'Offerta Formativa (POF), il quale non si occupa esclusivamente di didattica ma contiene anche informazioni relative all'uso delle risorse e alle relazioni con il territorio (Fiorin, 2007). L'acquisizione di tale autonomia progettuale permise alle scuole di individualizzare le attività didattiche in funzione dei bisogni specifici di ognuno dei propri studenti, insegnanti e famiglie (Cottini, 2008).

Iniziò così ad emergere una logica sempre più orientata all'inclusione, tale da permettere l'adattamento della progettazione didattica e delle modalità di insegnamento alle particolari caratteristiche di ogni studente. Questa nuova logica supera quella dell'integrazione: infatti, l'«integrazione si rivolge agli alunni disabili, cioè a una parte di quelli con Bisogni Educativi Speciali, mentre l'inclusione fa riferimento alle varie prassi di risposta individualizzata realizzate su tutti i vari bisogni educativi di tutti gli alunni con Bisogni Educativi Speciali» (Ianes, 2005, p. 71).

Nell'ottica inclusiva il compito di ciascun istituto scolastico è quindi quello di sostenere e accompagnare ogni allievo nel suo percorso formativo, rispettando e valorizzando tutte le diversità. La scuola inclusiva tende a migliorarsi continuamente dal punto di vista organizzativo e didattico affinché ogni studente, anche se affetto da disabilità, possa sentirsi parte di una comunità come soggetto ascoltato e rispettato (Boccia, 2021). Per realizzare l'inclusione di tutti, devono essere rispettati i diritti di ognuno. A proposito di diritti, nel 2006, è stata approvata dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) la *Convenzione Internazionale sui diritti delle persone con disabilità*. Lo scopo della Convenzione è quello di garantire alle persone con disabilità il pieno godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali e di promuovere

il rispetto per la loro dignità. In questo modo, tutelati dalle discriminazioni, i soggetti con disabilità possono migliorare le loro condizioni di vita (Massano, 2020).

Per quanto concerne il tema dell'istruzione, l'articolo 24 della Convenzione recita:

Gli Stati riconoscono il diritto all'istruzione delle persone con disabilità. Allo scopo di realizzare tale diritto senza discriminazioni e su base di pari opportunità, gli Stati Parti garantiscono un sistema di istruzione inclusivo a tutti i livelli ed un apprendimento continuo lungo tutto l'arco della vita.

La Convenzione ONU è stata ratificata dal Parlamento italiano con la legge n. 18 del 3 marzo 2009. Da quel momento, a tutela dei diritti delle persone con disabilità, l'Italia è vincolata ad emanare norme ispirate ai principi contenuti nella Convenzione. Con tale legge, inoltre, è stato istituito l'Osservatorio Nazionale sulle condizioni delle persone con disabilità che ha il compito di elaborare periodicamente un rapporto dettagliato sulle misure prese dallo Stato italiano per rispettare i contenuti della Convenzione.

La Convenzione definisce “persone con disabilità” i soggetti che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che, in interazione con barriere comportamentali ed ambientali, impediscono la piena ed effettiva partecipazione nella società del soggetto stesso. Da questa definizione emerge che la disabilità non dipende esclusivamente dalle condizioni di salute della persona, ma anche dalle condizioni ambientali e sociali in cui essa si trova (Massano, 2020). Viene così superato l'approccio focalizzato esclusivamente sul deficit, tipico del modello medico, a favore di una prospettiva sociale della disabilità. Tutto ciò risulta coerente con il modello bio-psico-sociale, secondo il quale la patologia è determinata dall'interazione tra aspetti biologici, medici e psicologici della persona, aspetti sociali e fattori contestuali (De Piano, 2018; Turchi, 2007).

Basandosi sul modello bio-psico-sociale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2001, ha pubblicato la *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute* (ICF). Si tratta di un sistema di classificazione della salute, come definita dall'OMS nel 1948², e degli stati ad essa correlati. Lo scopo dell'ICF è quello di fornire «un linguaggio comune standardizzato che permetta la comunicazione in materia

² Salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità.

di salute e assistenza sanitaria in tutto il mondo, e tra varie scienze e discipline» (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2007). L'ICF non fornisce una diagnosi della malattia, ma informazioni riguardanti il funzionamento della persona relativo alle funzioni corporee, alle attività e alla partecipazione. Per questo, assieme all'ICF, l'OMS propone la *Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi Correlati*, arrivata attualmente alla sua decima edizione (ICD-10). L'uso di entrambi gli strumenti permette di ottenere un quadro più ampio e significativo della salute della persona. Nel 2007 l'OMS ha pubblicato la *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute per Bambini e Adolescenti* (ICF-CY) che amplia il sistema di classificazione principale «fornendo concetti specifici e dettagli ulteriori che permettono di descrivere e di coprire in modo più completo le funzioni e le strutture corporee, l'attività e la partecipazione e gli ambienti di particolare rilevanza per i neonati, i bambini piccoli, i fanciulli e gli adolescenti» (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2007, p.).

Tale sistema di classificazione viene riportato anche all'interno delle *Linee guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità*, pubblicate nel 2009 dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR). Secondo le Linee guida, è opportuno che il personale scolastico conosca tale sistema di classificazione, affinché si diffonda sempre più una cultura dell'inclusione capace di considerare la persona con disabilità per le sue abilità possedute e per le performance potenzialmente evocabili se si interviene sui «fattori contestuali».

Le Linee guida, inoltre, insistono molto sull'utilità di raccordi tra uffici scolastici regionali e provinciali, ASL, Enti locali ed istituzioni scolastiche al fine di migliorare la qualità dell'integrazione scolastica degli alunni con disabilità. A seguito della legge sull'autonomia delle scuole e della successiva redistribuzione di compiti e responsabilità tra i vari organi coinvolti, gli Uffici Scolastici Regionali assumono un ruolo importante nella pianificazione delle azioni a favore dell'inclusione scolastica. In particolare, secondo le Linee Guida, dovrebbero favorire la stipula di Accordi di programma per il coordinamento delle risorse regionali, promuovere la nascita di Gruppi di Lavoro Interistituzionali Regionali (GLIR) e organizzare attività di formazione per dirigenti scolastici e personale della scuola al fine di migliorare la presa in carico dell'alunno disabile da parte dell'intero istituto scolastico.

All'interno del documento vi è, inoltre, una sezione dedicata ai docenti nella quale vengono esposti i comportamenti che gli insegnanti devono tenere per evitare discriminazioni, le strategie e gli strumenti didattici possibili per un'efficace inclusione e le modalità di insegnamento da adottare per rispettare i ritmi e gli stili di apprendimento di ogni alunno. Per quanto riguarda strategie e strumenti vengono suggeriti l'apprendimento cooperativo, i lavori di gruppo o a coppie, il tutoring, l'utilizzo di mediatori didattici, di attrezzature e ausili informatici.

Il documento sottolinea, infine, l'importanza della famiglia nel processo di inclusione scolastica dell'alunno con disabilità, sia in quanto fonte di preziose informazioni sia per la continuità tra educazione scolastica e educazione domestica. È quindi necessario un periodico confronto tra insegnanti e genitori del bambino che non si limiti agli incontri per la formulazione della Diagnosi Funzionale e del PEI.

Tuttavia, tali Linee guida fanno riferimento esclusivamente a soggetti con disabilità certificata. Anche a livello normativo, fino allo scorso decennio, non era prevista alcuna facilitazione per i soggetti che manifestano delle difficoltà scolastiche non riconducibili ad un quadro clinico che certificasse la disabilità. È con la Legge n. 170 dell'8 ottobre 2010 e con la Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 che sono stati riconosciuti, rispettivamente, i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) e gli strumenti di intervento per gli alunni con Bisogni Educativi Speciali (BES).

Vengono riconosciuti come DSA la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia, disturbi che si verificano in assenza di deficit cognitivi, sensoriali e neurologici ma che possono costituire un'importante limitazione per le attività della vita quotidiana. La finalità della Legge 170/2010 è di favorire il successo scolastico di questi soggetti e di ridurre il loro disagio emotivo-relazionale attraverso apposite misure compensative e dispensative individualizzate. L'emanazione di tale legge risulta molto importante dal momento in cui si considera che i soggetti con DSA spesso non vengono certificati ai sensi della legge 104/92, non avendo così diritto alle misure previste da quella stessa legge, tra cui l'insegnante di sostegno.

I DSA, in quanto disturbi evolutivi specifici, rientrano, assieme a tutte le altre forme di disabilità, all'interno dei BES. Tuttavia, lo svantaggio scolastico non dipende solamente da deficit specifici: vi sono, infatti, alunni che necessitano di particolare attenzione, attraverso un percorso didattico individualizzato, per difficoltà

socioeconomiche, linguistiche o per differenze culturali. Grazie alla Direttiva Ministeriale del 2012, anche a questi soggetti vengono riconosciuti Bisogni Educativi Speciali. Il documento prevede che, per gli studenti con Bisogni Educativi Speciali, venga redatto un Piano Didattico Personalizzato (PDP) che serve come strumento di lavoro in itinere per gli insegnanti e come strumento per condividere con le famiglie le strategie didattiche programmate (De Piano, 2018). Le scuole possono avvalersi per tutti gli alunni con BES delle misure compensative e dispensative previste dalla legge 170/2010.

Riprendendo l'analisi della normativa italiana relativa all'inclusione scolastica degli alunni con disabilità, va menzionata la Legge n. 107 del 13 luglio 2015, conosciuta anche come legge sulla "Buona Scuola". Essa delega il Governo ad adottare, entro diciotto mesi dalla sua entrata in vigore, uno o più decreti attuativi finalizzati alla promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità e al riconoscimento delle differenti modalità di comunicazione. A tal fine è stato pubblicato, il 13 aprile 2017, il Decreto Legislativo n. 66, intitolato *Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107.*

Il DLgs 66 del 2017, successivamente modificato e integrato dal DLgs 96 del 2019, ridefinisce i contenuti di tutti e cinque gli articoli, dal n. 12 al n. 16, che la legge 104/1992 dedicava alla scuola (Fogarolo & Onger, 2019).

In particolare, nell'articolo n. 5, vengono riviste le procedure per la certificazione e la documentazione scolastica per l'inclusione (*Figura 1*). La domanda per l'accertamento della disabilità deve essere presentata dalla famiglia all'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) e viene valutata da una commissione medica che deve essere composta da un medico legale e da due medici specialisti e integrata da un assistente specialistico, operatore sociale o psicologo, in servizio presso strutture pubbliche, individuati dall'Ente locale o dall' INPS. Successivamente all'accertamento della condizione di disabilità deve essere redatto il Profilo di Funzionamento secondo i criteri dell'ICF. Il Profilo di Funzionamento, che comprende la Diagnosi Funzionale e il Profilo Dinamico Funzionale, viene redatto dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), che comprende un neuropsichiatra infantile o un altro medico specialista esperto nella patologia che caratterizza lo stato di salute del soggetto e almeno due figure tra terapeuta della riabilitazione, psicologo dell'età evolutiva, assistente sociale o pedagogo, in

collaborazione con i genitori, l'alunno e il dirigente scolastico o un docente specializzato nel sostegno dell'istituzione scolastica dove lo studente è iscritto. Il Profilo di Funzionamento è un documento propedeutico e necessario alla predisposizione del Progetto Individuale³ e del PEI, definisce la tipologia delle misure di sostegno e delle risorse strutturali necessarie per l'inclusione scolastica e deve essere aggiornato al passaggio di ogni grado di istruzione o in caso di un importante cambiamento del funzionamento della persona.

L'articolo n. 7 del DLgs 66/2017 esplicita, invece, le novità riguardanti il Piano Educativo Individualizzato. Come già affermato precedentemente il PEI deve essere redatto a partire dalla certificazione di disabilità e dal Profilo di Funzionamento. La redazione spetta al Gruppo di Lavoro Operativo per l'inclusione (GLO), che deve essere composto dal gruppo dei docenti della classe, compresi i docenti di sostegno, dallo studente, dai genitori e dalle figure professionali, interne ed esterne all'istituzione scolastica, che interagiscono con la classe e/o con l'allievo con disabilità e supportato dall'UVM. All'interno del PEI vengono individuati gli strumenti e le strategie per la realizzazione degli apprendimenti relativi alla relazione, alla socializzazione, alla comunicazione e alle autonomie, vengono definite le modalità didattiche e di valutazione individualizzate e vengono riportate la quantità di ore e le risorse necessarie per il sostegno. Il PEI viene redatto all'inizio di ogni anno scolastico ed è soggetto a verifiche periodiche per accertare il raggiungimento degli obiettivi ed apportare eventuali modifiche o integrazioni. Una sottolineatura importante presente nel decreto riguarda il passaggio di grado scolastico o il trasferimento ad altro istituto, casi nei quali deve essere assicurata l'interlocuzione tra i docenti della scuola di provenienza e docenti della scuola di destinazione. Il DLgs 96/2019 aggiunge anche note specifiche riguardo alle tempistiche, stabilendo che il PEI va redatto in via provvisoria entro giugno e in via definitiva non oltre il mese di ottobre.

³ Il Progetto Individuale, come definito dall'articolo n. 14 della legge 328/2000 e modificato dal DLgs 66/2017, è un documento redatto dall'Ente locale su richiesta e con la collaborazione dei genitori finalizzato alla piena integrazione delle persone disabili nella vita familiare, sociale, scolastica e lavorativa. Tale documento comprende le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il Comune, le misure economiche necessarie per il superamento dell'eventuale condizione di povertà, emarginazione o esclusione sociale. All'interno del documento vengono anche definite le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare. Con il DLgs 96/2019, il PEI diventa ufficialmente parte integrante del Progetto Individuale, rendendo così quest'ultimo il documento che raccoglie tutti gli interventi predisposti per il progetto di vita della persona con disabilità.

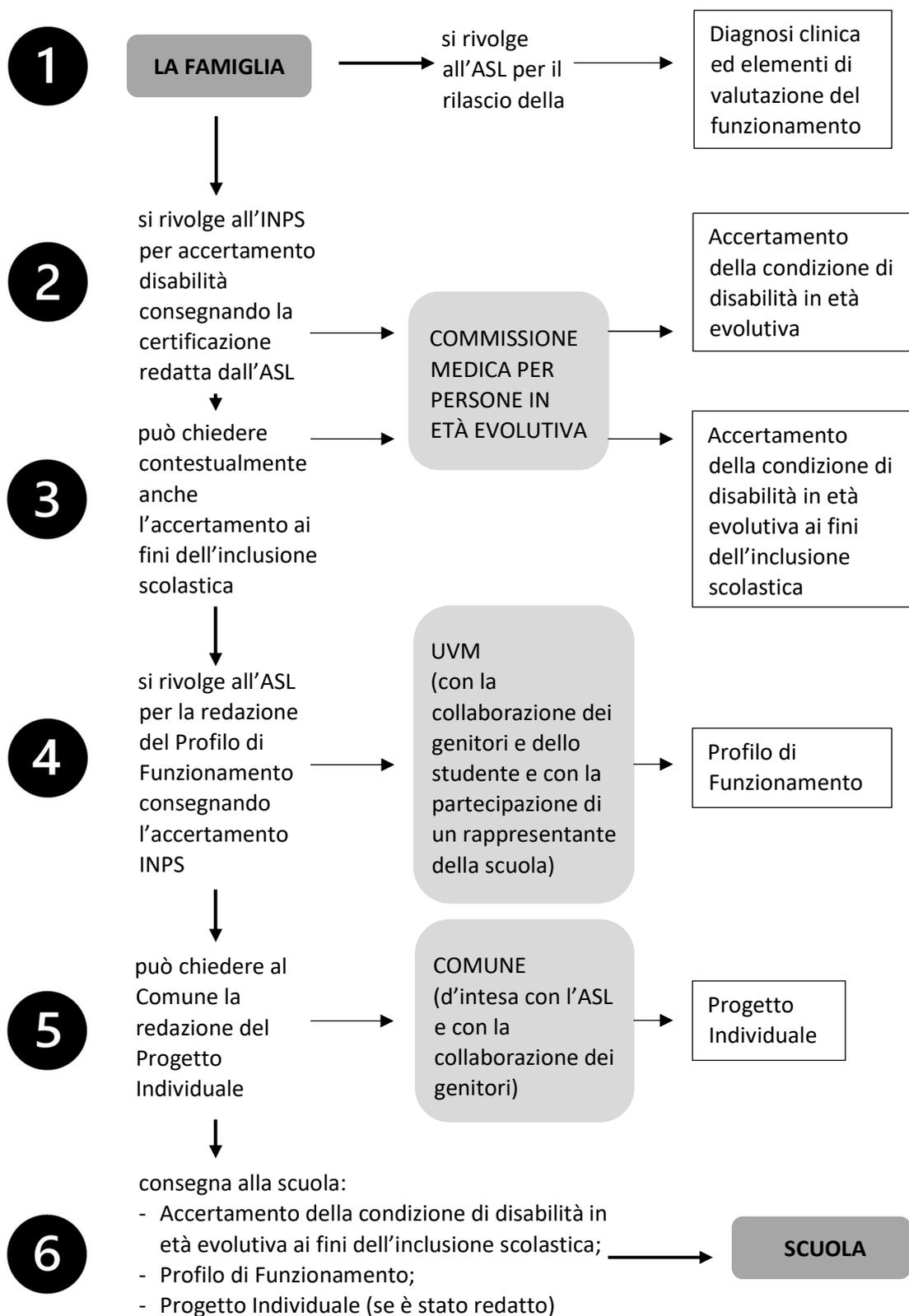


Figura 1 - Schema delle procedure di accesso all'inclusione scolastica degli alunni con disabilità (Fogarolo & Onger, 2019)

Con l'articolo n. 8 il decreto obbliga ciascuna istituzione scolastica a predisporre, contestualmente alla definizione del POF, il Piano per l'Inclusione che definisce le modalità di utilizzo delle risorse e che programma interventi per migliorare la qualità dell'inclusione scolastica.

Come definito dall'articolo n. 9 presso ciascuna istituzione scolastica deve essere istituito un Gruppo di Lavoro per l'Inclusione (GLI) composto da docenti curricolari, docenti di sostegno, specialisti dell'ASL ed eventualmente personale ATA. Il GLI ha il compito di supportare il collegio docenti nella definizione e realizzazione del Piano per l'Inclusione e i vari GLO nella stesura e nell'attuazione del PEI.

Nell'articolo n. 10 vengono definite le procedure per la richiesta e l'assegnazione delle risorse per il sostegno didattico (*Figura 2*). Il dirigente scolastico, sentito il GLI e sulla base dei singoli PEI, indica al Gruppo per l'Inclusione Territoriale (GIT) la quantità necessaria di organico per il sostegno. Il GIT, a sua volta, dopo aver verificato la documentazione ed essersi confrontato con il dirigente scolastico in merito ad ognuno degli studenti con disabilità certificata, verifica la quantità di organico di sostegno richiesto da ciascuna scuola e formula una proposta all'Ufficio Scolastico Regionale (USR), il quale assegnerà i posti di sostegno.

Infine, all'articolo n. 14, viene esplicitato che, al fine di agevolare la continuità educativa e didattica, ai docenti di sostegno con contratto a tempo determinato, possono essere proposti ulteriori contratti a tempo determinato nell'anno scolastico successivo.

Complessivamente il DLgs 66/2017 ha sicuramente apportato apprezzabili modifiche alla normativa sull'inclusione. Il decreto riprende più volte il principio della "corresponsabilità educativa" che si esplicita attraverso la partecipazione di tutti gli insegnanti della classe al GLO, cercando così di superare la delega totale all'insegnante di sostegno. Se la condivisione interna viene supportata dal contenuto del decreto legislativo, lo stesso non si può affermare per la condivisione esterna. Purtroppo, infatti, è stato fatto un passo indietro rispetto alle competenze delle ASL che precedentemente, con la legge 104/1992, erano congiuntamente responsabili, assieme alla scuola, della redazione del PEI, mentre ora sono chiamate solo a fornire un generico supporto. Consentendo però a tutti gli specialisti, che interagiscono con il soggetto, di partecipare al GLO, si permette comunque ai professionisti delle ASL, che hanno in carico il bambino, di partecipare attivamente alla condivisione per la redazione del PEI.

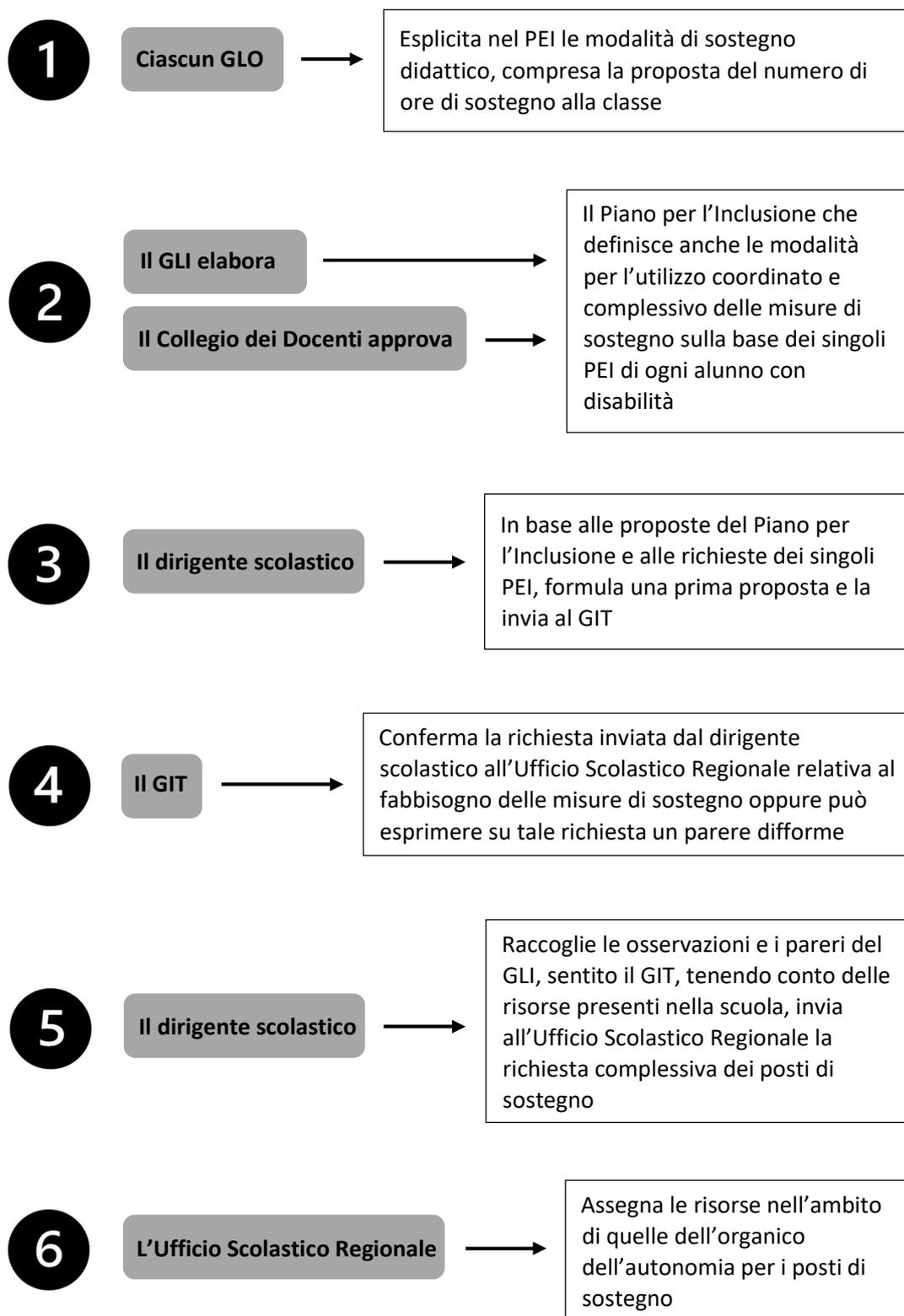


Figura 2 - Schema della procedura di richiesta e assegnazione delle risorse di sostegno (Fogarolo & Onger, 2019)

L'ultima rilevante disposizione normativa relativa alla promozione dell'inclusione scolastica è il Decreto Interministeriale n. 182 del 29 dicembre 2020, grazie al quale sono stati individuati, sulla base dell'ICF, i modelli nazionali per la compilazione del PEI per ogni ordine e grado di scuola. Il decreto fornisce nuove disposizioni sulla composizione del GLO, la cui configurazione deve essere definita dal dirigente scolastico all'inizio dell'anno scolastico sulla base della documentazione presentata alla scuola. Rispetto al DLgs 66/2017, il GLO è presieduto dal dirigente scolastico, il quale può autorizzare la partecipazione di non più di un esperto indicato dalla famiglia che avrà potere consultivo e non decisionale. Viene precisato, inoltre, che per "figura professionale esterna alla scuola che interagisce con la classe o con l'alunno" si intende l'assistente all'autonomia e alla comunicazione o un rappresentante del GIT.

In allegato al decreto sono state pubblicate le *Linee guida per la compilazione del PEI e per l'assegnazione delle misure di sostegno*, la *Scheda per l'individuazione del "debito di funzionamento"*, finalizzata all'individuazione del bisogno di supporto per l'alunno e delle condizioni di contesto facilitanti e alla segnalazione delle difficoltà riscontrate, e una *Tabella per l'individuazione dei fabbisogni di risorse professionali per il sostegno e l'assistenza*. Per quanto riguarda l'assegnazione delle risorse per il sostegno, il decreto definisce che il GLO deve riunirsi ogni anno, entro il 30 giugno, per la verifica finale del PEI e per la formulazione delle proposte relative al fabbisogno di risorse professionali per il sostegno e l'assistenza per l'anno successivo. In particolare, come riportato nell'articolo n. 18 del decreto il GLO:

[...] individua le principali dimensioni interessate dal bisogno di supporto per l'alunno e le condizioni di contesto facilitanti, con la segnalazione del relativo "debito di funzionamento", secondo quanto descritto nell'Allegato [...].

[...]

La verifica finale [...] con la proposta del numero di ore di sostegno e delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nonché delle tipologie di figure professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione, per l'anno scolastico successivo, è approvata dal GLO, acquisita e valutata dal Dirigente scolastico al fine di:

a. formulare la richiesta complessiva d'istituto delle misure di sostegno da trasmettere al competente Ufficio Scolastico Regionale entro il 30 di giugno;

b. formulare la richiesta complessiva d'Istituto delle misure di sostegno ulteriori rispetto a quelle didattiche, da proporre e condividere con l'Ente Territoriale.

Con sentenza n. 9795 del 14 settembre 2021, però, il Tribunale Amministrativo Regionale (TAR) del Lazio ha annullato il Decreto interministeriale 182/2020 e i suoi allegati. A seguito dell'annullamento, il Ministero dell'Istruzione il 17 settembre 2021 ha pubblicato una nota ministeriale contenente le indicazioni operative per la redazione dei PEI per l'anno scolastico 2021/2022 (De Carli, 2021). Secondo quanto contenuto nella nota ministeriale, che tiene conto dei motivi di censura indicati nella sentenza, restano vigenti le indicazioni contenute DLgs 66/2017 relativamente al PEI e ai GLO. In particolare, in accordo con quanto sostenuto dai giudici del TAR:

- non possono essere poste limitazioni al numero degli esperti indicati dalla famiglia per far parte del GLO;
- non può essere previsto un orario ridotto di frequenza alle lezioni dovuto a terapie e/o prestazioni di natura sanitaria se non vi è la possibilità di recuperare le ore perdute;
- non può essere previsto un esonero degli alunni con disabilità da alcune attività della classe;
- non si possono predeterminare, attraverso un "range", le ore di sostegno attribuibili dal GLO.

Tali disposizioni sicuramente tutelano gli alunni con disabilità e le loro famiglie, permettendo, per esempio, la partecipazione agli incontri per la redazione e revisione del PEI ad un maggior numero di persone che si prendono cura del soggetto anche al di fuori del contesto scolastico. Inoltre, promuovono l'integrazione, prevenendo il rischio di esclusione dello studente dal gruppo classe e la ricaduta della responsabilità educativa e didattica al solo insegnante di sostegno, anche solo per alcune ore. L'impossibilità di ridurre l'orario scolastico per la partecipazione a terapie risulta, invece, un grosso problema, soprattutto nel caso di bambini in carico ai servizi sanitari pubblici che lavorano prevalentemente durante la mattinata e faticano ad accontentare le esigenze di orario di tutti i pazienti. La sentenza del TAR ha comportato, infine, la mancata adozione da parte di tutte le scuole del Paese dei modelli nazionali del PEI proposti dal Decreto Interministeriale, i quali sembrano essere uno strumento molto efficace per la loro strutturazione dei contenuti, basata sull'ICF e in linea con il Profilo di Funzionamento.

L'utilizzo di un unico modello per la stesura del PEI faciliterebbe, inoltre, la comunicazione tra le varie figure coinvolte nella stesura e tra le varie scuole e istituzioni. In ogni caso, a prescindere dal modello di PEI utilizzato, è importante che gli obiettivi e le strategie individuati per l'inclusione dell'alunno con disabilità vengano poi messi in atto concretamente e che vengano fatte periodiche verifiche del lavoro svolto. Tutto ciò non da parte di un singolo insegnante addetto al sostegno, ma da parte di tutto il corpo docenti, in collaborazione con la famiglia e gli specialisti.

2. IL TNPEE E GLI INSEGNANTI: COMPETENZE E RUOLI

Secondo il rapporto Istat⁴ pubblicato a gennaio 2022 in riferimento all'inclusione scolastica degli alunni con disabilità, nell'anno scolastico 2020/2021 erano più di 300.000 gli alunni con disabilità presenti nelle aule scolastiche italiane, pari al 3,6% del totale. Tale valore, se confrontato con i dati contenuti nell'approfondimento statistico pubblicato dal MIUR nel 2019, è aumentato dello 0,5% rispetto all'anno scolastico 2017/2018. «Questa dinamica è il risultato della maggiore attenzione nel diagnosticare e certificare la condizione di disabilità tra i giovani, dell'aumento della domanda di assistenza da parte delle famiglie e della crescente sensibilità del sistema di istruzione ordinaria verso il tema dell'inclusione scolastica» (Istat, 2021, p. 2).

L'approfondimento statistico pubblicato dal MIUR nel 2019 mostra che, dei 268.246 alunni con disabilità presenti nelle scuole italiane nell'anno scolastico 2017/2018, il 68,4% presentava una disabilità intellettiva, il 3,7% una disabilità visiva o uditiva, il 3,2% una disabilità motoria, mentre il 24,8% era affetto da un altro tipo di disabilità. Tra le difficoltà che presentano gli alunni della scuola italiana predominano quindi i deficit intellettivi, seguiti da altre tipologie di disturbi quali Disturbi specifici dell'Apprendimento (DSA), Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) e problemi psichiatrici precoci, come Disturbi dello Spettro Autistico. Sono proprio questi i principali disturbi di cui si occupa il TNPEE e sono queste le difficoltà nelle quali il contesto scolastico può agire maggiormente per favorire uno sviluppo armonico del bambino.

Tali disturbi, in età prescolare, fascia d'età maggiormente seguita dal TNPEE, si manifestano soprattutto con difficoltà di interazione sociale e autoregolazione, ambiti di sviluppo nei quali il TNPEE e gli insegnanti possono agire per promuovere un funzionamento più adattivo. Tale miglioramento può essere favorito da un lavoro sinergico tra terapeuta e insegnanti, che può essere messo in atto attraverso percorsi di condivisione strutturati.

La crescente sensibilizzazione sociale sul tema della disabilità e la produzione normativa che da essa deriva hanno portato a ritenere fondamentale il lavoro di rete tra i diversi contesti di vita del bambino disabile. La responsabilità educativa, riabilitativa e

⁴ Istituto Nazionale di Statistica

dell'integrazione sociale di questi bambini deve essere condivisa tra le diverse figure che, nei vari contesti di vita del bambino, si prendono cura di lui. Grazie alle proprie competenze professionali e alla propria conoscenza del bambino, i diversi professionisti dell'ambito educativo, scolastico, sanitario o sportivo/ricreativo possono collaborare per favorire il maggior benessere possibile per il bambino e la sua famiglia.

2.1. II TNPEE

Con il decreto ministeriale n. 56 del 17 gennaio 1997 viene individuata la figura professionale del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE). Come definito dal profilo professionale contenuto nella normativa, il TNPEE è

l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante svolge, in collaborazione con l'equipe multiprofessionale di neuropsichiatria infantile [...], gli interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione delle malattie neuropsichiatriche infantili, nelle aree della neuro-psicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo.

Dopo aver valutato il bambino, basandosi sulle potenzialità residue e sulle risorse disponibili, il TNPEE elabora un programma riabilitativo individualizzato, all'interno del quale descrive gli obiettivi che intende perseguire e le strategie che intende utilizzare per migliorare lo stato di salute del bambino. Successivamente realizza il programma terapeutico, utilizzando il gioco come mezzo privilegiato «per creare un'atmosfera di intesa, di sintonia affettiva, di piacere condiviso, nel cui contesto sviluppare la conoscenza della realtà, l'interazione con il mondo oggettuale e favorire l'acquisizione di competenze motorie, percettive, prassiche, mnesiche, ecc.» (Fedrizzi, 2004, p. 154). Periodicamente il TNPEE rivaluta il livello di sviluppo globale raggiunto dal bambino per formulare nuovi obiettivi terapeutici.

Oltre al lavoro svolto direttamente con il bambino, il TNPEE incontra i genitori e gli operatori scolastici per condividere obiettivi, strategie e strumenti operativi, al fine di consolidare e generalizzare le competenze acquisite a tutti i contesti di vita del bambino. Come definito dal profilo professionale il TNPEE

[...] collabora all'interno dell'equipe multiprofessionale con gli operatori scolastici per l'attuazione della prevenzione, della diagnosi funzionale e del profilo dinamico-funzionale del piano educativo individualizzato.

Secondo il decreto il TNPEE può, inoltre, svolgere attività di studio, di ricerca, di consulenza e di formazione del personale di supporto. All'interno del contesto scolastico, in particolare, il TNPEE può attivare percorsi per sensibilizzare gli alunni alla disabilità e progetti per formare gli insegnanti su specifici argomenti nell'ambito dello sviluppo "normale" e patologico (Della Corte, 2021).

Successivamente, nel 2012, a partire dalle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalle Linee Guida Nazionali inerenti la Professione, la Commissione Nazionale del Corso di Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva ha pubblicato il Core Competence del Corso di Laurea in TNPEE. All'interno del Core Competence il TNPEE viene definito come il professionista sanitario

che svolge attività di abilitazione, di riabilitazione e di prevenzione nei confronti di disabilità dell'età evolutiva [...] con riferimento alle categorie diagnostiche classificate nel ICD10.

La cornice teorica all'interno della quale opera il TNPEE è rappresentata dal modello bio-psico-sociale della disabilità a cui fa riferimento anche l'ICF-CY, strumento fondamentale per la formulazione degli obiettivi terapeutici. Coerentemente con il modello bio-psico-sociale e con l'ICF-CY, nel suo lavoro terapeutico con il bambino, il TNPEE deve coinvolgere l'intero processo di sviluppo del soggetto, mirando all'integrazione di tutte le funzioni e le competenze, per "tendere verso il completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale del bambino"⁵. I sintomi per i quali il bambino viene preso in carico non vengono considerati dal TNPEE caratteristiche immutabili del soggetto ma "compensi dinamici" che nascono dall'interazione tra fattori personali e ambientali.

Durante la propria formazione, il TNPEE deve acquisire una serie di competenze tecniche specifiche nell'ambito dei disturbi neuromotori, neurosensoriali, neuropsicologici e psicomotori, ma anche delle competenze trasversali a tutte le

⁵ Definizione di "salute" proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

professioni d'aiuto. All'interno di queste ultime si collocano le competenze comunicative e relazionali che sono alla base di tutta la pratica professionale del TNPEE. Egli, infatti, deve essere in grado di comunicare con il bambino sia attraverso modalità verbali che non verbali e di instaurare con lui una relazione basata sulla fiducia reciproca. Deve, inoltre, essere in grado di costruire una buona alleanza con i caregivers, mediatori privilegiati del programma terapeutico, e una buona collaborazione con gli altri componenti dell'equipe, attraverso la capacità di comprendere empaticamente l'altro e comunicare consapevolmente. La relazione terapeutico-riabilitativa con un paziente in età evolutiva e con le persone che si prendono cura di lui richiede, infatti, anche una formazione personale rivolta all'acquisizione di una buona consapevolezza di sé, del proprio stato emotivo e della propria espressività corporea.

Dopo aver esposto le competenze proprie della figura professionale del TNPEE, viene ora approfondito il suo ruolo nell'intervento indiretto con la scuola, con particolare riferimento alla compilazione degli strumenti operativi per l'inclusione scolastica.

Come riportato nel profilo professionale, infatti, il TNPEE collabora con gli operatori scolastici per la compilazione degli strumenti operativi previsti per l'inclusione scolastica del bambino con disabilità. Secondo la normativa vigente, il TNPEE può essere una delle figure che costituiscono l'UVM, gruppo di lavoro chiamato a redigere il Profilo di Funzionamento. Il TNPEE, inoltre, può partecipare ai GLO previsti per il bambino durante l'anno scolastico con l'obiettivo di stilare, verificare o modificare, assieme alle altre figure coinvolte, il PEI.

Nella pratica clinica però risulta spesso difficile che il TNPEE, soprattutto nel caso in cui lavori presso una struttura sanitaria pubblica o convenzionata, possa partecipare all'UVM e ai GLO di tutti i bambini che ha in carico. Infatti, il carico di casi che attualmente affinisce ai servizi pubblici e convenzionati non permette ai terapisti di avere a disposizione un tempo sufficiente da poter dedicare a tutti gli incontri. Tuttavia, il TNPEE collabora sempre alla stesura della Diagnosi Funzionale.

Nella Diagnosi Funzionale, redatta basandosi sul modello ICF, viene descritto il funzionamento del soggetto nei vari ambiti e il ruolo svolto dal contesto, che può essere facilitante o ostacolante. Affinché la descrizione del soggetto sia reale e completa, la Diagnosi Funzionale deve essere elaborata "a più mani" dai componenti dell'equipe multidisciplinare, permettendo così alle diverse prospettive di intrecciarsi. Spesso, però,

i dati contenuti nelle relazioni prodotte da medici, psicologi, terapisti della riabilitazione e assistenti sociali, ai fini della stesura della DF, si accumulano in modo disordinato senza significativi collegamenti tra loro. Il Profilo Dinamico Funzionale, come suggerito da Ianes (2004), può, nella prima parte, riportare una sintesi del funzionamento del soggetto a partire dai dati contenuti nella Diagnosi Funzionale. Nel PDF, poi, le caratteristiche del soggetto vengono trasformate in obiettivi a breve, medio e lungo termine. «Il Profilo Dinamico Funzionale funge quindi da strumento di raccordo tra la conoscenza dell'alunno, prodotta dalla Diagnosi Funzionale [...], e la definizione di attività, tecniche, mezzi e materiali per la prassi didattica e educativa di ogni giorno» (Ianes, 2004, p. 45). Tali soluzioni operative, ideate per favorire il raggiungimento degli obiettivi individuati nel PDF, sono contenute nel Piano Educativo Individualizzato. Come per gli obiettivi, anche nel definire spazi, tempi, materiali e approcci metodologici delle varie attività è necessario tenere in considerazione la descrizione approfondita del soggetto fornita dalla DF, affinché tali soluzioni operative siano coerenti con ciò che il soggetto accetta e desidera.

La Diagnosi Funzionale, in accordo con il modello basato sull'ICF proposto da Ianes (2004), deve descrivere il funzionamento globale del soggetto mettendo in relazione informazioni sulle condizioni di salute, sulle funzioni corporee, sulle attività personali e la partecipazione sociale e sui fattori contestuali ambientali e personali (*Figura 3*).

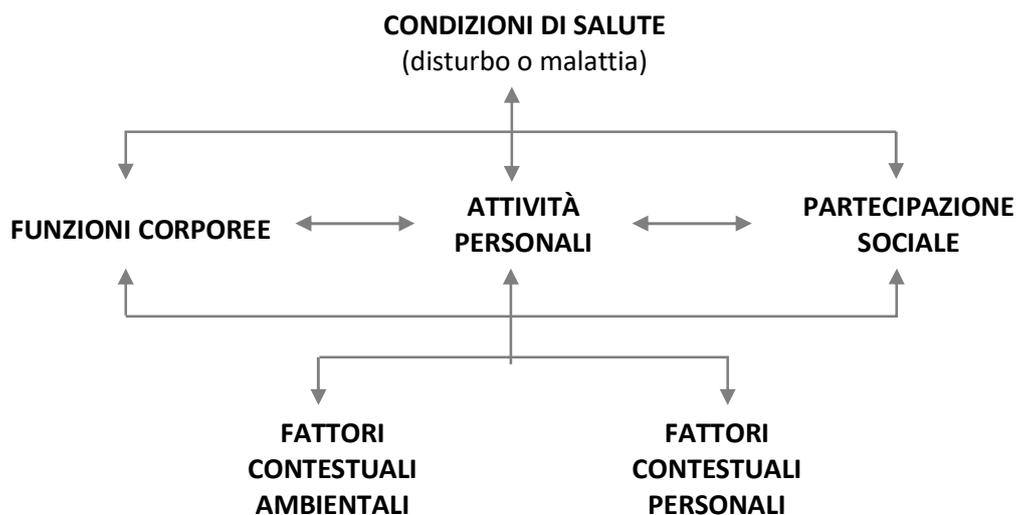


Figura 3 - Aree fondamentali della Diagnosi Funzionale secondo il modello ICF (Ianes, 2004; Organizzazione Mondiale della Sanità, 2007)

Per ciascuna delle sei aree informative l'ICF individua specifici ambiti dello sviluppo dei quali è possibile descriverne la funzionalità attraverso un qualificatore (*Tabella 1*). Per le funzioni corporee, ma anche per le attività personali e la partecipazione sociale, è importante non solo definire il grado di funzionalità di ogni specifico dominio, ma anche ricercare i punti di forza da definire negli aspetti di capacità e performance. Le capacità sono quelle azioni, compiti o funzioni che il soggetto è in grado di mettere in atto senza alcuna influenza, positiva o negativa, di fattori contestuali. Le performance, al contrario, sono quelle azioni che il soggetto mette in atto sotto l'influenza di fattori contestuali. Nel caso in cui il fattore contestuale, ambientale o personale, sia positivo esso viene identificato come facilitatore, al contrario, se un fattore contestuale rende la performance inferiore alla capacità questo viene considerato una barriera (Ianes, 2004).

L'ICF non suggerisce alcuno strumento di valutazione per la raccolta dei dati da riportare nella DF, ma fornisce un modello, non troppo rigido, che aiuta ad organizzare le informazioni sul soggetto (Ianes, 2004). Ogni operatore che elabora una relazione per la stesura della DF o che ne compila una parte attribuendo ai domini che gli competono un determinato qualificatore, utilizza le modalità di raccolta dati specifiche della propria professione.

Nel caso in cui ogni componente dell'equipe multidisciplinare compili una parte della Diagnosi Funzionale, al TNPEE, assieme agli altri terapisti, solitamente compete la descrizione del funzionamento nei domini afferenti alle aree *Attività personali* e *Partecipazione Sociale*. Per determinare il livello di funzionamento, il TNPEE utilizza come strumento di valutazione privilegiato l'osservazione del comportamento spontaneo del bambino. Può, però, avvalersi anche dei dati ottenuti dalla somministrazione di test o questionari che indagano il funzionamento di aree specifiche dello sviluppo.

	Definizione ufficiale ICF	Domini o ambiti di raccolta dati ai fini della compilazione della DF
CONDIZIONI DI SALUTE	Comprende malattie (acute o croniche), disturbi, lesioni o traumi. Può inoltre comprendere altre circostanze biologicamente significative come la gravidanza, l'invecchiamento, un'anomalia congenita o una predisposizione genetica. Le condizioni di salute vengono codificate secondo i criteri dell'ICD-10.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Anamnesi e storia clinica 2) Situazione attuale dell'alunno in riferimento alla sua diagnosi clinica e relativa eziologia 3) Effetti riscontrati o prevedibili sulla prassi scolastica causati dalle condizioni cliniche
FUNZIONI CORPOREE	Le funzioni corporee sono le funzioni fisiologiche dei vari sistemi corporei. Le menomazioni sono problemi nella funzione del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significativa.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Funzioni mentali 2) Funzioni sensoriali e dolore 3) Funzioni della voce e dell'eloquio 4) Funzioni del sistema cardiovascolare, ematologico, immunologico e dell'apparato respiratorio 5) Funzioni dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino 6) Funzioni genitourinarie e riproduttive 7) Funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento 8) Funzioni della cute e delle strutture correlate
ATTIVITÀ PERSONALI	L'attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. Le limitazioni all'attività sono le difficoltà che l'individuo può incontrare nello svolgimento delle varie attività	<ol style="list-style-type: none"> 1) Apprendimento e applicazione delle conoscenze 2) Compiti e richieste generali 3) Comunicazione 4) Mobilità 5) Cura della propria persona 6) Vita domestica 7) Interazioni e relazioni interpersonali
PARTECIPAZIONE SOCIALE	La partecipazione è il coinvolgimento attivo in una normale situazione di vita integrata. Le restrizioni della partecipazione sono i problemi che un individuo può incontrare nel coinvolgimento nelle normali situazioni di vita.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Aree di vita principali 2) Vita sociale, civile e di comunità
FATTORI CONTESTUALI AMBIENTALI	I fattori contestuali ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui la persona vive.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Prodotti e tecnologia 2) Ambiente naturale e cambiamenti ambientali effettuati dall'uomo 3) Relazioni e sostegno sociale 4) Atteggiamenti 5) Servizi, sistemi e politiche
FATTORI CONTESTUALI PERSONALI	I fattori contestuali personali sono il background personale della vita e dell'esistenza di un individuo e rappresentano quelle sue caratteristiche individuali che non fanno parte della condizione fisica. Questi fattori comprendono il sesso, la razza, l'età, lo stile di vita, modelli di comportamenti generali e stili caratteriali.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Stili di attribuzione 2) Autoefficacia 3) Autostima 4) Emotività 5) Motivazione 6) Comportamenti problema

Tabella 1 - Definizioni e domini delle componenti della Diagnosi Funzionale basata sul modello ICF (Ianes, 2004)

2.2. Gli insegnanti

Gli insegnanti, curricolari e di sostegno, sono le persone con cui il bambino disabile si relaziona maggiormente all'interno del contesto scolastico. Sono anche coloro che, dopo un'attenta valutazione delle differenze individuali di tutti gli alunni, non solo di quelli con disabilità certificata, programmano l'intervento educativo-didattico in modo creativo, flessibile e personalizzato, sostenendo gli alunni nel loro successo scolastico (De Piano, 2018). All'interno di una scuola in cui aumentano progressivamente gli alunni con Bisogni Educativi Speciali e in cui si richiede che vengano valorizzate le particolarità di ogni alunno, tutti gli insegnanti devono possedere conoscenze e competenze di pedagogia e didattica speciale (Fogarolo & Onger, 2019; Ambrosini, 2020).

In particolare, l'insegnante "inclusivo" deve possedere conoscenze pedagogico-didattiche e conoscenze relative allo sviluppo e all'apprendimento, oltre a specifiche conoscenze sulle tipologie di deficit, su strategie di didattica speciale e sulla normativa che regola la frequenza scolastica degli alunni con disabilità.

Le competenze, invece, possono essere suddivise in quattro categorie: abilità personali, abilità relazionali, abilità di programmazione didattica e abilità di conduzione dell'insegnamento. Le abilità personali comprendono la capacità di risolvere positivamente i problemi (*problem solving*), di prendere decisioni pertinenti (*decision making*) e di autocontrollarsi di fronte a situazioni stressanti. La seconda categoria di abilità fa riferimento alle capacità di comunicazione interpersonale, tra cui l'utilizzo di codici comunicativi adeguati all'interlocutore, la predisposizione all'ascolto e l'atteggiamento assertivo, necessarie sia per relazionarsi con gli alunni che per instaurare adeguati rapporti di collaborazione con colleghi, familiari e specialisti. Le abilità di programmazione didattica prevedono, come affermato poc'anzi, la capacità di osservare gli alunni e di ipotizzare azioni educative personalizzate. La quarta e ultima categoria di competenze fa riferimento alla capacità di proporre le attività programmate, in particolare creando un contesto propedeutico all'apprendimento attraverso un'adeguata organizzazione di spazi e tempi (Cottini, 2008; De Piano, 2018; Fogarolo & Onger, 2019).

Per diventare insegnanti di scuola materna e primaria è necessario ottenere il diploma di laurea magistrale in Scienze della Formazione Primaria, mentre per diventare docenti di scuola secondaria è necessario frequentare scuole di specializzazione relative alla specifica materia di insegnamento. Attualmente all'interno del piano di studi del corso di

laurea in Scienze della Formazione Primaria e dei piani di studi dei vari corsi di specializzazione, sono previsti insegnamenti relativi ai temi dell'integrazione scolastica, per un totale di circa cinquanta ore di lezione. Per il conseguimento della specializzazione per diventare insegnanti di sostegno nelle scuole dell'infanzia e primarie è necessario frequentare un corso aggiuntivo di durata annuale che prevede l'acquisizione di 60 CFU⁶. Oltre a questo, come definito dall'articolo 13 del decreto legislativo n. 66 del 13 aprile 2017, le istituzioni scolastiche devono prevedere per gli insegnanti in servizio, soprattutto se nella loro classe è presente un alunno con disabilità certificata, delle attività di formazione inerenti alla didattica inclusiva e, in particolare, alle strategie individuate all'interno dei PEI formulati. L'insegnante di sostegno, inoltre, dovrebbe rimanere costantemente aggiornato, frequentando master o altri percorsi di perfezionamento, su ambiti specifici della didattica speciale o su particolari patologie (Cottini, 2008).

Quello che si osserva nelle scuole, però, è che le reali conoscenze e competenze degli insegnanti, nell'ambito della didattica speciale, non sono così approfondite, soprattutto se si tratta di docenti che hanno conseguito il titolo di studio più un ventennio fa. Anche gli insegnanti a cui vengono affidati ruoli di sostegno spesso non hanno alcuna specifica preparazione (Ambrosini, 2020). La normativa⁷, infatti, prevede che possano essere assunti come insegnanti di sostegno anche docenti privi del titolo di specializzazione nel caso in cui manchino docenti specializzati. Tale carenza di insegnanti specializzati rende difficoltosa l'attribuzione dei posti di sostegno, facendo sì che spesso, a settembre, periodo nel quale deve essere svolta la programmazione didattica e la compilazione del PEI per gli alunni con disabilità certificata, gli insegnanti di sostegno manchino (Ambrosini, 2020). Inoltre, la maggior parte degli insegnanti di sostegno è assunta a tempo determinato. Tale precarietà diviene un problema sia per gli allievi, che non possono giovare di una continuità didattica, che per gli insegnanti stessi che risultano così scarsamente motivati ad aggiornarsi su tematiche specifiche o ad acquisire la specializzazione durante il servizio nel caso in cui non ne fossero in possesso (Cottini, 2008, Ambrosini, 2020). Spesso, come si vedrà anche nella presentazione dei casi clinici, la stabilità delle figure di riferimento per alcuni bambini risulta un elemento fondamentale

⁶ Crediti Formativi Universitari. Ogni CFU corrisponde a circa 25 ore di studio, che comprendono sia le ore di lezione che le ore di studio individuale.

⁷ Comma 4, articolo 127 del Decreto legislativo n. 297 del 16 aprile 1994.

per favorire la regolazione emotivo-comportamentale e per sostenere lo sviluppo delle competenze comunicativo-relazionali.

La carenza di insegnanti specializzati e la precarietà dei docenti che ricoprono posti di sostegno, rendono ancor più necessario che gli insegnanti curricolari siano formati in materia di pedagogia speciale e in merito alla compilazione degli strumenti operativi per l'inclusione scolastica.

Va ricordato, inoltre, che, come definito dal decreto legislativo 297/1994,

i docenti di sostegno assumono la contitolarità delle classi in cui operano; collaborano con i docenti del modulo organizzativo [...], con i genitori e, con gli specialisti delle strutture territoriali, per programmare ed attuare progetti educativi personalizzati; partecipano alla programmazione educativa e didattica e alla elaborazione e verifica delle attività di competenza dei consigli di interclasse e dei collegi dei docenti.

Il sostegno, quindi, non è al bambino ma all'intera classe a cui il docente di sostegno è assegnato (Ambrosini, 2020). Per questo, se gli insegnanti si dimostrano capaci di lavorare in modo sinergico, collaborando per l'inclusione, l'insegnante di sostegno può rivelarsi una risorsa per tutti gli alunni. Se tutti gli insegnanti possiedono conoscenze e competenze di didattica inclusiva, tra cui i contenuti del modello ICF, la collaborazione tra docenti curricolari e di sostegno viene facilitata, grazie anche alla possibilità di "parlare" un linguaggio comune (Fogarolo & Onger, 2019).

Se gli insegnanti di sostegno sono contitolari della classe a cui sono assegnati, allo stesso modo gli insegnanti curricolari sono ugualmente responsabili di tutti gli alunni della classe, compresi quelli con disabilità certificata. L'insegnante di sostegno è la figura che ha maggiormente il compito di aiutare lo studente disabile ad integrarsi nel gruppo-classe, ponendosi come figura di riferimento principale (De Piano, 2018). Questo non deve, però, essere motivo di delega totale del percorso educativo-didattico dell'alunno disabile, sia a livello progettuale che esecutivo e valutativo, all'insegnante di sostegno (Cottini, 2008).

La corresponsabilità dei docenti curricolari nei confronti degli studenti con disabilità certificata viene promossa anche dall'attuale composizione del GLO, che prevede la partecipazione di tutti gli insegnanti della classe e non solo di quelli di sostegno. Di fatto, però, il carico di lavoro dei docenti, può rendere difficoltosa la loro effettiva presenza a

tutti gli incontri. Per questo, risulta fondamentale pensare a delle forme di condivisione efficaci che permettano anche agli insegnanti non presenti agli incontri di conoscere ciò che è stato condiviso e deciso (Fogarolo & Onger, 2019). Come descritto successivamente, il *Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti* contenuto all'interno di tale elaborato di tesi, può essere utilizzato a tal fine.

PARTE SECONDA: MATERIALI E METODI

3. L'OSSERVAZIONE NEL CONTESTO SCOLASTICO

Osservare è un'azione che ogni essere umano svolge quotidianamente, ma, se usata consapevolmente, può diventare un valido strumento conoscitivo e valutativo per il professionista. Lo scopo di ogni osservazione è quello di rilevare dei dati che successivamente la mente elabora al fine di aumentare la propria conoscenza del mondo reale (Wille & Ambrosini, 2010). L'azione osservativa, infatti, si posiziona ad un livello superiore rispetto al semplice “vedere” o “guardare” in quanto implica la selezione di un fenomeno, la registrazione in memoria di tale fenomeno e la successiva codifica dei dati registrati (Camaioni & Di Blasio, 2002; Baumgartner, 2004; Wille & Ambrosini, 2010).

La psicologia dell'età evolutiva distingue diverse forme di osservazione. In relazione al luogo in cui si svolge l'osservazione possiamo distinguere l'osservazione naturalistica, che avviene nell'ambiente di vita quotidiana del soggetto, dall'osservazione controllata, che avviene in un ambiente appositamente strutturato per la rilevazione dei dati. In relazione al rapporto tra osservatore e soggetto osservato, invece, possiamo distinguere l'osservazione diretta, in base alla quale osservatore e osservato si trovano nello stesso ambiente, l'osservazione differita, in base alla quale l'osservatore vede il comportamento in un momento successivo a quello in cui è stato messo in atto dal soggetto, per esempio attraverso una videoregistrazione, e l'osservazione indiretta, in base alla quale il comportamento del soggetto viene riportato da una terza persona tramite questionari, interviste o test. Nell'osservazione diretta possono essere distinte differenti modalità interattive dell'osservatore, il quale può svolgere un'osservazione distaccata, nel caso in cui non si relazioni con il soggetto osservato, o un'osservazione partecipata, nel caso in cui interagisca con il soggetto lasciandogli libertà di iniziativa o guidandolo con richieste dirette (Berti et al., 2002; Baumgartner, 2004; Wille & Ambrosini, 2010).

Il TNPEE si serve quotidianamente dell'osservazione come strumento conoscitivo, valutativo e di verifica. In particolare, utilizza l'osservazione del comportamento spontaneo del bambino nel suo ambiente quotidiano, o più spesso, nella stanza di terapia. Si tratta di un'osservazione diretta che può prevedere diversi livelli di interazione tra terapeuta e bambino. Il terapeuta può osservare quali materiali il bambino spontaneamente sceglie e il modo in cui li utilizza, mettendogli a disposizione tutti i materiali o selezionando precedentemente solo parte del materiale da lasciare “in vista”. In alternativa può osservare il comportamento del bambino indotto da sue consegne verbali

oppure può interagire direttamente con lui proponendo delle azioni, imitandolo o rispondendo alle sue eventuali richieste (Massenz & Simonetta, 2002; Wille & Ambrosini, 2010). Il terapeuta, soprattutto in questo periodo di emergenza sanitaria, per conoscere e valutare il bambino, può avvalersi anche di videoregistrazioni o racconti di genitori e insegnanti, effettuando così delle osservazioni indirette o differite.

L'osservazione neuropsicomotoria può essere utilizzata come strumento valutativo in diverse fasi del percorso terapeutico, con differenti obiettivi e modalità. Il TNPEE può utilizzare l'osservazione durante la fase diagnostica per portare all'interno dell'equipe multidisciplinare dati utili alla formulazione della diagnosi, durante la fase di progettazione dell'intervento per mettere in evidenza le aree di sviluppo potenziale su cui focalizzare obiettivi e strategie terapeutiche, durante le fasi di estensione del progetto di cura all'ambiente familiare e scolastico e, infine, durante la fase di verifica dei risultati per riformulare gli obiettivi di lavoro (Gison et. Al., 2012). In realtà, per il TNPEE, l'osservazione è uno strumento di lavoro quotidiano che guida passo dopo passo il suo intervento con il bambino. È possibile affermare che l'osservazione dei segnali comportamentali, comunicativi ed emozionali del bambino attiva la capacità del terapeuta di adattarsi ai tempi di interazione dell'altro, riconoscendo quando fare un passo avanti.

3.1. L'osservazione del comportamento del bambino nel contesto scolastico

L'osservazione del comportamento del bambino costituisce una base di dati a partire dai quali è possibile generare ipotesi e operare scelte durante i colloqui di counselling con gli insegnanti. L'osservazione permette al terapeuta e agli insegnanti di utilizzare il comportamento del bambino come "linguaggio" condiviso, necessario per costruire una comprensione comune del bambino (Brazelton, 2016). Condividere una descrizione o una spiegazione del significato di un dato comportamento diventa, quindi, l'occasione per fornire agli insegnanti una nuova chiave di lettura di un comportamento manifesto. Partendo dall'osservazione del comportamento del bambino, il counselling diventa allora un lavoro di "raccordo" tra il punto di vista degli insegnanti e il contributo del terapeuta.

In primo luogo, il terapeuta concorda con il coordinatore scolastico o direttamente con gli insegnanti il giorno e l'ora in cui svolgere l'osservazione. L'osservazione potrà svolgersi in qualunque momento della giornata scolastica. È opportuno che gli insegnanti mantengano inalterata la routine giornaliera, senza preparare attività particolari in vista

dell'arrivo del terapeuta. Questo permette al terapeuta di osservare il bambino in un ambiente complesso e con caratteristiche proprie, organizzato secondo routine e guidato da molteplici interazioni sociali.

L'atteggiamento del terapeuta durante l'osservazione deve essere attivo sul piano attentivo e ricettivo, ma completamente passivo sul piano dell'azione. Egli deve essere attento, concentrato, capace di cogliere il significato complessivo dell'azione ma anche i micro-comportamenti. Nel contesto di osservazione, dev'essere «pronto a ricevere informazioni, sensazioni, [...] relative a ciò che osserva» (Wille & Ambrosini, 2010, p. 231). L'atteggiamento interiore di sospensione del giudizio deve tradursi in un atteggiamento esteriore caratterizzato da silenzio verbale e controllo di sé, delle proprie azioni, della propria postura e ubicazione nella stanza, della propria mimica e delle proprie manifestazioni emotive (Wille & Ambrosini, 2010). È necessario però tenere conto, soprattutto nella fase di rielaborazione del materiale osservato, che, nonostante l'atteggiamento neutrale del terapeuta, i comportamenti del bambino possono comunque essere influenzati dalla sua presenza in un contesto differente da quello in cui si incontrano abitualmente (Camaioni & Di Blasio, 2002).

Il terapeuta, inoltre, durante l'osservazione, prende nota dei comportamenti osservati e successivamente dovrà rielaborare tale materiale, formulando delle riflessioni e delle ipotesi di senso. Durante l'osservazione a scuola, il terapeuta descrive in modo oggettivo e dettagliato tutti i comportamenti del bambino, dei compagni, degli insegnanti e delle eventuali altre figure che interagiscono con il bambino stesso (Berti et al., 2002). L'oggetto dell'osservazione, infatti, deve essere l'interazione del bambino con lo spazio, gli oggetti e le persone presenti. Nel rapido susseguirsi delle azioni del gruppo classe e degli insegnanti, il terapeuta deve porre attenzione alle micro-azioni, senza perdere di vista le dinamiche all'interno del contesto (Wille & Ambrosini, 2010).

Il terapeuta poi, in fase di rielaborazione, può inquadrare i dati osservati all'interno di cornici teorico-esplicative consolidate, facendo eventualmente riferimento a specifiche schede di osservazione predisposte per la valutazione neuropsicomotoria (Berti & Comunello, 2011). Tra queste è possibile citare la Scheda di Osservazione/valutazione Neuropsicomotoria (SON) proposta dal modello OPeN⁸, in cui vengono descritte a livello

⁸ Modello di intervento per i Disturbi dello spettro Autistico «che viene presentato non come nuovo metodo di trattamento bensì come un dispositivo di procedure orientato a creare, nell'ambito di un servizio di riabilitazione dell'età evolutiva, un posizionamento attivo in tutti i soggetti coinvolti nel processo di

teorico tutte le competenze che progressivamente il bambino dovrebbe acquisire all'interno di ogni area di sviluppo (Gison et al., 2012).

3.2. Scheda di osservazione del comportamento del bambino nell'ambiente scolastico

Gli appunti presi durante l'osservazione nel contesto scolastico vanno poi rielaborati, analizzati e ampliati con le riflessioni del terapeuta. Affinché il comportamento del bambino osservato possa essere utilizzato per costruire una comprensione condivisa del bambino con le insegnanti «si devono utilizzare delle procedure sistematiche di raccolta delle informazioni e i dati acquisiti devono essere organizzati in un formato strutturato» (Baumgartner, 2004, p.26). A tal fine è stata elaborata la *Scheda di osservazione del comportamento del bambino nell'ambiente scolastico (Allegato 1)*. È un modello semi-strutturato che permette di riportare i dati rielaborati in modo discorsivo, rimanendo così il più possibile coerenti con la realtà osservata. La scheda permette, inoltre, di scomporre l'osservazione in sequenze, organizzando così il susseguirsi delle azioni in modo tale che le informazioni siano facilmente reperibili durante i colloqui di counselling. In ogni sequenza il terapeuta può aggiungere, separatamente dalla descrizione narrativa, le proprie note personali, tra cui sensazioni, pensieri e domande, fondamentali per poi riflettere con gli insegnanti sugli obiettivi da perseguire e sulle strategie più funzionali nell'ambiente scolastico (Berti et al., 2002; Baumgartner, 2004; Wille & Ambrosini, 2010).

La scheda è composta da una prima pagina in cui vengono raccolti i dati del servizio in cui il terapeuta lavora, i dati del bambino e i dati dell'osservazione. Subito dopo vi è una tabella suddivisa in sequenze, ad ognuna delle quali corrisponde il cambio di attività.

Per ogni sequenza, all'interno della tabella, vengono riportati il contesto, ossia il luogo della struttura scolastica in cui l'attività si svolge (per esempio, aula, salone, sala da pranzo, giardino); la dimensione, ovvero i soggetti con cui il bambino interagisce durante la sequenza (per esempio, rapporto 1:1, piccolo gruppo, intero gruppo classe con insegnante di sezione e insegnante di sostegno); l'attività svolta (per esempio, merenda, gioco libero, attività grafica) e i materiali utilizzati durante tale attività. Dopo aver riassunto contesto, dimensione, attività e materiali è possibile descrivere dettagliatamente e discorsivamente cosa è stato osservato dal terapeuta durante una determinata sequenza.

accompagnamento e di cura (abilitativo, terapeutico, educativo, preventivo), dalle fasi più precoci della vita al momento dell'ingresso nella tarda adolescenza» (Gison et al., 2012, p. 15)

Nella colonna adiacente alla descrizione dei comportamenti osservati, il terapeuta può inserire le proprie riflessioni, preferibilmente in corrispondenza delle frasi della prima colonna a cui fanno riferimento.

Durante i colloqui di counselling è importante avere a disposizione la scheda compilata con i dati dell'osservazione a cui far riferimento. In questo modo è possibile mantenere sempre il focus del dialogo sui comportamenti del bambino osservati a partire dai quali estrapolare delle riflessioni condivise e delle strategie di lavoro.

4. IL COLLOQUIO DI COUNSELLING CON GLI INSEGNANTI

Il counselling è un tipo di intervento di aiuto finalizzato al miglioramento della qualità della vita dell'individuo. Fa leva sulle risorse e sui punti di forza presenti nell'ambiente o nell'individuo stesso. In quest'ottica, l'intervento di counselling si propone di aiutare varie tipologie di soggetti, come singoli individui, famiglie o gruppi, a far fronte alle difficoltà o semplicemente alla quotidianità (Calvo, 2007; Quadrino, 2015).

È possibile parlare di counselling sia come intervento realizzato da un esperto, formato per svolgere la professione di counsellor⁹ sia come abilità acquisita, attraverso adeguate formazioni, da professionisti sanitari, sociali, educativi per rendere più efficace la comunicazione e la relazione con i clienti (Quadrino, 2015). Infatti, la relazione che si instaura durante il colloquio è promotrice del cambiamento (Calvo, 2007).

In linea con quanto appena affermato, lo scopo del counselling non è quello di fornire consigli o indicare i comportamenti da tenere da parte di un esperto che “sa”, ma piuttosto quello di aiutare l'interlocutore a trovare da sé una soluzione, di «aiutare le persone ad aiutarsi» (Calvo, 2007, p. 16). Per questo risulta errato ricondurre il significato etimologico del termine counselling alla parola “consiglio”. L'etimologia corretta, invece, fa derivare tale termine dal verbo latino “consulo” che significa “avere cura di”, “venire in aiuto” (Calvo, 2007).

Questo risulta possibile solo se il conduttore del colloquio si mostra capace di ascoltare attivamente, di orientare il colloquio per obiettivi, di scegliere le domande da formulare, di equilibrare i ritmi e i tempi degli scambi comunicativi (Quadrino 2015).

I colloqui di counselling con gli insegnanti riportati nel prossimo capitolo sono stati condotti basandosi sui principi del counselling sistemico-narrativo, approccio teorico al counselling molto utilizzando in ambito socio-sanitario. La teoria e il metodo del counselling sistemico sono stati elaborati negli anni Ottanta da Silvana Quadrino e Giorgio Bert e successivamente diffusi dall'Istituto Change di Torino sia attraverso corsi triennali per la formazione di counsellor professionisti, sia attraverso incontri di formazione alle “counselling skills”, rivolti a professionisti dell'ambito sanitario, sociale, educativo e sportivo (Quadrino, 2016).

⁹ In Italia la professione del counsellor è definita dalla legge n. 4 del 14 gennaio 2013. Esistono varie Società di counselling che si occupano di definire i percorsi formativi per diventare counsellor e provvedono alla supervisione della qualità degli interventi dei counsellor aderenti (Quadrino, 2015)

4.1. Principi teorici e strategie del counselling sistemico

I principi teorici del counselling sistemico trovano la loro origine nella teoria generale dei sistemi, ideata nel 1934 dal biologo austriaco Ludwig von Bertalanffy. Le sue intuizioni sull'organizzazione dei sistemi biologici sono state trasferite allo studio dei comportamenti umani da Gregory Bateson. In una logica sistemica, lo studio dei comportamenti non si basa sulla loro descrizione e sulla ricerca delle loro cause, ma piuttosto sulle modalità con cui tali comportamenti vengono modificati all'interno di un sistema (Quadrino, 2016). La teoria sistemica, inoltre, è coerente con i principi del modello bio-psico-sociale secondo il quale, a determinare lo stato di salute o di malattia, intervengono diversi sistemi che interagiscono con l'individuo.

Possiamo definire "sistema umano" «un insieme di due o più elementi (persone) caratterizzati da specifici attributi (ruolo, immagine, compiti, diritti, doveri) che sono stati loro attribuiti all'interno di quel sistema, e legati fra loro in modo tale che una modificazione di uno degli elementi produce modificazioni anche negli altri» (Bert et al., 2011, p. 78). Tali modificazioni sono determinate dalla trasmissione di informazioni tra gli elementi del sistema. Le persone che compongono un sistema, infatti, si scambiano continuamente messaggi, verbali e non verbali, che costituiscono nel tempo un sistema di informazioni (cosa ogni elemento sa), di ruoli (funzione dell'elemento nel sistema), di regole (come ogni elemento si comporta) e di relazioni (rapporti di vicinanza, lontananza, potere, dipendenza, indipendenza fra i vari elementi del sistema). Ogni sistema umano, inoltre, essendo un sistema aperto, scambia informazioni con altri sistemi o elementi esterni. Il sistema, di fronte alle perturbazioni interne ed esterne, tende ad autoregolarsi e ad autocorreggersi al fine di poter continuare a raggiungere gli obiettivi comuni. Il meccanismo di autoregolazione dei sistemi si basa sul principio dell'omeostasi: ogni sistema, infatti, possiede delle regole interne che gli permettono di mantenere un equilibrio tra stabilità e cambiamento (Quadrino 2015; Quadrino 2016).

Durante il counselling due sistemi distinti entrano in contatto scambiandosi messaggi che provocheranno una perturbazione in entrambi i sistemi. In particolare, nel colloquio di counselling tra terapeuta e insegnanti entrano in contatto uno specifico sistema sanitario con un determinato sistema scolastico che avranno ognuno regole e abitudini precise, modi differenti di osservare e di relazionarsi con il bambino per il quale il counselling è stato predisposto, così come strategie e strumenti diversi per raggiungere i loro obiettivi.

Per questo, il terapeuta, prima di proporre obiettivi, strategie e strumenti operativi, dovrà conoscere il sistema attraverso le informazioni fornite dagli insegnanti. Se, prima del colloquio, è stato possibile effettuare un'osservazione del bambino nell'ambiente scolastico, come descritto nel capitolo precedente, il terapeuta avrà a disposizione un maggior numero di elementi per conoscere il sistema con cui entra in relazione.

È importante sottolineare che il colloquio, condotto secondo la teoria e il metodo del counselling sistemico, non è assimilabile ad un intervento psicologico. L'intervento di counselling, infatti, non è finalizzato ad aiutare l'altro a ritrovare un buon equilibrio psichico e relazionale ma mira a «rendere possibile uno scambio comunicativo efficace, mantenendo una relazione valida fra il professionista e il paziente o il familiare in vista di un obiettivo professionalmente ed eticamente sostenibile» (Quadrino, 2015, p. 18). Gli strumenti del professionista che conduce il colloquio di counselling non saranno quelli tradizionali della psicologia, come l'interpretazione, l'analisi della storia del paziente, la ricerca delle cause dei comportamenti e delle resistenze al cambiamento, ma piuttosto una serie di strumenti derivanti da varie discipline come la pedagogia, la filosofia e la retorica che consentono al terapeuta, in questo caso, di decidere cosa dire e come dirlo (Quadrino, 2015). Nei prossimi paragrafi verranno analizzati tali strumenti, soffermandosi su quelli più importanti per il colloquio di counselling con gli insegnanti.

4.1.1. Assiomi della comunicazione e relazione tra terapeuta e insegnanti

Tra le basi teoriche del counselling sistemico, troviamo gli assiomi della comunicazione individuati da Watzlawick, i quali forniscono importanti informazioni su ciò che accade quando comunichiamo (Quadrino 2015; Quadrino 2016).

Il primo assioma afferma: non si può non comunicare. Ogni essere umano, infatti, in qualsiasi situazione, si comporta in qualche modo e ogni comportamento, anche il silenzio, comunica inevitabilmente qualcosa. Ogni comunicazione, inoltre, come recita il secondo assioma, ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione. Quindi, ogni comportamento invia due messaggi: il primo riguarda ciò di cui si sta parlando, il secondo riguarda il modo in cui il contenuto deve essere interpretato e il tipo di relazione che viene proposta all'altro. La comunicazione di questo secondo messaggio è affidata alla postura, alla mimica, al tono di voce e a tutti gli altri aspetti tipici della comunicazione non verbale. Gli esseri umani, infatti, come affermato dal quarto assioma, comunicano sia con il

linguaggio numerico (parole) che con quello analogico (comunicazione non verbale). Solitamente, il significato lessicale del primo messaggio è abbastanza indiscutibile, mentre la comprensione del secondo è totalmente affidata all'interpretazione dell'interlocutore. Tale interpretazione, che dipende da una moltitudine di variabili, non sempre coincide con il significato attribuito da chi sta comunicando. Questo può far nascere malintesi che possono compromettere la relazione tra i due interlocutori e alterare l'intero scambio comunicativo. È quindi importante che il terapeuta, ogni volta che si relaziona con gli insegnanti, ma anche con i genitori e con il bambino stesso, sia consapevole dei propri comportamenti ed eventualmente dia delle spiegazioni verbali chiare e concise nel momento in cui si accorge di aver messo in atto un comportamento con un significato interpretabile. Inoltre, è essenziale che, in ogni situazione, vi sia congruenza tra il linguaggio numerico e il linguaggio analogico per ridurre il rischio di fraintendimenti (Quadrino 2016).

Come affermato poc'anzi, il secondo messaggio comunica anche il tipo di relazione che si intende instaurare con l'interlocutore. La qualità della relazione, in questo caso tra terapeuta e insegnanti, è il fondamento su cui poggia l'intero percorso di condivisione (Quadrino, 2015). Come affermato dal quinto assioma, gli scambi della comunicazione sono simmetrici o complementari, a seconda che la relazione tra gli interlocutori si basi sull'uguaglianza o sulla differenza. Parliamo di interazione complementare quando vi è un interlocutore in una posizione di superiorità e un interlocutore in una condizione di subordinazione e vi è un'accettazione da parte di entrambi delle reciproche posizioni. Si parla, invece, di interazione simmetrica quando tra le persone si stabilisce una relazione basata sull'uguaglianza (Quadrino, 2016). La relazione tra terapeuta e insegnanti, che si instaura in occasione della condivisione del percorso educativo-terapeutico per un determinato bambino, dovrà essere di tipo simmetrico. Il terapeuta, infatti, all'interno di tale percorso, non agisce come formatore, ma come professionista impegnato nella cura di un determinato bambino, come esperto che, in linea con il proprio profilo professionale, condivide il suo profilo di funzionamento con i diversi contesti di vita. Durante il colloquio di counselling il terapeuta, facendo riferimento sia al comportamento del bambino osservato a scuola che alla propria esperienza diretta con quel bambino, promuove una riflessione condivisa con gli insegnanti.

All'interno di questa relazione simmetrica si verifica un incontro di punti di vista differenti che richiede agli interlocutori di comprendere ed accettare la posizione dell'altro. È richiesta ad entrambe le parti quella che si definisce assertività, ossia la capacità di esprimere le proprie idee e le proprie richieste in modo non aggressivo o giudicante. In caso di pensieri contrastanti, quindi, la ricontrattazione deve essere costruita attraverso frasi del tipo "io preferisco", "io proporrei", "io in questo momento non posso fare quello che mi chiede" e non "lei dovrebbe", "lei non può", le quali risultano aggressive e giudicanti. Per evitare lo scontro, i maltesi e lo scambio di accuse in caso di punti di vista differenti è, inoltre, necessario evitare di interpretare gli scambi comunicativi come sequenze lineari in cui ad un messaggio di un interlocutore (stimolo) consegue una risposta (reazione) da parte dell'altro secondo lo schema "siccome lui... allora io...". La natura di una relazione, infatti, come afferma il terzo assioma, dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i partecipanti. «Questo significa che sono possibili descrizioni diverse della stessa sequenza comunicativa, a seconda del punto di partenza (punteggiatura) che si decide di scegliere e che tutte le descrizioni possibili sono vere» (Quadrino, 2016, p. 24). È comunque più opportuna una descrizione circolare degli scambi comunicativi in cui ogni atto comunicativo è contemporaneamente stimolo, risposta e rinforzo della relazione (Quadrino, 2016). Attraverso la connotazione positiva, la ripresa delle parole utilizzate dall'interlocutore e la formulazione di domande adeguate è possibile esporre la propria opinione senza sminuire il pensiero e l'operato dell'altro e valorizzando ciò che di buono è stato detto o fatto. Queste sono strategie fondamentali del counselling sistemico che verranno approfondite in seguito.

Prima di procedere con la descrizione delle fasi del colloquio e delle strategie del counselling sistemico, è necessario sottolineare che ogni colloquio di counseling è, oltre ad un incontro tra professionisti, un incontro tra persone che avranno ognuna una propria identità, delle proprie conoscenze pregresse e un proprio stato d'animo in quel momento (Quadrino, 2015). Durante il colloquio, quindi, terapisti e insegnanti, non mettono in gioco esclusivamente le loro competenze professionali ma anche le proprie emozioni derivanti dal lavoro con quel bambino. Il terapeuta deve quindi cercare di sintonizzarsi con lo stato emotivo dell'insegnante dimostrando di comprenderlo, evitando però che la componente emotiva prenda il sopravvento, spostando l'attenzione dal bambino, focus del colloquio, all'insegnante. Allo stesso tempo deve essere in grado, come è già stato

descritto nel secondo capitolo in riferimento alle competenze del TNPEE, di riconoscere i propri stati emotivi e trasformarli in parole e azioni consapevoli, senza farsi sopraffare da essi (Quadrino, 2016).

4.1.2. La conduzione e le fasi del colloquio

Come descritto precedentemente, la relazione tra terapeuta e insegnanti nel percorso di condivisione del progetto educativo-terapeutico deve essere di tipo simmetrico. La simmetria che è fondamentale instaurare sul piano relazionale rende comunque necessario che uno degli interlocutori conduca il colloquio affinché gli scambi comunicativi non risultino vani. Sarebbe opportuno che fosse l'interlocutore che ha maggiori conoscenze riguardo alle tecniche di counselling a condurre il colloquio. I colloqui riportati nel prossimo capitolo sono stati condotti tutti dal terapeuta, perciò, anche nella seguente trattazione, verrà considerato il terapeuta come colui che conduce il colloquio.

Il conduttore deve essere in grado di mantenere il colloquio all'interno di un binario non troppo rigido ma neanche troppo confuso. Possiamo «immaginare il colloquio come una serie di anelli, ciascuno dei quali deve avere il suo equilibrio e deve essere ben concluso e consolidato prima di iniziarne un altro» (Quadrino, 2015, p. 62). Il colloquio inizia con una narrazione da parte dell'insegnante che descrive il comportamento del bambino nel contesto scolastico in quel periodo. A tale descrizione segue una selezione, da parte del terapeuta, degli aspetti trattabili nella corrente sessione di counselling. Il terapeuta seleziona gli argomenti che maggiormente caratterizzano quello specifico bambino, in relazione non solo all'esposizione dell'insegnante ma anche alla propria conoscenza del bambino e all'osservazione fatta nel contesto scolastico. Ognuno di questi aspetti va a costituire un "anello" della serie. Come gli anelli di una catena, i vari argomenti trattabili sono tra loro concatenati perciò a volte risulta complesso individuare precisamente l'inizio e la fine di ognuno. Il terapeuta deve comunque impegnarsi nella conduzione del colloquio affinché, da un lato, non vengano lasciati argomenti aperti tra quelli selezionati e, dall'altro, non ci si dilunghi eccessivamente con informazioni non necessarie all'interno di un "anello". Il terapeuta, infatti, deve essere in grado «di stoppare narrazioni troppo ampie o fuori tema» e «di regolare l'andamento del colloquio in base agli obiettivi e ai tempi di cui si dispone» (Quadrino, 2015, p. 22).

Nell'affrontare ogni singolo “anello”, il terapeuta inizia esplicitando qual è l'argomento che si intende trattare, successivamente esplora l'argomento attraverso domande mirate, poi ascolta attivamente l'interlocutore e infine effettua un riassunto che permette di collegarsi al nuovo aspetto da condividere.

Una volta “chiusi tutti gli anelli” il terapeuta effettua un breve riassunto conclusivo della sessione di counselling, elencando, in particolare, gli obiettivi, le strategie e i materiali operativi condivisi, da cui sarà possibile partire nel colloquio successivo.

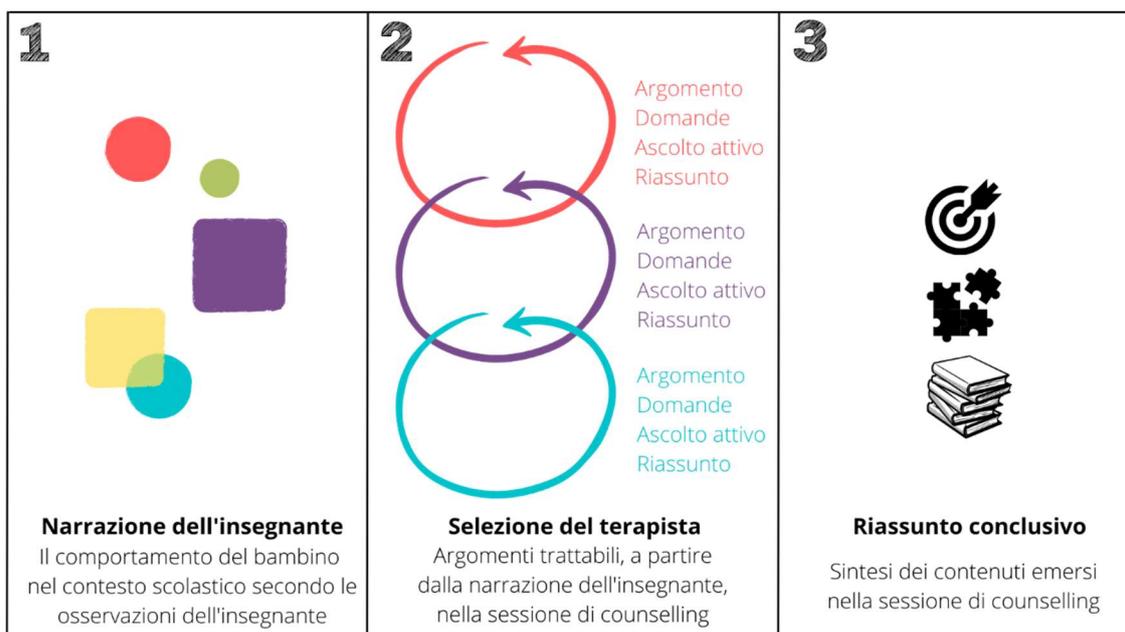


Figura 4 - Le fasi del colloquio (Quadrino, 2015)

Oltre al contenuto centrale del colloquio, all'inizio e alla fine di esso è importante soffermarsi anche su alcuni dati più formali che risultano comunque fondamentali per permettere a tutti gli interlocutori di contestualizzare ciò che viene detto. All'inizio, soprattutto se è il primo colloquio e se il terapeuta non ha già accesso a tali dati tramite la lettura del PEI, è importante ricavare informazioni riguardo alle persone con cui il bambino si relaziona a scuola e riguardo agli spazi, ai tempi e alle attività. Può, inoltre, essere utile da parte del terapeuta presentare la propria professione e il servizio in cui lavora, descrivere qual è stato il percorso del bambino all'interno di tale servizio e il trattamento riabilitativo in atto e, infine, spiegare qual è la finalità del colloquio e l'utilità della condivisione tra i vari contesti di vita del bambino. Alla fine del colloquio, invece, sarà importante definire insieme come si intende procedere, dandosi eventualmente nuovi appuntamenti.

4.1.3. Le strategie del counselling sistemico: le domande, l'ascolto attivo e il riassunto

Nelle varie fasi del colloquio di counselling il terapeuta dovrà essere in grado di fare domande, ascoltare attivamente e riassumere quanto è stato detto. In particolare, il conduttore del colloquio dovrà utilizzare tali strategie ogni volta che affronta uno degli argomenti su cui si è concordato di confrontarsi durante quella determinata sessione di counselling.

Per esplorare meglio l'argomento, il terapeuta deve partire con delle domande. Le domande «non devono essere fatte a caso, non devono riguardare aspetti che non hanno chiaramente a che fare con la situazione di cura, non devono aprire spazi che il professionista non sia poi in grado di gestire» (Quadrino, 2016, p. 112). Per capire se una domanda è utile o no è importante chiedersi: “A cosa mi serve la risposta?”. Inoltre, per mantenere la relazione e per evitare risposte inutili o inappropriate, è importante scegliere con cura anche la tipologia di domanda da porre. Possiamo distinguere le domande rispetto in:

- Domande chiuse, che prevedono una risposta molto precisa, un “sì” o un “no”, un numero, una scelta tra due opzioni (“Il bambino interagisce con i coetanei?”);
- Domande aperte, che consentono una risposta ampia, lasciando a chi risponde la libertà di scegliere cosa dire e come dirlo (“In che modo e in quali situazioni il bambino interagisce con i coetanei?”);
- Domande semistrutturate o sospese, che vengono formulate in modo da permettere all'interlocutore di affrontare l'argomento più ampiamente possibile, senza essere influenzato dalla struttura della domanda (“Quindi mi sta dicendo che il bambino interagisce con i coetanei...”).

Nel colloquio con gli insegnanti vanno preferite le domande aperte in quanto permettono all'interlocutore di esprimere un pensiero, legato ad una esperienza, ad un ricordo o ad una esigenza, nel modo più ampio e soggettivo possibile (Quadrino, 2016). Anche le domande semistrutturate possono risultare molto utili, soprattutto quando si vuole stimolare una narrazione che non parte spontaneamente, oppure per segnalare all'altro che siamo interessati al suo racconto (Quadrino, 2015).

Possiamo, inoltre, differenziare:

- Domande lineari, che assecondano la modalità di esposizione dei fatti come collegati fra di loro in una sequenza di prima-poi o di causa-effetto;

- Domande narrative o di approfondimento, che, selezionato un punto specifico nel racconto da esplorare, mirano a raccogliere un maggior numero di elementi, di particolari, di notizie su quel punto;
- Domande riflessive, che invitano l'interlocutore a porre l'attenzione su diversi punti di vista, su aspetti di una situazione che potrebbe non aver ancora considerato o sulle modalità in cui si sono formate le sue opinioni (Quadrino, 2015; Quadrino, 2016).

Durante le fasi di esplorazione del colloquio con gli insegnanti risultano molto utili sia le domande narrative che le domande riflessive. Affinché queste ultime vengano poste nel miglior modo possibile è necessario collegarle a ciò che l'interlocutore ha detto precedentemente, formulandole utilizzando espressioni verbali che facilitino la comparsa di differenze come "Quando più....?", "Cosa meno...?", "Cosa soprattutto...?" (Quadrino, 2015).

Durante il colloquio di counselling sono invece da evitare le domande multiple concatenate, in quanto l'interlocutore molto probabilmente risponderà solo all'ultima o a quella che gli rimarrà più impressa; le domande di "lettura del pensiero" in cui si invita l'interlocutore ad esporre pensieri di qualcun altro che non può conoscere con certezza; le domande sul "perché", le quali risultano inquisitorie e colpevolizzanti in quanto vanno alla ricerca delle cause del problema, e di conseguenza di un colpevole, o di una spiegazione logica a comportamenti legati esclusivamente a fattori emotivi e relazionali (Quadrino, 2015; Quadrino, 2016).

Dopo aver posto delle domande esplorative, il terapeuta deve ascoltare le risposte dell'interlocutore. Non può però limitarsi a stare in silenzio o a subire passivamente un eventuale "sfogo" dell'insegnante. L'ascolto a cui si fa riferimento in questa fase del colloquio è un ascolto attivo in cui «i messaggi che ciascuno degli attori invia vengono accolti e utilizzati nella prosecuzione dell'interazione» (Bert et al., 2011, p. 5). Il terapeuta deve quindi partecipare attivamente alla narrazione degli insegnanti facilitandone l'esposizione, comunicando loro quanto ha compreso ed esprimendo il proprio pensiero (Calvo, 2007). Tra le strategie dell'ascolto attivo troviamo la riformulazione, la selezione, l'interruzione, il riordino, il commento e la connotazione positiva (Calvi, 2007; Bert et al., 2011; Quadrino, 2015). La riformulazione «consiste nel ridire con altre parole, in modo più conciso o più chiaro, ciò che l'altro ha appena detto» (Calvi, 2007, p. 115).

Attraverso la riformulazione il terapeuta può mostrare un sincero interesse verso ciò che l'insegnante sta esponendo e tentare di comprendere empaticamente il suo vissuto, riformulando non solo i contenuti della narrazione ma anche i messaggi non verbali che percepisce. Con la selezione il terapeuta comunica all'interlocutore ciò che è opportuno sviluppare e ridiscutere in quel determinato momento e cosa invece non è possibile trattare in quel contesto o in quella specifica fase del colloquio. È importante esplicitare anche gli elementi che si sceglie di non approfondire, dimostrando di averli comunque ascoltati e di aver compreso l'importanza che hanno per l'interlocutore (Quadrino, 2015). L'interruzione, che consiste nello stoppare la narrazione dell'interlocutore, permette di ristabilire l'equilibrio tra comunicazione in uscita e in entrata, di evitare che vengano persi elementi importanti e di rimanere all'interno dell'argomento che si sta trattando. Per stoppare in modo rispettoso e costruttivo sono utili tecniche come la valorizzazione (ad esempio "La interrompo perché c'è un punto molto importante in quello che ha appena detto..."), la metacomunicazione (ad esempio "Aspetti, perché temo di non riuscire a mettere insieme tutto quello che mi sta dicendo" oppure "Aspetti perché vorrei essere certo di avere capito") eventualmente seguita da una riformulazione e la differenziazione che permette di separare gli aspetti trattabili e non trattabili all'interno di quello specifico argomento (Quadrino, 2015; Quadrino, 2016). Dopo aver stoppato l'interlocutore o dopo aver ascoltato interamente la sua risposta ad una domanda, è utile riordinare il materiale emerso (Quadrino, 2015). Durante il riordino il terapeuta attua, nella maggior parte dei casi, anche una selezione e una riformulazione dei contenuti e può aggiungere il proprio commento. Il commento è un intervento attivo che il terapeuta può utilizzare per esplicitare un proprio pensiero che ritiene utile condividere con gli insegnanti (Bert et al., 2011). Nel formulare un commento il professionista parte da quello che l'interlocutore ha detto, segnalando cosa in particolare lo ha colpito e cosa gli sembra utile approfondire, esplicitando poi il proprio pensiero «con un obiettivo di confronto e di stimolo alla riflessione e alla condivisione di significati» (Quadrino, 2016, p. 157). Tuttavia, risulta importante differenziare il commento dall'interpretazione: l'interpretazione è un intervento centrato sull'altro che impone all'interlocutore una lettura del suo comportamento e delle sue emozioni che egli non ha esplicitamente riferito; il commento, invece, è un intervento basato sull'"io penso" che mette in primo piano il pensiero del terapeuta collegato esclusivamente ai comportamenti e alle emozioni che l'interlocutore

ha espressamente riportato. Il commento, inoltre, non impone all'interlocutore un'informazione certa da accettare così com'è, ma stimola, invece, il confronto, eventualmente anche attraverso nuove domande (Quadrino, 2016). Nel commento spesso il terapeuta inserisce dati, parole, strumenti e strategie appartenenti al proprio bagaglio cognitivo e professionale. Tali informazioni possono non appartenere al patrimonio cognitivo dell'interlocutore e per questo possono risultare difficili da comprendere. Se vi è un'eccessiva distanza tra l'informazione espressa dal terapeuta e il patrimonio di conoscenze che l'interlocutore ha già consolidato, c'è il rischio che si verifichi un fenomeno detto dissonanza cognitiva secondo il quale tali informazioni vengono scartate e dimenticate, oppure un fenomeno ancor più grave, detto riduzione dell'ignoto al noto, attraverso il quale l'informazione viene trasformata al fine di renderla più coerente con la rappresentazione precedente (Quadrino, 2015; Quadrino, 2016). Risulta, quindi, fondamentale che il terapeuta sappia quali sono le conoscenze già in possesso da parte degli insegnanti e in base a questo deve regolare il proprio commento. Alcune strategie operative risultano comunque difficili da comprendere attraverso la descrizione verbale. A questo proposito può rivelarsi fondamentale la partecipazione degli insegnanti, in qualità di osservatori, ad una o più sedute di terapia.

La connotazione positiva, infine, è sicuramente la tecnica più importante, in quanto permette di mantenere una buona relazione con l'interlocutore, valorizzando ciò che di positivo ha fatto ed evidenziando i suoi punti di forza piuttosto che le sue difficoltà. Infatti, «per facilitare il raggiungimento di un equilibrio funzionale ed efficace in un sistema in fase di instabilità è preferibile intervenire rafforzando gli atteggiamenti e i comportamenti validi piuttosto che criticando o svalutando comportamenti che agli occhi dell'osservatore appaiono errati o dannosi» (Quadrino, 2015, p. 105-106). Ciò che deve essere connotato positivamente non sono i fatti, ma come l'interlocutore risponde a tali situazioni ossia i suoi comportamenti. Connotando positivamente un comportamento si incoraggia l'insegnante a perseverare anche se ancora non si sono evidenziati miglioramenti. Inoltre, si favorisce la costruzione di un'immagine di sé come insegnante competente ed efficace e di un'immagine positiva verso il futuro (Bert et al., 2011). La connotazione positiva può essere utilizzata a supporto di tutte le altre tecniche appena descritte.

La fase dell'”ascolto attivo”, quindi, non è caratterizzata esclusivamente dalla narrazione degli insegnanti e dall'ascolto silenzioso del terapeuta. Si tratta piuttosto di una comunicazione “a due vie” in cui ognuno dei protagonisti deve sapere e potere utilizzare un canale comunicativo in uscita e uno in entrata (Quadrino, 2016).

Dopo aver ascoltato, selezionato e riordinato tutto il materiale condiviso è necessario fare un riassunto. Come riportato nella descrizione delle fasi del colloquio vi sono diversi momenti in cui il terapeuta può effettuare un riassunto. In tutti i casi deve essere una sintesi dell'apporto di entrambi gli interlocutori. Non si tratta, però, di una ripetizione abbreviata di ciò che è stato detto, ma piuttosto di un'accurata selezione e riorganizzazione del materiale condiviso al fine di renderlo chiaro a tutti gli interlocutori (Quadrino, 2016). Nel riassumere risulta molto utile riproporre parole dette dall'interlocutore, al fine di dare prova di aver ascoltato, compreso e valorizzato i contenuti del suo messaggio e le sue modalità di espressione. È importante, tuttavia, ripetere solo alcune parole, magari quelle che hanno un forte significato emotivo, e non l'intero schema narrativo, il quale, altrimenti, tende ad irrigidirsi impedendo nuove “letture” della situazione (Quadrino, 2016).

4.1.4. Il contenuto del colloquio: mantenere il focus sul comportamento del bambino

Come già affermato precedentemente, durante l'intero colloquio, l'attenzione deve rimanere rivolta al comportamento del bambino per il quale il colloquio è stato predisposto. Il colloquio, infatti, nelle modalità presentate all'interno di tale elaborato, è un lavoro di “racordo” tra punto di vista degli insegnanti e del terapeuta in riferimento ai comportamenti manifesti del bambino.

Ogni argomento, narrazione, domanda e riassunto deve sempre far riferimento in modo concreto al comportamento del bambino osservato. Come afferma Brazelton (2016), è necessario utilizzare il comportamento del bambino come proprio linguaggio: in questo modo si «crea una comprensione condivisa di ciò che il bambino sta facendo e di ciò che farà» (Brazelton, 2016, p. 35). Il comportamento del bambino e il significato che assieme si dà ad esso sono la base da cui partire per ipotizzare strategie funzionali e per strutturare gli obiettivi condivisi.

4.1.5. Il setting del colloquio di counselling

Il setting di un colloquio è il contesto spazio-temporale in cui si sviluppa la relazione d'aiuto (Calvo, 2007).

Per quanto concerne lo spazio, l'incontro può avvenire in presenza, all'interno degli spazi scolastici o all'interno della struttura sanitaria in cui il terapeuta lavora, oppure a distanza, preferibilmente attraverso videochiamata. L'attuale situazione pandemica ha imposto l'uso della modalità telematica, modalità che si stava comunque già pian piano diffondendo soprattutto nel contesto sanitario. L'incontro da remoto consente, infatti, di risparmiare il tempo dello spostamento, ottimizzando così le ore di lavoro dei professionisti. Inoltre, rimanendo ognuno nel proprio ambiente di lavoro, è possibile mostrare all'interlocutore, attraverso la videocamera, gli spazi e il materiale in modo tale da essere ancora più chiari nella condivisione. Sicuramente, tale modalità, rende più difficoltoso l'instaurarsi di una buona relazione, che, oltre allo scambio di informazioni verbali, prevede anche un contatto fisico e di sguardo e la possibilità di comunicare anche al di fuori dello spazio formale del colloquio. Per questo, è importante che gli incontri da remoto non siano considerati la prima scelta e, anche qualora ne venga riscontrata la necessità, avvengano almeno in videoconferenza e non tramite contatto telefonico, in modo tale che gli interlocutori possano comunque guardarsi negli occhi e recepire, per quanto possibile, anche i messaggi non verbali dati dalla postura, dal tono e dalla mimica. In ogni caso la stanza in cui gli interlocutori si trovano, che sia per parlare tra loro direttamente o attraverso un mezzo informatico, deve essere un luogo tranquillo e riservato, senza troppi rumori di fondo e interferenze, in modo tale che si riesca facilmente a comprendere le parole dell'interlocutore e che venga garantita la riservatezza dei dati condivisi (Calvo, 2007). I colloqui di counselling con gli insegnanti riportati nel prossimo capitolo sono stati svolti tutti in modalità telematica, come raccomandato dalle disposizioni normative dettate dall'emergenza sanitaria in corso.

Per quanto concerne il tempo, il colloquio deve avvenire ad un orario prefissato e con una durata prestabilita a seconda della disponibilità di entrambe le parti coinvolte (Calvo, 2007). È opportuno che ad ogni colloquio di counselling ci si accordi sull'appuntamento successivo. I colloqui di counselling tra terapeuta e insegnanti riportati nel prossimo capitolo hanno tutti la durata di un'ora. Affinché il tempo a disposizione non venga sprecato, il conduttore del colloquio deve equilibrare le fasi dello scambio comunicativo,

definendo quanto approfondire ogni argomento e come collegare i vari argomenti tra loro, ed equilibrare i tempi di parola in modo tale che nessuno dei partecipanti occupi con i propri interventi un tempo eccessivo rispetto agli altri. Per questo, è importante essere capaci, da un lato, di interrompere l'interlocutore senza compromettere la relazione, e, dall'altro, di dosare i propri interventi. Se si vuole che il messaggio pronunciato venga ascoltato e non solo udito è necessario tenere in considerazione anche i tempi attentivi dell'interlocutore: infatti, se il messaggio è troppo lungo o troppo complesso sul piano linguistico e/o strutturale il livello di attenzione di chi ascolta cala automaticamente (Quadrino, 2016).

4.2. Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti

Durante il colloquio di counselling è importante raccogliere i dati emersi, i quali vanno poi sintetizzati e riorganizzati. In questo modo le informazioni condivise rimangono consultabili anche a posteriori sia dagli interlocutori che da tutta l'equipe multidisciplinare e da tutto il gruppo docenti. A tal fine è stato predisposto un modulo per la notazione dei dati condivisi durante le sessioni di counselling con gli insegnanti (*Allegato 2*). Si tratta di un modello semi-strutturato suddiviso in tre sezioni che può essere compilato durante il colloquio o, ancor meglio, a posteriori per una migliore selezione e rielaborazione delle informazioni.

I riferimenti teorici utilizzati per la scelta della strutturazione e dei contenuti di tale modulo sono stati principalmente la *Scheda per il counselling con le famiglie* elaborata dalla dottoressa Scarso a partire dal *Programma per la pratica domiciliare* del modello PACT¹⁰, la *Scheda di pianificazione dell'incontro con la scuola* e il *Verbale di incontro con la scuola*, entrambi proposti dal modello OPeN (Gison et al., 2012). Importanti sono state anche le indicazioni fornite dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dalla SINPIA e dalla Federazione nazionale degli ordini TSRM PSTRP assieme ad AITNE e ANUPI TNPEE nelle linee guida per l'intervento durante l'emergenza Covid-19, soprattutto per

¹⁰ Pre-school Autism Communication Therapy, metodologia di intervento mediata dai genitori progettata per migliorare le competenze di comunicazione sociale nei bambini con Disturbo dello spettro autistico. Lo scopo dell'intervento è quello di guidare i genitori a riconoscere, grazie al video feedback, le "finestre di sviluppo" del proprio bambino al fine di promuovere, durante le naturali interazioni diadiche tra genitore e bambino, lo sviluppo delle competenze comunicative emergenti, supportando, in particolare, l'intenzionalità comunicativa e la comprensione del linguaggio (Scuccimarra et al., 2019)

la scelta di un modello semi-strutturato. La semi-strutturazione, infatti, risulta coerente con la grande variabilità che caratterizza i vari incontri di counselling.

La prima sezione, composta dalle prime due facciate del modulo, contiene dati relativi al servizio, tra cui il nome del terapeuta e il nome del servizio in cui lavora; dati del bambino, tra cui nome, cognome, data di nascita, ordine, grado e classe scolastica frequentata e dati riguardanti il contesto scolastico in cui il bambino è inserito. Per quanto concerne il contesto scolastico vengono raccolte informazioni riguardanti sia le persone con cui il bambino si relaziona, che i tempi, gli spazi e le attività che svolge. Viene riportata la composizione del gruppo classe e del gruppo docenti, l'eventuale presenza dell'insegnante di sostegno e dell'operatore socio-sanitario (o addetto all'assistenza), specificando il numero di ore in cui queste figure affiancano il bambino e da quanto tempo lavorano con lui e l'eventuale coinvolgimento di altre persone diverse da quelle sopracitate. È importante, per il terapeuta, conoscere da quanto tempo queste persone si relazionano con il bambino in quanto varia il grado di conoscenza che hanno del bambino stesso. Inoltre, soprattutto per bambini con deficit di interazione e autoregolazione, la frequente variazione di figure di riferimento può essere un elemento molto destabilizzante, mentre, al contrario, la presenza di figure di riferimento stabili li facilita nell'interazione e nella regolazione. Vengono poi riportati l'orario scolastico del bambino e l'organizzazione della sua giornata scolastica, specificando per ogni attività la fascia oraria, lo spazio (ad esempio, salone o aula della classe) e la dimensione (attività individuale o di gruppo) in cui viene svolta. Questi dati permettono al terapeuta di capire com'è strutturato il tempo e lo spazio scolastico, strutturazione che, se ben realizzata, sostiene aspetti fondamentali della regolazione emotiva e comportamentale, come la prevedibilità e la stabilità.

Tale sezione può essere redatta una sola volta durante l'intero percorso di condivisione tra terapeuta e insegnanti e va ricompilata ogni qualvolta vi siano importanti variazioni riguardanti la frequenza scolastica del bambino, ad esempio per un cambiamento dell'orario scolastico o per una riorganizzazione del personale docente. I dati da riportare in questa sezione possono venire richiesti agli insegnanti durante il primo colloquio o possono essere estrapolati dai racconti degli insegnanti nel corso delle prime sessioni di counselling, integrati eventualmente dalle informazioni fornite dai genitori o dalle

informazioni deducibili dall'osservazione nel contesto scolastico. Molti di questi dati spesso sono rintracciabili anche nel PEI.

La seconda sezione, composta dalle successive quattro facciate, raccoglie i dati di una specifica sessione di counselling di cui va indicato, nell'interazione, il numero. Nella prima facciata della sezione, dopo aver riportato nome, cognome e data di nascita del bambino, vengono raccolti i dati formali della sessione corrente, tra cui data, orario e partecipanti alla sessione e i dati, tra cui data e ora, della sessione successiva, specificando con chi viene concordata. Come sottolineato anche nel paragrafo precedente, infatti, è importante che alla fine di ogni colloquio di counselling venga concordato l'appuntamento successivo, affinché vi sia un periodico confronto e il percorso di condivisione non si arresti per difficoltà organizzative.

Successivamente la sezione si divide in cinque parti. Nelle prime due parti, intitolate rispettivamente *Il bambino nel contesto scolastico* e *Riflessioni con gli insegnanti*, vengono riportate in modo descrittivo le osservazioni degli insegnanti e del terapeuta. Entrambe le parti sono suddivise in due colonne per permettere al terapeuta, nell'atto di compilare il modulo, di riorganizzare i dati condivisi.

Nella parte *Il bambino nel contesto scolastico*, nella prima colonna viene riportata la descrizione del comportamento del bambino fatta dagli insegnanti e, nella seconda colonna, la sintesi delle problematiche emerse dalla descrizione degli insegnanti.

Nella parte intitolata *Riflessioni con gli insegnanti*, invece, vengono riportati, nella prima colonna, i commenti espressi del terapeuta durante il colloquio e, nella seconda colonna, la sintesi delle strategie che sono emerse dalla condivisione tra terapeuta e insegnanti. I commenti del terapeuta, come sottolineato anche nel paragrafo precedente, devono sempre riferirsi alle problematiche esposte dagli insegnanti e avvalersi dei dati emersi dall'osservazione del comportamento del bambino.

Nella terza parte di questa sezione vengono elencati gli obiettivi di lavoro nel contesto scolastico, suddivisi in obiettivi per il bambino e obiettivi per gli insegnanti. Tali obiettivi, come suggerito dal modello PACT, devono essere coerenti con le riflessioni condivise tra terapeuta e insegnanti. Devono, inoltre, essere chiari, concisi e limitati nella quantità. Per aumentare la chiarezza espositiva, può essere utile scrivere gli obiettivi utilizzando alcune parole chiave che sono state utilizzate durante la condivisione. Ogni obiettivo per gli

insegnanti, solitamente, è direttamente collegato ad un obiettivo del bambino: per questo può essere utile riportarli nelle due colonne uno in corrispondenza dell'altro.

Nelle ultime due parti della sezione vengono riportati, rispettivamente, i materiali operativi che il terapeuta può consigliare agli insegnanti e le eventuali annotazioni, riferite soprattutto all'organizzazione del percorso condiviso. Tra i materiali operativi che il terapeuta può proporre troviamo libri di testo, articoli o video informativi per gli insegnanti; giocattoli, strumenti o libretti per le attività con il bambino; materiali per la CAA; check list che l'insegnante può compilare autonomamente e condividere successivamente con il terapeuta.

La terza sezione, che occupa l'ultima facciata del modulo, contiene una sintesi delle problematiche, delle strategie e degli obiettivi condivisi nel colloquio di counselling che può essere consegnata agli insegnanti come promemoria e riferimento per orientare il proprio lavoro. La restituzione può venire consegnata anche ai genitori del bambino, sia nel caso in cui abbiano partecipato all'incontro ma anche nel caso in cui non siano stati presenti, affinché siano al corrente di ciò che è stato condiviso tra i vari contesti di vita del bambino.

PARTE TERZA: CASI CLINICI E DISCUSSIONE DEI RISULTATI

5. I CASI CLINICI

L'esperienza clinica si è svolta in tre differenti Servizi riabilitativi per l'età evolutiva: il Servizio di neuropsichiatria infantile dell'ULSS 3 Serenissima, presso la sede di Camponogara (VE), il Servizio di neuropsichiatria infantile dell'ULSS 6 Euganea, presso il Complesso Socio-Sanitario dei Colli di Padova, l'Associazione "La Nostra Famiglia", presso la sede di Oderzo (TV). In ognuno dei Servizi è stato possibile osservare una differente modalità di svolgimento della condivisione del percorso educativo-terapeutico tra operatori sanitari e operatori scolastici dei bambini in carico.

Vengono di seguito riportati sei casi clinici per i quali è stato possibile seguire parte del percorso di condivisione tra scuola e Servizio riabilitativo e applicare le schede di osservazione e notazione descritte nei capitoli precedenti.

Per ognuno dei casi clinici, vengono riportati brevemente l'anamnesi, la storia clinica e il progetto riabilitativo in atto. Viene successivamente approfondito il percorso di condivisione tra terapisti e insegnanti, del quale viene riportato anche uno schema riassuntivo.



Figura 5 - Legenda dei simboli utilizzati negli schemi riassuntivi

5.1. Andrea

Andrea nasce il 21/04/2016 in Italia da genitori albanesi. Ha un fratello di dodici anni, una sorella maggiore di nove anni e una sorella minore di tre anni, tutti in buona salute.

Nasce alla 40^a settimana gestazionale da parto eutocico. L'indice di APGAR¹¹ è pari a 8, 9, 10 rispettivamente al 1°, 5° e 10° minuto dalla nascita. Viene allattato fin dalla nascita con latte materno e a sei mesi di vita inizia lo svezzamento. Per quanto riguarda lo sviluppo psicomotorio, a otto mesi ha acquisito la posizione seduta in autonomia, a dieci mesi ha iniziato a gattonare, mentre a quattordici mesi è iniziata la deambulazione autonoma. Secondo quanto riportato dai genitori, a quindici mesi sono iniziate le prime lallazioni, mentre verso i due anni di età Andrea ha iniziato a dire le prime parole, tra cui “mamma”, “papà”, “ciao”, “sì” e “no”.

5.1.1. La storia clinica di Andrea e l'attuale progetto riabilitativo

Andrea ha effettuato la prima visita neuropsichiatrica, presso il Servizio territoriale, all'età di tre anni e mezzo, per una richiesta di certificazione da parte della scuola. Anche il pediatra di libera scelta, al bilancio di salute dei tre anni, aveva consigliato una valutazione neuropsichiatrica o psicologica ma i genitori hanno preferito aspettare. Già al bilancio di salute dei due anni la pediatra aveva segnalato un atteggiamento fortemente oppositivo.

Nella relazione per la richiesta di certificazione le insegnanti descrivono Andrea come un bambino che piange molto e che non si consola con nulla, che predilige stare da solo e che non ricerca il contatto né con le insegnanti né con i compagni. Riportano la messa in atto di stereotipie, in particolare con movimenti ripetitivi delle dita o delle mani e il bisogno di avere sempre qualcosa in mano. A scuola, inoltre, non va mai al bagno, non lava le mani, non prende il bicchiere per bere e sembra non riconoscere il suo contrassegno. Non risponde alle consegne, rifiuta di svolgere le attività proposte, i tempi attentivi sono ridotti e durante lo svolgimento di percorsi motori si mostra impacciato nei movimenti, dimostrando uno scarso controllo del proprio corpo.

¹¹ L'indice di APGAR è un valore utilizzato per descrivere le condizioni del neonato nei primi minuti dopo la nascita. Il valore dell'indice di APGAR, che può variare da 0 a 10, si ottiene sommando le valutazioni di cinque parametri: frequenza cardiaca, respiro, tono muscolare, reattività e colorito (Bagnato, 2022)

Alla prima visita neuropsichiatrica la comprensione del linguaggio verbale appare presente per messaggi semplici e migliore nella lingua materna. I genitori riportano che il ritmo sonno-veglia è buono e che il bambino dorme nel suo letto in camera con i fratelli. La dieta è varia ed è autonomo nell'alimentazione, durante la quale utilizza sia le mani che le posate. I genitori riportano, inoltre, che a casa si toglie autonomamente scarpe e vestiti e che lava da solo mani e denti. L'acquisizione del controllo sfinterico, invece, è stata molto difficoltosa: i genitori hanno tolto il pannolino a due anni di età ma il bambino tendeva a trattenere i bisogni.

Dopo questa prima visita, Andrea viene preso in carico dall'equipe 0-3 del Servizio territoriale, che completa la valutazione diagnostica. Viene somministrata l'ADOS¹² da cui emerge un rischio da moderato a grave per Disturbo dello Spettro Autistico. A seguito della valutazione, l'UVMD ha redatto la certificazione di disabilità nella quale viene riportata la diagnosi principale di Autismo infantile (F84.0 dell'ICD-10) e le diagnosi secondarie di Disturbo della comprensione del linguaggio (F80.2 dell'ICD-10) e di Disturbo del linguaggio espressivo (F80.1 dell'ICD-10). Contestualmente, ai fini dell'inclusione scolastica, viene redatta anche la Diagnosi Funzionale (*Allegato 3*).

All'età di quattro anni e mezzo la presa in carico di Andrea passa all'equipe multidisciplinare dedicata ai Disturbi dello Spettro Autistico, di cui fa parte la TNPEE che tuttora segue il bambino. Viene effettuata una valutazione neuropsicomotoria a seguito della quale Andrea inizia il trattamento riabilitativo, costituito da un intervento secondo il modello PACT e da un intervento neuropsicomotorio. In particolare, da gennaio a luglio 2021, sono state svolte sessioni del modello PACT con cadenza bimensile e, contemporaneamente, sedute di terapia neuropsicomotoria individuale con cadenza settimana. Una volta concluso l'intervento PACT, a novembre 2021, Andrea prosegue con l'intervento di terapia neuropsicomotoria individuale a cadenza settimanale. Nello stesso periodo il bambino ha effettuato una valutazione logopedica a cui ha fatto seguito una presa in carico riabilitativa da parte della logopedista dell'equipe autismo.

L'attuale progetto riabilitativo di Andrea prevede sedute di terapia neuropsicomotoria con cadenza settimanale, associate al counselling ai genitori, e sedute di terapia

¹² Autism Diagnostic Observation Schedules. Strumento di valutazione raccomandato dalle Linee Guida internazionali per la conferma diagnostica di sospetto Disturbo dello Spettro Autistico. La valutazione si basa su un'osservazione diretta standardizzata del bambino con prove selezionate in base all'età e al livello linguistico del bambino stesso (Militeri, 2020).

logopedica, sempre con cadenza settimanale. Il progetto riabilitativo prevede inoltre un percorso di counselling con la scuola.

Gli attuali obiettivi dell'intervento neuropsicomotorio sono:

- sostenere i processi di regolazione emotiva e del comportamento, con particolare riferimento alle fasi di transizione;
- implementare gli interessi e l'uso variato dei materiali;
- favorire azioni di gioco simbolico;
- supportare l'attenzione condivisa e l'interazione nella relazione con l'altro.

Gli obiettivi della terapia logopedica, invece, sono:

- supportare l'intenzionalità comunicativa, possibilmente attraverso la comunicazione aumentativa-alternativa;
- supportare i tempi attentivi e di attenzione condivisa nella relazione con l'altro;
- potenziare la comprensione delle richieste verbali e dello scambio comunicativo.

5.1.2. La condivisione con gli insegnanti del percorso educativo-terapeutico di Andrea

Andrea frequenta la classe dei grandi all'interno di una scuola dell'infanzia statale. Il gruppo classe in cui è inserito è composto da 22 bambini di cinque anni di età ed è seguito da un gruppo docenti composto da due insegnanti di sezione e da un insegnante di sostegno.

Il percorso di condivisione tra operatori scolastici e operatori sanitari è iniziato a dicembre 2020 con il primo GLO a cui hanno partecipato entrambe le insegnanti di sezione, l'insegnante di sostegno, la neuropsichiatra, la TNPEE e la madre del bambino. Tale incontro ha permesso all'equipe multidisciplinare di ottenere maggiori informazioni per conoscere Andrea, da integrare ai dati forniti dai genitori e alle indicazioni trasmesse dall'equipe 0-3 che aveva precedentemente in carico il bambino. Durante il GLO viene, inoltre, sottolineata la disponibilità da parte degli operatori sanitari, in particolare della TNPEE, ad effettuare degli incontri periodici per confrontarsi sull'andamento del percorso educativo-terapeutico di Andrea ed eventualmente condividere strategie di lavoro.

Il primo incontro di condivisione tra TNPEE e insegnanti, per l'anno scolastico 2021/2022, è stato effettuato il 14/12/2021 (*Allegato 4*). A gennaio 2022 si è svolta una seconda sessione di counselling tra le insegnanti e la logopedista. Verrà, inoltre, svolto,

nel mese di aprile 2022, un terzo incontro di counselling tra insegnanti e TNPEE. L'insegnante di sostegno, inoltre, parteciperà ad una seduta di terapia neuropsicomotoria, come proposto dalla terapeuta durante il primo colloquio.

Purtroppo, a causa delle restrizioni determinate dalla pandemia di Covid-19 non è stato possibile, prima di iniziare il percorso di condivisione, effettuare un'osservazione del comportamento del bambino nel contesto scolastico da parte della TNPEE.



Figura 6 - Condivisione del percorso educativo-terapeutico di Andrea per l'anno scolastico 2021/2022

5.2. Giovanni

Giovanni nasce il 05/02/2016 in Italia da genitori camerunesi. Ha una sorella minore di due anni di età.

È nato a termine da parto eutocico dopo gravidanza normodecorsa. Subito dopo la nascita ha presentato segni di sofferenza perinatale per i quali è stato ricoverato in TIN¹³. Durante il ricovero sono stati eseguiti un EEG¹⁴, un'ecografia cerebrale e una visita oculistica risultati tutti nella norma. Si è da subito alimentato adeguatamente al seno materno e al biberon, mostrando un regolare accrescimento ponderale. Viene dimesso all'undicesimo giorno di vita in buone condizioni generali. Successivamente ha eseguito

¹³ Terapia Intensiva Neonatale

¹⁴ Elettroencefalogramma

il test dei potenziali uditivi tronco-encefalici (ABR) che ha indicato una funzionalità uditiva nella norma.

5.2.1. La storia clinica di Giovanni e l'attuale progetto riabilitativo

A due anni di vita Giovanni ha iniziato un percorso di valutazione neuropsichiatrica e psicologica presso il servizio di neuropsichiatria della città di residenza, in seguito alla segnalazione di difficoltà comunicative e relazionali da parte delle educatrici dell'asilo nido. La valutazione, però, è stata interrotta dal cambio di residenza della famiglia.

All'età di tre anni il percorso valutativo viene ripreso dal Servizio di neuropsichiatria infantile territoriale, dove tuttora Giovanni è in carico. La valutazione ha portato alla diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico (codice F48.0 dell'ICD10). Dalla valutazione neuropsichiatrica effettuata attraverso la scala CARS¹⁵ e dall'osservazione clinica emerge un quadro autistico di livello medio con discreto potenziale cognitivo non verbale.

Contestualmente alla diagnosi, è stata emessa la certificazione ai fini dell'integrazione scolastica in vista dell'inserimento alla scuola dell'infanzia. All'interno della certificazione viene segnalata la necessità dell'assistenza fornita dall'operatore sociosanitario, consigliando la sua presenza per 12-15 ore alla settimana. Viene, inoltre, specificato che il bambino necessita della costante presenza dell'adulto non essendo in grado di svolgere autonomamente i compiti propri dell'età. Ai fini dell'integrazione scolastica viene compilata dall'equipe multidisciplinare anche la Diagnosi Funzionale (*Allegato 5*).

Conclusa la valutazione, all'età di tre anni e mezzo inizia il trattamento neuropsicomotorio, presso il Servizio di neuropsichiatria infantile territoriale. Il programma riabilitativo prevedeva due sedute di terapia neuropsicomotoria individuale alla settimana, con la presenza di un genitore in stanza di terapia, e periodici incontri di condivisione con gli insegnanti. Da dicembre 2020 il trattamento neuropsicomotorio è stato sospeso per impossibilità da parte dei genitori di portare avanti i diversi impegni; tuttavia, la terapeuta ha continuato ad incontrare gli insegnanti. Da questo momento, infatti, Giovanni inizia un percorso valutativo, a cui seguirà una presa in carico

¹⁵ Childhood Autism Rating Scale. Scala di valutazione del comportamento utilizzata come strumento diagnostico per convalidare l'ipotesi di Disturbo dello Spettro Autistico e definirne il grado di gravità.

riabilitativa, con una psicologa-psicoterapeuta e consulente ABA¹⁶ presso un centro riabilitativo privato. Tale intervento individualizzato è volto soprattutto a sviluppare una forma di comunicazione aumentativo-alternativa che possa aiutare Giovanni ad esprimersi.

Ad ottobre 2021 viene effettuata una rivalutazione da parte della TNPEE a cui segue una ripresa del trattamento neuropsicomotorio. Nello stesso periodo Giovanni effettua, sempre presso il Servizio territoriale, una valutazione logopedica, a seguito della quale è iniziata una presa in carico riabilitativa da parte della logopedista con una seduta di terapia logopedica alla settimana.

Il programma riabilitativo neuropsicomotorio in atto prevede sedute di terapia a cadenza settimanale e i seguenti obiettivi terapeutici:

- stabilizzare e mantenere i processi di regolazione del comportamento;
- ampliare gli interessi;
- sostenere i processi imitativi;
- supportare l'utilizzo funzionale dell'oggetto;
- supportare l'attenzione condivisa.

5.2.2. La condivisione con gli insegnanti del percorso educativo-terapeutico di Giovanni

Giovanni frequenta la classe dei grandi all'interno di una scuola dell'infanzia statale. È inserito in una sezione di 26 bambini della sua stessa età, la quale è seguita da due insegnanti curricolari e da un'insegnante di sostegno.

Il percorso condiviso tra operatori scolastici e operatori sanitari, finalizzato a migliorare l'inclusione di Giovanni nel contesto scolastico e a generalizzare le competenze emergenti, è iniziato durante il primo anno di frequenza scolastica a seguito del primo GLO. Tale GLO, valutate le istanze degli insegnanti, ha stabilito la presenza, nel progetto riabilitativo, di incontri di counselling con cadenza bimestrale tra la TNPEE e gli insegnanti. Il progetto è stato poi esteso anche agli anni scolastici successivi.

Il percorso di condivisione per anno scolastico 2021-2022 è iniziato con un'osservazione del bambino nel contesto scolastico (*Allegato 6*), da parte della terapeuta, a cui ha fatto seguito una prima sessione di counselling (*Allegato 7*). Come accordato

¹⁶ Applied Behavioral Analysis. Metodo utilizzato per il trattamento dei Disturbi dello Spettro Autistico basato sulle teorie comportamentali.

durante l'incontro in videoconferenza, l'insegnante di sostegno ha assistito ad una seduta di terapia per poter osservare in prima persona l'applicazione pratica di alcuni concetti teorici che erano stati condivisi durante la prima sessione di counselling. Successivamente è stata effettuata una seconda sessione di counselling (*Allegato 8*) a cui farà seguito, come concordato, una seconda partecipazione, da parte dell'insegnante di sostegno, ad una seduta di terapia neuropsicomotoria. È in programma, inoltre, una terza sessione di counselling con gli insegnanti.

Ad entrambi gli incontri di counselling svolti era presente esclusivamente l'insegnante di sostegno, la quale si è dimostrata molto collaborativa ed interessata alla condivisione: ha sempre partecipato attivamente portando esempi concreti del suo lavoro con Giovanni, chiedendo consigli e ascoltando con interesse le riflessioni della terapeuta.



Figura 7 - Condivisione del percorso educativo-terapeutico di Giovanni per l'anno scolastico 2021/2022

5.3. Giacomo

Giacomo nasce il 09/05/2017 in Italia da genitori marocchini. Ha un fratello minore di cinque mesi di età.

È nato a termine da parto distocico con uso di ventosa per riduzione della frequenza cardiaca fetale. È stato allattato con latte materno fino a diciotto mesi e a sei mesi di età è iniziato lo svezzamento con selettività alimentare. Per quanto riguarda lo sviluppo psico-motorio i genitori riportano che il cammino autonomo è stato acquisito a dodici mesi e che le prime lallazioni sono state prodotte all'età di due anni.

5.3.1. La storia clinica di Giacomo e l'attuale progetto riabilitativo

All'età di due anni e otto mesi Giacomo inizia a frequentare il primo anno della scuola dell'infanzia come anticipatario. Da subito le insegnanti hanno notato una tendenza all'isolamento con assenza di ricerca del contatto con i pari, assenza di risposta al nome, gioco monotono e ripetitivo, linguaggio e intenzionalità comunicativa quasi assenti e necessità di aiuto in tutte le attività della routine quotidiana.

Su indicazione delle insegnanti effettua subito una valutazione neuropsichiatrica privatamente, dalla quale emerge la presenza di un Disturbo dello Spettro Autistico (F84.0 dell'ICD-10). Contestualmente alla diagnosi vengono date indicazioni per approfondimenti diagnostici. La valutazione specialistica, effettuata presso l'ospedale infantile "Burlo Garofolo" di Trieste, conferma la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico con intensità dei sintomi elevata e immaturità globale dello sviluppo. È stata proposta alla madre la scala Vineland-II da cui emerge un funzionamento adattivo generale del bambino basso. È stata, inoltre, condotta un'osservazione diagnostica mediante l'ADOS-2, il cui punteggio totale è risultato pari a 21, superiore al cut off per autismo.

Nel frattempo, a febbraio 2020, viene preso in carico dall'Associazione "La Nostra Famiglia" di Oderzo, dove tuttora viene seguito in regime ambulatoriale. Quando arriva in struttura, all'età di tre anni, Giacomo conosce qualche parola che viene prodotta soprattutto su imitazione o comunque utilizzata in modo non contestualizzato. Emette suoni e vocalizzi poco modulati. Comprende gli ordini verbali solo se accompagnati da indicazioni gestuali. È presente il pointing indicativo e un uso strumentale dell'adulto. Non tollera la separazione dal genitore e mette in atto agiti eteroaggressivi nei confronti del genitore che rimane con lui. Il contatto oculare, la ricerca dell'altro e l'attenzione condivisa sono quasi assenti. Le autonomie personali sono scarse: non mangia da solo, dorme nel lettone con i genitori con frequenti risvegli notturni e non è ancora stata raggiunta la continenza sfinterica. Per quanto concerne l'area senso-percettiva, è presente una forte selettività alimentare e la ricerca di stimolazioni sensoriali con suoni e luci. Il gioco è monotono e ripetitivo, caratterizzato da manipolazione a finalistica e riordino degli oggetti per categoria e colore.

Dopo la prima visita neuropsichiatrica, vengono effettuate, a distanza di alcuni mesi a causa delle restrizioni determinate dalla pandemia da Covid-19, una valutazione

psicodiagnostica, una valutazione neuropsicomotoria e una valutazione logopedica. Vengono, inoltre, redatte la certificazione di disabilità e la Diagnosi Funzionale (*Allegato 9*) ai fini dell'inclusione scolastica.

A partire da ottobre 2020 Giacomo inizia il trattamento psico-educativo in setting neuropsicomotorio strutturato, con cadenza bisettimanale, al fine di modificare i comportamenti disfunzionali presenti, come la fuga e l'auto e eterolesionismo. Da gennaio 2021 inizia, inoltre, il trattamento neuropsicomotorio con un'altra TNPEE, sempre con frequenza bisettimanale. Entrambi i trattamenti proseguono parallelamente con sedute individuali e incontri con i genitori. A causa della pandemia e delle difficoltà familiari nell'accompagnare il bambino alle terapie, da marzo a giugno 2021 il trattamento è stato svolto in parte da remoto. Gli incontri da remoto, a cui partecipavano entrambe le colleghe, erano finalizzati ad osservare il contesto familiare e a dare indicazioni sulle modalità di interazione e di gioco.

Attualmente il progetto riabilitativo di Giacomo prevede diversi ambiti di intervento. Proseguono il trattamento psico-educativo e il trattamento neuropsicomotorio, rispettivamente con frequenza bisettimanale e settimanale. A partire da febbraio 2022 Giacomo inizia il trattamento logopedico a cadenza settimanale. Sono, inoltre, previsti incontri con i genitori da parte della psicologa e delle terapisti, per dar loro indicazioni in merito alla gestione dei comportamenti problema e per suggerire strumenti e strategie facilitanti per la comunicazione. Il progetto prevede, inoltre, durante l'anno scolastico, la partecipazione ai GLO da parte di almeno un operatore sanitario (necessariamente la psicologa o la neuropsichiatra) e uno o più incontri tecnici tra i terapisti e gli insegnanti.

Gli obiettivi del trattamento neuropsicomotorio nel progetto riabilitativo in atto sono:

- sostenere i segnalatori comunicativo-sociali (attenzione congiunta, emozione condivisa, richiesta, uso dello sguardo, contatto oculare);
- ampliare gli interessi del bambino per gli oggetti ed aumentare le azioni funzionali possibili con questi;
- favorire un'adeguata regolazione emotivo-comportamentale (seguire la routine del setting e la conclusione dell'attività);
- aumentare i tempi di permanenza sul gioco e i tempi di attesa;
- sostenere la comprensione e la comunicazione non verbale (uso dello sguardo e dei gesti) e verbale (parola-frase).

Gli obiettivi del trattamento psico-educativo sono:

- sostenere la separazione dalla figura genitoriale;
- favorire uno stato di benessere del bambino e ricreare una relazione positiva sia nei confronti della terapeuta che della stanza e del materiale;
- aumentare i tempi di lavoro al tavolo promuovendo l'attenzione congiunta e il divertimento condiviso;
- promuovere la riduzione dei comportamenti disfunzionali;
- favorire l'imitazione vocale e gestuale con e senza oggetti;
- favorire la comunicazione verbale e non verbale sia espressiva che recettiva.

Fin dalle prime sedute di terapia, infatti, la mamma è sempre rimasta in stanza: da un lato, per permetterle di osservare eventuali strategie funzionali o attività da riprodurre anche a casa, dall'altro, per l'impossibilità, da parte del bambino, di separarsi dalla figura di riferimento. La gravidanza della mamma ha reso necessario un lavoro per favorire la separazione. L'assenza del genitore in stanza, probabilmente correlata anche alle difficoltà fisiche della mamma, ha determinato in Giacomo un periodo di malessere, in cui il bambino si mostrava sempre triste, arrabbiato, irrequieto e infastidito. Gradualmente il bambino ha accettato l'assenza della figura di riferimento in stanza di terapia e ha iniziato ad essere più calmo e sereno. Parte degli obiettivi dell'intervento psico-educativo sono, perciò, stati raggiunti. Ora la terapeuta sta ricominciando a formulare delle richieste con semplici attività strutturate, permettendo sempre al bambino di scegliere, attraverso le immagini, la prima attività da svolgere.

Per quanto riguarda il trattamento logopedico, è in corso un periodo di rivalutazione finalizzato a definire gli obiettivi di intervento da condividere con i genitori. In generale, l'intervento mirerà a facilitare la comunicazione di Giacomo, sia espressiva che recettiva, tramite l'utilizzo di supporti visivi.

5.3.2. La condivisione con gli insegnanti del percorso educativo-terapeutico di Giacomo

Giacomo frequenta la classe dei medi (secondo anno) presso una scuola dell'infanzia statale. Il primo anno di scuola dell'infanzia Giacomo lo ha svolto presso un altro istituto scolastico.

Per l'anno scolastico 2021/2022 il primo incontro GLO a cui hanno partecipato anche gli operatori sanitari si è svolto il 15/02/2022 (*Allegato 10*). A tale incontro erano presenti

un insegnante di sezione, l'insegnante di sostegno, la psicologa e la TNPEE che svolge con Giacomo l'intervento psico-educativo. È stato il primo incontro di conoscenza tra le nuove insegnanti e gli operatori sanitari durante il quale è stato possibile condividere, da un lato, informazioni riguardanti la frequenza scolastica di Giacomo, la strutturazione degli ambienti scolastici e le figure con cui il bambino si relaziona nel contesto scolastico e, dall'altro, informazioni riferite ai trattamenti previsti dal progetto riabilitativo in atto. Durante tale incontro è stato proposto alle insegnanti un secondo appuntamento per poter condividere strumenti e strategie anche con la logopedista e l'altra TNPEE che ha in carico il bambino.

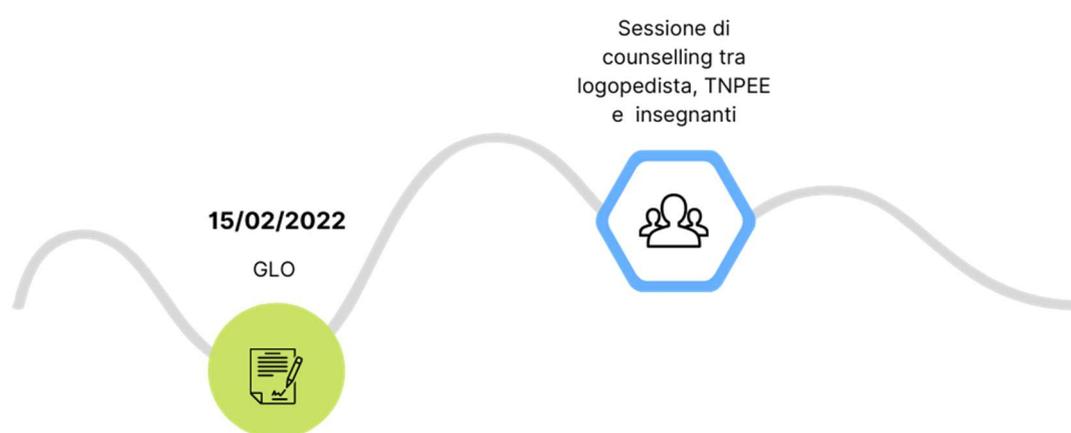


Figura 8 - Condivisione del percorso educativo-terapeutico di Giacomo per l'anno scolastico 2021/2022

5.4. Tommaso

Tommaso nasce il 02/03/2016 in Italia da genitori indiani. Ha un fratello maggiore di nove anni di età.

È nato da parto spontaneo alla 38^a settimana gestazionale. La gravidanza è decorsa con depressione della madre al quinto mese per grave lutto familiare. L'allattamento materno, iniziato subito dopo la nascita, si è protratto fino al terzo anno d'età.

Lo sviluppo motorio è riferito nella norma con acquisizione della deambulazione autonoma a undici mesi d'età. Lo sviluppo del linguaggio è riferito dai genitori in ritardo con comparsa delle prime parole a circa due anni e mezzo e in successiva lenta evoluzione. Il ritmo sonno-veglia è regolare e il controllo sfinterico diurno è stato acquisito all'età di quattro anni. Si segnalano, inoltre, svezzamento difficoltoso e alimentazione tendenzialmente selettiva.

5.4.1. La storia clinica di Tommaso e l'attuale progetto riabilitativo

Su consiglio della pediatra, nel novembre 2018 i genitori di Tommaso si sono rivolti al Servizio territoriale di neuropsichiatria infantile per le difficoltà linguistiche e di relazione manifestate dal bambino. Dalla valutazione neuropsichiatrica e neuropsicomotoria emergono scarse capacità adattive e di comunicazione. Il bambino appare molto dispersivo e iperattivo, non si volta se chiamato e non esegue consegne, non indica e non imita, non parla e non emette suoni. Riesce a mantenere un contatto oculare ma lo sguardo è spesso sfuggente; in alcune occasioni si mostra capace di attenzione condivisa. Durante il gioco, l'uso dell'oggetto è di tipo sensoriale o funzionale. Si eccita di fronte a determinati giochi mettendo in atto stereotipie motorie quali saltelli e sfarfallio delle braccia. Tende a stabilire un rapporto simbiotico con la madre, si calma solo in braccio a lei e si attacca al seno quando lo desidera, ma non la ricerca per scambi interattivi nel gioco. A casa passa molto tempo davanti alla televisione o ai videogiochi, gioca poco con il fratello in quanto tende a giocare da solo e ad essere molto possessivo rispetto ai giocattoli. La madre riporta, inoltre, un uso strumentale dell'adulto e una scarsa tolleranza alla frustrazione con lievi agiti etero-aggressivi.

Considerate le difficoltà del bambino, viene attivato il percorso ai fini dell'integrazione scolastica e viene proposto ai genitori un approfondimento presso un centro specializzato nell'autismo e nei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo, convenzionato con il Servizio territoriale. L'osservazione clinica e la valutazione strumentale, effettuate presso tale Centro ad ottobre 2019, confermano le difficoltà del bambino, rilasciando la diagnosi di Disturbo Generalizzato dello Sviluppo (F84.9 dell'ICD-10). Il punteggio ottenuto all'ADOS-2 è, infatti, superiore al cut-off per autismo. Rispetto alla prima valutazione lo sviluppo del bambino appare in buona evoluzione. I genitori, infatti, riferiscono che Tommaso produce qualche parola anche se non in modo contestualizzato, che tende ad imitare e a giocare di più con il fratello e che si ferma dinnanzi ad una negazione posta dalla madre. È presente la risposta al nome e l'attenzione condivisa, indica per chiedere e porge l'oggetto all'adulto per ottenere aiuto. Il bambino inizia un percorso riabilitativo presso il Centro, che viene però interrotto per difficoltà logistiche dei genitori.

Nell'estate 2020 viene preso in carico dall'Associazione "La Nostra Famiglia" di Oderzo. Alla prima visita neuropsichiatrica si rileva una lieve instabilità motoria e attentiva, con tendenza a passare da un'attività all'altra. Il contatto oculare è possibile ma

incostante, migliora nel gioco senso-motorio durante il quale sono possibili occasioni di divertimento condiviso. Mette in atto brevi sequenze di gioco imitativo-simbolico e durante il gioco, a volte, si mostra disponibile alla relazione attraverso lo scambio di materiale. L'attenzione al messaggio verbale è ridotta, non sono state udite parole ma canticchia durante il gioco. È molto attratto dalla musica e attento ai suoni ambientali.

Vengono consigliate una valutazione psicologica, una valutazione neuropsicomotoria e una valutazione logopedica per approfondire gli aspetti relazionali, attentivi, cognitivi e linguistici. Dalla somministrazione del PEP-3¹⁷ emerge un'attività di sviluppo pari a 17 mesi nell'area della comunicazione con un livello adattivo grave, un'età di sviluppo di 28 mesi nell'area della motricità con un livello adattivo di moderata gravità, mentre nell'area dei comportamenti disadattivi il livello adattivo è grave soprattutto nei comportamenti verbali caratteristici.

Concluse le valutazioni, a partire da febbraio 2021, Tommaso inizia il trattamento psico-educativo in setting neuropsicomotorio strutturato e il trattamento logopedico, entrambi a cadenza settimanale (era stata proposta una cadenza bisettimanale ma la famiglia ha rifiutato per difficoltà ad accedere al servizio). Viene inoltre posta la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico (F84.0 dell'ICD-10) e viene redatta la Diagnosi Funzionale (*Allegato 11*).

Gli obiettivi dell'intervento logopedico sono:

- favorire la comprensione globale;
- favorire la comunicazione funzionale di bisogni e necessità;
- favorire l'avvio del percorso di CAA in entrata ed in uscita;
- favorire l'aumento del bagaglio linguistico.

Gli obiettivi del trattamento psico-educativo sono:

- favorire l'interazione con l'operatore, l'attenzione congiunta e condivisa, l'iniziativa, l'imitazione e la reciprocità;
- identificare i rinforzatori;
- favorire l'evoluzione del gioco;

¹⁷ Psychoeducational Profile - Third Edition. È uno strumento valutativo utile per la raccolta delle informazioni per la conferma della diagnosi, per stabilire i livelli di sviluppo e di adattamento del bambino e per determinare i punti di forza e di debolezza per la formulazione del piano educativo più adeguato. Fa parte dei materiali TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren) per la valutazione e l'intervento psico-educativo per bambini con Disturbo dello Spettro Autistico.

- favorire l'intenzionalità comunicativa, anche attraverso l'uso di supporti visivi, la comprensione situazionale e di richieste semplici e l'evoluzione del linguaggio verbale sia espressivo che recettivo;
- sviluppare abilità didattiche.

Ad oggi parte di tali obiettivi sono stati raggiunti, nonostante la frequenza incostante alle sedute di terapia. In particolare, sono stati individuati alcuni rinforzatori ed è migliorata l'interazione con la terapeuta anche se questa va ancora sostenuta e ricercata altrimenti il bambino tenderebbe a giocare da solo. Se guidato, inoltre, riesce a far evolvere il gioco, accettando le variazioni proposte e introducendo variazioni su iniziativa personale. Nell'ambito della comunicazione è migliorata la comprensione se mediata da supporti visivi, mentre la produzione è ancora limitata a pochi vocaboli prodotti soprattutto in ecoico. L'imitazione, infatti, come confermato anche dalle insegnanti durante l'incontro di condivisione svolto, è buona sia per quanto riguarda il canale vocale che per il canale gestuale e l'utilizzo degli oggetti. È stato avviato il percorso di CAA attraverso l'uso di supporti visivi. In particolare, è stato costruito un quaderno personalizzato per la comunicazione il cui utilizzo è stato generalizzato all'interno del Servizio. Attualmente si sta cercando di far partecipare alle sedute di logopedia un genitore perché l'uso del quaderno possa essere generalizzato anche a casa una volta trasmessa ai genitori l'importanza di tale strumento per il bambino.

A partire da marzo 2022, Tommaso ha iniziato anche il trattamento neuropsicomotorio a cadenza settimanale. La terapeuta, durante le prime sedute, sta rivalutando il bambino per definire gli obiettivi di intervento da condividere in equipe e con la famiglia.

5.4.2. La condivisione con gli insegnanti del percorso educativo-terapeutico di Tommaso

Giacomo frequenta la classe dei grandi presso la scuola dell'infanzia paritaria dove è inserito da gennaio 2019. La sua sezione è composta da 25 bambini della sua stessa età ed è seguita da un'insegnante curricolare e da un'insegnante di sostegno.

Il percorso di condivisione tra operatori scolastici e operatori sanitari prevede gli incontri del GLO e uno o più incontri tecnici tra terapisti e insegnanti. Per l'anno scolastico 2021/2022, il 23/02/2022 viene effettuato il primo GLO a cui hanno partecipato gli operatori sanitari. In particolare, erano presenti la psicologa e la logopedista (*Allegato 12*). Durante l'incontro viene proposto alle insegnanti un secondo appuntamento,

denominato incontro tecnico, a cui parteciperanno le due TNPEE con cui il bambino svolge l'intervento neuropsicomotorio e l'intervento psico-educativo.

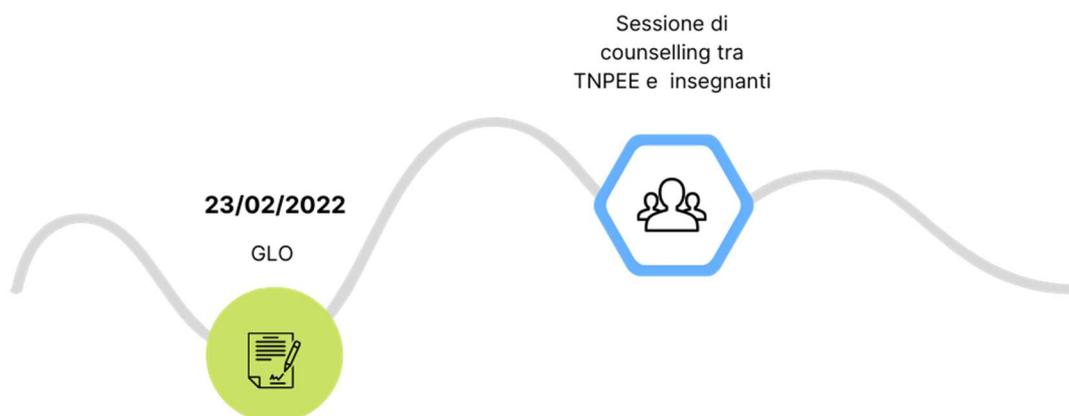


Figura 9 - Condivisione del percorso educativo-terapeutico di Tommaso per l'anno scolastico 2021/2022

5.5. Anna

Anna nasce il 30/06/2017 in Italia da genitori rumeni. È nata a termine da parto cesareo per presentazione podalica. Il peso alla nascita era di 2,5 kg.

Per quanto riguarda lo sviluppo psicomotorio e l'acquisizione delle autonomie, i genitori riportano che Anna ha iniziato a camminare a 18 mesi, che il ritmo sonno-veglia è regolare e che l'alimentazione è varia. L'addormentamento avviene nel letto dei genitori guardando la Televisione, attività che fa molto spesso a casa. Va segnalata, inoltre, un'ipotonìa distale, soprattutto a carico delle mani: Anna, infatti, fatica ad eseguire compiti quali schiacciare lo sciacquone o allacciare una cerniera che richiedono una discreta forza nelle mani.

5.5.1. La storia clinica di Anna e l'attuale progetto riabilitativo

Anna arriva al Servizio territoriale all'età di tre anni e quattro mesi, inviata dal Pediatra di libera scelta. Viene effettuata una prima visita neuropsichiatrica a seguito della quale inizia la valutazione neuropsicomotoria. La valutazione ha portato alla diagnosi di Sindrome da alterazione globale dello sviluppo psicologico non specificato (F84.9 dell'ICD-10). Contestualmente alla diagnosi, ai fini dell'inclusione scolastica, è stata emessa la certificazione di disabilità e la Diagnosi Funzionale (*Allegato 13*).

Concluso il percorso valutativo, Anna viene presa in carico, per il trattamento riabilitativo, dalla TNPEE del Servizio territoriale e dalla logopedista di un centro convenzionato con il Servizio.

L'attuale progetto riabilitativo, in vigore dal mese di ottobre 2021, prevede una seduta di terapia neuropsicomotoria e una seduta di logopedia alla settimana, con le terapisti del Servizio territoriale.

Gli obiettivi del trattamento neuropsicomotorio sono:

- aumentare la flessibilità e allargare la quantità di interessi e di giochi motivanti;
- favorire l'accettazione dell'intrusione dell'altro nel gioco o nell'attività;
- sostenere l'attenzione condivisa.

Gli obiettivi del trattamento logopedico sono:

- aumentare la comprensione di semplici consegne;
- aumentare il bagaglio lessicale;
- contenere la vocalizzazione indifferenziata;
- rafforzare l'ecoico;
- favorire l'imitazione motoria di gesti o di azioni con oggetto;
- sostenere comprensione e la produzione tramite CAA, in particolare attraverso l'uso delle immagini.

5.5.2. La condivisione con gli insegnanti del percorso educativo-terapeutico di Anna

Anna frequenta la classe dei medi (2° anno) della scuola dell'infanzia. È inserita in una sezione composta da 22 bambini della sua stessa età. Il gruppo classe è seguito da due insegnanti di sezione e da un insegnante di sostegno, oltre ad un insegnante che si occupa dell'attività motoria.

La condivisione del percorso educativo-terapeutico di Anna tra gli operatori scolastici e gli operatori sanitari avviene attraverso gli incontri del GLO, come previsti dalla normativa vigente. Per l'anno scolastico 2021/2022, il 04/11/2021 si è svolto il GLO iniziale a seguito del quale è stato redatto il PEI. Il 23/02/2022 si è svolto il GLO intermedio, del quale è stato compilato il *Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti (Allegato 14)*. Entro la fine del mese di giugno verrà effettuato il GLO finale.



Figura 10 - Condivisione del percorso educativo-terapeutico di Anna per l'anno scolastico 2021/2022

5.6. Pietro

Pietro nasce il 30/01/2016 in Italia da genitori nigeriani. Ha un fratello minore di tre anni di età affetto da Disturbo dello Spettro Autistico.

5.6.1. La storia clinica di Pietro e l'attuale progetto riabilitativo

Pietro inizia il percorso valutativo presso il Servizio territoriale a maggio 2019 a conclusione del quale viene emessa la diagnosi di Sindrome non specificata dello sviluppo psicologico (F84.9 dell'ICD-10). Contestualmente alla diagnosi, ai fini dell'inclusione scolastica, vengono redatte la certificazione di disabilità e la Diagnosi Funzionale (*Allegato 15*).

Concluso il percorso valutativo, Pietro inizia subito il trattamento riabilitativo con la TNPEE del Servizio. A settembre 2019 cambia terapeuta, con la quale prosegue il trattamento neuropsicomotorio che viene poi interrotto da marzo a settembre 2020 a causa della pandemia da Covid-19. Da gennaio 2020 ad ottobre 2021 l'intervento riabilitativo si è svolto in semiresidenza: un giorno a settimana Pietro rimaneva dalle 8.30 alle 14.30 presso il Servizio per effettuare le sedute di terapia e per svolgere un lavoro intensivo sulle autonomie. L'attuale progetto terapeutico, in vigore da ottobre 2021, prevede sedute di terapia psico-educativa con cadenza settimanale, oltre ad interventi indiretti con i genitori e la scuola. L'intervento neuropsicomotorio diretto è stato interrotto per proporre al bambino un intervento più strutturato anche in vista dell'inserimento alla scuola primaria. Pietro nella stanza di terapia neuropsicomotoria era molto sollecitato da tutto il materiale sensomotorio che lo stimolava a livello sensoriale ed il bambino faticava a concentrarsi e a regolarsi per proposte cognitive più strutturate a tavolino.

Gli attuali obiettivi della terapia psico-educativa sono:

- allungare i tempi di permanenza delle attività a tavolino e i tempi di attesa del bambino;
- fornire a Pietro dei rinforzi affinché porti a termine semplici attività;
- favorire il contatto oculare.

Per diminuire l'iperattività, gli episodi di fuga e la frequenza, l'intensità e la durata delle stereotipie, a partire da febbraio 2022, è stato, introdotto un trattamento farmacologico, attualmente in fase di modifica. Inoltre, a sostegno dell'intervento educativo, la madre ha recentemente partecipato ad un percorso di Parent Training.

5.6.2. La condivisione con gli insegnanti del percorso educativo-terapeutico di Pietro

Pietro frequenta la classe dei grandi presso la scuola dell'infanzia del paese di residenza. È inserito all'interno di una classe omogenea per età, seguita da un'insegnante di sezione e da un'insegnante di sostegno.

Il percorso di condivisione tra operatori scolastici e operatori sanitari avviene innanzitutto attraverso gli incontri del GLO, come previsti dalla normativa vigente. Per l'anno scolastico 2021/2022, il 25/10/2021 si è svolto il GLO iniziale, mentre il 07/02/2022 si è svolto il GLO intermedio, del quale è stato compilato il *Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti (Allegato 16)*. Verrà, inoltre, programmato un ulteriore incontro del GLO entro la fine del mese di giugno, a cui parteciperanno, come negli incontri precedenti, sia la TNPEE che l'educatore del Servizio territoriale.

Oltre a tali incontri di GLO, terapisti e insegnanti rimangono in contatto, durante tutto l'anno scolastico, tramite telefonate ed e-mail per confrontarsi sull'andamento scolastico e riabilitativo del bambino, soprattutto dal momento in cui è stata modificata la terapia farmacologica, in modo tale da riconoscere eventuali miglioramenti o peggioramenti. Le insegnanti si sono sempre dimostrate molto disponibili e interessate al confronto e alla collaborazione. Nelle varie occasioni di confronto hanno sempre mostrato un grande impegno affinché la proposta educativo-terapeutica sia coerente con i bisogni di Pietro. In particolare, durante quest'anno scolastico, stanno sostenendo l'utilità della permanenza di Pietro per un altro anno scolastico alla scuola dell'infanzia.



Figura 11 - Condivisione del percorso educativo-terapeutico di Pietro per l'anno scolastico 2021/2022

6. DISCUSSIONE

L'esperienza clinica, svoltasi presso tre differenti Servizi di riabilitazione per l'età evolutiva, ha permesso di osservare il percorso di condivisione tra TNPEE e insegnanti di sei bambini, con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico, che frequentano la scuola dell'infanzia. Durante il percorso è stato possibile utilizzare, per la raccolta dei dati, le schede presentate nel terzo e quarto capitolo di tale elaborato.

L'analisi dei diversi percorsi di condivisione, messi in atto per ciascuna delle situazioni cliniche presentate nel capitolo precedente, ha permesso di delineare una valida metodologia di lavoro per la collaborazione tra operatori sanitari e operatori scolastici. È stato, inoltre, possibile riflettere sull'utilità degli strumenti proposti ed evidenziarne le criticità.

6.1. I casi clinici

Le differenti situazioni cliniche osservate sono accomunate dall'età e dalla tipologia di patologia dei pazienti. Le schede di osservazione e di raccolta dati sono state, perciò, applicate esclusivamente a soggetti con Disturbi dello Spettro Autistico, con livelli di gravità differenti. L'analisi di diversi modi di fare rete con bambini frequentanti lo stesso grado di istruzione e caratterizzati da deficit simili ha facilitato il confronto tra le diverse metodologie di lavoro osservate. Inoltre, l'impostazione semistrutturata della *Scheda di osservazione del comportamento del bambino nell'ambiente scolastico* e del *Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti* rende tali strumenti facilmente adattabili alle caratteristiche del singolo bambino.

Non è stato possibile valutare la validità degli strumenti nell'ambito delle patologie neuromotorie. In questo caso, sarebbe necessario integrare la scheda di osservazione e il modulo di notazione dati con una sezione specifica relativa all'assetto posturale e alle abilità motorio-prassiche, con particolare riferimento all'utilizzo di ausili e ortesi.

6.2. Il percorso di condivisione

La scuola e il servizio di riabilitazione sono i contesti che caratterizzano prevalentemente la quotidianità del bambino disabile, affiancando la famiglia nel processo di sviluppo del bambino. La collaborazione tra gli operatori scolastici e gli

operatori sanitari avviene attraverso diverse modalità, determinate dalle esigenze del bambino, dalle direttive interne del Servizio sanitario e dalla disponibilità dell'istituto scolastico. Grazie alla possibilità di svolgere l'esperienza clinica in diversi Servizi di riabilitazione per l'età evolutiva, è stato possibile osservare differenti modalità di fare rete tra i terapeuti e la scuola. Dall'analisi di tali percorsi è stato possibile delineare una valida metodologia per il lavoro di rete tra TNPEE e insegnanti.

Come descritto nel primo capitolo di tale elaborato, la normativa prevede che, per ogni alunno disabile, venga costituito un Gruppo di Lavoro Operativo (GLO) composto dal dirigente o coordinatore scolastico, dal gruppo docenti della sezione, dai genitori dell'alunno, dai componenti dell'UVDM, dall'assistente all'autonomia ed alla comunicazione, quando previsto, e da eventuali esperti indicati dalla famiglia. Tra gli "esperti" possono essere indicati i terapeuti di servizi pubblici o privati che hanno in carico il bambino. Il GLO si riunisce all'inizio dell'anno scolastico, entro il 30 ottobre, per l'approvazione del PEI e alla fine dell'anno scolastico, entro il 30 giugno, per la verifica finale del percorso e per la formalizzazione delle proposte relative al fabbisogno di risorse professionali per il sostegno e l'assistenza per l'anno successivo. Gli incontri del GLO divengono delle ottime occasioni di confronto sull'andamento educativo, didattico e riabilitativo del bambino tra insegnanti, assistenti, genitori, clinici e terapeuti. All'interno del percorso di condivisione annuale, gli incontri del GLO si pongono come dei punti di raccordo, essenziali per un confronto tra tutte le figure che si occupano del bambino nei diversi contesti di vita. Per questo motivo, soprattutto per bambini in età pre-scolare con disabilità di grado medio-grave sui quali un intervento intensivo e generalizzato può essere fondamentale per una buona evoluzione, può essere utile, oltre agli incontri del GLO iniziale e finale, svolgere anche almeno un incontro intermedio.

Gli incontri del GLO possono essere integrati da altri momenti di condivisione. Gli argomenti trattati durante gli incontri del GLO, infatti, fanno spesso riferimento alla gestione delle risorse e toccano in modo generale alcuni temi inerenti ai bisogni del bambino.

Oltre agli incontri del GLO, durante l'anno scolastico, possono essere programmati altri incontri di confronto che coinvolgono gli insegnanti di sezione, l'insegnante di sostegno, il terapeuta che ha in carico il bambino ed eventualmente l'Operatore Socio Sanitario (OSS). La presenza di tali figure permette la creazione di un'alleanza tra

operatori, basata sulla costruzione di una comprensione condivisa del comportamento del bambino.

Ai genitori viene data la possibilità di partecipare a questi incontri di counselling. La famiglia, infatti, svolge un ruolo molto importante sia nel processo di inclusione scolastica sia nel percorso riabilitativo dell'alunno con disabilità, in quanto può fornire preziose informazioni e intervenire nel contesto domestico.

Durante gli incontri di counselling, terapisti e insegnanti ricercano assieme le strategie educativo-terapeutiche più funzionali a partire dai dati rilevati dall'osservazione del comportamento nel contesto scolastico, dove l'interazione tra bambino e ambiente è mediata dalla presenza degli adulti di riferimento. Mantenendo il focus del dialogo sul comportamento osservato del bambino è possibile integrare e ampliare i differenti punti di vista e dare spazio a nuove ipotesi di senso, al fine di formulare obiettivi di lavoro raggiungibili ed elaborare strategie funzionali.

L'osservazione del comportamento del bambino nel contesto scuola da parte del terapeuta risulta, quindi, un momento fondamentale per lo svolgimento degli incontri di condivisione con gli insegnanti. I dati osservati vanno trascritti e poi rielaborati per essere utilizzati dal terapeuta come guida negli incontri di counselling. Nel percorso di condivisione tra operatori può essere prevista anche l'osservazione da parte dell'insegnante di una seduta di terapia. Grazie all'osservazione a scuola e all'osservazione di un intervento riabilitativo viene a costruirsi, tra gli operatori coinvolti, un terreno comune che favorisce la riflessione e la condivisione.

Riassumendo, quindi, il percorso di condivisione tra insegnanti e terapisti proposto (*Figura 12*) parte dall'incontro iniziale del GLO durante il quale è importante che venga pianificato il percorso stesso, che va riportato sia nel progetto educativo che nel progetto riabilitativo del bambino. In tale occasione viene concordata con gli insegnanti la data dell'osservazione nel contesto scolastico da parte del terapeuta. Successivamente vengono svolti gli incontri di counselling, in numero variabile in base alla necessità. Al termine di ogni sessione di counselling viene stabilita la data della sessione successiva e può venire proposta agli insegnanti la partecipazione ad una seduta di terapia. Per ogni anno scolastico il percorso condiviso si conclude con l'incontro finale del GLO durante il quale viene fatta una revisione del percorso stesso. È preferibile svolgere un incontro intermedio

del GLO soprattutto nell'ultimo anno di ogni ciclo scolastico, per disquisire di eventuali necessità in riferimento al passaggio di ordine o grado.

Tale strutturazione del percorso di condivisione tra terapisti e insegnanti nasce, soprattutto, dall'esperienza clinica svoltasi presso uno dei Servizi di riabilitazione. Negli anni, l'attuazione del percorso attraverso modalità molto simili a quelle appena descritte si è rivelata funzionale sia per gli operatori che per l'evoluzione del bambino. Gli insegnanti, in particolare, si mostrano soddisfatti del sostegno che viene loro fornito attraverso questa modalità, continuando, negli anni, a richiederne lo svolgimento.



Figura 12 - Proposta di percorso condiviso tra terapisti e insegnanti del bambino con disabilità

6.3. Le sessioni di counselling

La qualità del percorso di condivisione è sicuramente determinata anche dalle modalità di svolgimento dei singoli incontri. Le competenze comunicative, in particolare, sono strumenti importanti che facilitano il dialogo e la riflessione tra operatori. Tali competenze, infatti, permettono al terapeuta di saper condurre il colloquio per fasi successive, rendendo chiaro a tutti gli interlocutori quali sono gli argomenti trattati, a partire dalle problematiche emerse, e quali gli obiettivi e le strategie condivisi. La capacità di ascoltare attivamente e l'uso attento delle domande facilita l'instaurarsi di una relazione fra le parti basata sulla fiducia reciproca. In questo modo l'insegnante si sente, da un lato, ascoltato, compreso e valorizzato per il suo operato e, dall'altro, sostenuto nella ricerca delle strategie migliori per risolvere le criticità che riscontra. Il compito del

terapista deve essere quello di aiutare il docente a trovare le strategie operative più funzionali nel proprio contesto di lavoro, riportando sempre l'attenzione al comportamento osservato del bambino.

Per quanto riguarda il setting in cui svolgere le sessioni di counselling è stato possibile sperimentare esclusivamente la modalità telematica. Tale modalità ha comunque permesso, in alcuni casi, di osservare i materiali utilizzati nei rispettivi contesti.

6.4. Gli strumenti operativi

Durante l'esperienza clinica è stato possibile applicare sia la *Scheda di osservazione del comportamento del bambino nell'ambiente scolastico* che il *Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti*.

La Scheda per la raccolta dei dati osservati dal TNPEE nel contesto scolastico si è rivelata uno strumento essenziale per la conduzione dei colloqui di counselling. La scheda raccoglie in modo organizzato la descrizione del comportamento del bambino nell'interazione con l'ambiente scolastico; è quindi possibile durante il colloquio rivedere le sequenze di comportamenti insieme agli insegnanti. Questa strategia permette di mantenere il focus sul bambino, avviando un percorso di condivisione tra le parti che favorisce l'apertura di nuove strade di riflessione.

Il Modulo di notazione per le sessioni di counselling si è rivelato uno strumento funzionale sia per la raccolta dati dei colloqui di counselling che per la raccolta dati degli incontri del GLO. Si è dimostrato, inoltre, uno strumento utile per condividere i contenuti emersi durante l'incontro con gli altri membri dell'equipe multidisciplinare. Nel caso di Tommaso, in particolare, il modulo compilato ha permesso alla TNPEE, che non era presente al GLO, di conoscere ciò che è stato condiviso durante l'incontro in vista dell'inizio del trattamento diretto con il bambino e del successivo colloquio di counselling tra lei e le insegnanti.

Purtroppo, non è stato possibile, per nessuno dei casi clinici, condividere con gli insegnanti la parte di restituzione contenuta nel *Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti*; quindi, non è stato possibile valutare l'utilità e la chiarezza di tale strumento. Si ritiene comunque fondamentale l'invio della restituzione agli insegnanti dopo ogni colloquio di counselling affinché possano avere a disposizione un riferimento per orientare il proprio lavoro sulla base degli obiettivi e delle strategie

condivisi. La trasmissione della restituzione risulta importante affinché tutto il gruppo docenti possa essere messo a conoscenza dei contenuti dell'incontro, soprattutto nei casi in cui la partecipazione agli incontri di condivisione avvenga esclusivamente da parte dell'insegnante di sostegno.

CONCLUSIONI

Il progressivo miglioramento della qualità di vita della persona disabile verificatosi negli ultimi cent'anni è stato favorito dalla crescente sensibilizzazione sociale in merito al tema della diversità che ha determinato un notevole progresso normativo. Per quanto riguarda il bambino disabile, in particolare, si è passati dall'esclusione dal contesto scolastico all'inclusione, intesa come attenzione alle caratteristiche individuali di ogni alunno. La produzione normativa in merito all'integrazione scolastica del bambino disabile ha definito quali sono gli strumenti e gli incontri obbligatori per la condivisione del percorso educativo-didattico con le diverse figure che si prendono cura di lui. Gli incontri previsti dalla normativa vigente, però, non sono sufficienti per un'adeguata condivisione di obiettivi e strategie di lavoro tra operatori sanitari e operatori scolastici, quali figure professionali che si occupano, assieme alla famiglia, dello sviluppo globale del bambino disabile.

A partire dalla revisione della letteratura e dall'analisi dell'esperienza clinica è stato possibile individuare una valida metodologia di condivisione del percorso educativo-terapeutico tra TNPEE e insegnanti del bambino con disabilità certificata. Il percorso proposto parte dagli incontri del GLO previsti dalla normativa e si sviluppa con sessioni di counselling tra il terapeuta e gli insegnanti. Durante i colloqui di counselling, gli interlocutori riflettono sui comportamenti osservati del bambino per elaborare assieme obiettivi e strategie funzionali nel contesto scolastico. Per facilitare la condivisione, il terapeuta dovrebbe effettuare, durante l'anno scolastico, almeno un'osservazione del comportamento del bambino nel contesto scuola. Gli insegnanti, inoltre, possono partecipare ad una o più sedute di terapia diretta con il bambino. L'osservazione del comportamento del bambino costituisce una base di dati a partire dai quali terapeuta e insegnanti, durante gli incontri di condivisione, possono formulare ipotesi di senso e operare scelte, utilizzando un "linguaggio" comune. I dati osservati e le informazioni condivise devono essere raccolti e sistematizzati in modo tale da poter essere utilizzati come riferimento per orientare il lavoro degli operatori. A tal fine sono stati elaborati la *Scheda di osservazione del comportamento del bambino nell'ambiente scolastico* e il *Modulo di notazione per le sessioni di counselling con gli insegnanti*. La Scheda per la raccolta dei dati osservati si è rivelata molto utile per la conduzione dei successivi colloqui di counselling, permettendo al terapeuta e agli insegnanti di fare riferimento agli

stessi comportamenti manifesti. Il Modulo, invece, si è dimostrato uno strumento funzionale per la raccolta dati sia delle sessioni di counselling che degli incontri del GLO. È risultato, inoltre, fondamentale al fine di rendere conoscibili i contenuti dell'incontro anche gli altri componenti dell'equipe multidisciplinare. Poiché, durante l'esperienza clinica, non è stato possibile consegnare agli insegnanti la parte di restituzione del Modulo, manca un loro riscontro sull'utilità e la chiarezza dello strumento. Entrambe le schede, inoltre, sono state utilizzate esclusivamente con casi di Disturbo dello Spettro Autistico. Si auspica di poter verificare la validità di tali strumenti anche con bambini affetti da patologie differenti, con particolare riferimento ai deficit neuromotori.

BIBLIOGRAFIA

Baumgartner E. (2004), *L'osservazione del comportamento infantile. Teorie e strumenti*, Carocci editore, Roma, Italia.

Berry Brazelton T. (2016), *Touchpoints. Guida di riferimento per il partecipante*, Brazelton Touchpoint Center, Boston, Stati Uniti.

Bert G., Doglio M., Quadrino S. (2011), *Le parole del counseling sistemico. Breve dizionario per perfezionisti, curiosi e perplessi*, Edizioni Change, Torino, Italia.

Berti E., Comunello F. (2011), *Corpo e mente in psicomotricità. Pensare l'azione in educazione e terapia*, Erikson, Trento, Italia.

Berti E., Comunello F., Savini P. (2002), *Il contratto terapeutico in terapia psicomotoria. Dall'osservazione al progetto*, Edizioni Junior, Bergamo, Italia.

Calvo V. (2007), *Il colloquio di counseling. Tecniche di intervento nella relazione d'aiuto*, il Mulino, Bologna, Italia.

Camaioni L., Di Blasio P. (2002), *Psicologia dello sviluppo*, il Mulino, Bologna, Italia.

Cottini L., Rosati L., Bovi O. (2008), *Per una didattica speciale di qualità. Dalla conoscenza del deficit all'intervento inclusivo*, Morlacchi, Perugia, Italia.

De Piano A. (2018), *Apprendimento cooperativo e didattica inclusiva. Dall'interazione all'inclusione*, libreriauniversitaria.it edizioni, Padova, Italia.

Fedrizzi E. (2004), *I disordini dello sviluppo motorio. Fisiopatologia, valutazione diagnostica, quadri clinici, riabilitazione*, Piccin, Padova, Italia.

Fiorin I. (2007), *La scuola luogo di relazioni e apprendimenti significativi*. In Canevaro A. (a cura di), *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità. Trent'anni di inclusione nella scuola italiana*, Erikson, Trento, Italia.

Fogarolo F., Onger G. (2019), *La nuova legge sull'inclusione. Come cambia la scuola con la modifica del DLgs 66*, Erikson, Trento, Italia.

Gison G., Bonifacio A., Minghelli E. (2012), *Autismo e psicomotricità. Strumenti e prove di efficacia nell'intervento neuro e psicomotorio precoce*, Erikson, Trento, Italia.

Ianes D. (2004), *La diagnosi funzionale secondo l'ICF. Il modello OMS, le aree e gli strumenti*, Erikson, Trento, Italia.

Ianes D. (2005), *Bisogni Educativi Speciali e inclusione. Valutare le reali necessità e attivare tutte le risorse*, Erikson, Trento, Italia.

Massenz M., Simonetta E. (2002), *La valutazione psicomotoria*, FrancoAngeli, Milano, Italia.

Militerni R. (2020), *Neuropsichiatria infantile. Sesta Edizione*, Edizioni Idelson Gnocchi, Napoli, Italia.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2007), *ICF-CY Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione per bambini e adolescenti*, Erickson, Trento, Italia.

Quadrino S. (2015), *Il counselling nell'intervento di cura con i genitori e con i bambini. Tecniche di counseling sistemico per professionisti sanitari*, Edizioni Change, Torino, Italia.

Quadrino S. (2016), *Il professionista sanitario e le competenze di counseling*, Edizioni Change, Torino, Italia.

Rogers S. J., Dawson G., Vismara L. A. (2015), *Un intervento precoce per il tuo bambino con autismo. Come utilizzare l'Early Start Denver Model in famiglia*, Hogrefe Editore, Firenze, Italia.

Turchi G. P., Della Torre C. (2007), *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*, Armando Editore, Roma, Italia.

Wille A. M., Ambrosini C. (2010), *Manuale di terapia psicomotoria dell'età evolutiva*, Cuzzolin, Napoli, Italia.

SITOGRAFIA

Ambrosini C. (2020), *Scuola, disabilità e sostegno: pochi insegnanti, troppe diagnosi*, <http://m.flcgil.it/rassegna-stampa/nazionale/scuola-disabilita-e-sostegno-pochi-insegnanti-troppe-diagnosi.flc>

Bagnato A. M. (2022), *Indice di Apgar: cos'è e come si interpretano i valori*, <https://www.uppa.it/indice-di-apgar-cose-e-come-si-interpretano-i-valori/>

Boccia P. (2021), *L'inclusione nella storia della scuola italiana*, <https://www.edscuola.eu/wordpress/?p=141701>

Caretto F., Scalese B., Dibattista G. (2013), *Autismo e autonomia personale nella scuola*, <http://www.convegni.erickson.it/qualitaintegrazione2013/atti/14.pdf>

De Carli S. (2021), *PEI: dopo la sentenza, ecco la nota del Ministero*, <http://www.vita.it/it/article/2021/09/20/pei-dopo-la-sentenza-ecco-la-nota-del-ministero/160459/>

Della Corte G. (2021), *Disabilità e scuola. Tra inclusione e prevenzione, l'intervento del Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (Tnpee)*, <https://www.giornalesanita.it/disabilita-e-scuola-tra-inclusione-e-prevenzione-lintervento-del-terapista-della-neuro-e-psicomotricita-delleta-evolutiva-tnpee/>

Federazione nazionale degli ordini TSRM PSTRP, AITNE, ANUPI TNPEE (2020), *Emergenza covid-19. Linee di indirizzo e raccomandazioni ai terapeuti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva*, <https://www.anupitnpee.it/news-coronavirus-covid-19/1384-emergenza-covid-19-linee-di-indirizzo-e-raccomandazioni-ai-terapisti.html>

<http://www.aitne.it/lassociazione/delibere-e-comunicati/436-core-competence-del-tnpee-08052012>

<https://www.anupitnpee.it/core-competence-del-tnpee.html>

<https://www.creaitalia.it/counseling-o-counselling/>

<https://www.gazzettaufficiale.it/>

<https://www.giuntipsy.it/catalogo/test/pep-3>

<https://www.istitutochange.it/>

<https://www.istruzione.it/inclusione-e-nuovo-pei/>

<https://www.lavoro.gov.it/>

<https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/>

Istat (2021), *L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità. A.S. 2020-2021*, <https://www.istat.it/it/files//2022/01/REPORT-ALUNNI-CON-DISABILITA.pdf>

Istituto Superiore di Sanità (2020), *Rapporto ISS COVID-19 n. 8/2020. Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*, <https://www.iss.it/web/guest/rapporti-covid-19>

Massano L. (2020), *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità*, <https://personeediritti.altervista.org/convenzione-onu-sui-diritti-delle-persone-con-disabilita/>

MIUR (2019), *I principali dati relativi agli alunni con disabilità. Anno scolastico 2017/2018*, https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/I+principali+dati+relativi+agli+alunni+con+disabilit%C3%A0+a.s.2017_2018.pdf/869269c7-925e-00f8-b9bd-b4d92e643f67?t=1559642805496

Rauso C. (2010), *L'inserimento e l'integrazione dei disabili nella scuola*, <https://www.bibliotecaciechi.it/Servizi/riviste/Le-Riviste/arretrati/Tiflologia-per-l%27integrazione/2010/01>

Scuccimarra G., Gison G., Bonifacio A. (2019), *Intervento multimodale precoce per bambini con disturbo dello spettro autistico: protocollo per uno studio pilota*, *Il TNPEE*, 1(1), 5-16, <https://rivistedigitali.erickson.it/il-tnpee/archivio/vol-1-n-1/intervento-multimodale-precoce-per-bambini-con-disturbo-dello-spettro-autistico-protocollo-per-uno-studio-pilota/>

SINPIA (2020), *Attività clinico-assistenziali durante l'emergenza COVID: indicazioni operative per i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e per i servizi di riabilitazione dell'età evolutiva*, <https://www.legacoopsociali.it/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-indicazioni-operative-per-i-servizi-di-NPIA29marzo2020.pdf>

ALLEGATI

ALLEGATO 1

SCHEDA DI OSSERVAZIONE DEL COMPORTAMENTO DEL BAMBINO NELL'AMBIENTE SCOLASTICO

Dati servizio

NOME TERAPISTA
SERVIZIO

Dati bambino

NOME	COGNOME
DATA DI NASCITA	
SCUOLA	<input type="checkbox"/> Asilo nido
	<input type="checkbox"/> Scuola dell'infanzia
	<input type="checkbox"/> Scuola primaria
	<input type="checkbox"/> Scuola secondaria di primo grado
	<input type="checkbox"/> Scuola secondaria di secondo grado
CLASSE	

Dati osservazione

DATA	
ORARIO	DURATA

Contesto	
Dimensione	
Attività	
Materiali	
Osservazione	Riflessioni del terapeuta

ALLEGATO 2

MODULO DI NOTAZIONE PER LE SESSIONI DI COUNSELING CON GLI INSEGNANTI

Dati servizio

NOME TERAPISTA
SERVIZIO

Dati bambino

NOME	COGNOME
DATA DI NASCITA	
SCUOLA	<input type="checkbox"/> Asilo nido
	<input type="checkbox"/> Scuola dell'infanzia
	<input type="checkbox"/> Scuola primaria
	<input type="checkbox"/> Scuola secondaria di primo grado
	<input type="checkbox"/> Scuola secondaria di secondo grado
CLASSE	



CONTESTO SCOLASTICO IN CUI IL BAMBINO È INSERITO

Persone

N° COMPONENTI GRUPPO CLASSE		
COMPOSIZIONE GRUPPO CLASSE	<input type="checkbox"/> Omogenea per età	
	<input type="checkbox"/> Mista per età	
GRUPPO DOCENTI		
INSEGNANTE DI SOSTEGNO	<input type="checkbox"/> Sì	N° ore a settimana
	<input type="checkbox"/> No	Da quando segue il bambino
OPERATORE SOCIO-SANITARIO	<input type="checkbox"/> Sì	N° ore a settimana
	<input type="checkbox"/> No	Da quando segue il bambino
ALTRE FIGURE COINVOLTE		

Tempi, spazi e attività

ORARIO SCOLASTICO DEL BAMBINO		
ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DEL BAMBINO		
Orario	Spazio	Attività individuale o di gruppo

SESSIONE N°

Nome e cognome

Data di nascita

--	--

Dati sessione corrente

<p>SESSIONE <input type="checkbox"/> A distanza (call o videocall) <input type="checkbox"/> In presenza</p> <p>DATA</p> <p>ORARIO</p> <p>PARTECIPANTI</p>

Dati prossima sessione

<p>DATA E ORA</p> <p>CON CHI VIENE CONCORDATA</p>



Indagare <ul style="list-style-type: none">- REGOLAZIONE DEL COMPORTAMENTO E DELLE EMOZIONI- ADERENZA ALLE ROUTINE DELLA GIORNATA- INTERAZIONE- AUTONOMIE- ALIMENTAZIONE	Sintesi delle problematiche riportate dagli insegnanti



RIFLESSIONI CON GLI INSEGNANTI

Riflessioni del terapeuta a partire da <ul style="list-style-type: none">- PROBLEMATICHE ESPOSTE DAGLI INSEGNANTI- OSSERVAZIONE NEL CONTESTO SCOLASTICO- PROPRIA CONOSCENZA DEL BAMBINO	Sintesi delle strategie



OBIETTIVI

Per il bambino	Per gli insegnanti



MATERIALI OPERATIVI

1.
2.



NOTE

--

RESTITUZIONE SESSIONE DI COUNSELING N°

Nome e cognome alunno

Data di nascita

--	--

Dati sessione corrente

Dati prossima sessione

SESSIONE <input type="checkbox"/> A distanza (call o videocall) <input type="checkbox"/> In presenza	SESSIONE <input type="checkbox"/> A distanza (call o videocall) <input type="checkbox"/> In presenza
DATA E ORA	DATA E ORA
PARTECIPANTI Scuola: Servizio:	CONCORDATA CON Scuola: Servizio:

Problematiche

Strategie

PROBLEMATICHE RILEVATE	STRATEGIE INDIVIDUATE

Obiettivi

OBIETTIVI PER IL BAMBINO	OBIETTIVI PER GLI INSEGNANTI

Materiali operativi

Note

--	--

ALLEGATO 3

DIAGNOSI FUNZIONALE (art. 3, D.P.R. 24.02.1994)

Nome e cognome dell'alunno: ANDREA S.

nato il 21/04/2016

iscritto nell'a.s. 2020-2021 alla classe 2^a della scuola dell'infanzia.

1. DIAGNOSI ICD 10

Descrizione	icd-10	Asse	Principale	Comorbidità
Disturbi evolutivi globali: Autismo infantile	F84.0	I	X	
Disturbi evolutivi specifici: Disturbi della comprensione del linguaggio	F80.2	II		X
Disturbi evolutivi specifici: Disturbo del linguaggio espressivo	F80.1	II		X

2. DESCRIZIONE FUNZIONALE RIGUARDO LE POTENZIALITÀ RESIDUE, LE DIFFICOLTÀ, I POSSIBILI "CANALI" ALTERNATIVI E/O VICARIANTI, NELLE SINGOLE AREE

2.1 ABILITÀ NELL'AREA COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA

Il livello cognitivo di Andrea è stato valutato attraverso la somministrazione al papà della Scala Vineland che ha descritto un funzionamento del figlio deficitario in tutte le aree considerate: Comunicazione (età mentale: inferiore a 18 mesi), Abilità quotidiane (età mentale: 1.10), Socializzazione (età mentale: inferiore a 18 mesi). in quest'ultima area, il papà ha specificato che la qualità della relazione dipende moltissimo dalla persona con cui Andrea prova ad interagire; il bambino, infatti, è molto selettivo sia con le persone che con i giochi e riesce ad entrare in relazione solo con pochissime figure di riferimento. Durante l'osservazione strutturata di gioco padre/bambino, Andrea è riuscito a mantenere tempi di attenzione sufficienti per lo svolgimento dell'intero protocollo. Nelle situazioni libere, invece, l'attenzione sui giochi è molto limitata.

2.2 ABILITÀ NELL'AREA AFFETTIVO RELAZIONALE

Andrea presenta un disturbo della relazione e della comunicazione inquadrabile all'interno dello spettro autistico, con un livello di sintomi di grado moderato. Ricerca il contatto fisico con le figure di riferimento e che diventano un rifugio dietro il quale nascondersi quando si sente sopraffatto dall'agitazione. Vuole tenere un oggetto in mano per rassicurarsi. Il contatto oculare è parzialmente presente nelle situazioni condivise, così come il sorriso sociale, seppure in forma ancora emergente. Mostra scarsa tolleranza alla frustrazione quando non ottiene un gioco che desidera o quando gli si presenta qualcosa che a lui non piace (dice "no", piange, batte i piedi per terra). Nella seduta di osservazione, non ha risposto al nome quando è stato chiamato in differenti momenti

2.3 ABILITÀ NELL'AREA LINGUISTICA E DELLA COMUNICAZIONE

Andrea è un bambino schivo e diffidente e questo ha reso difficile entrare in relazione con lui. Molto legato alla figura genitoriale (padre) dalla quale tende a non separarsi e che

utilizza come "scudo" nei confronti dell'estraneo. Durante gli incontri ha manifestato in vari momenti reazioni di oppositività quando l'operatore ha cercato di rivolgersi direttamente a lui o proposto qualsiasi tipo di attività. Vista la scarsa collaborazione del bambino non è stato possibile somministrare dei test strutturati; tuttavia, durante gli incontri si è potuto osservare un livello di comprensione verbale di tipo contestuale ed una produzione comprensibile limitata a "sì", "no" e "ciao". Andrea tenta comunque di comunicare con il padre, anche se in modo non conversazionale, utilizzando un linguaggio gergale che tuttavia mantiene inalterata la prosodia.

2.4 ABILITÀ NELL'AREA SENSORIALE

Sono state date ai genitori indicazioni per effettuare approfondimenti in tali aree, che non sono ancora state indagate.

2.5 ABILITÀ NELL'AREA MOTORIO PRASSICA

Lo tappe dello sviluppo motorio sono state raggiunte nella norma. Le insegnanti segnalano una certa goffezza nella motricità globale. Sono presenti stereotipie (sfrega le mani una contro l'altra). Non è in grado di far girare i pedali di un triciclo.

2.6 ABILITÀ NELL'AREA DEL GIOCO E DELL'ATTIVITÀ ESPRESSIVA

Ancora molto investito il gioco sensomotorio, se non impegnato in attività strutturate. Assente il gioco funzionale e simbolico. Andrea mostra interesse solo su alcuni giochi specifici che sceglie lui e fatica a spostare l'attenzione e a lasciarsi coinvolgere in giochi diversificati. Tende a fissarsi su interessi e attività, attratto dal suono e dal movimento e non dall'effettiva funzione del gioco. Se lasciato da solo, gioca con gli oggetti facendo dei movimenti stereotipati. Non è interessato al disegno né ad altre forme espressive. Va stimolata l'esperienza con un obiettivo chiaro utilizzando materiali diversi per favorire la flessibilità e sollecitare la motivazione.

2.7 ABILITÀ NELL'AREA DELLA CURA PERSONALE E DELLA VITA QUOTIDIANA

Il controllo sfinterico è stato raggiunto in modo problematico: senza pannolino trattiene feci e urine e necessita del panno per liberarsi. Si alimenta da solo con le posate o con le mani. È in grado di togliersi i vestiti, non di indossarli. A casa si lava le mani mentre a scuola si rifiuta.

2.8 ABILITÀ NELL'AREA DELLA PARTECIPAZIONE AL CONTESTO AMBIENTALE

Andrea partecipa alle attività familiari assieme ai fratelli, ma il suo gioco è solitario. Si separa dai genitori con grande difficoltà. da poco tempo accetta le manifestazioni di affetto da parte della famiglia allargata.

3. PROGETTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO

Le difficoltà presentate richiedono un percorso educativo personalizzato, da delineare attraverso la collaborazione tra le diverse figure di riferimento nei diversi contesti di vita di Andrea. Il bambino verrà preso in carico dall'equipe autismo che formulerà il progetto terapeutico-riabilitativo.

13/07/2020

Equipe multidisciplinare 0-3: Neuropsichiatra infantile, psicologa psicoterapeuta e logopedista

ALLEGATO 4

MODULO DI NOTAZIONE PER LE SESSIONI DI COUNSELING CON GLI INSEGNANTI

Dati servizio

NOME TERAPISTA Maria Cristina Scarso

SERVIZIO ULSS 3 Serenissima, Servizio NPI – Equipe dedicata ai Disturbi dello Spettro
autistico

Dati bambino

NOME Andrea

COGNOME S.

DATA DI NASCITA 21/04/2016

SCUOLA Asilo nido
 Scuola dell'infanzia
 Scuola primaria
 Scuola secondaria di primo grado
 Scuola secondaria di secondo grado

CLASSE Grandi (3° anno)



CONTESTO SCOLASTICO IN CUI IL BAMBINO È INSERITO

Persone

N° COMPONENTI GRUPPO CLASSE 22		
COMPOSIZIONE GRUPPO CLASSE	<input checked="" type="checkbox"/> Omogenea per età	
	<input type="checkbox"/> Mista per età	
GRUPPO DOCENTI 2 insegnanti di sezione e insegnante di sostegno		
INSEGNANTE DI SOSTEGNO	<input checked="" type="checkbox"/> Sì	N° ore a settimana 6 (2 h/gg per 3 gg/sett)
	<input type="checkbox"/> No	Da quando segue il bambino Settembre 2021
OPERATORE SOCIO-SANITARIO	<input type="checkbox"/> Sì	N° ore a settimana
	<input checked="" type="checkbox"/> No	Da quando segue il bambino
ALTRE FIGURE COINVOLTE		

Tempi, spazi e attività

ORARIO SCOLASTICO DEL BAMBINO		
ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DEL BAMBINO		
Orario	Spazio	Attività individuale o di gruppo

SESSIONE N° 1

Nome e cognome

Data di nascita

Andrea S.

21/04/2016

Dati sessione corrente

SESSIONE A distanza (call o videocall)
 In presenza

DATA 14/12/2021

ORARIO 12.00-13.00

PARTECIPANTI TNPEE, Insegnante di sezione, Insegnante di sostegno

Dati prossima sessione

DATA E ORA

CON CHI VIENE CONCORDATA



IL BAMBINO NEL CONTESTO SCOLASTICO

Indagare <ul style="list-style-type: none">- REGOLAZIONE DEL COMPORTAMENTO E DELLE EMOZIONI- ADERENZA ALLE ROUTINE DELLA GIORNATA- INTERAZIONE- AUTONOMIE- ALIMENTAZIONE	Sintesi delle problematiche riportate dagli insegnanti
<p>L'insegnante di sostegno afferma che A. è ben integrato nel gruppo classe.</p> <p>Quando l'insegnante di sostegno è presente propone ad A. attività in tre differenti dimensioni:</p> <ul style="list-style-type: none">- Lavoro individuale (rapporto 1:1);- Lavoro in piccolo gruppo variabile, contesto in cui A. si trova a suo agio, in cui comunica e condivide, anche se a volte si impone e pretende determinate attività;- Attività con l'intero gruppo classe, contesto in cui tende ad essere più passivo, in cui fa grande fatica soprattutto quando vengono proposte attività astratte come, per esempio, la lettura di un libro. <p>L'insegnante di sezione afferma che spesso, in assenza dell'insegnante di sostegno, risulta per loro difficile "agganciare" (coinvolgere) il bambino, a meno che non vengano proposte attività con grande coinvolgimento motorio nel contesto della palestra o del giardino. L'insegnante afferma, inoltre, che A. diventa oppositivo quando non vengono rispettate le routine. Tende, infatti, ad essere molto rigido e abitudinario.</p> <p>L'insegnante di sostegno riporta la necessità dell'OSS in vista dell'inserimento alla scuola primaria nell'anno scolastico successivo. La presenza dell'addetto all'assistenza permetterebbe, infatti, ad A. di avere una copertura per almeno la metà dell'orario scolastico giornaliero, cosa auspicabile dato che ancora necessita dell'adulto come mediatore per gli apprendimenti e per l'interazione con i coetanei.</p> <p>L'insegnante di sostegno chiede, inoltre, se gli orari e i giorni delle sedute di terapia sono sempre gli stessi per poter riorganizzare i suoi orari di presenza con A.</p>	<p>Il piccolo gruppo è un contesto più efficace, mentre nel grande gruppo A. tende ad essere più passivo.</p> <p>A. necessita della mediazione dell'adulto per essere coinvolto nelle attività. L'attività svolta in palestra e in giardino attiva e coinvolge A.</p> <p>A. tende ad essere rigido e abitudinario, si oppone se non vengono rispettate le routine.</p> <p>A. necessita di una costante mediazione dell'adulto.</p>



RIFLESSIONI CON GLI INSEGNANTI

Riflessioni del terapeuta a partire da <ul style="list-style-type: none">- PROBLEMATICHE ESPOSTE DAGLI INSEGNANTI- OSSERVAZIONE NEL CONTESTO SCOLASTICO- PROPRIA CONOSCENZA DEL BAMBINO	Sintesi delle strategie
<p>La terapeuta, riprendendo quanto riportato dalle insegnanti, evidenzia alcune caratteristiche della dimensione allargata, come per esempio la scarsa prevedibilità, i numerosi input e le interazioni multiple. Con riferimento alle tre dimensioni di lavoro descritte dalle insegnanti, si apre una riflessione sulla possibilità di privilegiare, in questa fase, la dimensione individuale e di piccolo gruppo. Il lavoro nel gruppo classe rappresenterà un obiettivo a lungo termine.</p> <p>La terapeuta porta l'attenzione sugli aspetti emotivi che caratterizzano l'interazione, prendendo a riferimento il comportamento del bambino durante le terapie e sottolineando come l'instaurare un'interazione attenta ai segnali emotivi di A. modifichi la qualità dell'interazione. Condivide quindi il suo obiettivo di lavoro: favorire la condivisione delle emozioni in una dimensione di attenzione condivisa. Sottolinea quanto risulta difficile per A. sostenere il contatto oculare, sollevare lo sguardo e osservare il volto dell'altro, cogliendo tutte le sfumature che caratterizzano la comunicazione: la gestualità, la mimica facciale e le parole.</p> <p>A questo proposito la terapeuta suggerisce la possibilità di sperimentare durante il gioco l'utilizzo di un tono di voce modulato che enfatizza l'azione. Questa modalità in terapia appare efficace poiché orienta il bambino verso l'altro e facilita lo scambio comunicativo.</p> <p>Per quanto riguarda la tendenza all'oppositività, le parti riflettono sull'argomento e condividono l'importanza di fornire un ambiente stabile e significativo dal punto di vista emotivo.</p> <p>La terapeuta riporta che, di fronte ai comportamenti di adesività e di forte opposizione mostrati dal bambino nei confronti della mamma nel corso delle terapie, si è dimostrato utile assumere, da parte del genitore, un comportamento di silenzio e di disponibile attesa. Un'attenta selezione degli stimoli favorisce in A. l'organizzazione emotiva e del comportamento.</p> <p>La terapeuta afferma, infine, che al momento le sedute di terapia neuropsicomotoria sono fissate sempre per il martedì mattina ma che proverà, dopo il rientro dalle vacanze natalizie, a cambiare l'orario perché possa essere compatibile con gli orari in cui è presente l'insegnante di sostegno, se i genitori sono d'accordo.</p>	<p>Implementare il lavoro individuale e in piccolo gruppo, per sostenere la regolazione del comportamento.</p> <p>Porre attenzione ai segnali emotivi del bambino per facilitare la disponibilità e il coinvolgimento nell'interazione.</p> <p>Per facilitare la comunicazione con A., l'adulto può modulare ed enfatizzare l'uso della voce durante il gioco.</p> <p>In presenza di comportamenti oppositivi, è consigliabile limitare gli stimoli per favorire la riorganizzazione del suo comportamento.</p>



OBIETTIVI

Per il bambino	Per gli insegnanti
<ul style="list-style-type: none">• Trovare uno stato di calma e di “attivazione” rispetto all’ambiente• Condividere le emozioni nell’interazione con l’altro	<ul style="list-style-type: none">• Privilegiare il lavoro in dimensione 1:1 e in piccolo gruppo• Selezionare e modulare gli stimoli nell’ambiente• Instaurare un’interazione attenta ai segnali emotivi del bambino• Mettere in atto delle strategie, quali l’enfatizzazione e la modulazione del tono di voce, per favorire la comunicazione di A. durante il gioco



MATERIALI OPERATIVI

1.
2.



NOTE

L’insegnante di sostegno parteciperà ad una delle prossime sedute di terapia.

ALLEGATO 5

DIAGNOSI FUNZIONALE (art. 3, D.P.R. 24.02.1994)

Nome e cognome dell'alunno: GIOVANNI N.
nato il 05/02/2016
iscritto nell'a.s. 2019-2020 alla classe 1^a della scuola dell'infanzia.

1. DIAGNOSI ICD 10

Descrizione	icd-10	Asse	Principale	Comorbidità
Disturbi evolutivi globali: Autismo infantile	F84.0		X	

2. DESCRIZIONE FUNZIONALE RIGUARDO LE POTENZIALITÀ RESIDUE, LE DIFFICOLTÀ, I POSSIBILI "CANALI" ALTERNATIVI E/O VICARIANTI, NELLE SINGOLE AREE

2.1 ABILITÀ NELL'AREA COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA

Giovanni appare in grado di imitare semplici azioni dopo che sono state riproposte alcune volte dall'adulto e con iniziale guida fisica. Riconosce l'orientamento di alcuni numeri e da infilare correttamente almeno tre forme; mostra interesse per la produzione grafica di alcuni giochi sul foglio fatta dall'adulto.

Non osservata eccessiva attivazione motoria, il bambino mantiene l'attenzione per tempi sufficientemente prolungati sulle attività gradite.

Non somministrabili test di livello.

2.2 ABILITÀ NELL'AREA AFFETTIVO RELAZIONALE

Il bambino non risponde al nome e presenta scarso contatto visivo. In sede di valutazione mantiene una discreta regolazione emotiva; se contrariato manifesta la disapprovazione attraverso suoni ripetuti della voce; il sorriso è coerente con la situazione, sebbene non viene rivolto all'altro e viene associato a movimenti ripetuti delle braccia.

Tende a reiterare le attività che gli interessano, tuttavia riesce ad accogliere senza particolare resistenza proposte differenti, quando presentate con modalità visive.

Si attiva raramente verso l'adulto, con motivazione essenzialmente di tipo richiestivo; non si osservano invece comportamenti di condivisione. Appare attento ai richiami del padre e in situazione di interazione con oggetti altamente motivanti è possibile osservare orientamento posturale, vicinanza fisica e contatto, nonché l'utilizzo dello sguardo come modalità richiestiva e brevi sorrisi.

2.3 ABILITÀ NELL'AREA LINGUISTICA E DELLA COMUNICAZIONE

La comprensione verbale appare molto carente; non udite parole durante la valutazione; riferito che ripete parole che sente in televisione e conta fino al 20. Talvolta canticchia tra sé qualche melodia.

Prende per mano l'adulto per chiedere la ripetizione di un gioco o di un'attività piacevole. Non utilizza gesti convenzionali né l'indicazione.

2.4 ABILITÀ NELL'AREA SENSORIALE

L'uso funzionale del materiale di gioco è carente, prevale un interesse sensoriale: tende ad allineare minuziosamente oggetti simili, ruota rapidamente davanti agli occhi alcuni oggetti circolari per qualche istante prima di utilizzarli.

Non osservata ipersensibilità ai rumori. Teme i movimenti bruschi. Riferiti momenti di cammino sulle punte o rotazione su sé stesso.

Valutazione audiologica con potenziali evocati indicativa di una funzionalità della periferia uditiva normale. Non riferite impressioni di difficoltà visive, non ha eseguito controlli specifici.

2.5 ABILITÀ NELL'AREA MOTORIO PRASSICA

Non osservati schemi motori patologici. Riferito lieve impaccio nella motricità globale.

Mostra discrete abilità fini, tuttavia in alcune attività ricerca l'aiuto dell'adulto. Coordina discretamente lo sguardo nei compiti di motricità fine.

2.6 ABILITÀ NELL'AREA DEL GIOCO E DELL'ATTIVITÀ ESPRESSIVA

L'iniziativa spontanea del bambino è diretta principalmente verso gli oggetti, con i quali emerge una modalità esplorativa di tipo sensoriale: predilige ciò che produce suoni e mostra interesse per le bolle di sapone, per i palloncini, per le lettere dell'alfabeto su cui si sofferma a lungo. Nell'utilizzo di altri oggetti, come ad esempio i cerchi, i cubetti, i blocchi delle costruzioni, la palla, emerge un'esplorazione secondo schemi rigidi: allinea o raggruppa ricercando stimolazioni di tipo visivo.

La guida dell'adulto facilita l'accesso ad una modalità esplorativa di tipo funzionale e semplici forme di interazione con l'altro. È possibile osservare una maggior frequenza nell'orientamento dello sguardo verso la persona, la capacità di attendere e la capacità di scegliere tra due proposte, di assecondare una richiesta.

Durante l'attività sono presenti vocalizzi e linguaggio inintelligibile che possono aumentare di volume ed intensità.

2.7 ABILITÀ NELL'AREA DELLA CURA PERSONALE E DELLA VITA QUOTIDIANA

Non raggiunto il controllo sfinterico, non avvisa se ha bisogno dei servizi; va aiutato per la vestizione in quanto è lento e un po' impacciato. Sa utilizzare le posate ma in ambito familiare tende a farsi imboccare. Va aiutato a lavarsi le mani.

2.8 ABILITÀ NELL'AREA DELLA PARTECIPAZIONE AL CONTESTO AMBIENTALE

La partecipazione al contesto va costantemente sostenuta dall'adulto che funge da polo organizzatore dell'attività del bambino e dall'organizzazione dello spazio e del tempo attraverso routine e attraverso la scelta dei materiali e delle proposte.

3. PROGETTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO

La situazione è stata conosciuta di recente presso il Servizio Età Evolutiva; è stato possibile concordare con i genitori la certificazione scolastica; si prevede l'avvio di un intervento neuropsicomotorio e si ipotizza l'opportunità di ulteriori misure di intervento da definire con i genitori.

02/08/2019

Neuropsichiatra infantile e TNPEE

ALLEGATO 6

SCHEDA DI OSSERVAZIONE DEL COMPORTAMENTO DEL BAMBINO NELL'AMBIENTE SCOLASTICO

Dati servizio

NOME TERAPISTA Maria Cristina Scarso

SERVIZIO ULSS 3 Serenissima, Servizio NPI – Equipe dedicata ai Disturbi dello Spettro
autistico

Dati bambino

NOME Giovanni

COGNOME N.

DATA DI NASCITA 05/02/2016

SCUOLA Asilo nido
 Scuola dell'infanzia
 Scuola primaria
 Scuola secondaria di primo grado
 Scuola secondaria di secondo grado

CLASSE Grandi (3° anno)

Dati osservazione

DATA 08/11/2021

ORARIO 9.00-10.30

DURATA 1 ora e 30 minuti

Contesto	Aula	
Dimensione	Piccolo gruppo (Giovanni + 2 bambini + insegnante di sostegno)	
Attività	Gioco strutturato	
Materiali	Gioco da tavolo con tessere	
Osservazione		Riflessioni del terapeuta
<p>I bambini e l'insegnante sono seduti attorno ad un tavolo: G. e l'insegnante da un lato e gli altri due bambini di fronte.</p> <p>G. è seduto tranquillo, trattiene alcune tessere in mano, le guarda, le raggruppa e canticchia. Ogni tanto distoglie lo sguardo dalle tessere che ha in mano e guarda quelle che sono nel vassoio al centro del tavolo o quelle che hanno in mano gli altri bambini.</p> <p>L'insegnante è seduta lateralmente al bambino molto vicina a lui, i suoi gesti sono calmi come anche il tono di voce, la postura è stabile. Chiede a G. di porgere le tessere nel vassoio comune, G. le porge su richiesta ma poi torna ad osservare le tessere che trattiene in mano. Prende alcune tessere dal tavolo, sembra attratto da determinati colori (prende soprattutto quelle gialle).</p> <p>Una bambina di un altro gruppo si sposta nella cucinetta, collocata vicino a dove si trova G., e fa un rumore. Uno dei bambini che sta di fronte a G. le dice qualcosa. Allora anche G. si gira verso la bambina ma subito dopo la sua attenzione torna sulle tessere che dispone in fila sul tavolo.</p> <p>Si crea un piccolo gruppo di bambini attorno alla cucinetta. G. rivolge lo sguardo a quella situazione.</p> <p>Su richiesta della maestra collabora nella fase del riordino del gioco delle tessere: G. mette le tessere nel sacchetto, poi le ritira fuori e aiutato dalla maestra le rimette nel sacchetto.</p> <p>L'insegnante continua a riordinare, G. si alza e va alla cucinetta in precedenza occupata dai bambini, canticchia e ride tra sé. La maestra lo prende per mano e lo riporta a riordinare il materiale.</p>	<p>L'osservazione mette in luce uno scarso contatto di sguardo tra G. e l'insegnante. L'insegnante privilegia la postura fianco a fianco.</p> <p>La regolazione del comportamento dell'adulto influisce positivamente sulla regolazione del bambino. G. è molto catturato dal colore delle tessere.</p> <p>G. è attento a ciò che accade attorno a lui, ai rumori e ai movimenti degli altri bambini.</p> <p>Al cambio dell'attività da parte del gruppo, si osserva un lieve stato di eccitazione da parte di G.</p>	

Contesto	Aula	
Dimensione	Gruppo classe + insegnante + insegnante di sostegno	
Attività	Merenda	
Materiali	Crackers	
Osservazione	Riflessioni del terapeuta	
<p>Mentre gli altri bambini sono in piedi e si stanno spostando, canticchia e va alla finestra, vicino a dove gli altri bambini si stanno posizionando in cerchio. L'insegnante di sostegno lo accompagna a sedere in cerchio con gli altri bambini con guida fisica e dicendo "Vieni G. andiamo a fare merenda". Si siede in cerchio, canticchia, emette dei vocalizzi e si gira a guardare fuori dalla finestra in modo ripetitivo. Mentre una bambina conta i presenti, G. scivola dalla sedia, si allontana dal gruppo e si avvicina ad un'altra finestra, canticchia e sorride. La maestra lo riporta a sedere.</p> <p>I bambini si mettono in fila per uno per andare in bagno, anche G. La maestra di sostegno cammina davanti a lui. G. batte i piedi ed emette degli urletti. Dopo aver lavato le mani, tornano in fila per uno, la maestra lo segue. Ad un certo punto si sposta velocemente verso la cucinetta. La maestra lo accompagna a sedere in cerchio assieme al gruppo. Mentre mangia resta seduto. Il pacchetto di cracker viene tenuto in mano dalla maestra. Mangia un pezzo per volta, non chiede il cibo ma guarda la mano della maestra, la quale dice "Vuoi G.?". Lui non risponde, né verbalmente né con lo sguardo, e la maestra gli porge il cracker. Ad un certo punto lui e il bambino vicino si guardano con le facce molto ravvicinate. Subito dopo G. rivolge lo sguardo verso la maestra di classe. L'insegnante di sostegno chiede nuovamente "G. vuoi?" tenendo il cracker in mano. G. lo prende senza guardarla.</p> <p>Rimanendo in cerchio i bambini e la maestra di classe iniziano una conversazione, poi la maestra legge il libro di "Miss Precisetta" mostrando le figure. G. sta in piedi, tocca le chiavi della porta che gli sta alle spalle, si siede, si alza nuovamente, guarda fuori dalla finestra; poi viene riportato a sedere dall'insegnante di sostegno e riprende a toccare le chiavi della finestra. Canticchia mentre guarda i bambini, si tocca i calzini, si sistema i pantaloni, guarda nuovamente i bambini, ride e canticchia con tono di voce sempre più alto "du-du-du-du". Si gira a guardare nuovamente fuori dalla finestra. La maestra lo porta a sedere in un posto in cui può appoggiare la schiena alla parete, G. si adegua ma poco dopo scivola dalla sedia e scappa a gattoni. L'insegnante di sostegno lo riporta a sedere. G. resta seduto per alcuni secondi, poi si dirige verso un mobile aprendone un cassetto. Nuovamente la maestra lo riporta nel gruppo. G. scivola giù dalla sedia e va a chiudere il cassetto precedentemente aperto, ride e saltella. Ancora una volta la maestra lo porta a sedere nel gruppo. G. posa la testa sulla spalla dell'insegnante che gli sta accanto, di scatto si alza e va a sedersi in braccio a lei dandole la schiena mentre ride e canticchia "io-io-io" senza mai disturbare la lettura dell'insegnante.</p>	<p>G. asseconda le richieste dell'insegnante anche se poi tenta di allontanarsi dalla dimensione del gruppo.</p> <p>G. comprende, riconosce e accetta la routine del bagno.</p> <p>Come facilitare una richiesta comunicativa?</p> <p>L'attività di lettura per G. può risultare complessa. Si evidenzia la messa in atto di comportamenti di fuga, vocalizzi e richiesta di contatto fisico. I suoi comportamenti possono essere letti come una richiesta di aiuto?</p>	

Contesto	Salone	
Dimensione	Gruppo classe + insegnante + insegnante di sostegno	
Attività	Gioco libero	
Materiali	Tappeto e costruzioni grandi + strutture per gioco motorio (scivolo, tunnel)	
Osservazione		Riflessioni del terapeuta
<p>I bambini sono liberi di muoversi nella stanza e di giocare con il materiale presente.</p> <p>G. si siede sul tappeto dove si trovano le costruzioni grandi.</p> <p>Un bambino gioca seduto di fronte a G., tra loro ci sono i mattoncini per le costruzioni. Il bambino sta costruendo, si muove e cambia spesso posizione e postura.</p> <p>G. è molto calmo, in alcune occasioni la maestra di sostegno che sta dietro a lui lo invita con le parole e con i gesti a mettere dei mattoni nella costruzione. G. sta seduto ed esplora visivamente l'ambiente, guarda i bambini che si muovono nella stanza, guarda verso la finestra, guarda il bambino che gli sta di fronte.</p> <p>Su forte sollecitazione dell'insegnante G. pone un mattoncino sulla torre del compagno ma subito dopo si gira e guarda la maestra che gli sta dietro, si sporge verso la torre, stacca due pezzi e cerca di riattaccarli dove vuole lui.</p> <p>Se la maestra insiste perché G. dia un pezzo al compagno, G. canticchia "u-u-u" con un tono di voce sempre più alto.</p> <p>G. incastra dei pezzi. Il compagno che gli sta di fronte dice "G. guarda". G. alza lo sguardo, guarda il bambino e poi riprende ad attaccare i suoi pezzi.</p> <p>La maestra ora sta in piedi dietro a lui, G. si gira e le tira leggermente il grembiule, l'insegnante si abbassa e G. si trova frontalmente a lei. La maestra gli indica i mattoni e G. segue visivamente l'indicazione dell'insegnante. Si gira e guarda ciò che fa l'altro bambino, poi guarda le luci intense sul soffitto e nuovamente guarda fuori dalla finestra.</p>		<p>G. è interessato alle costruzioni grandi e osserva gli altri bambini.</p> <p>La postura e la guida dell'adulto sostengono soprattutto l'azione di G. nel gioco con le costruzioni. G. attiva semplici forme di comunicazione non verbale e mostra di avere delle intenzioni proprie nell'uso dell'oggetto.</p> <p>La posizione frontale dell'insegnante potrebbe favorire una maggior comprensione del linguaggio non verbale messo in atto da G.?</p> <p>G. risponde al messaggio verbale del compagno orientando lo sguardo.</p> <p>Potrebbe l'insegnante prolungare l'interazione faccia a faccia con G.? In quale modo?</p>

ALLEGATO 7

MODULO DI NOTAZIONE PER LE SESSIONI DI COUNSELING CON GLI INSEGNANTI

Dati servizio

NOME TERAPISTA Maria Cristina Scarso

SERVIZIO ULSS 3 Serenissima, Servizio NPI – Equipe dedicata ai Disturbi dello Spettro
autistico

Dati bambino

NOME Giovanni

COGNOME N.

DATA DI NASCITA 05/02/2016

SCUOLA Asilo nido
 Scuola dell'infanzia
 Scuola primaria
 Scuola secondaria di primo grado
 Scuola secondaria di secondo grado

CLASSE Grandi (3° anno)



CONTESTO SCOLASTICO IN CUI IN BAMBINO È INSERITO

Persone

N° COMPONENTI GRUPPO CLASSE 26		
COMPOSIZIONE GRUPPO CLASSE	<input checked="" type="checkbox"/> Omogenea per età	
	<input type="checkbox"/> Mista per età	
GRUPPO DOCENTI 2 insegnanti di sezione e 1 insegnante di sostegno		
INSEGNANTE DI SOSTEGNO	<input checked="" type="checkbox"/> Sì	N° ore a settimana
	<input type="checkbox"/> No	Da quando segue il bambino Settembre 2021
OPERATORE SOCIO-SANITARIO	<input checked="" type="checkbox"/> Sì	N° ore a settimana
	<input type="checkbox"/> No	Da quando segue il bambino
ALTRE FIGURE COINVOLTE		

Tempi, spazi e attività

ORARIO SCOLASTICO DEL BAMBINO 8.30-16.00		
ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DEL BAMBINO		
Orario	Spazio	Attività individuale o di gruppo
8.30-9.30	Aula	Attività di gruppo (gioco libero) o attività individuale con insegnante di sostegno
9.30-10.00	Aula/bagno	Attività di routine in gruppo (riordino, bagno e merenda)
10.00-12.00	Salone	Attività in piccolo gruppo
12.00-13.00	Pranzo	In gruppo
13.00-14.30	Giardino	Attività di gruppo (gioco libero)
14.30-15.00	Aula o altro spazio per lavoro individuale	Attività in piccolo gruppo o attività individuale con insegnante di sostegno
15.00-16.00	Aula	Attività di routine e uscita

SESSIONE N° 1

Nome e cognome

Data di nascita

Giovanni N.

05/02/2016

Dati sessione corrente

SESSIONE A distanza (call o videocall)
 In presenza

DATA 25/11/2021

ORARIO 13.00-14.00

PARTECIPANTI TNPEE e insegnante di sostegno

Dati prossima sessione

DATA E ORA 28/01/2022 ore 10.30

CON CHI VIENE CONCORDATA Insegnante di sostegno



IL BAMBINO NEL CONTESTO SCOLASTICO

Indagare <ul style="list-style-type: none">- REGOLAZIONE DEL COMPORTAMENTO E DELLE EMOZIONI- ADERENZA ALLE ROUTINE DELLA GIORNATA- INTERAZIONE- AUTONOMIE- ALIMENTAZIONE	Sintesi delle problematiche riportate dagli insegnanti
<p>L'insegnante afferma che G. è ben inserito nel gruppo classe e che gli altri bambini lo cercano.</p> <p>Ultimamente tende ad avere comportamenti pericolosi, ad esempio salire sopra alle sedie e ai tavoli. L'insegnante afferma di essere preoccupata e chiede come può procedere. Riporta che le insegnanti di sezione le hanno riferito che anche durante l'anno scolastico precedente accadeva. La terapeuta chiede se vi siano dei contesti particolari in cui tali comportamenti si manifestano e l'insegnante risponde che, secondo lei, succedono indipendentemente dalla situazione.</p> <p>La terapeuta, riferendosi all'osservazione svolta a scuola, porta l'attenzione sulla motivazione del bambino e sui tempi di permanenza su un'attività. L'insegnante conferma che G., durante la lettura, riesce a prestare maggiore attenzione quando l'attività viene svolta in piccolo gruppo, soprattutto se può toccare e vedere da vicino il libro. Riporta che, in generale, nel gruppo ristretto G. riesce ad essere maggiormente coinvolto.</p> <p>Nel proporre le attività l'insegnante di sostegno afferma di partire dagli interessi del bambino, dicendo che, in questo modo, G. riesce a mantenere l'attenzione sull'attività anche per 30 minuti (per esempio con attività di pittura).</p>	<p>Comportamenti pericolosi, come salire sopra alle sedie e ai tavoli, apparentemente senza causa.</p> <p>G. fatica a prestare attenzione durante la lettura. La sua attenzione migliora se ha la possibilità di manipolare il libro e se l'attività viene svolta in un contesto di piccolo gruppo.</p> <p>Gli obiettivi dell'insegnante sembrano centrati soprattutto sui tempi di lavoro del bambino.</p>



Riflessioni del terapeuta a partire da <ul style="list-style-type: none">- PROBLEMATICHE ESPOSTE DAGLI INSEGNANTI- OSSERVAZIONE NEL CONTESTO SCOLASTICO- PROPRIA CONOSCENZA DEL BAMBINO	Sintesi delle strategie
<p>Rispetto ai comportamenti pericolosi messi in atto da G., la terapeuta chiede all'insegnante se vi siano delle particolari circostanze in cui quei comportamenti si manifestano. Consiglia di utilizzare un quaderno, a disposizione di tutte le figure che seguono il bambino, in cui annotare ogni volta che accade tale comportamento, descrivendo in modo oggettivo cosa è accaduto prima, quale è stato il comportamento e cosa succede dopo.</p> <p>Prendendo a riferimento l'osservazione effettuata a scuola, la terapeuta mette in luce i momenti in cui G. appariva più irrequieto, in particolare durante la lettura del libro con l'intero gruppo classe. La riflessione con l'insegnante si focalizza sulla complessità dell'attività di lettura proposta e sulla possibilità di facilitare la narrazione dando la possibilità a G. di manipolare il libro e di osservarne da vicino le immagini.</p> <p>La terapeuta sottolinea con una connotazione positiva quanto riportato dall'insegnante rispetto al maggior coinvolgimento del bambino all'interno del piccolo gruppo. Mette in luce che durante l'osservazione a scuola, G. è rimasto a lungo impegnato accanto ad un compagno durante il gioco con le costruzioni grandi. In questo caso, grazie ad un contesto di piccolo gruppo, alla possibilità di avere un contatto concreto con gli oggetti e alla guida dell'insegnante, G. riusciva ad utilizzare in modo funzionale il materiale, a prestare attenzione al bambino seduto davanti a lui e a rispondere ad alcune richieste dell'insegnante.</p> <p>La terapeuta introduce il concetto di attenzione condivisa. Descrive come la dimensione 1:1 in terapia favorisca uno stato di calma e di vigilanza, requisito fondamentale per avviare un lavoro sull'attenzione condivisa. Suggestisce di sperimentare anche a scuola questa dimensione, soprattutto nei momenti in cui G. appare più irritato e manifesta comportamenti problematici come quelli riportati dall'insegnante. Sottolinea l'importanza di ricercare lo scambio durante le attività attraverso alcune facilitazioni che richiedono all'adulto un'attenzione alla propria posizione nello spazio e alla ricerca del contatto di sguardo.</p>	<p>Descrivere il comportamento, l'antecedente e la conseguenza.</p> <p>Dare la possibilità a G. di manipolare il libro e di osservare le immagini.</p> <p>Svolgere le attività in una dimensione di piccolissimo gruppo</p> <p>Sperimentare la dimensione 1:1, soprattutto quando il bambino appare irrequieto e infastidito.</p> <p>Cura posturale dell'adulto e ricerca dello sguardo per facilitare l'attenzione condivisa.</p>



OBIETTIVI

Per il bambino	Per gli insegnanti
<ul style="list-style-type: none">• Nei momenti di difficoltà trovare uno stato di calma attraverso la dimensione 1:1.• Stare in una situazione di attenzione e di interazione nelle attività e nel gioco nella dimensione 1:1 o nel piccolo gruppo.	<ul style="list-style-type: none">• Facilitare la regolazione del comportamento del bambino attraverso la dimensione 1:1• Favorire l'attenzione e l'interazione durante le attività e il gioco, curando in particolare la scelta del materiale, le modalità di proposta (per esempio: poter manipolare il libro) e la posizione dell'adulto rispetto al bambino.



MATERIALI OPERATIVI

1.
2.



NOTE

L'insegnante parteciperà ad una delle prossime sedute di terapia.

ALLEGATO 8

SESSIONE N° 2

Nome e cognome

Data di nascita

Giovanni N.

05/02/2016

Dati sessione corrente

SESSIONE A distanza (call o videocall)

In presenza

DATA 28/01/2022

ORARIO 10.30-11.30

PARTECIPANTI TNPEE e insegnante di sostegno

Dati prossima sessione

DATA E ORA 18/03/2022 ore 11.30

CON CHI VIENE CONCORDATA Insegnante di sostegno



Indagare <ul style="list-style-type: none">- REGOLAZIONE DEL COMPORTAMENTO E DELLE EMOZIONI- ADERENZA ALLE ROUTINE DELLA GIORNATA- INTERAZIONE- AUTONOMIE- ALIMENTAZIONE	Sintesi delle problematiche riportate dagli insegnanti
<p>G. rientrerà a scuola oggi: è stato assente tutta la settimana per malattia. L'insegnante afferma che, dopo le vacanze natalizie, ha cercato di lavorare sugli obiettivi che avevano condiviso nella sessione di counselling precedente, in particolare sull'attenzione condivisa. In riferimento a questo narra un episodio avvenuto la settimana precedente: un giorno, appena G. è arrivato a scuola, hanno giocato per 20 minuti a tappeto con una macchinina a spinta. Racconta di aver notato l'interesse di G. verso la macchinina e di averla utilizzata per creare un'interazione: seduti uno di fronte all'altro, G. guardava l'insegnante perché gli passasse la macchinina e poi lui la rimandava all'insegnante. L'insegnante definisce questo gioco "in divenire": infatti, vicino a loro, erano presenti delle costruzioni, così, ad un certo punto, G. ha iniziato a far passare la macchinina sotto al ponte di costruzioni. Afferma di essere stata molto felice di essere riuscita ad interagire con il bambino.</p> <p>Alla domanda della terapeuta riferita ai comportamenti problematici di cui si era discusso nel precedente colloquio di counselling, l'insegnante risponde che non si sono più manifestati. Afferma, inoltre, di aver notato che da quando sono rientrati a scuola dopo le vacanze natalizie, G. ricerca molto il contatto fisico e la sua attenzione. In giardino, ad esempio, quando i bambini lo coinvolgono per fare il girotondo non partecipa più in autonomia come prima ma ricerca la sua presenza. L'insegnante riporta di aver dato una connotazione positiva a questi comportamenti ma domanda se sia corretto rispondere sempre positivamente alla sua richiesta di contatto fisico. Sembra che G. abbia proprio bisogno della sua presenza fisica, soprattutto quando necessita di essere consolato. Aiutata dalle riflessioni con la terapeuta, narra di un secondo episodio avvenuto in giardino nella settimana precedente, in cui, dopo una negazione da parte dell'insegnante, G. ha cercato la sua rassicurazione e la conferma che andasse tutto bene nella loro relazione.</p> <p>L'insegnante afferma, inoltre, di essersi accorta che G. sta cambiando e che il loro rapporto si sta consolidando grazie ad una maggiore conoscenza reciproca. Infatti, se a volte ha bisogno di "staccare" dall'attività fa una corsa, poi l'insegnante lo guarda, gli porge la mano e G. torna all'attività con molta serenità. I momenti di condivisione 1:1 sicuramente aiutano a consolidare la loro relazione.</p>	<p>G. ricerca molto il contatto fisico, soprattutto per essere rassicurato dopo una frustrazione o dopo un periodo di cambiamento dalle routine.</p>



RIFLESSIONI CON GLI INSEGNANTI

Riflessioni del terapeuta a partire da <ul style="list-style-type: none">- PROBLEMATICHE ESPOSTE DAGLI INSEGNANTI- OSSERVAZIONE NEL CONTESTO SCOLASTICO- PROPRIA CONOSCENZA DEL BAMBINO	Sintesi delle strategie
<p>La terapeuta connota positivamente il lavoro dell'insegnante rispetto all'attenzione condivisa durante il gioco con la macchinina nella dimensione 1:1. Domanda se l'insegnante di sostegno riesca a trovare tutti i giorni almeno una ventina di minuti in cui riproporre il gioco condiviso. Riporta poi il proprio stupore e la propria gioia nel notare che G., sia a scuola che in terapia, durante il gioco condiviso, inizia da solo a proporre nuove strategie per far evolvere il gioco in atto. Crede che questo possa avvenire nel momento in cui l'adulto dà valore alle azioni del bambino attraverso attesa e osservazione. Racconta di due episodi avvenuti in terapia in cui G. ha spontaneamente proposto nuove azioni che hanno permesso l'evoluzione del gioco, uno riferito al gioco delle bolle e uno ad un'attività di inserimento di tessere e tappi nei fori di una scatola. Durante la seconda attività, G. si è costruito un bastone con i tappi con il quale girava per la stanza. Dopo poco la terapeuta non riusciva più a condividere il bastone con G., il quale tendeva ad isolarsi e a rendere le sue azioni ripetitive. Così ha preso un altro bastone e ha iniziato a giocare in parallelo imitando le azioni di G. e poi lui la imitava a sua volta. Consiglia all'insegnante di sperimentare la tecnica del gioco parallelo quando il gioco del bambino diventa ripetitivo e afinalistico.</p> <p>La terapeuta, inoltre, chiede informazioni riguardo alla regolazione del comportamento di G. a scuola, soprattutto in riferimento ai comportamenti problematici che l'insegnante aveva esposto nella precedente sessione di counselling. La terapeuta riporta una riflessione della mamma del bambino che associava i comportamenti problema manifestati in quel periodo al continuo turn over di assistenti. Ora, che a scuola vi è una maggiore regolarità e che G. riesce ad avere delle figure di riferimento stabili, la mamma nota che è più calmo.</p> <p>Entrambe concordano che vi sono delle occasioni in cui G. richiede maggiormente il contatto fisico e la rassicurazione, in particolare dopo una frustrazione oppure dopo un periodo in cui vengono alterate le sue routine. La terapeuta sottolinea come il comportamento sopra descritto sia presente anche in terapia e in famiglia e condivide con l'insegnante la strategia adottata, ossia ricercare una modalità più adeguata rispetto all'adesività fisica messa in atto dal bambino: dopo aver abbracciato G. e averlo accarezzato, gli si può parlare, usando poche parole e un'espressione del volto rassicurante, creando così una situazione faccia a faccia che favorisca l'interazione.</p>	<p>Concedersi dei tempi di attesa e di osservazione per valorizzare le iniziative del bambino nel gioco.</p> <p>Utilizzare il gioco in parallelo. Utilizzare l'imitazione dell'azione del bambino per ampliare il gioco.</p> <p>Un ambiente stabile, soprattutto per quanto riguarda le figure di riferimento, è molto rassicurante e permette a G. una migliore regolazione emotiva e comportamentale.</p> <p>Proporre delle modalità di rassicurazione più adeguate, per esempio attraverso un'interazione faccia a faccia.</p>



OBIETTIVI

Per il bambino	Per gli insegnanti
<ul style="list-style-type: none">• Stare in una situazione di gioco condiviso in una dimensione 1:1• Trovare rassicurazione attraverso modalità diversificate che non richiedano solamente lo stretto contatto fisico	<ul style="list-style-type: none">• Attendere e osservare le proposte del bambino durante il gioco• Proporre modalità alternative di rassicurazione che siano maggiormente comunicative



MATERIALI OPERATIVI

1. Capitolo n°4 “Muovetevi verso il centro dell’attenzione del bambino” del libro “Un intervento precoce per il tuo bambino con autismo. Come utilizzare l’Early Start Denver Model in famiglia” di Roger S., Dawson G., Vismara L.
2.



NOTE

L’insegnante parteciperà ad una seduta di terapia il giorno 17/02/2022.

ALLEGATO 9
DIAGNOSI FUNZIONALE

SEZIONE INFORMATIVA GENERALE

A. DATA DI COMPILAZIONE 02/09/2020

B. DATI ANAGRAFICI

COGNOME	E.
NOME	GIACOMO
DATA DI NASCITA	05/05/2017
LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA	
INDIRIZZO	
TELEFONO	

C. SINTESI DIAGNOSTICA (codice ICD-10)

1. DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO Codice ICD: **F84.0**

D. CURRICOLO SANITARIO, RIABILITATIVO E SOCIALE

1) AREA COGNITIVA E DELL'APPRENDIMENTO

FUNZIONI CORPOREE		0	1	2	3	4	8	9
B114	Funzioni dell'orientamento							
	B1140 Funzioni dell'orientamento rispetto al tempo				X			
	B1141 Funzioni dell'orientamento rispetto al luogo			X				
B117	Funzioni intellettive				X			
B130	Funzioni dell'energia e delle pulsioni				X			
B140	Funzioni dell'attenzione				X			
B144	Funzioni della memoria							
	B1440 Memoria a breve termine			X				
	B1441 Memoria a lungo termine				X			
	B1442 Recupero ed elaborazione della memoria				X			
B160	Funzioni del pensiero				X			
B163	Funzioni cognitive di base			X				
B164	Funzioni cognitive di livello superiore							
	B1640 Astrazione					X		
	B1641 Organizzazione e pianificazione				X			
	B1642 Gestione del tempo					X		
	B1643 Flessibilita' cognitiva					X		
	B1644 Consapevolezza di sé (insight)					X		
	B1645 Giudizio					X		
	B1646 Soluzione di problemi				X			
Note:								

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE		0	1	2	3	4	8	9
Apprendimento di base								
D130	Copiare							X
D135	Ripetere							X
D140	Imparare a leggere							X
D145	Imparare a scrivere							X
D150	Imparare a calcolare							X
D155	Acquisizione di abilita'							
	D1550 Acquisizione di abilita' basilari			X				
	D1551 Acquisizione di abilita' complesse				X			

	0	1	2	3	4	8	9
Applicazione delle conoscenze							
D160 Focalizzare l'attenzione				X			
D161 Dirigere l'attenzione (mantenere)				X			
D163 Pensare				X			
D166 Leggere							X
D170 Scrivere							X
D172 Calcolare							X
D175 Risoluzione di problemi				X			
D177 Prendere decisioni				X			
D210 Intraprendere un compito singolo							
D2100 Intraprendere un compito semplice			X				
D2101 Intraprendere un compito complesso					X		
D2102 Intraprendere un compito singolo autonomamente				X			
D2103 Intraprendere un compito singolo in gruppo				X			
D2104 Completare un compito semplice				X			
D2105 Completare un compito complesso					X		
Note:							

FATTORI AMBIENTALI		punto di forza	aspetto problematico
E310	Famiglia ristretta	X	
E325	Conoscenti, colleghi (compagni di classe), vicini di casa e membri della comunità	X	
E360	Altri operatori	X	
Note:			

2) AREA DELLA COMUNICAZIONE

FUNZIONI CORPOREE		0	1	2	3	4	8	9
B167	Funzioni mentali del linguaggio							
	B16700 Recepire il linguaggio verbale				X			
	B16701 Recepire il linguaggio scritto							X
	B16710 Espressione del linguaggio verbale				X			
	B16711 Espressione del linguaggio scritto							X
B320	Funzioni dell'articolazione della voce			X				
B330	Funzioni della fluidità e del ritmo dell'eloquio			X				
Note:								

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE		0	1	2	3	4	8	9
D133	Acquisire il linguaggio			X				
D310	Ricevere (comprendere) messaggi verbali			X				
D315	Ricevere (comprendere) messaggi non verbali			X				
D320	Ricevere (comprendere) messaggi nel linguaggio dei segni							X
D325	Ricevere (comprendere) messaggi scritti							X
D330	Parlare				X			
D335	Produrre messaggi non verbali				X			
D340	Produrre messaggi nel linguaggio dei segni							X
D345	Scrivere messaggi							X
D350	Conversazione					X		
D355	Discussione					X		
D360	Utilizzo di strumenti e tecniche di comunicazione						X	
Note: utilizza un suo gergo incomprensibile. in avvio percorso di caa per favorire la comprensione verbale , la comunicazione di bisogni e gli apprendimenti attraverso supporti visivi (gesti, foto, immagini, ecc)								

FATTORI AMBIENTALI		punto di forza	aspetto problematico
E340	Persone che forniscono aiuto o assistenza	X	
E360	Altri operatori	X	
E410	Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta	X	
Note:			

3) AREA RELAZIONALE

FUNZIONI CORPOREE		0	1	2	3	4	8	9
B122	Funzioni psicosociali globali				X			
B125	Funzioni e attitudini intrapersonali				X			
B152	Funzioni emozionali							
	B1520 Appropriatelyzza dell'emozione				X			
	B1521 Regolazione dell'emozione					X		
Note:								

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE		0	1	2	3	4	8	9
D240	Gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico							
	D2400 Gestire le responsabilita'					X		
	D2401 Gestire lo stress				X			
D250	Controllare il proprio comportamento				X			
D710	Interazioni interpersonali semplici				X			
D720	Interazioni interpersonali complesse					X		
D740	Relazioni formali (rapporto con le persone autorevoli)					X		
D750	Relazioni sociali informali (rapporto con i pari)				X			
D760	Relazioni familiari			X				
Note								

FATTORI AMBIENTALI		punto di forza	aspetto problematico
E310	Famiglia ristretta	X	
E360	Altri operatori	X	
Note:			

4) AREA SENSORIALE

FUNZIONI CORPOREE	0	1	2	3	4	8	9
B156 Funzioni percettive	X						
B210 Funzioni della vista	X						
B230 Funzioni uditive	X						
Note:							

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE	0	1	2	3	4	8	9
Esperienze sensoriali intenzionali							
D110 Guardare (anche con ausili)			X				
D115 Ascoltare (anche con ausili)				X			
D120 Altre percezioni sensoriali intenzionali			X				
Note:							

FATTORI AMBIENTALI	punto di forza	aspetto problematico
E1251 Prodotti e tecnologia di assistenza per la comunicazione	X	
E340 Persone che forniscono aiuto o assistenza	X	
Note:		

5) AREA MOTORIO-PRASSICA

FUNZIONI CORPOREE		0	1	2	3	4	8	9
B730	Funzioni della forza muscolare		X					
B735	Funzioni del tono muscolare		X					
B760	Funzioni di controllo del movimento volontario		X					
B765	Funzioni del movimento involontario		X					
B770	Funzioni del pattern dell'andatura		X					
Note:								

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE		0	1	2	3	4	8	9
D410	Cambiare la posizione corporea di base	X						
D415	Mantenere una posizione corporea				X			
D420	Trasferirsi		X					
D430	Sollevarre e trasportare oggetti		X					
D440	Uso fine della mano			X				
D445	Uso della mano e del braccio		X					
D450	Camminare	X						
D460	Spostarsi in diverse collocazioni		X					
D465	Spostarsi usando apparecchiature/ausili						X	
D470	Usare un mezzo di trasporto						X	
Note:								

FATTORI AMBIENTALI		punto di forza	aspetto problematico
E340	Persone che forniscono aiuto o assistenza	X	
E360	Altri operatori	X	
Note:			

6) AREA DELL'AUTONOMIA PERSONALE

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE		0	1	2	3	4	8	9
D230	Eeguire la routine quotidiana							
	D2300 Seguire delle routine			X				
	D2302 Completare la routine quotidiana				X			
	D2303 Gestire il proprio tempo e le proprie attivita'				X			
	D2304 Gestire i cambiamenti nella routine quotidiana				X			
D510	Lavarsi				X			
D530	Bisogni corporali				X			
D540	Vestirsi			X				
D550	Mangiare				X			
D560	Bere			X				
D571	Badare alla propria sicurezza					X		
Note:								

FATTORI AMBIENTALI		punto di forza	aspetto problematico
E310	Famiglia ristretta	X	
E360	Altri operatori	X	
Note:			

7) AREE DI VITA PRINCIPALI (AUTONOMIA SOCIALE)

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE		0	1	2	3	4	8	9
D810	Istruzione informale				X			
D820	Istruzione scolastica							X
D825	Formazione professionale							X
D860	Transazioni economiche semplici							X
D880	Coinvolgimento nel gioco							
	D8800 Gioco solitario			X				
	D8801 Giochi di osservazione				X			
	D8802 Gioco parallelo				X			
	D8803 Gioco cooperativo					X		
D9201	Sport						X	
D9205	Socializzazione				X			
Note:								

FATTORI AMBIENTALI		punto di forza	aspetto problematico
E1152	Prodotti e tecnologia utilizzati per il gioco	X	
E310	Famiglia ristretta	X	
E340	Persone che forniscono aiuto o assistenza	X	
E360	Altri operatori	X	
Note:			

ALLEGATO 10

MODULO DI NOTAZIONE PER LE SESSIONI DI COUNSELING CON GLI INSEGNANTI

Dati servizio

NOME TERAPISTA Francesca Rita Marsala

SERVIZIO Associazione "La Nostra Famiglia"

Dati bambino

NOME Giacomo

COGNOME E.

DATA DI NASCITA 09/05/2017

SCUOLA Asilo nido
 Scuola dell'infanzia
 Scuola primaria
 Scuola secondaria di primo grado
 Scuola secondaria di secondo grado

CLASSE Medi (2° anno)

SESSIONE N° GLO

Nome e cognome

Data di nascita

Giacomo E.

09/05/2017

Dati sessione corrente

SESSIONE A distanza (call o videocall)
 In presenza

DATA 15/02/2022

ORARIO 15.45-16.45

PARTECIPANTI Insegnante di sezione, insegnante di sostegno, Responsabile per
l'inclusione scolastica, psicologa, TNPEE, mamma

Dati prossima sessione

DATA E ORA

CON CHI VIENE CONCORDATA



Indagare <ul style="list-style-type: none">- REGOLAZIONE DEL COMPORTAMENTO E DELLE EMOZIONI- ADERENZA ALLE ROUTINE DELLA GIORNATA- INTERAZIONE- AUTONOMIE- ALIMENTAZIONE	Sintesi delle problematiche riportate dagli insegnanti
<p>G. è inserito in questo istituto scolastico da settembre 2021. Il distacco dai genitori è avvenuto in maniera serena. Ora arriva a scuola e torna a casa con il pulmino.</p> <p>Le insegnanti riportano che fin da subito, in continuità con il lavoro svolto dalle insegnanti della scuola frequentata precedentemente dal bambino, hanno cercato di creare un ambiente molto strutturato e prevedibile, grazie all'utilizzo di supporti visivi. All'interno dell'aula della sua sezione tutti gli spazi sono etichettati con un'immagine ed è presente uno spazio dedicato alla scansione delle attività giornaliere. Utilizzano, inoltre, un quaderno con le immagini suddiviso in ambienti, attività e giochi, attraverso il quale G. può comunicare scelte, bisogni e desideri. Attualmente le insegnanti stanno cercando di stimolare molto G. nell'utilizzo di questa modalità comunicativa, partendo da situazioni per lui molto motivanti, come la scelta del cibo per la merenda, e rinforzando ogni sua richiesta spontanea.</p> <p>Ora G. dimostra di aver interiorizzato le routine e di sapersi orientare negli spazi scolastici. Durante la permanenza scolastica alterna momenti in cui è tranquillo e disposto a giocare e sperimentare a momenti in cui si mostra agitato. In particolare, vi sono dei momenti in cui mette in atto comportamenti problematici, come buttare a terra le sedie e il materiale, molto difficili da interrompere. Le insegnanti interpretano tali comportamenti come la manifestazione di un'incapacità a tollerare la frustrazione scatenata da una negazione e chiedono un consiglio su come poter intervenire.</p> <p>Un'altra difficoltà riportata dalle insegnanti è quella di riuscire a gestire l'ipercinesia di G., il quale a volte rischia di mettersi in pericolo, per esempio salendo sulle sedie e sui tavoli per poi buttarsi giù. Alle insegnanti sembra che tali situazioni si verifichino soprattutto quando G. è stanco, per esempio dopo lo svolgimento di diverse attività strutturate a tavolino.</p> <p>Le insegnanti notano, inoltre, una grande difficoltà da parte di G. nel mantenere gli apprendimenti. Al rientro dopo un periodo di assenza per malattia, ma anche dopo il weekend, sembra disorientato e fatica ad adattarsi al contesto. È evidente la necessità di continuità nelle routine quotidiane.</p>	<p>G. presenta grosse difficoltà nella tolleranza alla frustrazione che si manifestano con la messa in atto di comportamenti disfunzionali.</p> <p>G. necessita di muoversi, soprattutto quando è stanco. Tale motricità è spesso poco controllata e pericolosa per sé e per gli altri.</p> <p>G. fatica a mantenere nel tempo le competenze apprese.</p>



RIFLESSIONI CON GLI INSEGNANTI

Riflessioni del terapeuta a partire da <ul style="list-style-type: none">- PROBLEMATICHE ESPOSTE DAGLI INSEGNANTI- OSSERVAZIONE NEL CONTESTO SCOLASTICO- PROPRIA CONOSCENZA DEL BAMBINO	Sintesi delle strategie
<p>La psicologa connota positivamente il lavoro messo in atto dalle insegnanti in merito alla strutturazione e all'utilizzo di supporti visivi. Per quanto concerne i comportamenti disfunzionali, probabilmente a G. mancano ancora gli strumenti per riuscire a gestire la frustrazione e rispondere adeguatamente. Attualmente queste crisi, a lungo rinforzate nel contesto familiare, sono il suo unico modo per manifestare un disagio e non sembra esserci nulla che faciliti la sua regolazione. Per questo la TNPEE, nel suo contesto, cerca di gestire le crisi attraverso l'anticipazione, ossia manipolando l'ambiente e le richieste in modo tale che questi comportamenti non si manifestino. La terapeuta, quindi, propone esclusivamente attività molto strutturate, evitando le attività potenzialmente frustranti o anticipa, attraverso le immagini, il rinforzo positivo che il bambino potrà ottenere se porterà a termine l'attività. In terapia, nel caso in cui non sia stato possibile evitare la messa in atto del comportamento disfunzionale, si cerca di ignorare il bambino. La psicologa e la terapeuta sono consapevoli però che non è sempre possibile adottare questa strategia, soprattutto nel contesto scolastico. G., inoltre, è un bambino che ha bisogno di muoversi continuamente. Affinché riesca a portare a termine le 4-5 attività previste dalla strutturazione scolastica giornaliera, la terapeuta consiglia di intervallare tali attività a pause attive di gioco libero o rilassamento in uno spazio morbido. È importante osservare quali sono i momenti in cui G. mette in atto maggiormente questi comportamenti pericolosi, se sono dei comportamenti di fuga da determinate attività o se, per esempio, li mette in atto in uno specifico momento della giornata in cui è più stanco. In questo modo è possibile anticipare, evitando di fare delle richieste in quei momenti specifici. Sarebbe comunque importante mostrare l'immagine dello spazio morbido o dello spazio per il gioco libero in successione all'immagine dell'attività da svolgere, in modo tale che il bambino sappia cosa accadrà dopo.</p> <p>La psicologa e la TNPEE, infine, concordano con le insegnanti sulle difficoltà di G. in merito alla sospensione, anche per brevi periodi, dell'attività. Il bambino, infatti, riesce a mantenere delle competenze solo se c'è una routine strutturata che si mantiene costante nel tempo e se c'è continuità tra i vari ambienti di vita, altrimenti la regressione arriva subito.</p>	<p>Anticipare la messa in atto di comportamenti disfunzionali, evitando proposte poco chiare o poco strutturate oppure mostrando il rinforzo ottenibile una volta portata a termine l'attività.</p> <p>Intervallare le 4-5 attività previste dalla strutturazione giornaliera con momenti di gioco libero o di rilassamento nello spazio morbido, rendendo chiaro al bambino cosa può fare una volta portata a termine l'attività.</p>



OBIETTIVI

Per il bambino	Per gli insegnanti
<ul style="list-style-type: none">• Ridurre la messa in atto di comportamenti disfunzionali• Utilizzare le immagini per comunicare scelte, bisogni e desideri	<ul style="list-style-type: none">• Dopo aver osservato i comportamenti del bambino, evitare le richieste per lui troppo frustranti e dare sempre rinforzi tangibili• Stimolare G. nell'utilizzo di supporti visivi per comunicare con l'altro, rinforzando ogni sua richiesta spontanea.



MATERIALI OPERATIVI

1.
2.



NOTE

La TNPEE chiede possibilmente alle insegnanti di inserire nella strutturazione giornaliera del mercoledì l'immagine de "La Nostra Famiglia", in modo tale da facilitare il bambino, e di conseguenza il papà, nel cambio di contesto.

Gli operatori sanitari si rendono disponibili per un ulteriore incontro di condivisione con la partecipazione della TNPEE e della logopedista, soprattutto per iniziare a lavorare in modo coordinato sulla CAA.

ALLEGATO 11
DIAGNOSI FUNZIONALE

SEZIONE INFORMATIVA GENERALE

E. DATA DI COMPILAZIONE 10/06/2021

F. DATI ANAGRAFICI

COGNOME N.
NOME TOMMASO
DATA DI NASCITA 02/03/2016
LUOGO DI NASCITA
RESIDENZA
INDIRIZZO
TELEFONO

G. SINTESI DIAGNOSTICA (codice ICD-10)

1. DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO Codice ICD: **F84.0**

H. CURRICOLO SANITARIO, RIABILITATIVO E SOCIALE

1) AREA COGNITIVA E DELL'APPRENDIMENTO

FUNZIONI CORPOREE		0	1	2	3	4	8	9
B114	Funzioni dell'orientamento							
	B1140 Funzioni dell'orientamento rispetto al tempo				X			
	B1141 Funzioni dell'orientamento rispetto al luogo			X				
B117	Funzioni intellettive			X				
B130	Funzioni dell'energia e delle pulsioni			X				
B140	Funzioni dell'attenzione			X				
B144	Funzioni della memoria		X					
B160	Funzioni del pensiero			X				
B163	Funzioni cognitive di base		X					
B164	Funzioni cognitive di livello superiore							
	B1640 Astrazione				X			
	B1641 Organizzazione e pianificazione			X				
	B1642 Gestione del tempo			X				
	B1643 Flessibilita' cognitiva				X			
	B1644 Consapevolezza di sé (insight)				X			
	B1645 Giudizio				X			
	B1646 Soluzione di problemi				X			
Note:								

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE		0	1	2	3	4	8	9
Apprendimento di base								
D130	Copiare			X				
D131	Imparare attraverso le azioni con gli oggetti			X				
D135	Ripetere			X				
D140	Imparare a leggere							X
D145	Imparare a scrivere							X
D150	Imparare a calcolare							X
D155	Acquisizione di abilita'							
	D1550 Acquisizione di abilita' basilari			X				
	D1551 Acquisizione di abilita' complesse				X			

	0	1	2	3	4	8	9
Applicazione delle conoscenze							
D160 Focalizzare l'attenzione			X				
D161 Dirigere l'attenzione (mantenere)			X				
D163 Pensare				X			
D166 Leggere							X
D170 Scrivere							X
D172 Calcolare							X
D175 Risoluzione di problemi					X		
D177 Prendere decisioni					X		
D210 Intraprendere un compito singolo							
D2100 Intraprendere un compito semplice			X				
D2101 Intraprendere un compito complesso				X			
D2102 Intraprendere un compito singolo autonomamente			X				
D2103 Intraprendere un compito singolo in gruppo				X			
D2104 Completare un compito semplice			X				
D2105 Completare un compito complesso				X			
Note:							

FATTORI AMBIENTALI		punto di forza	aspetto problematico
E1251	Prodotti e tecnologia di assistenza per la comunicazione	X	
E1300	Prodotti e tecnologia generali per l'istruzione	X	
E310	Famiglia ristretta	X	
E360	Altri operatori	X	
Note:			

2) AREA DELLA COMUNICAZIONE

FUNZIONI CORPOREE		0	1	2	3	4	8	9
B167	Funzioni mentali del linguaggio							
	B16700 Recepire il linguaggio verbale			X				
	B16701 Recepire il linguaggio scritto							X
	B16710 Espressione del linguaggio verbale				X			
	B16711 Espressione del linguaggio scritto							X
B320	Funzioni dell'articolazione della voce				X			
B330	Funzioni della fluidità e del ritmo dell'eloquio			X				
Note:								

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE		0	1	2	3	4	8	9
D133	Acquisire il linguaggio				X			
D310	Ricevere (comprendere) messaggi verbali				X			
D315	Ricevere (comprendere) messaggi non verbali				X			
D320	Ricevere (comprendere) messaggi nel linguaggio dei segni							X
D325	Ricevere (comprendere) messaggi scritti							X
D330	Parlare				X			
D335	Produrre messaggi non verbali				X			
D340	Produrre messaggi nel linguaggio dei segni							X
D345	Scrivere messaggi							X
D350	Conversazione					X		
D355	Discussione					X		
D360	Utilizzo di strumenti e tecniche di comunicazione		X					
Note: utilizza un suo gergo incomprensibile. in avvio percorso di caa per favorire la comprensione verbale , la comunicazione di bisogni e gli apprendimenti attraverso supporti visivi (gesti, foto, immagini, ecc)								

FATTORI AMBIENTALI		punto di forza	aspetto problematico
E1251	Prodotti e tecnologia di assistenza per la comunicazione	X	
E325	Conoscenti, colleghi (compagni di classe), vicini di casa e membri della comunità	X	
E340	Persone che forniscono aiuto o assistenza	X	
E360	Altri operatori	X	
Note:			

3) AREA RELAZIONALE

FUNZIONI CORPOREE		0	1	2	3	4	8	9
B122	Funzioni psicosociali globali			X				
B125	Funzioni e attitudini intrapersonali			X				
B152	Funzioni emozionali							
	B1520 Appropriatazza dell'emozione			X				
	B1521 Regolazione dell'emozione				X			
Note:								

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE		0	1	2	3	4	8	9
D240	Gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico				X			
D250	Controllare il proprio comportamento							
	B1520 Appropriatazza dell'emozione				X			
	D2501 Rispondere alle richieste				X			
	D2503 Agire in modo prevedibile			X				
D710	Interazioni interpersonali semplici			X				
D720	Interazioni interpersonali complesse				X			
D740	Relazioni formali (rapporto con le persone autorevoli)				X			
D750	Relazioni sociali informali (rapporto con i pari)				X			
D760	Relazioni familiari			X				
Note								

FATTORI AMBIENTALI		punto di forza	aspetto problematico
E310	Famiglia ristretta	X	
E325	Conoscenti, colleghi (compagni di classe), vicini di casa e membri della comunita'	X	
E355	Operatori sanitari	X	
Note:			

4) AREA SENSORIALE

FUNZIONI CORPOREE	0	1	2	3	4	8	9
B156 Funzioni percettive	X						
B210 Funzioni della vista	X						
B230 Funzioni uditive	X						
Note:							

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE	0	1	2	3	4	8	9
Esperienze sensoriali intenzionali							
D110 Guardare (anche con ausili)		X					
D115 Ascoltare (anche con ausili)			X				
D120 Altre percezioni sensoriali intenzionali		X					
Note:							

FATTORI AMBIENTALI	punto di forza	aspetto problematico
E1251 Prodotti e tecnologia di assistenza per la comunicazione	X	
E1300 Prodotti e tecnologia generali per l'istruzione	X	
Note:		

5) AREA MOTORIO-PRASSICA

FUNZIONI CORPOREE		0	1	2	3	4	8	9
B730	Funzioni della forza muscolare	X						
B735	Funzioni del tono muscolare		X					
B760	Funzioni di controllo del movimento volontario	X						
B765	Funzioni del movimento involontario	X						
B770	Funzioni del pattern dell'andatura	X						
Note:								

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE		0	1	2	3	4	8	9
D410	Cambiare la posizione corporea di base			X				
D415	Mantenere una posizione corporea				X			
D420	Trasferirsi			X				
D430	Sollevarre e trasportare oggetti			X				
D440	Uso fine della mano			X				
D445	Uso della mano e del braccio			X				
D450	Camminare	X						
D460	Spostarsi in diverse collocazioni			X				
D465	Spostarsi usando apparecchiature/ausili							X
D470	Usare un mezzo di trasporto							X
Note:								

FATTORI AMBIENTALI		punto di forza	aspetto problematico
E360	Altri operatori	X	
Note:			

6) AREA DELL'AUTONOMIA PERSONALE

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE		0	1	2	3	4	8	9
D230	Eeguire la routine quotidiana							
	D2300 Seguire delle routine			X				
	D2302 Completare la routine quotidiana			X				
	D2303 Gestire il proprio tempo e le proprie attivita'				X			
	D2304 Gestire i cambiamenti nella routine quotidiana				X			
D510	Lavarsi			X				
D530	Bisogni corporali			X				
D540	Vestirsi			X				
D550	Mangiare		X					
D560	Bere	X						
D571	Badare alla propria sicurezza				X			
Note: alimentazione selettiva								

FATTORI AMBIENTALI		punto di forza	aspetto problematico
E310	Famiglia ristretta	X	
E355	Operatori sanitari	X	
E360	Altri operatori	X	
Note:			

7) AREE DI VITA PRINCIPALI (AUTONOMIA SOCIALE)

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE		0	1	2	3	4	8	9
D810	Istruzione informale			X				
D820	Istruzione scolastica				X			
D825	Formazione professionale							X
D860	Transazioni economiche semplici							X
D880	Coinvolgimento nel gioco							
	D8800 Gioco solitario		X					
	D8801 Giochi di osservazione			X				
	D8802 Gioco parallelo				X			
	D8803 Gioco cooperativo				X			
D9201	Sport						X	
D9205	Socializzazione				X			
Note:								

FATTORI AMBIENTALI		punto di forza	aspetto problematico
E310	Famiglia ristretta	X	
E325	Conoscenti, colleghi (compagni di classe), vicini di casa e membri della comunita'	X	
E355	Operatori sanitari	X	
E360	Altri operatori	X	
Note:			

ALLEGATO 12

MODULO DI NOTAZIONE PER LE SESSIONI DI COUNSELING CON GLI INSEGNANTI

Dati servizio

NOME TERAPISTA Francesca Rita Marsala

SERVIZIO Associazione "La Nostra Famiglia"

Dati bambino

NOME Tommaso

COGNOME N.

DATA DI NASCITA 02/03/2016

- SCUOLA**
- Asilo nido
 - Scuola dell'infanzia
 - Scuola primaria
 - Scuola secondaria di primo grado
 - Scuola secondaria di secondo grado

CLASSE Grandi (3° anno)



CONTESTO SCOLASTICO IN CUI IL BAMBINO È INSERITO

Persone

N° COMPONENTI GRUPPO CLASSE 25		
COMPOSIZIONE GRUPPO CLASSE	<input checked="" type="checkbox"/> Omogenea per età	
	<input type="checkbox"/> Mista per età	
GRUPPO DOCENTI Insegnante di sezione e insegnante di sostegno		
INSEGNANTE DI SOSTEGNO	<input checked="" type="checkbox"/> Sì	N° ore a settimana 6h (divise in 3 giorni)
	<input type="checkbox"/> No	Da quando segue il bambino
OPERATORE SOCIO-SANITARIO	<input checked="" type="checkbox"/> Sì	N° ore a settimana 8h
	<input type="checkbox"/> No	Da quando segue il bambino marzo 2021
ALTRE FIGURE COINVOLTE		

Tempi, spazi e attività

ORARIO SCOLASTICO DEL BAMBINO 8.00-16.00		
ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DEL BAMBINO		
Orario	Spazio	Attività individuale o di gruppo
	Salone	Accoglienza del gruppo classe
	Bagno	Segue i compagni
	Aula	Appello, calendario, lettura e merenda con il gruppo classe
	Aula	Attività del giorno (stesso progetto educativo dei compagni), poi gioco libero
	Sala da pranzo	Pranzo con il gruppo classe
	Giardino	Gioco libero con i compagni
	Salone	Uscita: si veste da solo, mette il gel e poi va a prendere il pulmino

SESSIONE N° GLO

Nome e cognome

Data di nascita

Tommaso N.

02/03/2016

Dati sessione corrente

SESSIONE A distanza (call o videocall)
 In presenza

DATA 22/02/2022

ORARIO 16.00-17.00

PARTECIPANTI Coordinatrice scolastica, insegnante di sezione, insegnante di sostegno,
OSS, Psicologa, Logopedista

Dati prossima sessione

DATA E ORA

CON CHI VIENE CONCORDATA



Indagare <ul style="list-style-type: none">- REGOLAZIONE DEL COMPORTAMENTO E DELLE EMOZIONI- ADERENZA ALLE ROUTINE DELLA GIORNATA- INTERAZIONE- AUTONOMIE- ALIMENTAZIONE	Sintesi delle problematiche riportate dagli insegnanti
<p>Le insegnanti riportano che T. è ben inserito nel gruppo classe e che il senso di appartenenza è ben sviluppato. Il bambino si orienta autonomamente negli spazi della scuola e svolge tutte le attività didattiche proposte alla sezione in cui è inserito. T. viene descritto come un bambino gioioso, disponibile, partecipe e curioso, in particolare durante l'attività motoria. È molto creativo nel disegno e abile nella copia da modello. Le insegnanti notano grandi progressi rispetto agli anni scolastici precedenti in tutti gli ambiti di sviluppo, dall'autonomia alla rappresentazione grafica, dalla motricità fine all'uso funzionale dei materiali. Rispetto all'anno scolastico precedente sono anche aumentati i tempi attentivi e la capacità di rimanere seduto ad aspettare il suo turno. La maggiore difficoltà viene riscontrata a livello verbale: T. non si esprime molto verbalmente, ma, se facilitato dalle immagini, inizia a produrre alcune parole.</p> <p>Sollecitate dalla domanda della psicologa, le insegnanti riportano che T. predilige il gioco solitario. Ricerca la vicinanza e il contatto con i compagni solo durante il momento del "balletto" in classe per eseguire la sequenza di azioni prevista dalla coreografia.</p> <p>Per quanto riguarda la comprensione della strutturazione della giornata e delle consegne, le insegnanti riportano che T. non sempre comprende la consegna verbale, mostrandosi un po' disorientato. In tali occasioni osserva ciò che fanno i compagni e poi esegue anche lui. Inoltre, ha interiorizzato la sequenza delle attività della giornata scolastica dimostrando di comprendere quando la routine viene modificata, senza mostrare per questo un eccessivo disagio.</p> <p>Le insegnanti riportano, infine, una difficoltà nell'avere un confronto con la famiglia. Il bambino, infatti, raggiunge e lascia gli ambienti scolastici con il pulmino e i genitori non partecipano agli incontri di condivisione proposti. L'insegnante di sostegno ogni tanto comunica tramite messaggio con la mamma per comprendere meglio alcuni comportamenti del bambino.</p>	<p>T. utilizza poco il canale verbale, anche se, con il supporto visivo, stanno iniziando ad emergere alcune parole.</p> <p>T. predilige il gioco solitario ma accetta la vicinanza e il contatto con i compagni quando previsto dall'attività.</p> <p>A volte il bambino non comprende la consegna verbale, ma spesso compensa grazie a buone competenze imitative.</p> <p>Difficoltà nella condivisione tra scuola e famiglia.</p>



RIFLESSIONI CON GLI INSEGNANTI

Riflessioni del terapeuta a partire da <ul style="list-style-type: none">- PROBLEMATICHE ESPOSTE DAGLI INSEGNANTI- OSSERVAZIONE NEL CONTESTO SCOLASTICO- PROPRIA CONOSCENZA DEL BAMBINO	Sintesi delle strategie
<p>Una volta ascoltata la descrizione di T. fatta dalle insegnanti, la psicologa chiede informazioni rispetto all'interazione del bambino con i coetanei, aspetto che gli operatori sanitari, nel loro ambiente, non riescono ad osservare. La psicologa conferma, inoltre, le ottime competenze grafiche e imitative di T., abilità che vengono osservate anche durante le sedute di terapia. Sottolinea l'importanza di inserire tali attività grafiche, per lui molto motivanti, in un contesto di piccolo gruppo per cercare di avviare qualche interazione comunicativa. T. è, infatti, un bambino che ha bisogno di essere stimolato e facilitato nella condivisione e nell'interazione con l'altro. La psicologa indaga poi la comprensione del bambino rispetto alla strutturazione spazio-temporale e alle consegne verbali, con particolare riferimento ad eventuali strategie utilizzate.</p> <p>La logopedista, allora, espone gli obiettivi del progetto riabilitativo di T., partendo dalle strategie utilizzate in terapia per facilitare la comprensione. Fin dall'inizio del trattamento logopedico l'approccio è stato attraverso l'utilizzo della CAA, in particolare servendosi di supporti visivi come tabelle di scelta. Ora T. ha il suo quaderno personale che può essere utilizzato anche a scuola. L'utilizzo delle immagini, a supporto del messaggio verbale, può essere molto utile per facilitare la comprensione delle consegne, ma anche per verificare cosa il bambino ha capito e mantenuto, ad esempio dopo la lettura di una storia in un libro con immagini. Attraverso il suo quaderno, T. sa anche chiedere ciò che vuole.</p> <p>In questo momento risulta fondamentale facilitare T. nella comprensione del messaggio verbale affinché non inizino a manifestarsi comportamenti disfunzionali determinati dalla mancata comprensione della situazione e dall'incapacità di chiedere aiuto. Considerate le buone risorse cognitive di T., supportando la comprensione il bambino potrà imparare più rapidamente.</p> <p>Sarebbe importante introdurre tale strategia comunicativa a scuola per vedere se il bambino riesce a generalizzare le competenze apprese in terapia anche in altri contesti di vita. A casa, infatti, il quaderno con le immagini viene poco utilizzato in quanto la famiglia non ne ha ancora colto pienamente il significato. La logopedista e la psicologa condividono la difficoltà nel coinvolgere la famiglia di questo bambino, riportando però che, nell'ultimo periodo, gli operatori sanitari sono riusciti a rendere la madre maggiormente partecipe, facendola assistere alle varie sedute di terapia.</p>	<p>Svolgere le attività motivanti per T., come il disegno, in un contesto di piccolo gruppo per facilitare l'interazione e la comunicazione con i coetanei.</p> <p>Utilizzare supporti visivi per facilitare la comprensione della situazione e delle richieste verbali e l'espressione di bisogni e desideri.</p>



OBIETTIVI

Per il bambino	Per gli insegnanti
<ul style="list-style-type: none">• Interagire maggiormente con i coetanei• Generalizzare l'utilizzo di supporti visivi per la comunicazione	<ul style="list-style-type: none">• Facilitare l'interazione e la comunicazione proponendo attività motivanti in contesto di piccolo gruppo• Supportare la comprensione attraverso l'utilizzo delle immagini• Coinvolgere i genitori per mostrare loro le risorse del bambino e per sollecitare un maggiore intervento attivo da parte loro nel contesto domestico



MATERIALI OPERATIVI

1.
2.



NOTE

Le insegnanti condividono l'utilità del quaderno con le immagini e accettano di utilizzarlo anche a scuola, eventualmente aggiungendo immagini del contesto scolastico. Gli operatori sanitari si impegnano per fare in modo che la mamma faccia portare a scuola il quaderno a T.

Gli operatori sanitari si rendono disponibili per un ulteriore incontro di condivisione con la partecipazione delle due TNPEE che hanno in carico il bambino.

ALLEGATO 13

DIAGNOSI FUNZIONALE

Cognome	S.	Nome	Anna
nato/a il	30/06/2017	a	

Descrizione funzionale redatta in forma sintetica:

Trattasi di bambina affetta da alterazioni della comunicazione, con difficoltà di sviluppo nelle aree linguistiche, relazionali e emotivo-affettive nell'ambito di una sdr da alterazione globale dello sviluppo (spettro autistico). Linguaggio non ancora evoluto, così come la socializzazione ed il controllo emotivo. Immaturità cognitiva.

Descrizione funzionale con particolare attenzione alle potenzialità:

AREA COGNITIVA

Attualmente presenta una comprensione parziale di ordini semplici, penalizzata dal quadro di base e dalle difficoltà di aggancio visivo relazionale

AREA NEUROPSICOLOGICA

(Memoria – Attenzione – Organizzazione spazio-temporale)

Memoria non valutabile. S/T non presente a livello adeguato. Attenzione fluttuante e instabile

AREA LINGUISTICO/COMUNICATIVA

Non uditi vocaboli e/o verbalizzazioni significative. Presenti gergolalie, a volte a carattere ripetitivo. Sguardo interattivo fluttuante, ma possibile per alcuni momenti.

AREA AFFETTIVO/RELAZIONALE

Possibili momenti di interazione in senso relazionale ed affettivo, specie con l'adulto, con sguardo e mimica parzialmente espressiva. Va supervisionata costantemente e spronata nella relazione con i coetanei. Immaturità emotivo-affettiva.

AREA MOTORIO/PRASSICA

Motricità globale lievemente impacciata. Motricità fine in evoluzione variabile.

AREA DELL'AUTONOMIA

(Personale – Sociale)

Autonomia a livello sfinterico. Parziale autonomia durante i pasti. Va supervisionata da un adulto, sia a livello personale che sociale.

AREA SENSORIALE

Vista e udito apparentemente integre

INDICAZIONI PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA

Per favorire l'accesso alla frequenza scolastica ai sensi della legge 104/92, nonché la piena fruizione dell'attività educativo-didattica della scuola, si ravvisa l'opportunità delle risorse e delle condizioni seguenti:

- Personale socio-sanitario per l'autonomia e la relazione
- Personale tecnico-riabilitativo in orario extrascolastico
- Trasporto specializzato
- Ausili tecnici:
 - Per la postura
 - Per la deambulazione
 - Per la comunicazione
- Assenza barriere architettoniche
- Trattamenti riabilitativi:
 - Previsti
 - In corsoFrequenza: _____ settimanale _____
- Altro _____

15/01/2021

ALLEGATO 14

MODULO DI NOTAZIONE PER LE SESSIONI DI COUNSELING CON GLI INSEGNANTI

Dati servizio

NOME TERAPISTA Maria Sanavio

SERVIZIO ULSS 6 Euganea, Servizio di Neuropsichiatria Infantile

Dati bambino

NOME Anna

COGNOME S.

DATA DI NASCITA 30/06/2017

- SCUOLA**
- Asilo nido
 - Scuola dell'infanzia
 - Scuola primaria
 - Scuola secondaria di primo grado
 - Scuola secondaria di secondo grado

CLASSE Medi (2°anno)

SESSIONE N° GLO intermedio

Nome e cognome

Data di nascita

Anna S.

30/06/2017

Dati sessione corrente

SESSIONE A distanza (call o videocall)
 In presenza

DATA 23/02/2022

ORARIO 15.30-16.30

PARTECIPANTI TNPEE, logopedista, 2 insegnanti di sezione, insegnante di sostegno, insegnante di attività motoria, genitori

Dati prossima sessione

DATA E ORA

CON CHI VIENE CONCORDATA



Indagare <ul style="list-style-type: none">- REGOLAZIONE DEL COMPORTAMENTO E DELLE EMOZIONI- ADERENZA ALLE ROUTINE DELLA GIORNATA- INTERAZIONE- AUTONOMIE- ALIMENTAZIONE	Sintesi delle problematiche riportate dagli insegnanti
<p>L'insegnante di sezione afferma che A. è ben inserita nel gruppo classe, che i compagni la cercano e la sostengono.</p> <p>L'insegnante di sostegno racconta che A. è stata assente per un lungo periodo dopo le vacanze natalizie. È però rientrata serenamente riconoscendo i compagni, gli adulti di riferimento, gli spazi e la strutturazione della giornata. Al rientro le insegnanti hanno notato grandi miglioramenti da parte di A., innanzitutto nella relazione con i compagni che A. osserva e a cui si avvicina, magari perché attratta dal gioco che stanno facendo. Sicuramente al rientro l'adattamento al contesto e l'interazione con i compagni sono stati facilitati dal numero ridotto di bambini in classe. In secondo luogo, si sono ampliati gli interessi nel gioco: prima era ossessionata dagli animali di plastica, unico interesse assorbente; ora, invece, gli animali permangono ma non sono più l'unico gioco che chiede, divengono piuttosto materiale transizionale che la aiuta a passare da un contesto ad un altro. Le insegnanti notano, inoltre, che A. ha maggiore confidenza con l'ambiente tanto da sperimentare sempre più cose nuove, come i giochi in giardino. L'insegnante di sostegno riporta che durante tali giochi, in cui A. sale nello scivolo e poi rimane in alto, aumenta la frequenza del contatto oculare tra loro, probabilmente facilitata dalla distanza. Infine, le insegnanti hanno notato che A. inizia ad avere delle preferenze e ad esprimere chiaramente quello che vuole.</p> <p>Sono però aumentati gli episodi di picacismo: tende a ingerire carta, lana, terra, plastilina.</p> <p>L'insegnante di sostegno e l'insegnante di attività motoria riportano inoltre di aver notato che a volte l'andatura di A. è un po' incerta con frequenti cadute, soprattutto quando deve fare delle curve.</p> <p>Rispetto alle autonomie, l'insegnante di sezione afferma che A. è in grado di togliere da sola il cappello e la sciarpa, di slacciare il giubbotto, di togliere le scarpe se non hanno una cerniera troppo dura e di mettere le scarpe della scuola.</p> <p>Rispetto alla comunicazione, invece, le insegnanti affermano che A. utilizza in modo efficace le immagini per comunicare, immagini di giochi o cibi che tengono all'interno di una scatola a lei accessibile.</p> <p>L'insegnante di sostegno chiede come può fare per diminuire la voracità di A. durante i pasti mentre l'insegnante di sezione domanda come fare perché A. produca parole nuove.</p>	<p>Sono aumentati gli episodi di picacismo.</p> <p>Andatura incerta, a volte cade soprattutto se ci sono delle curve.</p> <p>A. è molto vorace durante i pasti.</p>



RIFLESSIONI CON GLI INSEGNANTI

Riflessioni del terapeuta a partire da <ul style="list-style-type: none">- PROBLEMATICHE ESPOSTE DAGLI INSEGNANTI- OSSERVAZIONE NEL CONTESTO SCOLASTICO- PROPRIA CONOSCENZA DEL BAMBINO	Sintesi delle strategie
<p>La TNPEE concorda con le insegnanti in merito alla maggiore disponibilità da parte di A. a sperimentare cose nuove, come lo spazio sensomotorio in stanza di terapia. Sottolinea che è molto importante che A. riesca a superare la rigidità che l'ha sempre caratterizzata per poter fare nuove esperienze che le permettano di apprendere e di entrare in relazione con gli altri. La terapeuta afferma, inoltre, che grazie alla disponibilità di A. ad investire lo spazio sensomotorio, sta lavorando in questo contesto da un lato perché impari nuovi schemi motori, come il salto, e aumenti il suo tono muscolare e dall'altro perché progressivamente aumenti il numero di azioni concatenate.</p> <p>La terapeuta afferma di essere molto contenta di sentire che A. è maggiormente predisposta alla relazione con i coetanei. L'apertura relazionale è sicuramente uno dei più grandi obiettivi su cui lavorare con A. affinché migliori anche la comunicazione. Attualmente in terapia il lavoro è orientato sulla comprensione e l'accettazione di richieste semplici da parte dell'interlocutore.</p> <p>La TNPEE afferma, infine, che ora cercheranno di lavorare molto con la famiglia per aumentare la regolazione di A. rispetto ai pasti, ai ritmi sonno-veglia e alla risposta a richieste semplici.</p> <p>La logopedista racconta come si svolgono le sedute di terapia logopedica, spiegando il metodo della token economy e come avviene la scelta del rinforzo. Espone gli attuali obiettivi di lavoro per l'area comunicativo-linguistica, soffermandosi sull'utilizzo del quaderno delle immagini PECS, da poco introdotto anche a casa. Riferisce che A. sta diventando sempre più competente nell'uso delle immagini e che perciò a breve potrà iniziare a portare il quaderno anche a scuola. Poi invita le maestre a farle sapere se ci sono dei bisogni o dei giochi che A. potrebbe richiedere nell'ambiente scolastico in modo tale che vengano aggiunti al quaderno.</p> <p>Per quanto riguarda la voracità la logopedista consiglia alle insegnanti di ridurre la quantità di cibo somministrata, aspettando, prima di fornirgliene altra, che sia lei a chiedere "ancora" con le immagini.</p> <p>Perché A. produca nuove parole, invece, la logopedista suggerisce di chiedere alla bambina di ripetere e di premiarla quando lo fa su richiesta. Può essere utile abbinare sempre la parola all'immagine o all'oggetto corrispondente perché rimanga maggiormente impressa.</p>	<p>Ridurre la quantità di cibo proposto aspettando che A. chieda ancora tramite le immagini.</p> <p>Chiedere ad A. di ripetere le parole e premiarla quando ciò avviene.</p>



OBIETTIVI

Per il bambino	Per gli insegnanti
<ul style="list-style-type: none">• Ricercare un'interazione positiva con i compagni• Utilizzare il quaderno PECS anche a scuola	<ul style="list-style-type: none">• Facilitare l'avvicinamento di A. ai compagni• Favorire lo scambio delle immagini PECS e premiare A. quando produce spontaneamente una richiesta con le immagini



MATERIALI OPERATIVI

1.
2.



NOTE

--

ALLEGATO 15

DIAGNOSI FUNZIONALE

Cognome	L.	Nome	Pietro
nato/a il	30/01/2016	a	

Descrizione funzionale redatta in forma sintetica:

Il bambino presenta un ritardo in alcune tappe dello sviluppo a carico principalmente delle abilità linguistiche, comunicative, cognitive, delle attività, delle competenze relazionali e conseguentemente delle autonomie sociali. Tratti di isolamento e rigidità cognitiva, prevalenza della lingua inglese, italiano 2° lingua.

Descrizione funzionale con particolare attenzione alle potenzialità:

AREA COGNITIVA

Sembra comprendere parzialmente alcune consegne, va seguito e sollecitato stante l'immaturità cognitiva.

AREA NEUROPSICOLOGICA

(Memoria – Attenzione – Organizzazione spazio-temporale)

I tempi attentivi sono limitati. L'organizzazione del tempo e dello spazio è ancora immatura e necessita di sostegno e guida dell'adulto per organizzare nuove routine.

AREA LINGUISTICO/COMUNICATIVA

Il linguaggio espressivo appare limitato a qualche vocalizzo/parola, ma è in fase di evoluzione, con una possibile produzione in crescita. Parzialmente presente una situazione di recettività. Sguardo non facilmente agganciabile, soprattutto se il bambino è catturato dai propri interessi. A tratti tono manierato della voce. momenti di modulazione affettiva a livello di mimica facciale e comportamento corporeo possibili.

AREA AFFETTIVO/RELAZIONALE

Necessita della mediazione dell'adulto nelle interazioni con i coetanei. Parziale capacità di relazione con l'adulto in contesto individualizzato e va stimolato nelle proposte sociali. Può imitare, interessi ristretti. Limitata la capacità di mantenere l'attenzione sul compito, la tolleranza alla frustrazione e dell'attesa; presenti talora comportamenti reattivi disfunzionali a funzione autoregolativa ed oscillazioni umorali.

AREA MOTORIO/PRASSICA

Motricità globale lievemente immatura, presenta tratti di impaccio e di ipercinesia. Motricità fine in fase di maturazione

AREA DELL'AUTONOMIA (Personale – Sociale)
A livello di autonomie primarie non ha ancora raggiunto le tappe previste per età; appare utile ancora un affiancamento dell'adulto per supervisione e laddove necessario intervento. Dal punto di vista sociale necessita di una mediazione per l'integrazione con i pari. Usa ancora il panno, non ancora autonomo.

AREA SENSORIALE
Non presenta apparenti deficit sensoriali

INDICAZIONI PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA

Per favorire l'accesso alla frequenza scolastica ai sensi della legge 104/92, nonché la piena fruizione dell'attività educativo-didattica della scuola, si ravvisa l'opportunità delle risorse e delle condizioni seguenti:

- Personale socio-sanitario per l'autonomia e la relazione
- Personale tecnico-riabilitativo in orario extrascolastico
- Trasporto specializzato
- Ausili tecnici:
 - Per la postura
 - Per la deambulazione
 - Per la comunicazione
- Assenza barriere architettoniche
- Trattamenti riabilitativi:
 - Previsti
 - In corso
Frequenza: _____settimanale_____
- Altro _____

29/05/2019

ALLEGATO 16

MODULO DI NOTAZIONE PER LE SESSIONI DI COUNSELING CON GLI INSEGNANTI

Dati servizio

NOME TERAPISTA Maria Sanavio

SERVIZIO ULSS 6 Euganea, Servizio di Neuropsichiatria Infantile

Dati bambino

NOME Pietro

COGNOME L.

DATA DI NASCITA 30/01/2016

- SCUOLA**
- Asilo nido
 - Scuola dell'infanzia
 - Scuola primaria
 - Scuola secondaria di primo grado
 - Scuola secondaria di secondo grado

CLASSE Grandi (3° anno)



CONTESTO SCOLASTICO IN CUI IL BAMBINO È INSERITO

Persone

N° COMPONENTI GRUPPO CLASSE 25		
COMPOSIZIONE GRUPPO CLASSE	<input checked="" type="checkbox"/> Omogenea per età	
	<input type="checkbox"/> Mista per età	
GRUPPO DOCENTI 2 insegnanti di sezione e 1 insegnante di sostegno		
INSEGNANTE DI SOSTEGNO	<input checked="" type="checkbox"/> Sì	N° ore a settimana 20
	<input type="checkbox"/> No	Da quando segue il bambino
OPERATORE SOCIO-SANITARIO	<input checked="" type="checkbox"/> Sì	N° ore a settimana 10
	<input type="checkbox"/> No	Da quando segue il bambino Settembre 2019
ALTRE FIGURE COINVOLTE		

Tempi, spazi e attività

ORARIO SCOLASTICO DEL BAMBINO 8.30-15.15 (martedì 10-15.15)		
ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DEL BAMBINO		
Orario	Spazio	Attività individuale o di gruppo
8.30-9.00	Salone	Accoglienza
9.00-9.45	Aula	Appello, conversazione, canti, racconti di storie e merenda
9.45-10.00	Bagno	Igiene personale
10.00-11.30	Aula	Attività organizzate secondo il PEI
11.30-12.30	Refettorio	Pranzo
12.30-13.15	Aula o giardino	Gioco libero
13.15-15.15	Aula o salone	Attività didattiche (PEI) o laboratoriali

SESSIONE N° GLO intermedio

Nome e cognome

Data di nascita

Pietro L.

30/01/2016

Dati sessione corrente

SESSIONE A distanza (call o videocall)
 In presenza

DATA 07/02/2022

ORARIO 16.30-17.30

PARTECIPANTI TNPEE, educatore, insegnante di sezione, insegnante di sostegno, OSS, pedagoga e psicologa, mamma

Dati prossima sessione

DATA E ORA

CON CHI VIENE CONCORDATA



Indagare <ul style="list-style-type: none">- REGOLAZIONE DEL COMPORTAMENTO E DELLE EMOZIONI- ADERENZA ALLE ROUTINE DELLA GIORNATA- INTERAZIONE- AUTONOMIE- ALIMENTAZIONE	Sintesi delle problematiche riportate dagli insegnanti
<p>L'insegnante di sostegno descrive Pietro secondo una valutazione delle varie aree di sviluppo effettuata nei mesi di dicembre e gennaio al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi del PEI iniziale e di elaborare il PEI intermedio. Per quanto riguarda la dimensione relazionale lo sguardo è sfuggente e ancora non c'è condivisione con i compagni durante il gioco ma solo contatto fisico o prendere per mano per accompagnarne dove desidera. L'interazione è maggiore durante l'attività motoria con il gruppo dei pari con i quali esplora il materiale predisposto per il percorso motorio. Per quanto concerne l'aspetto comunicativo l'insegnante di sostegno afferma che hanno cercato di proporre una forma di comunicazione legata alla gestualità, come indicare l'oggetto desiderato o il tendere la mano verso l'oggetto. Attualmente deve ancora essere guidato dall'adulto nell'esecuzione del gesto, in momenti da lui appositamente predisposti.</p> <p>In riferimento alle autonomie l'insegnante afferma che c'è stato un notevole miglioramento per quanto riguarda l'uso del bagno: P. si abbassa da solo i pantaloni e si siede nel WC. Dopo questo periodo di assenza per le vacanze natalizie e per malattia, però, è in parte regredito e sembra non ricordare più la sequenza delle azioni da mettere in atto. È migliorato anche nell'uso delle posate durante il pranzo anche se va ancora guidato. Fa molta difficoltà però a stare seduto, sia durante le attività che appena ha finito di mangiare e anche in questo caso c'è stata una regressione dopo il periodo di assenza. Anche l'OSS conferma che è molto difficile farlo stare seduto, preferisce stare a terra anche perché è attratto dai fili e dai pelucchi che trova sul pavimento. La ricerca di fili e la messa in atto di stereotipie si è anch'essa intensificata nell'ultimo periodo. È diminuita però la tendenza ad esplorare oralmente gli oggetti: ora tende a mettere in bocca solo il sapone e l'igienizzante per le mani.</p> <p>Per quanto riguarda la dimensione cognitiva, i tempi attentivi e di attesa sono molto ridotti e altalenanti, in quanto molto legati sia al grado di interesse verso l'attività proposta sia alla giornata. Le attività che gli piacciono di più sono la pittura, la sabbia cinetica e la manipolazione di buste tattili. L'insegnante riporta che ad oggi non sono ancora riusciti a proporre attività cognitive legate all'abbinamento, al raggruppamento e alla classificazione.</p>	<p>Difficoltà ad ottenere il contatto di sguardo e scarse occasioni di condivisione con i compagni.</p> <p>P. fatica a mantenere nel tempo le competenze acquisite e dopo un periodo di assenza dall'attività scolastica spesso c'è una regressione.</p> <p>P. fa molta difficoltà a mantenere la posizione seduta.</p> <p>I tempi attentivi e di attesa di P. sono molto ridotti ed è difficile trovare delle attività altamente motivanti.</p>



RIFLESSIONI CON GLI INSEGNANTI

Riflessioni del terapeuta a partire da <ul style="list-style-type: none">- PROBLEMATICHE ESPOSTE DAGLI INSEGNANTI- OSSERVAZIONE NEL CONTESTO SCOLASTICO- PROPRIA CONOSCENZA DEL BAMBINO	Sintesi delle strategie
<p>L'educatore sottolinea che P., come è stato assente a scuola, da un po' di tempo manca anche alle sedute di terapia. Aggiorna le insegnanti sulla modifica farmacologica che è stata da poco effettuata, chiedendo di rimanere in contatto per condividere eventuali peggioramenti o miglioramenti in riferimento alla frequenza, intensità e durata delle stereotipie, agli episodi di evitamento e di fuga, all'iperattività e agli sbalzi umorali.</p> <p>La TNPEE, poi, riprende due aspetti citati dalle insegnanti che rendono molto difficile il lavoro con P.. Innanzitutto, evidenzia la necessità, da parte degli insegnanti ma anche dei riabilitatori, di essere molto flessibili nella programmazione delle attività, in quanto le proposte devono sempre essere adattate a ciò che il bambino accetta in quel momento. Il secondo aspetto è che P. fatica a mantenere nel tempo le competenze e facilmente regredisce, soprattutto se viene interrotta la regolare routine.</p> <p>La terapeuta evidenzia come ora sia necessario lavorare con P. sulla capacità di fermarsi e di mantenere la posizione seduta. Solo in questo modo sarà poi possibile lavorare sul contatto di sguardo e sulla proposta di attività più complesse. L'educatore propone di concordare assieme una durata precisa per il mantenimento della posizione seduta a cui deve seguire, nel caso venga mantenuta, un rinforzo tangibile. Il tempo andrà poi progressivamente aumentato mantenendo il rinforzo.</p> <p>Per motivare P. a stare seduto e per cercare di aumentare progressivamente i suoi tempi attentivi, la terapeuta suggerisce, inoltre, di cambiare spesso attività. Per esempio, si potrebbe iniziare richiedendo a P. di stare seduto a compiere 2-3 attività consecutive per una durata complessiva di circa 15 minuti per poi lasciarlo libero di fare una corsa o una passeggiata e successivamente ritornare al tavolo a svolgere per altri 15 minuti altre attività.</p> <p>Può essere utile partire da attività sensoriali, per lui molto motivanti ma progressivamente bisognerà inserire attività un po' più "cognitive" che richiedano, per esempio, azioni di infilare e sfilare o di svuotare e riempire. Se gli vengono proposte esclusivamente attività sensoriali P. tende ancor più ad isolarsi in quanto è molto più interessato alla sensazione che all'altro.</p>	<p>Modifica della terapia farmacologica.</p> <p>Utilizzo di rinforzi tangibili per premiare il mantenimento della posizione seduta per tempi concordati.</p> <p>Cambiare spesso attività, alternando periodi richiestivi a periodi in cui P. è libero di muoversi e "scaricare la tensione".</p>



OBIETTIVI

Per il bambino	Per gli insegnanti
<ul style="list-style-type: none">• Riuscire a fermarsi e a stare seduto • Accettare proposte diversificate	<ul style="list-style-type: none">• Tenere alta la motivazione di P. cambiando spesso l'attività proposta affinché progressivamente aumentino i tempi attentivi • Passare progressivamente da attività sensoriali, difficilmente condivisibili, a compiti più complessi nella sfera cognitiva



MATERIALI OPERATIVI

1.
2.



NOTE

Si è discusso in merito alla possibilità di fermare P. un altro anno alla scuola dell'infanzia. Le insegnanti espongono la procedura e i riabilitatori espongono il pensiero dell'equipe in merito. Ci si è accordati per un appuntamento a distanza di un mese per prendere una decisione definitiva.