



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE

**CORSO DI LAUREA IN TECNICA DELLA RIABILITAZIONE
PSICHIATRICA**

Tesi di Laurea Triennale

**DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO E
RUOLO DEL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE
PSICHIATRICA**
**case report dell'intervento su intersoggettività e
abilità sociali in età evolutiva**

Relatore

Prof. Flavia Paletti

Laureando: Francesca Sandonà

Matricola:125285

Anno Accademico 2021/2022

«Le persone sono come libri...La maggior parte della gente vede solo la copertina...Nel migliore dei casi, legge l'introduzione...Molti si affidano alle critiche di altri...Ma la cosa certa è che ben pochi di loro conoscono davvero la storia dell'altro.»

Ai miei genitori che mi hanno insegnato che nella vita sono i ricordi e le emozioni a rimanere nella nostra mente e nel nostro cuore, oltre ad avermi dimostrato che qualsiasi esperienza di vita è la chiave della crescita.

A mio fratello, il più prezioso e speciale regalo dei miei genitori. Io e lui siamo cresciuti insieme come rami di un albero, nonostante un giorno prenderemo direzioni diverse il nostro rapporto rimarrà sempre forte ed unico.

Al mio ragazzo, la mia vita futura.

ABSTRACT

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è una figura professionale nata nel 2001. Nonostante ciò rimane una figura ancora poco diffusa nella rete dei servizi, soprattutto a livello di azienda e di ente pubblico, in particolar modo in Veneto e nell'età evolutiva. L'obiettivo di questo studio è far conoscere quali siano le competenze e i ruoli di tale professionista, evidenziando l'importanza della sua presenza all'interno di un'equipe multiprofessionale e multidimensionale.

Per questo motivo, durante l'esperienza di tirocinio in una struttura terapeutica-riabilitativa che si occupa di disturbi del neurosviluppo, in collaborazione con la tutor e con l'equipe della struttura ho redatto due progetti terapeutici individuali di due bambini con diagnosi di autismo in merito all'area dell'intersoggettività, focalizzandomi soprattutto su relazione, comunicazione spontanea e abilità sociali.

Per lavorare su questi aspetti, oltre a svolgere attività strutturate a tavolino, si è utilizzato molto lo strumento del gioco creando così maggiori possibilità di interazione e di relazione con i due bambini. La pianificazione dell'intervento si basa su approcci e metodologie Evidence Based, come indicato dalle linee guida nazionali per quanto concerne il Disturbo dello Spettro Autistico. Le tecniche utilizzate durante lo svolgimento dei vari trattamenti e le attività proposte sono state pianificate e messe in atto in base alle competenze e alla formazione professionale che deve avere il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica.

L'obiettivo principale di entrambi i progetti è aiutare e promuovere l'apprendimento di modalità funzionali di interazione rispetto ai propri bisogni favorendo lo sviluppo di abilità sociali di base, le quali da un lato risultano propedeutiche allo sviluppo di scambi interpersonali sia coi coetanei che con gli adulti e dall'altro permettono di contrastare e sostituire le modalità comportamentali disadattive e non funzionali.

Il miglioramento del funzionamento psicosociale del bambino è fondamentale per costruire assieme al lui il proprio ruolo e la propria identità sociale che gli permettano di crescere e diventare un adulto che abbia una prospettiva futura

di qualità di vita dignitosa sia a livello personale che affettivo-relazionale e sociale.

Dallo studio emerge che le competenze e le conoscenze che caratterizzano il Tecnico della Riabilitazione Psichiatria sono importanti nella redazione di un Progetto Terapeutico Riabilitativo che sia efficace, individualizzato e funzionale nel raggiungere gli obiettivi prefissati al fine di migliorare le aree deficitarie. Ne consegue dunque che tale figura svolge un importante ruolo all'interno di una equipe multiprofessionale e multidimensionale.

Inoltre dallo studio è emerso che, oltre al contesto ambulatoriale, risulta fondamentale estendere l'intervento anche al contesto di vita familiare e sociale/scolastico per favorire la generalizzazione di quanto appreso nel contesto di vita e nella quotidianità. I miglioramenti a livello del funzionamento globale e psicosociale del bambino permettono di migliorare la qualità di vita attuale ma anche le prospettive di vita future.

KEY WORDS: Salute Mentale, Riabilitazione Psichiatrica, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Autismo, Età evolutiva, Progetto terapeutico individualizzato, Intersoggettività, Abilità sociali

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
-------------------	---

PARTE PRIMA L'evoluzione della malattia mentale dai manicomi alla riabilitazione psichiatrica

CAPITOLO UNO

IL CONCETTO DI SALUTE MENTALE

1.1. Storia della psichiatria dall'antichità alla chiusura dei manicomi .	4
1.2. La nascita del concetto di salute mentale odierno e il nuovo concetto di persona.....	6

CAPITOLO DUE

LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

2.1 Definizione ed obiettivi.....	9
2.2. I principi della riabilitazione psichiatrica	10
2.3 Dal processo di cambiamento al concetto di Recovery	12
2.3.1 La motivazione.....	14
2.3.2 La scuola di Boston.....	15
2.3.3 La Recovery	16

CAPITOLO TRE

IL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

3.1 Chi è e cosa fa.....	17
3.2 Competenze.....	18
3.3 Ambiti d'intervento e occupazione professionale	19

PARTE II: L'età evolutiva. Dalla conoscenza dell'Autismo al ruolo del TeRP nella riabilitazione

CAPITOLO QUATTRO

RIABILITAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA

4.1 A chi si rivolge: i Disturbi del Neurosviluppo.....	20
4.2 Aree d'intervento	27
4.3 Interventi, Tecniche e Metodi riabilitativi	36
4.3.1 L'intervento cognitivo-comportamentale	37
4.3.2 Il training delle abilità sociali (SST) e l'Apprendimento Strutturato	44
4.3.3 Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)	47
4.3.4 Il CAT-kit	47
4.3.5 Il Coping Power.....	48
4.3.6 Interventi cognitivi.....	48

CAPITOLO CINQUE

IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (ASD)

5.1 I criteri diagnostici secondo il DSM V	50
5.1.1 Eziopatogenesi del disturbo dello spettro autistico.....	52
5.1.2 Modelli di funzionamento.....	52
5.2 La valutazione	53
5.3 Le Linee Guida Nazionali per il trattamento	54
5.3.1 considerazioni generali per l'intervento	57
5.3.2 I modelli d'intervento privilegiati.....	58

CAPITOLO SEI

IL TeRP NELLO SPETTRO AUTISTICO

6.1 L'area dell'intersoggettività	62
6.1.1 L'intersoggettività nell'Autismo	63
6.1.2 Interventi Evidence-Based nell'area dell'intersoggettività	65
6.2. L'area delle Abilità sociali e le modalità d'intervento	69
6.2.1 Interventi Evidence-Based nell'area delle Abilità Sociali	73

PARTE III: Dalla teoria alla pratica.

Premesse iniziali.

CAPITOLO SETTE

ASSOCIAZIONE "LA NOSTRA FAMIGLIA"	75
--	-----------

CAPITOLO OTTO

STRUMENTI DIAGNOSTICI

8.1 Approfondimenti valutativi per il livello cognitivo	81
8.2 approfondimenti per il livello adattivo	83
8.3 Approfondimenti valutativi per il livello comportamentale e psicopatologico	84

CAPITOLO NOVE

STRUMENTI UTILIZZATI PER ASSESSMENT INIZIALE del primo e secondo periodo	87
---	-----------

PARTE IV: Case Report

CAPITOLO DIECI NATASHA

10.1 Anamnesi clinica, familiare e sociale. Presentazione trattamento in atto.....	88
10.1.1 Valutazione assessment iniziale	92
10.2 Programmazione e pianificazione del progetto terapeutico individualizzato	94
10.2.1 Valutazione e monitoraggio in itinere	96
10.3 Assessment e risultati di esito finale. Difficoltà e limiti riscontrati	97

CAPITOLO UNDICI DANIEL

11.1 Anamnesi clinica, familiare e sociale. Presentazione trattamento in atto.....	101
11.1.1 Valutazione assessment iniziale	109
11.2 Programmazione e pianificazione del progetto terapeutico individualizzato	110
11.2.1 Valutazione e monitoraggio in itinere	113
11.3 Assessment e risultati di esito finale. Difficoltà e limiti riscontrati	113

CONCLUSIONE:

Discussione sul progetto e risultati ottenuti	118
--	------------

RINGRAZIAMENTI

ALLEGATO 1: LE TAPPE DELLO SVILUPPO TIPICO

**ALLEGATO 2: PANSM_TUTELA DELLA SALUTE
MENTALE IN INFANZIA E ADOLESCENZA**

ALLEGATO 3: LEGGE 104/1992

**ALLEGATO 4: ARTICOLO 2 E 3 DELLA BT LEGGE
170/2010**

BIBLIOGRAFIA

SITOLOGIA

INTRODUZIONE

La tesi si focalizza sul ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP) in Neuropsichiatria Infantile (NPI) poiché ritengo che sia importante far conoscere questa nuova figura professionale in Veneto sottolineando quanto sia fondamentale il suo ruolo all'interno di un'equipe multiprofessionale e multidimensionale.

Proprio per questo motivo ho pensato di pianificare e progettare due interventi riabilitativi su due bambini con diagnosi di Autismo (ASD) come se fossero stati presi in carico da una TeRP.

L'area di intervento su cui ho voluto focalizzarmi è l'area dell'intersoggettività in particolar modo sulla relazione, comunicazione spontanea e abilità sociali. La finalità di tutto ciò è aiutare e promuovere l'apprendimento di nuove modalità di interazione rispetto ai propri bisogni favorendo lo sviluppo di abilità sociali di base, le quali da un lato risultano propedeutiche allo sviluppo di scambi interpersonali sia coi coetanei che con gli adulti e dall'altro permettono di contrastare e sostituire le modalità comportamentali disadattive e non funzionali.

L'obiettivo globale è il miglioramento del funzionamento psicosociale del bambino, costruendo assieme al lui il proprio ruolo e la propria identità sociale che gli permettano di crescere e diventare un adulto che abbia una prospettiva futura di qualità di vita dignitosa sia a livello professionale sia a livello affettivo-relazionale e sociale.

Il tutto è nato durante l'esperienza di tirocinio presso l'Associazione La Nostra Famiglia (sede di Vicenza) dove lavorando a contatto con bambini, soprattutto con diagnosi ASD, ho potuto constatare quanto il deficit socio-comunicativo impatti sull'area dell'intersoggettività, tanto da compromettere nel bambino la capacità di provare piacere nella condivisione con l'altro. Per tali ragioni ho deciso, in accordo con la tutor e con l'equipe del Centro, di focalizzare l'intervento riabilitativo su quest'area così compromessa, cimentandomi in quella che sarà la mia professione futura, utilizzando l'esperienza di tirocinio per apprendere e migliorarmi e, al tempo stesso, per far conoscere la figura professionale del TeRP in età evolutiva.

Nella prima parte verrà affrontato il tema della Salute Mentale dall'antichità ad oggi definendo il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica all'interno di un'equipe multidisciplinare volta al supporto e al sostegno dell'utente durante il processo di cambiamento. La seconda parte si focalizzerà sull'età evolutiva, andando a definire gli interventi riabilitativi che interessano i Disturbi del Neurosviluppo. Nella terza parte verranno presentati i prerequisiti fondamentali alla programmazione e alla pianificazione di due interventi riabilitativi nell'area dell'intersoggettività e delle abilità sociali in due bambini con diagnosi del Disturbo dello Spettro Autistico. Infine nella quarta parte verranno illustrati e presentati i due trattamenti, svolti durante l'esperienza di tirocinio formativo presso l'Associazione La Nostra Famiglia a Vicenza.

PARTE PRIMA

L'evoluzione della malattia mentale dai manicomi alla riabilitazione psichiatrica

CAPITOLO UNO IL CONCETTO DI SALUTE MENTALE

***“La salute è la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alla
sfide sociali, fisiche ed emotive”¹***

Tale definizione, condivisa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2011, evidenzia quanto la Salute Mentale sia parte integrante della salute e del benessere di una persona così come la capacità di far fronte alle difficoltà della vita.

È da esplicitare, però, che nel corso del tempo il concetto di salute mentale non è sempre stato lo stesso, così come le persone con disabilità psichica non sono sempre state considerate come bisognose di aiuto e di cure.

Tale definizione pone l'accento sulla capacità dell'uomo/persona di convivere con la malattia nelle sue varie fasi. E' chiaro che l'invecchiamento e la cronicità influenzeranno le modalità di misurazione /valutazione dello stato di salute. Tale proposta continua a porre al centro del ragionamento il paziente/persona prevedendo però che attraverso lo sviluppo di risorse interne, tipiche di ciascun individuo, si possano affrontare con successo anche condizioni di malattia e disabilità.

La vecchia definizione invece indicava la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e sociale” ponendo l'accento su aspetti non solo medici che hanno stimolato negli anni '80 la valutazione della qualità della vita e, negli anni '90, il coinvolgimento attivo ed attento negli interventi sanitari. In aggiunta ha verisimilmente anche stimolato un eccesso di medicalizzazione ponendo come obiettivo il
COMPETO BENESSERE FISICO, MENTALE, PSICOLOGICO, EMOTIVO

¹ Definizione di Salute Mentale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2011

E SOCIALE. Per chi conosce le realtà medica è questo un traguardo spesso impossibile da raggiungere.

1.1. Storia della psichiatria dall'antichità alla chiusura dei manicomi

Nell'età antica le persone con malattia mentale venivano considerate possedute da divinità maligne, attribuendo così al concetto di malattia mentale una concezione demoniaca.

Solo con Ippocrate, nel V secolo a.C., si iniziano a percepire le circostanze della vita umana come cause della malattia mentale favorendo una modifica nella percezione della persona malata, che veniva trattata umanamente. Nonostante ciò, non esistevano degli istituti adibiti alla cura dei malati per cui i medici del tempo intervenivano con misure di ordine psicologico siccome la "follia" era qualcosa di cui la comunità doveva occuparsi per il bene della società.

Nel medioevo ritornò a diffondersi l'idea antica basata sulle superstizioni e sulle convinzioni che la malattia mentale fosse legata ad una possessione demoniaca. La follia diventa un problema sociale e in quanto tale tutte le persone con malattia mentale dovevano essere allontanate dalla comunità perché rappresentavano un pericolo per l'equilibrio e il benessere sociale. Da qui nasce la concezione dell'internamento: il folle era diverso e perciò doveva essere internato, escluso dalla società. Fino al Rinascimento fu l'organo giudiziario ad occuparsi dell'internamento delle persone con disagio psichico perché ritenute appunto un pericolo sociale.

Verso la fine del 1700 fu Philippe Pinel, considerato padre della psichiatria moderna, ad introdurre il concetto di malattia mentale definendo la necessità di creare strutture specializzate nella cura delle stesse con personale medico e operatori sanitari. Pine affermava infatti che per distinguere i "folli" da altre forme di devianza era necessario riconoscerli come malati bisognosi di essere curati all'interno di istituti medici mediante trattamenti terapeutici, basati sulla conoscenza della persona, della sintomatologia e della salute del paziente. Così facendo Pinel diede vita ai manicomi.

Da questo momento si avviò un grande lavoro di descrizione della sintomatologia e dell'eziologia della malattia mentale fino ad arrivare al padre

della psicoanalisi, Sigmund Freud, il quale fu il primo ad attribuire cause psicologiche alla malattia mentale. Freud esplicitò la sua idea che, per comprendere il disagio psichico e accompagnare la persona verso la guarigione o la remissione dei sintomi, era fondamentale la relazione tra medico e paziente. L'oggetto di studio si spostò alla soggettività, alla vita interiore dei pazienti comprensibile solo se il medico era disposto ad avvicinarsi al paziente al fine di ascoltarlo e coglierne l'esperienza di vita.

Nel 1904, in Italia, venne promulgata la prima legge in merito alla salute mentale, intitolata *“Legge sui manicomi e sugli alienati. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura”*. Tale legge, a differenza di quanto si possa pensare, istituiva gli ospedali psichiatrici con intento custodialistico, e non curativo, all'interno dei quali le persone con malattia mentale venivano internate. La loro identità veniva annientata senza alcuna possibilità di reale cura nonostante, a partire dagli anni Cinquanta, vennero introdotti nella pratica clinica i primi psicofarmaci e le prime forme di psicoterapia.

L'articolo 1 della legge sopra citata sanciva: *“Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualsiasi causa da alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano in pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorchè nei manicomi”*²

Con il passare degli anni s'iniziò a discutere in merito al rispetto dei diritti umani e della dignità del paziente psichiatrico, da tale dibattito nacque l'idea che la malattia mentale fosse un costrutto che la società capitalistica aveva generato per eliminare gli oppositori al sistema socio-economico allora dominante. E' su questo tema che sorsero i valori su cui si basa il movimento “Antipsichiatria”. Uno dei massimi esponenti fu Franco Basaglia, il quale riteneva che l'utilizzo dei farmaci era un ulteriore strumento per rendere il paziente passivo imprigionandolo sempre più all'interno dei manicomi e spogliandolo di qualsiasi tipo di diritto e di qualsiasi speranza in una miglior qualità di vita.

² L 36/1904 – art.1

“Il manicomio non serve a curare la malattia mentale ma solo a distruggere il paziente” (cit. Franco Basaglia)³

Con il diffondersi sempre maggiore di movimenti antipsichiatrici, negli anni '60 si assistette alla progressiva separazione tra malattia psichiatrica e concetto di pericolosità sociale, anche grazie alla trasformazione del manicomio in ospedale specializzato in Psichiatria con l'obiettivo di migliorare l'assistenza all'interno di queste strutture e gli standard qualitativi della vita dei pazienti.

1.2. La nascita del concetto di salute mentale odierno e il nuovo concetto di persona

La nascita del concetto di Salute Mentale si deve a Franco Basaglia. Lo psichiatra voleva infatti migliorare la modalità di cura e dare maggior dignità ai pazienti. Per fare ciò era fondamentale cambiare il pensiero della società in modo tale che, quando sarebbero stati chiusi i manicomi, avrebbero accolto le persone con malattia mentale reintegrandole all'interno della comunità. A questo scopo, Basaglia propose delle attività semplici da far fare ai pazienti. Da un lato per far recuperare loro un po' di fiducia in sé stessi, e dall'altro per sensibilizzare la società sottolineando le condizioni di disagio che queste persone provavano all'interno degli istituti manicomiali.

Nel 1978 venne istituita la Legge 180, detta anche Legge Basaglia, con cui vennero denunciate le istituzioni manicomiali fino a decretarne la chiusura, avvenuta definitivamente nel 2002.

La Legge Basaglia fu importante perché rese la psichiatria terapeutica e riabilitativa promuovendo nuove modalità di cura per le persone con disturbo psichico. Infatti, solo dopo questa legge la riabilitazione assunse un ruolo importante all'interno della pratica clinica, ed è proprio in questo periodo storico che nasce il concetto di Riabilitazione in psichiatria. Il principio su cui si fonda è che il malato mentale possa riacquisire e sviluppare le capacità

³ Citazione di Franco Basaglia (1924-1980), psichiatra e neurologo veneziano, riformatore della disciplina psichiatrica in Italia e ispiratore della Legge Basaglia n.180/1978

perdute, recuperare i propri ruoli familiari e sociali, reintegrandosi, così, all'interno della comunità e ripristinando il proprio diritto di essere una persona.

"La nostra azione di rovesciamento ha avuto inizialmente questo significato: smascherare la violenza dell'istituzione psichiatrica, dimostrare la gratuità ed il carattere puramente difensivo delle misure repressive manicomiali, attraverso l'edificazione di una dimensione istituzionale diversa, dove il malato potesse gradualmente ritrovare un ruolo che lo togliesse dalla passività in cui la malattia, prima, e l'azione distruttiva dell'istituto, poi, lo avevano fissato. In questo senso l'avvio ad una nuova dimensione terapeutica doveva passare attraverso la distruzione della realtà manicomiale in quanto autoritario-gerarchico-repressivo-punitiva, per giungere a costituire un'istituzione dove la libera comunicazione fra malati, infermieri e medici avrebbe sostituito le mura e le sbarre, nell'azione di sostegno e di protezione per i malati". ⁴

Grazie a Franco Basaglia cambiò la concezione di malattia mentale restituendo la dignità ai pazienti, i quali iniziarono ad essere considerati come persone da accogliere, ascoltare, comprendere ed aiutare, e non da recludere o nascondere.

Quindi, quella che un tempo veniva definita "follia", "pericolo sociale", "malattia mentale" oggi viene definita Salute Mentale.

"La salute mentale è parte integrante dello stato di salute generale e si identifica in una condizione di benessere emotivo e psicologico, indispensabile per il funzionamento individuale e sociale, per prendersi cura di sé stessi adeguatamente e in maniera autonoma, stabilire relazioni personali, avere un ruolo attivo nella società, saper reagire agli avvenimenti esterni e ai conflitti interiori" (definizione di Salute Mentale, Libro bianco, 2019)⁵

⁴ Citazione di Franco Basaglia, da "Le contraddizioni della comunità terapeutica", 1970

⁵ "La salute mentale in Italia", Libro Bianco 2019. Con il termine Libro Bianco si indica generalmente un rapporto ufficiale pubblico da un governo nazionale o da un'organizzazione internazionale su un determinato argomento o settore di attività.

Inoltre, l'ISTAT nel 2018 ha precisato: *“il benessere mentale è una componente essenziale della definizione di salute secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Una buona salute mentale consente agli individui di realizzarsi, di superare le tensioni della vita di tutti i giorni, di lavorare in maniera produttiva e di contribuire alla vita di comunità. La sua compromissione può avere un notevole impatto sul consumo dei servizi sanitari ed è oggetto, più di altre patologie, di stigma sociale”*.

Nonostante oggi il concetto di disturbo psichiatrico sia stato integrato all'interno di un immaginario comune, le persone con una psicopatologia sono ancora sottoposte a stereotipi e stigmi sociali. Ciò va ad alimentare il senso di vergogna e di timore nel chiedere aiuto per paura di essere giudicati o esclusi, privati indirettamente dei propri diritti.

Per tali ragioni il concetto principe su cui si basa tutto il percorso riabilitativo è il concetto di persona. La riabilitazione psichiatrica deve aiutare il soggetto ad essere visto nella sua interezza e quindi in quanto persona avente interessi, emozioni, speranze e paure, senza tralasciare le difficoltà e limitazioni causate dalla disabilità psichica.

Il concetto di persona è di fondamentale importanza per due motivi. Da un lato perché ciò attribuisce un valore e un significato alla capacità di autodeterminarsi e di assumere un ruolo attivo nel proprio percorso riabilitativo. Dall'altro riconoscere il fatto di essere una persona e non solo un paziente con una malattia mentale, fa sì che venga sottolineata l'unicità di ogni singolo individuo su cui viene redatto un progetto terapeutico individualizzato valorizzando la soggettività e le specificità dei passaggi evolutivi di ciascuno.

Dunque, *“Il disturbo mentale è inteso come una sindrome caratterizzata da sintomi di rilevanza clinica nel sistema cognitivo, nella regolazione emozionale, o nel comportamento di un soggetto che riflettano una disfunzione nei processi psicologici, biologici ed evolutivi sottostanti il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono di solito associati a un significativo stato di*

sofferenza soggettiva o di disabilità nelle attività sociali, occupazionali e altre importanti.” (Definizione di Disturbo mentale DSM 5)⁶

CAPITOLO DUE LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

“La riabilitazione psichiatrica promuove la recovery, la piena integrazione della comunità e la migliore qualità della vita per le persone in cui qualsiasi malattia mentale rischia di danneggiare la loro capacità di condurre una vita significativa. I servizi riabilitativi, basati sulla collaborazione con gli utenti e le loro famiglie e sulla individualizzazione dei trattamenti, costituiscono un elemento essenziale dello spettro dei servizi sanitari e dei servizi umani e devono essere su prove di evidenza. Essi mirano ad aiutare gli individui a sviluppare le competenze e ad accedere alle risorse necessarie per aumentare la loro capacità di aver successo e soddisfazione negli ambienti abitativi, lavorativi, scolastici e sociali di loro scelta”.⁷

2.1 Definizione ed obiettivi

“La Riabilitazione Psichiatrica è quell’insieme di interventi mirati a migliorare il funzionamento di persone con disabilità psichiche, in modo da poter essere in grado di svolgere un ruolo valido con successo e soddisfazione nell’ambiente di vita scelto con il minor sostegno continuativo possibile”⁸

La riabilitazione psichiatrica può essere definita come l’insieme di tecniche e di interventi utili a diminuire gli effetti della cronicizzazione del disagio psichico e a promuovere attivamente il reinserimento della persona nel contesto sociale e lavorativo di riferimento.

La riabilitazione psichiatrica si pone come principali obiettivi quelli di identificare, prevenire e ridurre le cause dell’inabilità, aiutando la persona a

⁶ Definizione dal DSM 5, 2013. Il DSM 5 è il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). È uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzati in ambito internazionale, sia nella pratica clinica sia nell’ambito della ricerca.

⁷ Definizione di riabilitazione psichiatrica secondo l’Associazione di Riabilitazione Psichiatrica degli Stati Uniti (PRA).

⁸ Definizione di Riabilitazione psichiatrica di Anthony, Farkas, Cohen, Gagne, 2002

sviluppare e usare le proprie risorse aumentando il senso di autoefficacia e l'autostima, aiutando, supportando e guidando la persona ad identificare e controllare la sintomatologia fornendo delle strategie efficaci. Inoltre favorisce un processo di socializzazione ed integrazione cercando di rimuovere le barriere interpersonali e ambientali rafforzando le proprie abilità sociali.

La finalità della riabilitazione è la recovery, ovvero una *“guarigione sociale”*, guarigione che porta al raggiungimento di uno stato di equilibrio e di adattamento reciproco permettendo una possibilità di integrazione sociale. Ciò è di fondamentale importanza poiché le dinamiche espulsive, che esistono tutt'oggi, vanno a esacerbare e a rinforzare il senso di fallimento e di impotenza di fronte alla malattia. Tutto questo influisce sulla persona che si trova non solo a lottare contro la malattia mentale ma, anche, contro lo stigma, lo scetticismo, il pregiudizio e il rifiuto da parte della società.

Il concetto di recovery non solo è legato ai miglioramenti della sintomatologia ma anche alla capacità di una miglior prospettiva di vita svolgendo ruoli sociali validi, aumentando la propria capacità di decision making e di consapevolezza in merito alle proprie difficoltà in modo da riuscire ad affrontare e gestire gli stressor ambientali e gli intensi stati emotivi quotidiani.

2.2. I principi della riabilitazione psichiatrica

I principi su cui si basa la Riabilitazione Psichiatrica sono:

- **IL CONCETTO DI PERSONA:** è il primo principio fondamentale su cui si basa la riabilitazione psichiatrica.

Dunque, perché si possa parlare di riabilitazione, il paziente deve essere considerato nella sua interezza come portatore di interessi, emozioni, speranze e di paure. Riconoscere le centralità e le unicità della singola persona dietro alla malattia mentale fa sì che vengano formulati e redatti dei progetti terapeutici individualizzati che possano valorizzare la soggettività, le differenze e le specificità dei passaggi evolutivi di ognuno.

- **I SETTE VALORI FONDAMENTALI:**

Il primo è focalizzato sul funzionamento, cioè lo svolgimento corretto delle attività quotidiane e dei ruoli sociali, orientando gli interventi riabilitativi

nell'incremento dei comportamenti socialmente utili supportando i punti di forza del singolo e riducendo comportamenti disadattivi.

Il secondo valore è rappresentato dai supporti, i quali rendono l'intervento più efficace nell'aumentare il funzionamento e nel mantenere e consolidare i cambiamenti avvenuti e le strategie acquisite. I supporti possono essere di quattro tipologie: strumentali, emotivi, accessibili e longitudinali.

Il terzo dà maggior importanza all'ambiente proprio perché il fine ultimo è dato dal miglioramento del soggetto di agire nel proprio contesto di vita.

Il quarto è il coinvolgimento poiché, per far sì che un intervento sia efficace l'utente deve essere motivato e coinvolto.

Il quinto principio è legato al concetto di scelta: ogni utente deve essere messo nelle condizioni di fare delle scelte, soprattutto quelle che riguardano la propria esistenza.

Il sesto è l'orientamento sull'esito. L'indicatore di un intervento efficiente è dato dalla capacità di aiutare la persona ad acquisire un proprio ruolo all'interno della comunità, quindi, da un miglioramento della qualità di vita.

Il settimo, e ultimo valore, è la fiducia nel potenziale di crescita delle persone.

- I DESTINATARI: nel redigere un intervento terapeutico è importante tener conto che gli utenti sono in uno stato di isolamento, il quale rinforza il circolo vizioso della malattia mentale.

Secondo il modello di Spivak⁹ si deve lavorare su diverse aree per contrastare la cronicità. La spirale della desocializzazione minaccia la competenza lavorativa, abitativa, della cura di sé, delle relazioni familiari e sociali. Questo avviene perché la persona ha un trascorso di fallimenti personali e sociali e manifesta difficoltà nella gestione della sintomatologia e delle difficoltà quotidiane correlate.

⁹ Il principio ispiratore del metodo Spivak è quello di cercare di arrestare la cascata di eventi che porta alla cronicità. Tale modello è stato ideato da Mark Spivak, psicologo nato a Chicago nel 1929 e deceduto a Gerusalemme nel 1998.

□ LO STIGMA INTERNO ED ESTERNO

Sia lo stigma esterno che interno esacerbano la possibilità che l'individuo possa realizzarsi in un contesto sociale. Il tutto peggiora se le due barriere sono in sinergia.

Il mentalismo è il concetto su cui si basa lo stigma. Ne esistono di tre tipologie: il primo è il mentalismo internalizzato (stigma interno) che corrisponde allo stato in cui l'individuo si vergogna di se e si sente inferiore agli altri, maturando paura sia del fallimento sia del successo. Le convinzioni negative interne sono le barriere più difficili da abbattere.

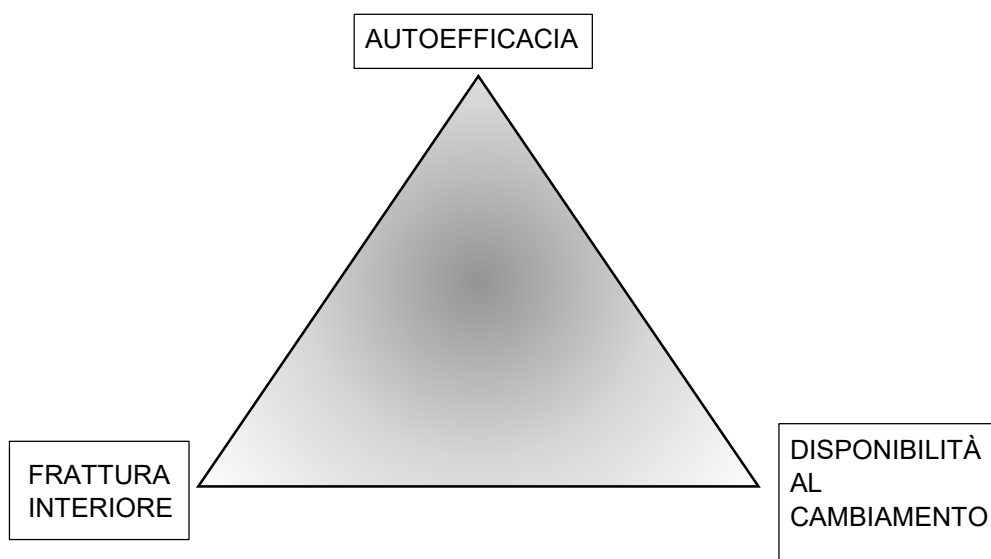
La seconda tipologia è il mentalismo interpersonale (stigma esterno) che indica la visione disprezzante che la società ha su una persona con disagio psichiatrico.

Infine troviamo il mentalismo sistemico (stigma istituzionale) che corrisponde a tutte le ideologie economiche, sociali, culturali e politiche che mantengono le persone con malattia mentale in uno stato di inferiorità rispetto all'intera comunità.

2.3 Dal processo di cambiamento al concetto di Recovery

Per cambiamento s'intende *"la modificazione delle relazioni esistenti tra le parti che concorrono a formare questa entità e che contribuiscono a determinare il Sé dell'individuo e il suo senso di identità"*¹⁰

I fattori del cambiamento sono



¹⁰ Definizione di Cambiamento in psichiatria in Enciclopedia Treccani

Gli stadi del cambiamento sono cinque:

1. **PRE-CONTEMPLAZIONE:** la persona non manifesta motivazione al cambiamento e non ha consapevolezza alla malattia mentale
2. **CONTEMPLAZIONE:** l'utente sembra essere un po' più consapevole ad una possibilità al cambiamento. Solitamente si avrà un cambiamento nei sei mesi successivi
3. **DETERMINAZIONE:** fase in cui si sta pianificando un cambiamento, secondo la teoria dell'autodeterminazione. È un approccio che mette in evidenza l'importanza delle risorse interne per lo sviluppo della personalità e l'autoregolazione del comportamento. Inoltre, sostiene che le persone sono motivate a crescere e cambiare per tre bisogni psicologici innati: il bisogno di competenza, il bisogno di relazioni e il bisogno di autonomia.
4. **AZIONE:** è in atto il cambiamento
5. **MANTENIMENTO:** il cambiamento è avvenuto da sei mesi o più. In questa fase si cerca di consolidare le strategie acquisite, facendo in modo che l'utente riconosca i segnali precoci di crisi in modo da prevenire eventuali ricadute.
6. **RICADUTA:** regressione in uno o più aspetti correlati alla psicopatologia che provoca un manifestarsi nuovamente di comportamenti problematici

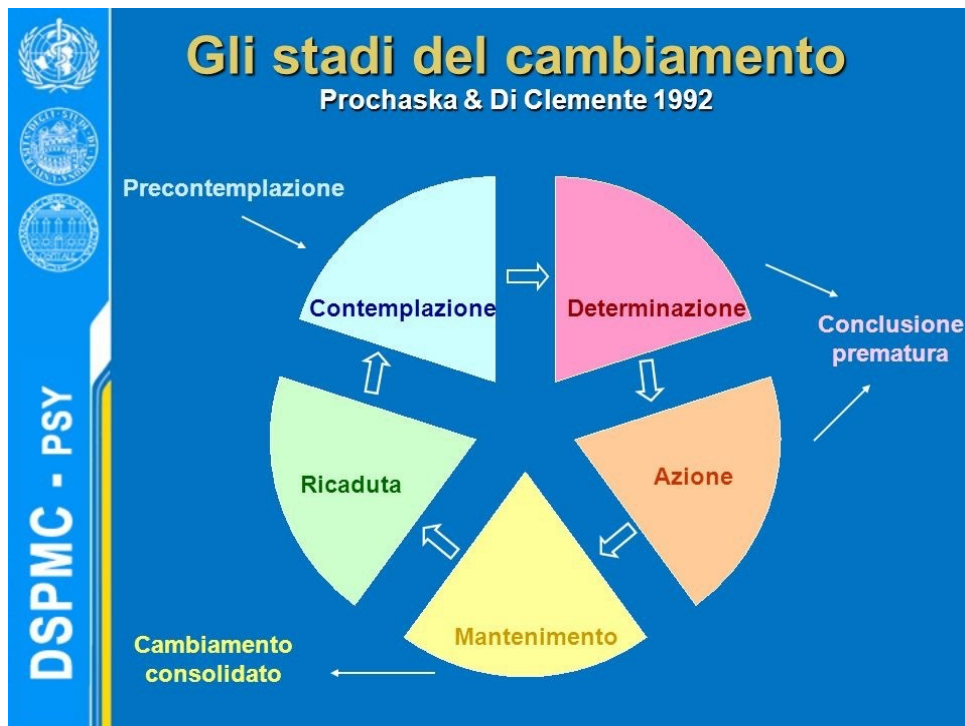


Figura 1 GLI STADI DEL CAMBIAMENTO DI PROCHASKA E DI CLEMENTE. Questo modello permette di adottare la tipologia di psicoterapia più adatta in base alla motivazione e alla consapevolezza dell'utente in merito alla patologia.

2.3.1 La motivazione

Perché possa avvenire un cambiamento ci deve essere la motivazione ad esso ed è definita come *“uno stato interno che attiva, dirige e mantiene nel tempo il comportamento di un individuo. Da un punto di vista psicologico può essere vista come l'insieme dei fattori dinamici aventi una data origine che spingono il comportamento di un individuo verso una meta. Ogni atto che viene compiuto senza motivazione rischia di fallire”*.¹¹

Il primo passo è proprio quello di coinvolgere l'utente nella valutazione della propria motivazione in una condizione di partnership tra l'operatore e l'utente stesso. Questa modalità permette di gettare le basi per l'instaurarsi di una relazione terapeutica caratterizzata dall'accettazione, dalla mutualità, dal rispetto reciproco e dall'interesse.

¹¹ Definizione di Motivazione al cambiamento tratta da un articolo pubblicato dal sito state of mind, il 30/12/2015

2.3.2 La scuola di Boston

Secondo la scuola di Boston, gli indicatori che influiscono sulla motivazione sono cinque:

- **IL BISOGNO AL CAMBIAMENTO:** necessità che si avverte poiché sopraffatti da una pressione interna ed esterna causata da richieste e aspettative troppo elevate. La valutazione della motivazione al cambiamento viene misurata considerando il livello di frustrazione presente nella persona proprio perché diverrà il motore al cambiamento durante il trattamento riabilitativo.
- **L'IMPEGNO AL CAMBIAMENTO:** si basa su una volontà della persona nell'apportare delle modifiche nel proprio comportamento o nel contesto di vita. Richiede una partecipazione attiva del singolo guidata dal desiderio di poter migliorare la propria situazione con una prospettiva di vita futura soddisfacente.
- **LA DISPONIBILITÀ AI LEGAMI:** La disponibilità dell'utente nel creare dei legami ha un'influenza positiva sulla motivazione e sul processo al cambiamento. Tale intervento riabilitativo deve essere adattato alle specificità del singolo, tenendo conto che queste possono cambiare durante il trattamento. Il tipo di stile relazionale influisce negativamente sulla motivazione. È importante che il professionista adotti un colloquio in grado di supportare efficacemente l'utente.
- **LA CONSAPEVOLEZZA DI SÉ:** aiuta l'utente a identificare gli obiettivi che vuole raggiungere conoscendo quelli che sono i propri punti di forza e di debolezza. La desocializzazione che caratterizza le persone con disagio mentale è causata da una destrutturazione di una o più dimensioni della propria personalità. Quindi lavorare sulla consapevolezza in sé stessi permette a queste persone di ricostruire una propria identità intrapersonale.
- **LA CONSAPEVOLEZZA DELL'AMBIENTE:** è l'interazione e l'adattamento reciproco tra la persona e il suo contesto di vita. Maggiore è la conoscenza dell'ambiente più semplice risulterà all'utente identificare i propri ruoli che dovrà ricoprire e dove potrà inserirsi all'interno della comunità.

2.3.3 La Recovery

Secondo la versione più accreditata la recovery “è un processo profondo e unico di cambiamento delle attitudini, valori, sentimenti, obiettivi, abilità e ruoli. Sentirsi realizzati vivendo una vita soddisfacente, piena di speranza nonostante le limitazioni causate dalla malattia. Recovery comporta lo sviluppo di nuovi significati e apprendimenti nella vita di una persona che cresce e si sviluppa oltre gli effetti catastrofici della condizione patologica”.¹²

A ciò è correlato l’empowerment che consiste “nell’aver potere”, cioè nell’appropriazione del sé e della propria identità personale permettendo all’utente di prendere decisioni e di esercitare controllo nelle varie situazioni attivandosi e perseguendo i propri obiettivi nonostante la psicopatologia.

La finalità del professionista sanitario è quella di accompagnare e supportare l’utente durante il percorso della Recovery, oltre a educare alla resilienza, in modo tale che la persona smetta di sentirsi estranea, sbagliata o diversa riappropriandosi della propria vita migliorandone la qualità.

Tale per cui, “La Recovery non è qualcosa da raggiungere quanto soprattutto un viaggio, un processo complesso e non lineare, di cambiamento, una esperienza di crescita oltre la malattia. È un processo irripetibile per ogni persona. La sensazione è che “il peggio è passato”: un modo di vivere in cui si riguadagna fiducia in sé e si sviluppano aspettative positive”.¹³

Gli elementi che caratterizzano la recovery nei trattamenti riabilitativi sono: la ripresa delle aspettative in un futuro, il superamento della negazione della malattia, l’accettazione di una nuova condizione, il coinvolgimento, la partecipazione attiva e la rivendicazione di un sé positivo.

I segni che identificano l’inizio di un percorso volto alla Recovery possono essere soggettivamente e oggettivamente riscontrabili nell’utente. Dal punto di vista soggettivo e personale ciò che spinge l’utente a intraprendere questa

¹² Definizione di Recovery tratta dall’articolo di Carlo Scovino che la collaborazione della dottoressa Marina Malgheri (educatrice professionale). Articolo pubblicato il 20/09/2020 nella pagina web *Nurse24+IT*

¹³ Definizione tratta dall’articolo “Recovery, Una nuova frontiera per il concetto di salute mentale” di Mario Serrano, direttore del Dipartimento di Salute Mentale presso l’ASL 6 di Livorno. Articolo pubblicato nella pagina web *Salute internazionale*, il 27/06/2013

via è l'esigenza di progetti futuri. Dal punto di vista oggettivo i segnali riscontrabili sono dovuti sia al bisogno di ricoprire un ruolo sociale soddisfacente e valido relazionandosi con la comunità sia alla necessità di controllare la sintomatologia migliorando la propria salute fisica.

L'obiettivo ultimo del processo della Recovery è l'instaurarsi di comportamenti che permettano l'adattamento e il sostegno dell'utente nel fronteggiare gli eventi quotidiani mediante l'utilizzo di strategie efficaci e la conoscenza e consapevolezza dei propri deficit.

*“Accettando ciò che non si può fare o ciò che non si può essere si comincia a scoprire ciò che si può fare o ciò che si può essere”.*¹⁴

CAPITOLO TRE

IL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

3.1 Chi è e cosa fa

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è l'operatore sanitario che, in possesso del Diploma Universitario abilitante, attua interventi riabilitativi ed educativi volti a far acquisire abilità sociali e autonomie personali in soggetti con disabilità psichica. Nell'ambito della Salute Mentale opera all'interno di un'equipe multiprofessionale al fine di sviluppare al massimo possibile tutte le aree del funzionamento psicosociale.

Quindi, il Tecnico della riabilitazione psichiatrica deve essere capace di raccogliere e analizzare il bisogno del singolo utente ma anche della famiglia (o del caregiver) e di tutto il contesto sociale di vita. Inoltre deve formulare, redigere e mettere in atto progetti terapeutici individualizzati tenendo conto, sia delle esigenze e risorse del singolo, sia delle risorse ambientali ed economiche a disposizione. Gli obiettivi prefissati è importante che vengano monitorati così da poter pianificare un altro intervento o ridimensionare quello già esistente.

¹⁴ Citazione rinvenuta nel manuale “Principi di Riabilitazione Psichiatrica” scritto e a cura di Paola Carozza.

Altra abilità importante del TeRP¹⁵ è la l'educazione alla salute fisica, mentale e spirituale promuovendo uno stato di benessere psicofisico che possa prevenire psicopatologie psichiatriche.

3.2 Competenze

Il Tecnico della riabilitazione psichiatrica:

- Collabora alla valutazione della disabilità psichica e delle potenzialità del soggetto, analizzandone i bisogni e il contesto familiare e socio-ambientale
- Collabora nell'identificazione di obiettivi formativi-terapeutici e riabilitativi che saranno oggetto dello specifico programma terapeutico individualizzato, il quale è focalizzato sul recupero e sullo sviluppo di risorse del singolo utente
- Attua interventi volti alla riabilitazione nelle aree della cura del sé, delle autonomie, delle relazioni interpersonali e dell'area lavorativa
- Opera con le famiglie e col contesto sociale in modo da poter favorire il reinserimento all'interno della società dell'utente
- Ha un ruolo in ambito preventivo individuando sia le criticità e i diversi fattori di rischio sia i fattori protettivi tutelando la salute mentale delle persone.

Le abilità specialistiche principali che devono essere presenti sono:

- Saper utilizzare tecniche e metodologie proprie della riabilitazione psichiatrica
- Saper definire e applicare criteri e sistemi di valutazione dei risultati raggiunti
- Saper applicare tecniche di comunicazione efficace
- Saper applicare i fondamenti delle dinamiche relazionali

¹⁵ Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

- Saper prendere decisioni coerenti con i principi disciplinari, etici e deontologici della professione nelle situazioni assistenziali e in relazione alle regole della organizzazione sanitaria e della responsabilità professionale
- Saper integrare i diversi modelli teorici di riferimento nella pratica riabilitativa
- Saper applicare le indicazioni legali e le responsabilità etiche nel massimo rispetto dei diritti della persona assistita

3.3 Ambiti d'intervento e occupazione professionale

Il TeRP lavora in ambito riabilitativo nell'intero arco di vita della persona, dall'infanzia all'età avanzata.

Gli li ambiti in cui può operare sono:

- Centri di Salute Mentale (CSM)
- Strutture Psichiatriche Residenziali (CTRP di tipo A e di tipo B)
- Centri diurni (CD)
- Centri dei Disturbi del Comportamento Alimentare (CDA)
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)
- Day Hospital (DH)
- Strutture di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPI)
- Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)

Esiste una gamma di comportamenti lavorativi importanti che assicurino l'efficacia e l'efficienza dell'operato del professionista sanitario:

- A. Autocontrollo e gestione dello stress: è necessario riuscire a mantenere un adeguato controllo emotivo ed essere consapevoli dei propri punti di forza e debolezza, riuscendo a mantenere la concentrazione e trovare le soluzioni in situazioni incerte o impreviste.
- B. Creatività: qualità indispensabile sia nella ricerca di soluzioni originali ed efficaci sia nella progettazione di un intervento terapeutico

- C. Flessibilità/adattabilità: consiste nella modifica dei comportamenti in funzione alle esigenze del contesto lavorativo adattandosi ai cambiamenti e alle emergenze.
- D. Leadership
- E. Orientamento all'utente: è necessario anticipare, riconoscere e soddisfare le esigenze dell'utente e predisporre soluzioni personalizzate, efficaci e soddisfacenti
- F. Propensione al dialogo
- G. Valorizzazione degli altri

PARTE II: L'età evolutiva.

Dalla conoscenza dell'Autismo al ruolo del TeRP nella riabilitazione

CAPITOLO QUATTRO

RIABILITAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA

4.1 A chi si rivolge: i Disturbi del Neurosviluppo

I disturbi del Neurosviluppo si manifestano nelle prime fasi dello sviluppo e sono caratterizzati da deficit del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo.

Il deficit varia da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento fino alla compromissione globale delle abilità sociali e dell'intelligenza.

Nei disturbi del Neurosviluppo sono stati inseriti la disabilità intellettiva, i disturbi della comunicazione, il disturbo dello spettro autistico, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, il disturbo specifico dell'apprendimento e i

disturbi del movimento. Questo complesso di disturbi comporta un elevato carico sanitario, sociale ed economico. ¹⁶

I disturbi del Neurosviluppo erano precedentemente denominati nel DSM4 come disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza. Recentemente, invece, col termine *Neurosviluppo* si è voluto porre un'ottica che rifletta sull'evoluzione di questi disturbi e sulla loro permanenza in tutto l'arco della vita, nonostante esordiscano nelle prime fasi di sviluppo del bambino.

La diagnosi di tali disturbi comprende un ampio spettro caratterizzato da deficit delle abilità comunicative e sociali, oltre che difficoltà nell'apprendimento e nel controllo delle funzioni esecutive.

Inoltre, è importante riportare che questi disturbi spesso sono in comorbidità tra loro. Infatti può accadere che, a un bambino con diagnosi di autismo venga successivamente diagnosticato anche una disabilità intellettiva o un disturbo del linguaggio; mentre a un bambino con ADHD venga affiancata anche una diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento.

I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva sono molto frequenti coinvolgendo fino al 20% della popolazione tra i 0 e i 17 anni, includendo sia disturbi neurologici che di sviluppo e psichiatrici.

La prevalenza complessiva dei singoli disturbi è variabile a causa delle difficoltà metodologiche nell'integrare le prevalenze puntiformi e l'elevata comorbidità. Infatti i dati che sono presenti in letteratura utilizzano e fanno riferimento a metodologie diverse associate ad età diverse.

Le alterazioni e disfunzioni del Sistema Nervoso Centrale sono la causa di partenza che accomuna tutti i disturbi dell'età evolutiva, alle quali si aggiungono le singole variabili ambientali. La presenza di una vulnerabilità del SNC aumenta la probabilità del 30% che si manifesti un secondo disturbo.

¹⁶ Definizione di Disturbi del Neurosviluppo dall'Istituto Superiore di Sanità, ultimo aggiornamento avvenuto il 07/01/22

La maggior probabilità che ci sia una comorbidità, fa sì che ciò porti ad una maggior gravità del disturbo e del suo impatto sul funzionamento adattivo diventando un indicatore prognostico sfavorevole che va ad inficiare sul trattamento terapeutico-riabilitativo.

I Disturbi del Neurosviluppo comprendono:

DISABILITÀ INTELLETTIVA

È un disturbo caratterizzato da deficit delle capacità mentali generali che riguardano ad esempio, il ragionamento, problem solving, pianificazione, astrazione, capacità di giudizio e di elaborazione delle informazioni. Tale per cui, il bambino che ne soffre presenta una compromissione del funzionamento adattivo avendo difficoltà nel soddisfare gli standard di autonomia e di responsabilità sociale.

Le tappe del funzionamento intellettivo risultano essere deficitarie e non correlate allo sviluppo del bambino in base alla fascia d'età. (Vedi Allegato1)

DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE

Per disturbi della comunicazione s'intendono il disturbo del linguaggio, il disturbo fonetico-fonologico, il disturbo della comunicazione sociale e il disturbo della fluenza. I primi tre sono dovuti da un deficit dello sviluppo e dell'utilizzo del linguaggio, dell'eloquio e della comunicazione sociale.

DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

È caratterizzato da deficit persistenti della comunicazione e interazione sociale. Inoltre, sono presenti interessi ristretti e comportamenti ripetitivi, considerati bizzarri.

DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ

Il bambino che ne soffre presenta livelli di disattenzione, disorganizzazione e/o iperattività e impulsività che risultano essere invalidanti nella quotidianità.

Ad esempio, la disattenzione comporta al fatto che il bambino abbia difficoltà a permanere nel compito e di ascoltare quanto gli viene richiesto. Dall'altra parte l'iperattività e l'impulsività provocano uno stato di agitazione che compromette la capacità del bimbo nel rimanere seduto nella sedia o nel rispettare i tempi d'attesa.

DISTURBO SPECIFICO DELL'APPRENDIMENTO

È diagnosticabile con l'inizio della scuola primaria, poiché è un disturbo che riguarda i deficit presenti nelle abilità specifiche di percepire o elaborare della informazioni. Le tre aree che sono maggiormente compromesse sono quelle di calcolo, di lettura e di scrittura.

DISTURBI DEL MOVIMENTO

I disturbi del movimento comprendono il disturbo della coordinazione, il disturbo da movimento stereotipato e i disturbi da tic.

ALTRI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

In questa categoria rientrano tutti i sintomi caratteristici di un disturbo che causano un disagio clinicamente significativo ma non soddisfano i criteri per un qualsiasi dei disturbi del Neurosviluppo.

DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO SENZA SPECIFICAZIONE

In questa categoria rientrano tutti i sintomi caratteristici di un disturbo che causano un disagio clinicamente significativo ma non soddisfano i criteri per un qualsiasi dei disturbi del Neurosviluppo. In questo caso, però, il medico decide di non definire una diagnosi ben precisa poiché ritiene di non avere abbastanza informazioni.

Secondo l'ICD 10, i disturbi psichiatrici che possono essere diagnosticabili in età evolutiva sono:

- Disturbo post traumatico da stress
- Disturbo da deprivazione/maltrattamento
- Disturbi affettivi, come il disturbo da lutto prolungato e i disturbi d'ansia
- Depressione infantile
- Disturbo misto nella componente espressiva delle emozioni

- Disturbo dell'adattamento
- Disturbi della regolazione del processo sensoriale
- Disturbo del sonno
- Disturbi dell'alimentazione
- Disturbi della relazione e della comunicazione

I principali domini compromessi nei disturbi del Neurosviluppo sono:

- APPRENDIMENTO
- MEMORIA
- ABILITÀ COMUNICATIVE
- INTELLIGENZA
- FUNZIONI ESECUTIVE
- ABILITÀ SOCIALI

Per affrontare il tema della riabilitazione in età evolutiva è bene tener conto di un'altra caratteristica dei disturbi in età evolutiva, che consiste nella loro trasformabilità nel tempo e di conseguenza la loro persistenza nell'arco di tutta la vita di una persona. Non sempre, però, si ha una diagnosi precoce. Infatti, spesso accade che l'ADHD¹⁷ e l'ASD¹⁸ siano diagnosticate nell'età adulta. Ciò accade perché, tali disturbi, potrebbero passare in secondo piano essendoci altre psicopatologie, le quali si determinano a causa di insufficienti strategie di adattamento che espongono l'individuo a stress continuo e traumi psicologici.

Basti pensare che circa l'1% della popolazione soffre della sindrome di Asperger viene diagnosticata solo in età adulta. Oppure che il 2% della popolazione italiana soffre di ADHD e meno di uno su cinque ne è consapevole da bambino. Inoltre, più del 50% dei disturbi neuropsichici dell'adulto ha un esordio in età infantile o è causato da eventi morbosi avvenuti durante l'infanzia.

¹⁷ Disturbo da deficit di attenzione e da iperattività/impulsività

¹⁸ Disturbo dello spettro autistico

Tutto ciò va a confermare che i disturbi del Neurosviluppo possano mantenersi anche in età adulta modificando la loro modalità di espressione adattandosi all'età.

I motivi di tale metamorfosi sindromica sono due. Il primo è dato dal fatto che l'adulto abbia convissuto col disturbo avendo imparato delle strategie compensatorie riducendo l'impatto sul funzionamento globale. Il secondo riguarda il fatto che alcuni sintomi siano cambiati spontaneamente.

Inoltre, si stima che circa la metà dei problemi di salute mentale negli adulti siano iniziati durante l'adolescenza.

A questo proposito, il documento della regione Emilia Romagna "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" (circolare n1 del 07/02/2017) individua gli aspetti cruciali per il trattamento:

Tempistica con cui iniziare il trattamento

- Approccio che assicuri la compliance e aderenza al trattamento mediante la relazione terapeutica col ragazzo e con la famiglia. Il trattamento deve essere co-costruito andando a definire gli obiettivi
- L'equipe deve essere multiprofessionale

I due elementi che nel documento risultano essere fondamentali sono il concetto di Empowerment e di Recovery. Per Empowerment s'intende la capacità di agire in modo che il ragazzo sia aiutato ad attivare le proprie risorse e ricercare strategie utili. Mentre, per Recovery si fa riferimento alla finalità del percorso riabilitativo che consiste in un miglior adattamento e sviluppo del proprio ruolo sociale.

L'obiettivo della clinica dell'adolescente è la ripresa del processo di crescita. Questo perché, l'adolescenza è la fase in cui la rappresentazione del Sé è deficitaria a causa del fatto che l'adolescente può essere impigliato in una vicenda intrapsichica percependo la diversità, l'incompetenza sentendosi inefficace nel rispettare le proprie aspettative e quelle degli altri.

Anche l'infanzia è un periodo cruciale per la costruzione di una buona salute mentale e del corpo che poi andrà a condizionare la vita dell'individuo da

adulto. Infatti, l'esordio in età evolutiva di un disturbo va ad interferire con lo sviluppo neuropsichico del bambino condizionandone, successivamente, il divenire adolescente e poi adulto.

Proprio per questo motivo è di fondamentale importanza agire precocemente. Una diagnosi precoce fa sì che l'intervento sia tempestivo e mirato migliorando la prognosi, e di conseguenza, ridurre la sintomatologia e la compromissione del funzionamento globale migliorando le prospettive future e la qualità di vita del bambino.

Perché ciò avvenga, il trattamento deve includere:

- Competenze specialistiche mirate in linea alle evidenze scientifiche
- Coinvolgimento attivo e empowerment dei familiari e dei contesti di vita
- Valutazione multiprofessionale e multiassiale

- Presenza di un'equipe multiprofessionale e multidimensionale

Indicazioni in merito alla presa in carico vengono riportate dal PANMS (Piano di Azioni Nazionale per la salute mentale) (vedi Allegato 2).

Secondo quanto definito dal PANMS la presa in carico deve avere due caratteristiche essenziali la personalizzazione del progetto e l'orientamento alla Recovery. Vengono poi identificati i bisogni primari, sia per quanto concerne la neuropsichiatria che psicopatologie dell'età adulta. Oltre a ciò vengono individuati i due principi guida cardine, il primo promuove l'integrazione tra i vari servizi valorizzando le buone prassi e le linee guida per le varie patologie; il secondo favorisce i percorsi territoriali per promuovere il passaggio dall'età adolescenziale all'età adulta, e di conseguenza mantenere la continuità della presa in carico.

Per governare i processi di assistenza, nel PANMS vengono definiti i modelli clinico-organizzativi. Per quanto concerne la neuropsichiatria l'intervento multidisciplinare è valido per tutti i disturbi del Neurosviluppo, a differenza che per il mondo adulto. Ciò, a causa della costante interazione delle linee di sviluppo e dell'elevata comorbidità tra diversi assi.

La presa in carico si suddivide in quattro fasi.

A. Assessment/valutazione

Si compone di test standardizzati, un esame obiettivo mediante osservazione diretta dell'utente e infine viene svolto un colloquio per ricavare le principali informazioni utili alla formulazione di una diagnosi. Altro aspetto per cui è importante questa prima fase, è la definizione degli obiettivi del trattamento.

B. Programmazione e pianificazione dell'intervento

La programmazione e la pianificazione sono fondamentali per l'efficienza del trattamento. Le due caratteristiche cardine sono la personalizzazione, l'individualizzazione del progetto sulle specificità dell'utente, ed inoltre, deve essere presente una descrizione dettagliata degli obiettivi andando a definire anche le modalità, le strategie, le tecniche e le tempistiche.

C. Trattamenti/interventi

È la messa in pratica del progetto redatto.

D. Follow-up/verifica

Consiste nella verifica finale dell'intero progetto andando a valutare l'andamento del percorso ricavando gli obiettivi per un secondo progetto riabilitativo. Questo monitoraggio finale non consiste solo nel raggiungimento dell'obiettivo prefissato ma anche nella seguente generalizzazione nei vari contesti di vita, e nel consolidamento delle abilità e strategie apprese.

4.2 Aree d'intervento

Le linee guida dell'Istituto Superiore della Sanità contengono raccomandazioni e suggeriscono sia gli strumenti di assesment più adatti sia le terapie più efficaci. Tali indicazioni sono disponibili per l'Autismo e l'ADHD. Per quanto riguarda i DSA¹⁹ ed i DL²⁰ non esistono le linee guida poiché non si hanno dati sufficienti per validare scientificamente l'efficacia degli interventi. Perciò, per questi disturbi si seguono i consesus e le buone prassi.

Le linee guida sono propedeutiche all'efficacia degli interventi essendo che la riabilitazione è un processo complesso, soprattutto nelle disabilità dello

¹⁹ Disturbo Specifico dell'apprendimento

²⁰ Disturbi del Linguaggio

sviluppo poiché i professionisti sanitari devono interagire col bambino, con i genitori e con il contesto scolastico. Tutto ciò avviene mediante azioni dirette ed indirette che coinvolgono il contesto familiare, sociale ed ambientale su tutte le aree del funzionamento del bambino.

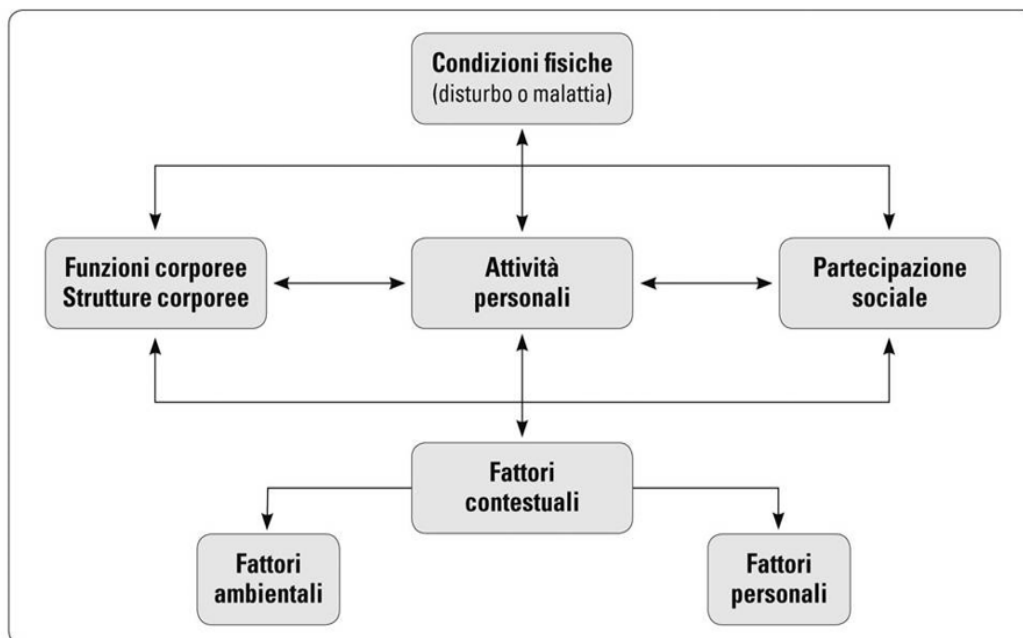


Figura 2 Modello causale dell'ICF -CY(2001). La Classificazione Internazionale sul Funzionamento, Disabilità e Salute-versione sul Bambino e Adolescente descrive il funzionamento del bambino all'interno dei contesti di vita più significativi. Ciò pone come obiettivo della cura la partecipazione del bambino in tutti i contesti di vita, proprio perché è di fondamentale importanza focalizzare l'intervento riabilitativo su tutte le aree di vita del singolo.

La riabilitazione risulta essere composta da interventi integrati di rieducazione, educazione e assistenza.

La rieducazione è competenza del personale sanitario e l'obiettivo è il miglioramento delle funzioni adattive del bambino.

L'educazione è compito della famiglia e del personale sanitario. Le finalità sono la preparazione del bambino ad esercitare il proprio ruolo sociale e la formazione della comunità aumentando le risorse e accrescendo l'efficacia del trattamento. L'integrazione sociale è obiettivo cardine e prioritario a tutte le età.

L'assistenza ha come obiettivo il benessere del bambino e della famiglia mediante l'operato del professionista sanitario.

Alla conclusione del percorso terapeutico deve essere assicurata la continuità assistenziale evitando il disorientamento e la sensazione di abbandono del

bambino/ragazzo e della propria famiglia. Ogni regione definisce i propri percorsi assistenziali.

Come già detto in precedenza, la presenza di un quadro complesso e variabile richiede un intervento riabilitativo che sia il più globale possibile e il più individualizzato. L'approccio integrato e multidisciplinare deve essere realizzato fin dalla valutazione diagnostico-prognostica con il fine ultimo di promuovere il miglioramento delle competenze e delle funzioni adattive.

Gli obiettivi dell'intervento riabilitativo diretto al bambino sono:

- Favorire l'arricchimento delle abilità
- Promuovere l'arricchimento e lo sviluppo di competenze motorie, linguistiche e cognitive specifiche
- Favorire la generalizzazione delle competenze acquisite

Gli interventi riabilitativi coinvolgono più aree: posturo-motoria, cognitiva, comunicativa, percettiva-sensoriale, affettiva-comportamentale. Parte integrante dell'intervento riabilitativo è composto dall'intervento psicomotorio, psicoeducativo, intervento con la scuola e coi genitori.

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica si occupa dell'area sociale, l'area delle relazioni significative, l'area personale e l'area emozionale/affettiva, favorendo il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile e coinvolgendo e integrando tra loro anche il contesto familiare, scolastico e di vita del bambino.

a. AREA DELLA SOCIALIZZAZIONE

Gli obiettivi in quest'area d'intervento sono favorire la recovery sociale, riconoscere i segnali sociali della comunicazione, sviluppare le capacità d'interazione verbali e non verbali e gestire le relazioni di stress ambientale.

DISTURBI PSICHICI

- Intervento basato sulle abilità sociali
- Relazioni interpersonali
- Mantenimento delle relazioni sociali

DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

- Intervento focalizzato sulle abilità sociali
- Abilitazione alla comunicazione verbale, paraverbale e non verbale

- Avvio di nuovi contesti sociali

- Aumento dei rapporti interpersonali
- Avvio a nuovi contesti sociali

b. AREA DELLE RELAZIONI SIGNIFICATIVE

Gli obiettivi in quest'area sono migliorare le relazioni familiari, ridurre l'emotività espressa, ridurre l'isolamento, migliorare le abilità di problem solving, ridurre i comportamenti disadattivi e generalizzare le abilità apprese nei vari contesti di vita.

DISTURBI PSICHICI

- Miglioramento delle relazioni familiari
- Riduzione emotività espressa
- Ridurre l'isolamento
- Miglioramento abilità di problem solving

DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

- Riduzione dei comportamenti disadattivi
- Miglioramento delle relazioni familiari
- Generalizzazione delle abilità

c. AREA PERSONALE

Le finalità in quest'area sono correlate al miglioramento dell'immagine del sé, allo sviluppo e incremento dell'autonomia personale, al miglioramento della capacità di decision making e autodeterminazione, ed infine, alla cooperazione familiare.

DISTURBI PSICHICI

- Prendersi cura di se
- Miglioramento della propria immagine
- Sviluppare l'importanza della cura del proprio aspetto
- Gestione dell'ambiente domestico

DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

- Acquisizione delle componenti di base
- Aumento della partecipazione attiva alla vita domestica
- Sviluppo e mantenimento delle autonomie personali

d. AREA EMOZIONALE/AFFETTIVA

Gli scopi da raggiungere mediante il percorso riabilitativo riguardano il miglioramento dei rapporti interpersonali, la gestione degli stati emozionali, riconoscimento e verbalizzazione delle emozioni e infine sviluppare la capacità di comprendere gli stati d'animo altrui secondo il principio della Teoria della Mente.

DISTURBI PSICHICI

- Intervento psicoeducativo familiare (IPF)
- Problem Solving Training (PST)
- Social Skill training (SST)
- Teoria della mente
- Training Metacognitivo
- Cognitive Remediation

DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

- Parent Training
- Intervento psicoeducativo familiare (IPF)
- Social Skill Training (SST)
- Cognitive Remediation
- Alfabetizzazione Emozionale

Per quanto concerne gli interventi per i Disturbi del Neurosviluppo è necessaria l'abilitazione.

Inoltre, il Tecnico della Riabilitazione psichiatrica si occupa di prevenzione e degli interventi che coinvolgono la scuola e i genitori.

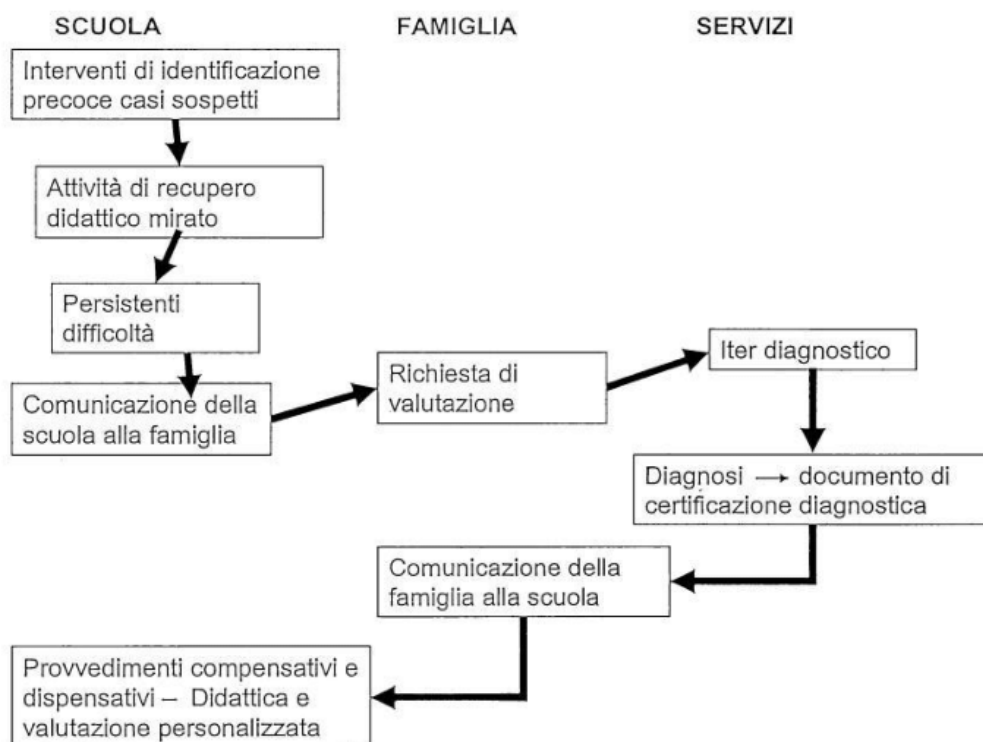


Figura 3 Collaborazione tra scuola, famiglia e servizi in riferimento alla legge 170/2010

Intervenire sui contesti di vita è essenziale per la qualità e l'efficacia del percorso terapeutico riabilitativo che mira al miglioramento della qualità della vita e dell'inclusione scolastica e sociale. Per fare ciò, è necessario prevedere interventi di sensibilizzazione, di formazione, di consulenza e di training nei vari contesti di vita. In particolar modo sostenere e accompagnare nel percorso i genitori mediante parent training e offrire loro counseling psicologico, e dall'altra parte interventi a livello scolastico, che non solo si occupano di sostenere e di formare il personale scolastico ma anche programmare interventi di sensibilizzazione al restante degli alunni.

Per agire a livello scolastico esistono due riferimenti normativi molto importanti: la Legge 104/1992 (vedi Allegato 3) e la Legge 170/2012 (vedi Allegato 4), col corrispettivo decreto attuativo DM 5669 2011. Inoltre va fatto riferimento anche alla direttiva del ministro Profumo sui BES nel 2012 e infine alla circolare ministeriale nr.8 del 06/03/2013 in merito agli "strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica".

La Legge 104 è considerata la legge cardine per quanto riguarda la disabilità. Infatti si occupa di:

- Garantire il pieno rispetto della dignità umana e dei diritti di libertà ed autonomia promuovendo la piena integrazione nella famiglia, nella scuola e nella società
- Prevenire e rimuovere tutte le condizioni invalidanti che inficiano sul raggiungimento della massima autonomia e partecipazione alla collettività, realizzando così, i propri diritti civili, politici e patrimoniali
- Perseguire il recupero funzionale e assicurare i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura, la riabilitazione, la tutela giuridica ed economica.
- Predisporre interventi che sono volti al superamento dell'emarginazione e dell'esclusione dalla società.

Le finalità della Legge 170/2012, come evidenzia l'articolo 2, sono:

- Garantire il diritto all'istruzione
- Favorire il successo scolastico garantendo la giusta formazione e promuovendo lo sviluppo delle potenzialità personali
- Ridurre i disagi relazionali ed emozionali
- Formare gli insegnanti e sensibilizzare i genitori
- Adottare forme di verifica e di valutazione adeguata
- Favorire la diagnosi precoce e percorsi didattici riabilitativi
- Incrementare la comunicazione e la collaborazione tra la famiglia, scuola e servizi sanitari
- Assicurare medesime opportunità di sviluppo delle capacità sociali e professionali

Fondamentale è, anche, l'articolo 3 della Legge 170. Sottolinea la necessità di una diagnosi precoce assicurata dal Sistema Sanitario Nazionale, ed inoltre, le regioni devono permettere alle famiglie di rivolgersi alle strutture sanitarie per far fronte alle situazioni quotidiane invalidanti. Il ruolo delle Scuole è quello di comunicare alle famiglie le difficoltà esistenti in ambito scolastico dando la possibilità di intervenire tempestivamente aiutando il bambino.

Grazie alla Legge 104/1992 e 170/2010 viene garantito il Diritto allo Studio assicurando una flessibilità nella programmazione didattica mediante il PEI

(Progetto Educativo Individualizzato) e il PDP (Piano Didattico Personalizzato). Quest'ultimo ad esempio permette di utilizzare in ambito scolastico strumenti compensativi, cioè strumenti didattici che sostituiscono o facilitano la prestazione nell'area deficitaria, e misure dispensative, che permettono il non svolgimento delle attività inerenti l'area deficitaria.

Per predisporre un PEI o un PDP è fondamentale il coinvolgimento della scuola, dei genitori e dei servizi sanitari.

Un altro intervento che viene svolto a livello scolastico è il Teacher Training. Corrisponde a un percorso di gruppo rivolto alle insegnanti focalizzato sull'assetto comportamentale, che maggiormente causa difficoltà. L'obiettivo del teacher training è quello di rendere il clima all'interno della classe il più tranquillo e sereno possibile attraverso una conoscenza del disturbo e l'utilizzo di strategie adeguate. Ciò permette, da un lato di comprendere e gestire il bambino che presenta delle difficoltà riducendo le frustrazioni, dall'altra parte è utile per sensibilizzare gli altri alunni.

Le strategie adottate si basano sull'intervento comportamentale di tipo proattivo o reattivo. L'intervento proattivo consiste in un lavoro rispetto agli antecedenti e quindi sull'apprendimento di strategie in prevenzione o riduzione delle probabilità che un comportamento problema si manifesti. Mentre, l'intervento reattivo consiste nella gestione delle conseguenze in modo da modificare la frequenza e la topografia del comportamento.

Come già anticipato, altro intervento di fondamentale importanza per l'efficacia del percorso riabilitativo è l'intervento che prevedono il coinvolgimento attivo e l'empowerment dei genitori.

Il Parent Training è un intervento psicologico mirato a sostenere i genitori nella gestione degli aspetti comportamentali del figlio. La formazione aiuta i genitori a gestire i propri livelli di stress oltre che, sviluppare meccanismi di coping favorendo un ambiente sano. Tali interventi, infatti, permettono ai genitori di acquisire strategie comportamentali adeguate, di applicare i principi dell'apprendimento sociale e del condizionamento operante, di sviluppare le abilità di monitoraggio e, infine, permettono la corretta applicazione dei rinforzi. Inoltre, il parent training, consente di analizzare e modificare lo stile relazionale

lavorando sulle abilità di problem solving genitoriale in modo da rafforzare il senso di autoefficacia dei genitori e quindi, favorire il benessere della famiglia.

Dunque, gli obiettivi dell'intervento genitoriale sono:

- Rendere i genitori agenti di cambiamenti nella vita dei figli e della propria quotidianità
- Aumentare la capacità di analisi dei problemi educativi
- Fornire ai genitori le strategie di coping e problem solving e i metodi educativi efficaci
- Aiutare i genitori a riconoscere e utilizzare le risorse del bambino e aumentare la loro conoscenza dello sviluppo psicologico del figlio
- Migliorare la relazione e la comunicazione tra genitori e figli

L'efficacia di un intervento di parent training dipende soprattutto da un buon assessment iniziale che permette di individuare i pensieri ricorrenti e le situazioni quotidiane difficili. Importante è, anche, la collaborazione e relazione terapeutica tra il professionista e il genitore. La funzione del terapeuta è quella di essere un "coach" che dà consigli e sostegno per gestire al meglio le difficoltà. Fondamentale è la presenza di una condivisione dell'intenzionalità da parte del terapeuta e del genitore. L'obiettivo in comune è modificare i comportamenti negativi contribuendo al successo del processo terapeutico riabilitativo.

Dunque, l'accompagnamento alla genitorialità consiste nel sostenere i genitori nella capacità di narrare le loro esperienze e vicende di vita. Perciò, questo tipo di lavoro prevede l'interazione tra il sistema familiare e il sistema dell'equipe multiprofessionale, oltre che un coinvolgimento e una consapevolezza condivisa tra tutti gli operatori. Il lavoro può essere svolto mediante un intervento specialistico realizzato da medici neuropsichiatri e psicologi infantili. Oppure, può essere svolto secondo una modalità non strutturata da terapisti della riabilitazione che hanno contatto diretto e costante col bambino e che hanno colloqui coi genitori seppur poco frequenti.

L'integrazione tra questi due livelli di modalità lavorativa prevede che i professionisti riconoscano nel loro lavoro due funzioni basilari: la funzione osservativa e di filtro.

La funzione osservativa rappresenta la capacità dei professionisti di mantenere un atteggiamento di osservazione empatica e partecipe verso il bambino. Ma anche verso i genitori per aiutarli a comprendere le modalità e gli intenti comunicativi del bambino, e favorire la consapevolezza della correlazione tra le espressioni comportamentali e senso-motorie del figlio e le proprie emozioni.

La funzione filtro, invece, rappresenta la capacità degli operatori di modulare, accogliere e mediare i dubbi, le critiche e le divergenze presentate dai genitori. Quindi, si deve ascoltare le proposte e i bisogni esplicitati dai genitori evitando o riducendo le possibilità che il genitore perda la fiducia nel professionista.

Tale per cui, è essenziale garantire e assicurare la continuità della presa in carico del bambino realizzando un lavoro di sostegno alla genitorialità e sviluppando un'alleanza terapeutica coi genitori e col bambino fondata sulla fiducia, sull'ascolto empatico, sul dialogo, sul supporto e sostegno.

4.3 Interventi, Tecniche e Metodi riabilitativi

La riabilitazione in età evolutiva è un processo complesso che promuove il benessere psicofisico e integra la miglior qualità di vita relazionale e affettiva.

Il processo riabilitativo si rivolge nella globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale del bambino oltre a coinvolgere la famiglia e l'intero contesto socio-educativo. La presa in carico sarà globale e mediante un approccio multidisciplinare.

Lo strumento che viene privilegiato in qualsiasi tipo di intervento terapeutico e riabilitativo è il gioco. Lo scopo è l'avvicinamento graduale alla consapevolezza di sé e favorire l'apprendimento di strategie per fronteggiare tutti gli impedimenti a causa dei deficit caratteristici dei disturbi del Neurosviluppo.

In accordo con le linee guida emanate dal Ministero della Sanità nel 2011, il Piano d'indirizzo per la riabilitazione è finalizzato a:

- Sviluppare una competenza deficitaria, non ancora comparsa
- Recuperare una competenza funzionale
- Prevenire danni secondari
- Apprendere strategie alternative

- Favorire lo sviluppo e l'apprendimento di competenze utili all'integrazione sociale, familiare e scolastica del bambino.

4.3.1 L'intervento cognitivo-comportamentale

L'intervento cognitivo-comportamentale in età evolutiva è breve e strutturato, e sembra essere l'approccio più applicato. Si basa sul principio che i tre aspetti fondamentali del funzionamento del bambino, il pensiero, le emozioni e il comportamento interagiscono e si influenzano reciprocamente. Infatti, l'intervento cognitivo-comportamentale mira a modificare le emozioni disfunzionali cercando di cambiare i modi di pensare e di agire associati alle emozioni.

I principali aspetti dell'approccio cognitivo-comportamentale applicato al bambino sono:

- Il bambino reagisce non solo in base all'ambiente ma anche alla rappresentazione percepita dal contesto circostante
- L'apprendimento è mediato da meccanismi cognitivi
- Per agire sui processi cognitivi è necessario integrare l'intervento con tecniche comportamentali
- Il compito principale del counselor è di favorire l'apprendimento di strategie che possano modificare i processi cognitivi, reazioni emotive e comportamenti disfunzionali del bambino

In qualsiasi tipologia d'intervento è fondamentale costruire una buona relazione d'aiuto con il bambino e l'adolescente. Questo perché, a differenza che in età adulta, nell'età evolutiva sono i genitori che decidono di portare i figli in terapia. Tale per cui, il primo colloquio è una fase tanto delicata quanto importante. Il bambino/ragazzo si deve sentire a proprio agio e deve essere gradevole interagire col counselor.

I principali obiettivi da conseguire attraverso il primo colloquio sono:

- Far capire al bambino in modo chiaro e semplice il proprio ruolo
- Ottenere dettagli utili nel capire come il bambino percepisce le proprie difficoltà e nel comprendere quali siano le situazioni specifiche in cui si manifesta il problema. Queste informazioni si possono ricavare direttamente dal bambino, se verbale, mediante domande strutturate e

con incoraggiamenti per ostacolare l'imbarazzo e la timidezza del primo incontro.

- Identificare le modalità di pensiero del bambino

Inoltre, permette di ipotizzare se il comportamento del bambino sia in linea con la normale fase di sviluppo o se sia motivo di compromissione del benessere emotivo e relazione del bambino. Ciò, verrà approfondito mediante una valutazione iniziale.

L'assessment è essenziale per adattare l'intervento cognitivo-comportamentale al livello di sviluppo cognitivo del bambino, utilizzando adeguate strategie di trattamento oltre a, materiali visivi e concreti che favoriscono la comprensione e stimolano la motivazione considerando gli interessi e i canali comunicativi del piccolo.

Nel lavoro di counseling in età evolutiva è necessario essere flessibili per quanto riguarda la modalità di assessment. Infatti, non sempre, utilizzare questionari e test standardizzati è sufficiente. Soprattutto all'inizio sono consigliabili modalità informali siccome risultano essere alternative più accomodanti, come ad esempio il gioco o il colloquio.

I tre livelli su cui viene eseguita la valutazione prima di pianificare un intervento cognitivo-comportamentale sono il livello emotivo, cognitivo e comportamentale.

Per quanto concerne l'assessment emotivo, è importante distinguere i problemi emotivi e i problemi pratici del bambino. I problemi emotivi sono difficoltà interne associati alle emozioni, mentre i problemi pratici sono correlati al contesto ambientale oppure alle scarse abilità del bambino (come, mancanza di assertività, difficoltà nelle relazioni amicali e/o deficit nelle capacità organizzative).

Con l'assessment cognitivo, invece, si va ad indagare sulle modalità di pensiero nel bambino. Questi meccanismi, schemi e contenuti cognitivi sono determinanti nell'eziologia e nel mantenimento dei problemi emotivi. L'indagine mediante domande ben strutturate sembra essere il metodo più affidabile per rilevare i pensieri disfunzionali.

Infine, grazie all'assessment comportamentale, si raccolgono e si analizzano dati e informazioni allo scopo di individuare e descrivere i comportamenti

problema del bambino. Tale per cui avviene un'analisi funzionale del comportamento problematico identificando, anche, l'antecedente e l'evento conseguente mediante il modello ABC, sviluppato dalla teoria cognitivista e ben descritto nei lavori di Ellis e Beck.²¹

Nella pratica si va, quindi, a stabilire quando e dove il comportamento problematico si verifica ed inoltre, si va a identificare i fattori di mantenimento.

Le tecniche terapeutiche che caratterizzano l'approccio cognitivo-comportamentale si dividono in due tipologie: le tecniche comportamentali e le tecniche cognitive-immaginative.

Tra le tecniche comportamentali fanno parte:

- LE STRATEGIE BASATE SUL RINFORZO per incrementare i comportamenti funzionali.

Il primo passo consiste nell'individuare i rinforzatori utilizzabili nel contesto di vita quotidiana per ridurre o eliminare i comportamenti disadattivi. Queste strategie sono le prime da utilizzare in un intervento riabilitativo sia perché aumentano l'autostima e la motivazione del bambino, sia perché favoriscono l'instaurarsi di relazioni positive.

Le tipologie di rinforzo sono quattro. I rinforzi socio-affettivi sono scambi sociali e manifestazioni d'affetto, come lodi, sorrisi e complimenti. I rinforzi tangibili sono le gratificazioni concrete, come un gioco o una caramella, mentre i rinforzi simbolici sono un oggetto che simboleggia il premio/la gratificazione, come ad esempio buoni premio o gettoni. Infine si hanno i rinforzi dinamici cioè la possibilità di svolgere un'attività piacevole.

Un'altra distinzione importante da fare è tra il rinforzo positivo e quello negativo. Il primo consiste nel far accadere qualcosa di piacevole, mentre il secondo nell'eliminare qualcosa di spiacevole. Entrambi sono gratificanti e favoriscono l'incremento di un comportamento adattivo.

Il rinforzatore deve essere somministrato immediatamente dopo che il bambino mette in atto il comportamento desiderato. Dunque, deve essere il più economico possibile. Nella fase di apprendimento il rinforzo continuo è

²¹ A.Ellis e A.Beck furono due psicoanalisti, che negli anni '60 fondarono la terapia cognitivo-comportamentale.

quello più efficace dato che ad ogni emissione comportamentale segue un rinforzo. Mentre nella fase di consolidamento il rinforzo utilizzato è intermittente diventando una forma di incoraggiamento positivo.

Infine, è bene considerare che molti comportamenti attinenti alle attività scolastiche o sociali possono condurre automaticamente a rinforzi intrinseci una volta che si siano consolidati i comportamenti adeguati.

- L'IGNORARE STRATEGICO ha lo scopo di eliminare i comportamenti indesiderati evitando di darli qualsiasi tipo di attenzione.

Se nonostante l'utilizzo di questa strategia il comportamento permane, si passa alla tecnica successiva o il time-out o il costo alla risposta.

- IL TIME-OUT, consiste nel rimuovere il soggetto dalla situazione che ha causato il comportamento disfunzionale in modo da isolarlo da qualsiasi fonte di rinforzo. Solitamente, si predilige un luogo tranquillo e privo di qualsiasi stimolo, in cui il bambino rimarrà finché non suonerà il timer, la cui durata è proporzionale all'età.

Un secondo obiettivo che ci si pone mediante questa tecnica, è aiutare il bambino a raggiungere una certa capacità di autocontrollo e autodisciplina.

Questa strategia è indicata per i comportamenti persistenti di tipo impulsivo, aggressivo o ostile.

- IL COSTO ALLA RISPOSTA è una procedura punitiva più incisiva che consiste nel privare il bambino di un rinforzatore incrementando i comportamenti funzionali.

Questa strategia risulta essere utile con bambini impulsivi poiché solitamente sono più motivati ad impegnarsi per non perdere qualcosa di piacevole, acquisita in precedenza.

- LA TOKEN ECONOMY, consiste in un sistema a punti che incrementa i comportamenti funzionali. Tale per cui, ogni volta che il bambino emetterà il comportamento desiderato gli verrà dato una stellina che gli permetterà di ottenere un premio da lui scelto. È importante stabilire degli obiettivi congrui al livello di funzionamento del bambino. Se ottenere il punto sarà troppo semplice di conseguenza l'incentivo al cambiamento non sarà incisivo, in caso contrario il rischio è che sia troppo frustrante per il bambino.

- IL CONTRATTO COMPORTAMENTALE favorisce una maggior responsabilizzazione del bambino verso le proprie azioni. La stesura deve essere in forma affermativa e esplicitare chiaramente la propria responsabilità e le indicazioni temporali.

Questa tecnica permette al counselor di spostare il controllo del cambiamento dal genitore al bambino.

- LA PROGRAMMAZIONE DI ATTIVITÀ PIACEVOLI si focalizza sulla riduzione della depressione migliorando il tono dell'umore del bambino per mezzo di attività piacevoli. Si cerca, quindi, di coinvolgere il bambino nella programmazione settimanale incrementando sia la sua motivazione mediante un atteggiamento costruttivo e pragmatico sia il suo senso di autoefficacia. Ciò riduce, anche, l'apatia e la passività del bambino interrompendo i rimugini, i quali mantengono l'umore disforico.

Le attività più importanti sono quelle sociali. Devono essere, quindi, necessariamente sempre presenti nella programmazione delle attività.

- IL TRAINING DELLE ABILITÀ SOCIALI ha lo scopo di aumentare la capacità di interagire adeguatamente ed efficacemente con gli altri.

(Vedi paragrafo 4.3.2)

- LE STRATEGIE DI PROBLEM SOLVING sono efficaci nell'apprendere come affrontare situazioni problematiche mediante la correzione dei ragionamenti erranei, atteggiamenti impulsivi o modalità di pensiero troppo emotive. La difficoltà delle procedure di problem solving vanno adeguate all'età o al deficit cognitivo del bambino/ragazzo.

- L'ALLENAMENTO ALL'ASSERTIVITÀ. Per assertività s'intende la capacità di esprimere le proprie idee, le proprie convinzioni, le proprie esigenze e i propri stati d'animo in modo diretto, sincero e non aggressivo. Questa modalità di comunicazione permettere di mantenere una buona relazione con gli altri. Dunque, allenare l'assertività vuol dire apprendere una modalità di espressione alternativa alla passività, o in caso opposto, all'aggressività.

- LA NEGOZIAZIONE ha il fine di incrementare la capacità di risolvere i conflitti esplicitando assertivamente i propri punti di vista e le proprie decisioni.

Il counselor ha il compito di dare una dimostrazione, attraverso role-playing, di come applicare le fasi della negoziazione. I passaggi di questa strategia sono tre. Il primo è la fase dell'io dove si comunica assertivamente la propria posizione controllando se ciò sia giusto e ragionevole. Il secondo passaggio è quello dell'Altro in cui si ascolta prendendo in considerazione il punto di vista dell'interlocutore. E infine, il terzo e ultimo passaggio è quello del Giusto Accordo nel quale insieme si cerca di raggiungere un giusto compromesso per entrambi.

La negoziazione è una tecnica che viene applicata in età adolescenziale.

- **DESENSIBILIZZAZIONE SISTEMICA** è una strategia volta alla riduzione dell'ansia. Si tratta di un processo di controcondizionamento che si basa sull'inibizione della paura e/o dell'ansia sostituendola con una reazione antagonista, tipicamente mediante tecniche di rilassamento. La procedura è articolata in tre fasi. La prima consiste nell'apprendimento di una strategia di rilassamento, la seconda nella costruzione gerarchica di stimoli/situazioni ansiogeni e l'ultima fase, consiste nell'esposizione graduale a questi stimoli ansiogeni mediante l'immaginazione.

Questa tecnica è consigliabile applicarla dai dieci anni in su.

- **L'ESPOSIZIONE** è una tecnica d'elezione nell'affrontare le manifestazioni e le problematiche legate all'ansia riprendendo le normali attività quotidiane e un'adeguata socializzazione. Tale per cui, consiste nell'abituare il bambino/ragazzo a superare gradualmente le situazioni di paura invece che evitarle. Affinché questa tecnica sia efficace deve essere sufficientemente prolungata, deve essere vissuta con consapevolezza e deve essere ripetuta con frequenza ravvicinata. Inizialmente si potrà applicare un'esposizione immaginativa dove il counselor fungerà da modello e successivamente si avrà un'esposizione dal vivo.

Non ci sono limitazioni d'età, dunque è necessario modulare l'intervento in base allo stadio di sviluppo.

- **L'ALLENAMENTO AL RILASSAMENTO** permette di rilassarsi diminuendo l'attivazione del sistema nervoso simpatico acquisendo maggior capacità di controllo del proprio organismo e della propria psiche.

L'utilizzo della tecnica è indicato dagli otto anni in su.

Tra le tecniche cognitive-immaginative fanno parte:

- LA PSICOEDUCAZIONE è una delle fasi più importanti nel processo del counseling con i bambini e adolescenti mediante la quale viene compreso il rapporto tra pensiero ed emozioni. In questo modo si vuole trasmettere l'idea che le reazioni emotive e quelle comportamentali sono correlate ai pensieri formulati in corrispondenza a un avvenimento. Esistono diverse modalità con cui si può insegnare al bambino/ragazzo la connessione tra pensiero ed emozione. Ad esempio: la procedura basata sul confronto con l'altro, quella basata sul modello ABC o la procedura basata sul pensiero alternativo.

- LA MESSA IN DISCUSSIONE DEI PENSIERI permette di apprendere come individuare e trasformare i modi di pensare irrazionali collegati a reazioni emotive disfunzionali. Nell'aiutare il bambino/ragazzo il counselor può utilizzare uno stile socratico o didattico. Lo stile socratico implica il ricorso a una serie di domande al fine di spingere il bambino a riflettere sulla sua modalità di pensiero. Mentre, lo stile didattico consiste nello spiegare perché un certo modo di pensare può essere dannoso. Ci quattro principali strategie per la messa in discussione, le quali fanno riferimento all'intervento riabilitativo della REBT²² (vedi paragrafo [4.3.3](#)), e sono: la dissuasione empirica, la dissuasione semantica, la dissuasione funzionale e la dissuasione logica. Queste strategie sono applicabili dai dieci anni in su.

È importante evidenziare al bambino/ragazzo che tutti abbiamo la tendenza a pensare in modo negativo e dannoso, in modo tale che non i denigri e non si butti giù considerandosi sbagliato come lo sono i suoi pensieri.

- L'ALLENAMENTO ALLE AUTOISTRUZIONI ha lo scopo di acquisire la società di modificare i pensieri e comportamenti disfunzionali grazie ad uno script di dialogo interno. Noto anche come Self Instructional Training (SIT), è una tecnica con la quale il bambino/ragazzo si allena ad utilizzare modalità di pensiero nuove e più adattive per affrontare le difficoltà (come impulsività, gestione della rabbia, problemi scolastici e ansia sociale).

²² Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)

Inoltre, può essere applicata per modificare i processi cognitivi disfunzionali della depressione.

Poiché la procedura sia efficace è necessario che inizialmente il counselor modelli i pensieri utili ricorrendo alla tecnica del role-playing, la quale sia il più simile possibile alla realtà. Oltretutto, le risposte appropriate devono essere rinforzate.

Non si hanno limiti di età, ma deve essere adeguata alla fase di sviluppo. Ad esempio, coi bambini più piccoli si assegnano attività di allenamento per casa che coinvolgono i genitori come supervisione.

- L'UTILIZZO DELLE AFFERMAZIONI POSITIVE permette di esercitarsi nella formulare autoaffermazioni funzionali che siano realistiche e personalizzate, utili nel fronteggiare le situazioni difficili.
- LA NARRAZIONE ORIENTATA SULLE EMOZIONI incrementa la consapevolezza emotiva.
- L'USO DELL'IMMAGINAZIONE favorisce l'interiorizzazione del cambiamento cognitivo.

4.3.2 Il training delle abilità sociali (SST) e l'Apprendimento Strutturato

Il training delle abilità sociali è uno strumento di intervento pratico, volto ad aumentare le abilità per gestire le situazioni sociali. È un intervento di natura cognitivo-comportamentale, in quanto è composto sia da aspetti cognitivi sia da esercizi comportamentali. Inoltre sono incluse anche componenti affettivo-emotive.

I passi fondamentali del training sono otto:

- Presentazione e definizione del problema
- Individuazione delle soluzioni
- Modelling
- Role-playing
- Feedback positivo e correttivo sulla performance
- Gestione dei comportamenti problematici
- Autoistruzione e autovalutazione
- Training per la generalizzazione e per il mantenimento, consolidamento dell'abilità appresa

Il modello psicoeducativo che favorisce l'insegnamento delle abilità sociali è l'Apprendimento Strutturato, di approccio cognitivo-comportamentale.

Le tecniche utilizzate sono:

- IL MODELLING consiste nell'apprendimento per imitazione, il quale può essere di tre tipologie. L'apprendimento per osservazione in cui il bambino osserva ed imita il counselor. L'apprendimento per inibizione e per disinibizione che comporta il rafforzamento o l'indebolimento dei comportamenti. In questo caso, il bambino osservando persone che vengono premiate o riprese decide come comportarsi, nello stesso modo se la persona viene ricompensata (per disinibizione) oppure in modo opposto (per inibizione) se la persona è sanzionata. Infine, l'ultimo tipo di apprendimento avviene per l'effetto della facilitazione comportamentale, per mezzo di cui il bambino tende mettere in atto un comportamento già appreso nel caso in cui avesse avuto un riscontro positivo da parte degli altri.

È importante considerare che il modelling ha risultati efficaci solo a breve termine. L'apprendimento risulta essere migliore, se il bambino/ragazzo ha la possibilità di sperimentare e di imitare i comportamenti osservati mediante il modelling. Ciò dimostra che le altre componenti dell'Apprendimento Strutturato sono fondamentali all'efficacia dell'intervento.

- IL ROLE-PLAYING è la strategia che dà la possibilità di simulare un determinato ruolo o comportamento all'interno di un contesto riabilitativo e di allenamento al fine di generalizzare nella realtà.

Anche in questo caso, il role-playing è una tecnica necessaria ma non sufficiente. È necessario, infatti, inserire un incentivo, una motivazione che spinga il bambino a sperimentare quando "messo in scena".

- IL FEEDBACK INFORMATIVO, ossia la motivazione, l'incentivo sopracitato. Può assumere la forma di suggerimenti costruttivi e migliorativi, di prompt (aiuti diretti) e di rinforzatori sia sociali e materiali sia intrinseci o autorinforzatori (cioè un'autovalutazione positiva).

- LA GENERALIZZAZIONE DEGLI APPRENDIMENTI consiste nella messa in atto di abilità apprese all'interno del contesto di vita reale del bambino/ragazzo.

La generalizzazione e il mantenimento sono facilitati tanto dal contesto, materiale didattico e personale educativo quanto i sistemi di rinforzo. Altro fattore è il sovrapprendimento. Infatti, è stato dimostrato che migliore sarà l'apprendimento iniziale più probabile sarà il processo di generalizzazione. Ed inoltre, il sovrapprendimento riduce il rischio di generalizzazione negativa ossia un'interferenza al processo di apprendimento.

Il programma è composto da 60 abilità sociali, le quali vengono raggruppate in cinque sezioni: abilità di base per la vita sociale; abilità per instaurare o mantenere un rapporto amicale; abilità di gestione delle emozioni; abilità per controllare l'aggressività e abilità per gestire lo stress.

Social Skill Training

Sebbene ci siano molti modi diversi per definire le abilità sociali, in generale, l'SST si concentra sulle regole e sui comportamenti che aiutano gli individui a interagire tra loro.

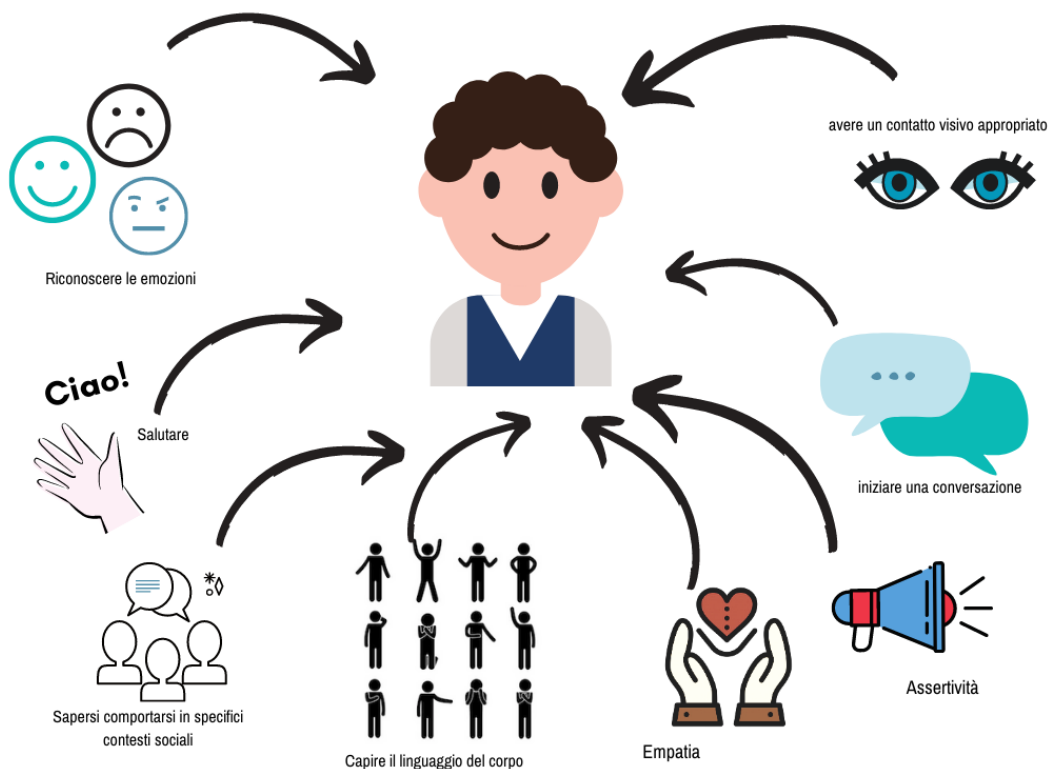


Figura 1 Il SST nell'età evolutiva.

(<https://educational--academy.blogspot.com/2021/06/lavorare-sulle-abilita-sociali-il.html>)

4.4.3 Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)

La terapia razionale emotiva è una teoria e prassi psicoterapeutica ideata da Albert Ellis, psicoterapeuta statunitense di scuola psicoanalitica.

Il principio fondamentale della REBT afferma che la reazione emotiva e il comportamento siano influenzati da come viene considerata la realtà, cioè da come una persona percepisce, interpreta e valuta ciò che gli accade. Infatti l'essenza della REBT è il modello ABC delle emozioni, dove la A corrisponde all'evento attivante, la B il sistema delle credenze e la C le conseguenze emotive e comportamentali. A queste si aggiungono due fasi indicate con D (messa in discussione) e E (gli effetti).

Inoltre, come altri approcci cognitivi-comportamentali, riconosce che le condizioni fisiche, le esperienze personali e i meccanismi di condizionamento influiscano sul comportamento e le emozioni. Questo presuppone che il passato di una persona sia rilevante, ma non di aiuto per affrontare le situazioni difficili. Dunque, la REBT si focalizza sull'apprendimento di strategie utili per affrontare il presente.

Per quanto riguarda l'età evolutiva, la pratica della REBT risulta essere efficace nel benessere emotivo del bambino/adolescente, siccome, avere modalità di pensiero che favoriscano l'accettazione aiuterà ad evitare problemi di bassa autostima e una buona tolleranza alla frustrazione. Ciò ha contribuito ad evidenziare che, la presenza di convinzioni irrazionali nelle fasi dell'apprendimento e della costruzione del processo educativo (tassonomia) siano le cause di problematiche emotive in età evolutiva.

4.3.4 Il CAT-kit

Il CAT-kit è uno strumento di Educazione Cognitivo Affettiva elaborato dal Dr. Tony Attwood, la Dott.ssa Kristen Callessen e la Dott.ssa Annette Moller Nielsen.

Lo scopo principale di questo strumento è di aiutare i bambini e adolescenti che hanno difficoltà nel riconoscere ed esprimere i propri sentimenti, pensieri e azioni durante le conversazioni.

Il CAT-kit è costituito da diversi elementi, i quali vengono concepiti come efficace strumento visivo che aiuti la comunicazione tra il bambino/ragazzo e

il professionista sanitario o i genitori. Questi elementi sono: il CAT-organizer; il misuratore; il corpo; i cerchi delle relazioni, interessi e amicizie; le schede temporali; le dodici categorie dei sentimenti; il semaforo del comportamento; la ruota e la scatola degli attrezzi.

4.3.5 Il Coping Power

Il coping power nasce come intervento cognitivo-comportamentale evidence-based sviluppato per bambini e preadolescenti (dai 7 ai 14 anni) che presentano problemi di impulsività e che hanno diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio e disturbo della condotta.

Il programma consiste in 32 sessioni di psicoterapia di gruppo da svolgersi in un periodo di tempo che va dai 16 ai 18 mesi.

L'obiettivo del coping power è di aiutare e sostenere i bambini/preadolescenti nelle problematiche associate all'impulsività, al non rispetto delle regole e comportamenti aggressivi mediante l'uso di tecniche riabilitative volte alla modulazione della rabbia all'attivazione di modalità assertive. Oltre a ciò, questo intervento è efficace anche nell'incremento di processi cognitivi allo scopo di favorire un adeguato adattamento alle richieste dell'ambiente e alla prevenzione di un Disturbo da Comportamento Dirompente.

È stato ideato un adattamento a questo intervento, il Coping Power Scuola che viene integrato al percorso didattico. Questo programma è composto da due percorsi. Il primo riguarda il potenziamento e l'incremento di strategie per la gestione della rabbia, delle abilità emotive e sociali, le quali si basano su una metodologia esperienziale e attiva mediante tecniche di approccio cognitivo-comportamentale. Mentre, il secondo percorso è costituito da un contratto educativo basato sul sistema della token economy al fine di responsabilizzare i bambini/preadolescenti e renderli maggiormente consapevoli delle proprie difficoltà e delle conseguenze ai propri comportamenti disfunzionali. L'efficacia del Coping Power Scuola dipende dall'interazione dei due percorsi complementari e attuati parallelamente.

4.3.6 Interventi cognitivi

In età evolutiva l'intervento neuropsicologico è volto al potenziamento cognitivo programmato sulla base del profilo cognitivo, emotivo e comportamentale del bambino. Tale per cui, l'intervento riabilitativo è

necessario nel rafforzare le funzioni esecutive, l'attenzione, la working memory, il linguaggio, il ragionamento logico, le abilità di problem solving, le abilità visuo-spaziali e l'area degli apprendimenti. Queste abilità cognitive sono deficitarie nei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, nel Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, nel Disturbo dello Spettro Autistico e anche nella Disabilità Intellettiva.

Il metodo Feuerstein è una tipologia d'intervento riabilitativo al fine di sviluppare il potenziale di apprendimento e rafforzare le abilità cognitive in età evolutiva. Viene applicato, ad esempio, dai Disturbi Specifici dell'apprendimento alla Disabilità Intellettiva o Ritardo Mentale.

Infine, come ultimo intervento in ambito cognitivo, si ha l'intervento Metacognitivo.

La Metacognizione è la capacità di riflettere e comprendere quali siano le modalità di pensiero e ragionamento. Dunque, consiste nella consapevolezza e conoscenza delle proprie risorse e abilità nell'esecuzione dei compiti ed inoltre, nell'individuare i propri limiti e difficoltà.

Nell'apprendimento del bambino, la metacognizione è un'abilità utile tanto quanto difficile da sviluppare. L'acquisizione di queste abilità consente al bambino/ragazzo di acquisire e utilizzare strategie alternative, come il problem solving, il brainstorming, il peer-to-peer (rapporto tra pari) e il role-playing, al posto continuare ad apprendere per prova ad errori.

L'intervento metacognitivo è un programma evidence based per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento e il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività.

CAPITOLO CINQUE

IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (ASD)

“Adesso prova ad immaginare. Vai alla tua macchina e te la prendi per andare dove devi andare. E quando la apri comincia a partire il clacson. E tu dici “cos'è sta roba?!”. La gente comincia a guardarti perché suona. Parti fai per andare avanti e la macchina va indietro. E dici “madonna!”. Poi riesci a partire e vuoi girare a destra con la macchina e invece la macchina va a sinistra. Immagina

che questa macchina sia il tuo corpo. Questi ragazzi sono completamente in una vita dove il corpo non risponde ai comandi della testa. Devi capire che hanno una coscienza tale del loro stato e però, il corpo, il modo di comunicare non è quello che vogliono. Questa macchina è impazzita e fa quello che vuole lei". (di Franco Antonello a Le Iene, puntata del 19/04/2021) ²³

"Per entrare nel deserto di Andrea ho provato tante volte a imitare i suoi gesti: saltare sul posto, sfregare forte le mani con il suo ritmo, correre da un punto all'altro e tornare subito indietro, guardare sbilenco. Ho provato emozioni molto forti e mi sono sempre dovuto fermare perché arrivavano lacrime così grandi che non si possono trattenere.

L'associazione tra deserto e autismo è immediata. La scarsità delle relazioni, l'apparente monotonia. Il silenzio. L'essenzialità. La vita che si fa strada sgomitando, distante dall'esplosione delle foreste, infilata tra la sabbia, dentro le fessure delle rocce, che non disdegna mimetismi, adattamenti estremi, che accetta di perdere parti di sé pur di resistere". (di Fulvio Ervas da "Se ti abbraccio non avere paura"). ²⁴

5.1 I criteri diagnostici secondo il DSM V

A. DEFICIT PERSISTENTI DELLA COMUNICAZIONE SOCIALE E DELL'INTERAZIONE SOCIALE (almeno tre delle seguenti)

- Deficit della reciprocità socio-emotiva, che consiste nella capacità di relazionarsi con gli altri e di condividere pensieri e sentimenti
- Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale
- Deficit dello sviluppo della gestione e delle comprensioni delle relazioni

B. SCHEMI DI COMPORTAMENTO, INTERESSI O ATTIVITÀ RISTRETTI, RIPETITIVI (almeno due delle seguenti)

- Movimenti, uso di oggetti o eloquio stereotipati e ripetitivi
- Aderenza alle routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale o non verbale

²³ Metafora detta da Franco Antonello, per spiegare cosa vuol dire avere l'autismo durante il servizio a Le Iene nella puntata del 19/04/2021. Franco Antonello è padre di Andrea, ragazzo con diagnosi di Disturbo dello spettro autistico a due anni e mezzo.

²⁴ Fulvio Ervas è uno scrittore italiano. Autore del libro "Se ti arrabbio non avere paura", il cui protagonista è Andrea Antonello, ragazzo con autismo. (vedi [nota 22](#))

- Interessi molto limitati, fissi che sono anormali o per intensità o per profondità
- Iper- o ipo-reattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente

C. I sintomi devono essere presenti nella prima infanzia. Tuttavia possono non manifestarsi pienamente prima che le esigenze sociali eccedano le capacità limitate. Possono anche essere mascherati da strategie apprese in età successiva.

D. Le caratteristiche causino compromissione clinicamente significativa dell'attuale funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. Compromissioni non meglio spiegate da disabilità intellettiva o da ritardo globale dello sviluppo. Questo non significa che disabilità intellettiva e Disturbo dello Spettro dell'Autismo non possano coesistere. La comorbidità tra questi due disturbi è infatti frequente. Le due diagnosi possono essere poste contemporaneamente: la comunicazione sociale deve risultare più compromessa di quanto atteso, dato il livello di sviluppo generale.

- Specificare se presente una compromissione del linguaggio e/o disabilità intellettiva
- Specificare se il disturbo è associato a condizione medica (es. epilessia) o genetica nota (es. sindrome di Rett) o a un fattore ambientale
- Specificare se presenti altre condizioni aggiuntive del neurosviluppo, mentali e comportamentali
- Specificare se presente catatonìa

Inoltre, sono elencate alcune caratteristiche con non sono necessarie alla diagnosi, ma frequentemente riscontrabili tra le persone con Disturbo dello Spettro Autistico. Il profilo cognitivo e di abilità sono spesso molto irregolari e i deficit motori sono frequenti. L'autolesionismo, i comportamenti sfidanti,

l'ansia e la depressione si manifestano durante l'arco della vita con una frequenza superiore rispetto a chi non ha il disturbo.

Nel DMS-V vengono introdotti tre livelli di gravità. Sono misurati sulla base della quantità e tipo di supporto necessario. Vengono valutati separatamente nei due ambiti: comunicazione sociale e comportamenti ristretti e ripetitivi.

Da specificare che la stessa persona potrebbe presentare sintomi di gravità diversa a seconda del contesto o del periodo di vita.

- a) Livello 3: necessario un supporto molto significativo
- b) Livello 2: necessario un supporto significativo
- c) Livello 1: necessario un supporto

5.1.1 Eziopatogenesi del disturbo dello spettro autistico

Nonostante non sia ancora stata individuata una causa certa, l'ipotesi più accreditata è di un'origine neurobiologica, in particolar modo genetica come dimostrato dallo studio sui gemelli.²⁵ Un altro studio riporta che l'autismo sia associata altre forme di malattie organiche ed infatti il 30% di bambini con autismo presentano l'insorgenza di un'epilessia durante l'età dello sviluppo.

A testimonianza di ciò, sul piano diagnostico, è diventata prassi effettuare accertamenti neurologici mediante Risonanza Magnetica Cerebrale, Elettroencefalogramma, esami genetici (per verificare se presente sindrome dell'X-fragile) e test Audiometrico per differenziare le forme di Autismo organiche da quelle primarie.

Successivamente anche dal punto di vista neuropsicologico si sono intrapresi studi e ricerca in merito ai deficit delle funzioni sensoriali, percettive ed esecutive per spiegare le caratteristiche neurofunzionali e comportamentali peculiari del Disturbo dello Spettro Autistico.

5.1.2 Modelli di funzionamento

Le principali teorie che hanno cercato di studiare cognitivamente un bambino/adulto con autismo sono:

²⁵ Lo studio genetico effettuato sui gemelli afferma che se un bambino affetto da autismo aveva un gemello omozigote c'erano il 60% di probabilità che anche il gemello ne sia affetto.

- Teoria della mente: rappresenta la capacità di un soggetto di riconoscere il pensiero e/o le emozioni altrui prevedendo un possibile comportamento.

Nel bambino con Autismo la Teoria della mente è deficitaria. Ciò spiegherebbe l'assenza di attenzione condivisa, della comunicazione intenzionale e della capacità di imitare.

- Teoria dei Neuroni a Specchio: sono una rete di neuroni che permettono al soggetto di riprodurre schemi motori, comportamentali e stati emozionali osservati in altri soggetti.

Nel bambino con autismo, l'attività di questi neuroni è scarsa. Da ciò si è sviluppata un'altra ipotesi per comprendere il funzionamento imitativo dell'autismo, la teoria "broken-mirror". Secondo questa ipotesi, il sistema dei neuroni a specchio sarebbe deficitario da cui deriverebbe un'anomala modulazione delle vie necessarie alla comprensione di come comportarsi in un determinato contesto. Perciò è presente una difficoltà sia nel comprendere e nel decidere chi e quando imitare sia nell'interagire con gli altri

- La coerenza centrale: è una funzione deputata all'elaborazione delle informazioni percettive, cogliendo la struttura complessiva di uno stimolo e le relazioni con il contesto.

Nell'autismo la coerenza centrale è debole, diventando difficile integrare tutte le informazioni insieme. Infatti, un bambino con autismo tende a porre la sua attenzione nei dettagli e non nel globale.

- Deficit diffusi nelle funzioni esecutive provoca un deficit a livello cognitivo e sociale.

Tali modelli hanno tentato di interpretare, apprendere e cogliere le sfumature sociali nei rapporti interpersonali.

5.2 La valutazione

La valutazione è finalizzata a raccogliere tutti i dati utili che permettano di avere un inquadramento diagnostico e nosografico completo.

La valutazione prevede incontri sia coi genitori che con il bambino.

Gli incontri coi genitori sono finalizzati alla:

- Conoscenza reciproca
- Raccolta anamnestica familiare e del bambino
- Somministrazione di interviste e questionari standardizzati per l'assessment iniziale
- Definizione del profilo funzionale del bambino

Gli incontri col bambino sono finalizzati per:

- Esame obiettivo, neurologico e psichiatrico
- Individuazione e valutazione del livello cognitivo, adattivo, linguistico e comportamentale
- Individuazione e valutazione dei comportamenti con significato diagnostico

I due Gold Standard per la diagnosi del disturbo di Autismo sono: ADOS II (Autism Diagnostic Observation Schedule II) e ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised, intervista ai genitori).

5.3 Le Linee Guida Nazionali per il trattamento

Le Linee Guida sono documenti che contengono raccomandazioni per la pratica clinica ricavate da dati scientifici secondo la metodologia di ricerca Evidence Based. Le Linee guida 21²⁶ forniscono indicazioni sugli interventi Evidence Based (EB) per l'Autismo, articolando sulla base di prove d'efficacia scientifica le raccomandazioni per la pratica clinica. Tali interventi necessitano tutti di specifici corsi di formazione.

Gli interventi individuati sono:

A. Interventi mediati dai genitori: TMG

Questi programmi sono raccomandati nei bambini e negli adolescenti con disturbi dello spettro autistico perché intervengono sul miglioramento della comunicazione sociale e i comportamenti problema. Inoltre, aiutano i genitori ad interagire coi propri figli promuovendo sia lo sviluppo e

²⁶ Le linee Guida a cui si fa riferimento per l'Autismo sono le Linee Guida 21 pubblicate dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) nel 2011.

l'incremento della soddisfazione dei genitori sia del loro empowerment e benessere emotivo.

- Favorire la comunicazione non verbale: FORNIRE STRATEGIE UTILI PER AIUTARE AD APPRENDERE COME ESPRIMERE E RICONOSCERE DESIDERI, SENTIMENTI ED INTERESSI (Sollecitare i gesti naturali e convenzionali, Enfatizzare le emozioni sul proprio volto)
- Favorire l'attenzione congiunta: CONDIVIDERE INTERESSE CON GLI ALTRI (Insegnare a mostrare e indicare oggetti attraverso un modello positivo)
- Favorire l'imitazione: AIUTARE AD APPRENDERE ATTRAVERSO IL CANALE IMITATIVO ANCHE ATTRAVERSO IL GIOCO PARALLELO (Incoraggiare a imitare suoni, gesti, azioni e parole del bambino)

B. Programmi intensivi comportamentali: ABA e CBT

Il modello ABA è stato il più studiato. Tali studi sostengono la sua efficacia nel miglioramento delle abilità intellettive, nel linguaggio e nei comportamenti adattivi dei bambini.

La Terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è consigliata per il trattamento di comorbidità, quali i disturbi d'ansia, oppure per migliorare la capacità di gestione della rabbia.

Gli interventi comportamentali dovrebbero essere presi in considerazione per ridurre sia la frequenza che la gravità di un comportamento problema promuovendo un atteggiamento adattivo. Un'altra raccomandazione riguarda la possibilità che la disfunzionalità comportamentale sia dovuta a una carenza sottostante di abilità.

C. Programmi psicoeducativi: TEACCH

Tale programma ha mostrato di apportare miglioramenti sulle abilità motorie, sulle performance cognitive, sul funzionamento sociale e comunicativo del bambino.

D. Interventi comunicativi

Le linee guida SIGN²⁷ evidenziano che interventi di supporto visivo alla comunicazione determinano un incremento di imitazione spontanea e dei comportamenti volti alla comunicazione spontanea, sebbene le prove di efficacia siano ancora parziali.

PECS²⁸ è l'intervento di Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) maggiormente sperimentato nei vari studi effettuati.

E. Interventi per la comunicazione sociale e l'interazione

Social Stories, interventi mediati dai coetanei (peer), training in teoria della mente e training in imitazione reciproca/interazione imitativa (interventi basati sull'imitazione) sono efficaci al supporto della reciprocità sociale.

La scelta di quale intervento sia più appropriato deve essere formulata sulla base di una valutazione funzionale e diagnostica.

Secondo il parere degli esperti è consigliabile adattare l'ambiente comunicativa, social e fisico ai bambini/adolescenti con Autismo fornendo supporti visivi, riducendo la difficoltà delle richieste sociali, seguire una routine e minimizzando gli stimoli sensoriali.

F. Interventi farmacologici

- Risperidone: l'utilizzo avviene nel trattamento a breve termine di problemi comportamentali quali irritabilità, ritiro sociale, iperattività e comportamenti stereotipati
- Metilfenidato: può essere preso in considerazione per il trattamento dell'iperattività in bambini o adolescenti fino ai 14 anni con disturbi dello spettro autistico.
- Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI): NON è raccomandato per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini, così come l'utilizzo della secretina o la pratica della chelazione

²⁷ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

²⁸ Picture exchange communication system (PECS)

Inoltre nel 2013 sono state pubblicate le Linee Guida Nice²⁹, le quali hanno indicato alcuni accorgimenti specifici per l'autismo.

Secondo tali indicazioni, la gestione e il supporto per i bambini e adolescenti con disturbo dello spettro autistico deve avvenire nelle seguenti aree:

- La regolazione del processo di cura sia sociale che fisica andando ad eliminare o ridurre l'impatto ambientale negativo
- Coinvolgimento familiare
- Interventi psicosociali
- Comportamenti problema: mediante task analysis si cerca di ridurli poiché tali comportamenti potrebbe essere criteri di esclusione dal contesto scolastico e sociale.
- Interventi riabilitativi sulle life e social skills, in particolar modo sulle autonomie e la gestione della vita quotidiana permettendo poi di lavorare sulle abilità strumentali sviluppate e accedere alla vita sociale
- Comorbidità con aspetti psicopatologici e fisiologici che prevedono l'aggiunta di interventi farmacologici e psicosociali specifici
- La transizione alla vita adulta

5.3.1 considerazioni generali per l'intervento

Il trattamento deve essere evolutivo con un approccio globale sul funzionamento psicosociale del bambino e deve essere pianificato e strutturato da un'equipe multidisciplinare.

L'intervento può essere di due tipologie:

- DIRETTO, rivolto al bambino
È strutturato in quattro fasi: valutazione, pianificazione, trattamento verifica finale.

Prima di iniziare una seduta è bene preparare i materiali e il setting strutturando lo spazio e il tempo. Inoltre è opportuno l'utilizzo di rinforzi intrinseci e seguire la motivazione del bambino. Una volta terminato il trattamento è consigliabile la presa dati per il monitoraggio degli obiettivi.

²⁹ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) e fa capo al Ministero della salute del Regno Unito

- **INDIRETTO**, rivolto ai contesti di vita familiare (Parent Training, Terapia Mediata dai genitori) e scolastica (Teacher Training, consulenze, incontri L104)

5.3.2 I modelli d'intervento privilegiati

- **DENVER MODEL**: è un modello di presa in carico per bambini con diagnosi dello spettro autistico in età prescolare. Si basa sull'approccio evolutivo favorendo l'iniziativa, la motivazione e la partecipazione del bambino.

I punti cardine del trattamento sono due, i quali si basano sulla considerazione che l'abilità imitativa del bambino sia deficitaria a causa del disturbo prassico impedendo la sincronia e coordinazione del corpo dando inizio a difficoltà nell'area dell'intersoggettività.

Il primo obiettivo è l'inserimento nelle relazioni sociali stabilendo lo sviluppo sia dell'imitazione che una comunicazione simbolica e interpersonale. Mentre il secondo riguarda l'insegnamento intensivo per colmare i deficit dell'apprendimento derivanti dall'incapacità di socializzare.

Per raggiungere i due obiettivi si hanno diversi mezzi: l'insegnamento dell'imitazione, lo sviluppo della consapevolezza delle interazioni sociali e della reciprocità, l'insegnamento del potere della comunicazione, l'insegnamento di un sistema di comunicazione simbolica e cercare di rendere il mondo delle interazioni sociali comprensibile.

I tre setting in cui può essere applicato questa tipologia di intervento sono la scuola dell'infanzia con il gruppo dei pari, il contesto quotidiano familiare e in individuale.

Gli ambienti devono essere strutturati e le tecniche utilizzate sono di approccio cognitivo-comportamentale.

- **FLOORTIME** o **DIR**: è una tecnica d'intervento basata sul gioco e sull'interazione fra adulto e bambino, consentendo così di intraprendere un lavoro educativo.

Questo trattamento parte dal presupposto che le difficoltà del bambino con autismo sono dovute ad un'ipersensibilità percettiva e alla difficoltà di

modulare e gestire le stimolazione esterne, determinando un deficit cognitivo, comunicativo e sociale.

- ABA (Applied Behavioral Analysis): è una tecnica pratica per la progettazione dell'intervento fondato sull'osservazione e la registrazione del comportamento.

Questo programma applica il rinforzo e tecniche comportamentali, tra cui lo shaping, chaining, prompt e fading, per incrementare o ridurre comportamenti disfunzionali sviluppando e consolidando nuove strategie.

In base alla scelta di come praticarlo può essere suddiviso in tre tipologie d'intervento. Il "Clinic/home based" che prevede la supervisione dello psicologo, il "school based" attuato in scuole di formazione ABA e, infine, il "Parents managed" in cui i genitori del bambino assume uno psicologo che supervisioni e progetti un intervento educativo nel contesto quotidiano familiare.

Il modello ABA prevede un intervento individuale e graduale intensivo di 40 ore alla settimana. Gli obiettivi iniziali si focalizzano sullo sviluppo di abilità comunicative, imitative e di gioco. Successivamente il bambino viene integrato gradualmente all'interno del contesto interpersonale.

I principi base sono: il modello ABC, il rinforzo positivo e negativo, l'importanza della motivazione, la generalizzazione e il mantenimento, la comunicazione verbale funzionale e l'analisi funzionale dei comportamenti problema.

- TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children): è un programma riabilitativo-educativo mediante l'uso di strategie utilizzate per bambini con diagnosi di autismo e, prevede la presa in carico globale del bambino e della famiglia, la quale può fungere da co-terapeuta

Questo intervento si propone di modificare l'ambiente in funzione delle esigenze individuali, di sviluppare al massimo grado possibile le autonomie del soggetto e di migliorare la qualità di vita del bambino e della famiglia.

I principi chiave del TEACCH sono:

- a) Avere conoscenza e consapevolezza sulle caratteristiche dell'autismo
- b) Migliorare l'adattamento dell'individuo nell'ambiente potenziando le risorse personali e favorendo l'apprendimento di capacità interattive e pratiche
- c) Eseguire un'attenta osservazione e valutazione clinico-comportamentale al fine di elaborare un progetto terapeutico individualizzato cucito su misura del bambino in carico
- d) Adeguare gli interventi al livello di sviluppo, oltre che ai bisogni del bambino e all'ambiente circostante
- e) Utilizzare un'educazione che preveda la strutturazione del tempo (mediante l'utilizzo di agende visive) e dello spazio (suddividendo la stanza per zone-lavoro) in modo da limitare i problemi di orientamento temporale e di organizzazione. Ciò permette di ridurre i comportamenti problema e aumentare il livello di autonomia nella pianificazione e nello svolgimento del compito.
- f) Favorire una stretta collaborazione coi genitori e la scuola

Le tecniche utilizzate sono di approccio cognitivo-comportamentale e si basano sulle caratteristiche e sui punti di forza del bambino.

- TED (Therapie d'Echange et Developpment): consiste in un continuo interscambio tra bambino e terapeuta con l'obiettivo di migliorare la comunicazione e la socializzazione. Inoltre, vengono proposte attività di gioco al bambino per implementare il proprio funzionamento cognitivo.

Può considerarsi una via di mezzo tra un modello comportamentale e uno relazionale. Presenta un'impronta emotivo-affettiva con la quale si interpretano gli atteggiamenti del bambino, e allo stesso tempo si ispira a teorie comportamentali sull'analisi funzionale del comportamento.

Gli obiettivi primari per cui viene utilizzata questa tipologia di trattamento sono: il miglioramento della qualità dei contatti visivi e posturali, l'accettazione delle altre persone, il miglioramento dell'iniziativa comunicativa e sociale, aumentare i tempi di attenzione condivisa e diminuire la frequenza dei comportamenti problema.

Durante questa tipologia di lavoro col bambino, il terapeuta deve tener conto di tre principi importanti: la tranquillità del setting, la disponibilità per la libera acquisizione dell'atteggiamento naturale del bambino e la reciprocità per stimolare il susseguirsi di scambi comunicativi spontanei mediante l'utilizzo del gioco e attività interattive.

CAPITOLO SEI

IL TeRP NELLO SPETTRO AUTISTICO

In merito all'intervento nello Spettro autistico, il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP) opera nelle seguenti aree:

- Area delle reazioni comportamentali
- Area delle autonomie sia personali che sociali
- Area sensoriale poiché il disturbo sensoriale può determinare reazioni sensoriali anomale con la presenza di comportamenti problema
- Area interpersonale

Ciò che più caratterizza il trattamento riabilitativo del TeRP nell'autismo è l'acquisizione di una migliore capacità nelle relazioni e abilità sociali.

Nel 1987 Lorna Wing³⁰, neuropsichiatra, ha identificato tre tipologie di comportamento sociale:

- Ritirato: il bambino si isola molto, ma può agitarsi se avvicinato tanto che solitamente rifiutano ogni forma di contatto fisico o sociale. L'isolamento è più marcato coi coetanei mentre risulta essere meno evidente con i genitori o con persone conosciute
- Passivo: il bambino ha approcci sociali spontanei solamente per ottenere risposta a un proprio bisogno, ma accettano approcci altrui anche con lievi manifestazioni di interazione

³⁰ Lorna Wing (1928-2014) è stata una neuropsichiatra britannica considerata la pioniera nel campo dei Disturbi del Neurosviluppo, in particolar modo negli studi sui Disturbi dello Spettro Autistico. Ha dato un contributo fondamentale alla conoscenza e al trattamento delle persone con autismo e sfatato i più diffusi pregiudizi collegati al comportamento autistico, mettendo profondamente in discussione il concetto di "madre frigorifero". Inoltre, fu lei a coniare il termine "Sindrome di Asperger", come disturbo autistico ad alto funzionamento.

- Attivo ma bizzarro: il bambino stabilisce spontaneamente un approccio sociale ma con modalità bizzarre, ingenua ed egocentriche trattando solo i propri interessi. Gli approcci possono essere persistenti e, a volte, possono essere accompagnati da un contatto fisico con l'altro inappropriato risultando essere sgraditi e stressanti all'interlocutore.

Avere chiaro il comportamento del singolo bambino preso in carico è fondamentale per pianificare il trattamento riabilitativo fissando obiettivi specifici sull'area dell'intersoggettività e abilità sociali utilizzando le modalità d'interazione adeguate.

6.1 L'area dell'intersoggettività

L'intersoggettività è l'insieme di comportamenti sociali ben coordinati di atti motori, percettivi, cognitivi ed emotivi necessari per interagire con un'altra persona. Nello sviluppo infantile tipico l'interazione con l'altro è una capacità spontanea, a differenza nell'Autismo dove si sviluppa con grosse difficoltà.

La letteratura fa una distinzione tra intersoggettività primaria e secondaria.

La primaria si sviluppa tra i 0 e 8 mesi, fase in cui il bambino sperimenta molte situazioni di scambio all'interno del rapporto mamma-bambino.

Le abilità di base necessarie allo sviluppo dell'intersoggettività primaria sono: l'orientamento con la capacità di reagire a un nuovo stimolo, la capacità di attivarsi fisicamente ed emotivamente, l'interesse e l'attenzione per il viso umano, l'alternanza di turni e l'interazione di diverse modalità sensoriali per interagire con l'ambiente.

Mentre quella secondaria, ha inizio dai 9 ai 18 mesi fase in cui il bimbo inizia a spostarsi e cerca di interagire con altre persone, mediante quello appreso nell'intersoggettività primaria.

In questa fase si sviluppano:

- Attenzione congiunta: propedeutica allo sviluppo delle abilità comunicative sia verbali che non verbali. I comportamenti osservabili sono la capacità di alternare lo sguardo, seguire il pointing altrui con lo sguardo, controllare dove l'interlocutore sta guardando, saper utilizzare il pointing e portare all'altra persona qualcosa creando un'interazione

- Imitazione: abilità cardine nello sviluppo sociale, cognitivo e linguistico provando e interiorizzando esperienze ed emozioni. Se manca la motivazione risulta essere carente.
- Emozione congiunta: i comportamenti riscontrabili sono sia ridere insieme in risposta alla stessa circostanza sia rispondere a un comportamento altrui manifestando un'emozione o cogliendo l'emozione dell'altro. L'emozione viene utilizzata come strumento nello scambio sociale.
- Intenzione congiunta: consiste nel riconoscimento del proprio volere che può essere uguale o diverso dall'altro e della propria intenzione a cui il volere dell'altro possa o meno aderire.
- Scambio di turni: nasce nella fase precedente come alternanza di sguardi, sorrisi, suoni e/o movimenti indifferenziati. Abilità che ora s'intreccia con altre modalità sensoriali. Inoltre il turno, assume notevole importanza soprattutto se associato all'utilizzo di un oggetto.

6.1.1 L'intersoggettività nell'Autismo

Nel disturbo dello spettro autistico l'intersoggettività, sia primaria che secondaria, può non comparire o comparire in ritardo. Risulta ancora più difficile a causa di disturbi sensoriali o motori gravi oppure in caso di deficit cognitivo. Il bambino non fa esperienze di né di abilità di base né di abilità sociali superiori poiché non ha una motivazione sociale essendo in difficoltà.

Quindi, si possono riscontrare:

- Deficit nel contatto di sguardo e nella capacità di coordinarlo
- Difficoltà di vivere l'altro come attivatore emotivo

L'espressione emotiva è molto problematica nell'autismo. Alcuni bambini tendono ad avere un'espressione mimica assente e apatica, al contrario, ci sono bambini che invece cambiano espressione ma senza che ci sia un motivo scatenante. Inoltre anche il riconoscimento e la comprensione delle emozioni degli altri sono incerti e complicati.

- Deficit nell'attenzione condivisa

Il bambino affetto da autismo ha sviluppato la capacità d'attenzione, ma se si rivolge ad un'altra persona è per soddisfare un proprio bisogno poiché non è presente il piacere della condivisione.

- Assenza del pointing
- Deficit nella capacità imitativa

Se il bambino è guidato non presenta difficoltà nel compiere lo stesso movimento nonostante non siano motivati nel farlo. La mancanza di piacere fa sì che la capacità imitativa sia approssimativa e avvenga solo su richiesta.

- Mancanza di senso di reciprocità nel gioco, infatti lo sviluppo e il rispetto della turnazione è difficile e spesso correlata alla difficoltà nel rispettare i tempi d'attesa.

- Ritardo nello sviluppo dell'intenzione congiunta

Ciò ha ripercussioni negative nella vita quotidiana del bambino ma anche nella possibilità di insegnargli capacità essenziali per la sopravvivenza, come la percezione del pericolo.

Inoltre, recenti studi sembrano aver trovato una correlazione tra l'oppositività e il disturbo di sviluppo dell'intenzione congiunta assieme all'incapacità di decodificare un messaggio.

Per insegnare, sviluppare e potenziare le abilità intersoggettive, il primo step è entrare in sintonia col bambino osservandolo e seguendo le sue iniziative per capire come fare a stimolarlo, a motivarlo ed a incuriosirlo catturando l'attenzione. Il gioco risulta essere lo strumento più efficiente di interazione e instaurare una relazione. Nonostante ciò è opportuno tener conto che nei bambini affetti da autismo la compromissione della capacità relazionale e immaginativa porta a un deficit nelle abilità di gioco e interessi ristretti e ripetitivi. Tale per cui il professionista deve diventare un compagno di giochi unico e molto divertente, assumendo un ruolo attivo all'interno del gioco. Il bambino deve provare piacere e perché ciò avvenga anche il professionista deve piacevolmente divertirsi.

Le attività condivise sono fondamentali per l'insegnamento in cui la reciprocità sociale ed emotiva è molto importante.



L'interesse del bambino guida l'attività.



L'adulto sottolinea gli aspetti importanti con il linguaggio e le emozioni e guida il bambino nel corso dell'attività.



L'adulto rende le attività interessanti e reciproche aggiungendo l'alternanza dei turni imitando le azioni del bambino, aggiungendo degli effetti interessanti per sostenere l'attenzione e la motivazione del bambino e verso gli oggetti e le azioni



L'adulto inserisce varianti nell'attività per mettere il bambino in una situazione di apprendimento naturale.



L'adulto introduce un lessico target. L'attività è caratterizzata dall'espressione di emozioni positive.



La comunicazione verbale e non verbale del bambino è continuamente stimolata.



Il tema di gioco si co-costruisce attraverso l'attività condivisa.

Figura 2 Lavorare sull'intersoggettività nei disturbi dello spettro autistico. Nell'autismo quest'area è compromessa ma si possono sviluppare e potenziare queste abilità mediante interventi riabilitativi.

(<http://educational-academy.blogspot.com/2019/01/l-intersoggettivita-nellautismo.html>)

6.1.2 Interventi Evidence-Based nell'area dell'intersoggettività

All'interno dell'area dell'intersoggettività sono stati eseguiti degli studi sulla validazione scientifica di alcune tecniche riabilitative per sviluppare e potenziare l'attenzione congiunta, la capacità imitativa e la comunicazione sociale nel bambino con autismo.

Per quanto concerne l'attenzione congiunta sono stati eseguiti due studi in merito all'intervento di gioco simbolico per sviluppare e incrementare tale abilità.

Nel primo studio a opera di Connie Kasari, Stefania Freeman, Tanya Paparella nel 2007 si è voluto esaminare l'efficacia di interventi mirati di attenzione congiunta e gioco simbolico. L'intervento oggetto di studio si è svolto in cinque/sei settimane dove i bambini, divisi in due gruppi, ogni giorno per mezz'ora erano sottoposti a un trattamento sull'attenzione congiunta o sul gioco simbolico. All'inizio e alla fine sono state effettuate valutazioni in merito alle interazioni madre-bambino.

L'esito finale è stato che entrambi i gruppi hanno manifestato un miglioramento significativo. I bambini nell'intervento dell'attenzione congiunta hanno iniziato significativamente più mostra e reattività all'attenzione congiunta sulla valutazione strutturata dell'attenzione congiunta e più attenzione congiunta iniziata dal bambino nell'interazione madre-bambino. I bambini nel gruppo di gioco hanno mostrato tipi più diversi di gioco simbolico nell'interazione con le loro madri e livelli di gioco più elevati sia nella valutazione del gioco che nell'interazione con le loro madri.

Il secondo studio del 2012 è stato opera di Kathy Lawton e Connie Kasari e l'obiettivo era quello di verificare un miglioramento di qualità nell'attenzione congiunta in bambini con autismo in età prescolare.

Ogni giorno per cinque/sei settimane si sono tenute sessioni di trattamento dell'attenzione congiunta e del gioco simbolico. L'obiettivo dell'intervento di attenzione congiunta era aumentare l'inizio dell'attenzione congiunta del bambino durante nuove routine di gioco. Lo scopo dell'intervento di gioco simbolico era di aumentare il livello e la frequenza degli atti di gioco del bambino. Lo scopo del gruppo di controllo era quello di rappresentare il metodo standard di trattamento.

È bene specificare che i tre gruppi di trattamento erano uguali all'ingresso secondo una serie di variabili demografiche oltre alle variabili oggetto di indagine.

I risultati identificati e documentati con l'ESCS³¹ l'attenzione congiunta e i gruppi di gioco simbolici hanno aumentato entrambi i tipi di qualità dell'attenzione congiunta al follow-up a 6 e 12 mesi.

Inoltre, i bambini nei gruppi di attenzione congiunta e di gioco simbolico non solo hanno imparato a produrre specifici comportamenti di attenzione congiunta distinti, ma anche che entrambi i gruppi molto probabilmente hanno compreso il vero scopo comunicativo dei loro comportamenti di attenzione congiunta attraverso episodi motivanti di coinvolgimento sostenuto con un'altra persona e un oggetto.

Altro intervento evidence based è il trattamento riabilitativo mediante il modello Jasper focalizzato sull'implementazione dell'attenzione congiunta, del gioco simbolico e della comunicazione.

La Prof.ssa Kasari e il suo team nel 2011 hanno condotto anche uno dei primi studi che valuta le componenti di un intervento combinato adattivo basato sulla risposta dei partecipanti per migliorare il linguaggio espressivo in un gruppo di bambini con autismo di età scolare minimamente verbali. Hanno testato l'effetto di un trattamento con un device per la comunicazione (SGD).

Lo scopo principale di questo studio era di costruire un intervento adattivo che utilizzava il modello Jasper (JASP) in combinazione con EMT (Enhanced Milieu Teaching) e che variava l'utilizzo combinato di un device (SGD) in bambini di età scolare minimamente verbali. Sono stati considerati tre tipologie d'intervento: uno con combinazione di JASP+EMT e che veniva intensificato; un secondo intervento che iniziava con JASPT+EMT e che viene intensificato con l'utilizzo di SGD e un terzo che iniziava con JASP+EMT+SGD e veniva poi intensificato.

Hanno preso parte allo studio 61 bambini tra i 5 e gli 8 anni, i quali dovevano aver ricevuto diagnosi clinica di autismo tramite il test ADOS, non avere comorbidità con altre malattie, essere minimamente verbali (meno di 20 parole spontanee pronunciate), aver già svolto almeno due anni di intervento e avere un linguaggio ricettivo al di sopra dei 24 mesi.

³¹ Early Social Communication Scale (ESCS), è l'indicatore di background socio-economico e culturale. È importante calcolarlo poiché queste variabili hanno un ruolo importante sui livelli di apprendimento conseguiti fin dai primi anni di vita del bambino. Viene utilizzata spesso come variabile esplicativa dei risultati che si ottengono dai vari studi.

I risultati di questo studio mostrano una superiorità del trattamento integrato Jasper+ EMT con l'aggiunta del generatore del linguaggio SGD.

Si è inoltre visto un netto miglioramento alla settimana 24 dei bambini che avevano iniziato il trattamento ricevendo l'approccio integrato JASP+EMT+ SGD e che intensificavano JASP+EMT+ SGD perché lenti a rispondere. Tra i due interventi adattivi che iniziano con JASP+EMT, l'intervento adattivo che aggiunge il dispositivo che genera linguaggio SDG (JASP+EMT+SGD) tra i bambini che erano lenti a rispondere porta ad un numero maggiore di enunciati TSCU rispetto l'intervento adattivo che intensifica JASP+EMT.

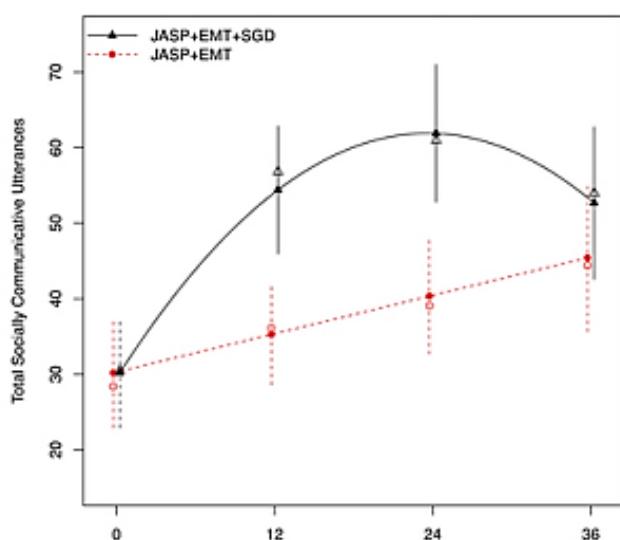


Figura 3 risultati relativi al numero di enunciati sociali comunicativi (TSCU).

Per quanto riguarda l'imitazione è stato condotto uno studio 2012 da Brooke Ingersol, il quale voleva dimostrare come l'imitazione sia importante per un miglioramento del funzionamento sociale nel bambino affetto da Autismo.

Questo studio ha utilizzato uno studio randomizzato controllato per valutare l'effetto dell'intervento *Reciprocal Imitation Training* (RIT), che è stato sviluppato per insegnare la funzione sociale dell'imitazione ai bambini piccoli con autismo mediante strategie comportamentali e di sviluppo in un contesto social-interattivo.

I risultati hanno indicato che RIT è efficace per aumentare l'imitazione spontanea di oggetti e gesti nei bambini piccoli con autismo. Infatti, il gruppo di trattamento ha ottenuto un'evoluzione significativa nell'iniziazione dell'attenzione congiunta al post-trattamento e nel follow-up e nel funzionamento socio-emotivo al follow-up rispetto al gruppo di controllo.

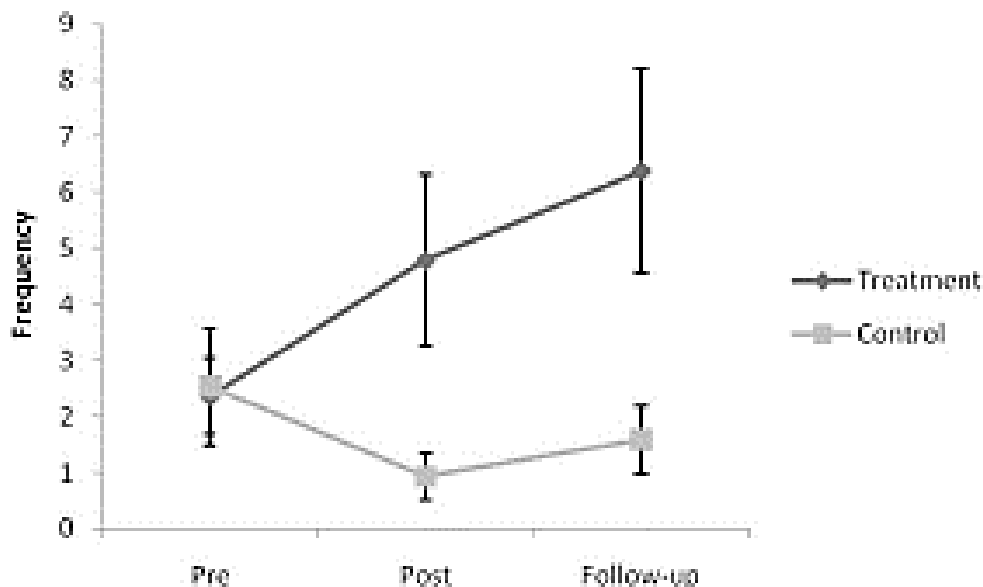


Figura 4 Risultati standardizzati ottenuti attraverso lo studio effettuato

6.2. L'area delle Abilità sociali e le modalità d'intervento

Le abilità sociali sono quelle capacità che permettono alla persona di entrare in relazione con l'altro mediante comportamenti adeguati includendosi all'interno di un gruppo sociale e di adattarsi al contesto ambientale. Inoltre queste abilità, riguardando anche la capacità di capire e conoscere se stessi, le proprie emozioni e i propri stati d'animo attraverso il nesso causa-effetto in una situazione sociale specifica.

Le abilità sociali possono essere:

- Espressive: comprendono gli aspetti verbali, paraverbali e non verbali
- Ricettive: costituite da attenzione e interpretazione, ascolto, alternanza della turnazione in una conversazione e empatia
- Etero-sociali: pulizia, ordine, cortesia e sessualità
- Di vita autonoma: lavoro, casa, uso del denaro, spostamento mezzi di trasporto.

Tutte queste competenze sociali sono poi fortemente associate alle competenze emotive (capacità di gestire le relazioni interpersonali) e metacognitive (comprendere e gestire i processi mentali).

Le abilità sociali nei bambini sono essenziali essendo alla base delle interazioni sociali. Infatti, si è dimostrato, che le relazioni tendono ad essere più durature e migliori quando si sono apprese e consolidato le abilità sociali.

Le più importanti da insegnare quando si è piccoli per diventare un adulto ben integrato all'interno della comunità sono: la condivisione, l'ascolto, la cooperazione, la pazienza che permette di avere tenacia e determinazione nel raggiungimento degli obiettivi, e poi l'empatia.



Figura 5 Le abilità sociali nei bambini. Abbraccio, empatia, assertività, autocontrollo, risoluzione di conflitti e comunicazione. (<https://webdelmaestrocmf.com/portal/habilidades-sociales-basicas-en-los-ninos/>).

Come afferma Albert Bandura³² *“i bambini sviluppano la maggior parte dei loro apprendimenti tramite l’osservazione, l’imitazione e la continua interazione”*.

Una delle strategie più efficaci per insegnare le abilità sociali ai bambini è creare un linguaggio sociale sin da tappe precoci. Infatti già a 2 anni, che un bambino normo tipico, inizia a reclamare la propria autonomia, a definire il suo carattere e a essere molto più ricettivo verso quello che succede attorno.

Inoltre è fondamentale aiutare il bambino a creare un’immagine positiva di sé, favorire un atteggiamento assertivo che sia utile anche nella risoluzione dei conflitti ed infine aiutarlo nella condivisione e godere delle relazioni sociali.

Per validare l’importanza dell’adulto nello sviluppo delle abilità sociali è stato eseguito uno studio nel 2018 dall’università di Lund (in Svezia). Tale ricerca è stata opera della psicologa dello sviluppo Elia Psouni. I bambini partecipanti avevano dai 33 ai 58 mesi e lo strumento utilizzato è stata una storia illustrata, in cui i piccoli dovevano trovare un finale. La risposta di molti bambini è stata influenzata dalla presenza dell’adulto prevedendo correttamente la scelta finale del protagonista della storia. Dunque, lo studio ha dimostrato che l’interazione e l’apprendimento mediato con l’adulto favorirebbe la comparsa di abilità sociali nei bambini più piccoli.

Per quanto riguarda il disturbo dello spettro autistico, i bambini, che ne soffrono, hanno difficoltà nell’approccio coi pari e nel gioco sociale riportando numerosi fallimenti che li portano ad isolarsi ulteriormente. Questo avviene perché sono presenti il deficit nell’attenzione condivisa, nel riconoscimento delle espressioni emotive altrui e nell’adeguare il proprio comportamento al contesto. Ciò comporta ad avere difficoltà nell’assumere punti di vista diversi dal proprio, nel leggere le emozioni degli altri, oppure nella capacità di decifrare i segnali non verbali nelle interazioni sociali, come le espressioni del

³² A. Bandura (1925-2021) è stato uno psicologo statunitense noto per la sua teoria sull’apprendimento sociale e per il concetto di autoefficacia. L’apprendimento, dunque, per Bandura si basava sull’imitazione, resa possibile grazie al rinforzo vicario, ricompense o punizioni, hanno i medesimi effetti. Inoltre Bandura coniò il termine modellamento come modalità di apprendimento che si realizza nel momento in cui il comportamento di una persona diventa modello per il bambino. Infatti i bambini apprendono mediante l’imitazione e l’osservazione di un determinato comportamento.
(<https://www.stateofmind.it/bibliography/bandura-albert/>).

volto, l'intonazione della voce e i gesti. Tale per cui è fondamentale lavorare per sviluppare e potenziare le abilità sociali.

Le difficoltà nell'interazione sociale influiscono nella quotidianità nel:

- Avviare o tenere una conversazione.
- Comprendere gli spunti di comunicazione non verbale, compresi il linguaggio del corpo e le espressioni facciali che contestualizzano ciò che viene detto.
- Fare e mantenere il contatto visivo.
- Parlare di qualcosa che esula dal loro interesse.
- Comprendere linguaggi non letteralmente come sarcasmo, idiomi e metafore.
- Capire quando le persone usano il linguaggio per nascondere i loro sentimenti o parole in un modo che non chiarisce il loro significato.
- Vedere cose che altre persone potrebbero non notare, ad es. dettagli minuziosi come sentire ogni foglia fruscio nel vento, o fare connessioni che altri non fanno.
- Accettare il tocco, quindi possono trovare grandi gruppi e folle che si confrontano con la stretta di mano o grandi gruppi e folle.
- Filtrare le informazioni meno importanti.
- Vedere altri punti di vista.
- Modificare le interazioni in base ai contesti ambientali o sociali, ad esempio cambiando il comportamento nell'interazione con i nonni, rispetto ai coetanei o ai colleghi di lavoro.

Esistono delle strategie efficaci per sviluppare apprendere tali abilità sociali:

- Gruppi strutturati di competenze sociali, come l'intervento del Social Skills Training che deve essere adattato alle competenze e risorse dei bambini presenti
- Storie sociali: Le narrazioni sociali sono narrazioni che descrivono in dettaglio le situazioni sociali, evidenziando gli spunti rilevanti e offrendo esempi di risposte appropriate. Le narrazioni sociali sono individualizzate in base alle esigenze dell'individuo e in genere sono piuttosto brevi, magari includendo immagini o altri ausili visivi.

Le narrazioni sociali possono aiutare le persone con autismo a sviluppare una maggiore comprensione sociale, a rimanere al sicuro e a migliorare le loro capacità di interazione sociale.

- Conversazioni a fumetti: consistono in rappresentazioni visive che aiutano a capire come si sente la persona, quali potrebbero essere le intenzioni e cosa è stato detto durante la conversazione. Questa strategia molto visiva scompone le interazioni in modo concreto e visivo in modo che gli aspetti più astratti dell'interazione sociale siano più facilmente comprensibili per le persone con autismo.
- Supporti visivi: comprendono schede illustrate, schede tattili, foto, brevi video, schede colorate o adesivi, scale e disegni a linee.
- Modelling integrato con la capacità imitativa del bambino con autismo

6.2.1 Interventi Evidence-Based nell'area delle Abilità Sociali

I due interventi riabilitativi efficaci nell'area delle Abilità sociali sono il metodo SAS e il sistema della Cognitive Picture Rehearsal (CPR).

Il metodo SAS (sviluppare Abilità Sociali) è stato ideato dalla psicologa svedese Emmanuelle Rossini costruita sull'interazione dei bambini con pupazzi animati dal terapeuta. Questa metodologia è basata sulla teoria dei neuroni a specchio, che spiega il meccanismo della simulazione e la capacità di porsi in relazione con gli altri. Quando si osserva una persona provare una certa emozione si attivano, nel cervello, gli stessi neuroni che entrano in gioco quando si sente la stessa emozione.

Il metodo SAS consiste in attività in piccoli gruppi, in contesti simili alla vita quotidiana. Grazie al gioco con le marionette, alle quali si può cambiare l'espressione del volto, i bambini hanno la possibilità di simulare situazioni molto diverse e di cogliere le analogie con la realtà migliorando la comprensione. Nell'autismo non basta insegnare il comportamento più adeguato in base alla situazione, ma il vero obiettivo è aiutarlo a migliorare la sua consapevolezza, capire le sue emozioni, migliorare il livello di empatia con l'altro.

Il metodo SAS si divide in quattro tappe:

- a) Imitazione: il bambino impara a riconoscere le emozioni semplificate attraverso l'uso delle marionette.

- b) Empatia: tappa divisa a sua volta in altre due fasi, la prima è in relazione all'emozione percepita in un evento esterno, mentre nella seconda si entra in relazione con un terzo elemento (la marionetta) con la conseguente reazione emotiva.
- c) Mentalismo: si basa su tre concetti importanti la percezione, il controllo emotivo e la risoluzione dei problemi. Nella prima parte vengono insegnati i tre principi separatamente, poi vengono recitate delle storie ed infine si cerca di riportare i tre assunti nella vita quotidiana del bambino mediante storie sociali, le quali saranno riportate dai genitori o insegnanti nei quaderni sociali.
- d) Situazioni complesse dove il bambino dovrà mettere in pratica le capacità acquisite.

Le prime tre tappe si basano sulla teoria della simulazione incarnata. Tale teoria è stata ideata da Vittorio Gallese, uno dei primi ricercatori sulla teoria dei neuroni a specchio. Consiste in un meccanismo funzionale del cervello che ci consente di comprendere il senso del comportamento motorio altrui riutilizzando gli stessi stati o processi mentali.

Il secondo intervento è il sistema della Cognitive Picture Rehearsal (CPR), una procedura che permette ai bambini con autismo di trovare delle strategie in grado di venire incontro ai loro problemi di comportamento adattivo.

Quindi, consiste in una strategia d'insegnamento basata sulla ripetizione sistematica di una sequenza di comportamenti attraverso l'impiego di sequenze visive, che si basano sul principio del rinforzo positivo aumentando la probabilità che quel comportamento venga ripetuto. L'impiego di tali supporti sfrutta i punti di forza dei bambini con autismo.

L'obiettivo nel lungo termine è di far apprendere al bambino un'abilità, insegnargli a riconoscere quali sono le situazioni in cui deve utilizzarla rendendolo consapevole e indipendente nell' utilizzo. Dunque si mira all'autocontrollo e all'acquisizione di nuove abilità sociali.

Per fare ciò vengono realizzate delle scenette che individuano il comportamento obiettivo, gli antecedenti i rinforzi. Perché il bambino sviluppi una certa familiarità con comportamento designato le scenette devono essere ripetute spesso fin tanto che non riesca a prevedere quello che accadrà e si

senta a suo agio. Per capire ciò si deve osservare il bambino poiché quando inizierà ad anticipare le parole che sta per dire l'operatore, o inizia a manifestare risposte fisiche, come sorridere, oppure manifestare felicità quando immagina il rinforzo che consegue significa che ha appreso il comportamento.

PARTE III: Dalla teoria alla pratica.

Premesse iniziali.

CAPITOLO SETTE

ASSOCIAZIONE "LA NOSTRA FAMIGLIA"

La Mission della "Nostra Famiglia" è la cura, la riabilitazione e l'educazione di persone con disabilità fisiche, neuropsicologiche e psichiatriche in età evolutiva. La finalità consiste nel promuovere la crescita umana e spirituale delle persone mediante inclusione sociale permettendo un miglioramento della qualità della vita.

Attualmente è un'associazione presente in sei regioni italiane ed inoltre collabora con l'Organismo di Volontariato per la Cooperazione Internazionale OVCI in cinque Paesi del mondo.

La sede a Vicenza è presente dal 1975 ed è per molte famiglie, molte scuole e molti bambini e ragazzi con patologie neuromotorie e neuropsicologiche un'opportunità terapeutica riabilitativa.

Le patologie trattate comprendono tutta la sfera riguardante le difficoltà motorie e neuromotorie causate da paralisi cerebrali infantili, ritardi motori e neuromotori, esiti di neoplasie del Sistema Nervoso Centrale e patologie

legate all'apparato locomotore ortopediche e ostetriche. Inoltre vengono trattati anche i disturbi neurosensoriali e le difficoltà correlate alla disabilità. In merito all'ambito psicologico e psichiatrico le patologie trattate riguardano la disabilità intellettiva, disturbi dell'apprendimento, disturbi del comportamento e della relazione e, infine, psicopatologie.

Il Presidio fornisce la visita specialistica iniziale e una serie di valutazioni funzionali necessarie per l'accertamento diagnostico. Il percorso riabilitativo consta di trattamenti ed eventuali prestazioni collaterali, quali la consulenza alla scuola, il sostegno psicoeducativo alla famiglia o al lavoro di rete con le altre strutture del territorio. Ogni progetto riabilitativo è monitorato dall'equipe multidisciplinare e multiprofessionale attraverso riunioni di sintesi, supervisioni da parte dei terapeuti e orientamento alle famiglie e alle scuole.

L'Equipe diagnostica è composta da medici neuropsichiatri, psicologi e psicoterapeuti e l'assistente sociale.

L'Equipe riabilitativa comprende fisioterapisti, logopedisti, neuropsicomotricisti, psicologi-psicoterapeuti, terapeuti occupazionali ed educatori professionali.

Inoltre è presente all'interno della struttura un'infermiera e un'assistente per l'infanzia/OSS per quanto concerne la presa in carico a ciclo diurno.

Difatti, la presa in carico degli utenti e dei rispettivi contesti ambientali in cui vivono può essere di quattro tipologie. Si hanno il trattamento ambulatoriale e a ciclo diurno, ma anche di tipo domiciliare ed extra domiciliare (rivolto a pazienti giovani-adulti affetti da patologie esiti di paralisi cerebrali infantili o altre disabilità neuromotorie).

Gli Interventi Riabilitativi proposti sono:

- FISIOTERAPIA
- NEUROPSICOMOTRICITÀ: trattamento delle difficoltà evolutive correlate alla motricità, alla relazione, alla comunicazione e all'apprendimento. Gli obiettivi sono di sviluppare le potenzialità globali del bambino oltre che migliorare la relazione, gli apprendimenti e la socializzazione favorendo l'acquisizione e adeguamento alle regole sociali. Inoltre viene facilitato il passaggio dal gioco motorio alla rappresentazione mentale, simbolismo.

- LOGOPEDIA: trattamento per disturbi dell'età evolutiva che riguardano difficoltà di comunicazione ricettiva e/o espressiva, disturbi foniatrici e disturbi dell'apprendimento specifici o secondari legati al calcolo, alla scrittura e alla lettura.
- TERAPIA OCCUPAZIONALE
- RIEDUCAZIONE NEUROPSICOLOGICA
- RIEDUCAZIONE NEUROVISIVA
- INTERVENTO PSICOEDUCATIVO: L'intervento è rivolto a bambini e ragazzi con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico e disturbi del comportamento sia secondari a ritardi psichici medio-lievi che caratteristici per quei disturbi dell'età evolutiva come Disturbo da Deficit di attenzione e iperattività (ADHD), Disturbo della Condotta, Disturbo Oppositivo-Provocatorio e Disturbi che interessano anche l'area affettiva-relazionale. L'approccio utilizzato è di tipo cognitivo-comportamentale e si basa sulle Linee Guida Nazionali in accordo con percorsi di diagnosi e cura.
- PSICOLOGIA/PSICOTERAPIA: sostegno e aiuto al bambino e al ragazzo, oltre che alla famiglia, per ottenere il raggiungimento del miglior equilibrio affettivo-relazionale e un maggior adattamento familiare e ambientale. Inoltre vengono offerti anche interventi di counseling per i genitori, parent training individuale o di gruppo, come dalle Linee Guida Nazionali, oltre che fornire indicazioni anche nel mondo scolastico in cui è inserito l'utente.
- IDROCHINESITERAPIA

Il Presidio è abilitato ad effettuare interventi riabilitativi a totale carico del Servizio Sanitario Regionale ed è autorizzato a funzionare in base alle vigenti leggi sanitarie.

Per accedere al Presidio è necessario che il genitore o il caregiver del bambino o del ragazzo prenoti una prima visita specialistica neuropsichiatrica e/o fisiatrica. Verrà poi comunicato l'appuntamento che può effettuarsi attraverso canale convenzionato o in regime di solvenza.

La visita specialistica risulta essere fondamentale per lo sviluppo di un'ipotesi diagnostica. La visita può concludersi col fornire indicazioni specialistiche e specifiche del caso oppure può avvenire la presa in carico dell'utente. In tal

ultimo caso il medico specialista redige il Piano Terapeutico Individualizzato che deve essere autorizzato dal medico pediatra o di medicina generale. Nel percorso riabilitativo, inoltre, sono previsti momenti di assesment per il monitoraggio dell'evoluzione dello stato di salute dell'utente per poi arrivare all'assessment finale, mediante momento di sintesi dove verrà rivalutato il Progetto Terapeutico.

CAPITOLO OTTO

STRUMENTI DIAGNOSTICI

- PEP-3 (Psyco Educational Profile): consiste in una scala di valutazione che permette di ricavare indicazioni del profilo di sviluppo e pianificare un programma di intervento specifico basato sulle abilità emergenti. La PEP-3 è composta da due componenti la parte dedicata ai genitori e la sezione dedicata al bambino.

I questionari per i genitori ha lo scopo di raccogliere informazioni riguardanti il livello di sviluppo e i comportamenti problema del figlio.

Mentre la sezione dedicata al bambino si suddivide in 10 subtest.

- Subtest 1 (34 item): cognitivo verbale/paraverbale si focalizza sugli aspetti cognitivi e sulla memoria verbale.
- Subtest 2 (25 item): linguaggio espressivo, misura la capacità del bambino di esprimersi sia parlando che gestualmente
- Subtest 3 (19 item): linguaggio ricettivo, che consiste nella comprensione del linguaggio parlato eseguendo ciò che viene chiesto dall'esaminatore
- Subtest 4 (20 item): motricità fine. Valuta il livello di coordinazione di diverse parti del corpo
- Subtest 5 (15 item): motricità globale. Valuta l'abilità di controllare le parti del corpo
- Subtest 6 (10 item): imitazione visuo-motoria. Valuta la capacità di imitare sia compiti visivi che motori.
- Subtest 7 (11 item) espressione emotiva, consiste nel misurare l'abilità del bambino nel manifestare risposte emotive adeguate

- Subtest 8 (12 item): reciprocità sociale, viene osservato il livello delle interazioni sociali tra il bambino e gli altri
- Subtest 9 (15 item): comportamenti motori caratteristici, che sono i comportamenti tattili e sensoriali (come le stereotipie, oscillare, manierismi, camminare sulle punte)
- Subtest 10 (11 item): comportamenti verbali caratteristici in cui si misura la capacità del bambino di parlare in modo appropriato con minime ripetizioni e minima presenza di suoni senza significato (come ecolalie immediate e differite)

È applicabile dai 6 mesi ai 7 anni per bambini con autismo e disturbi pervasi dello sviluppo, per la somministrazione sono necessari dai 45-90 minuti.

- ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule): è lo strumento più diffuso ed utilizzato nella pratica clinica-diagnostica ed è complementare all'intervista per i genitori ADI-R, la quale ha lo scopo di rilevare attraverso domanda i comportamenti appartenenti alla triade sintomatologica e al tipo di gioco.

L'ADOS è basata sull'osservazione diretta e standardizzata del bambino ed è strutturata in moduli che esplorano il comportamento sociale in contesti comunicativi naturali del bambino.

È adatto per la diagnosi favorendo i criteri del DSM e ICD. La somministrazione può essere eseguita dai 2 anni e richiede un tempo 30-45 minuti.

- CARS: è una scala di valutazione del comportamento autistico raccogliendo informazioni nei vari contesti. La scala può essere utilizzata da 2 anni di età e richiede circa mezz'ora per la somministrazione.

Le aree di sviluppo indagate sono 15: relazioni interpersonali, imitazione, affettività, utilizzo del corpo, gioco ed utilizzo dell'oggetto, livello di adattamento, responsività agli stimoli visivi e agli stimoli uditivi, modalità sensoriali, reazioni d'ansia, comunicazione verbale, comunicazione extra-verbale, livello di attività, funzionamento cognitivo, impressioni generali dell'esaminatore.

A ciascun'area viene assegnato un punteggio da 1 a 4.

1= nella norma

2=lievemente anormale

3=moderatamente anormale

4=gravemente anormale per l'età

- SCQ (Social Communication Questionare): è uno strumento di screening formato da 40 item. Mette in evidenza la sintomatologia associata ai disturbi dello spettro autistico. Può essere somministrato a qualsiasi età a partire dai 4 anni.

Esistono due versioni, la forma *Arco di vita* che si riferisce all'intera storia di sviluppo, e una seconda *ultimi tre mesi* che fa riferimento al comportamento attuale del bambino fornendo la comprensione delle esperienze di vita giornaliera e per la valutazione del trattamento e dei progetti educativi.

Tale questionario è compilato dalla figura primaria che si prende cura del bambino e conosce meglio sia la storia di sviluppo sia il comportamento attuale. È importante che tali informazioni siano poi verificate all'osservazione clinica diretta da parte dell'operatore.

Lo strumento ha tre usi principali. Il primo è in riferimento all'applicazione clinica, il secondo come strumento di confronto dei livelli complessivi della sintomatologia all'interno di un gruppo base. L'ultimo uso serve per ricavare il livello di gravità del disturbo e quindi pianificare un intervento terapeutico riabilitativo adeguato. Nonostante ciò è bene sottolineare che la scala SCQ non è adatta a fornire descrizioni dettagliate di modalità comportamentale individuale.

- SRS (Social Responsiveness Scale): è uno strumento che misura il continuum della gravità dei sintomi nell'autismo, ed è stato utilizzato più frequentemente in una fascia d'età compresa tra i 4 e i 18 anni.

È costituito da 65 item che si suddividono in 5 aree: consapevolezza sociale, cognizione sociale, comunicazione sociale, motivazione sociale e manierismi autistici.

Come dimostrato da recenti studi, le proprietà psicometriche dell'SRS hanno un'affidabilità e una validità efficienti per misurare i sintomi dell'autismo e una buona sensibilità ai fini di screening.

8.1 Approfondimenti valutativi per il livello cognitivo

- GMDS-III (Griffith's Mental Development Scale III): è uno strumento per individuare il quoziente di sviluppo nella prima infanzia.

È uno strumento di screening indicato nel primo livello di valutazione dello sviluppo globale che permette di individuare un quoziente di sviluppo.

Si sviluppa in cinque scale: fondamenti dell'apprendimento (A), linguaggio e comprensione (B), coordinazione occhio-mano (C), personale, sociale, emotivo (D) e il grosso motorio (E). La quarta scala (D) ambisce ad una valutazione non solo del comportamento adattivo ma anche della capacità di leggere le espressioni emotive, l'empatia, la teoria della mente, consapevolezza del sé, la capacità di giudizio ed di moralità.

- LEITER-3: è uno strumento completamente non verbale per la valutazione delle abilità cognitive a partire dai 3 anni fino ai 75. È particolarmente adatta per utenti con disturbo delle comunicazione, autismo, ritardo cognitivo, disturbi dell'apprendimento, disturbo dell'udito, ADHD, deficit motori e per chi non sa parlare l'italiano.

Lo scopo è di valutare le abilità intellettive di bambini, adolescenti ed adulti.

I subtest della batteria cognitiva presenti sono:

- Figura sfondo: consiste nell'identificare le figure all'interno di uno stimolo
- Completamento di forme: riconoscere un oggetto dall'insieme delle sue parti disposte in modo casuale
- Classificazione/ analogie:
- Ordine sequenziale: progressioni logiche

Questi primi cinque item permettono di valutare il ragionamento, la visualizzazione e il problem solving.

→ Pattern visivi: discriminazione e abbinamento di stimoli visivi e nella combinazione di stimoli figurati che vengono ripetuti

È l'unico subtest facoltativo. Può essere somministrato se non si accede ad un item o se l'esaminatore vuole possedere informazioni aggiuntive.

I subtest che compongono la batteria di attenzione e memoria sono:

→ Attenzione sostenuta: svolgimento di compiti relativi al barrage

→ Memoria in avanti: viene valutata l'abilità di ricordare delle sequenze di oggetti che l'esaminatore mostra in successione

→ Attenzione divisa: il bambino dovrà collocare dei cerchi di spugna all'interno di un contenitore dello stesso colore, e contemporaneamente battere la mano sul tavolo solo quando sui cartoncini è raffigurato un triangolo rosso.

→ Memoria indietro: valutata l'abilità di ricordare una sequenza di oggetti in ordine inverso da come mostrato dall'esaminatore

→ Stroop non verbale

Questa batteria può essere aggiunta o somministrata separatamente per ottenere una misura non verbale per i deficit cognitivi nella valutazione diagnostica e/o neuropsicologica

- WISC IV (Wechsler Intelligence Scale for Children): è lo strumento utilizzato per la misurazione di IQ in bambini di età compresa fra i 6 e i 16 anni. (Wippsi per bambini fino ai 5 anni, Wais per gli adulti). Può essere condotto solamente da un professionista formato, solitamente è la figura dello psicologo.

Il test permette di valutare cinque aspetti clinici dell'intelligenza, ognuna ha due prove specifiche.

→ La comprensione verbale: riflette la capacità del bambino di ragionare verbalmente, le prove che valutano questa abilità sono la somiglianza e quella del vocabolario.

→ L'indice visuo-spaziale: riflette la capacità di capire i dettagli visivi e metterli in relazione per risolvere le prove del puzzle o cubi.

→ Il ragionamento fluido: indica la capacità di individuare delle relazioni fra oggetti visivi mediante le prove delle matrici e delle bilance.

- Memoria di lavoro: indica la capacità di memorizzare e manipolare le informazioni ascoltate o viste, le prove utilizzate per tale aspetto sono i numeri e i disegni.
- La velocità di elaborazione: consiste nella capacità di prendere decisioni ragionate mediante le prove delle chiavi e della ricerca di simboli.

Le diverse prove vengono poi a loro volta suddivise nella modalità di risposta, essendo che possono essere di tre categorie, manuali, logiche o di scrittura.

Il punteggio che viene calcolato alla fine della somministrazione deve poi essere confrontato con la media standard dell'età del bambino.

8.2 approfondimenti per il livello adattivo

- ABAS II (Adaptive Behavior System II): è una scala di valutazione che fornisce una valutazione globale e normativa del comportamento adattivo per soggetti dai 0 ai 89 anni. Tali comportamenti indagati misurano le abilità di vita quotidiana.

È strutturato in cinque questionari che devono essere compilati dal soggetto stesso o dalle figure di riferimento (genitori, famigliari, insegnanti).

Lo strumento indaga dieci aree adattive che si raggruppano in tre domini principali: concettuale (comunicazione, competenze prescolari o scolastiche, autocontrollo), sociale (gioco, tempo libero, socializzazione), pratico (cura del sé', vita a casa o a scuola, uso dell'ambiente, salute e sicurezza, lavoro).

Le caratteristiche chiave sono la valutazione completa delle competenze di adattamento durante la vita, avere la possibilità di più informazioni utili alla valutazione, la quale avviene all'interno di più contesti, come casa, scuola, lavoro o centri sociali.

L'ABAS II è utile per tre motivi. Il primo è riguardo la diagnosi e alla classificazione delle disabilità e disturbi misurando la loro incidenza nella capacità di condurre una vita autonoma. Il secondo scopo è la misurazione delle aree adattive in contesti di vita diversi per ottenere un

quadro completo delle competenze funzionali dell'utente. Ed infine, l'ultimo motivo per cui viene usato tale strumento è lo sviluppo di piani di trattamento documentando e monitorando i progressi nel tempo.

- VABS (Vineland Adaptive Behavior Scales): si tratta di un'intervista semi-strutturata ritenuta la migliore scala psicometrica che valuta il livello adattivo del bambino. Il Comportamento Adattivo (CA) indagato riguarda tutte le attività quotidiane compiute per essere autonomo e svolgere in modo adeguato i compiti del proprio ruolo sociale soddisfacendo le aspettative del contesto ambientale.

La scala è organizzata in 4 item: comunicazione (linguaggio recettivo ed espressivo, lettura/scrittura), socializzazione (relazioni interpersonali, gioco e tempo libero, regole sociali), abilità della vita quotidiana (abilità personali, domestiche e di comunità), abilità motorie (fini e grosso motorie).

È somministrata da un operatore formato applicabile dai 0 ai 18 anni.

8.3 Approfondimenti valutativi per il livello comportamentale e psicopatologico

- K-SADS-PL: è un'intervista diagnostica per l'identificazione della diagnosi primaria e per l'identificazione della diagnosi in comorbidità e utile per la comprensione e l'evoluzione del disturbo psicopatologico riscontrato in età precoce, secondo i criteri del DSM-5.

Nella nuova versione, pubblicata nel 2016, è importante sottolineare che sono stati riconosciuti e introdotti due disturbi del Neurosviluppo, il disturbo dello spettro autistico e il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente.

Viene somministrata da psicologi o neuropsichiatri infantili sia ai ragazzi che ai loro genitori consentendo di ottenere informazioni da più fonti possibili.

Depressione Maggiore	Disturbo di Panico	Enuresi
Depressione persistente	Agorafobia	Encopresi
Mania	Disturbo d'ansia di separazione	Anoressia nervosa
Ipomania	Fobia semplice	Bulimia
Disturbo ciclotimico	Disturbo d'Ansia Sociale	Disturbo da Binge-Eating
Disturbi bipolari	Mutismo selettivo	Disturbo transitorio da tic
Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente	Disturbo d'Ansia Generalizzato	Disturbo di Tourette
Disturbi schizoaffettivi	Disturbo Ossessivo Compulsivo	Disturbo cronico da tic motori o vocali
Schizofrenia	Disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività	Disturbo da uso di alcool
Disturbo schizofreniforme	Disturbo della condotta	Disturbo da uso di sostanze
Disturbo psicotico breve	Disturbo oppositivo provocatorio	Disturbi dell'adattamento
Disturbo da Stress Post Traumatico	Disturbo dello spettro dell'autismo	

Figura 6 Diagnosi prese in esame dallo strumento K-SADS-PL DSM-5

Se utilizzata all'interno di una valutazione psichiatrica e psicodiagnostica completa e articolata, la K-SADS-PL si dimostra uno strumento fondamentale poiché permette di effettuare un corretto bilancio prognostico, indispensabile per programmare un adeguato intervento terapeutico.

- CBCL (Child Behavior Checklist): è un questionario compilato o dai genitori o dalle insegnanti che valuta le competenze sociali e i problemi emotivo-comportamentali. Può essere di due versioni una dai 0-5 anni e una dai 6 ai 18 anni.

Il questionario è diviso in due parti. La prima raccoglie informazioni su varie aree del funzionamento personale e sociale mediante domande. Mentre la seconda parte è composta da 113 item sotto forma di affermazioni relative ai comportamenti e a problemi emozionali.

La CBCL è strutturata in otto scale sindromiche: ansia/depressione, ritiro/depressione, lamentele somatiche, problemi sociali, problemi di pensiero, problemi di attenzione, comportamento trasgressivo rispetto alle regole, comportamento aggressivo. Tali scale a loro volta vengono suddivise in altre due dimensioni generali, internalizzazione ed esternalizzazione.

- PSI-4 (Parenting Stress Index-IV): è uno strumento psicodiagnostico e di screening atto a produrre una misura di stress nel sistema genitore-bambino. Inoltre individua gli interventi mirati alla riduzione dello stress poiché è stato dimostrato che diminuire l'indice di stress porta a ridurre la frequenza e l'intensità dei comportamenti problema dei bambini.

Lo sviluppo del PSI si basa su quattro assunti principali dai quali sono stati riconosciuti tre domini principali: le caratteristiche del bambino, le caratteristiche del genitore e i fattori stressanti situazionali-demografici. I tipi di fattori stressanti possono essere eventi di vita oggettivamente negativi, il giudizio del genitore in merito al livello di gravità del figlio e il sentimento del genitore nel sentirsi intrappolato e inadeguato nell'affrontare le difficoltà causate del disturbo dello spettro autistico.

Anche in questo caso esistono due versioni del questionario, quella completa formata da 101 item e la scala *Life stress* di 19 item, e la forma breve composta da 36 item. Entrambe possono essere usate da genitori di bambini fin dal primo mese di vita.

La forma breve indaga tre domini principali.

Distress genitoriale: valuta il livello di stress del genitore nel proprio ruolo genitoriale derivante da fattori personali connessi a tale ruolo

Interazione genitore-bambino disfunzionale: valuta il grado in cui il genitore percepisce il bambino come non rispondente alle sue aspettative e individua le interazioni con il bambino che non rinforzano come genitore

Bambino difficile: valuta le caratteristiche temperamentali o comportamentali del bambino che influenzano la relazione genitore-bambino.

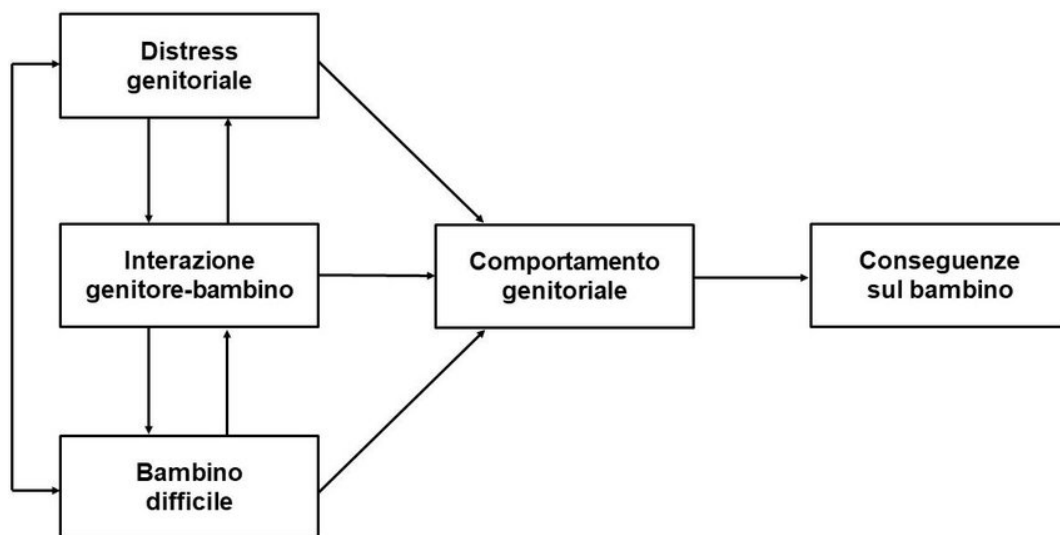


Figura 7 Modello teorico del PSI forma breve (da Guarino et al, 2008)

CAPITOLO NOVE

STRUMENTI UTILIZZATI PER ASSESSMENT INIZIALE del primo e secondo periodo

- SSAF: è uno strumento usato per identificare un numero di fattori che potrebbero influenzare la presenza dei comportamenti problema. È necessario sottolineare che si tratta di uno strumento utilizzabile solo per uno screening iniziale e come parte di analisi funzionale.

Si divide in dieci parti:

- Identificazione dei comportamenti problema
- Dimensioni del comportamento problema
- Situazioni critiche
- Influenze sociali sul comportamento
- Rinforzo automatico
- Comportamento sostitutivo
- Abilità comunicative
- Valutazione preferenze
- Interventi precedenti

- QUESTIONARI ai genitori e agli insegnanti
 - Questionario iniziale ai genitori per anamnesi e raccolta informazioni (spunto dalle scale Vineland, PEP-3 e CBCL)

- Questionario iniziale alle insegnanti
- Valutazione dei deficit delle abilità sociali
- Autoregolazione del bambino
- Checklist competenza emotiva
- Osservazione delle abilità di gioco e sociali
- Rapporto genitore-figlio
- Rapporto insegnante-alunno

PARTE IV: Case Report

CAPITOLO DIECI NATASHA

10.1 Anamnesi clinica, familiare e sociale. Presentazione trattamento in atto.

Natasha ha attualmente 7 anni e 11 mesi (è nata il 25 dicembre del 2014). Le è stato diagnostico un disturbo autistico con buona capacità cognitiva e discrete autonomie. All'età di cinque anni è stata inviata dalla scuola presso il Servizio Territoriale della Neuropsichiatria Infantile (NPI) dell'ULSS 8. Attualmente è seguita presso l'Associazione La Nostra Famiglia di Vicenza.

Vive in un paese in provincia di Vicenza con la sua famiglia, composta dai due genitori di origini africane, il padre lavora come operaio mentre la madre come Operatrice Socio-Sanitario (OSS). Natasha ha una sorella di 17 anni, un fratello di 15 e un fratellino di quasi 3 anni. Anche i due fratelli soffrono di autismo. Il più grande è quello che manifesta un livello di gravità maggiore rispetto a Natasha e il più piccolo.

Nel 2017, secondo una relazione del Servizio Territoriale dell'ULSS 8, è presente ritardo del linguaggio che condiziona le sue abilità relazionali e le caratteristiche comportamentali. Lo svezzamento è avvenuto senza problemi e l'accrescimento statura ponderale regolare.

Dimostra non interesse per le altre persone ma non rifiuta le proposte ludiche e accetta l'interazione. È presente aggancio oculare, ma nessuna volontà comunicativa e nessun suono con intento comunicativo. Discreta attenzione sostenuta.

A scuola tende all'isolamento mentre a casa gioca coi fratelli e anche con gli amichetti coetanei. A scuola continua esplorazione senza badare alle regole. Non sempre si volta se chiamata per nome.

Nel 2020, dopo l'invio da parte della scuola, Natasha viene sottoposta ad un'altra visita presso la NPI.

Da tale visita con la neuropsichiatra dove presenza anche la madre, emerge che sono presenti solo fonemi e non frasi. Non ha mai paura dell'estraneo. L'ingresso alla scuola dell'infanzia è stato problematico ma la situazione è migliorata con l'inizio del secondo anno. Prima era una bambina molto vivace ed erano presenti urla e pianti, ora si nota un miglioramento nell'eloquio. Le piace giocare da sola, se non è compresa piange, inoltre comprende le richieste e inizia a comprendere il NO. Gioco simbolico assente e non funzionale. Non sono presenti comportamenti problema e stereotipie, solo quando è particolarmente felice salta e vocalizza. Non sa scrivere è perciò presente un ritardo nel pregrafismo. L'attenzione risulta essere labile e le richieste vengono attivate con difficoltà. Inizia a piangere e/o a lamentarsi se non ottiene ciò che vuole.

Viene poi inviata alla Nostra Famiglia di Vicenza. A fine ottobre dello stesso anno fa il suo primo ingresso in struttura dove è seguita attualmente.

RELAZIONE D'INGRESSO alla Nostra Famiglia:

- AREA COGNITIVA: Ritardo globale delle competenze, non somministrabile test di livello. PEP-3 emergono difficoltà moderate ai subtest CV, LE, LR, MF e INTEGRAZIONE VISUO-MOTORIA.

I tempi di attenzione sono minimi e fluttuanti. Possibile lavoro su causalità con materiale concreto.

- AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE: Gravi difficoltà di espressione della reciprocità emotiva e espressione emotiva. Uso della Token

Economy e del rinforzo concreto. Sta sviluppando una maggior tolleranza e minime frustrazioni.

- AREA LINGUISTICA: comprensione per richieste semplici e concrete a un comando. Si avvale dell'uso di pittogrammi e CAA, solamente a scuola e alla Nostra Famiglia
- AREA PRASSICO-MOTORIA: buona impugnatura del mezzo grafico, ma difficoltà nella coordinazione occhio-mano, nonostante sia in miglioramento rispetto al controllo del gesto grafico
- AREA AUTONOMIA PERSONALE: aiutata e guidata per autonomie e della cura del sé, va rinforzata nel progressivo sganciamento della figura dell'adulto attraverso strategie di concatenamento retrogrado e di rinforzo
- AREA SOCIALE: totalmente dipendente all'adulto

Viene confermata diagnosi di ASD. Inoltre, è evidente un ritardo in tutte le dimensioni dello sviluppo psichico, comunicativo e nelle autonomie.

Viene attivato intervento psicoeducativo individuale con frequenza bisettimanale per 45 minuti.

Dopo un anno di trattamento è evidente un miglioramento nelle richieste poiché ha iniziato a verbalizzare i suoi bisogni. Sono presenti stereotipie, ecolalia sia differita che diretta, non è presente l'aggancio oculare. Gioca con piccoli oggetti in modo afinalistico e il gioco simbolico o di finzione non è presente. Impugnatura immatura, presa alta imprecisa. Mostra scarso interesse per l'adulto, non ricerca la relazione ma è presente l'uso strumentale dell'adulto per ottenere ciò che desidera. Non sempre risponde al nome e non è sempre presente l'aggancio oculare. Buona imitazione e il suo punto forte è a livello percettivo. Non ha ancora sviluppato il senso del pericolo. Identifica e denomina le lettere, si esprime con la parola, frasi ed è presente la comprensione contestuale.

Sono presenti miglioramenti sul fronte dell'adattamento ambientale e comunicativo in contesti molto strutturati e prevedibili. Nonostante ciò, si manifestano difficoltà nelle transizioni dove assume un comportamento di evitamento e di autostimolazione.

STRUMENTI DIAGNOSTICI:

PEP-3 somministrata all'ingresso in struttura e ripetuta il 20/01/2022

- CV Moderato
- LE Grave
- LE Moderato
- MF Moderato
- MG Grave
- IVM Moderato
- EE Moderato
- RS Grave
- CMC Grave
- CVC Grave

VINELAND somministra alla madre in ingresso alla Nostra Famiglia

CERTIFICAZIONE CLINICA: (06/04/2020)

- AREA COGNITIVA: ritardo globale delle competenze che investono anche la sfera intellettiva.
- AREA NEUROPSICOLOGICA: Memoria labile. Attenzione labile con maggior difficoltà nei momenti d'attesa mentre migliora quando le attività sono di suo gradimento. Organizzazione spazio-temporale in acquisizione.
- AREA DEGLI APPRENDIMENTI: Lettura, scrittura e calcolo assenti
- AREA LINGUISTICO/COMUNICATIVA:

Comprensione: nella norma

Produzione: limitata a poche parole. Carenza della comunicazione social, della pragmatica del discorso e dell'aspetto relazionale della comunicazione.

- AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE: scarsa tolleranza alle frustrazioni. Deficit relazionale, ma area in fase di miglioramento grazie all'attivazione del trattamento educativo.
- AREA MOTORIO-PRASSICA:
 Globale: mantiene una posizione corporea, usa e trasporta oggetti.
 Fine: buona impugnatura grafica e positive le altre attività attività di motricità fine motoria. Lateralizzata a DX.
- AREA SENSORIALE: vista, udito, tatto e gusto grado di deficit non specificati
- AREA DELLE AUTONOMIE:
 Personale: in evoluzione
 Sociale: in evoluzione ma comunque carenti

Da giugno a luglio si è effettuata la valutazione di progetto di coppia per una volta a settimana della durata di 45 minuti. Durante tale valutazione le attività proposte erano di gioco condiviso per misurare le capacità di entrambi i bimbi nella relazione e abilità sociali.

A luglio di quest'anno Natasha termina il percorso di psicoeducazione individuale.

I membri dell'equipe si riuniscono per una sintesi, dalla quale si è deciso di proporre alla madre un intervento di coppia con un bambino della stessa età e stessa diagnosi. Il trattamento avrà una frequenza settimanale della durata di un'ora e mezza in cui saranno presenti l'educatrice e la logopedista. L'obiettivo principale è sviluppare strategie di relazione coi pari. La madre accetta la proposta. Da settembre Natasha ha iniziato questo nuovo intervento riabilitativo, ed inoltre una volta a settimana ha iniziato un intervento logopedico individuale.

10.1.1 Valutazione assessment iniziale

CARS

SRS

SCQ

ABAS

SSAF

PSI

QUESTIONARIO GENITORI: questionario conoscitivo per anamnesi iniziale (domande prese da scale Vineland, da CBCL), domande in merito al contesto familiare, rapporto genitore-figlio e preferenze del bambino, checklist competenza emotiva, capacità di autoregolazione del bambino, deficit nelle abilità sociali, osservazione delle abilità sociali

QUESTIONARIO INSEGNANTI: questionario conoscitivo per anamnesi iniziale (domande prese da scale Vineland, da CBCL), domande in merito al contesto scolastico, rapporto insegnante-alunno e preferenze del bambino, checklist competenza emotiva, capacità di autoregolazione del bambino, deficit nelle abilità sociali, osservazione delle abilità sociali e modello ABC

Dalle informazioni ricavate emerge che la bambina ha gravi difficoltà nell'interazione con l'altro, in particolar modo coi coetanei. Non presente né gioco simbolico né di finzione. Natasha ha interessi ristretti e ripetitivi, e non presenta modalità di gioco ed uso funzionale dell'oggetto adeguati per l'età. Anche le abilità sociali non sono sviluppate. Natasha tende ad avere uno sguardo sfuggente nonostante sia presente attenzione congiunta. Ha difficoltà nel rispettare il proprio turno e nel tollerare i tempi d'attesa, tanto che se non ottiene subito ciò di cui ha bisogno o desidera si manifestano comportamenti problema. È una bambina molto vivace che tende ad agire d'impulso, non presente percezione del pericolo. Inoltre, sono presenti difficoltà di organizzazione e pianificazione del compito, viene guidata con semplici istruzioni, le quali devono essere ripetute più volte a causa della sua elevata distraibilità da stimoli esterni. Presente uso strumentale dell'adulto nella richiesta d'aiuto. È una bambina verbale con molte ecolalie immediate e differite. Non presente intento comunicativo. Evidenti molti comportamenti problema soprattutto a scuola, dove assume atteggiamenti evitanti e oppositivi-provocatori. Ad ogni modo Natasha ricerca molto la compagnia dei pari e mostra piacere nello stare con l'altro. Nonostante ciò tende ad isolarsi e a non condividere spontaneamente il gioco.

10.2 Programmazione e pianificazione del progetto terapeutico individualizzato

OBIETTIVO GENERALE: SVILUPPARE L'AREA DELL'INTERSOGGETTIVITÀ

OBIETTIVI SPECIFICI:

1. Incrementare attenzione congiunta
 - Sguardo congiunto **R**
 - Aumentare la permanenza del contatto oculare **E**
 - Portare un oggetto all'altro per mostrarlo **F**
2. Apprendere l'utilizzo della CAA per fare richieste e/o a scopo comunicativo (es. comunicare un proprio interesse) **E**
3. Sviluppo imitazione di piccoli gesti e semplici azioni **R**
4. Apprendere ad interiorizzare le proprie emozioni e a manifestarle utilizzando la CAA **F**
5. Sviluppare la reciprocità sociale durante il gioco **E**
6. Sviluppo del gioco simbolico e delle abilità di gioco
 - Migliorare i tempi di attesa e la turnazione **E**
 - Collaborazione e partecipare nel preparare e mettere via il materiale di gioco **E**
 - Portare a termine le attività o aumentare i tempi di permanenza **E**
7. Ampliare gli interessi con il fine ultimo di provare piacere nello svolgere le attività **F**
8. Rispetto delle regole **E**
9. Incrementare e mostrare interesse nell'altra persona **E**
10. Chiedere aiuto in modo adeguato spontaneamente **E**
11. Implementare le interazioni sociali
 - Salutare gli altri **E**

- Guardare la persona quando viene chiamata per nome **E**
- Saper ringraziare/scusarsi spontaneamente **F**
- Maggior tolleranza della frustrazione, riducendo anche i comportamenti evitanti e oppositivi che si verificano soprattutto nel contesto scolastico **E**

ABILITÀ NECESSARIE:

- Attenzione sostenuta
- Comprensione
- Pianificazione/organizzazione
- WM
- Flessibilità cognitiva per accettare l'altro, rispettare i tempi e svolgere attività (diverse dagli interessi ristretti)
- Capacità di astrazione per poter generalizzare le abilità nel contesto sociale
- Coordinazione motoria
- Buon livello di abilità grosso/fine-motoria
- Buon livello di autonomia personale
- Buona capacità percettiva

RISORSE NECESSARIE:

- Economiche per l'acquisto dei materiali necessari, ecc....
- Umane: personale terapeutico, relazione terapeutica e di fiducia con Natasha e supporto genitoriale (in particolare quello materno siccome si occupa lei in merito all'ambito educativo dei figli) e scolastico
- Strumentali: giochi e materiale per eventuali laboratori, agenda visiva per la programmazione temporale delle attività, utilizzo di pittogrammi per la CAA, le ceste per l'utilizzo dell'approccio TEACCH, eventuale tablet per svolgere attività/giochi digitali, materiale per la preparazione del materiale riabilitativo

LIMITI che già dall'inizio dell'intervento sono presenti:

- a. Non intervento di psicomotricità
- b. Non intervento logopedico
- c. Tempistiche ridotte della madre per motivi lavorativi e perché Natasha è la terzogenita di quattro figli, a cui gli ultimi tre è stato diagnosticato ASD
- d. Scarse risorse scolastiche

APPROCCI TERAPEUTICI ipotizzati tenendo conto del carattere, del temperamento e delle risorse di Natasha per il raggiungimento degli obiettivi:

- TED (Therapie d'Echange et Developpment)
- DENVER MODEL con l'aggiunta della strategia PRT (Pitoval Response Training)
- TEACCH per strutturazione spazio-temporale e delle attività
- SAS (intervento della terapia occupazionale) modalità per incrementare lo scambio emotivo

Tra tutti gli approcci sopra citati quello utilizzato è stato il TEACCH.

10.2.1 Valutazione e monitoraggio in itinere

VALUTAZIONE COMUNICAZIONE SPONTANEA (tabella)

SCHEMA D'OSSERVAZIONE DELL'INTERESSE, DELLE ABILITÀ SOCIALI E DI GIOCO

TABELLA ABC

Dal monitoraggio effettuato durante l'intero percorso riabilitativo si riscontrano dei miglioramenti.

All'inizio per quanto riguarda la comunicazione spontanea, erano presenti soprattutto agiti comportamentali per esprimere i propri bisogni. Ciò era evidente anche nel gioco soprattutto quando non era di suo gradimento, non aveva compreso le regole e le modalità oppure quando era stanca di giocare. Ora prova molto ad utilizzare il linguaggio in modo più funzionale soprattutto nella richiesta di aiuto e nel comunicare quando è stanca e vuole cambiare

gioco. (Dice “Aiuto” e “Basta”). Emergente l’abilità di fare richieste, ad esempio una volta per dire che fosse stanca ha detto “Tornare Casa”.

A livello di abilità sociali e di gioco difficoltà nella condivisione delle esperienze di gioco coi pari. Difficoltà nella comprensione delle modalità di gioco e nella finalità ultima di esso. È presente poca permanenza nelle attività, nonostante siano state scelte da lei stessa. Presenti carenze nella modulazione del tono, come accade nel lancio dei dadi e carenze nel fine motorio. Inoltre, permangono difficoltà nella tolleranza dei tempi d’attesa e nella tolleranza alla frustrazione. Emergente la capacità imitativa e su richiesta aiuta nella preparazione e nel riordinare quando si finisce un’attività, che sia di gioco che di laboratorio. Miglioramenti evidenti sul rispetto alla turnazione e sull’attenzione congiunta, anche se è ancora carente il contatto oculare nel fare richieste nonostante venga utilizzato prompt verbale.

10.3 Assessment e risultati di esito finale. Difficoltà e limiti riscontrati

QUESTIONARIO GENITORI

QUESTIONARIO EDUCATRICE

Da cui emergono miglioramenti a livello comportamentale sia nel rimanere seduta e non lanciare oggetti sia nella comprensione e nella messa in atto di una richiesta. Nonostante ciò permangono le ecolalie e la carenza di attenzione sostenuta. Nel contesto scolastico, si sono registrati episodi in cui Natasha ha morso improvvisamente e presentava rigidità muscolare come evitamento al compito.

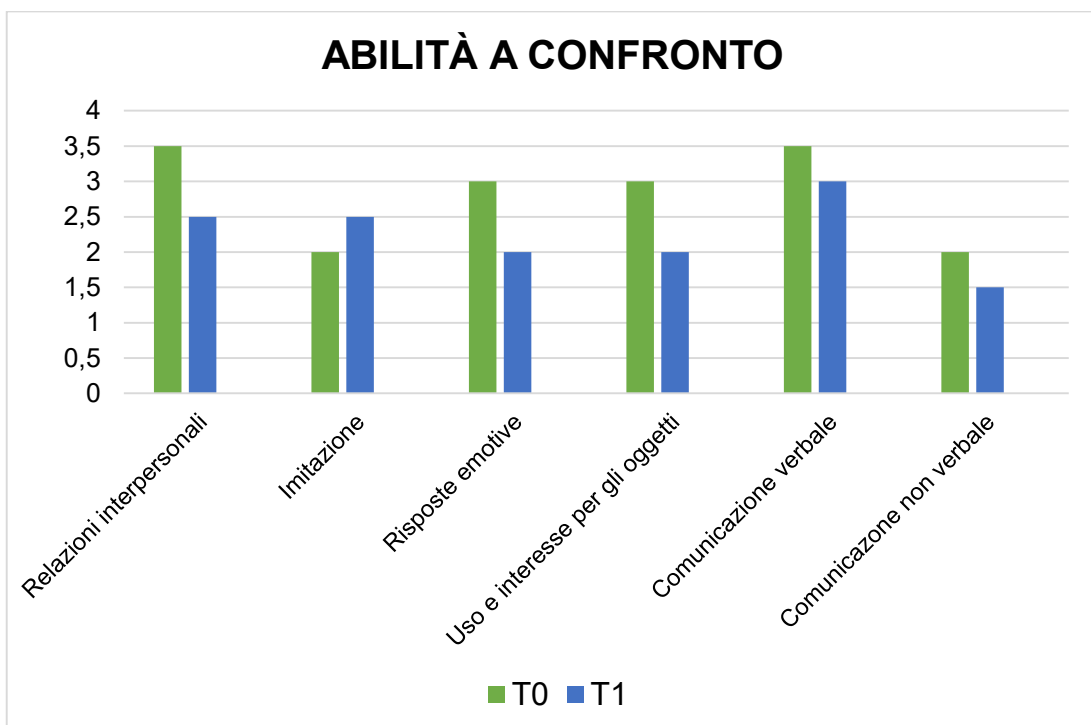
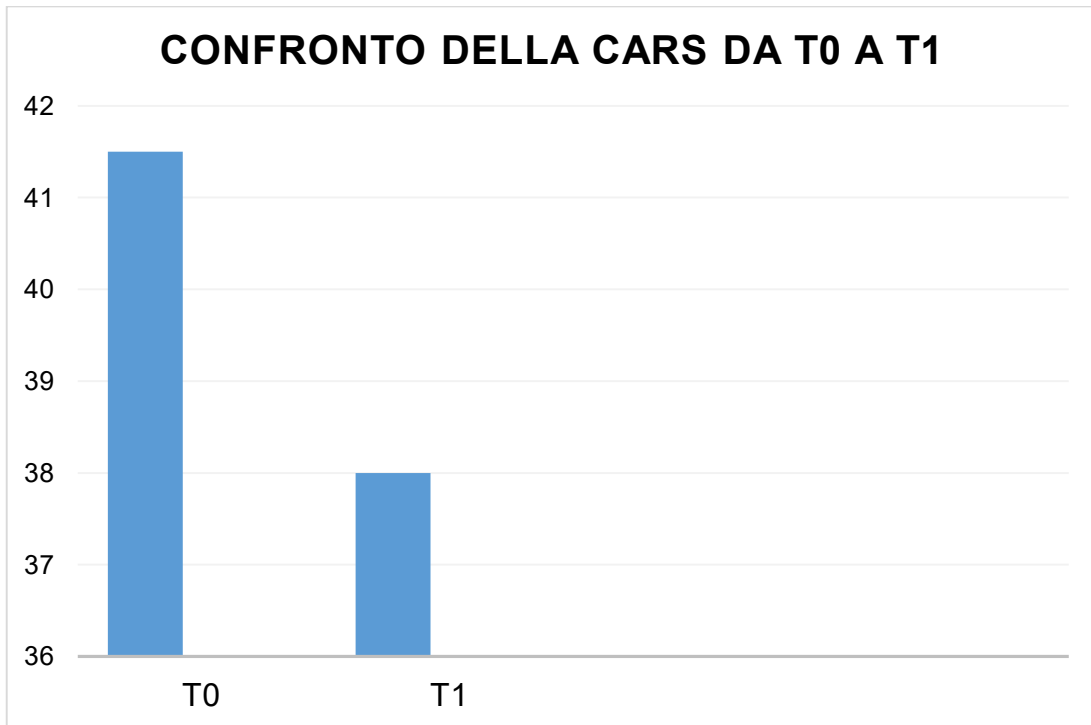
Per quanto riguarda le abilità di gioco, si è ampliata la gamma di interessi ma rimangono più preponderanti quelli ripetitivi e stereotipati. Non c’è il coinvolgimento dell’adulto e dei pari ma accetta gli altri ed sono emergenti gli scambi reciproci e alternanza della turnazione. Sono presenti sia la capacità imitativa che attenzione congiunta.

In merito alle abilità sociali, risulta essere deficitaria la capacità di riconoscere le conseguenze ad un comportamento. Le abilità emergenti sono in merito alla richiesta d’aiuto, alla capacità organizzativa, alla cooperazione, alla comunicazione spontanea dei propri bisogni, alla tolleranza alla frustrazione, ai tempi d’attesa e ai NO. Natasha ha acquisito la capacità di imitare gesti e di

riconoscere e nominare le emozioni. Inoltre, ora mediante la comprensione di istruzioni semplici ha acquisito maggior autonomie di base.

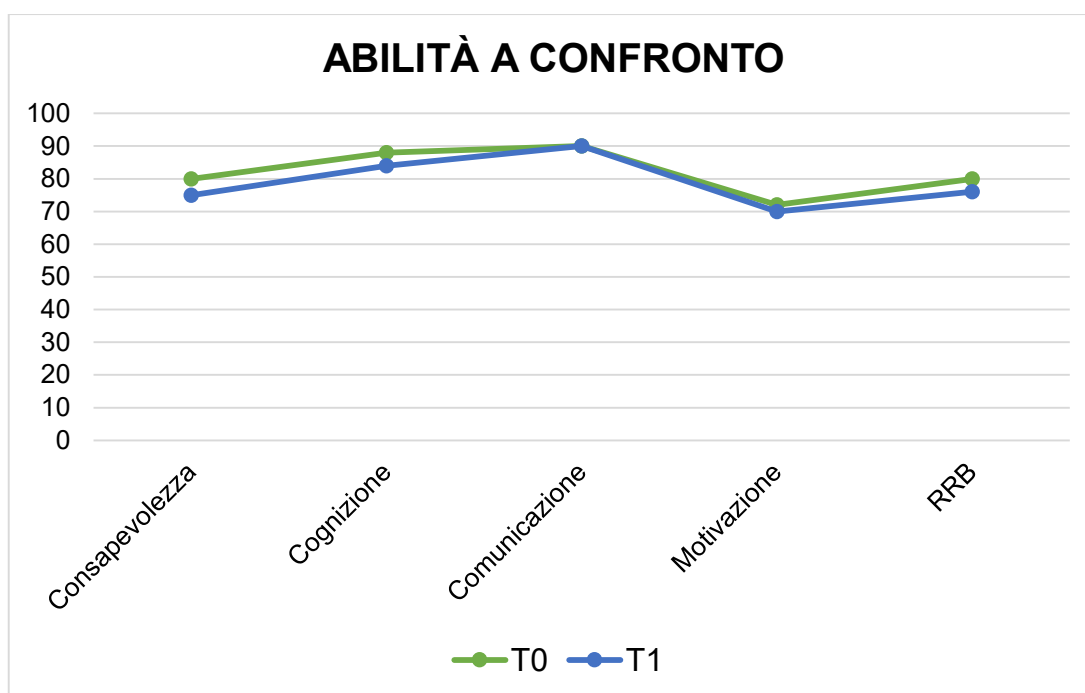
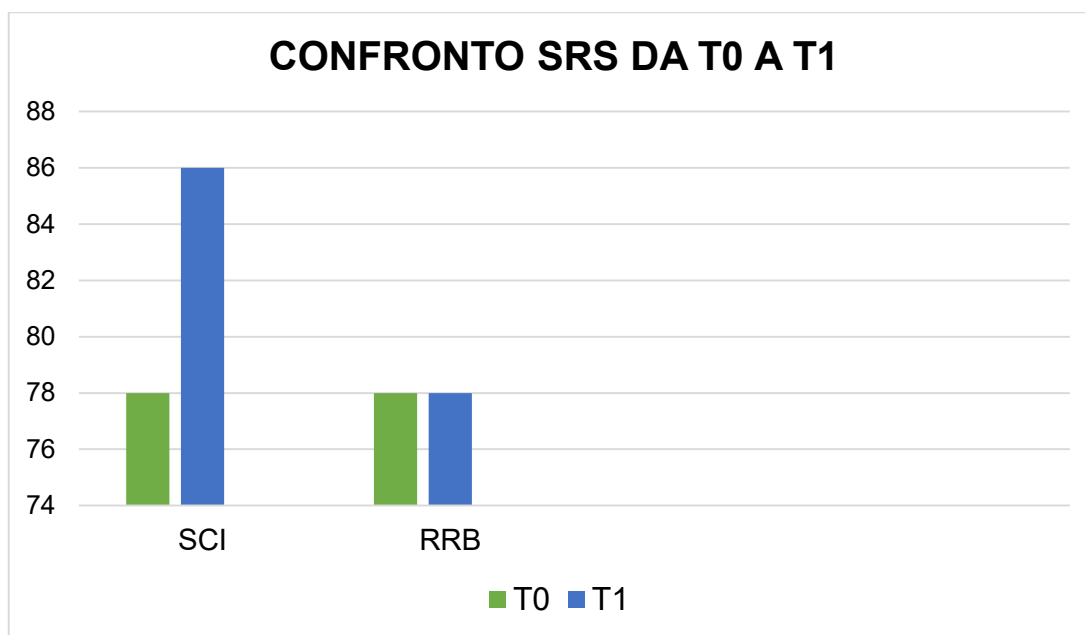
CARS

È evidente un lieve miglioramento, il quale è preponderante soprattutto in tre aree: relazioni interpersonali, risposte emotive e nell'area dell'uso e degli interessi per gli oggetti.



SRS

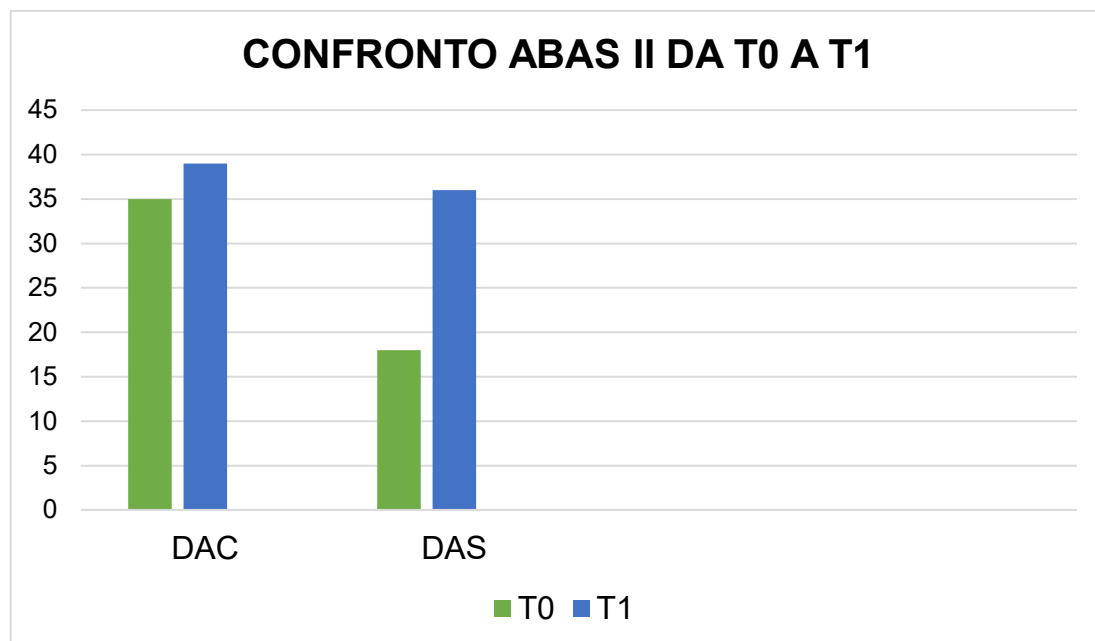
Nonostante il grafico sia pressoché uguale si può notare un lieve miglioramento, infatti da un punteggio grezzo di 125 si passa a 112. Ma soprattutto si evidenzia un cambiamento complessivo nella scala SCI³³ e mantenimento nella scala RRB³⁴, anche se emergete un ampliamento della gamma degli interessi.



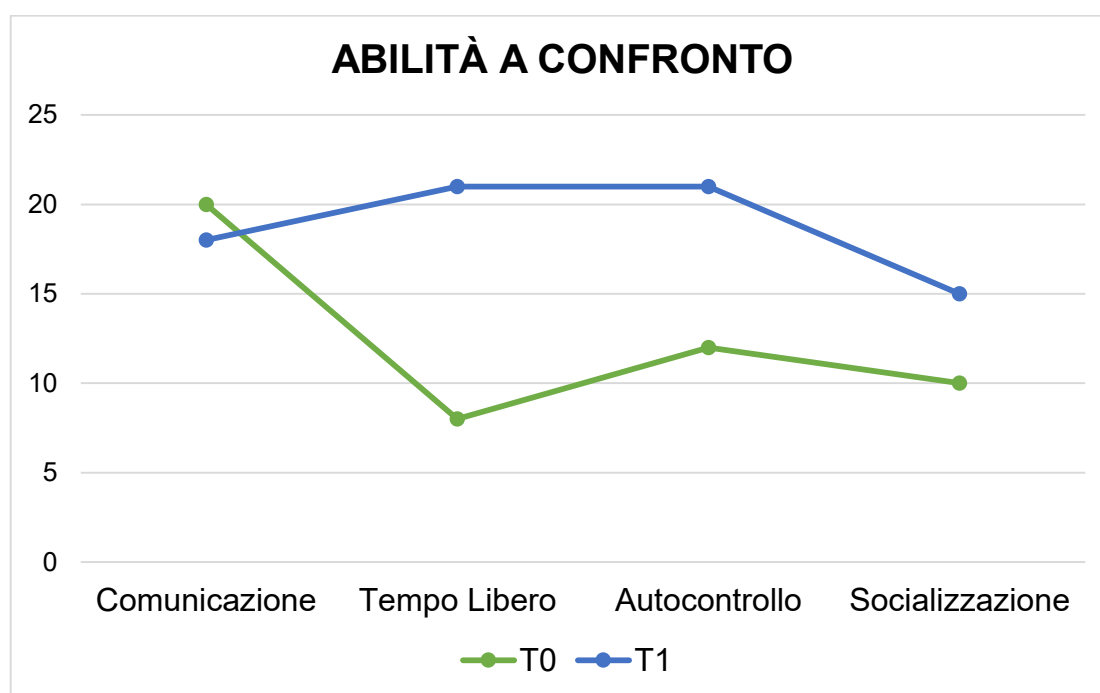
³³ SCI (Social Communication Interaction), comprende consapevolezza, cognizione, comunicazione e motivazione

³⁴ RRB comprende i comportamenti ristretti e ripetitivi

ABAS II



Rispetto alla media per età di sviluppo le competenze DAC³⁵ rimangono estremamente basse, mentre la abilità DAS³⁶ migliorano passando dal range estremamente basso a quello di livello limite basso.



Da tale grafico si può notare come le capacità di autocontrollo di Natasha siano migliorate con riduzione dell'impulsività. Inoltre, altro aspetto importante è il

³⁵ DAC comprende le aree della comunicazione e dell'autocontrollo

³⁶ DAS comprende le aree del tempo libero e della socializzazione

notevole miglioramento nell'area del Tempo libero e nell'area della socializzazione frutto del lavoro svolto in questi mesi.

CAPITOLO UNDICI

DANIÉL

11.1 Anamnesi clinica, familiare e sociale. Presentazione trattamento in atto.

Daniél ha attualmente 7 anni 4 mesi (è nato 30/07/2015). Gli è stato diagnostico un disturbo autistico e un Disturbo del Linguaggio. All'età di cinque anni è stato inviato dalla Pediatra da uno specialista. Attualmente è seguito presso l'Associazione La Nostra Famiglia di Vicenza.

Vive in un paese in provincia di Vicenza con la sua famiglia, composta dai due genitori provenienti dall'est, il padre lavora come operaio mentre la madre ha lavorato come operaia, ma attualmente è casalinga. Daniél ha una sorella di 2 anni, e a breve nascerà un fratellino.

A tre anni, Daniél aveva livello di autonomie personali attese per l'età. Presente il gioco simbolico e riesce a stare nel gioco di scambio. Comprende consegne semplici se coadiuvate dal gesto. Nessuna volontà comunicativa verbale, linguaggio limitato a vocalizzi e sillabe. Pointing in evoluzione, presente l'uso strumentale dell'adulto nell'esprimere i propri bisogni.

A scuola cerca i coetanei ma poi non riesce a rimanere nella relazione per cui tende ad isolarsi. Imita e riproduce azioni. É capace di completare il puzzle e eseguire gli incastri.

Nel 2019, miglioramento nell'accettazione una relazione di minimo scambio durante il gioco, anche se scarso contatto oculare. Durante il gioco parla in modo incomprensibile producendo suoni o vocalizzi non chiari. Assenza di risposta se chiamato per nome. Prevale il gioco solitario associato alla produzione di versi incomprensibili. Discreto impaccio motorio ed ipotonia che si ripercuote sulla quotidianità.

Nell'agosto del 2020 prima visita neuropsichiatrica dallo specialista dove viene somministrata l'ADOS-2

- **COMUNICAZIONE E LINGUAGGIO:** ecolalia occasionale ma non produce parole stereotipate. Non è presente l'uso strumentale dell'altro. Utilizza almeno due gesti con intento comunicativo.
- **INTERAZIONE SOCIALE:** sguardo flessibile, chiaro e socialmente modulato. Il bambino sorride parzialmente e sotto stimolazione/sollecitazione. Le espressioni facciali sono adeguate e intente a comunicare. Per comunicare intenzioni sociali utilizza il contatto oculare in modo appropriato e integrato con altri comportamenti. Offre oggetti alle persone solo per richiedere il loro aiuto. Le aperture sociali hanno una qualità insolita e sono ristrette alle richieste e ai bisogni personali del bambino.
- **IMMAGINAZIONE:** uso appropriato dei giocattoli in base alla funzione prevista.
- **COMPORAMENTI STEREOTIPATI E INTERESSI RISTRETTI:** emergono interessi o comportamenti ripetitivi. Si osservano manierismi con le mani.

PUNTEGGIO 7/8 si colloca al limite di ASD senza superarlo. Emerge disturbo del linguaggio sia in comprensione che in produzione che porta a limitare le abilità comunicative e sociali.

Inoltre durante la visita emerge la presenza di manierismi e l'assunzione di posture peculiari per rappresentare e raccontare storie, questa attività lo assorbe molto tanto che si isola. Canale imitativo è diventata un'ottima risorsa. Inoltre sono evidenti miglioramenti anche nelle coordinazioni cinetiche (salti) ma rimangono da acquisire coordinazioni più complesse. Ancora da sviluppare l'aspetto grafico-motorio, l'impugnatura è immatura, presenta difficoltà nel controllare il tratto per colorare e anche nella pressione. Conosce lo schema corporeo ed è capace di eseguire attività visuo-spaziali.

A marzo del 2021 avviene il primo ingresso alla Nostra Famiglia di Vicenza, dov'è attualmente seguito.

Dalla prima vista neuropsichiatrica si evidenzia la preferenza di Daniél per il gioco individuale o in rapporto 1:1 siccome all'interno di un contesto gruppale tende ad isolarsi. Presenti manierismi che assumono un significato di gioco imitando gli animali e facendoli interagire tra loro. Sono presenti momenti in cui fissa il vuoto. Si arrabbia quando gli si dice di NO e non gli si permette di fare ciò che vuole. Contatto visivo non adeguato, non ricerca spontaneamente la relazione con l'esaminatore. Si esprime attraverso la modalità parola-frase, con una pronuncia che risulta essere non ottimale ma intelligibile. Comprensione di ordini e richieste semplici. Manifesta impaccio motorio a livello della fine-motricità. Mimica facciale poco variegata. Inoltre la madre riferisce che il vocabolario è migliorato.

Dopodiché nello stesso mese viene effettuata una valutazione con la psicologa e l'educatrice mediante l'utilizzo della PEP-3.

- LE Moderato
- LR Moderato
- MF Lieve
- MG Lieve
- IVM Lieve
- EE Moderato
- RS Grave
- CMC Moderato
- CVC Grave

In aggiunta anche la scala VINELAND, compilata dalla madre, dalla quale emerge soprattutto la presenza di sfarfallii e stereotipie motorie, sensibilità sensoriale uditiva, gioco stereotipato non funzionale, non presente gioco simbolico, stimolazione visiva.

CERTIFICAZIONE CLINICA: (del 14/04/2021)

- AREA COGNITIVA
- AREA NEUROPSICOLOGICA: abilità maggiormente compromessa è l'attenzione. Ciò rende difficile la permanenza nel compito e

focalizzazione della richiesta tale per cui è evidente la tendenza all'isolamento nei suoi interessi stereotipati (ad esempio i manierismi)

- AREA DEGLI APPRENDIMENTI
- AREA LINGUISTICO-COMUNICATIVA: difficoltà nella comprensione e nella produzione.

Comprensione: media compromissione del linguaggio ricettivo pari ad un'età di 2 anni e 5 mesi. (Daniél ha 5 anni e 7 mesi)

Produzione: è più marcata la compromissione del linguaggio espressivo pari ad un'età cronologica di 1 anno e 10 mesi

- AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE:

Funzioni emotive: espressività emotiva mediamente compromessa, tendenza all'amimia, non presenti comportamenti problema rilevanti se non rabbia esplosiva in opposizione alle richieste che non corrispondono a ciò che vorrebbe il bambino in quel momento.

Rapporto con gli altri: grave compromissione della reciprocità sociale, non manifesta interesse per l'altro mentre all'interno di un gruppo manifesta ipercinesia. Lo sguardo è assente e totale estraniamento dal contesto. Non ricerca il gioco condiviso e si isola in attività non funzionali e ripetitive, inoltre, sono presenti stereotipie.

- AREA MOTORIO-PRASSICA: adeguata sia globale che fine
- AREA SENSORIALE:

Vista: non deficit ma è presente la ricerca di stimolazione visiva

Udito: non deficit ma è presente ipersensorialità per alcuni rumori (ad esempio l'aspirapolvere) e per alcune musiche (sigle dei cartoni animati) che lo portano a tapparsi le orecchie.

- AREA DELLE AUTONOMIE:

Sociale: assente

Personale: adeguata nella vestizione e bagno, ma carente quella operativa che richiede la supervisione e la guida dell'adulto.

In conseguenza a tutto ciò viene programmato un intervento di Diurnato con frequenza bisettimanle per tre ore.

A settembre del 2021 Daniél è stato inserito in Diurnato all'interno di un gruppetto di tre bambini dove lui è il più grande (gli altri due bimbi hanno un anno in meno, di cui uno ha diagnosi di ADHD).

Durante il periodo di permanenza in diurnato ogni bambino svolge individualmente le tre tipologie di intervento riabilitativo: intervento educativo (due volte alla settimana), intervento logopedico (due volte alla settimana) e intervento di psicomotricità (al giovedì mattina).

Sono presenti, inoltre, due momenti fissi di condivisione in cui si sta in gruppo che sono: il circle time iniziale dove è presente l'attività del diario dei ricordi e poi circa a metà il momento della merenda. Oltre a questi due momenti, ce ne possono essere anche di variabili, come ad esempio i laboratori, la passeggiata o il parco giochi nel giardino della struttura.

All'inizio Daniél presentava difficoltà comportamentali con pianto, urla e lancio di oggetti. I tempi attentivi erano molto brevi. Sono state introdotte regole visive e token economy per aumentare la permanenza sul compito e la sua collaborazione. Nei momenti di inattività giocherebbe con le mani e canticchia animando ipotetici personaggi. Difficoltà linguistiche sia in produzione e soprattutto in comprensione, tale per cui la risposta alla richiesta risulta essere lenta.

Dopo quattro mesi dall'inizio del trattamento viene somministrata una Wippsi IV, dalla quale emergono grosse difficoltà in tutte le prove che richiedono l'uso del linguaggio sia verbale che ricettivo. Tale per cui risulta che Daniél abbia un Quoziente Intellettivo (QI) lieve.

WIPPSI-3 (03/02/2022)

- DISEGNO CON CUBI quando viene a mancare la linea nera diventa più difficile. Cerca di comporre la figura vedendola verticalmente, fa fatica a capire che esiste la possibilità di rappresentarla orizzontalmente
- INFORMAZIONE (area deficitaria) fa fatica a rispondere alle domande, sguardo perso nel vuoto tale per cui non è presente l'attenzione

sostenuta. Diventa più oppositivo ed è distratto da stimoli sia esterni che interni

- MATRICI LOGICHE (area di forza) difficoltà maggiore è nella globalità oltre che la permanenza nel compito
- DENOMINAZIONE DI OGGETTI CON IMMAGINI
- COMPrensIONE CON IMMAGINI difficoltà soprattutto nella comprensione di verbi
- VOCABOLARIO RICETTIVO 21 pt
- VOCABOLARIO CON IMMAGINI spiegazione del Che Cos'è l'immagine presentata
- INDOVINELLI SENZA IMMAGINI difficoltà di attenzione
- CIFRARIO 31 pt lento e difficoltà nella grafia visuo-spaziale
- RICERCA DI SIMBOLI il compito è di trovare il simbolo uguale, riesce in autonomia ma necessita di aiuto gestuale per il mantenimento dell'attenzione sostenuta

Alla fine dell'interno percorso di diurnato, avvenuto a luglio di quest'anno, durante la sintesi con i membri dell'equipe si è ipotizzato un percorso di diurnato con frequenza settimanale per la durata di tre e con un gruppo di sei bambini. Viene comunicato alla madre che rifiuta la proposta poiché esprime la sua volontà di interventi individuali basati sugli apprendimenti, nello specifico a livello di linguaggio e comprensione.

Inoltre, sempre a luglio Daniél viene rivalutato dallo stesso specialista mediante l'ADOS-2.

- COMUNICAZIONE: il repertorio comunicativo è costituito da espressioni con due o più parole utilizzate in modo regolare. Le sue verbalizzazioni spontanee verso il genitore o alla psicologa sono limitate ma in una varietà di contesti pragmatici, inoltre sono caratterizzate da piccole variazioni di tono e manifestano prosodia particolare. Daniél presenta ecolalia occasionale e l'uso di parole e frasi sembra essere più ripetitivo di quanto osservato in bambini della sua età. Il bambino utilizza il pointing per mostrare il riferimento visivamente

diretto di oggetti distanti, ma lo utilizza raramente durante la valutazione. Inoltre, Daniél utilizza spontaneamente almeno due gesti differenti allo scopo comunicativo.

- **INTERAZIONE SOCIALE RECIPROCA:** Daniél utilizza il contatto oculare scarsamente modulato per iniziare, terminare e regolare l'interazione sociale. Il repertorio delle espressioni facciali è limitato e il bambino utilizza poche espressioni per comunicare stati estremi affettivi. Il bambino mostra a volte divertimento appropriato al contesto nel corso delle attività proposte e delle interazioni con la psicologa. Come durante la precedente valutazione, il bambino risponde in modo immediato quando viene chiamato per nome stabilendo con la psicologa un contatto oculare. Daniél integra correttamente lo sguardo oculare con un altro gesto/comportamento per richiedere e indicare il desiderio. Daniél non offre gli oggetti alla madre o alla psicologa ma mostra in modo parziale il libro delle figure, attirando l'attenzione dell'adulto ma senza posizionarlo in un modo chiaro. Per quanto riguarda l'attenzione congiunta Daniél utilizza un contatto oculare chiaramente integrato per dirigere l'attenzione dell'adulto verso un oggetto (triangolazione presente). Nel compito della risposta all'attenzione congiunta, Daniél utilizza l'orientamento degli occhi del volto della psicologa come indizio per dirigere lo sguardo verso l'oggetto. Come nella valutazione precedente, le aperture sociali manifestano qualità lievemente insolita e sono ristrette alle richieste personali e agli interessi del bambino, anche se con qualche tentativo di coinvolgimento dell'adulto. Durante la seduta il bambino cerca di coinvolgere con la stessa frequenza la psicologa e la madre. Diversamente dalla precedente valutazione, Daniél mostra responsabilità alla maggior parte dei contesti sociali ma talvolta i suoi comportamenti appaiono socialmente inappropriati. Il grado di coinvolgimento del bambino nelle attività presentate non è stato costante e l'interazione col bambino è risultata a volte piacevole ma in modo sostenuto.
- **IMMAGINAZIONE:** il bambino manifesta gioco funzionale e simbolico appropriato per la sua età.

- **COMPORAMENTI STEREOTIPATI E INTERESSI RISTRETTI:** durante la seduta valutativa non si manifestano interessi sensoriali ma emergono interessi ripetitivi, anche se risultata possibile orientare temporaneamente la sua attenzione verso altre attività. Si osservano brevi manierismi con le mani e delle dita. Come precedentemente Daniél non manifesta comportamenti autolesivi.
- **ALTRI COMPORAMENTI ANORMALI:** Daniél mostra lieve fastidio e rabbia nel corso della valutazione e comportamenti che evidenziano difficoltà di attenzione per l'interazione e le attività. Non manifesta comportamenti che evidenziano paura o ansia.

Il linguaggio di Daniél è migliorato sul versante espressivo fonetico-fonologico. Permane l'ipoarticolazione. L'eloquio è scarsamente utilizzato ai fini comunicativi dato da parole singole e breve frase. La comprensione verbale continua ad essere gravemente deficitaria, sebbene sia lievemente migliorato.

Si evidenzia una particolare compromissione delle aree comprese nel dominio dell'affetto sociale. Il bambino utilizza in modo poco modulato lo sguardo e lo coordina in modo limitato con altre strategie comunicative al fine di esprimere le sue intenzionalità. Il bambino sembra far fatica nei comportamenti chiaramente reciproci e non porge oggetti all'altro per condividere. Daniél dimostra una corretta triangolazione.

Per quanto riguarda l'area de comportamenti ristretti emergono lievi manierismi e interessi chiaramente ripetitivi e stereotipati.

Il bambino presenta un quadro complesso caratterizzato da un'interazione sociale anormale, una compromissione della comunicazione, difficoltà di elaborazione di informazioni complesse. Si segnala inoltre una disprassia costruttiva.

È possibile che le condizioni sopra indicate, a seconda del contesto, mettano più o meno in evidenza l'importanza di un Disturbo dello Spettro autistico.

PUNTEGGIO: 12/12 (12 cut off per Autismo). Supera il cut off.

Punteggio di comparazione: 6, livello moderato dei sintomi

A settembre viene fissato un colloquio con la madre dove la neuropsichiatra propone un altro tipo di percorso. Si tratta di un intervento integrato di gruppo multisensoriale di Terapia Occupazionale e Psicoeducazione. Frequenza settimanale della durata di un'ora e mezza. Oltre a ciò verrà attivato anche un intervento logopedico settimanale o bisettimanale in base a quanto emerge dalla valutazione logopedica. Gli obiettivi sono lavorare sulla relazione, incrementare il linguaggio verbale e ricettivo e migliorare le prassie costruttive mediante laboratori gruppalì. La madre accetta la proposta.

11.1.1 Valutazione assessment iniziale

CARS

SRS

SCQ

ABAS

SSAF

PSI

QUESTIONARIO GENITORI: questionario conoscitivo per anamnesi iniziale (domande prese da scale Vineland, da CBCL), domande in merito al contesto familiare, rapporto genitore-figlio e preferenze del bambino, checklist competenza emotiva, capacità di autoregolazione del bambino, deficit nelle abilità sociali, osservazione delle abilità sociali

QUESTIONARIO INSEGNANTI: questionario conoscitivo per anamnesi iniziale (domande prese da scale Vineland, da CBCL), domande in merito al contesto scolastico, rapporto insegnante-alunno e preferenze del bambino, checklist competenza emotiva, capacità di autoregolazione del bambino, deficit nelle abilità sociali, osservazione delle abilità sociali e modello ABC.

Dalle informazioni ricavate emerge che sono presenti interessi molto ristretti ma le modalità di gioco sono funzionali. Daniél ha gioco simbolico e di finzione. Tendenza nel portare a termine solo le attività che gli piacciono tanto che diventa poi difficile farlo smettere. È evidente emozione congiunta ma viene inficiata dall'importante deficit attentivo che porta il bambino a fissare il vuoto ed essere completamente assente. Spesso Daniél passa rapidamente da uno stato di iperattività ad uno stato di ipoattività, dove si intensificano i manierismi.

È presente capacità imitativa e attenzione congiunta. Mancanza di contatto oculare anche se chiamato per nome. Difficoltà nell'intento comunicativo nonostante tendenzialmente usi la parola per esprimere i suoi bisogni di base. Non fa richieste d'aiuto e se gli viene offerto spesso non lo accetta e si arrabbia, iniziando ad urlare e lanciare oggetti. Non presenta tolleranza alla frustrazione e questo aumentano d'intensità i comportamenti problema. Daniél ricerca la compagnia dei pari. Nonostante ciò tende molto ad isolarsi, non condividere spontaneamente il gioco e spesso sembra non accorgersi della presenza dall'altro.

11.2 Programmazione e pianificazione del progetto terapeutico individualizzato

OBIETTIVO GENERALE: INCREMENTARE E MIGLIORARE L'AREA DELL'INTERSOGGETTIVITÀ MEDIANTE LO SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO DI ABILITÀ SOCIALI

OBIETTIVI SPECIFICI:

1. Migliorare e consolidare l'attenzione congiunta implementando l'uso funzionale del contatto oculare e la condivisione di un oggetto di gradimento portandolo ad una terza persona per mostrarlo **F**
2. Sviluppare comunicazione verbale mediante la CAA per esprimere il proprio interesse o fare richieste **E**
3. Sviluppare l'imitazione di piccoli gesti e semplici azioni **R**
4. Apprendere e interiorizzare le proprie emozioni Provare a cogliere l'emozione dell'altro iniziando a sviluppare la Teoria della Mente **E**
5. Sviluppare la reciprocità emotiva e sociale attraverso il gioco per ampliare e consolidare lo scambio emotivo **R**
6. Apprendere e consolidare abilità sociali mediante lo sviluppo del gioco simbolico
 - Rispondere se chiamato **E**
 - Saper chiedere aiuto in modo adeguato in modo spontaneo **F**
 - Ringraziare/chiedere scusa spontaneamente **E**

- Conoscere e modulare le proprie emozioni (ad esempio, modulare gli scherzi, e manifestare e comunicare la stanchezza o lo stress in modo adeguato) **E**
 - Aumentare la capacità di ascolto e comprensione **E**
 - Imparare a comunicare i propri bisogni e/o desideri senza avere comportamenti oppositivi e evitanti **E**
 - Rispettare le regole **E**
7. Aumentare l'interesse e l'accettazione dell'altro **E**
8. Ampliare la gamma dei propri interessi con lo scopo di provare piacere nello svolgere le attività **E**

ABILITÀ NECESSARIE:

- WM
- Attenzione sostenuta (da incrementare)
- Attenzione divisa
- Comprensione (da incrementare)
- Flessibilità cognitiva per accettare l'altro, rispettare i tempi e svolgere attività (diverse dagli interessi ristretti)
- Capacità di astrazione per permettere la generalizzazione delle strategie apprese nel contesto di vita
- Buon livello di capacità grosso/fine-motoria
- Buon livello di autonomia personale
- Capacità di pianificazione e organizzazione
- Capacità di collaborazione
- Proprietà linguistica (non sviluppata) = apprendimento dell'utilizzo della CAA
- Capacità percettiva
- Buon livello cognitivo (sostenuta WIPPSI con carenza evidente nella sfera del linguaggio/comprendimento)

RISORSE NECESSARIE:

- Economiche per l'acquisto dei materiali necessari, ecc....
- Umane: personale terapeutico, relazione terapeutica e di fiducia con Daniél e supporto genitoriale (in particolare quello materno siccome si occupa lei in merito all'ambito educativo dei figli) e scolastico
- Strumentali: giochi e materiale per eventuali laboratori, agenda visiva per la programmazione temporale delle attività, utilizzo di pittogrammi per la CAA, le ceste per l'utilizzo dell'approccio TEACCH, eventuale tablet per svolgere attività/giochi digitali, materiale per la preparazione del materiale riabilitativo

LIMITI che sono già presenti dall'inizio dell'intervento:

- a. Interruzione della Psicomotricità
- b. Non completa consapevolezza genitoriale sulle difficoltà di Daniél rispetto l'area dell'autonomia personale e dell'intersoggettività
- c. Scarsa aderenza al trattamento logopedico

É da sottolineare che Daniél è inserito all'interno di intervento gruppale di Diurnato Psicoeducativo, tale per cui le attività vengono svolte sia individualmente sia in gruppo (in particolar modo il martedì pomeriggio dove di recente è stato iniziato un intervento di Decompressione emotiva basata sull'attività motoria e breve momento di rilassamento. É svolto dalla psicoterapeuta e dall'educatrice)

APPROCCI TERAPEUTICI ipotizzati tenendo conto del carattere, del temperamento e delle risorse di Daniél per il raggiungimento degli obiettivi:

→ JASPER + EMT (utilizzo delle 7 strategie per lo sviluppo della comunicazione nelle interazioni sociali)

→ DENVER MODEL con l'aggiunta della strategia PRT (Pitoval Response Training)

→ TEACCH per strutturazione spazio-temporale e delle attività

→ SAS (intervento della terapia occupazionale)

Tra tutti gli approcci sopra citati quello utilizzato è stati il TEACCH.

11.2.1 Valutazione e monitoraggio in itinere

VALUTAZIONE COMUNICAZIONE SPONTANEA (tabella)

SCHEDA D'OSSERVAZIONE DELL'INTERESSE, DELLE ABILITÀ SOCIALI E DI GIOCO

TABELLA ABC

Dal monitoraggio effettuato durante l'intero percorso riabilitativo si riscontrano un incremento nella motivazione e nello sperimentare nuovi giochi. Però si evidenzia soprattutto una notevole stanchezza e un aumento del deficit attentivo che hanno influito sulle performance.

Per quanto concerne la comunicazione spontanea non si sono verificati miglioramenti, ma la situazione è rimasta invariata. Tale per cui tende a verbalizzare i bisogni e le richieste. Utilizza il pianto e altri agiti comportamentali quando ha difficoltà nell'esprimersi. Una differenza riscontrata è stata l'aumento di manierismi sempre più presenti e motivo di isolamento e allo stesso tempo rilassamento dalla stanchezza.

A livello di abilità sociali e di gioco permangono difficoltà nella richiesta d'aiuto con la tendenza di prendere gli oggetti in autonomia. Daniél non condivide e non ha consapevolezza dell'altro. Peggiorati notevolmente i tempi d'attenzione e ciò rende il bambino assente e passivo, tanto da rendere difficile il lavoro a tavolino e i momenti di condivisione con gli altri bambini (gioco e/o circle time). A volte capita che mediante rigida strutturazione e domande guida riesce a raccontare brevemente cosa ha disegnato, attività che lo stimola molto e che può essere utilizzata per breve tempo come strumento d'aggancio. Non presente organizzazione e pianificazione del compito, solo attraverso istruzioni riesce a svolgere i compiti richiesti rispetto all'autonomia personale e sociale.

11.3 Assessment e risultati di esito finale. Difficoltà e limiti riscontrati

QUESTIONARIO GENITORI

QUESTIONARIO EDUCATRICE

Da cui emerge un peggioramento nel calo attentivo e comportamenti invariati, come la capacità di seguire le regole, la tendenza all'isolamento, la mancanza di contatto oculare, per il quale va sollecitato e stimolato, e la difficoltà nel

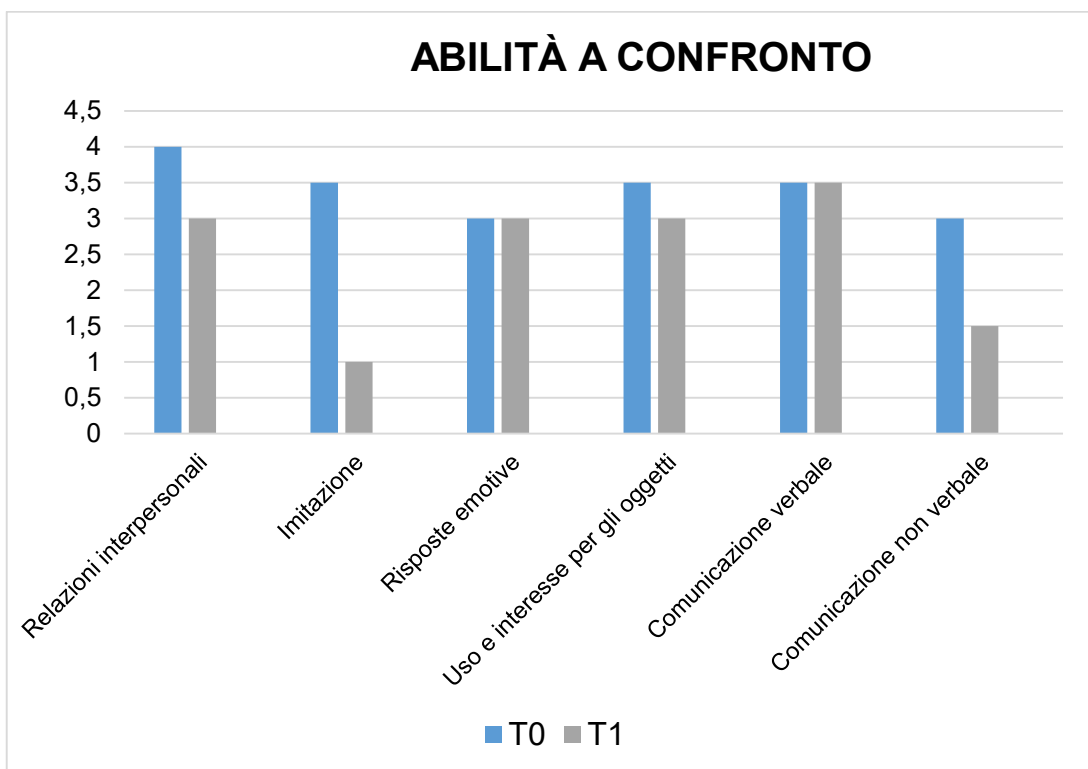
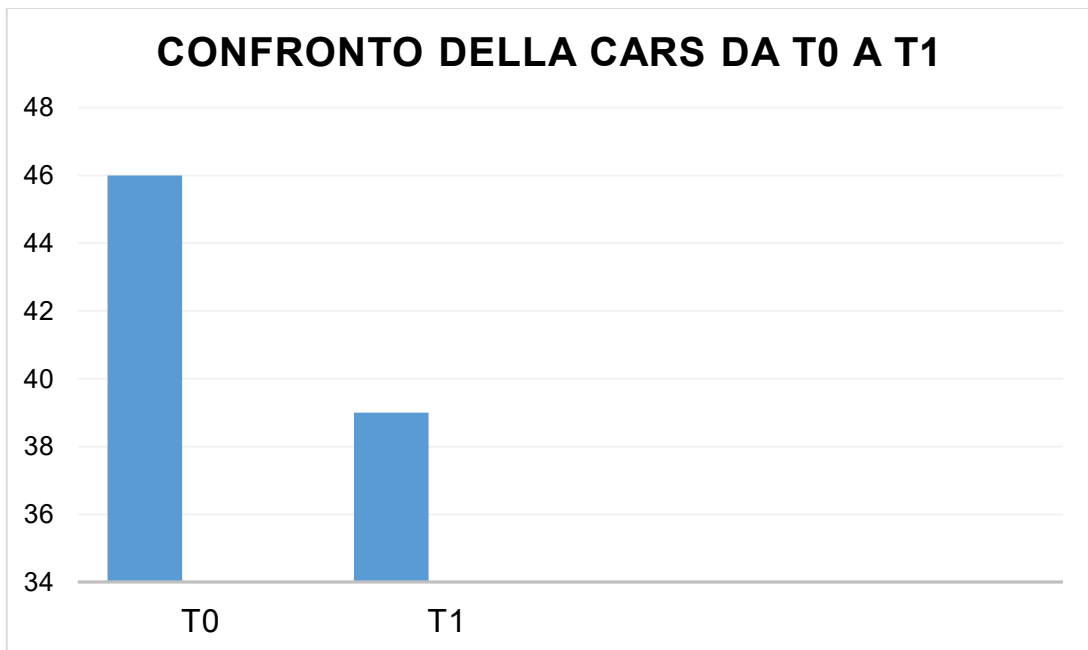
tollerare la frustrazione. Nel contesto scolastico sono emersi miglioramenti nel riconoscimento delle figure adulte e nel seguire la routine quotidiana.

Per quanto concerne le abilità di gioco, permane la mancanza di coinvolgimento dell'adulto e dei pari nonostante accetti l'altro e avvengano scambi reciproci. È presente il gioco simbolico e di finzione, anche se non sempre risulta essere un gioco funzionale soprattutto a scuola. È presente l'imitazione e alternanza dei turni all'interno di un setting strutturato, mentre a scuola no. Daniél non presenta attenzione congiunta, e nonostante sia poco ricettivo non manifesta comportamenti problema. Nel contesto scolastico, invece, a questo proposito si evidenzia un peggioramento. Daniél tende a farsi male nel momento in cui non riesce a comunicare di stare male oppure quando si arrabbia.

In merito alle abilità sociali rimangono deficitarie la capacità organizzativa e la tolleranza alla frustrazione. Sono emergenti il riconoscimento di una conseguenza ad un comportamento, la tolleranza ai NO, l'ascolto e la comprensione di istruzioni. Ha acquisito le autonomie di base, il riconoscimento delle emozioni degli altri, il rispetto del proprio turno e dei tempi d'attesa.

CARS

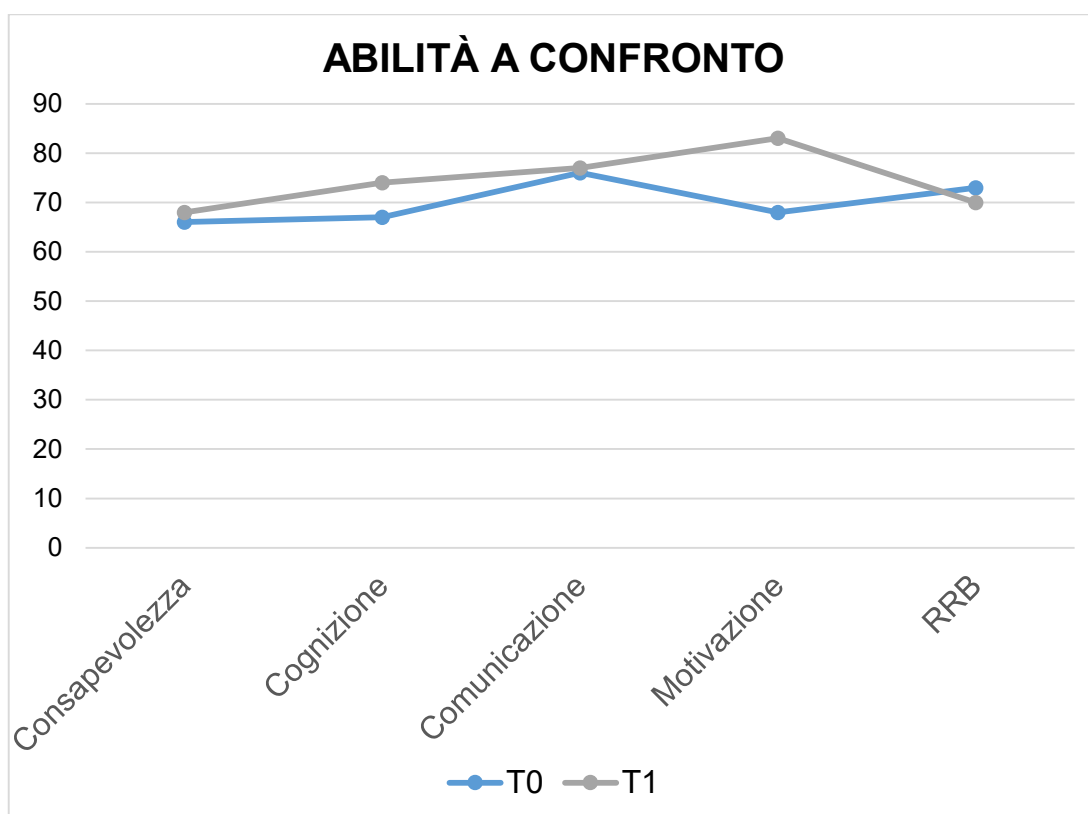
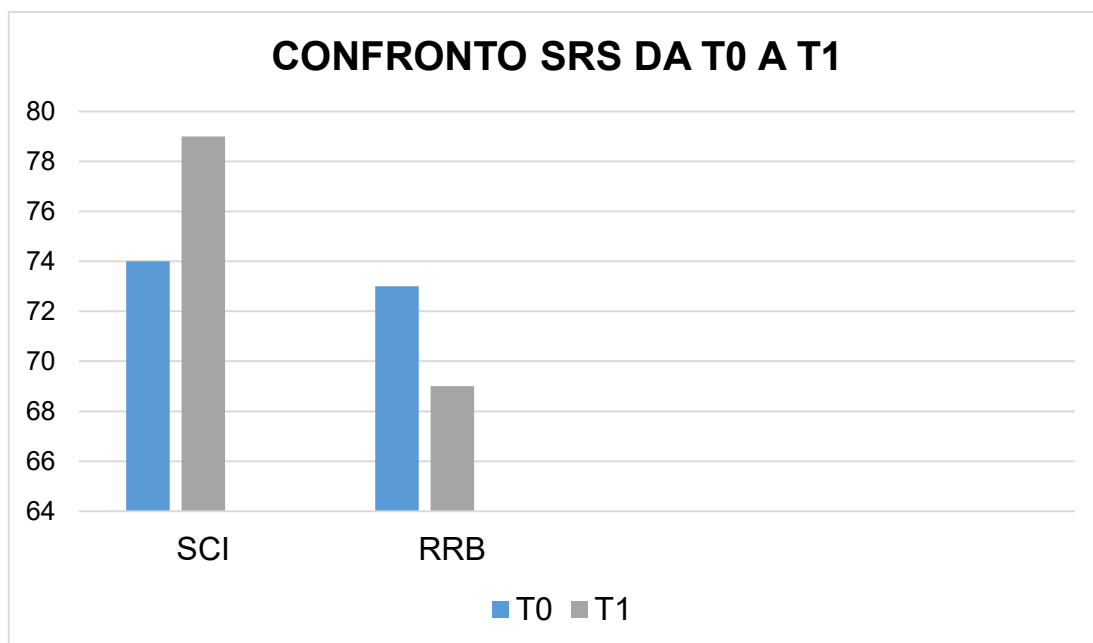
È evidente un lieve miglioramento a livello complessivo rispetto ai sintomi core dell'autismo. Per quanto concerne le aree dell'intersoggettività e delle abilità sociali un miglioramento visibile è l'incremento della capacità imitativa mentre emergenti sono le relazioni interpersonali. A differenza di quanto si può pensare, è evidente un peggioramento nella comunicazione non verbale indice dei problemi comportamentali e dell'intolleranza alla frustrazione.



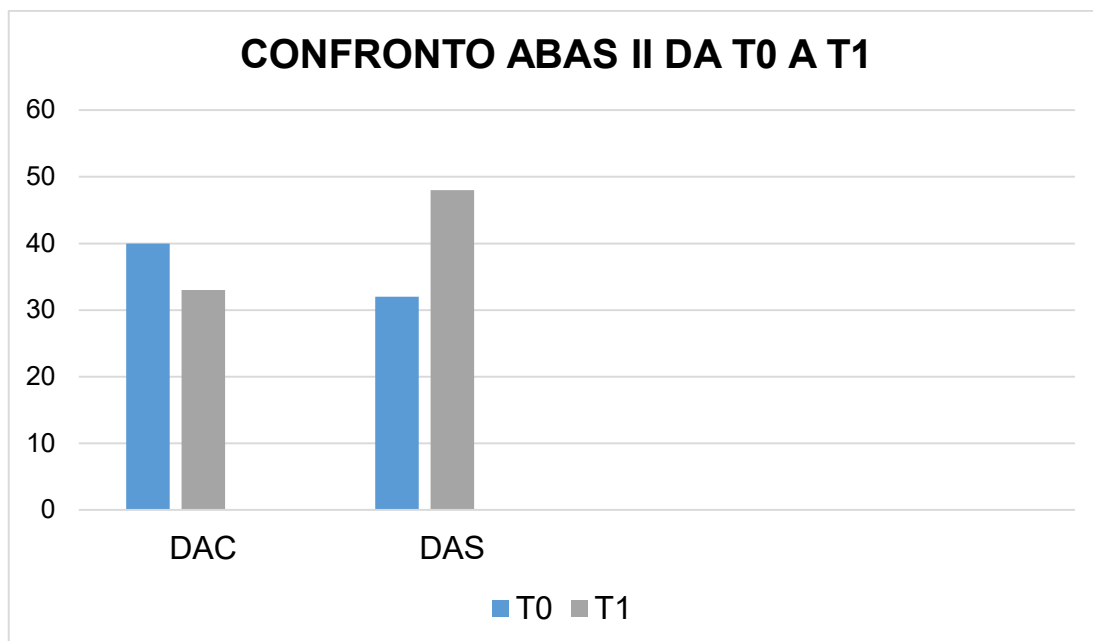
SRS

Dal grafico si può notare un peggioramento, infatti dal range di livello moderato (punteggio grezzo di 95) si passa al range di livello severo (punteggio grezzo di 104). Le cause sono dovute al calo nelle abilità della cognizione e della motivazione. Ciò è correlato all'aumento del deficit attentivo che porta Daniél

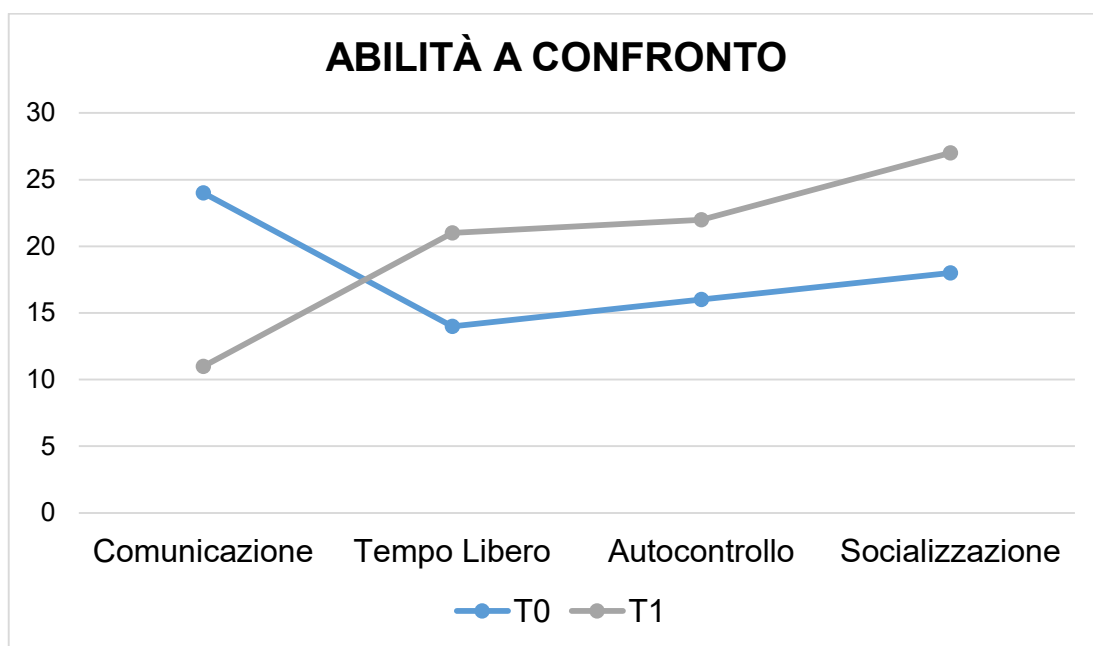
ad essere assente e poco ricettivo sia alle richieste che agli stimoli esterni, aumentando l'isolamento e incrementando i manierismi,



ABAS II



Rispetto alla media per età di sviluppo le competenze DAC peggiorano passando al range di livello estremamente basso. Mentre la abilità DAS migliorano, dal range estremamente basso al range sotto la media.



Da tale grafico si può notare come le capacità nell'area della comunicazione di Daniél siano peggiorate. Nonostante ciò, nelle altre aree si riscontra un miglioramento costante anche se visibilmente più lieve nell'area dell'autocontrollo.

CONCLUSIONE

Discussione sul progetto e risultati ottenuti

Il progetto si è concluso a metà settembre, durante il quale si sono riscontrate delle difficoltà che hanno inficiato sulle aspettative, limitandone i risultati.

L'ostacolo più compromettente sono state le brevi tempistiche. A questo se ne aggiungono altre sia per Natasha sia per Daniël.

Per Natasha, le difficoltà riscontrate sono dovute per la maggior parte dai problemi comportamentali della bambina. Ciò sicuramente è dipeso dal tardivo inizio di un trattamento psicoeducativo, che ha reso difficile la gestione della bambina sia a casa e a scuola, e non solo alla Nostra Famiglia. A livello familiare della gestione dei figli se ne occupa la madre, la quale lavorando ha difficoltà nella messa in pratica delle strategie suggerite e nel coincidere i turni con i trattamenti della figlia. Quando la madre non è presente è la sorella più grande e la cugina (di 28 anni) che si occupano dei 2 fratelli e Natasha. Altro ostacolo riscontrato è stata l'altra distraibilità di Natasha e la sua difficoltà nella comunicazione e interazione con l'altro.

Mentre, per quando riguarda Daniël, per motivi di svariate assenze e di riduzione del tempo, il percorso si è concluso a luglio. Questo è accaduto principalmente a causa del rifiuto dei genitori della proposta di un nuovo progetto di diurnato, siccome i due coniugi preferiscono intervenire sulle difficoltà di apprendimento e di linguaggio del bambino attraverso trattamento logopedico individuale. Oltre a ciò, Daniël nell'ultimo periodo manifestava molta stanchezza, la quale ha notevolmente influito sulle performance e sul trattamento riabilitativo poiché il bambino era molto assente, poco collaborativo, molto isolato, e spesso tutto ciò poteva presentarsi con crisi di pianto e comportamenti problema. Dall'altra parte proporre un gioco fonte di stimolo e di interesse potevano portare ad ulteriori crisi siccome diventava difficile passare ad un'altra attività.

Nonostante tutto, il progetto è stato possibile grazie alla disponibilità che sia i genitori che la scuola hanno concesso di somministrare i questionari utili per la prima fase di valutazione individuando gli obiettivi per i due progetti. Le informazioni ricavate, in particolar modo, sulle preferenze e gli interessi hanno

permesso di interagire sia con Natasha e Daniél. Col tempo si è instaurata una relazione basata sulla fiducia così da poter giocare e comprendere le loro difficoltà. In questo modo è stato possibile intervenire con i due bambini mettendo in atto il progetto al fine di aiutare e promuovere l'apprendimento di nuove modalità di interazione favorendo lo sviluppo di abilità sociali di base, propedeutiche allo sviluppo di scambi interpersonali sostituendo le modalità comportamentali disadattive e non funzionali.

Inoltre tale progetto ha permesso, in parte, di far conoscere la figura professionale del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica evidenziando il suo ruolo nell'intervento riabilitativo per i Disturbi del Neurosviluppo nell'età evolutiva, in particolar modo rispetto al Disturbo dello Spettro Autistico.

Infine, tutto ciò ha permesso una mia crescita professionale e, soprattutto, è stata un'importante esperienza di vita.

RINGRAZIAMENTI

Un ringraziamento speciale alla mia relatrice, la dott.ssa Paletti Flavia, per la sua immensa disponibilità e pazienza, per i suoi indispensabili consigli, per le sue conoscenze trasmesse durante tutto il percorso per la realizzazione di questo progetto. Ma soprattutto per avermi riposto la sua fiducia, per avermi incoraggiata e sostenuta.

Un enorme grazie alla mia famiglia e al mio ragazzo per il loro sostegno e il loro appoggio dalla scelta del mio percorso di studi fino ad oggi.

Un ringraziamento a mia zia e a mia nonna che sono state presenti nell'intero percorso di studi.

E, infine, un grazie alle tre stelle più luminose, che brillano per farmi sentire il loro supporto e il loro affetto. Siete sempre nel io cuore e nei miei pensieri.

ALLEGATO 1: LE TAPPE DELLO SVILUPPO TIPICO

Le principali tappe dello sviluppo tra i 3 mesi e i 6 anni I bambini si sviluppano con un ritmo individuale, e per questo non è possibile prevedere con esattezza quando acquisiranno una data capacità. Le tappe dello sviluppo che vengono qui descritte debbono essere considerate uno schema generale dei cambiamenti attesi durante la crescita: lievi scostamenti da questo profilo non debbono procurare allarme.

Da 3 a 6 mesi
Relazionale Ricambia il sorriso dell'adulto (sviluppo del sorriso sociale) Si diverte a giocare con gli altri e può dispiacersi se il gioco viene interrotto Aumenta la propria capacità espressiva sia con le espressioni facciali che con i movimenti del corpo
Motorio Drizza la testa e il tronco quando si trova in posizione prona (a pancia sotto) Sostiene la parte superiore del proprio corpo quando è sdraiato sulla pancia Si piega sulle ginocchia quando i piedi sono appoggiati a una superficie stabile Allunga le gambe e scalcia quando è sdraiato Apre e chiude le mani Porta le mani alla bocca
Linguaggio Sorride al suono della voce delle persone care Comincia a balbettare e a formulare spontaneamente dei suoni per gioco Inizia ad imitare qualche suono Si gira verso l'origine di un suono
Visivo Si rivolge verso le persone che gli parlano Segue i movimenti degli oggetti Riconosce oggetti e persone familiari a distanza Afferra e agita giochi con le mani (coordinazione viso-motoria)

Da 6 a 12 mesi
Relazionale Si diverte a giocare con gli altri Si interessa alle immagini nello specchio Risponde alle espressioni che indicano emozioni e spesso appare allegro
Motorio E' capace di rotolarsi sui fianchi Si siede con e a volte senza il supporto delle mani E' capace di sostenere il proprio peso sulle gambe Raggiunge gli oggetti con una mano Trasferisce gli oggetti da una mano all'altra Usa la mano per 'rastrellare' i giochi
Cognizione e Linguaggio Riesce a trovare oggetti parzialmente nascosti Esplora con le mani e con la bocca Si sforza per raggiungere oggetti che non sono a sua portata di mano Risponde al proprio nome Inizia a rispondere ai 'no' Esprime le emozioni con il tono della voce Risponde ai suoni emettendo suoni Usa la voce per esprimere la gioia e il dispiacere Balbetta catene di suoni
Visivo Sviluppa completamente la visione dei colori Matura la visione da lontano Aumenta la sua capacità di seguire con gli occhi oggetti in movimento

Da 12 a 24 mesi Relazionale Si mostra timido e preoccupato con chi non conosce Piange quando i genitori si allontanano Si diverte a imitare le persone quando gioca Mostra preferenze verso particolari giochi o persone Verifica le reazioni dei genitori al suo comportamento Ripete suoni e gesti Allunga le braccia o le gambe mentre lo si veste Motorio Riesce a mettersi seduto senza aiuto Si trascina in avanti sulla pancia Si mette a carponi e si muove gattonando Passa da seduto a carponi e a sdraiato sulla pancia Riesce a mettersi in piedi Cammina tenendosi ai mobili Riesce a stare in piedi per qualche istante senza supporto Può compiere tre o quattro passi senza supporto Cognizione e Linguaggio Usa gli oggetti in molti modi diversi (agitare, tirare, sbattere, far cadere) Trova facilmente oggetti nascosti Guarda verso un'immagine quando viene nominata Imita i gesti Inizia a usare gli oggetti correttamente (bere dalla tazza, pettinarsi i capelli, comporre il numero di telefono) Presta crescente attenzione ai discorsi Risponde a semplici richieste Risponde ai 'no' Usa semplici gesti come ad esempio scuotere la testa per dire no Balbetta con intonazione (cambiamenti di tono) Dice 'mamma' e 'papà' e usa esclamazioni come "Oh-oh!" Prova ad imitare le parole Capacità manuali Usa la prensione a pinza Sbatte due oggetti insieme Mette gli oggetti dentro e fuori da un contenitore Esplora con il dito indice Prova a scarabocchiare

Da 2 a 3 anni Relazionale Imita il comportamento degli altri, specialmente quello dei più grandi E' più consapevole della propria individualità E' più eccitato dalla compagnia di altri bambini Dimostra una maggiore indipendenza Inizia a mostrare un comportamento insolente Presenta ansia da separazione al calare della sera Motorio Cammina senza aiuto Tira giocattoli dietro di sé mentre cammina Riesce a trasportare giocattoli anche grandi mentre cammina Inizia a correre Sta in piedi sulle punte Calcia la palla Sale e scende dai mobili senza aiuto Sale e scende le scale tenendosi a un supporto Cognizione e Linguaggio Trova oggetti anche quando nascosti sotto due o tre strati Inizia a discriminare per forma e colore Inizia a fare giochi 'far finta di' Indica oggetti e disegni sotto richiesta Riconosce nomi di persone, oggetti familiari e parti del corpo Conosce diverse parole (verso i 18 mesi) Usa frasi semplici, composte da 2 a 4 parole (verso i 20 mesi) Ripete parole ascoltate durante una conversazione Capacità manuali Scarabocchia Rovescia i contenitori per

svuotarne il contenuto Costruisce torri con più di quattro blocchi Può presentare un uso più frequente di una mano rispetto all'altra

Da 3 a 4 anni Relazionale Imita gli adulti e i compagni di gioco Mostra di affezionarsi ai suoi compagni di gioco Riesce a fare giochi con il cambio di turno Comprende il concetto di mio/suo Esprime affetto apertamente e anche una grande varietà di emozioni A partire dai tre anni si separa con facilità dai genitori Motorio Si arrampica bene Sale e scende le scale alternando i piedi (un piede per ogni scalino) Corre con facilità Pedala sul triciclo Si sporge senza cadere Cognizione e Linguaggio Riesce a fare funzionare giocattoli meccanici Gioca a 'fare finta' con bambole, animali, e persone Completa puzzle di tre quattro pezzi Comprende il concetto 'due' Riesce a seguire dei comandi composti Riconosce e identifica tutti gli oggetti e immagini più comuni Comprende la maggior parte delle affermazioni Comprende la disposizione nello spazio (sopra, sotto, dentro) Usa frasi con 4-5 parole Riesce a dire il proprio nome, sesso e età Usa i pronomi (io, tu, noi, loro) e alcuni plurali Gli estranei capiscono la maggior parte di quello che dice Capacità manuali Disegna linee verticali, orizzontali e curvilinee con matite e pastelli Gira le pagine di un blocco una alla volta Costruisce torri con più di 6 blocchi Tiene la matita nella posizione corretta

Da 4 a 5 anni Relazionale Si interessa a nuove esperienze Fa attività in cooperazione con altri bambini Gioca a mamma e papà Ha una sempre maggiore inventiva nei giochi di immaginazione Sa vestire e svestire Sa negoziare soluzioni nei conflitti Vede nelle immagini non familiari dei mostri Si concepisce come persona completa, fatta di corpo, mente e sentimenti A volte non sa distinguere la realtà dalla fantasia Motorio Salta su un piede e può rimanervi fermo per più di cinque secondi Sale e scende le scale senza aiuto Calcia la palla in avanti Tira la palla con forza Acchiappa quasi sempre le palle di rimbalzo Si sposta in avanti e indietro con facilità Cognizione e Linguaggio Chiama correttamente i diversi colori Capisce il concetto 'contare' e conosce diversi numeri Inizia ad avere un certo senso del tempo Riesce a raccontare parte di una storia Capisce il concetto di 'stesso' e 'diversente' Intraprende giochi di fantasia Possiede qualche regola grammaticale Usa affermazioni di circa sei parole Gli estranei riescono a capire piuttosto bene cosa dice Racconta storie Capacità manuali Riesce a copiare dei quadrati e a disegnare

cerchi Disegna persone con 2-4 parti del corpo Usa le forbici Inizia a copiare qualche lettera maiuscola

Da 5 a 6 anni Relazionale Desidera accontentare gli amici Desidera assomigliare agli amici Accetta con più facilità le regole Si diverte a cantare, ballare e recitare Mostra maggiore indipendenza (può ad esempio andare da solo a trovare il vicino) Sa distinguere il genere Distingue la fantasia dalla realtà Alcune volte è esigente, altre esageratamente cooperativo Motorio Riesce a stare su di un piede per più di dieci secondi Salta, fa le capriole Sa andare in altalena e arrampicarsi Può essere capace a saltare la corda Cognizione e Linguaggio Conta 10 o più oggetti Nomina correttamente almeno quattro colori Comprende meglio il concetto del tempo Conosce le cose che appartengono alla vita quotidiana (soldi, cibo, elettrodomestici) Ricorda parti di una storia Usa il tempo futuro Racconta storie lunghe Dice il suo nome e l'indirizzo Capacità manuali Copia triangoli e altre forme Disegna persone con il loro corpo Si veste e si sveste senza aiuto Usa forchetta, cucchiaio e qualche volta il coltello

ALLEGATO 2: PANSM_TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN INFANZIA E ADOLESCENZA

Tutela della salute mentale in infanzia e in adolescenza

Molte patologie psichiatriche, neurologiche e neuropsicologiche hanno il loro esordio in età evolutiva, e se non adeguatamente e tempestivamente trattate, possono determinare conseguenze assai significative in età adulta sia per quanto riguarda la salute mentale che le condizioni di invalidità e non autosufficienza.

Si tratta di situazioni che richiedono una presa in carico multidisciplinare di lunga durata, con interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione che coinvolgano la famiglia e i contesti di vita, integrati in rete con altre istituzioni e con il territorio. Un sistema integrato e completo di servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza richiede quindi la presenza di équipes multidisciplinari composte di tutte le figure professionali necessarie a garantire gli interventi ed un adeguato range di strutture (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, di ricovero), entrambe indispensabili per garantire i LEA.

Nonostante le indicazioni previste nei Progetti Obiettivo Materno-infantile e Salute mentale e i successivi approfondimenti nelle Linee di indirizzo per la Salute mentale, la situazione dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza è invece disomogenea nelle diverse regioni e, in taluni casi, presenta evidenti carenze.

Particolarmente critiche appaiono le risposte ai disturbi psichiatrici in adolescenza, soprattutto al momento dell'acuzie e l'intervento precoce e la presa in carico nelle disabilità complesse e dello sviluppo, nonché la transizione tra i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta. Appare quindi fondamentale che le Regioni - nell'ambito delle proprie autonomie - migliorino la risposta ai bisogni degli utenti affetti da disturbi neuropsichici dell'età evolutiva e attivino uno stabile sistema di monitoraggio.

Vi è inoltre la fondamentale esigenza di una migliore e più funzionale organizzazione dell'integrazione tra i servizi di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta, specie riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia d'età 15 – 21 anni), con l'elaborazione di progetti sperimentali che

prevedano la creazione di équipe integrate dedicate alla prevenzione e all'intervento precoce nei disturbi gravi ed emergenti.

ALLEGATO 3: LEGGE 104/1992

Legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate." (Pubblicata in G. U. 17 febbraio 1992, n. 39, S.O.)

Nota bene: quello che segue è il testo vigente dopo le ultime modifiche introdotte dalla Legge 8 marzo 2000, n. 53 e dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 1. Finalità.

- 1. La Repubblica:

a) garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;

b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali;

c) persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata;

d) predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata.

2. Principi generali.

- 1. La presente legge detta i principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza della persona handicappata. Essa costituisce inoltre riforma economico-sociale della Repubblica, ai sensi dell'articolo 4 dello Statuto speciale per il Trentino-Alto Adige, approvato con legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 5.

3. Soggetti aventi diritto.

- 1. E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

2. La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative.

3. Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

4. La presente legge si applica anche agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale. Le relative prestazioni sono corrisposte nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali.

4. Accertamento dell'handicap.

- 1. Gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, di cui all'articolo 3, sono effettuati dalle unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali.

5. Principi generali per i diritti della persona handicappata.

– 1. La rimozione delle cause invalidanti, la promozione dell'autonomia e la realizzazione dell'integrazione sociale sono perseguite attraverso i seguenti obiettivi:

a) sviluppare la ricerca scientifica, genetica, biomedica, psicopedagogica, sociale e tecnologica anche mediante programmi finalizzati concordati con istituzioni pubbliche e private, in particolare con le sedi universitarie, con il Consiglio nazionale delle ricerche (CNR), con i servizi sanitari e sociali, considerando la persona handicappata e la sua famiglia, se coinvolti, soggetti partecipi e consapevoli della ricerca;

b) assicurare la prevenzione, la diagnosi e la terapia prenatale e precoce delle minorazioni e la ricerca sistematica delle loro cause;

c) garantire l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi, che assicurino il recupero consentito dalle conoscenze scientifiche e dalle tecniche

attualmente disponibili, il mantenimento della persona handicappata nell'ambiente familiare e sociale, la sua integrazione e partecipazione alla vita sociale;

d) assicurare alla famiglia della persona handicappata un'informazione di carattere sanitario e sociale per facilitare la comprensione dell'evento, anche in relazione alle possibilità di recupero e di integrazione della persona handicappata nella società;

e) assicurare nella scelta e nell'attuazione degli interventi socio-sanitari la collaborazione della famiglia, della comunità e della persona handicappata, attivandone le potenziali capacità;

f) assicurare la prevenzione primaria e secondaria in tutte le fasi di maturazione e di sviluppo del bambino e del soggetto minore per evitare o constatare tempestivamente l'insorgenza della minorazione o per ridurre e superare i danni della minorazione sopraggiunta;

g) attuare il decentramento territoriale dei servizi e degli interventi rivolti alla prevenzione, al sostegno e al recupero della persona handicappata, assicurando il coordinamento e l'integrazione con gli altri servizi territoriali sulla base degli accordi di programma di cui all'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142;

h) garantire alla persona handicappata e alla famiglia adeguato sostegno psicologico e psicopedagogico, servizi di aiuto personale o familiare, strumenti e sussidi tecnici, prevedendo, nei casi strettamente necessari e per il periodo indispensabile, interventi economici integrativi per il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente articolo;

i) promuovere, anche attraverso l'apporto di enti e di associazioni, iniziative permanenti di informazione e di partecipazione della popolazione, per la prevenzione e per la cura degli handicap, la riabilitazione e l'inserimento sociale di chi ne è colpito;

l) garantire il diritto alla scelta dei servizi ritenuti più idonei anche al di fuori della circoscrizione territoriale;

m) promuovere il superamento di ogni forma di emarginazione e di esclusione sociale anche mediante l'attivazione dei servizi previsti dalla presente legge.

6. Prevenzione e diagnosi precoce.

- 1. Gli interventi per la prevenzione e la diagnosi prenatale e precoce delle minorazioni si attuano nel quadro della programmazione sanitaria di cui agli articoli 53 e 55 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 , e successive modificazioni.

2. Le regioni, conformemente alle competenze e alle attribuzioni di cui alla legge 8 giugno 1990, n. 142 , e alla legge 23 dicembre 1978, n. 833 , e successive modificazioni, disciplinano entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge:

a) l'informazione e l'educazione sanitaria della popolazione sulle cause e sulle conseguenze dell'handicap, nonché sulla prevenzione in fase preconcezionale, durante la gravidanza, il parto, il periodo neonatale e nelle varie fasi di sviluppo della vita, e sui servizi che svolgono tali funzioni;

b) l'effettuazione del parto con particolare rispetto dei ritmi e dei bisogni naturali della partoriente e del nascituro;

c) l'individuazione e la rimozione, negli ambienti di vita e di lavoro, dei fattori di rischio che possono determinare malformazioni congenite e patologie invalidanti;

d) i servizi per la consulenza genetica e la diagnosi prenatale e precoce per la prevenzione delle malattie genetiche che possono essere causa di handicap fisici, psichici, sensoriali di neuromotulesioni;

e) il controllo periodico della gravidanza per la individuazione e la terapia di eventuali patologie complicanti la gravidanza e la prevenzione delle loro conseguenze;

f) l'assistenza intensiva per la gravidanza, i parti e le nascite a rischio;

g) nel periodo neonatale, gli accertamenti utili alla diagnosi precoce delle malformazioni e l'obbligatorietà del controllo per l'individuazione ed il tempestivo trattamento dell'ipotiroidismo congenito, della fenilchetonuria e della fibrosi cistica. Le modalità dei controlli e della loro applicazione sono disciplinate con atti di indirizzo e coordinamento emanati ai sensi dell'articolo 5, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 . Con tali atti possono essere individuate altre forme di endocrinopatie e di errori congeniti del metabolismo alle quali estendere l'indagine per tutta la popolazione neonatale;

h) un'attività di prevenzione permanente che tuteli i bambini fin dalla nascita anche mediante il coordinamento con gli operatori degli asili nido, delle scuole

materne e dell'obbligo, per accertare l'inesistenza o l'insorgenza di patologie e di cause invalidanti e con controlli sul bambino entro l'ottavo giorno, al trentesimo giorno, entro il sesto ed il nono mese di vita e ogni due anni dal compimento del primo anno di vita. E' istituito a tal fine un libretto sanitario personale, con le caratteristiche di cui all'articolo 27 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 , su cui sono riportati i risultati dei suddetti controlli ed ogni altra notizia sanitaria utile a stabilire lo stato di salute del bambino;

i) gli interventi informativi, educativi, di partecipazione e di controllo per eliminare la nocività ambientale e prevenire gli infortuni in ogni ambiente di vita e di lavoro, con particolare riferimento agli incidenti domestici. 3. Lo Stato promuove misure di profilassi atte a prevenire ogni forma di handicap, con particolare riguardo alla vaccinazione contro la rosolia.

7. Cura e riabilitazione.

- 1. La cura e la riabilitazione della persona handicappata si realizzano con programmi che prevedano prestazioni sanitarie e sociali integrate tra loro, che valorizzino le abilità di ogni persona handicappata e agiscano sulla globalità della situazione di handicap, coinvolgendo la famiglia e la comunità. A questo fine il Servizio sanitario nazionale, tramite le strutture proprie o convenzionate, assicura:

a) gli interventi per la cura e la riabilitazione precoce della persona handicappata, nonché gli specifici interventi riabilitativi e ambulatoriali, a domicilio o presso i centri socio-riabilitativi ed educativi a carattere diurno o residenziale di cui all'articolo 8, comma 1, lettera l);

b) la fornitura e la riparazione di apparecchiature, attrezzature, protesi e sussidi tecnici necessari per il trattamento delle menomazioni.

2. Le regioni assicurano la completa e corretta informazione sui servizi ed ausili presenti sul territorio, in Italia e all'estero.

8. Inserimento ed integrazione sociale.

- 1. L'inserimento e l'integrazione sociale della persona handicappata si realizzano mediante:

a) interventi di carattere socio-psico-pedagogico, di assistenza sociale e sanitaria a domicilio, di aiuto domestico e di tipo economico ai sensi della normativa vigente, a sostegno della persona handicappata e del nucleo familiare in cui è inserita;

- b) servizi di aiuto personale alla persona handicappata in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale;
- c) interventi diretti ad assicurare l'accesso agli edifici pubblici e privati e ad eliminare o superare le barriere fisiche e architettoniche che ostacolano i movimenti nei luoghi pubblici o aperti al pubblico;
- d) provvedimenti che rendano effettivi il diritto all'informazione e il diritto allo studio della persona handicappata, con particolare riferimento alle dotazioni didattiche e tecniche, ai programmi, a linguaggi specializzati, alle prove di valutazione e alla disponibilità di personale appositamente qualificato, docente e non docente;
- e) adeguamento delle attrezzature e del personale dei servizi educativi, sportivi, di tempo libero e sociali;
- f) misure atte a favorire la piena integrazione nel mondo del lavoro, in forma individuale o associata, e la tutela del posto di lavoro anche attraverso incentivi diversificati;
 - g) provvedimenti che assicurino la fruibilità dei mezzi di trasporto pubblico e privato e la organizzazione di trasporti specifici;
 - h) affidamenti e inserimenti presso persone e nuclei familiari;
 - i) organizzazione e sostegno di comunità alloggio, case-famiglia e analoghi servizi residenziali inseriti nei centri abitati per favorire la deistituzionalizzazione e per assicurare alla persona handicappata, priva anche temporaneamente di una idonea sistemazione familiare, naturale o affidataria, un ambiente di vita adeguato;
 - l) istituzione o adattamento di centri socioriabilitativi ed educativi diurni, a valenza educativa, che perseguano lo scopo di rendere possibile una vita di relazione a persone temporaneamente o permanentemente handicappate, che abbiano assolto l'obbligo scolastico, e le cui verificate potenzialità residue non consentano idonee forme di integrazione lavorativa. Gli standard dei centri socio-riabilitativi sono definiti dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per gli affari sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano di cui all'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400;
- m) organizzazione di attività extrascolastiche per integrare ed estendere l'attività educativa in continuità ed in coerenza con l'azione della scuola.

9. Servizio di aiuto personale.

- 1. Il servizio di aiuto personale, che può essere istituito dai comuni o dalle unità sanitarie locali nei limiti delle proprie ordinarie risorse di bilancio, è diretto ai cittadini in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, informatici, protesi o altre forme di sostegno rivolte a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione dei cittadini stessi, e comprende il servizio di interpretariato per i cittadini non udenti.

2. Il servizio di aiuto personale è integrato con gli altri servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti sul territorio e può avvalersi dell'opera aggiuntiva di:

a) coloro che hanno ottenuto il riconoscimento dell'obiezione di coscienza ai sensi della normativa vigente, che ne facciano richiesta;

b) cittadini di età superiore ai diciotto anni che facciano richiesta di prestare attività volontaria;

c) organizzazioni di volontariato.

3. Il personale indicato alle lettere a), b), c) del comma 2 deve avere una formazione specifica.

4. Al personale di cui alla lettera b) del comma 2 si estende la disciplina dettata dall'articolo 2, comma 2, della legge 11 agosto 1991, n. 266.

12. Diritto all'educazione e all'istruzione.

- 1. Al bambino da 0 a 3 anni handicappato è garantito l'inserimento negli asili nido.

2. E' garantito il diritto all'educazione e all'istruzione della persona handicappata nelle sezioni di scuola materna, nelle classi comuni delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado e nelle istituzioni universitarie.

3. L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione.

4. L'esercizio del diritto all'educazione e all'istruzione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap.

5. 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.

6. 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.

7. I compiti attribuiti alle unità sanitarie locali dai commi 5 e 6 sono svolti secondo le modalità indicate con apposito atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi dell'articolo 5, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833. (1 bis)

8. Il profilo dinamico-funzionale è aggiornato a conclusione della scuola materna, della scuola elementare e della scuola media e durante il corso di istruzione secondaria superiore.

9. Ai minori handicappati soggetti all'obbligo scolastico, temporaneamente impediti per motivi di salute a frequentare la scuola, sono comunque garantite l'educazione e l'istruzione scolastica. A tal fine il provveditore agli studi, d'intesa con le unità sanitarie locali e i centri di recupero e di riabilitazione, pubblici e privati, convenzionati con i Ministeri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale, provvede alla istituzione, per i minori ricoverati, di classi ordinarie quali sezioni staccate della scuola statale. A tali classi possono essere ammessi anche i minori ricoverati nei centri di degenza, che non versino in situazioni di handicap e per i quali sia accertata l'impossibilità della frequenza della scuola dell'obbligo per un periodo non inferiore a trenta giorni di lezione. La frequenza di tali classi, attestata dall'autorità scolastica mediante una relazione sulle attività svolte dai docenti in servizio presso il centro di degenza, è equiparata ad ogni effetto alla frequenza delle classi alle quali i minori sono iscritti.

10. Negli ospedali, nelle cliniche e nelle divisioni pediatriche gli obiettivi di cui al presente articolo possono essere perseguiti anche mediante l'utilizzazione di personale in possesso di specifica formazione psico-pedagogica che abbia una esperienza acquisita presso i nosocomi o segua un periodo di tirocinio di un anno sotto la guida di personale esperto.

13. Integrazione scolastica.

- 1. L'integrazione scolastica della persona handicappata nelle sezioni e nelle classi comuni delle scuole di ogni ordine e grado e nelle università si realizza, fermo restando quanto previsto dalle leggi 11 maggio 1976, n. 360, e 4 agosto 1977, n. 517, e successive modificazioni, anche attraverso:

a) la programmazione coordinata dei servizi scolastici con quelli sanitari, socio-assistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e con altre attività sul territorio gestite da enti pubblici o privati. A tale scopo gli enti locali, gli organi scolastici e le unità sanitarie locali, nell'ambito delle rispettive competenze, stipulano gli accordi di programma di cui all'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della pubblica istruzione, d'intesa con i Ministri per gli affari sociali e della sanità, sono fissati gli indirizzi per la stipula degli accordi di programma. Tali accordi di programma sono finalizzati alla predisposizione, attuazione e verifica congiunta di progetti educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché a forme di integrazione tra attività scolastiche e attività integrative extrascolastiche. Negli accordi sono altresì previsti i requisiti che devono essere posseduti dagli enti pubblici e privati ai fini della partecipazione alle attività di collaborazione coordinate;

b) la dotazione alle scuole e alle università di attrezzature tecniche e di sussidi didattici nonché di ogni altra forma di ausilio tecnico, ferma restando la dotazione individuale di ausili e presidi funzionali all'effettivo esercizio del diritto allo studio, anche mediante convenzioni con centri specializzati, aventi funzione di consulenza pedagogica, di produzione e adattamento di specifico materiale didattico;

c) la programmazione da parte dell'università di interventi adeguati sia al bisogno della persona sia alla peculiarità del piano di studio individuale;

d) l'attribuzione, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, di incarichi professionali ad interpreti da destinare

alle università, per facilitare la frequenza e l'apprendimento di studenti non udenti;

e) la sperimentazione di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 419, da realizzare nelle classi frequentate da alunni con handicap.

2. Per le finalità di cui al comma 1, gli enti locali e le unità sanitarie locali possono altresì prevedere l'adeguamento dell'organizzazione e del funzionamento degli asili nido alle esigenze dei bambini con handicap, al fine di avviarne precocemente il recupero, la socializzazione e l'integrazione, nonché l'assegnazione di personale docente specializzato e di operatori ed assistenti specializzati.

3. Nelle scuole di ogni ordine e grado, fermo restando, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, e successive modificazioni, l'obbligo per gli enti locali di fornire l'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con handicap fisici o sensoriali, sono garantite attività di sostegno mediante l'assegnazione di docenti specializzati.

4. I posti di sostegno per la scuola secondaria di secondo grado sono determinati nell'ambito dell'organico del personale in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge in modo da assicurare un rapporto almeno pari a quello previsto per gli altri gradi di istruzione e comunque entro i limiti delle disponibilità finanziarie all'uopo preordinate dall'articolo 42, comma 6, lettera h).

5. Nella scuola secondaria di primo e secondo grado sono garantite attività didattiche di sostegno, con priorità per le iniziative sperimentali di cui al comma 1, lettera e), realizzate con docenti di sostegno specializzati, nelle aree disciplinari individuate sulla base del profilo dinamico-funzionale e del conseguente piano educativo individualizzato.

6. Gli insegnanti di sostegno assumono la contitolarità delle sezioni e delle classi in cui operano, partecipano alla programmazione educativa e didattica e alla elaborazione e verifica delle attività di competenza dei consigli di interclasse, dei consigli di classe e dei collegi dei docenti (1 ter).

6 - bis. Agli studenti handicappati iscritti all'università sono garantiti sussidi tecnici e didattici specifici, realizzati anche attraverso le convenzioni di cui alla lettera b) del comma 1, nonché il supporto di appositi servizi di tutorato specializzato, istituiti dalle università nei limiti del proprio bilancio e delle

risorse destinate alla copertura degli oneri di cui al presente comma, nonché ai commi 5 e 5 -bis dell'articolo 16. (1 quater)

https://archivio.pubblica.istruzione.it/news/2006/allegati/legge104_92.pdf

ALLEGATO 4: ARTICOLO 2 E 3 DELLA BT LEGGE 170/2010

Gazzetta Ufficiale N. 244 del 18 Ottobre 2010 LEGGE 8 ottobre 2010, n.170

Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico. (10G0192)

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

promulga la seguente legge:

Art. 2 Finalità

1. La presente legge persegue, per le persone con DSA, le seguenti finalità:

- a) garantire il diritto all'istruzione;
- b) favorire il successo scolastico, anche attraverso misure didattiche di supporto, garantire una formazione adeguata e promuovere lo sviluppo delle potenzialità;
- c) ridurre i disagi relazionali ed emozionali;
- d) adottare forme di verifica e di valutazione adeguate alle necessità formative degli studenti;
- e) preparare gli insegnanti e sensibilizzare i genitori nei confronti delle problematiche legate ai DSA;
- f) favorire la diagnosi precoce e percorsi didattici riabilitativi;
- g) incrementare la comunicazione e la collaborazione tra famiglia, scuola e servizi sanitari durante il percorso di istruzione e di formazione;
- h) assicurare eguali opportunità di sviluppo delle capacità in ambito sociale e professionale.

Art. 3 Diagnosi

1. La diagnosi dei DSA è effettuata nell'ambito dei trattamenti specialistici già assicurati dal Servizio sanitario nazionale a legislazione vigente ed è comunicata dalla famiglia alla scuola di appartenenza dello studente. Le regioni nel cui territorio non sia possibile effettuare la diagnosi nell'ambito dei trattamenti specialistici erogati dal Servizio sanitario nazionale possono prevedere, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, che la medesima diagnosi sia effettuata da specialisti o strutture accreditate.

2. Per gli studenti che, nonostante adeguate attività di recupero didattico mirato, presentano persistenti difficoltà, la scuola trasmette apposita comunicazione alla famiglia.

3. E' compito delle scuole di ogni ordine e grado, comprese le scuole dell'infanzia, attivare, previa apposita comunicazione alle famiglie interessate, interventi tempestivi, idonei ad individuare i casi sospetti di DSA degli studenti, sulla base dei protocolli regionali di cui all'articolo 7, comma 1. L'esito di tali attività non costituisce, comunque, una diagnosi di DSA.

https://www.istruzione.it/esame_di_stato/Primo_Ciclo/normativa/allegati/legge170_10.pdf

BIBLIOGRAFIA:

- DIAGNOSI DEI DISTURBI EVOLUTIVI. MODELLI, CRITERI DIAGNOSTICI E CASI CLINICI

Vio C. e Lo Presti G.; 2020; edizioni Centro Studi Erickson S.P.A; 6^a ristampa; 326 pag.

- L'INTERVENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE PER L'ETÀ EVOLUTIVA. STRUMENTI DI VALUTAZIONE E TECNICHE PER IL TRATTAMENTO. (Compreso di CD-ROM)

Di Pietro M. e Bassi E.; 2020; edizioni Centro Studi Erickson S.P.A; 7^a ristampa; 292 pag.

- GIOCO E L'INTERAZIONE SOCIALE NELL'AUTISMO. CENTO IDEE PER FAVORIRE LO SVILUPPO DELL'INTERSOGGETTIVITÀ.

Xaiz C. e Micheli E.; 2021; edizioni Centro Studi Erickson S.P.A; 20^a ristampa; 195 pag.

- IL CORE COMPETENCE DEL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Famulari R., Fierro L., Parigi D., Rovito E., Ussorio D.; 2019; Alpes Italia srl; I edizione; 142 pag.

- MANUALE DI INSEGNAMENTO DELLE ABILITÀ SOCIALI PER L'ALUNNO CON PROBLEMI DI COMPORTAMENTO O RITARDO MENTALE LIEVE.

E.McGinnis, A.P.Goldstein, R.P.Sprafkin e N.J.Gershaw, 02/2020, edizioni Centro Studi Erickson S.P.A, 14^a ristampa, 267 pag.

- COPING POWER. PROGRAMMA PER IL CONTROLLO DI RABBIA E AGGRESSIVITÀ IN BAMBINI E ADOLESCENTI.

J.E.Lochman, K.Wells e L.A.Lenhart, 06/2022, edizioni Centro Studi Erickson S.P.A, 350 pag.

- COPING POWER NELLA SCUOLA PRIMARIA. GESTIRE I COMPORTAMENTI PROBLEMATICI E PROMUOVERE LE ABILITÀ RELAZIONALI IN CLASSE

I.Bertacchi, C.Giuli e P.Muratori, 10/2021, , edizioni Centro Studi Erickson S.P.A, 6^ristampa, 284 pag.

- IL CAT-KIT. EDUCAZIONE COGNITIVO AFFETTIVA

Dr.T.Attwood, K.Callesen e A.M.Nielsen, 2012, CAT-kit.com Aps, www.cat-kit.com, info@cat-kit.com, 59 pag.

- EDUCARE LE LIFE SKILLS. COME PROMUOVERE LE ABILITÀ PSICO-SOCIALI SECONDO L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ.

P.Marmocchi, C.D.Aglio e M.Zannini, 07/2010, edizioni Centro Studi Erickson S.P.A, 5^ristampa, 313 pag.

- WEBINAR: IL RUOLO DEL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA IN ETA' EVOLUTIVA: TEORIA E AMBITI D'INTERVENTO.

A cura di: Dott.ssa Maria Francesca Neroni (TeRP Esperta in Neuropsicologia età evolutiva e Trattamento integrato DCA.), Ass. A.I.Te.R.P Campania, modalità da remoto, il 10/04/2021

- STRUMENTI E TECNICHE DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE

Ba G., 2003, edizioni Franco Angeli s.r.l. Milano, 479 pag.

- PRINCIPI DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione

Carozza P, edizioni Franco Angeli s.r.l. Milano, 495 pag.

- MATERIALE LEZIONE "LA PSICHIATRIA CENNI STORICI"

Lezione di tirocinio online a cura di Dott.ssa Sara Ferron, A.A 2019/2020

- MATERIALE CORSO "LA DISABILITA' E RIABILITAZIONE NELLE MALATTIE NEUROLOGICHE"

Modulo parziale a cura di Dott.ssa Paletti Flavia, corso "Riabilitazione Applicata", Presidente del corso Dott. Fabio Sambataro, primo semestre A.A 2020/2021

- MATERIALE CORSO “LE PSICOTERAPIE”

Modulo parziale a cura della Dott.ssa Tenconi Elena, corso “Trattamenti in psichiatria”, Presidente del corso Dott.ssa Tenconi Elena, secondo semestre A.A 2020/2021

- ICF CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DEL FUNZIONAMENTO, DELLA DISABILITÀ E DELLA SALUTE. (VERSIONE BREVE)

Traduzione a cura di Gabriele lo Iacono, Daniela Falcinelli, Francesca Cretti, Serena Banal. Editing Serena Banal. Curatore dell’edizione italiana Matilde Leonardi. 2001 world health organization Geneva, switzerland, 2004 edizioni erickson, Via praga 5, settore E, 38100 gardolo (tn), 236 pagine.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42417/9788879466288_ita.pdf;jsessionid=972B9CBC5958D1384572830ED39123E0?sequence=4

- MATERIALE CORSO “RIABILITAZIONE E ATTIVITÀ MOTORIA”

Modulo parziale a cura della Dott.ssa Angela Permunion, corso “Metodi e tecniche della riabilitazione”, Presidente del corso Dott. Daniele Rodriguez, primo semestre A.A 2021/2022

- PSI-4 (Manuale)

R.R.Abidin, 2016. Giunti Psychometric S.r.l- Firenze, 4^edizione, pag.77

- SCQ (Manuale)

M.Rutter, A.Bailey, C.Lord, 2017, Giunti O.S Psychometrics S.r.l- Firenze, 2^edizione, pag.35

SITOLOGIA:

- LINEE GUIDA

https://docs.google.com/document/d/1E0ghvugO3o00u-p6c1Gn8RjF2-T-hN_q/edit?usp=sharing&ouid=100517961483143162898&rtpof=true&sd=true

- PROMUOVERE LA COMUNICAZIONE SPONTANEA

https://drive.google.com/file/d/1Y7K0lyo8p54mWTlbf8pgvFVO_xdDBrBI/view?usp=sharing

- PROMUOVERE LE ABILITÀ SOCIALI NEI BAMBINI AUTISTICI

<https://drive.google.com/file/d/1UAiQ1BDZ4UJ5P-Paopcp22QpMwVRRFzt/view?usp=sharing>

- SAS ASD

<https://docs.google.com/document/d/1MAnBNyZsStBdo5RPgsNTaB69Xagzc hh8/edit?usp=sharing&uid=100517961483143162898&rtpof=true&sd=true>

- SAS (Abilità sociali)

https://drive.google.com/file/d/1EPPNp7fWS8-lxBIBW1_4-7d1_AKuOkS4/view?usp=sharing

- DENVER

<https://docs.google.com/document/d/1UvL4OLPVmxUjw4Z8W-2li8NtNeL2Kkg5/edit?uspsharing&uid=100517961483143162898&rtpof=true&sd=true>

- IL MODELLO JASPER

<https://docs.google.com/document/d/1vGO4c3qYUfM-WO0BuNpEk7gKFMIMQhXidoqRvht-5R0/edit?usp=sharing>

- TED

https://docs.google.com/document/d/1jr222c_f6RyC8SnL5ayq3EHPn_u_Lo8vyEjf45PU0c/edit?usp=sharing

- AUTISMO TRA IL DIRE E IL FARE

<https://docs.google.com/document/d/1omzptiB42hx63ryc-tfPs3hIVLvZtheWZOijDEXmKOQ/edit?usp=sharing>

- INTERSOGGETTIVITÀ

<https://docs.google.com/document/d/15GoI36n9NDJzs7fHOIVBI9d6Uv6vRKAT/edit?usp=sharing&uid=100517961483143162898&rtpof=true&sd=true>

- GIOCHI E ATTIVITÀ ASD
https://drive.google.com/file/d/1sCRSWLFPCrr_Ni4MIpkrWHid-JwL2v0e/view?usp=sharig

- STRUMENTI E GIOCO NELL'ASD
https://drive.google.com/file/d/1wcVI5R-QOg1PUR_KGU63NNqAHdbIUaTj/view?usp=sharing

- IL GIOCO E LE ABILITÀ SOCIALI (GIOCO E RELAZIONE ASD)
<https://drive.google.com/file/d/1iypX4rN5COYe1Blp2IK45Hue6cYwK9-u/view?usp=sharing>

- GIOCHI PER BAMBINI CON ASD NON VERBALI
https://drive.google.com/file/d/1hKs16wHArYRyUHFLgU_I5KcDtOCrWI8/view?usp=sharig

- ALBO TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA VENEZIA-PADOVA
<https://www.tsrmpstrpvenezia.it/professioni-sanitarie/riabilitative/#riabilitazione-psichiatrica>

- SESSANTE RIVISTA SCIENTIFICA
<https://acrobat.adobe.com/link/review?uri=urn:aaid:scds:US:0ab6ddf7-96443282-8495-cdfbb9ba73be>

- LINEE DI INDIRIZZO SUI DISTURBI NEUROPSICHIATRICI E NEUROPSICHICI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
allegato A del Ministero della Salute in seguito alla Conferenza Unificata del 25/07/2019 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5621_0_file.pdf

- L' AUTODETERMINAZIONE
<https://lamenteemeravigliosa.it/la-teoria-dellautodeterminazione/>
<https://www.psiconline.it/articoli/per-saperne-di-piu/teoria-dell-autodeterminazione-e-le-motivazioni-impiegate-nei-compiti.html>

- IL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
<https://www.atlantedelleprofessioni.it/professioni/tecnico-della-riabilitazione-psichiatrica-tecnica-della-riabilitazione-psichiatrica>

- LA SALUTE MENTALE
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

- DAI MANICOMI ALLE COMUNITÀ RESIDENZIALI. La figura dell'educatore professionale socio-pedagogico nel campo della salute mentale.
<https://thesis.unipd.it/handle/20.500.12608/11829>

- MODELLO TRANSTEORICO DI PROCHASKA E DI CLEMENTE
<https://www.stateofmind.it/2017/12/modello-transteorico-cambiamento/>

- I DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO
<https://assonina.it/2021/03/17/i-disturbi-del-neurosviluppo/>

<https://www.ipsico.it/news/i-disturbi-del-neurosviluppo-dallinfanzia-alle-adulta/>

<https://istitutodineuroscienze.it/index.php/2021/05/20/disturbi-del-neurosviluppo/>

<http://www.anffas.net/it/disabilita-intellettive-e-disturbi-dello-spettro-autistico/disturbi-del-neurosviluppo/>

- IL PROGETTO RIABILITATIVO E L'APPROCCIO INTEGRATO
<https://e-l.unifi.it/mod/resource/view.php?id=316101>

- PARENT TRAINING
<https://www.stateofmind.it/2018/07/parent-training/>
<https://www.erickson.it/it/mondo-erickson/articoli/psicologia/parent-training-per-gestione-problema/>

- INTERVENTO PSICOEDUCATIVO

[https://www.nuovamente.eu/lintervento-psicoeducativo-nei-disturbi-del-neurosviluppo/#:~:text=Lo%20scopo%20dell'intervento%20psicoeducativo,superiore%20\(Pavone%2C%202010\).](https://www.nuovamente.eu/lintervento-psicoeducativo-nei-disturbi-del-neurosviluppo/#:~:text=Lo%20scopo%20dell'intervento%20psicoeducativo,superiore%20(Pavone%2C%202010).)

- LA PSICOEDUCAZIONE

<http://www.spazioformamentis.it/la-psicoeducazione/>

- LA NEUROSPICOLOGIA IN ETÀ EVOLUTIVA

<https://www.equipeinternamente.it/la-neuropsicologia-dell-eta-evolutiva/>

- LA RIABILITAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA

<https://sstefano.it/la-riabilitazione-in-et%C3%A0-evolutiva>

- LA METACOGNIZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA

<https://www.crescita-personale.it/articoli/competenze/apprendimento/metacognizione-bambino.html#:~:text=Parlare%20di%20metacognizione%20e%20bambini,di scosta%20fortemente%20da%20un%20automatismo.>

- LA RIABILITAZIONE NEUROCOGNITIVA

<https://www.minihospital.it/il-percorso-di-riabilitazione-neurocognitiva-eta-evolutiva/>

- IL METODO FEUERSTEIN

<https://www.imparole.it/metodo-feuerstein-cose/>

http://www.cam.rn.it/metodo_feuerstein.php

<https://www.studiofeuerstein.it/metodo-feuerstein/>

- AUTISMO E ABILITÀ SOCIALI

<http://www.tieniamente.it/2022/03/autismo-abilita-sociali-sfide-bambini/>

<https://thespectrum.org.au/it/autism-strategy/social-interaction/>

- ABILITÀ SOCIALI NI BAMBINI

<https://lamenteemeravigliosa.it/sviluppare-abilita-sociali-nei-bambini/>

<https://www.stateofmind.it/2018/05/sviluppo-abilita-sociali-bambini/>

- K-SADS-PL

<https://www.stateofmind.it/2020/07/ksadspl-dsm5-bambini-adolescenti/>

- SRS

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5648615/>

- ABAS II

<https://autismocomehofatto.com/2021/10/12/abas-test-di-valutazione-comportamentale-dai-5-i-21-anni/>

<https://www.neuropsicomotricista.it/argomenti/778-tesi-di-laurea/sistemi-a-confronto-di-comunicazione-aumentativa-alternativa-per-lo-sviluppo-dei-prerequisiti-logico-matematici/4519-studio-della-presa-in-carico-neuropsicomotoria-sistemi-a-confronto-di-comunicazione-aumentativa-alternativa-per-lo-sviluppo-dei-prerequisiti-logico-matematici.html#abasii>

- LEITER-3

<https://core.ac.uk/download/pdf/80683971.pdf>

<https://ora.uniurb.it/handle/11576/2632882>

- WISC IV

<https://www.trainingcognitivo.it/profili-intellettivi-con-la-wisc-iv-nei-disturbi-specifici-dellapprendimento/>

<https://viverepiusani.it/test-wisc-a-quali-bambini/>

- GMSD

<https://www.stateofmind.it/2017/07/scale-griffiths-iii-valutazione/>

- CBCL

<https://iris.uniroma1.it/bitstream/11573/918812/1/Tesi%20%20Dottorato%202012.pdf>

<https://app.whaamproject.eu/it/resources/Strumenti%20di%20valutazione.pdf>

ARTICOLI:

- TRATTAMENTO DI COMUNICAZIONE SOCIALE IN ETÀ PRESCOLARE PER BAMBINI CON AUTISMO

<https://drive.google.com/file/d/1Hty0XYXozDc9Reo2zsnv1LXyh8KvY0H9/view?usp=sharing>

- ATTENZIONE CONGIUNTA

https://docs.google.com/document/d/1zO35hQKNuJEKW4YFhk-v4JFHvq0ziDj6rdDv_1MvoSc/edit?usp=sharing

<https://docs.google.com/document/d/13LWqpNYiXuB-G7T0Lmww3bxjAWF3eVILDsCcK0djlic/edit?usp=sharing>

- EFFETTO DI UN INTERVENTO MIRATO SUL FUNZIONAMENTO SOCIALE NEI BAMBINI CON AUTISMO

<https://drive.google.com/file/d/1NnXPhJ8saG2iW20zmBUxC6Y-lk7RVef1/view?usp=sharing>

- LINEE GUIDA DEI TRATTAMENTI PSICOSOCIALI EVIDENCE BASED. VERSO UNA VISIONE UNITARIA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Paola Carozza, articolo pagina 4, dalla pag.4 alla pag.11 della Rivista Scientifica Sessante

<https://acrobat.adobe.com/link/review?uri=urn:aaid:scds:US:0ab6ddf7-96443282-8495-cdfbb9ba73be>

- FATICA, FRAGILITA', SINTOMI, ASCOLTO, AGGANCIAMENTO, RELAZIONE DI AIUTO. MODELLI DI INTERVENTO A CONFRONTO NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO EVOLUTIVO E DELLA PSICOPATOLOGIA ADOLESCENZIALE: PROBLEMI CLINICI E STRATEGIE DI TRATTAMENTO.

Stefano Costa, Loretta Raffuzzi, Patrizia D'Aprile, Marzia Malaguti, articolo pagina 23, introduzione pagina 23, Rivista Scientifica Sessante

<https://acrobat.adobe.com/link/review?uri=urn:aaid:scds:US:0ab6ddf7-96443282-8495-cdfbb9ba73be>

- IL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA IN ETA' EVOLUTIVA

Serena Rossi, articolo pubblicato il 18/07/2022 presso il blog

<https://www.serenaneri.it/il-tecnico-della-riabilitazione-psichiatrica-in-eta-evolutiva/>

- TECNICHE RIABILITATIVE

Serena Neri, articolo pubblicato il 30/06/2022

<https://www.serenaneri.it/category/tecniche-riabilitative/>

- PSICOEDUCAZIONE STRUMENTO DI PREVENZIONE

Serena Neri, articolo pubblicato il 04/05/2022

<https://www.serenaneri.it/psicoeducazione-strumento-di-prevenzione/>

- GIOCARE OLTRE LE REGOLE: PROGETTARE E DIVERTIRSI DURANTE LE ATTIVITA'

Serena Neri, articolo pubblicato il 19/04/2022

<https://www.serenaneri.it/category/tecniche-riabilitative/gioco-in-riabilitazione/>

- STORIE PER RACCONTARSI

Serena Neri, articolo pubblicato il 06/04/2022

<https://www.serenaneri.it/elementor-61/>

- FRANCO BASAGLIA: LA FORZA DI ACCOGLIERE E ASCOLTARE LA MALATTIA MENTALE – Introduzione alla Psicologia

<https://www.stateofmind.it/2019/01/franco-basaglia/>

- RECOVERY. UNA NUOVA FRONTIERA PER IL CONCETTO DI SALUTE MENTALE

<https://www.saluteinternazionale.info/2013/06/recovery-una-nuova-frontiera-per-il-concetto-di-salute-mentale/>

- I SERVIZI DI SALUTE MENTALE TRA RECOVERY E RESILIENZA

<https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/servizi-salute-mentale-recovery-resilienza.html>

VIDEO

- Associazione I BAMBINI DELLE FATE

Video:

3. Puntata a Domenica IN su Rai1, dicembre 2018, dopo la prima volta su Rai1 avvenuta nel 2013
2. Puntata a Le Iene del 19 aprile 2021, dove viene documentata la quotidianità di Andrea. Ora Andrea vive da solo, in autonomia e lavora nella fondazione fondata dal padre "I bambini delle fate". Tutto ciò è stato possibile seguendo il trattamento psicoeducativo con metodo ABA.

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