



# Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA  
PRESIDENTE:

Ch.ma Proff.ssa Veronica Macchi

TESI DI LAUREA

LA GESTIONE DEL BAMBINO CON RITARDO PSICOMOTORIO, TRA COUNSELING  
GENITORIALE E TRATTAMENTO RIABILITATIVO: UNA RICERCA BIBLIOGRAFICA ED  
UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

(The management of the child with psychomotor retardation, between parental counseling and  
rehabilitation treatment: a literature search and an observational study)

RELATORE: Prof.ssa Elisabetta Ravagnan

CORRELATORE: Dott.ssa Monica Pittino

LAUREANDO: Arianna Zane

## Anno Accademico 2021/2022

### INDICE

Riassunto ... pag. 3

Riassunto in lingua inglese ... pag. 3

Introduzione ... pag. 4

Materiali e metodi ... pag. 5

    Selezione della casistica ... pag. 5

    Strumenti di misurazione ... pag. 6

    Procedura ... pag. 8

Definizione di ritardo psicomotorio ... pag. 8

Diagnosi differenziale ... pag. 9

Differenza tra ritardo psicomotorio e ritardo motorio semplice ... pag. 12

Fasi di sviluppo di un bambino tra 0 e 3 anni ... pag. 14

    Fascia d'età 0-3 mesi ... pag. 15

    Fascia d'età 3-6 mesi ... pag. 18

    Fascia d'età 6-9 mesi ... pag. 20

    Fascia d'età 9-12 mesi ... pag. 23

    Fascia d'età 12-18 mesi ... pag. 25

    Fascia d'età 18-24 mesi ... pag. 26

    Fascia d'età 24-36 mesi ... pag. 27

Giochi e attrezzature per il bambino in relazione ad età e fasi di sviluppo ... pag. 28

Intervento terapeutico fisioterapico ... pag. 33

Il ruolo del counseling in età evolutiva ... pag. 35

Casi clinici ... pag. 38

    Primo caso clinico: S. D. ... pag. 38

    Secondo caso clinico: L. C. ... pag. 41

    Terzo caso clinico: C. M. ... pag. 44

    Quarto caso clinico ... pag. 47

Conclusioni ... pag. 49

Bibliografia ... pag. 51

## RIASSUNTO

**Obiettivo:** In questa tesi si vuole analizzare la gestione del bambino con ritardo psicomotorio nella fascia di età tra 0 e 3 anni. L'obiettivo dello studio è quello di supportare la crescita di questi bambini attraverso il counseling genitoriale e il trattamento riabilitativo e di verificarne l'efficacia tramite il confronto con la famiglia e l'osservazione nel tempo dell'evoluzione delle abilità motorie (e non) degli stessi.

**Metodi:** Si tratta di una ricerca bibliografica effettuata tramite PubMed e ulteriormente supportata dall'osservazione e dalla raccolta dei dati di quattro diversi casi clinici di età compresa tra 0 e 3 anni, tutti accomunati da un ritardo nell'acquisizione delle competenze motorie, cognitive e affettivo-relazionali. I casi sono stati selezionati presso il Complesso Socio Sanitario dei Colli a Padova e sono stati tutti valutati a inizio del mio tirocinio (T0) e alla fine (T1), dopo l'intervento terapeutico. Le competenze motorie sono state valutate tramite la Scheda ideata dalla Dott.ssa Fedrizzi, mentre quelle cognitive e affettivo-relazionali per mezzo dell'osservazione degli elementi riportati dalla descrizione dello sviluppo secondo l'ottica Brazelton.

**Conclusioni:** Dal punto di vista motorio ho potuto constatare un miglioramento di tutti e quattro i casi clinici, seppure alcuni (S. D., C. M. e T. V.) più di altri (L. C.). Per quanto riguarda invece le competenze cognitive e affettivo-relazionali, nell'arco di tempo del mio tirocinio non vi sono stati evidenti miglioramenti, nonostante il trattamento e il counseling effettuati, tant'è vero che due dei casi clinici (S. D. e L. C.) sono stati segnalati per un trattamento psicomotorio specifico. Partecipando ai trattamenti ho anche potuto cogliere l'importanza del ruolo dei genitori e del counseling, dato che spesso erano i genitori stessi, già a inizio seduta, ad aggiornare la terapeuta sui progressi raggiunti dal bambino, permettendo così una verifica immediata dell'efficacia dell'intervento terapeutico e delle indicazioni date.

## RIASSUNTO IN LINGUA INGLESE

**Objectives:** In this thesis we want to analyse the management of children with psychomotor retardation in the 0-3 year age group. The aim of the study is to support the growth of these children through parental counselling and rehabilitation treatment, and to verify its effectiveness through discussion with the family and observation over time of the evolution of their motor (and non-motor) skills.

**Methods:** This is a literature search carried out through PubMed and further supported by the observation and data collection of four different clinical cases aged between 0 and 3 years, all sharing a delay in the acquisition of motor, cognitive and affective-relational skills. The cases were selected

at the Colli Socio-Sanitary Complex in Padua and were all assessed at the beginning of my placement (T0) and at the end (T1), after the therapeutic intervention. The motor skills were assessed by means of the form designed by Dr. Fedrizzi, while the cognitive and affective-relational ones by means of the observation of the elements reported in the description of development according to the Brazelton perspective.

**Conclusions:** From the motor point of view, I was able to observe an improvement in all four clinical cases, although some (S. D., C. M. and T. V.) more than others (L. C.). As for cognitive and affective-relational skills, during the time of my training there was no clear improvement, despite the treatment and counselling carried out, so much so that two of the clinical cases (S. D. and L. C.) were referred for specific psychomotor treatment. Participating in the treatments, I was also able to grasp the importance of the parents' role and of counselling, since it was often the parents themselves, already at the beginning of the session, who updated the therapist on the child's progress, thus allowing immediate verification of the effectiveness of the therapeutic intervention and of the indications given.

## INTRODUZIONE

Durante lo svolgimento del tirocinio presso il Complesso Socio Sanitario dei Colli a Padova ho avuto la possibilità di seguire il trattamento riabilitativo di diversi bambini con diagnosi di ritardo psicomotorio e mi sono così interessata a questo aspetto che sembra essere sempre più frequente negli ultimi anni (Vericat et al., 2013; Lejarraga et al., 2016). Già negli anni '80 la Dott.ssa Holmes (1985) riportava le seguenti parole: “Nonostante la sincera preoccupazione degli operatori sanitari per la salute e il benessere dei neonati e dei bambini piccoli, spesso l'attenzione dedicata ai loro progressi nello sviluppo è scarsa. I grafici dei progressi sono solo sommari o vengono del tutto omessi. Fortunatamente, la maggior parte dei bambini cresce e si sviluppa bene senza l'aiuto o la sorveglianza di un professionista. Tuttavia i medici di base possono aspettarsi di incontrare problemi di sviluppo nel 5%-10% della loro popolazione di bambini assistiti”. Questo perché, come affermano Casey et al. (1986), “le moderne tecnologie mantengono in vita anche neonati che sarebbero morti nei decenni precedenti, creando così una nuova generazione di bambini ad alto rischio per problemi di salute e di sviluppo”.

La mia tesi, dunque, prenderà in esame nello specifico questa “piccola” percentuale di bambini.

Partiremo innanzitutto dall'analizzare nel dettaglio cos'è il ritardo psicomotorio, come si distingue nella normale crescita di un bambino, come va trattato nell'ambito riabilitativo e quali sono gli strumenti più adatti per facilitare il raggiungimento delle varie fasi di sviluppo da parte del bambino.

A supporto della tesi verranno anche riportati i dati e le analisi di 4 diversi casi clinici di età compresa tra 0 e 3 anni che ho avuto modo di osservare nell'arco di questi mesi.

## MATERIALI E METODI

### **Selezione della casistica**

In questa tesi, come precedentemente riportato, viene posto l'accento sul trattamento riabilitativo del ritardo psicomotorio nei bambini, con un particolare riferimento alla parte di counseling rivolta ai genitori.

Dal momento che lo sviluppo del bambino, sia da un punto di vista motorio che cognitivo e comunicativo, avviene fin dalla nascita e principalmente nei primi anni di vita (Regalado et al., 2001), ho ritenuto più consono considerare all'interno della ricerca un campione che riportasse segni di ritardo psicomotorio che fosse compreso nella fascia d'età tra 0 mesi e 3 anni (così come nei casi clinici selezionati).

È in questo momento della vita che il bambino matura più velocemente e che quindi è in grado di raggiungere diverse fasi di sviluppo nel giro di pochi anni. Dunque, se lo scopo è quello di stimolare il bambino durante la crescita così da facilitarne il raggiungimento di determinate capacità, è fondamentale che il trattamento avvenga il più precocemente possibile, a partire dalle prime fasi di sviluppo fino a quando sarà necessario (Taczala et al., 2021).

È soprattutto attraverso il movimento che il bambino ha la possibilità di esplorare e di conseguenza di ampliare ulteriormente le sue conoscenze, un elemento importantissimo e da non sottovalutare nella crescita e nell'acquisizione delle varie fasi di sviluppo.

Per quanto riguarda i casi clinici analizzati nello studio, sono stati selezionati 4 bambini attualmente in trattamento presso il Complesso Socio Sanitario dei Colli a Padova, di età compresa tra 0 e 3 anni e accomunati da un ritardo delle acquisizioni motorie, cognitive e comunicative in assenza di lesioni o sofferenze a livello del sistema nervoso.

Ai criteri di inclusione hanno infatti corrisposto i dati di 3 maschi (uno di 18 mesi circa, uno di 2 anni e 3 mesi e un altro di 8 mesi circa) e 1 femmina (di 18 mesi circa). Sono stati valutati all'inizio del mio tirocinio (che definiremo T0) e alla fine (T1).

Lo scopo dello studio è quello di supportare la crescita di questi bambini attraverso il counseling genitoriale e il trattamento riabilitativo e di verificarne l'efficacia tramite il confronto con la famiglia e l'osservazione nel tempo dell'evoluzione delle abilità motorie e non motorie degli stessi.

## **Strumenti di misurazione**

In questa tesi sono previste due parti: una prima parte teorica costituita da una ricerca bibliografica in merito al significato di ritardo psicomotorio, al suo trattamento e al counseling; una seconda parte pratica in cui invece sono riportati i dati e l'analisi di 4 casi clinici osservati durante il tirocinio presso il Complesso Socio Sanitario dei Colli a Padova.

Per valutare lo sviluppo psicomotorio di ciascun caso clinico è stata utilizzata la scheda di valutazione delle competenze motorie globali (organizzazione posturale e schemi di spostamento pre-locomotorio) ideata dalla Dott.ssa Fedrizzi (Figura 1).

È una scheda che fornisce una guida utile per valutare quelle che sono le competenze globali del bambino dal punto di vista motorio, ovvero l'organizzazione posturale e gli schemi di spostamento pre-locomotorio adottati. In genere viene compilata ogni 6 mesi per verificare l'andamento dell'acquisizione di determinate abilità. Purtroppo questa scheda fornisce solo un outcome di tipo hard (quindi dicotomico) e non un riscontro sul grado di ritardo psicomotorio del bambino, perché è composta esclusivamente da due variabili: sì o no.

Nome:..... Data di nascita: .....				
	Prima valutazione	Seconda valutazione	Terza valutazione	Quarta valutazione
Data di valutazione				
Età corretta				
<b>1. prono solleva il capo</b>				
<b>2. prono si appoggia sugli avambracci</b>				
<b>3. striscia</b>				
<b>4. rotola</b>				
<b>5. posizione seduta</b>				
<b>6. prono si appoggia sulle mani</b>				
<b>7. si mette seduto sui talloni</b>				
<b>8. si mette in ginocchio con appoggio anteriore</b>				
<b>9. cammina carponi</b>				
<b>10. si mette in piedi con appoggio anteriore</b>				
<b>11. cammina con deambulatore</b>				
<b>12. sta in ginocchio</b>				
<b>13. sta in piedi con appoggio anteriore</b>				
<b>14. cammina con quadripodi</b>				
<b>15. cammina in ginocchio</b>				
<b>16. sta in piedi</b>				
<b>17. cammina</b>				
<b>18. si alza in piedi senza appoggio</b>				

*Tabella 1 – Scheda 18 items.*

Figura 1. Scheda di valutazione delle competenze motorie globali: organizzazione posturale e schemi di spostamento pre-locomotorio (Fedrizzi)

Per quanto riguarda le competenze cognitive e affettivo-relazionali invece si fa riferimento agli elementi riportati dalla descrizione dello sviluppo secondo l’ottica Brazelton (vedi Capitolo “Fasi di sviluppo tra 0 e 3 anni” a pag. 11).

## **Procedura**

Per quanto riguarda la prima parte, quella teorica, è stata effettuata un'analisi di diversi articoli selezionati tramite il motore di ricerca PubMed (STRINGA DI RICERCA: (((("Counseling" [Majr] OR "counseling" OR "directive counseling" OR "prescriptive counseling" OR "parental counseling") AND ("Parents/education" [Mesh] OR "parents" OR "parenthood"))) AND ("Child development" [Mesh] OR "child development" OR "infant development")))) e di opuscoli redatti dal Centro Brazelton dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Meyer di Firenze. Grazie a questi articoli è stata realizzata una descrizione dello sviluppo fisiologico di un bambino, del significato di ritardo psicomotorio, delle attrezzature più adatte e del ruolo del counseling genitoriale nel trattamento di questi bambini. Questo approfondimento teorico servirà poi per comprendere meglio l'analisi dei casi clinici effettuata nella parte pratica.

Per sviluppare la seconda parte invece sono stati selezionati da parte del Fisioterapista 4 casi clinici, già valutati e già in trattamento nel Complesso Socio Sanitario dei Colli a Padova nell'anno corrente (2022), con diagnosi in ingresso di semplice ritardo psicomotorio, motivo per cui veniva indicato un trattamento riabilitativo.

I bambini sono stati selezionati appositamente di età differenti per poter approfondire e analizzare meglio le varie fasce d'età comprese tra 0 e 3 anni.

Una volta rilevati i casi clinici corrispondenti ai criteri di inclusione della tesi, ho cominciato a seguire i trattamenti fisioterapici di ciascun bambino (i quali venivano effettuati una volta alla settimana), osservando il loro comportamento e l'andamento del loro sviluppo nell'arco delle sedute. Durante le sedute di trattamento, ho anche colto e trascritto i consigli verbali che il fisioterapista forniva di volta in volta al genitore presente per aiutarlo a stimolare e facilitare il proprio bambino nel raggiungimento delle varie fasi di sviluppo (corrispondenti all'età) nei restanti giorni della settimana.

## **DEFINIZIONE DI RITARDO PSICOMOTORIO**

Il ritardo psicomotorio è una sindrome aspecifica a patogenesi eterogenea e consiste in una tardiva o in una mancata acquisizione di quelle che sono le competenze motorie, cognitive e comunicative, che dovrebbero svilupparsi in relazione all'età cronologica. Si tratta quindi di un ritardo armonico di tutte quelle che sono le funzioni adattive.

Può essere la prima manifestazione clinica di un ritardo mentale (Vericat et al., 2013), il cui concetto non è applicabile nei primi tre anni di vita, per cui si parla di ritardo psicomotorio.



## DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Il ritardo psicomotorio non è sempre chiaramente definibile entro i primi 2-3 anni di vita, infatti spesso rappresenta in realtà un segno clinico di un'altra patologia o sindrome più severa non ancora identificata (De Raeymaecker, 2006). “Narbonne e Schlumberger lo hanno definito come una diagnosi provvisoria in cui i risultati dello sviluppo di un determinato bambino durante i primi tre anni di vita appaiono con una sequenza lenta per la loro età e/o qualitativamente alterati. Il termine ritardo psicomotorio, quindi, viene solitamente mantenuto fino a quando una diagnosi definitiva può essere stabilita attraverso test formali” (Vericat et al., 2013).

La stessa Dott.ssa Holmes (1985) affermò: “Una fase del mio sviluppo professionale è stato il lavoro post-laurea con i bambini disabili in un ospedale universitario negli anni '60. Molti dei bambini erano gravemente handicappati, alcuni con sindromi identificabili. La stragrande maggioranza, tuttavia, mostrava uno sviluppo ritardato che non rientrava in una sindrome o in un modello di ereditarietà, ma piuttosto da problemi intrauterini, incidenti perinatali o, più comunemente, da fattori sconosciuti”.

Innanzitutto per avere una corretta diagnosi di ritardo psicomotorio è utile effettuare un esame neurologico nei primi mesi di vita che rilevi un'ipotonìa globale armonica la quale può rappresentare l'espressione della scarsa iniziativa motoria e la prevalenza di posture statiche come la posizione supina, prona o seduta.

L'esame neurologico è in grado di rilevare anche:

- il ritardo o l'assenza dell'acquisizione delle competenze motorie;
- il ritardo o l'assenza della comparsa delle prime interazioni sociali e della mimica interattiva (come il sorriso o le reazioni di angoscia al distacco);
- una scarsa iniziativa nell'esplorazione attiva e nella sperimentazione, con una tendenza a ripetere in modo stereotipato sequenze non finalizzate;
- una comunicazione mimica e preverbale povera e poco modulata.

Ci troviamo dunque di fronte a bambini inespressivi che possono essere molto “buoni”, ovvero che non si lamentano mai e dormono tanto, oppure a bambini che possono anche piangere a lungo senza reali motivi. Sono bambini ripetitivi che tendono spesso ad imitare piuttosto che a proporre iniziative proprie.

Successivamente, nel secondo anno di vita, si fanno evidenti quelle che sono le caratteristiche tipiche del ritardo mentale:

- la mancata comparsa delle prime prassie (come il gesto di indicare, il “fare ciao”, ...);

- la mancata ricerca dell'oggetto scomparso (quindi, come dice Piaget, una scarsa propensione al problem solving (De Raeymaecker, 2006));
- la povertà o l'assenza dei primi giochi imitativi;
- la persistenza di attività ripetitive senza significato.

Si tratta quindi di bambini che tendono ad utilizzare l'imitazione come principale forma di apprendimento e lo fanno con lentezza ed imprecisione, spesso con modalità stereotipate. È un tipo di movimento che non ha evoluzione, non ha sviluppo ed è privo di significato.

Tra i 18-20 mesi e i 3 anni d'età questi bambini presentano una certa esitazione rispetto alla deambulazione (persistono nella posizione seduta, nello striscio o nel gattonamento), una riattivazione dei moduli più primitivi ad ogni variazione del rapporto corpo-spazio-tempo ed un'evidente povertà nell'iniziativa motoria e nell'esplorazione tramite manipolazione e prensione. Sono spesso poco interessati agli oggetti e anche nel momento in cui li hanno in mano sono ripetitivi e stereotipati nell'esplorazione; le loro esperienze e sperimentazioni avvengono sempre tramite esplorazione orale, anche quando la bocca dovrebbe lasciare spazio ad altre modalità di conoscenza dell'ambiente, più evolute e adatte all'età del bambino (per es. attraverso la vista o l'udito).

In seguito, tra i 3 e i 6 anni, si manifestano maggiormente una povertà o un impaccio nelle attività appena più complesse (i bambini presentano meno destrezza o rapidità degli altri) e un'incapacità o carenza nell'usare il movimento come strumento di pensiero e raccolta di informazioni.

Giunti poi all'età di 4-6 anni, questi bambini presentano difficoltà ad integrare compiti motori semplici e complessi e, se devono manipolare un oggetto in una posizione scomoda, non tengono la postura e iniziano a manipolare l'oggetto in modo primitivo.

Sintetizzando, i bambini con ritardo psicomotorio manifestano deficit significativi in due o più delle seguenti aree di sviluppo (De Raeymaecker, 2006):

- motricità fine;
- motricità grossolana;
- linguaggio;
- capacità sociali/interpersonali;
- attività di vita quotidiana.

Le competenze motorie globali possono avere un'evoluzione favorevole pur con un ritardo nei tempi di acquisizione delle posture e del cammino, mentre persiste sempre un disordine nelle abilità motorie fini e complesse che è espressione del disordine cognitivo, il quale interferisce in tutte le fasi di elaborazione e controllo del comportamento motorio.

In ogni caso, per dare le giuste indicazioni terapeutiche alla famiglia è fondamentale conoscere la patologia di base che comporta il ritardo psicomotorio perché, a seconda di essa, le indicazioni da fornire variano.

Il ritardo psicomotorio in molti casi è infatti solo una manifestazione clinica, ovvero un sintomo di sindromi malformative che possono essere:

- su base genetica come le sindromi dismorfiche, che coinvolgono l'apparato muscolo-scheletrico. In alcuni casi (come nella Sindrome di Down) sono presenti dismorfismi somatici e/o malformativi maggiori e ben evidenti, per cui l'inquadramento diagnostico è chiaro e l'attribuzione del ritardo psicomotorio al quadro clinico è semplice; in altri casi, invece, (come nella Sindrome di Prader Willy, in quella di Engelmann o in quella di Rett) le manifestazioni dismorfiche nei primi mesi sono poco specifiche ed evidenti e il ritardo psicomotorio appare il sintomo prevalente;
- patologie neuromuscolari come nelle atrofie spinali neurogene, dove il ritardo riguarda esclusivamente le competenze motorie, mentre lo sviluppo cognitivo è normale (si notano un deficit di forza e un'ipotonìa prossimale che condiziona la mancata acquisizione delle posture antigravitarie e degli spostamenti locomotori); oppure nelle distrofie muscolari congenite, miopatie congenite e distrofie miotoniche, dove il ritardo coinvolge principalmente le competenze motorie ma in parte anche quelle cognitive. Nei casi più sfumati di alcune malattie neuromuscolari, nei primi mesi di vita, il ritardo psicomotorio appare il sintomo prevalente e a volte ciò comporta un ritardo nella definizione diagnostica del quadro clinico di base, con evidenti rischi di un ritardo nell'indirizzo terapeutico e anche di ricorrenza della patologia su altri figli per mancata indagine genetica;
- le paralisi cerebrali infantili. Nelle forme più lievi come la diplegia spastica (sia nel bambino a termine che pretermine) inizialmente si nota solo un ritardo psicomotorio. I segni clinici specifici della diplegia vengono notati successivamente, quando il bambino viene messo in piedi e si manifestano nel carico i tipici pattern di iperestensione delle ginocchia e di equinismo dei piedi. Questo comporta quindi un ritardo nella diagnosi e di conseguenza un ritardo nell'inizio dell'intervento riabilitativo mirato;
- le encefalopatie evolutive su base metabolica o degenerativa (come la Sindrome di West), molte delle quali hanno un esordio precoce e si esprimono in modo aspecifico con un ritardo psicomotorio.

Un bambino che ha un puro ritardo psicomotorio o un puro ritardo motorio (e in questo caso non parliamo di riabilitazione ma di abilitazione) comporta un intervento e un programma riabilitativo

ben diversi da un bambino con diplegia spastica lieve, encefalopatia o patologie di tipo neuromuscolare.

Ecco perché è necessario effettuare una diagnosi differenziale che possa escludere la presenza di altre patologie che abbiano come conseguenza un ritardo nello sviluppo psicomotorio del bambino, per poter affermare con certezza che si tratti esclusivamente di ritardo psicomotorio e poter avviare così il prima possibile un intervento riabilitativo che sia adatto al caso.

## DIFFERENZA TRA RITARDO PSICOMOTORIO E RITARDO MOTORIO SEMPLICE

È importante inoltre distinguere il ritardo psicomotorio dal ritardo motorio semplice, il quale consiste esclusivamente in un rallentamento delle fasi di sviluppo delle competenze motorie globali, dell'organizzazione posturale antigravitaria (quindi: posizione seduta, posizione quadrupedica, stazione eretta) e degli schemi di spostamento locomotorio (sia in quadrupedica che in stazione eretta) che normalmente vengono acquisiti nei primi due anni di vita. Non vi è dunque il coinvolgimento di altre funzioni adattive come la manipolazione, la motricità fine o le capacità relazionali e comunicative. In caso di ritardo motorio semplice è essenziale fare diagnosi differenziale così da escludere tutte le patologie che nei primi due anni di vita si possono esprimere con un ritardo nelle acquisizioni motorie; è quindi necessario che ci sia uno sviluppo favorevole nei primi due anni, che non ci siano segni neurologici indicativi di lesioni al SNC, al SNP o all'apparato muscolare, che vengano esclusi deficit di tipo sensoriale (specialmente se visivi), che ci sia un normale sviluppo dal punto di vista cognitivo e comportamentale e che ci sia un'esclusione delle sindromi dismorfiche genetiche.

Il ritardo motorio semplice è stato definito da Lundberg (1979) una "sindrome da dissociazione dello sviluppo", la quale si manifesta tramite comportamenti peculiari che hanno però una prognosi benigna e quindi un'evoluzione normale. Si tratta per esempio di bambini che raggiungono in ritardo la stazione eretta e che mantengono oltre il tempo la postura seduta. Essi in genere presentano lieve ipotonia muscolare e lassità legamentosa, non però di natura neurologica ma su base familiare (spesso è facile trovare in famiglia precedenti casi di ritardo nelle fasi di sviluppo motorio ad evoluzione favorevole).

Inoltre, dalla raccolta di dati anamnestici in merito all'ambiente in cui il bambino cresce e alle modalità in cui viene allevato è possibile rilevare frequentemente la presenza di limitazioni delle esperienze motorie, fondamentali per uno sviluppo neuroevolutivo armonico del bambino (Taczala et al., 2021; Nijhof et al., 2018; Lejarraga et al., 2016; Lejarraga et al., 2018).

In tali casi Winnicott nel 1960 suggerisce tre parole importanti per la gestione di questi bambini: holding, handling e object-presenting (Dell'Orto et al., 2003; De Raeymaecker, 2006). L'holding consiste nel contenere e nell'abbracciare il bambino ed è una delle funzioni più importanti che la madre o chi per essa svolge nella relazione. In pratica si tratta di fungere da sostegno, non solo fisico ma anche psicologico.

L'handling d'altro canto corrisponde alle manipolazioni effettuate sul corpo del bambino, come le cure, la pulizia, l'abbigliamento, ma soprattutto le carezze e le coccole.

Infine, abbiamo l'object-presenting che si riferisce alla capacità dei genitori di mettere a disposizione del bambino l'oggetto giusto nel momento giusto, ovvero nel momento in cui lui ne ha bisogno.

Senza dubbio, non essendo il ritardo motorio semplice una patologia di origine organica, il bambino alla fine sarebbe in grado di maturare anche autonomamente, senza necessariamente perseguire le tre modalità citate da Winnicott; queste ultime però consentono al bambino di raggiungere le varie fasi dello sviluppo in relazione all'età cronologica, oltre che di instaurare un legame profondo con i propri genitori.

Sulla base delle nuove conoscenze, il ritardo motorio semplice viene considerato come l'espressione di un disordine evolutivo che coinvolge più sistemi che concorrono nella patogenesi del sintomo:

- una base genetica: si tratta di caratteristiche muscolo-scheletriche che rendono più difficoltosi l'acquisizione e il mantenimento del controllo e della stabilità posturale;
- scarse opportunità di esplorazione dello spazio in contesti diversi che non consentono al bambino di sperimentare attivamente posture e spostamenti con sequenze variabili, quindi di fare pratica e di esercitarsi tramite strategie diverse per risolvere i problemi connessi con il controllo della postura e con le locomozioni. Ecco perché questi bambini si ritrovano a mantenere per lungo tempo una determinata postura senza sapere come uscirne, senza sapere come muoversi per cambiare posizione.

Così come il ritardo psicomotorio, il ritardo motorio semplice può essere secondario a malattie intercorrenti con ricovero prolungato o ad interventi chirurgici con immobilità (per es. interventi per cardiopatie, lussazioni congenite d'anca, ...) che comportano un indebolimento generale delle strutture muscolo-scheletriche (Nijhof et al., 2018). Esso è reversibile in relazione all'evoluzione della patologia di base.

In genere questi bambini giungono dal fisioterapista all'età di 6-7 mesi, quando si nota che non riescono a raggiungere determinate fasi dello sviluppo motorio previste per quell'età.

L'approccio terapeutico in questo caso prevede un'igiene ed un'educazione posturale, le quali si attuano attraverso:

- il coinvolgimento della famiglia sulle modalità più idonee da adottare per permettere al bambino di variare le sue posture;
- l'aumento delle occasioni di esplorazione dell'ambiente in cui il bambino vive;
- la sperimentazione attiva di strategie diverse nella soluzione di problemi posturali e di spostamento.

Sulla base di un'anamnesi, conoscendo il bambino e la famiglia, la terapeuta potrà impostare un programma di trattamento, sempre con la presenza dei familiari durante le sedute di trattamento, che aiuti anche la famiglia stessa a capire come poter stare con il proprio bambino. La terapeuta si porrà dunque degli obiettivi e individuerà un percorso educativo di igiene posturale che dovrà poi essere trasferito e portato avanti in famiglia. Importante è che il programma sia personalizzato, perché il percorso di educazione posturale deve essere adattato ad ogni bambino.

## FASI DI SVILUPPO DI UN BAMBINO TRA 0 E 3 ANNI

Per saper fornire i consigli più adatti ed efficaci ai genitori in relazione all'età del bambino, è innanzitutto necessario conoscere le varie fasi di sviluppo che un bambino attraversa normalmente nella fascia d'età 0-3 anni. Conoscendo tali fasi, è poi possibile riconoscere e analizzare nel bambino le carenze su cui poi andare a lavorare (Cioni et al., 2013).

È importante inoltre condividere queste nozioni con i genitori stessi così da coinvolgerli maggiormente e da renderli il più consapevoli possibile delle problematiche, ma anche delle risorse del proprio figlio. Il perché ce lo spiega in modo accurato la guida per genitori redatta dalla già precedentemente citata Dott.ssa Holmes (1985):

“IL VOSTRO BAMBINO SI STA SVILUPPANDO CORRETTAMENTE? Una guida per i genitori

Lo sviluppo dei neonati e dei bambini piccoli avviene con picchi e plateaus (Cioni et al., 2013). I picchi sono le tappe fondamentali che il bambino raggiunge, come rotolarsi, sedersi e gattonare. Tra queste pietre miliari ci sono gli altipiani, periodi che danno al bambino la possibilità di migliorare, o affinare, la qualità delle abilità apprese. In un neonato normale applaudiamo i periodi di picco, ma tendiamo a ignorare i plateaus perché di solito non sono molto lunghi e perché il processo di affinamento non è così drammatico come il raggiungimento di una nuova pietra miliare. Anche i bambini che si sviluppano lentamente hanno picchi e altipiani. Tuttavia i picchi non sono così netti come nei bambini normali e i plateaus sono più lunghi. I genitori sono spesso preoccupati per questo

tipo di sviluppo. Osservare uno sviluppo lento per un lungo periodo di tempo è come osservare uno sviluppo normale al rallentatore. I medici controllano la crescita fisica e lo sviluppo generale di neonati e bambini durante le visite di controllo. Tuttavia, dal momento che i genitori stanno con il bambino per gran parte del tempo, sono in una posizione migliore per osservare il suo sviluppo. [...] Spesso un genitore sospetta un rallentamento dello sviluppo prima del medico. [...]. L'età tipica per ciascuna abilità non è definita, poiché lo sviluppo "normale" copre un intervallo. I bambini variano nello sviluppo così come variano nella personalità. Alcuni bambini possono essere più socievoli di altri, altri più veloci a sedersi o a stare in piedi, altri ancora più abili nell'uso delle mani e delle dita. Se avete dubbi su una o più aree di sviluppo, discutetene con il medico del vostro bambino. Se il bambino si sviluppa a un ritmo normale, la discussione con il medico può essere rassicurante per voi. Se il bambino non lo è, queste informazioni sono importanti affinché il medico possa esaminarlo ulteriormente e pianificare un programma di stimolazione e sviluppo adeguato. [...]"

In questo capitolo si vuole sottolineare l'importanza dell'inserimento di un nuovo termine: "fasi di sviluppo". Inizialmente veniva utilizzata l'espressione "tappe neuroevolutive"; come riporta la Dott.ssa Davidson (2022) nel testo "Eco-educare allo sviluppo psicomotorio nei primi 3 anni di vita" è però fondamentale sostituire quest'ultima espressione con la nuova terminologia "fasi di sviluppo" perché, a differenza delle "tappe neuroevolutive" che indicano un qualcosa che il bambino deve necessariamente raggiungere entro un'età ben definita, la nuova espressione "fasi di sviluppo" mette in evidenza il fatto che ci sia comunque una certa varietà tra i bambini, i quali non possono essere standardizzati (Nijhof et al., 2018; Lejarraga et al., 2002; Lejarraga et al., 2016; Poresky et al., 1982; Cioni et al., 2013; Vericat et al., 2013). La parola "fase" risulta infatti essere più ampia, flessibile e interattiva rispetto alla parola "tappe".

Andiamo ora ad analizzare le varie fasce d'età e le capacità che un bambino è in grado di acquisire nelle seguenti fasi di sviluppo.

### **Fascia d'età 0-3 mesi**

In questa fascia d'età si hanno l'adattamento all'ambiente extrauterino e l'inizio del processo di attaccamento (Davidson 2022, "Attività ed attrezzature per il lattante. Idee in relazione ai bisogni psicomotori nelle varie fasi di sviluppo"). Iniziano a maturare le competenze sensomotorie, relazionali e degli stati comportamentali, oltre ad esserci un'iniziale organizzazione dell'alimentazione e del ritmo sonno-veglia.

Infatti, una volta che il bambino sarà uscito dall'ambiente uterino, saranno necessari un'autoregolazione del sistema neurovegetativo (respiro, colorito della cute, temperatura corporea,

stabilità viscerale e percettivo-motoria), così come una riorganizzazione e maturazione delle funzioni neuromotorie (stabilizzazione della postura, organizzazione sulla linea mediana, esplorazione tattile, inizio del controllo assiale antigravitario e coordinazione occhio-mano-bocca), una riorganizzazione e maturazione degli stati comportamentali (la qualità del sonno, il ritmo sonno-veglia/giorno-notte e la qualità della veglia tranquilla che favorisce di conseguenza una qualità dell'attenzione, dell'interazione, dell'ascolto, dello sguardo, della mimica e della coccolabilità), un'organizzazione e maturazione delle competenze alimentari (modalità come il ritmo, la digestione, ...), una maturazione delle competenze relazionali-sensoriali e una maturazione del linguaggio tramite la comunicazione dei propri bisogni (ad esempio attraverso diverse tipologie di pianto, la mimica, il sorriso, i vocalizzi).

La motricità, inizialmente regolata da movimenti geneticamente programmati, ovvero da attività riflessa, vedrà in questa fase un superamento dei riflessi arcaici ma sarà ancora caratterizzata da stabilità (sia in posizione prona che supina), e quindi il bambino non sarà in grado di raggiungere una determinata posizione volontariamente. Si potranno osservare ad esempio il superamento della primitiva asimmetria, nota come “riflesso tonico asimmetrico del collo” (TAC), e l'organizzazione della linea mediana.

Sempre per quanto riguarda la motricità, si potranno anche osservare una maturazione del controllo del capo, l'estensione del capo in posizione prona e il carico sui gomiti, la coordinazione della motilità del capo e degli occhi (che si ha grazie al superamento dell'imaturità oculo-cefalica, il quale si comprende attraverso la scomparsa del riflesso “Occhi di Bambola”; in questo modo il bambino è in grado di esplorare uno spazio, un oggetto o un volto in un range di 180°), la capacità di mettere le mani in bocca (che permette l'esplorazione orale corporea; però può avvenire solo attraverso la scomparsa del riflesso TAC e superamento del riflesso di Moro) e lo sgambettamento alternato degli arti inferiori da supino e da prono.

Lo sviluppo cognitivo e affettivo-relazionale è invece incentrato su messaggi che arrivano dal proprio corpo. Il bambino impara a difendersi da richieste ambientali eccessive, ad emettere chiari segnali di time-out attraverso gli stati comportamentali; inoltre migliora il controllo autonomico degli stati sonno-veglia, senza il quale non è possibile nessuna interazione affettiva e cognitiva. In questo periodo il bambino richiede una simbiosi padre-madre, da cui ha bisogno di ricevere cure; è possibile però osservare anche un avvio all'individualità attraverso l'allineamento del capo, l'esplorazione visiva e del proprio corpo e la possibilità di mettere le mani in bocca. Da 0 a 3 mesi il bambino impara ad utilizzare il sorriso come risposta ad una performance piacevole e a comunicare tramite diversi tipi di pianto (che può essere di irritabilità o instabilità in rapporto alla sicurezza posturale). Tutti questi sono i primissimi elementi di autonomia che danno inizio al processo di separazione.



La diagnosi neuro-evolutiva in questo caso viene posta sulla capacità del bambino di organizzare la funzione principale della prima fase di sviluppo, che è rappresentata dalla stabilità del controllo autonomico (ovvero del sistema neurovegetativo) e dalla capacità che ha il bimbo di mettersi in relazione con il mondo esterno. Dunque, la capacità di allineare e disallineare capo e tronco diventa una funzione importante in questa fase, anche perché garantisce la funzione cognitiva principale di questa fascia d'età che è l'esplorazione visiva dell'ambiente e del soggetto che ha di fronte. Se un bambino presenta una patologia, qualunque situazione di deficit organico, che sia maturativo o lesionale o di carenza ambientale, può lasciare un'impronta importante nello sviluppo del bambino a partire dai primi mesi di vita. Se ad esempio un bambino non può mettere le mani in bocca, questo riduce la possibilità di esplorare il proprio corpo; se non è in grado di ruotare il capo, può diventare inefficace la ricerca del capezzolo e rendere così difficoltosa l'alimentazione e di conseguenza anche la relazione con chi lo sta nutrendo; se presenta rigidità nei movimenti, avrà difficoltà a cercare lo sguardo o ad interagire con l'adulto. Tutto ciò può portare ad alterazioni cinestesiche e sensitivo-relazionali per i centri corticali e il problema neuro-motorio si traduce in un problema relazionale. Se il bambino ha una patologia, il trattamento neuromotorio deve essere precoce e ha la garanzia della riuscita perché sin dai primi giorni di vita il bambino può sentire e ricevere ogni stimolo, maturando motricità e abilità cognitive così come la sua sicurezza e capacità comunicativa.

In ciascuna fase di sviluppo è fondamentale porre attenzione non solo alle risorse del bambino, ma anche e soprattutto alle sue difficoltà. Questo perché riconoscere la presenza di alcuni segnali d'allarme ci permette di intervenire precocemente. Il tempo di intervento, infatti, secondo una crescente letteratura scientifica, è importantissimo al fine di contrastare e limitare l'interferenza sullo sviluppo.

Bernasconi et al. (2016), ad esempio, ci forniscono un elenco di molteplici segni precoci che possono rappresentare una spia di alterazioni nello sviluppo, i quali non danno una certezza diagnostica ma guidano la nostra attenzione verso un approfondimento specialistico.

Già nei primi mesi di vita si possono rilevare alcuni segni d'allarme a cui è necessario porre attenzione:

- assenza di interesse per volti o oggetti;
- assenza del sorriso;
- irritabilità;
- problematiche ad alimentarsi;
- repertorio motorio povero;

- persistenza di riflessi che non dovrebbero esserci;
- pianto continuo;
- difficoltà di controllo degli stati comportamentali (pianto, scarsa attenzione, ...);
- assenza di risposta agli stimoli visivi o uditivi;
- difficoltà di respirazione;
- assenza di controllo del capo;
- presenza di opistotono (aumento del tono muscolare che scatena estensione del tronco) o momenti di estrema ipotonia;
- arti eccessivamente estesi anche in posizione supina o flessi in posizione prona;
- presenza di asimmetrie.

### **Fascia d'età 3-6 mesi**

Nella fase di sviluppo compresa tra i 3 e i 6 mesi si ha una continuità del processo di attaccamento e l'inizio del processo di individuazione-separazione dall'adulto. Si osservano in particolare: il controllo posturale, l'inizio dello spostamento autonomo, la manipolazione (Davidson 2022, "Attività ed attrezzature per il lattante. Idee in relazione ai bisogni psicomotori nelle varie fasi di sviluppo").

I compiti evolutivi che i bambini sono capaci di raggiungere in questa fascia d'età comprendono:

- l'aumento dell'interesse verso l'ambiente esterno, che avviene grazie ad un aumento dei momenti di veglia tranquilla e ad un'acquisizione di maggiori competenze nell'attenzione visiva e uditiva (Cioni et al., 2013);
- una maggiore tollerabilità rispetto alle sollecitazioni ambientali, cinestesiche e percettive, grazie ad una maggiore stabilità neuro-vegetativa e all'allineamento posturale;
- un maggior interesse per gli oggetti e una maturazione della coordinazione mano-bocca (porta le mani o gli oggetti alla bocca per esplorarli e allunga gli arti superiori per battere, toccare, afferrare) (Cioni et al., 2013);
- un perfezionamento sempre maggiore del controllo del capo in posizione verticale. In posizione prona invece ci sono un aumento del sostegno sulle braccia e un aumento dell'equilibrio (quest'ultimo si osserva anche in posizione supina);
- l'inizio dello spostamento autonomo nello spazio (rotolamento e pivoting nella posizione prona);
- una maturazione del linguaggio ("chiacchierare" spontaneamente, modulazioni verbali, vocalizzi, suoni gutturali, riso);
- l'inizio dello stadio dell'intelligenza senso-motoria.

Anche qui è possibile analizzare lo sviluppo del bambino sotto tre aspetti differenti: la motricità, lo sviluppo cognitivo e quello affettivo-relazionale.

Dal punto di vista della motricità il bambino acquisisce diverse capacità. Prima di tutto inizia a rotolare, cioè impara ad uscire dalla stabilità per raggiungere una nuova posizione (prima avviene il passaggio da prono a supino e poi viceversa). Affinché però questo passaggio possa essere effettuato, il riflesso TAC deve essere superato. La prima fase del rotolone è in realtà un movimento casuale: il bambino che si trova in posizione prona e sposta il carico su un solo arto, improvvisamente si ritrova a “cadere” dalla parte del carico, finendo così in posizione supina. Il rotolone rappresenta un susseguirsi di diversi passaggi posturali e comporta più di un vantaggio per il bambino: da una parte è un movimento piacevole e dall'altra permette di scoprire che attraverso una serie di movimenti è possibile raggiungere oggetti più distanti.

Un bambino, per imparare a rotolare, deve possedere delle buone abilità nella posizione prona (l'apertura delle mani, l'appoggio sui gomiti, il trasferimento di carico da un lato all'altro per garantire di muovere l'arto superiore controlaterale così da poterlo utilizzare per afferrare e manipolare, una maggiore estensione della colonna con conseguente maggior controllo della postura del tronco), ma deve avere anche il desiderio di esplorare visivamente e tramite il movimento.

Oltre alla capacità di rotolare, il bambino manifesta anche una maturazione della presa volontaria, superando così la presa riflessa, con possibilità di attivare anche il rilascio (apertura) della mano. Il bambino, dunque, acquisisce la capacità di prendere un oggetto, trattenerlo e poi lasciarlo. Inizialmente la presa è di tipo palmare e può essere ancora dismetrica (Cioni et al., 2013).

In questa fase di sviluppo, come citato prima, si ha anche una maturazione della coordinazione occhio-mano: la presa diventa sempre più abile, la forza muscolare si dosa, il gesto si adatta all'oggetto da afferrare, si ha un maggiore controllo della velocità, dell'ampiezza e della direzione del movimento, così come dell'apertura e chiusura delle dita, e infine si ha una riduzione dell'entità e della frequenza degli errori (poiché i bambini imparano per prove ed errori). Aumentano inoltre l'interesse nei confronti dell'oggetto, l'esplorazione orale e oculo-manuale e la conoscenza. In questa fascia d'età i bambini imparano anche a passarsi gli oggetti da una mano all'altra.

Molto importante in questa fase è anche l'esplorazione corporea, che avviene succhiando mani e piedi e permette una maggiore conoscenza spaziale del proprio corpo.

Tra i 3 e i 6 mesi aumenta inoltre il controllo della respirazione, con la possibilità di emettere suoni sempre più modulati, ed è in questo periodo che inizia la capacità di localizzare la provenienza del suono.

Le funzioni motorie principali da identificare in questa fase sono:

- controllo del tronco da prono (estensione di tronco e capo superiore);

- capacità di aprire le mani per afferrare;
- controllo visivo di quello che si afferra;
- inizio dell'acquisizione della posizione seduta, che ancora non mantiene autonomamente;
- definitiva acquisizione di stabilità e mobilità nel passaggio da posizione supina a prona e viceversa attraverso il rotolone.

Per quanto riguarda lo sviluppo cognitivo e affettivo/relazionale, siamo nella fase dell'intelligenza senso-motoria.

Abbiamo dunque una maturazione delle reazioni circolari primarie e secondarie (sguardo, movimento della mano, oggetto in bocca e quindi coordinazione di mano-occhio-bocca), ovvero una ripetizione di movimenti che provocano rumore ed un'esplorazione dello spazio e del tempo attraverso il movimento (più nello specifico tramite il rotolamento).

C'è anche un avvio del processo di autonomia: l'uso di un oggetto come ricerca di piacere e conoscenza, il riso a voce alta come risposta, il riconoscimento di un volto noto anche grazie alle esperienze che l'adulto permette di fare e che al bambino procurano gioia e piacere.

Se non può fare questo tipo di esperienze, il bimbo arriverà ad avere: abitudini posturali negative, ritardi evolutivi, ritardi maturativi nella motricità fine e nelle attività prassiche e infine ritardi nell'organizzazione grafo-motoria.

Alcuni segni di allarme che si possono osservare in questa fase di sviluppo sono (Bernasconi et al., 2016):

- indifferenza o attenzione intermittente;
- movimenti stereotipati, ripetitivi (sempre con le stesse caratteristiche);
- mancanza di coordinazione occhio-mano;
- strabismo, che può essere associato a nistagmo;
- vocalizzazione scarsa;
- scarso controllo della testa;
- tono muscolare alterato (iper- o ipo-tonia);
- asimmetrie che si strutturano.

### **Fascia d'età 6-9 mesi**

In questo periodo continua il processo di individuazione-separazione del bambino e inizia una relativa indipendenza motoria (posizione seduta, esplorazione dello spazio, maturazioni cognitive e della manipolazione) (Davidson 2022, "Attività ed attrezzature per il lattante. Idee in relazione ai bisogni psicomotori nelle varie fasi di sviluppo").

Tra i compiti evolutivi che si manifestano in questa fascia d'età ci sono:

- una maturazione della posizione seduta, che diventa autonoma con le mani libere (alla fine dei 6 mesi riusciva a mantenere la posizione seduta appoggiandosi con le manine), un elemento che facilita le esplorazioni e le conoscenze dello spazio e degli oggetti circostanti;
- una maturazione dei passaggi posturali (supino-prono, sdraiato-seduto, seduto-quadrupede) e degli spostamenti orizzontali (pivoting in posizione prona e seduta, così da poter esplorare più facilmente lo spazio, rotolone, striscio, gattonamento, spostamenti in posizione seduta);
- una maturazione della manipolazione (Cioni et al., 2013): utilizzo della pinza inferiore o prossimale (presa tra indice e pollice), passaggi di oggetti da una mano all'altra, lanciare fuori e mettere dentro, battere due oggetti insieme. Tutti questi atteggiamenti permettono di arricchire il bambino di elementi sensoriali, relazionali e cognitivi perché aumentano l'esplorazione tattile, soprattutto grazie al perfezionamento degli spostamenti, i quali permettono di raggiungere altri spazi e quindi di ampliare la propria ricerca visiva e uditiva di persone e oggetti;
- una maturazione del linguaggio con sillabe labiali e dentali e un aumento della comprensione del linguaggio verbale;
- una maggiore indipendenza nel gioco (di tipo causa-effetto), nell'alimentazione e nel movimento;
- la comparsa dell'angoscia nei confronti degli estranei.

Nella motricità si possono evidenziare diversi cambiamenti, ad esempio nella posizione seduta si hanno una graduale estensione della colonna vertebrale ed una maturazione delle reazioni di appoggio (quelle anteriori si sviluppano verso i 6 mesi, quelle laterali intorno agli 8 mesi e quelle posteriori verso i 10 mesi). L'autonomia nel raggiungimento della posizione seduta è una capacità che si sviluppa verso gli 8-9 mesi, attraverso movimenti di raddrizzamento, movimenti di paracadute degli arti superiori e movimenti di equilibrio. In questa fascia d'età il bambino non si porta seduto dalla posizione supina ma lo fa a partire dalla posizione prona, inclinando il tronco completamente da una parte, spostando il carico e l'appoggio su un arto superiore e poi estendendo quest'ultimo a livello di spalla, mentre contemporaneamente si aiuta con l'arto superiore controlaterale con un movimento di raddrizzamento e rotazione tra cingolo pelvico e scapolare, per arrivare infine alla posizione seduta. Come accennato precedentemente, si ha anche una maturazione delle reazioni di equilibrio e di appoggio. In questa fase il bambino è capace di mantenere la posizione seduta senza appoggio e quindi ha la possibilità di star seduto e manipolare, prendere e toccare, mantenendo gli arti inferiori completamente estesi per garantire un aumento della base d'appoggio. Si ha dunque un miglioramento quantitativo della motricità globale.

È possibile osservare inoltre un miglioramento dello spostamento; il bambino comincia infatti a spostarsi in modo autonomo, in assenza di movimenti rigidi e stereotipati e inizia ad attuare anche diverse modalità di spostamento (seduto, gattonando, effettuando in autonomia passaggi dalla posizione quadrupedica a quella seduta e viceversa).

Infine si può notare un cambiamento anche nella manipolazione: fino a 7-8 mesi il bambino è ambidestro, mentre verso i 9 mesi inizia l'uso dell'arto dominante.

Lo sviluppo cognitivo e affettivo-relazionale che si ha in questa fase invece comprende: l'individuazione dell'io distinto dall'oggetto (attraverso il movimento e l'esplorazione il bambino sviluppa la capacità di distinguere tra il sé e il fuori da sé, impara a riconoscere l'oggetto in quanto posto fuori da lui e a percepire l'io attraverso l'unificazione di tutti gli stimoli cinestesici, tattili, visivi e uditivi che provengono dal proprio corpo e che mette a confronto con quelli provenienti dall'oggetto), l'angoscia verso gli estranei (di solito si sviluppa intorno all'8 mese, ma esiste solo se c'è distinzione tra sé e fuori da sé), il superamento della simbiosi tramite il processo di separazione e infine le reazioni circolari terziarie (ovvero la capacità di utilizzare un oggetto interposto ad un altro sul quale il bambino ha posto la sua attenzione; per esempio la capacità di tirare una coperta per avvicinare un oggetto che vi è posizionato sopra).

In questa fase di sviluppo, in caso di ritardo psicomotorio, il bambino ha la tendenza a non muoversi, a non esplorare e quindi a non imparare. Tutto questo potrebbe però anche essere dovuto a fattori educativi che causano una carenza nell'evoluzione cognitiva e di apprendimento personale del bambino (come nei bambini ospedalizzati per esempio, i quali vivono in ambienti che li privano di possibilità di esperienza); si tratta di elementi che vanno distinti dalla patologia, ma che possono diventare patologici.

Alcuni segni di allarme da tenere in considerazione in questa fase di sviluppo sono (Bernasconi et al., 2016):

- la persistenza di un comportamento antecedente all'età (è importante osservare soprattutto le mani e la bocca);
- il rifiuto di masticare cibi solidi;
- la presenza di strabismi;
- l'assenza di vocalizzi (tipica dei bambini soli) o una scarsa risposta alla voce;
- una manipolazione povera e ripetitiva;
- la difficoltà a mantenere la posizione seduta;
- l'assenza delle reazioni di paracadute e di appoggio;

- la difficoltà a tenere il peso sugli arti inferiori quando cercano di stare in posizione eretta o ci vengono messi;
- i piedi in equinismo;
- la presenza di asimmetrie o stereotipie;
- limitazioni nell'abduzione dell'anca (le contratture muscolari possono essere segni di spasticità mite);
- ritardi nel raggiungimento della stazione eretta e nel cammino;
- la presenza di rapporti alterati con i genitori (non ascolta, è iperattivo, non comprende semplici comandi, ...);
- la manifestazione di reazioni troppo impulsive o violente nei confronti di se stesso quando gli viene negato qualcosa;
- l'abitudine di mordere in modo ripetitivo, continuativo.

### **Fascia d'età 9-12 mesi**

In questa fase si sviluppa ulteriormente il processo di individuazione-separazione e di indipendenza motoria; è infatti in codesto periodo che si possono osservare la statica con sostegno, i passaggi da una posizione all'altra e l'apprendimento del "saper cadere" (Davidson 2022, "Attività ed attrezzature per il lattante. Idee in relazione ai bisogni psicomotori nelle varie fasi di sviluppo").

Tra i compiti evolutivi del bambino troviamo dunque un'ulteriore maturazione dell'indipendenza nel movimento, nel gioco e nell'alimentazione. Per quanto concerne quest'ultima, comincia a mangiare autonomamente, inizialmente con le mani e poi col cucchiaino. Per quanto riguarda invece il movimento, il bambino si sposta da solo per terra, sul sedere, ad "elefante", gattona, esegue sempre più cambi di posizione e acquisisce una maggiore capacità neuromotoria in piedi (passi con sostegno, passi laterali, equilibrio in piedi, deambulazione autonoma).

Le competenze motorie più importanti che il bambino acquisisce in questa fase sono la statica autonoma, il cammino e una maturazione della presa. Egli diventa inoltre abile nello spostamento quadrupedico, stabile nella posizione seduta e completa la maturazione delle posizioni di equilibrio, oltre al raggiungimento della stazione eretta. Il bambino si porta in piedi con sostegno passando attraverso la posizione seduta oppure attraverso quella quadrupedica, per poi passare alla posizione in ginocchio e a quella a cavalier servente; resta successivamente in piedi con base allargata e arti superiori a guardia alta (flessione di gomito, semi-flessione di spalla e mani aperte, pronte per proteggersi nel caso di perdita di equilibrio). Quando cammina, il bambino presenta un'oscillazione del corpo, inizialmente solo sul piano frontale; è presente ancora un po' di griffa a livello del piede,

finché la deambulazione autonoma si va pian piano perfezionando, e poi scompare. In seguito gli arti superiori si spostano progressivamente a guardia bassa (intorno agli 11 mesi), fino ad essere liberi da qualsiasi funzione di supporto o difesa anche durante il cammino; il bambino comincia dunque ad oscillare gli arti superiori lungo i fianchi come nell'adulto e, volendo, li può utilizzare per svolgere qualche attività manipolativa.

In questo periodo matura anche la presa, passando ad una presa a pinza superiore pollice-indice che permette di afferrare oggetti di piccole dimensioni (Cioni et al., 2013), oltre alla capacità di indicare e premere con l'indice; si sviluppano per di più diverse prassie: l'atto di infilare, di incastrare, ma anche la manualità finalizzata (il bambino mangia e beve in autonomia per esempio).

Il bambino inizia inoltre ad imitare le attività della vita quotidiana, i gesti e i modi e ad arricchire gli apprendimenti sensoriali e relazionali evolutivi.

Lo sviluppo cognitivo e affettivo-relazionale del bambino d'altro canto vede la scoperta di giochi di causa-effetto, una continuazione dell'apprendimento spazio-temporale (dovuta ad un più ampio utilizzo dei movimenti), la comparsa delle reazioni circolari terziarie, il superamento dell'angoscia e l'evolversi della socialità.

Le reazioni circolari terziarie sono dovute ad una sperimentazione attiva che conduce alla scoperta di mezzi nuovi, di rapporti spaziali e della casualità delle cose, tramite un procedimento per prove ed errori.

Con l'“evolversi della socialità” invece si intendono una maggiore comprensione dei comandi semplici, l'utilizzo del linguaggio per comunicare e l'introduzione di paroline che cominciano ad avere un più chiaro significato.

In questa fascia d'età, un bambino con ritardo psicomotorio presenterà un impaccio globale della motricità e difficoltà motorie più specifiche legate al tono posturale, che si rifletteranno poi su un ritardo nell'acquisizione della presa e del rilascio e su un ritardo evolutivo del linguaggio.

Giunti a questo punto dello sviluppo, un bambino che non è già stato prontamente trattato ha già perso molto tempo e qualsiasi intervento riabilitativo non è più precoce.

Segni di allarme da tenere in considerazione (Bernasconi et al., 2016):

- gioco ripetitivo (lancio continuo degli oggetti per esempio);
- permanenza di un'esplorazione dell'oggetto di tipo orale (il bambino cerca gli oggetti con la bocca, li lecca, ...);
- capacità di afferrare debole;
- problematiche visive (il bambino non guarda gli oggetti);
- non utilizzo delle varie tipologie di spostamento;



- non riesce a mantenere il suo peso in stazione eretta;
- vocalizzazione spontanea povera;
- scarsa reazione al suono;
- presenza di tremori, movimenti anomali, dismetrie;
- mancanza di risposta ai comandi verbali.

### **Fascia d'età 12-18 mesi**

Continua lo sviluppo dell'indipendenza ed incrementano equilibrio e coordinazione motoria in piedi, capacità intellettive, coordinazione manuale e manipolazione fine, linguaggio verbale, vissuti sociali e regolazione emotiva (Davidson 2022, "Attività, esperienze e giochi per il bambino. Idee per promuovere la qualità dello sviluppo psicomotorio").

In questa fase il bambino è in grado di alzarsi e abbassarsi, impara a gestire le cadute e inizia a camminare da solo.

Le sue capacità intellettive consistono nel saper costruire e disfare, riempire, imitare azioni quotidiane, nell'ampliamento del concetto causa-effetto e nel cominciare ad affrontare piccoli problemi.

Impara inoltre a gestire oggetti sempre più piccoli e a coordinare le due mani insieme con azioni differenti (Cioni et al., 2013).

In questo periodo il linguaggio del bambino consiste nel capire e farsi capire, nell'usare gesti ed alcune parole, nel chiacchierare con un gergo proprio, nell'indicare e nell'eseguire comandi semplici.

Importante è lo sviluppo dell'indipendenza, ovvero l'aumento del "fare da sé", che si può notare nel cammino, nel gioco, nell'alimentazione, nel sonno, nella capacità di esprimersi e nel gestire piccoli problemi. Il bambino comincia anche a vivere la gratificazione nelle proprie conquiste, un elemento fondamentale anche per consentire un aumento della sicurezza in sé e dell'autostima.

Il bambino inizia inoltre a maturare la percezione dell'altro nelle attività quotidiane, a mostrare una certa reciprocità nel gioco e ad usare i gesti sociali.

Per concludere, egli comincia a percepire la necessità di accettare limiti e regolare il comportamento.

I segnali d'allarme in questa fascia d'età sono (Bernasconi et al., 2016):

- mancanza di risposta al nome;
- scarso contatto visivo;
- scarsa o atipica risposta agli stimoli uditivi;

- assenza del sorriso sociale;
- ridotta esplorazione dell'ambiente e degli oggetti;
- mancanza di anticipazione nell'essere preso in braccio;
- presenza di reazione avversa al contatto fisico;
- presenza di comportamenti sensoriali atipici;
- scarsa o assente imitazione;
- non comprensione del gesto dell'indicare;
- scarso utilizzo dei gesti comunicativi;
- scarsa condivisione con altre persone degli oggetti che gli interessano;
- ridotta o assente evoluzione del gioco sociale;
- scarsa o assente ricerca di compagnia (sia che si tratti di coetanei che di adulti).

### **Fascia d'età 18-24 mesi**

In questi mesi, come riporta la Dott.ssa Davidson (2022) nel testo “Attività, esperienze e giochi per il bambino. Idee per promuovere la qualità dello sviluppo psicomotorio”, c'è un ulteriore perfezionamento della coordinazione in piedi; si vedono infatti un miglioramento dell'equilibrio e un ampliamento delle abilità motorie (correre, saltare, ballare, ...).

Incrementano anche le capacità intellettive, che conducono il bambino a ragionare, scegliere, capire il concetto “dimensioni” e “spazi”, abbinare e dividere oggetti, imitare situazioni quotidiane familiari semplici e risolvere problemi della sua misura.

Dal punto di vista della manualità si notano una maggiore raffinatezza nei movimenti selettivi fini delle mani, un arricchimento della manipolazione mono e bilaterale e uno sviluppo della specializzazione di una mano.

Per comunicare il bambino riesce ad usare parole e frasi chiare. C'è anche una valorizzazione della fase “cos'è” e “perché” per descrivere cosa succede durante il giorno.

Si sviluppa un'indipendenza sempre maggiore nel pasto, nell'addormentarsi, nella comunicazione e nel vestirsi-svestirsi che accresce l'autostima del bambino e il rispetto di sé come individuo.

In questa fase iniziano anche le collaborazioni sociali: il bambino partecipa alle routine familiari, impara a rimettere a posto e comincia ad ospitare gli amichetti a casa, a frequentare con piacere l'asilo nido, lo spazio gioco, la ludoteca, ...

Infine, si osserva in più una regolazione emotiva e comportamentale; egli inizia a vivere una varietà di emozioni, ad elaborare esperienze piacevoli e spiacevoli attraverso il gioco simbolico, a manifestare la fase del “no” e a mettere in atto delle bizze comportamentali.

I segnali d’allarme da tenere sotto controllo in questa fase sono (Bernasconi et al., 2016):

- un’assente o scarsa attenzione condivisa;
- la presenza di stereotipie nei comportamenti;
- espressioni facciali poco modulate durante le attività o le interazioni;
- un’assente o scarsa imitazione di espressioni e suoni;
- il mancato utilizzo del gesto dell’indicare;
- un gioco funzionale assente o poco sviluppato;
- un’anomala reazione ai cambiamenti;
- modalità atipiche nel gioco manipolatorio;
- ritardo nell’acquisizione del linguaggio.

### **Fascia d’età 24-36 mesi**

In questa fase di sviluppo si osservano (Davidson 2022, “Attività, esperienze e giochi per il bambino. Idee per promuovere la qualità dello sviluppo psicomotorio”; De Raeymaecker, 2006):

- “maggiori abilità motorie in piedi e capacità manuali:
  - maggior equilibrio e coordinazione motoria (fa le scale autonomamente, salta su una gamba, si arrampica, pedala, ...);
  - manualità fini bimanuali (incolla, disegna, dipinge, copia, taglia, ...);
  - specializzazione della mano dominante.
- maggiori capacità intellettive e ludiche:
  - riconoscimento spaziale e combinazione di forme, misure, colori, oggetti, parti del corpo, ...;
  - pensiero e gioco simbolico (rappresentazione di vissuti quotidiani con una serie di azioni);
  - abilità di organizzare informazioni e risolvere piccoli problemi;
  - costruzione di nuove conoscenze e uso dell’immaginazione;
  - abilità di classificare, scegliere, decidere;
  - riconoscimento di certi pericoli (scale, vetro, animali, ...).

- un ulteriore sviluppo dell'indipendenza (pasti, comunicazione, sfinteri, vestirsi-svestirsi, cura personale):
  - mangiare anche con la forchetta, mostrare chiare preferenze nei cibi;
  - capire e farsi capire, usare diverse parole e frasi brevi, arricchire il vocabolario;
  - controllare gli sfinteri di giorno, anticipando il bisogno;
  - diventare semi-indipendente nelle attività della cura personale (insiste nel “fare da sé”).
- una maturazione della socialità e della regolazione emotiva:
  - vivere nuove emozioni;
  - collaborare alle regole;
  - socializzare con più persone;
  - capire emozioni e comportamenti degli altri.”

Alcuni campanelli d'allarme possono essere (Bernasconi et al., 2016):

- goffaggine nei movimenti;
- cammino sulle punte o mancanza di coordinazione nel cammino;
- difficoltà relazionali;
- assenza o scarsa evoluzione del gioco simbolico;
- presenza di comportamenti ripetitivi;
- linguaggio limitato a pochi suoni o parole.

## GIOCHI E ATTREZZATURE PER IL BAMBINO IN RELAZIONE AD ETÀ E FASI DI SVILUPPO

Il gioco, come sappiamo, è l'attività che prevale nel bambino. Gli serve per vivere la sua esperienza di vita, per confrontarsi con la realtà che lo circonda, per capire quanto lui possa essere libero di fare, di inventare, di manipolare, di esplorare e quindi di scoprire e anche di conoscere e di apprendere. Dunque è un'attività fondamentale per lo sviluppo del bambino. Per giunta, solo attraverso il gioco, che sia di tipo motorio, manuale, vocale o sonoro (qualunque tipo di gioco), il bambino è in grado di crescere e di apprendere (Nijhof et al., 2018; Taczala et al., 2021, Chapman, 1978).

Il gioco logicamente dev'essere mirato, divertente e motivante per il bambino (Chapman, 1978). Quindi esso deve riflettere ed entrare in merito a quello che è lo sviluppo del bambino, ma al tempo stesso anche contribuire all'evoluzione delle sue funzioni, che siano motorie, cognitive, affettive, relazionali o sociali (Nijhof et al., 2018; Taczala et al., 2021). E poi è anche attraverso il gioco che l'adulto ha la possibilità di rilevare se il bambino ha dei problemi e, entro certi limiti e a seconda del

tipo di professionalità, di quale tipologia di problemi si tratta (se sono di natura psicologica, familiare, di socializzazione, ...). Quindi è possibile affermare che le varie modalità di gioco che il bambino adotta sono appunto legate allo sviluppo emotivo e motorio in maniera reciproca; ed è per questo che ad ogni fascia di età corrisponde un tipo di gioco specifico.

Di conseguenza, a seconda dell'età del bambino si possono fornire determinate indicazioni sui giochi o le attrezzature più adeguate a favorire e accelerare l'acquisizione di compiti evolutivi, ovvero di abilità funzionali che maturano nelle varie fasi dello sviluppo del bambino.

Si tratta di indicazioni non solo in merito agli stimoli da dare al bambino per attirare la sua attenzione e spingerlo a cercare nuove soluzioni ai problemi o nuovi metodi di spostamento, ma anche in merito alle facilitazioni che si possono mettere in atto con il proprio bambino per agevolarlo nell'apprendimento, dato che si tratta sempre di compiti evolutivi integrati gli uni agli altri. Tutto questo si fa sempre e solo tramite il gioco.

Secondo la Dott.ssa Davidson (2021, "Attrezzature e oggetti per il bambino. Consigli in relazione all'età e alla varie fasi di sviluppo"), "nella scelta e nell'uso di uno strumento di "contenimento" e/o di gioco vanno considerati:

- l'influenza sullo sviluppo psicomotorio (bisogni relazionali, sensoriali, motori e cognitivi del bambino);
- le caratteristiche dell'ambiente;
- le necessità dei genitori;
- la sicurezza e la comodità per il bambino."

Tra le attrezzature e gli oggetti consigliati dalla Dott.ssa Davidson (2021) troviamo:

## IL MARSUPIO



“Offre indiscutibili vantaggi di comodità e di funzionalità per gli spostamenti all'esterno ed ha un importante effetto positivo sul processo di attaccamento.

Con modelli adatti e un sostegno ulteriore con le mani dell'adulto, il suo uso può iniziare subito dalla nascita (può essere usato senza rischi anche per il pretermine).

L'utilizzo del marsupio è comunque limitato ai primi 3-4 mesi. La posizione con il bambino girato all'esterno

non è naturale per quest'ultimo, mentre non esistono rischi per la colonna o i testicoli”.

### La FASCIA

“È ugualmente funzionale al marsupio e può essere utilizzata anche per bambini più grandi”.



### La SEGGIOLINA



“Dev’essere scelta in base all’età del bambino e deve garantire il sostegno ed il contenimento della schiena posteriormente e lateralmente. Va adattata con rullini di asciugamani o appositi riduttori.

Il poggiatesta e la posizione del tronco non completamente verticale riducono l’impegno posturale e ne consigliano l’uso per consumare i primi pasti a cucchiaino fino al completo controllo del tronco (7 mesi circa)”.

### Il SEGGIOLONE

“È uno strumento funzionale che promuove l’interazione bambino-famiglia. Per sicurezza, bisogna fare attenzione alla scelta del modello e garantire la presenza di un adulto durante l’uso.

Impiegando un apposito riduttore e per periodi di tempo brevi, può essere usato fin dai 5-6 mesi.

Per consumare i pasti nel seggiolone è bene aspettare finché il bambino non controlla bene il tronco”.



## II PASSEGGINO



“Un uso precoce del passeggino (dai 3 mesi) soddisfa il bisogno del bambino, anche piccolo, di seguire le varie attività intorno a sé, di esercitare la vista a distanze diverse e quindi di arricchire le sue esperienze sensoriali e relazionali.

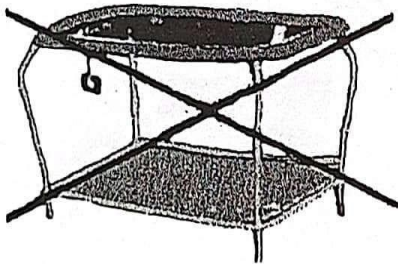
Vanno curati alcuni dettagli per garantire l’allineamento della colonna vertebrale, ma soprattutto la stabilizzazione posturo-motoria (sostegni laterali per il tronco)”.

Non sono invece indicate le seguenti attrezzature (Davidson, 2021):

### II CUSCINO “NANNA SICURA”

È sempre preferibile la posizione supina per dormire, specialmente nei primi mesi di vita; “successivamente, dai 6-7 mesi circa, il bambino può scegliere invece la posizione che preferisce”.

### II BOX

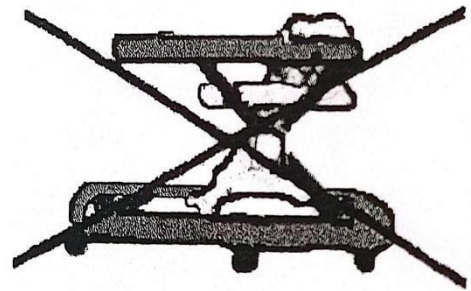


“Le ragioni di sicurezza addotte per il suo utilizzo non valgono molto perché comunque la casa va resa sicura per il bambino quando cammina; pertanto, è solo questione di anticipare i tempi.

Il bambino dall’età di 4-5 mesi ha bisogno di stare libero per terra per conoscere lo spazio aperto e di utilizzare le esperienze per maturare le competenze sensoriali, cognitive e motorie (spostamenti orizzontali) per prepararsi alla statica eretta e alla deambulazione”.

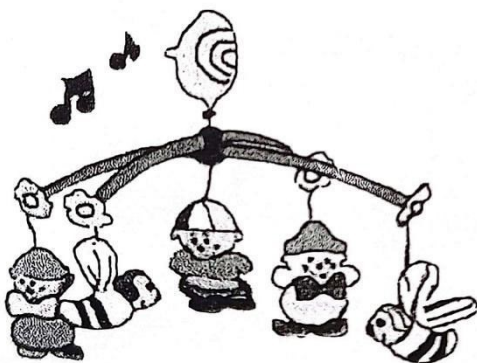
## IL GIRELLO

“Non rispetta e non favorisce le reali capacità motorie del bambino. Ha un’influenza negativa sulla motricità: ostacola lo sviluppo delle reazioni di equilibrio, del “saper cadere” e delle conoscenze dei propri limiti; inoltre provoca la tendenza all’equinismo o alla marcia sulle punte dei piedi. Secondo le evidenze, il girello può ritardare nel bambino il cammino autonomo (Davidson A. (2022), “*A che gioco giochiamo? Il gioco e il giocattolo da 0 a 3 anni: una guida per genitori e nonni.*”).



Per gli stessi motivi va sconsigliato l’uso del “jumper”, un’imbracatura attaccata ad un supporto elastico dove il bambino può fare dei salti”.

## I GIOCHI MECCANICI

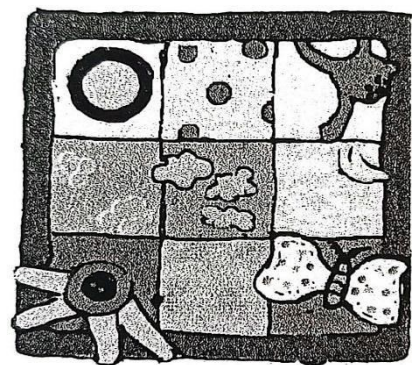


“Non sono indicati in quanto il poco tempo di veglia del neonato dovrebbe essere impegnato maggiormente nel dialogo creativo con le persone, piuttosto che con una “TV neonatale”.

In aggiunta, nelle fasi di manipolazione questi oggetti sono pericolosi per i fili deboli e componenti fragili”.

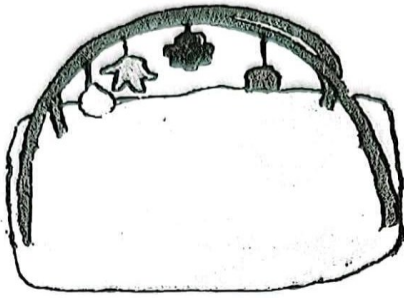
## IL TAPPETO GIOCO

“È piccolo, più o meno le dimensioni di un box, e i giocattoli incorporati non rispettano i bisogni di manipolazione “creativa””.





## La “PALESTRA”



“Si tratta di un telaio dove appendere i giocattoli.

Tenere il bambino fermo e “servirgli” i giocattoli è valido solo per una fase brevissima (dai 3 ai 4 mesi circa).

I giocattoli di corredo vanno comunque sostituiti e appesi con un filo elastico a livello delle mani per permettere l’attività di afferramento e di esplorazione orale. Dai 4 mesi di età sono indicati giocattoli sciolti per favorire la

maturazione della manipolazione e del rotolamento”.

Queste sono dunque le considerazioni dell’Università Meyer di Firenze in merito alle attrezzature che si possono trovare oggi nei negozi per bambini. In base a queste indicazioni, è possibile aiutare i genitori a scegliere ciò che più è adatto alla crescita dei propri figli.

Oltre a questi strumenti, è possibile offrire agli adulti anche consigli utili riguardo al tipo di gioco da adottare con i bambini a seconda della fascia d’età in cui si trovano\*.

## TRATTAMENTO RIABILITATIVO

Quando viene individuato un bambino con diagnosi di ritardo psicomotorio, la prima cosa che si fa è programmare l’intervento riabilitativo. Prima si interviene, migliori saranno i risultati ottenuti nel raggiungimento degli obiettivi prefissati (Abubakar et al., 2008). Nei primi anni di vita è infatti di rilevante importanza la plasticità del sistema nervoso centrale, facilmente modificabile e modulabile tramite l’utilizzo di diversi tipi di stimolazione (Taczala et al., 2021; Cioni et al., 2013; Regalado et al., 2001).

Essendo ogni bambino unico e diverso dagli altri, sia nella fisiologia che nella patologia, è importante innanzitutto che il trattamento sia personalizzato e adattato in base a colui o colei che ci si trova di fronte (Nijhof et al., 2018).

Quindi sarà importante, come prima cosa, valutare il bambino nelle sue capacità psicomotorie, confrontando ciò che è in grado di fare con ciò che dovrebbe saper fare a seconda della fascia d’età in cui si colloca (Lejarraga et al., 2002; Lejarraga et al., 2018; Cioni et al., 2013).

Una volta ottenuta la valutazione iniziale, si può procedere con la determinazione degli obiettivi riabilitativi che si vogliono raggiungere, specifici appunto per ogni bambino, e quindi con la pianificazione del trattamento.

Bisogna sottolineare però che la valutazione, sebbene venga trascritta principalmente all'inizio e alla fine del trattamento, soprattutto per verificare il raggiungimento o meno degli obiettivi, non deve mai essere tralasciata ma deve essere effettuata ad ogni seduta, anche semplicemente attraverso l'osservazione. Trattamento e valutazione vengono distinti da un punto di vista didattico, ma nella realtà sono spesso interconnessi. È infatti grazie ad una continua valutazione che ci è permesso capire se la strada che stiamo percorrendo sia quella giusta oppure no e, nel caso sia sbagliata, come correggere l'intervento riabilitativo.

In merito alla pianificazione del trattamento di questi bambini, vengono distinti tre elementi fondamentali:

- la preparazione del setting;
- la preparazione dei giocattoli;
- il ruolo del gioco.

Quando si progetta una seduta, una delle prime cose a cui è necessario pensare è la modificazione del setting. Dal momento che esso è una delle variabili principali che vanno ad influenzare la maturazione del bambino (Lejarraga et al., 2002; Lejarraga et al., 2016; Lejarraga et al., 2018; Poresky et al., 1982; Cioni et al., 2013), di conseguenza è logico utilizzarlo per andare a stimolare lo sviluppo del piccolo (Chapman, 1978). A seconda delle difficoltà di quest'ultimo e quindi a seconda degli obiettivi che il terapeuta si pone, si andrà dunque a costruire l'ambiente adatto. Nei primi mesi di vita, per stimolare uno spostamento di tipo orizzontale, si può utilizzare ad esempio un tappeto o un materassino morbido. Nelle fasce d'età comprese tra 9 e 18 mesi invece, dovendo magari facilitare il bambino nel raggiungimento e nel mantenimento della stazione eretta, è opportuno utilizzare oggetti di diverse altezze su cui il bambino possa appoggiarsi e che garantiscano quindi uno spostamento maggiormente verticale.

Un'altra considerazione da fare, prima di cominciare con il trattamento riabilitativo, riguarda la scelta dei giochi da proporre al bambino. In ogni fase di sviluppo i bambini mostrano infatti una certa "preferenza" nella tipologia di gioco, in linea con le competenze acquisite. La scelta dei giochi deve essere dunque effettuata in modo accurato, sia perché è importante per riuscire a catturare e mantenere l'interesse del bambino durante tutto il trattamento, ma anche perché ad ogni età corrisponde appunto una determinata tipologia di gioco, in grado di stimolare nel modo più accurato la crescita del piccolo. Nei primi tre mesi di vita sarà ad esempio più consono un gioco con le persone (coccolare, chiacchierare, cantare, massaggiare, ...). Nella fascia d'età compresa tra 3 e 6 mesi sarà invece consigliato far stare il bambino disteso per terra (supino o prono), su un tappeto o una coperta, con

giocattoli sciolti a disposizione (oggetti sicuri, adatti alle manine piccole, leggeri, con presa facile, lavabili e a portata di mano, che si possano afferrare, battere, portare alla bocca, ...).

Infine, un elemento particolarmente rilevante nel mondo dell'età evolutiva, che non si osserva di solito in altri ambiti riabilitativi, è il ruolo del gioco nel trattamento dei bambini. È attraverso il gioco che si effettua qualsiasi intervento riabilitativo e che si riescono ad ottenere maggiori risultati nell'acquisizione delle competenze motorie, cognitive, affettive e relazionali. Come già ho descritto precedentemente, nel capitolo inerente ai giochi e alle attrezzature per bambini, il gioco è il principale elemento che consente al bambino di svilupparsi; questo grazie all'esplorazione di sé stesso, degli oggetti e degli ambienti che lo circondano e all'interazione con le persone che lo circondano. Tale concetto, valido sia nella fisiologia che nella patologia, viene dunque "sfruttato" anche nelle sedute di trattamento.

Il terapeuta all'interno del trattamento possiede però anche un altro ruolo, quello di consulente. Durante o alla fine dello svolgimento delle diverse sedute, egli ha infatti anche il compito di fornire ai genitori consigli o materiali utili per l'accudimento del figlio. Nel capitolo seguente parleremo dunque di counseling.

## IL RUOLO DEL COUNSELING IN ETÀ EVOLUTIVA

“Le strategie di intervento per i bambini con ritardo dello sviluppo variano enormemente in contenuto, metodi, sistema di consegna, orientamento teorico, tempo e personale. La tendenza generale è quella di coinvolgere i genitori nell'uso dei metodi adottati per fornire una maggiore stimolazione e opportunità di apprendimento e per incrementare le abilità specifiche, i problemi di comportamento e i progressi generali dello sviluppo dei loro figli (p.es. Shearer & Shearer, 1972; Cunningham & Jeffrey, 1975; Guralnick & Bricker, 1987)” (Davis et al., 1991).

Perciò la componente forse più importante del trattamento di questi bambini è proprio costituita dal counseling (o counselling) genitoriale. L'American Academy of Pediatrics stessa afferma che esso è l'elemento più importante della cura dei bambini (Holmes et al., 1985).

All'interno della riabilitazione del bambino è infatti di fondamentale importanza il ruolo dei genitori. Questo perché non è sufficiente il trattamento effettuato dal fisioterapista una o due volte a settimana per seguire e stimolare in modo adeguato la crescita del bambino. Nella vita di tutti i giorni è necessario che ci sia qualcuno disposto ad incentivarne lo sviluppo.

Lo dimostra ad esempio la ricerca effettuata da H. Davis et al. (1991) sul counselling e il supporto dei genitori di bambini con un ritardo nello sviluppo, seppur essa tratti di bambini tra i 4 e gli 8 anni

con diagnosi di varia natura (definite e non), un campione al di fuori di quello considerato in questa tesi. Ad ogni modo nell'articolo viene riportato che “[...] Le madri e i bambini nei gruppi di intervento hanno mostrato dei cambiamenti positivi e significativi rispetto ai gruppi di controllo assegnati in modo casuale. [...] Le madri sono cambiate positivamente nelle valutazioni del supporto percepito e del funzionamento della famiglia e nella costruzione delle relazioni tra il proprio bambino, loro stesse, il marito e la famiglia. Sebbene l'insegnamento sistematico non fosse incluso, anche i loro bambini hanno dimostrato miglioramenti nel progresso dello sviluppo e dei problemi comportamentali”<sup>2</sup>.

Ecco perché nel trattamento è importante inserire sempre una componente di counseling genitoriale.

Ma di cosa si tratta esattamente? Il termine counseling, ricavato dall'inglese “to counsel” che significa “consigliare”, deriva in principio dai termini latini “consiliare” e “consilium” i quali si traducono corrispettivamente in “consiglio” e “consultare”.

La parola counseling, dunque, così come riporta la British Association for Counselling nel 1985, corrisponde a: “[...] l'uso professionale e regolato da principi di una relazione, nell'ambito della quale il cliente è aiutato nel processo finalizzato a facilitare una migliore conoscenza di sé e l'accettazione dei propri problemi emotivi e a portare avanti la propria crescita emozionale e lo sviluppo ottimale delle proprie risorse personali. Lo scopo finale è di fornire al cliente un'opportunità di vivere in modo soddisfacente ed in base alle proprie risorse” (Associazione Professionale di Counseling – REICO, 2013).

O come afferma Galimberti nel 1999: “Counselling significa consulenza, forma di rapporto interpersonale in cui un individuo che ha un problema, ma non possiede le conoscenze o le capacità per risolverlo, si rivolge a un altro individuo, il consulente (o counselor) che, grazie alla propria esperienza e preparazione, è in grado di aiutarlo a trovare una soluzione...” (Associazione Professionale di Counseling – REICO, 2013).

In questo caso, trattandosi di bambini tra 0 e 3 anni, i diretti interessati della consulenza diventano i genitori o chi, comunque, si prende cura quotidianamente del bambino.

Il counseling in merito al trattamento del ritardo psicomotorio consiste:

- nel fornire consigli ai genitori su come tenere o toccare il bambino durante le attività;
- nel dare indicazioni sui giocattoli più adatti da utilizzare a seconda dell'età;
- nel suggerire le attrezzature adeguate a permettere al bambino di esprimersi al meglio tramite il movimento in completa sicurezza;
- nell'indicare ai genitori il modo più corretto di interagire/relazionarsi con il bambino.

In questo caso quindi il counseling consente ai terapisti di aiutare i genitori nella scelta dei giochi e delle attrezzature più adatti per il proprio bambino, ma soprattutto di fornire consigli e insegnamenti utili a facilitare lo sviluppo psicomotorio del piccolo permettendo ai genitori sia di riconoscere le difficoltà del bambino, sia di essere in grado di adottare strategie efficaci per accompagnare la sua crescita.

Il counseling dovrà essere dunque differente per ogni famiglia, a seconda del bambino e dei genitori che il terapeuta si troverà di fronte.

In base all'età del piccolo, il riabilitatore sarà capace di stabilire quelle che in linea generale dovrebbero essere le capacità del bambino (sempre tenendo conto dell'individualità e della variabilità di ciascuno di essi) e di conseguenza sarà in grado di individuarne le carenze maggiori, sulle quali poi andrà a lavorare durante la seduta mettendo nel frattempo al corrente il caregiver di riferimento.

Oltre a fornire indicazioni, esiste poi anche una parte di counseling che consiste nel rispondere alle domande e ai dubbi posti dai genitori, purché siano di competenza del terapeuta; altrimenti è possibile indirizzare la persona verso il professionista più consono.

La consulenza fornita comunque non rimane tale nel tempo, ma deve sempre essere revisionata di volta in volta in base all'evoluzione dello sviluppo del bambino. Se non si osservano cambiamenti, ad esempio, può voler dire che sia necessario continuare con le indicazioni date precedentemente per più tempo o che magari il bambino necessita di uno stimolo maggiore; se invece il piccolo ha acquisito quella nuova capacità su cui si stava lavorando, allora significa che si può procedere con la fase successiva del trattamento.

Il counseling in quest'ambito riabilitativo si può esprimere principalmente tramite due forme:

- una verbale;
- una scritta (al servizio in dotazione "A che gioco giochiamo? Il gioco e il giocattolo da 0 a 3 anni: una guida per genitori e nonni").

Il terapeuta può infatti scegliere se fornire semplicemente delle indicazioni verbali al genitore durante le sedute, specifiche per il piccolo che sta trattando, oppure se consegnargli anche un manuale o una dispensa con informazioni generali sulle fasi di sviluppo di un bambino e sulle attrezzature e i giochi più adatti per ogni fascia d'età. In quest'ultimo caso non si tratterebbe di consigli personalizzati e quindi direttamente applicabili su ciascun bambino, ma piuttosto di un supplemento utile ai genitori per guadagnare una maggiore conoscenza e consapevolezza delle risorse e delle difficoltà del proprio figlio, oltre che di una guida nella scelta delle attrezzature e dei giochi più efficaci per stimolare la crescita del piccolo.

Al servizio viene fornita, come accennato prima, la guida “A che gioco giochiamo? Il gioco e il giocattolo da 0 a 3 anni: una guida per genitori e nonni”. Si tratta di un libretto che fornisce consigli e informazioni utili per accompagnare lo sviluppo del bambino a partire dalla nascita fino ai 3 anni di età. In esso viene descritto il mondo del gioco e vengono anche date indicazioni su come scegliere i giocattoli che si trovano in commercio, come ricavarli da comuni oggetti di casa e soprattutto come e quando utilizzarli.

## CASI CLINICI

### **Primo caso clinico: S. D.**

Data di nascita: 24/03/2021

Anamnesi: prima gravidanza, decorsa con polidramnios; il bambino è nato poi con TC d’urgenza alla 40<sup>o</sup>+3 per bradicardia fetale, con un peso pari a 3300 g.

L’anamnesi familiare risulta essere negativa; l’unico elemento riferito è che la mamma ha cominciato a camminare a 17 mesi.

Data prima visita fisiatrica: 11/01/22 (a quasi 10 mesi).

Motivo di accesso e presa in carico: ritardo motorio lieve, in trattamento una volta alla settimana.

Esame obiettivo a T0 (15/04/22 – competenze del bambino a quasi 13 mesi di età):

In ambito motorio:

- si mette seduto sui talloni;
- si mette in ginocchio con appoggio anteriore;
- cammina carponi;
- riesce a mettersi in piedi con appoggio anteriore solo se aiutato;
- mantiene la posizione in ginocchio;
- mantiene la stazione eretta con appoggio anteriore;
- riesce a camminare in ginocchio solo se facilitato;
- presenta una presa cubito palmare e a pinza superiore, inoltre è possibile la prensione di oggetti di piccole dimensioni;
- manipola scatole, coperchi e cubi, mette ed estrae biglie da una tazza, sa adottare un uso orizzontale della cordicella;

- il bambino ancora non è in grado di effettuare i passaggi posturali in autonomia (se non facilitato), di stare in piedi, di eseguire passi laterali, di camminare autonomamente senza appoggio anteriore o di saper salire e scendere le scale a carponi;
- tende a stare seduto e a spostarsi principalmente sul piano orizzontale.

In ambito cognitivo e affettivo-relazionale:

- linguaggio e comunicazione: “fa ciao”, esegue semplici richieste (talvolta necessita di essere supportato ripetendo la consegna per ricondurre l’attenzione verso il compito e per apportare variazioni nell’attività intrapresa), rimane agganciato alle persone maggiormente attraverso il canale verbale (anche se gli sguardi spesso risultano fugaci), reagisce al “no”, si gira quando viene chiamato per nome e il linguaggio espressivo corrisponde alla lallazione semplice;
- è presente la capacità di shiftare l’attenzione tra due elementi proposti, sebbene emergano atteggiamenti di fissità nell’utilizzo di alcuni materiali (es. lancio di oggetti, esplorazione tattile delle ruote delle macchinine o dei lacci dei pantaloni);
- nelle situazioni di frustrazione la regolazione emotiva risulta poco modulabile e richiede l’intervento della madre e/o dell’operatore;
- non riconosce situazioni sociali divertenti e non mostra preoccupazione attraverso le espressioni facciali;
- non indica per condividere l’interesse con la mano, ma dirige lo sguardo tra due oggetti proposti.

Segnali d’allarme presenti:

- gioco ripetitivo;
- permanenza di un’esplorazione e di un utilizzo degli oggetti secondo modalità sensoriali (emergono alcuni comportamenti sensoriali atipici);
- tendenza a stare seduto e a non utilizzare le varie tipologie di spostamento per esplorare l’ambiente e gli oggetti;
- non mantiene la stazione eretta in autonomia;
- vocalizzazione spontanea povera;
- fugace contatto visivo;
- scarsa imitazione e ridotto utilizzo dei gesti comunicativi;
- scarsa condivisione nei giochi sociali.

### Obiettivi riabilitativi:

- stimolare l'iniziativa motoria e la modulazione motoria sia in orizzontale che in verticale (tendenza a stare seduto, ad utilizzare sempre gli stessi giochi, come libretti, gioco del cucù... e a perseverare su alcuni aspetti sensoriali) e l'esplorazione di tutti gli ambienti;
- raggiungere la stazione eretta in autonomia con passaggio a cavalier servente;
- alzarsi e abbassarsi da in piedi (con appoggio anteriore all'inizio).

### Contenuto del counseling:

È stato prevalentemente di tipo verbale in quanto la madre, essendo psicoterapeuta, possedeva già del materiale cartaceo a cui fare riferimento. Di fondamentale importanza sono stati i consigli verbali quotidiani che ponevano l'accento sulla consapevolezza delle risorse e delle difficoltà del proprio bambino, quali ad esempio:

- creare un appoggio anteriore e laterale in modo da aiutare il trasferimento di carico tra destra e sinistra;
- proporre altezze di diverso livello per stimolare lo spostamento a costiera;
- evitare di sostenere a livello ascellare ma favorire lo spostamento in verticale proponendo vari appoggi, quali ad esempio sedie o carrellini appesantiti (si spiega come l'equilibrio offerto dall'adulto ... quello del bambino);
- proporre: attività motorie libere (non sempre strutturate) in spazi limitati, sicuri e sorvegliati; giochi in piedi; attività ludiche "creative" ed interessanti con oggetti di casa o acquistati (palle, bambole, costruzioni, piccoli incastri, animali della fattoria, ...); tempo per giocare e arrangiarsi da solo senza l'interferenza di un adulto; scegliere e sperimentare cibi nuovi; mangiare e bere da solo, anche con le mani.

In questo caso è stato importante sostenere la mamma soprattutto nel dare spazio al bambino, rispettando i suoi tempi, e nel gestire il pianto, dal momento che la regolazione emotiva risultava spesso poco modulabile e richiedeva l'intervento del genitore.



Esame obiettivo a T1 (09/22 - competenze del bambino dopo l'intervento riabilitativo):

	T0	T1
Prono solleva il capo	Sì	Sì
Prono si appoggia sugli avambracci	Sì	Sì
Striscia	Sì	Sì
Rotola	Sì	Sì
Posizione seduta	Sì	Sì
Prono si appoggia sulle mani	Sì	Sì
Si mette seduto sui talloni	Sì	Sì
Si mette in ginocchio con appoggio anteriore	Sì	Sì
Cammina carponi	Sì	Sì
Si mette in piedi con appoggio anteriore	Sì (se aiutato)	Sì
Cammina con deambulatore	/	/
Sta in ginocchio	Sì	Sì
Sta in piedi con appoggio anteriore	Sì	Sì
Cammina con quadripodi	/	/
Cammina in ginocchio	Sì (se facilitato)	Sì
Sta in piedi	No	Sì
Cammina	No	Sì (per tratti brevissimi)
Si alza in piedi senza appoggio	No	No

Gli aspetti grosso-motori sono migliorati, ma perseverano alcuni comportamenti nell'uso degli oggetti, che vengono esplorati con modalità sensoriali e ripetitive, e la scarsa comunicazione, per cui viene segnalato per una presa in carico di valutazione psicomotoria specifica.

**Secondo caso clinico: L. C.**

Data di nascita: 07/07/2020

Anamnesi: Prima gravidanza (unicogenito), normodecorsa. Il bambino è nato a termine, alla 37°sg + 6 gg. L'anamnesi familiare risulta essere negativa. A 5 mesi di età L. C. ha iniziato un percorso privato presso una Terapista della Neuropsicomotricità per ritardo motorio.

Data prima visita fisiatrica: 07/04/21 (a 9 mesi).

Motivo di accesso e presa in carico: prima visita fisiatrica per il seguente quesito diagnostico: a 9 mesi non presenti controllo del tronco né spostamenti orizzontali come striscio o gattonamento. Il 10/05/21 inizia la presa in carico da parte del fisioterapista, una volta alla settimana.

Esame obiettivo a T0 (25/07/22 – competenze del bambino a quasi 24 mesi di età):

In ambito motorio:

- deambula;
- si porta in stazione eretta senza appoggio anteriore;
- si arrampica;
- va in bici senza pedali;
- sale le scale con un appoggio del genitore;
- manipola con impugnatura ancora per lo più grossolana.

In ambito cognitivo e affettivo-relazionale:

- linguaggio e comunicazione: scarso uso della voce (non produce paroline ma ripete bisillabi, quali papà e mamma) e anche la comprensione di ordini contestuali sembra assente;
- gioco un po' ripetitivo (es. lancio di oggetti), resta nel gioco congiunto per tempi ridotti e solo se molto sostenuto;
- predilige ancora un gioco di tipo sensoriale;
- poco contattabile con lo sguardo, difficilmente si fa coinvolgere nel gioco;
- nelle situazioni di frustrazione tende a darsi dei colpi in testa o a consolarsi con il ciuccio.

Segnali d'allarme presenti:

- gioco ripetitivo;
- permanenza di un' esplorazione e di un utilizzo degli oggetti secondo modalità sensoriali;
- ritardo nell'acquisizione del linguaggio (limitato a pochi suoni e parole);
- scarso contatto visivo e scarsa attenzione condivisa;
- scarsa imitazione e ridotto utilizzo dei gesti comunicativi;
- gioco congiunto per tempi molto ridotti.

Obiettivi riabilitativi:

- migliorare i tempi di attenzione sostenuta e maggiore varietà nel gioco;
- stimolare la manualità;

- stimolare il bambino a comunicare maggiormente (sia nell'espressione che nella comprensione), anche tramite gesti.

Contenuto del counseling:

Sono stati forniti i seguenti consigli alla madre:

- proporre attività motorie varie, in spazi esterni (triciclo, carretti, palla, ...), oppure in una zona limitata e sicura in casa; proporre anche una partecipazione attiva alle sue attività quotidiane (spogliarsi e vestirsi, lavarsi, ...);
- proporre attività manuali su un tavolino basso, seduto su una seggiolina, utilizzando vari materiali;
- giocare a "fare finta", imitare e rappresentare situazioni quotidiane familiari; utilizzare librini nella routine per descrivere le immagini e ripetere le parole; intraprendere piccole conversazioni proponendo il normale linguaggio familiare; proporre incontri con bambini di varie età, anche coetanei.

Esame obiettivo a T1 (29/08/22 - competenze del bambino dopo l'intervento riabilitativo):

	T0	T1
Prono solleva il capo	Sì	Sì
Prono si appoggia sugli avambracci	Sì	Sì
Striscia	Sì	Sì
Rotola	Sì	Sì
Posizione seduta	Sì	Sì
Prono si appoggia sulle mani	Sì	Sì
Si mette seduto sui talloni	Sì	Sì
Si mette in ginocchio con appoggio anteriore	Sì	Sì
Cammina carponi	Sì	Sì
Si mette in piedi con appoggio anteriore	Sì	Sì
Cammina con deambulatore	/	/
Sta in ginocchio	Sì	Sì
Sta in piedi con appoggio anteriore	Sì	Sì
Cammina con quadripodi	/	/
Cammina in ginocchio	Sì	Sì
Sta in piedi	Sì	Sì
Cammina	Sì	Sì
Si alza in piedi senza appoggio	Sì	Sì

Ad oggi (29/08/22, a quasi 26 mesi di età) L. presenta un adeguato sviluppo grossomotorio. In realtà il bambino è molto attivo e vivace (cammina, corre, si arrampica, ...); questo aspetto di iperattività gli rende difficile strutturare un gioco per un tempo adeguato, se non contenuto da parte dell'adulto. Dal punto di vista sociale e relazionale, infatti, il bambino risulta ancora in ritardo rispetto alla sua età cronologica (poche parole, poca interazione con le persone che lo circondano, non imita e non volge lo sguardo verso gli oggetti che gli vengono indicati).

Per il perseverare di queste difficoltà a livello comunicativo, attentivo e affettivo-relazionale, anche lui è stato segnalato per una presa in carico di trattamento psicomotorio specifico.

### **Terzo caso clinico: C. M.**

Data di nascita: 28/04/2021

Anamnesi: Seconda gravidanza (fratello di 3 anni), normodecorsa. La bambina è nata a termine, con un peso pari 2700 g. Anamnesi familiare negativa. Alla visita oculistica sono emersi astigmatismo e strabismo, correggibili con gli occhiali.

Data prima visita fisiatrica: 03/03/22 (a poco più di 10 mesi).

Motivo di accesso e presa in carico: alla prima visita fisiatrica è stato osservato un ritardo rispetto alle fasi di sviluppo neuromotorie (la bambina tendeva a rimanere nella posizione seduta o supina/prona). L'11/04/22 inizia la presa in carico da parte del fisioterapista.

Esame obiettivo a T0 (02/09/22 – competenze del bambino a circa 16 mesi di età):

In ambito motorio:

- cammina carponi;
- si mette in ginocchio con appoggio anteriore;
- riesce a mettersi in piedi con appoggio anteriore, passando per la posizione a cavalier servente;
- mantiene la posizione in ginocchio;
- mantiene la stazione eretta con appoggio anteriore (in stazione eretta i piedi tendono alla pronazione, specialmente il sinistro che si presenta anche extraruotato);
- si sposta a navigazione costiera;
- presenta una presa cubito palmare e a pinza superiore, si passa gli oggetti da una mano all'altra;
- la bambina ancora non è capace di camminare autonomamente senza appoggio anteriore o di saper salire e scendere le scale a carponi.

In ambito cognitivo e affettivo-relazionale:

- linguaggio e comunicazione: pronuncia poche parole contestuali ed esegue semplici richieste;
- manifesta interesse per i giochi e imita l'adulto nel gioco;
- talvolta presenta espressioni facciali fuori contesto e in modo ripetuto.

Segnali d'allarme presenti:

- gioco ripetitivo;
- tendenza a giocare stando seduta sui propri talloni, invece di utilizzare posizioni o spostamenti sul piano verticale;
- non mantiene la stazione eretta in autonomia;
- vocalizzazione spontanea povera;
- presenza di stereotipie (per es. nelle espressioni facciali).

Obiettivi riabilitativi:

- stimolare il raggiungimento e il mantenimento della stazione eretta in autonomia;
- incentivare la navigazione costiera;
- ottenere piccoli spostamenti deambulando con appoggio.

Contenuto del counseling:

In questo caso, per supportare e aiutare maggiormente i genitori in attesa di una valutazione neuropsichiatrica (in programma) e quindi di una diagnosi, è stata fornita anche la guida cartacea in dotazione al Servizio, oltre ad una consulenza verbale. I consigli forniti sono:

- posizionare i giochi di interesse a diverse altezze, in modo tale che debba posizionarsi in stazione eretta per raggiungerli e giocarci;
- creare un appoggio anteriormente e lateralmente e proporre giochi a diverse distanze e altezze per stimolare lo spostamento a costiera e la deambulazione senza appoggio per brevi tratti;
- favorire lo spostamento in verticale proponendo vari appoggi, quali ad esempio sedie o carrellini appesantiti;
- proporre: attività motorie libere in spazi limitati, sicuri e sorvegliati, dentro e fuori casa; giochi in piedi; attività ludiche "creative" ed interessanti con oggetti di casa o comprati (palle, bambole, costruzioni, puzzle, animali della fattoria, ...).

In questo caso alla madre è stato anche suggerito di inibire qualunque atteggiamento stereotipato e ripetitivo che fosse privo di contesto. È stata rilevata inoltre, da parte della terapeuta, la necessità di

supportare i genitori che, seppur molto disponibili e comprensivi, si mostrano preoccupati di fronte alla mancanza di una diagnosi ben definita.

Esame obiettivo a T1 (30/09/22 - competenze del bambino dopo l'intervento riabilitativo):

	T0	T1
Prono solleva il capo	Sì	Sì
Prono si appoggia sugli avambracci	Sì	Sì
Striscia	Sì	Sì
Rotola	Sì	Sì
Posizione seduta	Sì	Sì
Prono si appoggia sulle mani	Sì	Sì
Si mette seduto sui talloni	Sì	Sì
Si mette in ginocchio con appoggio anteriore	Sì	Sì
Cammina carponi	Sì	Sì
Si mette in piedi con appoggio anteriore	Sì (se facilitata)	Sì
Cammina con deambulatore	/	/
Sta in ginocchio	Sì	Sì
Sta in piedi con appoggio anteriore	Sì (se facilitata)	Sì
Cammina con quadripodi	/	/
Cammina in ginocchio	Sì (se facilitata)	Sì
Sta in piedi	No	Sì
Cammina	No	Sì (per tratti brevissimi)
Si alza in piedi senza appoggio	No	No

Ad oggi (30/09/22, a 17 mesi di età) la bambina ha fatto qualche progresso dal punto di vista motorio. Permangono tuttora però alcuni comportamenti stereotipati, da tenere sotto osservazione, e l'atteggiamento in extrarotazione del piede sinistro. La bambina è ancora in trattamento presso il Servizio.

## **Quarto caso clinico: T. V.**

Data di nascita: 29/01/2022

Anamnesi: Unicogenito, gravidanza normodecorsa. Il bambino è nato a termine (alla 38° sg +4 gg). Ricovero in TIN in seconda giornata di vita per sepsi neonatale (madre con tampone vaginoretale positivo per streptococco agalactiae). Anamnesi familiare negativa.

Data prima visita fisiatrica: 23/06/22 (a quasi 5 mesi).

Motivo di accesso e presa in carico: prima visita fisiatrica per plagiocefalia occipitale sx. Il 12/07/22 inizia la presa in carico da parte del fisioterapista, una volta alla settimana.

Esame obiettivo a T0 (30/08/22 – competenze del bambino a 7 mesi di età):

Il bambino presenta il capo inclinato a destra e ruotato a sinistra (in qualsiasi posizione lo si osservi, che sia da seduto, da supino o da prono). È lievemente limitata la rotazione a destra negli ultimi gradi.

In ambito motorio:

- afferra oggetti sulla linea mediana e li porta alla bocca;
- da prono svincola i cingoli ma ancora non è in grado di appoggiarsi adeguatamente sulle mani (rimane la tendenza a restare con il corpo “schiacciato” a terra e gli arti superiori distesi in avanti);
- accenna un movimento di pivoting;
- i genitori riferiscono che rotola autonomamente (durante la seduta lo fa ma con minima facilitazione);
- mantiene la posizione seduta solo con appoggio delle mani anteriormente, anche se per tempi brevi e con il tronco leggermente cifotico.

In ambito cognitivo e affettivo-relazionale:

- si adatta facilmente alle nuove situazioni;
- vocalizza;
- si consola facilmente;
- non mantiene un contatto visivo con l’oggetto di interesse in modo prolungato e, allo specchio, non fissa lo sguardo sul proprio volto.

### Segnali d'allarme presenti:

- presenza di asimmetrie (es. rotola preferibilmente verso il lato sinistro) e dubbie stereotipie (la madre riferisce che, seduto sul seggiolone, il bambino spesso dondola ripetutamente avanti e indietro).

### Obiettivi riabilitativi:

- ridurre l'inclinazione e rotazione del capo;
- raggiungere un adeguato appoggio sulle mani in posizione prona;
- stimolare il mantenimento della posizione seduta (long sitting), così da ottenere un maggior controllo del tronco superiore;
- sviluppare le reazioni di paracadute e di appoggio da seduto;
- ottenere uno spostamento di tipo orizzontale tramite striscio.

### Contenuto del counseling:

Durante le sedute sono stati forniti diversi consigli in forma verbale; inoltre, la terapeuta ha mostrato e insegnato alla madre anche come facilitare il bambino manualmente nelle varie attività. Le indicazioni sono:

- porre il bambino di fronte allo specchio, mentre lo si tiene in braccio, e, una volta che egli è riuscito a catturare la sua immagine, inclinarlo leggermente verso destra così da stimolare una reazione di raddrizzamento del capo verso sinistra;
- effettuare il passaggio posturale "supino-seduto" facendo rotolare il bambino verso il lato destro (per la stessa motivazione di prima);
- Far giocare spesso il bambino in posizione prona in modo tale da stimolare il rinforzo della muscolatura posteriore del tronco superiore e del collo, oltre che l'appoggio sulle mani;
- Mantenere il bambino in posizione seduta (a panchetto o in long sitting) e fissarlo con le mani a livello delle creste iliache; nel frattempo proporre giochi quali la torre di cubetti;
- Da prono, facilitare lo striscio del bambino nel raggiungimento di un oggetto di suo interesse;
- Da seduto (una volta raggiunta la completa autonomia nel mantenimento di questa posizione), creare dei piccoli perturbamenti laterali a livello del tronco superiore così da stimolare le reazioni di paracadute o di appoggio e la presa di oggetti lontani dallo spazio personale. Effettuare questa manovra soprattutto verso il lato destro.



Esame obiettivo a T1 (27/09/22 - competenze del bambino dopo l'intervento riabilitativo):

	T0	T1
Prono solleva il capo	Sì	Sì
Prono si appoggia sugli avambracci	Sì	Sì
Striscia	No	Sì (se facilitato)
Rotola	Sì (se facilitato)	Sì
Posizione seduta	Sì (per tempi brevi)	Sì
Prono si appoggia sulle mani	No	No
Si mette seduto sui talloni	No	No
Si mette in ginocchio con appoggio anteriore	No	No
Cammina carponi	No	No
Si mette in piedi con appoggio anteriore	No	No
Cammina con deambulatore	/	/
Sta in ginocchio	No	No
Sta in piedi con appoggio anteriore	No	No
Cammina con quadripodi	/	/
Cammina in ginocchio	No	No
Sta in piedi	No	No
Cammina	No	No
Si alza in piedi senza appoggio	No	No

Ad oggi (27/09/22, a quasi 8 mesi d'età), il bambino ha mostrato un miglioramento nelle competenze motorie. Presenta ancora una lieve inclinazione e rotazione del capo, specialmente nelle situazioni in cui è richiesto da parte sua un maggior dispendio energetico. Si nota inoltre, confermata anche dalla madre, la comparsa dell'angoscia verso gli estranei, segno tipico di quest'età e positivo perché indica lo sviluppo della capacità di distinguere tra sé e fuori da sé. Si continueranno a monitorare l'asimmetria e lo sviluppo psicomotorio.

## CONCLUSIONI

Se la ricerca bibliografica mi ha permesso di delineare una panoramica piuttosto dettagliata di quello che dovrebbe essere lo sviluppo fisiologico di un bambino tra 0 e 3 anni, del significato di ritardo psicomotorio, di quali siano le attrezzature o i giochi più adatti alla crescita e del concetto di

trattamento e counseling, l'analisi dei quattro casi clinici mi ha consentito di veder mettere in atto tutto ciò e di verificarne effettivamente l'efficacia.

Grazie, infatti, all'utilizzo della Scheda ideata dalla Dott.ssa Fedrizzi, ho potuto constatare un miglioramento, dal punto di vista motorio, di tutti e quattro i casi clinici, seppure alcuni (S. D., C. M. e T. V.) più di altri (L. C.). Ritengo però che questa differenza nel secondo caso analizzato (L. C.) sia dovuta al fatto che quando ho incontrato il bambino, egli aveva già acquisito quasi tutte le competenze motorie tipiche dell'età, essendo in trattamento con la fisioterapista dal 2020, e necessitava più che altro di un trattamento focalizzato sulle capacità cognitive e affettivo-relazionali. Inoltre, reputo che la Scheda della Dott.ssa Fedrizzi non fosse la più adatta a valutare i reali cambiamenti di questo bambino, dal momento che essa tende a saturare nei primi 18 mesi di vita ed egli ne aveva già 24.

Per quanto riguarda invece le competenze cognitive e affettivo-relazionali, nell'arco di tempo del mio tirocinio non vi sono stati evidenti miglioramenti, nonostante il trattamento e il counseling effettuati, tant'è vero che due dei casi clinici (S. D. e L. C.) sono stati segnalati per un trattamento psicomotorio specifico. L'unico ad aver mostrato un minimo cambiamento positivo è stato T. V. che, ad 8 mesi, ha sviluppato un'angoscia verso gli estranei, segno di capacità di distinzione tra sé e fuori da sé.

Una difficoltà da parte mia è stata quella di non avere a disposizione una scala di valutazione delle competenze cognitive e affettivo-relazionali che mi potesse guidare nel cogliere i miglioramenti del bambino da questo punto di vista. Una di queste potrebbe essere la scala Griffiths, la cui applicazione è prevista nel proseguo del trattamento dei casi clinici presentati (S. D. e L. C.) che sarà concentrato prevalentemente sul trattamento specifico psicomotorio.

Partecipando ai trattamenti ho riscontrato che spesso erano i genitori stessi, già a inizio seduta, ad aggiornare la terapeuta sui progressi raggiunti dal bambino, permettendo così una verifica immediata dell'efficacia dell'intervento terapeutico e delle indicazioni date. Da ciò si evince l'importanza del ruolo dei genitori e del counseling. Sono i genitori che seguendo giorno per giorno il proprio figlio riescono a cogliere più informazioni riguardo al suo sviluppo e ad agire rinforzando o inibendo certi comportamenti.

In merito al counseling sono state fornite per lo più indicazioni verbali che scritte. Ad oggi risulta infatti avere un maggior riscontro il confronto diretto con i caregiver piuttosto che la consegna di manuali cartacei a cui fare riferimento. Questa "preferenza" è spesso dovuta al fatto che i genitori possiedono già il materiale necessario o comunque possono reperirlo facilmente online.

Per concludere, posso affermare che per me è stata un'esperienza costruttiva e stimolante, soprattutto dal punto di vista relazionale, sia con i genitori che con i loro figli. Ritengo che interagire con i

caregiver e i bambini sia uno degli aspetti più difficili e allo stesso tempo più utili ai fini del trattamento e scrivere e costruire questa tesi mi ha aiutata a comprendere meglio tale concetto.

## BIBLIOGRAFIA

1. Abubakar A., Holding P., Van Baar A., Newton C. R. J. C., Van De Vijver F. J. R. (2008), *“Monitoring psychomotor development in a resource-limited setting: an evaluation of the Kilifi Developmental Inventory”*, Annals of Tropical Paediatrics, Vol. 28, n°3, pag. 217-226
2. Associazione Professionale di Counseling - REICO (2013), REICO e il Counseling. Disponibile on-line all'indirizzo: [REICO e il Counseling – REICO \(associazione unico.org\)](http://www.reico.org)
3. Casey P. H., Bradley R. H., Caldwell B. M., Edwards D. R. (1986), *“Developmental Intervention: A Pediatric Clinical Review”*, Pediatric Clinics of North America, Vol. 33, n°4, pag. 899-923
4. Chapman J. A. (1978), *“Playfulness and the development of divergent thinking abilities”*, Child: care, health and development, Vol. 4, pag. 371-383
5. Cioni G., Sgandurra G. (2013), *“Normal psychomotor development”*, Handbook of Clinical Neurology, Vol. 111, n°3, pag. 3-15
6. Davidson A. (2021), *“Attrezzature e oggetti per il bambino. Consigli in relazione all'età e alle varie fasi di sviluppo”*, Servizio di Riabilitazione Funzionale - Azienda Ospedaliera Meyer, Firenze
7. Davidson A. (2022), *“Attività ed attrezzature per il lattante. Idee in relazione ai bisogni psicomotori nelle varie fasi di sviluppo”*, Formazione Brazelton, Firenze
8. Davidson A. (2022), *“Attività, esperienze e giochi per il bambino. Idee per promuovere la qualità dello sviluppo psicomotorio”*, Formazione Brazelton, Firenze
9. Davidson A. (2022), *“Eco-educare allo sviluppo psicomotorio nei primi 3 anni di vita”*, Formazione Brazelton, Firenze
10. Davidson A. (2022), *“A che gioco giochiamo? Il gioco e il giocattolo da 0 a 3 anni: una guida per genitori e nonni.”* Ospedale Pediatrico A. Meyer: Formazione Brazelton
11. Davis H., Rushton R. (1991), *“Counselling and supporting parents of children with developmental delay: a research evaluation”*, Journal of Mental Deficiency Research, Vol. 35, pag. 89-112
12. Dell'Orto S., Caruso E. (2003) *“W. D. Winnicott and the transitional object in infancy”*, Pediatria Medicina Chirurgica, Vol. 25, n°2, pag. 106-112
13. De Raeymaecker D. M. J. (2006), *“Psychomotor development and psychopathology in childhood”*, International Review of Neurobiology, Vol. 72, pag. 83-101
14. Holmes G. E. (1985), *“Is this child developing properly? A practical tool for monitoring”*, Postgraduate Medicine, Vol. 77, n°3, pag. 101-109

15. Lejarraga H., Pascucci M. C., Krupitzky S., Kelmansky D., Bianco A., Martinez E., Tibaldi F., Cameron N. (2002), "*Psychomotor development in Argentinean children aged 0–5 years*", Paediatric and Perinatal Epidemiology, Vol. 16, pag. 47–60
16. Lejarraga H., Kelmansky D. M., Pascucci M. C., Masautis A., Insua I., Lejarraga C., Nunes F. (2016), "*Assessment of child psychomotor development in population groups as a positive health indicator*", Archivos Argentinos de Pediatria, Vol. 114, n°1, pag. 23-29
17. Lejarraga H., Kelmansky D. M., Nunes F. (2018), "*Developmental tempo in children aged 0-5 years living under unfavourable environmental conditions*", Archivos Argentinos de Pediatria, Vol. 116, n°2, pag. 210-215
18. Lundberg G. D. (1979), "*Pathology*", JAMA, Vol. 30 e 241, n°13, pag. 1381-1383
19. Nijhof S. L., Vinkers C. H., Van Geelen S. M., Duijff S. N., Achterberg E. J. M., Van Der Net J., Veltkamp R. C., Grootenhuis M. A., Van De Putte E. M., Hillegers M. H. J., Van Der Brug A. W., Wierenga C. G., Benders M. J. N. L., Engels R. C. M. E., Van Der Ent C. K., Vanderschuren L. J. M. J., Lesscher H. M. B. (2018), "*Healthy play, better coping: The importance of play for the development of children in health and disease*", Neuroscience and Biobehavioral Reviews, Vol. 95, pag. 421-429
20. Poresky R. H., Henderson M. L. (1982), "*Infants' mental and motor development: effects of home environment, maternal attitudes, marital adjustment, and socioeconomic status*", Perceptual and Motor Skills, Vol. 54, pag. 695-702
21. Regalado M., Halfon N. (2001), "*Primary care services promoting optimal child development from birth to age 3 years: review of the literature*", Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, Vol. 155, n°12, pag. 1311-1322
22. Taczala J., Latalski M., Aftyka A., Dmoszyńska-Graniczka M., Chrościńska-Krawczyk M., Majcher P. (2021), "*The predictive value of 'red flags' as milestones of psychomotor development of premature babies – preliminary study*", Annals of Agricultural and Environmental Medicine, Vol. 28, n°1, pag. 183–188
23. Vericat A., Orden A. B. (2013), "*Psychomotor development and its disorders: between normal and pathological development*", Ciencia & Saude Coletiva, Vol. 18, n°10, pag. 2977-2984