

# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Neuroscienze (DNS)

**Corso di Laurea in Educazione Professionale**

Presidente Prof.ssa Elena Tenconi



Tesi di Laurea

**I disturbi dello spettro autistico in età evolutiva e il ruolo dell'educatore professionale**

**Metodi e strategie di intervento educativo per bambini con ASD  
e presentazione di uno studio di caso**

*Relatrice:* Alessandra Cesaro

*Laureanda:* Valentina Fabris

*Matricola:* 1203764

Anno accademico: 2020-2021



## RIASSUNTO

**Introduzione:** i disturbi dello spettro autistico sono un insieme di disturbi dello sviluppo neurologico ad insorgenza precoce, caratterizzati da difficoltà nell'interazione e nella comunicazione sociale, dalla presenza di interessi ristretti e di comportamenti ripetitivi e stereotipati. Le persone affette da questa condizione clinica complessa necessitano di una presa in carico socio-sanitaria globale e che perduri per tutta la vita.

**Obiettivo:** lo studio mira ad approfondire il ruolo dell'educatore professionale, nello specifico la pratica progettuale educativa e la descrizione della metodologia per gli interventi educativi e riabilitativi per i bambini con disturbi dello spettro autistico; per delineare gli aspetti più pratici che riguardano questa figura professionale impegnata a sostenere nella crescita questi bambini, nel rispetto delle loro risorse e potenzialità, in un contesto multidisciplinare socio-sanitario.

**Strategia di ricerca:** la presente tesi bibliografica con studio di caso è stata realizzata attraverso una revisione dei testi e articoli scientifici presenti in letteratura scientifica, riferimenti normativi nel settore sanitario, documenti privati (propri del Presidio Riabilitativo "Villa Maria") di natura socio-sanitaria per la stesura dello studio di caso e della presentazione del progetto educativo individualizzato.

**Discussioni:** l'educatore professionale è una figura professionale socio-sanitaria con competenze in area disciplinare, metodologica e personale strettamente legato alla relazione educativa che instaura con la persona o gruppi di persone che affianca; egli programma progetti educativi individualizzati e organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi sociosanitari in modo coordinato e integrato con altre figure professionali. Nella strutturazione del progetto educativo è chiamato ad analizzare la situazione problematica e definire una diagnosi educativa, definire gli obiettivi educativi, scegliere i metodi e le strategie educative più adeguate al progetto e alla persona, definire le risorse e il programma d'intervento, strutturare un piano di valutazione: ex-ante, in itinere ed ex-post. Nell'ambito educativo e riabilitativo dell'età evolutiva, nel caso di bambini con disturbi dello spettro autistico, la metodologia, con strumenti e strategie educative che l'educatore può mettere in atto nei vari interventi educativi, è descritta in alcuni programmi di intervento quali Applied Behavior Analysis (ABA) e Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH), sperimentati, riconosciuti e utilizzati più comunemente sul panorama internazionale. Essi derivano dalla psicologia

cognitivo-comportamentale e offrono descrizioni su strategie, tecniche e strumenti per educare i bambini con ASD ad abilità specifiche, acquisirle, consolidarle e generalizzarle nei vari contesti di vita; decrementare la manifestazione di comportamenti problematici. La presentazione di uno studio di caso e del progetto educativo individualizzato di una ragazza con ASD conosciuta nell'esperienza di tirocinio e lavorativa porterà un esempio concreto di tutto questo.

**Conclusioni:** i programmi di intervento comportamentale ABA e TEACCH godono di aspetti positivi quanto di criticità. L'educatore deve conoscerli e saperli utilizzare sulla base delle caratteristiche della persona di riferimento, delle mancanze e delle risorse da potenziare, nel massimo rispetto della sua dignità.

Parole chiave: ASD, DSM-5, educazione, progettazione, intervento ABA.

## ABSTRACT

**Introduction:** Autism spectrum disorders are a set of early onset neurological development disorders characterized by difficulties in social interaction and communication, the presence of narrow interests and repetitive and stereotyped behaviors. People affected by this complex clinical condition need a comprehensive and lifelong socio-health care.

**Objective:** the study aims to deepen the role of the professional educator, specifically the educational project and the description of the methodology for educational interventions for children with autism spectrum disorders. The objective is to outline the more practical aspects concerning this professional figure. He is committed to supporting these children in their growth while respecting their resources and potential, in multidisciplinary social and health context.

**Research strategy:** this bibliographic thesis with case study was created through a review of scientific texts and articles in scientific literature, regulatory references in the health sector, private documents (belonging to the "Villa Maria" Rehabilitation Center) of a social and health sector to drafting of the case study and the presentation of the individualized educational project.

**Discussions:** the professional educator is a socio-health professional figure with skills in the disciplinary, methodological and personal area, closely linked to the educational relationship he establishes with the person or groups of people he supports; he plans individualized educational projects and organizes, manages and verifies his professional activities within social and health services in coordinated and integrated manner with other professionals. In structuring the educational project, he is called upon to analyze the problematic situation and define an educational diagnosis, define the educational objectives. He chooses the most appropriate educational methods and strategies for the project and the person, define the resources and the intervention program, structure a evaluation plan: ex-ante, in itinere and ex-post. In the educational and rehabilitation sector of the developmental age in the case of children with autism spectrum disorders, the methodology is included in some intervention programs such as Applied Behavior Analysis (ABA) and Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH), most commonly tested, recognized and used on the international scene. They derive from cognitive-behavioral psychology and offer descriptions of strategies, techniques and tools to educate children with ASD specific skills acquire them, consolidate them and generalize them in various life

contexts; decrease the manifestation of problematic behaviors. The presentation of a case study and the individualized educational project of a girl with ASD known in the internship and work experience will bring a concrete example of all this.

**Conclusions:** the behavioral intervention programs ABA and TEACCH enjoy both positive and critical aspects. The professional educator must know them and know how to use them on the basis of the characteristics of the reference person, the shortcomings and the resources to be strengthened, with the utmost respect for his dignity.

Keywords: ASD, DSM-5, education, educational project, ABA.

## INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>1</b>
<b>Capitolo 1</b>	<b>3</b>
<b>Obiettivi, metodi e strumenti di ricerca</b>	<b>3</b>
1.2 Quesiti di ricerca	3
1.3 Disegno di studio	4
1.4 Strategia di ricerca	4
1.5 Criteri di selezione degli studi	4
<b>Capitolo 2</b>	<b>5</b>
<b>I Disturbi dello spettro autistico in età evolutiva: caratteristiche e vissuto familiare</b>	<b>5</b>
2.1 I Disturbi dello Spettro Autistico (ASD): quadro nosografico e cenni storici	5
2.2 Comorbilità ed epidemiologia	10
2.3 Eziopatogenesi	12
2.4 Vissuto familiare	15
2.5 La presa in carico socio-sanitaria del bambino con ASD e il sostegno familiare	18
<b>Capitolo 3</b>	<b>21</b>
<b>L'educatore professionale e la sua pratica professionale</b>	<b>21</b>
3.1 Educatore professionale e competenze professionali	21
3.2 La progettazione educativa	23
3.3 Analisi della situazione e diagnosi educativa	24
3.4 Definizione degli obiettivi generali e specifici	26
3.5 Metodi e strumenti d'intervento	27
3.6 La valutazione educativa: scelta e definizione degli approcci e degli strumenti valutativi	31
<b>Capitolo 4</b>	<b>37</b>
<b>Metodi, programmi e strategie d'intervento per bambini con disturbi dello spettro autistico</b>	<b>37</b>
4.1 I principali programmi d'intervento educativo e riabilitativo per bambini con autismo	37
4.2 L'analisi applicata del comportamento (ABA)	37
4.3 Tecniche e strategie operative per l'acquisizione e il consolidamento di competenze e abilità	41

4.4 Strategie educative per consentire la generalizzazione e il mantenimento delle abilità apprese	46
4.5 Metodologie e strategie per decrescere comportamenti problematici	47
4.6 Componenti metodologiche interne all'ABA	54
4.7 Il metodo TEACCH	56
4.8 Le componenti principali dell'insegnamento strutturato nel programma TEACCH	57
4.9 Le strategie di intervento secondo il metodo TEACCH	59
<b>Capitolo 5</b>	<b>61</b>
<b>Presentazione di uno studio di caso e di un progetto educativo individualizzato</b>	<b>61</b>
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>74</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>77</b>
<b>MATERIALE GRIGIO</b>	<b>82</b>
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	<b>82</b>
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	



## INTRODUZIONE

L'autismo rappresenta una delle sindromi più complesse e difficilmente spiegabili dell'età evolutiva. La sua fenomenologia si presenta mediante una gamma vasta ed articolata di sintomi con uno sviluppo atipico, che ne rendono complessa anche la classificazione diagnostica. I disturbi dello spettro autistico si manifestano principalmente con difficoltà nella capacità di interagire e di comunicare e nel repertorio comportamentale, che accompagna la persona per tutto l'arco della vita. Tuttavia coinvolge in modo generalizzato e complesso molte funzioni neuropsicologiche importanti nel bambino: interessa lo sviluppo percettivo e discriminativo dell'attenzione, della motricità, dell'imitazione, della memoria, del linguaggio, dell'imitazione e dell'adattamento all'ambiente; manifestandosi in maniera molto eterogenea da persona a persona. Esso è stato considerato in un primo momento della sua storia clinica di origine prevalentemente psicosociale e psicodinamica, ma le evidenze scientifiche degli ultimi vent'anni hanno portato prove consistenti circa la presenza di disfunzioni organiche alla base. La presa in carico socio-sanitaria globale, comprensiva della persona, della sua rete familiare e degli ambienti di vita, è fondamentale. La finalità a lungo termine del progetto terapeutico individualizzato è favorire l'adattamento della persona con autismo al suo ambiente, cercando di farle raggiungere il livello migliore possibile di competenze, e di autonomia e di indipendenza, in rapporto alle sue specifiche caratteristiche, garantendo il più possibile una buona qualità di vita. Quindi l'intervento, che deve tener conto dei punti di forza del bambino, deve essere esteso a tutte le aree di sviluppo compromesse e porre l'attenzione alla complessità delle relazioni familiari e sociali. A questo scopo cooperano professionisti di formazione multidisciplinare nel settore socio-educativo e sanitario.

L'educatore professionale opera nella programmazione, gestione e verifica dei progetti educativi individualizzati, condivisi in équipe, e media tra le figure professionali per garantire un clima proficuo e centralizzato al bene della persona.

La finalità di questa tesi sarà conoscere nel dettaglio le componenti caratteristiche della pratica professionale dell'educatore professionale, come case manager, per progetti educativi ed interventi educativi e riabilitativi mirati per bambini con disturbi dello spettro autistico. Si approfondirà le caratteristiche della progettazione educativa, cuore dell'operato

dell'educatore professionale, e la metodologia tecnica per gli interventi educativi e riabilitativi per bambini con ASD, presentando i programmi di intervento comportamentale Applied Behavior Analysis (ABA) e Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH).

## **Capitolo 1**

### **Obiettivi, metodi e strumenti di ricerca**

#### **1.1 Obiettivo della tesi**

Con questo progetto di tesi mi sono posta l'obiettivo di entrare nel vivo degli interventi educativi svolti dagli educatori professionali per i bambini con disturbi dello spettro autistico con i quali intervengono attraverso l'educazione domiciliare, o presso strutture socio-sanitarie riabilitative o socio-educative. Secondo le loro peculiarità, difficoltà, tratti e potenzialità necessitano di specifiche tecniche e strategie per poter diventare la parte migliori di se stessi. Per questo motivo l'obiettivo principale è approfondire innanzitutto le caratteristiche della progettualità educativa per strutturare i progetti educativi, che stanno alla base degli interventi educativi mirati, poi approfondire quali sono le metodologie, i programmi di intervento, le tecniche, le strategie e gli strumenti più conosciuti e utilizzati a livello internazionale, che i professionisti della cura, in primis gli educatori professionali, possono conoscere e utilizzare nella pratica professionale. Oltre a questo focus centrale, gli obiettivi di contorno sono: conoscere le caratteristiche dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva, il vissuto emotivo familiare dalla consegna della diagnosi e la presa in carico socio-sanitaria. Oltre a questo, attraverso la presentazione di uno studio di caso e progetto educativo individualizzato porterò un esempio concreto.

#### **1.2 Quesiti di ricerca**

- Quali sono le caratteristiche dei disturbi dello spettro autistico?
- Com'è il vissuto familiare con un membro della famiglia con ASD?
- Come avviene la presa in carico socio-sanitaria di un bambino con ASD nel territorio italiano?
- Quali sono le caratteristiche e le competenze professionali dell'educatore professionale che affianca questi bambini lungo il loro percorso terapeutico?
- Come si struttura un progetto educativo individualizzato?
- Quali sono le metodologie e gli strumenti base per gli interventi educativi mirati?
- Quali sono i programmi d'intervento comportamentale principali su cui l'educatore può fare riferimento per gli interventi educativi per bambini con ASD?

### **1.3 Disegno di studio**

Il progetto di tesi seguente è di tipologia bibliografica con annesso uno studio di caso. È una revisione bibliografica che prevede nella parte finale la realizzazione di uno studio di caso e presentazione di un progetto educativo individualizzato di una ragazza con ASD, frequentante il presidio riabilitativo Villa Maria di Vigardolo, a Vicenza, dove ho fatto esperienza di tirocinio, ora lavorativa.

### **1.4 Strategia di ricerca**

Per approfondire e argomentare gli argomenti oggetto di questa tesi sono stati consultati database di ricerca, volumi e leggi normative. I database di ricerca online utilizzati sono stati: Pubmed, Google Scholar, Galileo Discovery, Journal of Health Care Education in Practice, Journal of Autism and Developmental Disorders. Per le leggi normative è stato consultato il sito web del Ministero della Salute. Per la realizzazione della presentazione dello studio di caso e del progetto educativo individualizzato ho utilizzato alcuni documenti della struttura per cui lavoro: Presidio Riabilitativo “Villa Maria”. Si tratta del materiale sanitario utilizzato per l’archivio, la progettazione e le valutazioni dei pazienti: cartella clinica, verbali, report, relazioni di valutazione in itinere ed ex post di progetto; per cui ho effettuato ricerca tramite autorizzazione.

La ricerca ha coinvolto i mesi tra novembre 2021 a marzo 2022.

### **1.5 Criteri di selezione degli studi**

Le parole chiave che ho utilizzato per la ricerca delle fonti di informazione utilizzate sono state: ASD, disturbi dello spettro autistico, autismo in età evolutiva, autismo in famiglia, vissuto familiare, educazione professionale, le competenze dell’educatore professionale, la progettazione educativa, la valutazione educativa, strumenti e strategie d’intervento educativo, ABA, TEACCH. Esse mi hanno condotto verso manuali e libri che spaziavano sul tema di mio interesse e su articoli presenti in letteratura medico-scientifica che ho selezionato attraverso la lettura degli abstract presenti.

## Capitolo 2

### I Disturbi dello spettro autistico in età evolutiva: caratteristiche e vissuto familiare

#### 2.1 I Disturbi dello Spettro Autistico (ASD): quadro nosografico e cenni storici

I Disturbi dello Spettro Autistico (Autism Spectrum Disorder – ASD) rappresentano un insieme di disturbi del neurosviluppo su base genetica a insorgenza in età evolutiva. Sono caratterizzati da difficoltà nell'interazione e nella comunicazione sociale, dalla presenza di interessi ristretti e di comportamenti ripetitivi e stereotipati (APA, 2013). La loro patogenesi è complessa coinvolgendo aspetti cerebrali, ma anche organi o sistemi come il sistema gastrointestinale o immunitario (Keller, Zappella, 2016). A questi sintomi principali si associano, nella maggior parte dei bambini, deficit motori, atipie sensoriali, deficit cognitivi e delle funzioni esecutive. Ogni persona con questa diagnosi può presentare una sintomatologia clinica estremamente eterogenea in termini di complessità e severità, oltre che un'espressione variabile nel tempo (Ministero della Salute, 2021). Le persone con ASD, infatti, possono avere un ampio range di espressione, da forme con disabilità intellettiva e grave compromissione del linguaggio a forme con funzionamento intellettivo anche superiore alla norma, ma pur sempre evidenziando difficoltà nella comunicazione e interazione sociale associata a interessi e comportamenti ristretti e stereotipati (Keller, Zappella, 2016).

Il concetto di autismo venne introdotto da uno psichiatra americano: Leo Kanner, che svolse un'osservazione su dei bambini, nel 1943, che fu fondamentale e rivoluzionaria. Descrisse il comportamento di 11 bambini, 8 maschi e 3 femmine, che presentavano “disturbi autistici congeniti del contatto affettivo” (Rosen, Lord, Volkmar, 2021). Kanner descrisse per la prima volta questa condizione come un profondo disturbo emotivo: di bambini con “un forte desiderio di solitudine, uno sviluppo del linguaggio insolito, con un'attitudine per i nomi e l'apprendimento delle filastrocche, un fallimento nello sviluppo degli aspetti comunicativi del discorso, una tendenza a mostrare ecolalia e ad interpretare le cose alla lettera, insieme a sensibilità sensoriali e comportamenti ripetitivi” (Masi *et al.*, 2017). La descrizione kanneriana del quadro dell'autismo infantile metteva in risalto l'incapacità dei bambini nel rapportarsi all'ambiente nei modi tipici dell'età, con una tendenza ad isolarsi e a non recepire i segnali provenienti dall'esterno (Cottini, 2013). In un lavoro successivo, del 1951, i tratti caratteristici della sindrome venivano ulteriormente specificati in “un ritiro da qualsiasi contatto umano, un desiderio ossessivo di mantenere la stessa conformazione dell'ambiente,

un rapporto facile con gli oggetti, una fisionomia pensierosa ed intelligente, un mutismo o una specie di linguaggio che non pare in funzione della comunicazione interpersonale” (Kanner, 1951) (Cottini, 2013). Il termine “autismo” era già stato utilizzato da Bleuler, nel 1911, per descrivere dei pazienti adulti affetti da schizofrenia nei quali avveniva una perdita di contatto dalla realtà (Cottini, 2013). Però già nel Settecento comparivano segnalazioni di bambini “selvaggi”, che probabilmente soffrivano di autismo, con descrizioni di comportamenti simili a quelli osservati e descritti da Kanner (Rosen, Lord, Volkmar, 2021). In contemporanea a Kanner, ma in un modo del tutto autonomo, nel 1944, Hans Asperger, da cui prese il nome la sindrome omonima, pubblicò un articolo in cui scrisse ciò che definì "psicopatia autistica", che descriveva i bambini che avevano marcate difficoltà sociali, interessi circoscritti insoliti e buone capacità verbali (Rosen, Lord, Volkmar, 2021). I sintomi principali erano gli stessi identificati da Kanner, ma in individui con un funzionamento superiore (Masi *et al.*, 2017). Anche se all’epoca attirava considerevolmente meno attenzione anche il suo rapporto fu di monumentale importanza per la storia dell’autismo. Entrambi gli autori, sia Asperger che Kanner descrissero diverse concettualizzazioni dell'autismo che hanno contribuito in modo unico alla nostra comprensione del disturbo oggi (Rosen, Lord, Volkmar, 2021).

Per quanto sia stata importante l’intuizione clinica di Kanner, il suo rapporto conteneva anche alcune potenziali false piste per le prime ricerche. Alcuni studiosi hanno interpretato le scoperte di Kanner come un suggerimento che l'autismo potrebbe essere la prima forma di schizofrenia. (Rosen, Lord, Volkmar, 2021). Negli anni '50 e '60 le cause dell’autismo venivano spesso attribuite ad una disfunzione del rapporto madre-bambino, dovuto al comportamento freddo e distaccato della madre, definite: “madri frigorifero” da Bruno Bettelheim. (Rosen, Lord, Volkmar, 2021). In quegli anni, però, si era creata una crescente insoddisfazione per lo stato caotico che aveva prevalso con le diagnosi psichiatriche nelle versioni iniziali del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) dell'American Psychiatric Association (APA): le linee guida erano state fortemente teoriche, erano di scarsa utilità per la ricerca e avevano un'applicabilità limitata, in particolare per i bambini. Ad esempio, nel DSM-II, del 1968, era disponibile solo la categoria della reazione schizofrenica infantile per descrivere individui con esordio nella prima infanzia di gravi disturbi dello sviluppo (Rosen, Lord, Volkmar, 2021).

Nella seconda metà degli anni '60 e durante gli anni '70 si sono verificati diversi sviluppi importanti relativi alla definizione e alla diagnosi dell'autismo. In primo luogo, gli studi sulla fenomenologia clinica dell'autismo e la storia familiare di schizofrenia hanno chiarito la netta differenza tra autismo infantile e schizofrenia infantile (Rosen, Lord, Volkmar, 2021). In quegli anni emersero studi che dimostravano la presenza di alterazioni neurobiologiche accompagnate da un comportamento autistico, che orientò in maniera definitiva la cultura scientifica verso una causalità neurobiologica dell'autismo. (Zappella, 2018). Un esempio fu lo studio sui gemelli di Folstein e Rutter (1977) che dimostrò un'alta incidenza dell'autismo nei gemelli omozigoti e una molto più bassa negli eterozigoti (Zappella, 2018). Questa scoperta ha screditato la teoria dell'autismo della "madre frigorifero" di Bettelheim, del 1967, e ha fornito supporto per l'origine biologica dell'autismo (Rosen, Lord, Volkmar, 2021). Come risultato di queste considerazioni, è stata presa la decisione di includere l'autismo ("autismo infantile"), per la prima volta, come categoria diagnostica ufficiale nella rivoluzionaria terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico (DSM-III) del 1980 (Rosen, Lord, Volkmar, 2021). Qui venne definita la diagnosi di "disturbo pervasivo dello sviluppo" con criteri che richiedevano un esordio prima dei 30 mesi di età, una mancata reattività agli altri, deficit evidenti nello sviluppo del linguaggio e risposte bizzarre agli stimoli ambientali, con l'assenza di sintomi schizofrenici (Masi *et al.*, 2017). La revisione del 1987 prevede una maggiore attenzione al cambiamento evolutivo e al livello di sviluppo (Volkmar, McPartland, 2014), nonché una maggiore flessibilità clinica, ampliando lo spettro dei criteri diagnostici per consentire ai bambini con un funzionamento superiore di ricevere la diagnosi (Masi *et al.*, 2017).

Il DSM-IV (1994) collocò gli ASD nella categoria dei disturbi pervasivi dello sviluppo (PDD), che includevano: il disturbo autistico, la sindrome di Asperger, il disturbo disintegrativo della fanciullezza, la sindrome di Rett e il disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato (PDD-NOS) (Gibbs *et al.*, 2012). Questa classificazione ha portato diverse critiche per limitata affidabilità, in particolare la categoria diagnostica PDD-NOS, perché aspecifica e spesso ambigua per gli scopi diagnostici, eppure fu la categoria diagnostica più comunemente assegnata alle persone con disturbi della comunicazione (Doernberg, Hollander, 2016). Il DSM-IV-TR (2000) delineò dodici possibili "sintomi" di ASD all'interno di tre aree di menomazione: interazione sociale, comunicazione e interessi, attività e comportamenti limitati e ripetitivi; con comparsa nei primi 3 anni (Gibbs *et*

al.,2012). I criteri forniti in queste edizioni sono stati molto efficaci sia nel sostenere lo sviluppo di metodi standardizzati di assessment sia nel facilitare la ricerca, con un sensibile aumento delle pubblicazioni scientifiche sull'autismo. Questi progressi sono stati favoriti dalla coerenza tra i criteri del DSM-IV e quelli del sistema di classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati: l'ICD-10. L'equivalenza tra i due sistemi di classificazione ha favorito la collaborazione tra nazioni e la comparsa di programmi per l'autismo simili in tutto il mondo (Volkmar, McPortland, Vivanti, 2014).

La quinta edizione del DSM (DSM-5) è stata pubblicata nel 2013 e ha segnato un importante cambiamento nella concettualizzazione dell'autismo che è passata da un sistema diagnostico multicategorico ad una diagnosi singola basata su più dimensioni (Rosen, Lord, Volkmar, 2021). Con questa nuova edizione si è passati da un concetto di disturbi legati all'autismo nettamente divisi tra loro, com'erano classificati nel DSM-IV-TR, ad un'unica diagnosi comprensiva di tutte le forme di autismo: i disturbi dello spettro autistico (Keller, Zappella, 2016). Quindi si fa riferimento al concetto di spettro, ovvero l'insieme di sindromi riunite assieme sulla base di una comune determinazione, la quale fa sempre riferimento ad una ipotesi patogenetica (Aragona, Vella, 1998). Si caratterizza per l'ampliamento della definizione e la riduzione della specificità dei sintomi, producendo modifiche sostanziali ai criteri diagnostici (Masi *et al.*, 2017). Le diagnosi di Disturbo Autistico, Sindrome di Asperger e Disturbo Pervasivo dello Sviluppo - Non Altrimenti Specificato (PDD-NOS), sono state rimosse come classificazioni diagnostiche e incluse in due diagnosi: Disturbi dello Spettro Autistico (inclusi nei disturbi del Neurosviluppo) e Disturbi della Comunicazione Sociale (inseriti nei disturbi del linguaggio) (Masi *et al.*, 2017). Vengono esclusi, invece, dalla categoria diagnostica il disturbo disintegrativo della fanciullezza e la sindrome di Rett, date le differenze sul funzionamento neuropsicologico, secondo i criteri diagnostici dell'ASD, e l'individuazione di una specifica eziologia genetica per la sindrome di Rett (Volkmar, McPortland, Vivanti, 2014). Le tre aree di compromissione vengono ridotte a due, mantenendo i comportamenti ristretti e ripetitivi e unendo in un unico ambito le difficoltà sociali e comunicative. Quindi i criteri diagnostici per i disturbi dello spettro autistico secondo il DSM-5 sono:

- *A. Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in molteplici contesti (APA, 2013);*

Il DSM 5 espone gli elementi che definiscono i deficit relativi all'area sintomatologica:



- «Deficit della reciprocità socio emotiva; ad esempio: approccio sociale anomalo, fallimento della normale reciprocità della conversazione, ridotta condivisione degli interessi, emozioni o sentimenti, incapacità di dare inizio o di rispondere a interazioni sociali» (APA, 2013);
- «Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale; ad esempio: comunicazione verbale e non verbale scarsamente integrata, anomalie del contatto visivo e del linguaggio del corpo o deficit della comprensione e dell'uso dei gesti, totale mancanza di espressività facciale e di comunicazione non verbale» (APA, 2013);
- «Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni; ad esempio: difficoltà di adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali; difficoltà di condividere il gioco di immaginazione o di fare amicizia; assenza di interesse verso i coetanei» (APA, 2013);

- *B. Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi.*

Devono manifestarsi almeno due dei seguenti punti:

- «Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati e/o ripetitivi» (APA, 2013);
- «Insistenza nella sameness (immodificabilità), aderenza alla routine priva di flessibilità o modelli ritualizzati di comportamento verbale o non verbale» (APA, 2013).
- «Interessi molto limitati, fissi, anomali per intensità o profondità» (APA, 2013).
- «Iperreattività o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi inusuali verso aspetti sensoriali dell'ambiente» (APA, 2013).

I criteri diagnostici successivi prevedono:

- *C. I sintomi devono essere presenti nel primo periodo di sviluppo. Possono non manifestarsi completamente fino a quando le richieste sociali non eccedono i limiti delle capacità del bambino, o possono essere mascherati da strategie apprese in età successive (APA, 2013).*
- *D. I sintomi causano una compromissione clinicamente significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (APA, 2013).*
- *E. I sintomi non devono essere riconducibili a disabilità intellettiva o a ritardo globale dello sviluppo (APA, 2013).*

Queste dimensioni vanno combinate con altri descrittori specifici che delineano l'intensità e il livello di altre caratteristiche della condizione. Essi sono:

- con o senza compromissione intellettiva concomitante;
- con o senza compromissione del linguaggio;

- associata a una condizione medica o genetica nota o fattore ambientale;
- associata a un altro problema del neurosviluppo, mentale o di comportamento (APA, 2013).

Un'ulteriore specifica dei criteri diagnostici ASD prevede la distinzione in livelli di gravità in base al livello di sostegno richiesto, dal livello 1 con minore richiesta di sostegno, al 3 di maggiore gravità (Keller, Zappella, 2016). La gravità dei sintomi aumenta quando le richieste sociali in determinati ambienti superano la capacità dell'individuo. Tuttavia questi specificatori di gravità non rappresentano né il profilo di competenze di una persona né una gerarchia individuale di obiettivi di intervento, ma l'uso di questi, insieme a quelli sopracitati, è inteso a sostituire il sistema multiassiale delle edizioni precedenti. (Volkmar, McPortland, Vivanti, 2014).

È bene ricordare che i sistemi di classificazione, come il DSM e l'ICF e i test diagnostici utilizzati nell'ambito dell'autismo (ADOS, GARS, ADI-R, WAIS, Leiter, TIB, KADI, GADS, Vineland, TTAP, ecc.), scale di osservazione di comportamenti, i test cognitivi e di linguaggio, sono scale soggette a cambiamenti e vanno utilizzati in modo critico come strumenti e non come fine (Keller, Zappella, 2016). Le persone autistiche sono innanzitutto persone, quindi l'impostazione del processo diagnostico-valutativo deve essere incentrato sul rispetto del paziente come persona, della sua dignità, nel pieno rispetto della relazione terapeutica, e non mirare ad un'etichetta diagnostica afferente a questa o quella classificazione (Keller, Zappella, 2016).

## **2.2 Comorbilità ed epidemiologia**

I disturbi dello spettro autistico sono un fattore di vulnerabilità per l'insorgenza di altri disturbi psicopatologici che si associano. La difficoltà di interazione con l'ambiente sociale è uno stressor che aumenta il rischio che insorgano problemi che quindi vanno trattati e curati in modo specifico (Keller, Zappella, 2016). Le comorbilità psichiatriche sono comuni e possono avere un impatto sostanziale sulla salute generale, sulla qualità della vita e sulla prognosi a lungo termine. Circa il 30% degli individui con ASD richiede trattamenti psicologici e psichiatrici, compresi farmaci per problemi comportamentali tra cui iperattività, impulsività, disattenzione, aggressività, distruzione di proprietà, autolesionismo, disturbi dell'umore e disturbi psicotici o tic (Genovese, Butler, 2020).

Le comorbilità mediche includono epilessia, disturbi del sonno, condizioni genetiche (sindrome dell'X fragile, sindrome di Angelman, sclerosi tuberosa e sindrome da

duplicazione del cromosoma 15), disturbi gastrointestinali (gastriti, costipazione cronica, colite ed esofagite), disfunzione mitocondriale e anomalie del sistema immunitario (Keller, Zappella, 2016) (Masi, *et al.*, 2017). Le psicopatologie concomitanti significativamente nell'ASD includono disturbi d'ansia, disturbi depressivi, ADHD e disabilità intellettiva (Masi, *et al.*, 2017). È probabile che la presenza di una o più di queste comorbidità sia associata a sintomi più gravi correlati all'autismo. Ad esempio, l'11%-39% degli individui con ASD ha anche l'epilessia e questi individui hanno maggiori probabilità di avere gravi menomazioni sociali rispetto a quelli con diagnosi di ASD solo. Il disturbo del sonno in comorbidità è indicato nel 50%-80% dei bambini con ASD ed è correlato a comportamenti problematici diurni (Masi, *et al.*, 2017). Inoltre, i problemi del sonno esacerbano la gravità dei sintomi principali dell'ASD e sono associati a una disregolazione comportamentale. I comportamenti aberranti sono correlati con problemi gastrointestinali nei bambini con ASD, e i marcatori di disfunzione mitocondriale sono significativamente correlati con la gravità dell'autismo (Masi, *et al.*, 2017). Una migliore caratterizzazione delle comorbidità è fondamentale per lo sviluppo di una comprensione completa dell'eterogeneità dell'ASD e può portare all'identificazione di sottogruppi distinti di ASD e trattamenti specifici per sottogruppi (Masi, *et al.*, 2017).

A livello epidemiologico gli studi internazionali hanno riportato un incremento generalizzato della prevalenza di ASD. Nel 2021 la prevalenza del disturbo è stimata essere circa 1 su 54 tra i bambini di 8 anni negli Stati Uniti, 1 su 160 in Danimarca e in Svezia, 1 su 86 in Gran Bretagna. La maggiore formazione dei medici, le modifiche dei criteri diagnostici e l'aumentata conoscenza del disturbo da parte della popolazione generale, connessa anche al contesto socioeconomico, sono fattori da tenere in considerazione nell'interpretazione di questo incremento. In Italia si stima che 1 bambino su 77 (età 7-9 anni) presenti un disturbo dello spettro autistico con una prevalenza maggiore nei maschi: un rapporto medio di 4-5:1. Questa stima nazionale è stata effettuata nell'ambito del "Progetto Osservatorio per il monitoraggio dei disturbi dello spettro autistico" co-coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute. (Ministero della Salute, 2021).

### 2.3 Eziopatogenesi

Le cause dei disturbi dello spettro autistico sono oggetto di intensa ricerca scientifica. Ad oggi non esistono cause certe e uniche che li determinino secondo un modello lineare causa-effetto, ma sono stati individuati dei fattori di rischio che possono influire sull'insorgenza. Gli studi della comunità scientifica suggeriscono un modello multifattoriale che si identifica in una combinazione di influenze genetiche e ambientali e che sembra aumentare il rischio che un bambino nasca con questa sindrome.

Gli studi sui gemelli hanno progressivamente evidenziato un consistente contributo genetico nello sviluppo di questa condizione: il tasso di concordanza dell'ASD nei gemelli monozigoti è stato dimostrato essere del 70–90%, fino al 30% nei gemelli dizigoti, e del 3-19% nei fratelli, con una concordanza due volte maggiore nei fratelli con entrambi i genitori in comune rispetto ai fratelli con un solo genitore in comune (De Brasi, 2019). Inoltre al notevole aumento di conoscenze nell'ambito della genetica dell'ASD ha contribuito lo sviluppo delle nuove tecnologie dello studio del DNA. Va tuttavia considerato che in questo ambito, accanto ad alcune certezze sulle basi genetiche dell'autismo, esistono molte ipotesi, alcune più documentate, altre ancora in corso di studio. Gli studi epigenetici, che studiano le informazioni molecolari delle sequenze di DNA e i processi cellulari, sono stati preziosi nella ricerca dell'eziopatogenesi di ASD, infatti possono fornire approfondimenti meccanicistici sui fattori di rischio genetici e ambientali, identificare potenziali bersagli di intervento, fornire biomarcatori di esposizione, chiarire sulle interazioni gene-ambiente (Ladd-Acosta *et al.*, 2016). Si è infatti riscontrato che a monte dell'insorgenza della sindrome d'autismo possano esserci delle alterazioni genetiche, individuabili nel 25-35% dei pazienti con ASD (Vorstman *et al.*, 2017). Si tratta di alterazioni a diverso livello, che includono anomalie cromosomiche, varianti genomiche, sindromi monogeniche, e mutazioni in singoli geni (De Brasi, 2019). Per le anomalie cromosomiche le tecniche di citogenetica tradizionale sono in grado di diagnosticarle in circa il 2-5% dei pazienti con ASD (De Brasi, 2019). Si tratta per lo più di alterazioni cromosomiche sbilanciate (delezioni, duplicazioni, inversioni) in cui il paziente presenta spesso quadri dismorfici associati (De Brasi, 2019). Per quanto riguarda le varianti genomiche, grazie all'evoluzione di biotecnologie è possibile individuare delle alterazioni da varianti genomiche anche di dimensioni molto piccole, che sfuggono ai dispositivi di citogenetica tradizionale. Le varianti genomiche clinicamente rilevanti sono state identificate nel 7-14% dei pazienti con

ASD idiopatico (Shen et al., 2010). Molte varianti genomiche includono geni funzionalmente correlati allo sviluppo neurologico, che possono contribuire a determinare il fenotipo ASD. Alcuni di esse possono essere ereditate dai genitori non affetti o essere riscontrate in persone senza patologie o ancora essere associate a fenotipi diversi nell'ambito di disordini neurocognitivi: disabilità intellettiva, epilessia, disturbi psichiatrici, ADHD. Ciò sta a significare la ridotta penetranza e la variabile espressività del quadro clinico associato ad esse e al contributo di altri fattori genetici o ambientali (De Brasi, 2019). Ancora, per quel che riguarda le sindromi monogeniche: dal 5 al 10 % delle persone con ASD è affetto da una specifica sindrome genetica monogenica: si tratta di condizioni in cui il gene responsabile è regolatore dell'espressione di altri geni implicati in vario modo nello sviluppo neuronale. Un esempio è la sindrome dell'X-Fragile, diagnosticata in circa 1,5-3% delle persone con autismo, o la sclerosi tuberosa presente nell'1% dei soggetti con ASD (D. De Brasi, 2019). Nonostante il continuo avanzamento delle conoscenze e disponibilità di strumenti in ambito biotecnologico, le basi eziologiche sono ancora poco conosciute: centinaia di loci presumibilmente coinvolti sono stati identificati, ma varianti genetiche e genomiche certamente eziologiche sono individuabili solo nel 25-35% dei casi (De Brasi, 2019). Inoltre, molte delle varianti sono associate ad altri disordini del neurosviluppo facendo presupporre l'influenza di altri fattori implicati nel determinare il fenotipo ASD. Ed è per questo che sebbene vi sia un chiaro contributo genetico all'ASD, la notevole eterogeneità fenotipica e genetica supporta un'eziologia multifattoriale.

Le ricerche sul contributo dei fattori ambientali nell'eziologia di ASD suggeriscono diversi fattori di rischio a livello individuale, familiare, prenatale, perinatale e fattori neonatali:

- età parentale: l'età avanzata dei genitori e la loro differenza d'età sono stati ipotizzati possibili fattori di rischio ASD. Per provarlo sono stati svolti vari studi. Un esempio: Sandin e altri autori hanno svolto uno studio sulla popolazione di cinque paesi (Danimarca, Israele, Norvegia, Svezia e Australia occidentale) comprendente 5.766.794 bambini nati tra il 1985 e il 2004 e seguiti fino al 2009, per studiare la correlazione tra l'età avanzata genitoriale ( $\geq 50$  anni) e la nascita di bambini affetti da ASD (Sandin *et al.*, 2016). Questo in rapporto all'età media di massima fertilità che va dai 20 ai 30 anni. Le analisi hanno incluso 30.902 casi di bambini con autismo. È emerso che sia l'età avanzata dei genitori, o al contrario la

giovane età della madre ( $\leq 20$  anni), che la differenza crescente di età tra i due sono possibili fattori di rischio (Sandin *et al.*, 2016).

- Intervallo di gravidanza: sono stati segnalati aumenti del rischio di diagnosi di autismo con un intervallo di gravidanza (il tempo che separa una gravidanza alla successiva) breve ( $< 12$  mesi) o lungo ( $> 60-84$  mesi) (Cheslack-Postava *et al.*, 2011; 2014). I potenziali meccanismi alla base di tali associazioni sono sconosciuti, ma si ipotizza che siano correlati alla privazione dei nutrienti materni, all'infiammazione, allo stress, all'infertilità o ad altre caratteristiche riproduttive (Cheslack-Postava *et al.*, 2011; 2014).

- Fattori immunitari: le infezioni in gravidanza e le malattie autoimmuni ereditarie sono state associate ad un aumento del rischio di ASD. Allo stesso modo anche le condizioni immunomediate materne e le reazioni autoimmuni potrebbero influenzare il rischio di ASD, attraverso il trasferimento di anticorpi e l'impatto dei marcatori immunitari sul sistema nervoso in via di sviluppo (Lyall *et al.*, 2017).

- Uso dei farmaci: l'esposizione durante la gravidanza a determinati farmaci con proprietà teratogene aumenta il rischio di ASD. Gli studi più recenti, riguardo questo binomio, si sono focalizzati sui farmaci antidepressivi, antiasmatici e antiepilettici. Questi farmaci hanno la capacità di attraversare la placenta e la barriera ematoencefalica, ed essere trasferiti al bambino attraverso il latte materno. Gli antidepressivi, in particolare gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), sono stati i più studiati (Gentile, 2015). L'evidenza epidemiologica sul legame tra l'esposizione prenatale a questi farmaci e il rischio di ASD deve ancora essere interpretata con cautela, a causa di potenziali distorsioni della ricerca analizzata.

- Altri fattori prenatali e perinatali, durata di gestazione e dimensioni del feto: il parto prematuro e le dimensioni eccessivamente piccole o grandi di un bambino possono aumentare in modo indipendente il rischio di ASD, sebbene questi fattori possano anche essere marcatori o mediatori di altri rischi di gravidanza (Lyall *et al.*, 2017). Oltre a questo, possono influire le condizioni metaboliche materne, come l'aumento di peso gestazionale, il diabete, l'ipertensione, ecc., e, potenzialmente, la loro interazione (Krakowiak *et al.*, 2012).

- Prodotti chimici ambientali: le sostanze chimiche ambientali costituiscono dei fattori di rischio di ASD perché durante il periodo gestazionale possono interferire con lo sviluppo neurologico del feto attraverso la madre, attraversando la placenta e la barriera

ematoencefalica. Altri interrompono i percorsi ormonali o agiscono sui percorsi infiammatori con possibili effetti sullo sviluppo neuronale (Lyall *et al.*, 2017). Le indagini scientifiche sulle sostanze chimiche ambientali, come possibili fattori di rischio di ASD, sono aumentate nell'ultimo decennio. L'inquinamento atmosferico ne è un esempio e gli studi più recenti si sono generalmente concentrati sugli agenti tossici dell'aria, noti come inquinanti atmosferici pericolosi (HAP), sui criteri per gli inquinanti atmosferici, l'ozono e l'esposizione al traffico (Lyall *et al.*, 2017).

Come già ribadito non si tratta di cause assolute, ma di fattori di rischio d'insorgenza della sindrome d'autismo, che, sulla base di innumerevoli concatenazioni, genetiche e ambientali, possono più o meno essere determinanti.

#### **2.4 Vissuto familiare**

L'esperienza di crescere un figlio con una disabilità porta con sé molte difficoltà e senso di smarrimento per i genitori. Nel caso dell'autismo la famiglia ne è particolarmente colpita, a causa delle caratteristiche stesse della sindrome, che impediscono al bambino di stabilire una relazione proficua (Marrone, 2015). Inoltre, i problemi di comportamento mal interpretati e i miti che ancora sopravvivono sull'autismo rendono i genitori particolarmente vulnerabili ai sensi di colpa e di inadeguatezza. La nascita di un bambino autistico rappresenta, per essa, un evento fortemente stressante, che produce una crisi in tutto il sistema con la necessità di mettere in discussione gli equilibri raggiunti, per trovarne di nuovi (Marrone, 2015).

L'esperienza di ogni famiglia con l'autismo è unica, tuttavia il primo incontro con esso presenta dei tratti comuni. Un neonato affetto da un disturbo dello spettro autistico appare fisicamente integro e senza alcuna evidente menomazione (Pontis, 2016). Le prime avvisaglie sono sottili e a volte confuse in un percorso di sviluppo che sembra procedere normalmente fino ai 18 mesi circa, quando si ha un crollo delle capacità acquisite. Solitamente è la madre per prima ad avere i primi sospetti di un problema di sviluppo, nutrendo un'indefinibile sensazione di disagio nel rapportarsi al proprio bambino, nonostante egli dorma, mangi, sorrida, incominci a stare ritto con il capo o a toccare e muovere gli oggetti, e il suo sviluppo appaia perfettamente tipico anche ai medici (Pontis, 2016). I principali problemi identificati dai genitori riguardano l'area del linguaggio, la capacità di indicare, i comportamenti ritualistici e problematici, il contatto oculare e il sonno (Marrone, 2015). Si può notare anche uno scarso interesse per le persone e reciprocità nell'interazione sociale, che si manifesta tramite una povertà di sorrisi, sguardi e vocalizzi reciproci. Tuttavia

talvolta l'estrema variabilità e l'irregolarità dello sviluppo, che caratterizza i disturbi dello spettro autistico, possono portare in inganno i genitori, provocando un certo disorientamento (Pontis, 2016). Disadattamento e stress non sono conseguenze inevitabili per queste famiglie, all'interno delle quali, a fronte dei diversi problemi, possono emergere anche molte risorse, forze e istanze positive, spinte interne più o meno spontanee che possono produrre diversi gradi di adattamento (Ricci, 2014).

Secondo il modello del ciclo di adattamento familiare alla disabilità, elaborato dal Laboratorio di Scienze Comportamentali (Istituto Walden) nel 1994 e diretto da Carlo Ricci, la famiglia attraversa quattro fasi distinte:

1. fase di crisi: coincide con la comunicazione della diagnosi che può provocare un forte trauma, legato in parte alla discrepanza tra il bambino ideale, che hanno costruito come oggetto d'amore, e il bambino "imperfetto" che la realtà presenta loro (Ricci, 2014). Il momento della diagnosi di una malattia o di una sindrome cronica, come un disturbo del neurosviluppo, per la famiglia è permeato da un insieme di sensazioni e sentimenti diversi: frustrazione, insicurezza, senso di colpa, dolore, paura e disperazione, soprattutto quando il paziente è un bambino (Pinto et al., 2016). Le reazioni difensive, gli adattamenti, le scelte esistenziali maturate fino a quel momento possono essere assai differenti; dipendono dall'organizzazione della personalità di ciascuno, dalle risorse soggettive, dalla natura dei legami costruiti in precedenza, dalle esperienze di vita (Sorrentino, 2006). Dal punto di vista relazionale si verifica un restringimento della rete e delle relazioni sociali, la famiglia si chiude e inizia a selezionare le relazioni senza più tollerare quelle superficiali. Sentono il bisogno di isolarsi sempre più, come meccanismo di evitamento di sofferenza e vergogna, rendendo complesso il mantenimento o l'instaurarsi di relazioni sociali senza sperimentare ansia o disagio (Ricci, 2014). Il vissuto emotivo dei genitori in questa fase è un atteggiamento passivo e pessimistico generale, con una visione del futuro di tipo catastrofico. La relazione della coppia genitoriale è messa a dura prova: può reagire con una separazione o un consolidamento (Ricci, 2014).
2. Fase di adattamento: la famiglia inizia a interrogarsi su come affrontare i problemi che manifesta il proprio bambino quotidianamente e a cercare informazioni dettagliate legate alla diagnosi (Ricci, 2014). Per aiutarli ad affrontare questa drammatica situazione è importante che la diagnosi venga accompagnata da una



precisa descrizione delle caratteristiche della sindrome, dei sintomi e dei problemi specifici ad essa correlati, secondo le più recenti conoscenze scientifiche a disposizione (Pontis, 2016). Questo aiuta i genitori a crearsi delle aspettative adeguate, che a loro volta possono contribuire a far fronte ai bisogni quotidiani del proprio figlio (Pontis, 2016). È importante che vengano fornite tutte le risposte alle domande dei genitori, per sanare i naturali sentimenti di frustrazione, impotenza e disorientamento e percepire, invece, un senso di protezione per affrontare tutte le sfide che avranno di fronte. Quindi aiutarli ad attivare le proprie risorse positive e a raggiungere la piena consapevolezza di non causare o di non aver mai costituito in alcun modo la causa dei problemi del proprio figlio, non permettendo così a sensi di colpa anacronistici e privi di alcun fondamento di costituire un ulteriore e deleterio elemento di stress (M. Pontis, 2016). Anche i fratelli (siblings) devono essere sostenuti, incoraggiando i genitori a condividere ciò che stanno vivendo e i problemi del figlio con disabilità. Ciò mette al riparo il fratello dall'alleanza genitoriale e dal senso di abbandono, e facilita nella metabolizzazione ed accettazione della situazione (Sorrentino, 2006).

3. Fase di pianificazione: i genitori acquisiscono consapevolezza del fatto che possono fare di più per il loro bambino, che diventando più competenti possono aiutarlo nello sviluppo motorio, cognitivo e socio-emotivo (Ricci, 2014). Comprendono che è necessario assumere un ruolo attivo nel cercare di cambiare e migliorare le condizioni del proprio bambino. In questa fase i genitori sono pronti ad intraprendere una relazione di aiuto e un intervento che presupponga la loro formazione sulle modalità di interazione con proprio figli. Vi è un recupero dei contatti sociali, spesso con famiglie che condividono problematiche analoghe, quindi la possibilità di ricevere supporto e aiuto. Vi è inoltre un recupero dell'umore positivo e dell'equilibrio emotivo: sentono la necessità di sentirsi attivi, orientati al futuro prossimo (Ricci, 2014).
4. Fase di attivismo: il genitore in questa fase diventa completamente attivo. Sono aperti a relazioni, recuperano vecchie amicizie e se ne instaurano nuove, si uniscono ad associazioni e in questo modo l'aumentare del fattore protettivo delle relazioni sociali fa sì che queste si rafforzino sempre più. Scompare la negatività, predominano pensieri positivi ed ottimisti, parlano quasi solo del futuro come preoccupazione

attiva, lavorano progettando per il futuro remoto, per quello che succederà per il loro figlio nel “dopo di loro”. Sono proprio l’orientamento al futuro e il coinvolgimento del maggior numero di persone, enti e istituzioni nei problemi della disabilità a caratterizzare la famiglia nella fase di attivismo. Da parte dei professionisti della cura, da queste famiglie si può ottenere il massimo in termini di collaborazione e possono essere considerate come una risorsa e un sostegno per le altre famiglie che si trovano nella stessa condizione (Ricci, 2014).

Si sottolinea che questo consiste in un modello teorico di adattamento familiare alla disabilità e che non tutte le famiglie con un figlio con disabilità riescono ad approdare a questo stadio del ciclo (Ricci, 2014).

## **2.5 La presa in carico socio-sanitaria del bambino con ASD e il sostegno familiare**

“La famiglia è il primo ambiente sociale nel quale ogni bambino si trova a vivere” (Minuchin, 1976): l’integrazione nell’ambiente familiare è quindi il primo obiettivo educativo nei confronti del bambino autistico (Marrone, 2015). I professionisti che gravitano intorno a questi gruppi familiari sono chiamati a fornire il loro sostegno necessario a garantire una vita il più possibile serena: aiutarli a costruire una ridefinizione di nuovi equilibri che i genitori realizzano attraverso l’utilizzo di risorse interne ed esterne al nucleo familiare stesso; e lavorare con e per il bambino per favorire il conseguimento del massimo grado di autonomia e di integrazione sociale possibili, all’interno di un progetto di vita orientato alla piena realizzazione del potenziale umano (Keller, Zappella, 2016) (R. Pani, R. Biolcati, S. Sagliaschi, 2009). Tutto questo attraverso la presa in carico sociosanitaria del bambino che si realizza dal momento in cui viene comunicata la diagnosi per tutta la durata della vita, e prevede per legge (Legge n. 328/2000, articolo 14) la predisposizione di un progetto individuale di rete, in cui siano coordinati e integrati gli interventi socioeducativo-assistenziali e le prestazioni di cura e riabilitazione. Il progetto educativo individualizzato deve essere tarato sulle specifiche caratteristiche e potenzialità della persona ed è caratterizzato dalla messa in sinergia dei diversi attori coinvolti e dei differenti interventi proposti all’interno del percorso esistenziale della persona con disabilità (Keller, Zappella, 2016). Gli ASD per la loro peculiarità gravità e cronicità richiedono una presa in carico organizzata con l’incrocio di molteplicità e specificità professionali competenti e aggiornate con il progredire della ricerca sul tema (Keller, Zappella, 2016). Le linee guida della Società Italiana di neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza (SINPIA) raccomandano il pieno

coinvolgimento dei genitori da parte dei servizi in quanto osservatori privilegiati per l'individuazione degli obiettivi di adattamento. In particolare distinguono una prima fase di lavoro in cui gli operatori individuano la famiglia come destinataria dell'intervento dei servizi e una seconda fase in cui la riconoscono come protagonista attiva nella realizzazione del progetto terapeutico. Il lavoro degli operatori, quindi, è finalizzato a supportare il processo che consente ai genitori di passare l'inevitabile fase di disorientamento che nasce nella comunicazione della diagnosi di autismo e dall'impatto che tale evento comporta, alla fase di partecipazione attiva al fianco dei professionisti (Keller, Zappella, 2016) (SINPIA – Levi *et al.*, 2005).

“Sviluppare e coltivare la sinergia tra famiglia ed operatori è un pre-requisito essenziale di ogni intervento abilitativo-educativo, di modo che le figure professionali possano dare il necessario contributo tecnico-scientifico e la famiglia possa portare il proprio vissuto, fatto di conoscenze del figlio, di bisogni, suggerimenti al solo scopo di sviluppare appieno il potenziale umano, cognitivo, sociale della persona con autismo” (Gruppo Provinciale per l'Autismo - Vicenza, 2013).

Sostenere la genitorialità lungo il percorso di cura del bambino significa:

- condividere con i genitori le attività effettuate nelle sedute abilitative dal terapeuta (terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, educatore professionale, logopedista, analista del comportamento-tecnico ABA), per comprendere le modalità di intervento educativo e abilitativo da utilizzare con il bambino;
- attivare interventi di educazione domiciliare, soprattutto nelle prime fasi dell'intervento, per adattare l'ambiente domestico alle necessità dei bambini;
- utilizzare le risorse familiari nel progetto educativo;
- organizzare un percorso di “parent training” (per singole coppie di genitori o per gruppi di genitori) per migliorare la conoscenza sul disturbo dello spettro autistico, la capacità di interagire nella socializzazione e nella comunicazione, l'applicazione di strumenti, regole comportamentali con i propri figli;
- fornire servizio di counseling per fornire aiuto sul versante informativo, educativo e decisionale, prezioso per accompagnare la famiglia lungo il percorso di crescita fatto di decisioni, svolte e riflessioni;
- fornire sostegno psicologico, che sia modulato nei tempi e modi a seconda di ogni situazione, nella difficile fase di comprensione della diagnosi del proprio figlio;

- favorire l'incontro con altre famiglie, associazioni, enti di supporto che evitino l'isolamento della famiglia ed un vissuto di solitudine che la porti a richiudersi nel suo problema.

Tutte queste opportunità permettono alla famiglia di comunicare e interagire nel modo migliore con il proprio figlio, capire e affrontare i comportamenti difficili che possono comparire, adattare in modo opportuno l'ambiente domestico e sociale per ampliare le esperienze sociali del proprio figlio e infine raggiungere la migliore qualità possibile di vita (Gruppo Provinciale per l'Autismo - Vicenza, 2013).

## Capitolo 3

### L'educatore professionale e la sua pratica professionale

#### 3.1 Educatore professionale e competenze professionali

L'educatore professionale è un professionista che ha un ruolo fondamentale all'interno di un'équipe multidisciplinare che opera nel percorso di cura per bambini con disturbi dello spettro autistico e per le loro famiglie. L'educatore, infatti, è l'operatore che affianca l'utente nel suo percorso di crescita per il raggiungimento di livelli sempre più elevati di autonomia. Egli progetta interventi educativi che mirano al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti (Scarpa *et al.*, 2015, p. 37). Nello specifico, secondo il decreto ministeriale n. 520 del 1998, che riconosce e norma la professione, l'educatore professionale socio-sanitario è "l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante (Scuola di Medicina e Chirurgia, classe 2/SNT – professioni sanitarie della riabilitazione), attua specifici progetti educativi e riabilitativi nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti ad uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali, in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà" (DM n. 520/98). Egli programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi sociosanitari, strutture socio sanitarie riabilitative e socio educative in modo coordinato e integrato con altre figure professionali (neuropsichiatri infantili, psicoterapeuti, psicologi, terapisti della neuropsicomotricità, logopedisti, tecnici del comportamento certificato (Registered Behavior Technician - RBT), pedagogisti, insegnanti, operatori socio sanitari), presenti in queste strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività (DM n. 520/98). È conforme al suo ruolo saper contribuire a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, oltre a partecipare ad attività di studio, ricerca e documentazione, contribuire alla formazione degli studenti e del personale di supporto. Grazie all'approvazione della legge n. 3/2018, il Decreto Lorenzin, l'educatore professionale ha un proprio Albo professionale nell'Ordine dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni tecniche, della riabilitazione e della prevenzione; un fondamentale tassello del riconoscimento della professione da parte dello Stato italiano (Crisafulli, 2018, p. 221). Il lavoro di un educatore professionale socio-sanitario è un lavoro complesso dove le

peculiarità soggettive si fondono con gli aspetti del ruolo nel quale si opera, e molto spesso le situazioni su cui operare sono complicate e del tutto uniche, prive di standard di riferimento (Moretto, 2020, p. 105). Ne consegue perciò che flessibilità, lungimiranza e l'essere artefici della professione siano tra le principali peculiarità di questa figura professionale (Moretto, 2020, p. 105). “Ogni singolo professionista si costruisce, gradualmente e nel corso della continua sperimentazione del suo operare, una cassetta degli attrezzi che definiscono e caratterizzano l'intervento che intende realizzare: così l'educatore, nell'azione di progettare, costruisce e personalizza il suo prodotto in un modo creativo e unico, così come sono ineludibilmente uniche le persone, i contesti, le situazioni che egli incontra e di cui si occupa” (Moretto, 2020, p. 107). Per lavorare con persone nell'ambito della salute e svolgere lavori di cura, di accompagnamento nei processi riabilitativi e di sostegno educativo, serve sviluppare definite competenze che possono essere suddivise in tre aree principali: l'area legata alla conoscenza, l'area personale e l'area metodologica (Moretto, 2020, p. 107). Esse coincidono con i tre saperi fondamentali che derivano dalla formazione per gli educatori professionali degli anni Ottanta e che hanno costituito una base metodologica e di riferimento teorico per gli educatori per molti anni (Scarpa, 2015, p. 39). Questi tre saperi fondamentali sono:

- il “sapere” o i “saperi”, cioè la base scientifico-teorica che sostiene, ispira e sottende ogni singola azione educativa e che si fonda su discipline che spaziano in diverse aree: psicologica, pedagogica, medica, economica, giuridica, socio-antropologica, informatica, del servizio sociale. “Ogni disciplina deve essere intesa come un aggregato non semplicisticamente di teorie ma di valori, idee, pratiche esplorative e applicative, modelli interpretativi della realtà” (Brandani, Zuffinetti, 2004, p. 68).
- Il “saper essere”, ovvero saper utilizzare e calibrare le proprie attitudini e personalità in modo che siano efficaci per il raggiungimento degli obiettivi educativi concordati con la/e persona/e destinatarie e con l'équipe multidisciplinare. A questo si collega la competenza fondamentale per gli educatori professionali che è la competenza relazionale, cioè l'uso della relazione interpersonale o di gruppo con una finalità educativa come strumento principale (Moretto, 2020, p. 108). La relazione educativa è quel rapporto di fiducia, che si crea tra educatore e paziente, asimmetrico, teso a comprendere l'altro, ad accompagnarlo verso un cambiamento nel senso di un miglioramento di sé, delle sue condizioni e del suo stile di vita. Essa necessita di

competenze cognitive, metacognitive ed emozionali: “autenticità o congruenza, considerazione positiva incondizionata, comprensione empatica” (Rogers, 1957) (Moretto, 2020, p. 108). L’empatia si basa sull’autoconsapevolezza delle proprie emozioni, per percepire il mondo interiore dell’altro e accettare senza condizioni i suoi stati d’animo, così come vengono offerti nella relazione (Moretto, 2020, p. 108). Altre caratteristiche principali sono: la sincerità educativa, l’impegno contro ogni violenza, la fermezza educativa, il partire dall’esperienza e dalla vita dell’altro, l’intenzionalità dell’educatore che rende l’atto educativo un evento mirato ad obiettivi precisi e mai improvvisato, l’orientamento verso l’inclusione sociale, un alto grado di attenzione verso i bisogni della persona, coscienza etica e moralità professionale e la capacità di mantenere un equilibrio tra il coinvolgimento emotivo e il distacco obiettivo (Bobbo, 2012, pp. 218-223) (Scarpa, 2015, p. 46).

- Il “saper fare”, che intende il “fare” non come fine ma come mezzo, indica le competenze metodologiche e operative che l’educatore professionale deve maturare. Il saper fare è molto vario e racchiude molte competenze, come è descritto in un lavoro di ricerca condotto da Aieji, l’Associazione Internazionale degli Educatori Professionali, sulle competenze di base necessarie per esercitare la professione: riguarda le competenze definite “fondamentali”, cioè il saper agire in modo diretto nelle situazioni concrete e in modo adeguato in relazione ai bisogni dell’utenza in carico, saper pianificare, organizzare e riflettere sulle proprie azioni e sugli interventi futuri, quindi valutare la relazione tra l’intenzione, l’azione e il risultato; le competenze definite centrali cioè quelle relazionali, comunicative: conoscenza e gestione degli aspetti di relazione, il rispetto di un’etica di comunicazione, capacità di essere un project manager, capacità di lavorare in un’équipe multi professionale, possesso di abilità orientate alla gestione di conflitti; competenze organizzative; competenze sistemiche cioè la capacità di agire, negoziare e occuparsi dei compiti sociali a loro affidati; competenze creative (Aieji, ANEP, Scarpa, Testi, 2003-2005, pp. 8-15) (Scarpa, 2015, pp. 40-53) (Bobbo, 2020, pp. 47-48)

### **3.2 La progettazione educativa**

La progettazione educativa sta alla base della pratica educativa dell’educatore professionale consentendo la realizzazione di progetti educativi aventi interventi e servizi rispondenti ai

bisogni degli utenti (Leone, Prezza, 2016, pp. 15-17). La progettazione in ambito educativo dev'essere finalizzata a facilitare o stimolare l'emancipazione del soggetto e il suo empowerment: il potere da consegnare all'altro è costituito da tutto ciò che è in grado di consentire a quella persona di conquistare una più profonda consapevolezza di sé, delle sue potenzialità e dei suoi limiti (Bobbo, 2020, p.18). Progettare, quindi, deriva dal latino (proiacere) e significa "gettare in avanti" un'idea, un pensiero o un desiderio di realizzare. Essa in ambito educativo intende prestabilire i passaggi mediante i quali dovrà svolgersi l'intervento educativo, "tenendo conto di tutte le variabili che vanno ad interagire con l'azione educativa intenzionale: condizioni ambientali e personali di educatori e educandi, traguardi assegnati dall'istituzione, risorse disponibili, scansioni dei tempi di lavoro" (Bobbo, 2012, p. 252). Nella realizzazione di un progetto educativo occorre tener presente di come la nostra epoca sia contraddistinta da una forte complessità, nella crescente accelerazione dei processi e la loro interdipendenza, nell'incertezza delle strategie. Lavorare per progetti presuppone allora rispettare alcuni valori che orientano all'ottimizzazione dell'ipotesi progettuale, che sono: l'equità, la provvisorietà, la flessibilità, l'apertura, la perfezionabilità e la concretezza (Bobbo, 2012, p. 253). "Nel progettare si apre uno spazio di incontro, di mediazione, di negoziazione, tra professioni diverse, tra operatori e utenti, dove nascono e si fondono idee, emergono e si scontrano emozioni, esperienze diverse e un passato condiviso unendo desideri e azioni" (Bobbo, 2012, p. 253).

Lo spazio progettuale si divide in tre diversi tempi: la fase ideativa, nella quale rientrano le intenzioni dalle quali scaturisce l'analisi dei bisogni e gli obiettivi generali e specifici; la fase di realizzazione degli interventi, data dalle azioni e il loro monitoraggio, la programmazione e l'utilizzo delle risorse; l'ultima fase, cioè la conclusione dell'intervento, quindi i risultati che emergono dalla valutazione dell'efficacia delle azioni, alla luce degli obiettivi posti e dei bisogni individuati (Bobbo, 2020, pp. 69-94).

### **3.3 Analisi della situazione e diagnosi educativa**

Il primo step della progettazione è legato all'analisi della situazione problematica e alla diagnosi educativa, cioè l'individuazione e la descrizione dei bisogni della persona o del gruppo di persone oggetto di attenzione educativa. Il bisogno è uno scarto (gap) individuato tra una situazione reale che contraddistingue il soggetto e una condizione di maggiore benessere che è attesa dallo stesso soggetto, in quanto possibile e raggiungibile (Bobbo,



2020, p. 69). Si parla di diagnosi educativa, che è l'insieme di pratiche volte a identificare i gap esistenti tra una situazione reale (generalmente percepita come problematica) e una condizione migliore, in termini di benessere, desiderata in quanto possibile. Per realizzarla è necessario porre in ordine di priorità questi gap e selezionarli per programmare, attraverso la progettazione, una serie di interventi utili a colmarli (Bobbo, 2020, p. 69). Nello specifico, in questa fase di analisi si andrà per prima istanza a definire l'identificazione del problema evidenziabile, cercando di individuarne il possibile impatto con le caratteristiche specifiche della persona. In un secondo momento si dovrà chiarire le motivazioni che possono porsi a giustificazione della scelta di affrontare questa situazione piuttosto che un'altra; cioè capire se e quando il bisogno, che si palesa dalla condizione di vita, sofferenza o disagio del soggetto, possa essere prioritario rispetto ad altri. Successivamente occorrerà comprendere i livelli di aggredibilità di una specifica situazione problematica (Bobbo, 2020, pp. 69-70). Nel momento in cui l'educatore si pone di fronte alla situazione problematica, per poter sviscerarla e definirla nelle sue specificità, dovrà definire la natura e l'entità della ferita che ha colpito le strutture o funzioni corporee del soggetto (quali e quante), e quali fattori contestuali, personali o ambientali possono interferire positivamente o negativamente e quindi rendere più o meno aggredibile il problema (Bobbo, 2020, p. 71). Una volta identificato dev'essere reso comunicabile in modo puntuale con la definizione di dati di realtà, con riferimenti specifici a luoghi, persone, tempi, ecc., con fatti certi e oggettivamente dimostrabili attraverso report di osservazione analitici o strumenti di valutazione specifica. Dev'essere in grado di affermare una condizione negativa e non una possibile soluzione, insita nella mente dell'operatore, che può alterare la valutazione del problema stesso (Bobbo, 2020, p. 73). Per una chiarezza aggiuntiva è utile predisporre un'analisi dello status quo del soggetto realizzando una descrizione sintetica di elementi pertinenti la condizione problematica, da condividere con l'équipe multidisciplinare. Questa descrizione prevede le caratteristiche psicologiche e sociali del soggetto, la diagnosi o le attestazioni, l'evento che richiede l'intervento educativo e riabilitativo, la situazione clinico terapeutica del soggetto, i fattori protettivi e di rischio e il livello di consapevolezza della propria condizione (Bobbo, 2020, pp. 74-75). Per ottenere questi elementi descrittivi i metodi utilizzati nell'ambito dell'età evolutiva con ASD sono: il colloquio conoscitivo con familiari/caregivers, l'osservazione clinica, la consultazione della documentazione e l'utilizzo di questionari e test validati presenti in letteratura o creati ad hoc (Bobbo, 2020, pp. 73-76). "Comprendere

lo status quo della persona rappresenta il primo passo per un'analisi dei bisogni che emergerà dalla valutazione del gap o discrepanza tra di essa e un a condizione pensata come la migliore possibile per quel soggetto” (Bobbo, 2020, p. 76). I bisogni educativi possono essere classificati prendendo in considerazione le diverse aree di espressione, relazione, sviluppo e aspettative della persona. Le aree in questione sono: l'area cognitiva, operativa, di comunicazione e relazione, dell'autonomia come autodeterminazione e metacognitivo-simbolica (Bobbo, 2020, pp. 76-77). Ancora, l'educatore deve anticipare quei bisogni latenti, inespressi o inconsapevoli nel soggetto. Occorre che essi tengano conto dei protocolli e delle linee guida sanitarie, regionali o nazionali e naturalmente degli interessi generali della persona (Bobbo, 2020, pp. 77-78). Ogni professionista, inserito nel gruppo di lavoro che opera per la realizzazione del progetto, è chiamato a esplicitare i propri modelli di lavoro emergenti dalla formazione, dall'appartenenza disciplinare o dall'esperienza maturata sul campo, per avere un chiarimento circa le premesse culturali, organizzative, motivazionali e far conoscere al gruppo le conoscenze e le competenze che entreranno nello spazio progettuale e saranno destinate a intrecciarsi e interagire tra loro (Bobbo, 2020, p. 78). Ecco che per valutare lo stato interno di un'organizzazione prima di pianificare un intervento può essere utile lo strumento dell'analisi funzionale, oppure l'analisi SWOT (Strength, Weakness, Opportunities, Treath), ovvero la valutazione, attraverso una matrice a quattro ingressi, degli elementi di forza, di debolezza, delle opportunità e delle minacce interne ed esterne all'organizzazione (Bobbo, 2020, p. 78).

### **3.4 Definizione degli obiettivi generali e specifici**

Arrivati a questo punto del processo di pianificazione di un progetto educativo si definiscono gli obiettivi educativi che devono essere enunciati nel modo più chiaro possibile e legati a criteri di priorità, efficacia e congruenza alle condizioni presenti (Bobbo, 2020, p. 79). Secondo l'approccio Goal Oriented Project Planning (GOPP), per la definizione di questi obiettivi educativi occorre prima aver delineato un albero dei problemi, cioè uno schema a grappolo nel quale inserire tutti gli elementi insiti nella situazione problematica, poi è necessaria l'analisi dei bisogni e di conseguenza sarà possibile realizzare un albero degli obiettivi (Bobbo, 2020, p. 79). Quest'ultimo nasce dal ribaltamento speculare di ciascun aspetto del problema in una condizione o situazione positiva; in questo modo ciascun elemento va a costituire un obiettivo generale e specifico (Bobbo, 2020, p. 79). Un obiettivo

generale è la condizione auspicata, una dichiarazione di intenti, desideri, formulata in modo abbastanza ampio e vago (Leone, Prezza, 2016, p. 90). Questi sottendono gli obiettivi specifici per indicare nella pratica quali cambiamenti ci si aspetta. Si tratta di obiettivi strutturati in modo chiaro, che diano meno spazio ad interpretazioni soggettive e che possano essere operazionalizzati. Essi sono misurabili, guidano le azioni, tracciano la direzione (Leone, Prezza, 2016, p. 90). È necessario che nella formulazione di un obiettivo specifico ci siano tre elementi base, che sono: il soggetto, il verbo e un complemento che indica ciò che deve ottenere il soggetto mediante l'azione del verbo. Oltre a questi occorre esplicitare le condizioni di espressione che diverranno indicatori di risultato utili in fase valutativa per misurare l'effettivo raggiungimento dell'obiettivo cui mira l'azione intrapresa (Bobbo, 2020, pp. 80-81). L'indicatore deve essere coerente, rilevante, preciso, facilmente rilevabile e sensibile (cioè SMART), per consentire di verificare la coerenza e la correttezza della logica d'intervento e per monitorare i progressi verso il raggiungimento degli obiettivi (Bobbo, 2020, p. 81). Gli obiettivi sono definibili nelle aree dei bisogni già individuate e sopra riportate. Per ciascun obiettivo è necessario elencare criteri di accettazione rispetto all'azione legati ai tempi (frequenza di esecuzione e tempistica di realizzazione), ai livelli di autonomia e al livello di precisione (Bobbo, 2020, p. 81). Successivamente alla formulazione degli obiettivi è bene passare all'individuazione del contesto multidisciplinare nel quale l'intervento viene progettato, dove si definisce il ruolo di ciascun professionista coinvolto, i compiti, gli spazi di azione e le responsabilità (Bobbo, 2020, p. 84).

### **3.5 Metodi e strumenti d'intervento**

Il passaggio successivo, durante la progettazione di un progetto educativo, è la scelta dei metodi di intervento come esito conseguente agli obiettivi fissati e all'analisi dei bisogni. “Nella definizione dei metodi occorre innanzitutto chiarire la natura dei comportamenti che si vogliono trasmettere o di cui si vuole stimolare l'acquisizione o l'abbandono [...]; occorre tener conto di alcuni criteri di fattibilità e opportunità di adozione” (Bobbo, 2020, p. 84). Per questo, può essere opportuno applicare l'acronimo MOSCOW, che identifica quattro possibilità di classificazione per ogni opzione secondo una scala di priorità, efficienza e fattibilità (Bobbo, 2020, p.84).

Le quattro possibilità sono:

- Must: cosa fare assolutamente;

- Should: ciò che è opportuno;
- Can: ciò che è possibile, fattibile;
- Why not: perché non farlo?

Per ogni obiettivo specifico, allora, si andranno a definire i metodi e le strategie scelti, la motivazione che ha condotto alla scelta di tale metodo o strategia, il soggetto destinatario, il professionista coinvolto e le tempistiche, cioè la frequenza e la durata, di ogni applicazione (Bobbo, 2020, p. 87-88). In questa fase occorre, inoltre, definire e descrivere la sequenza di azioni che ciascun professionista, coinvolto nello spazio progettuale, dovrà mettere in atto, quali risorse serviranno, a chi e quando dovrà utilizzarle e prestabilire un calendario di scadenze con le tappe del processo e la frequenza dei briefing necessari. Concretamente questo prevede la traduzione degli obiettivi in singole sequenze di azioni e l'esplicitazione delle modalità organizzative di coordinamento dei singoli membri (Bobbo, 2020, p. 88). A far fronte a questo, per assumere concretezza formale e aiutare nell'organizzazione del programma operativo, l'utilizzo del diagramma GANTT può essere molto utile. Si tratta di un grafico che ha in ascissa la descrizione delle azioni da realizzare e in ordinata i tempi di realizzazione; inoltre, nelle celle di incontro è possibile inserire i nominativi e i ruoli degli operatori incaricati. In alternativa, un panel di diversi formati, da appendere, può diventare strumento per coordinare le azioni e non far dimenticare passaggi fondamentali a nessuno (Bobbo, 2020, p. 88). È importante prendere in considerazione anche le risorse che si utilizzano in un processo educativo, che sono di diversa tipologia: umane specifiche, quindi le competenze dei professionisti accreditati che fanno parte del gruppo di lavoro o che dovranno essere incaricati; umane aspecifiche, cioè le competenze di tipo organizzativo-amministrativo, per la prenotazione, l'acquisto o la creazione dei setting e la gestione dei materiali; non umane: strutture, dispositivi, materiali di diversa natura; economiche, ovvero i costi delle ore per ognuno, necessari per attivare, formare le risorse umane necessarie, e tutti i costi indiretti del progetto (Bobbo, 2020, p. 89). Vi saranno risorse immediatamente disponibili, perché già in possesso, e risorse che dovranno essere acquistate o create ad hoc. A tal proposito, la matrice delle responsabilità può definire in termini specifici i compiti e il livello di responsabilità di ciascun membro ed essere utile nell'organizzazione. Ancora, è possibile creare dei work packages, cioè pacchetti di lavoro da assegnare ad ogni professionista per poter essere autonomo lungo il processo operativo (Bobbo, 2020, pp. 89-90).

Tra gli strumenti base della pratica progettuale educativa che l'educatore professionale deve conoscere e saper utilizzare in ogni ambito sociale e sanitario in cui può operare ci sono: la relazione educativa, il colloquio educativo, l'osservazione e il contratto (patto) educativo (Moretto, 2020, pp. 106-117). La relazione educativa, fondamento della pratica educativa, come è stato descritto sopra, è la condizione specifica e necessaria per stabilire un legame educativo: che sia, quindi, responsabilità, interesse e amore per l'altro. Coincide con l'aver cura dell'altro, che è in difficoltà, porgendogli il nostro aiuto dopo esserci piegati a capire cosa sia davvero ciò che desidera ricevere (Bobbo, 2012, pp. 220-221). Nel legame tra educatore e paziente deve esserci continuità, referenzialità, pragmaticità nell'interazione, comunicazione dinamica che inevitabilmente porta ad un cambiamento, una contaminazione e una trasformazione (Moretto, 2020, p. 107-108).

La relazione educativa si articola in quattro fasi: la fase dell'accoglienza, nella quale nasce e si definisce la relazione tra educatore e paziente, dove si cerca di costruire un rapporto di apertura e ascolto della sua storia, dei suoi bisogni, delle aspettative e difficoltà; la fase di sviluppo, in cui la relazione si consolida concentrandosi sui punti chiave del legame; la fase dell'azione, in cui si avvia la progettazione di un progetto educativo; la fase di risoluzione è la fase conclusiva in cui, forniti gli strumenti e agiti gli interventi, si stimola il paziente ad agire autonomamente. Quest'ultima fase non coincide con la fine della relazione educativa, ma con il raggiungimento di importanti tappe di cambiamento. Essa permane per consentire la valutazione dei suoi esiti, per accogliere e provvedere a eventuali ricadute o riavviare un nuovo percorso di intervento (Bobbo, 2012, pp. 222-223) (Moretto, 2020, p. 109).

Il colloquio è uno strumento che va di pari passo con la relazione. È in senso lato uno scambio di parole che supera il semplice piacere della conversazione per affrontare temi caratterizzati da maggiore rilevanza sia emotiva che comportamentale. Nell'ambito dell'educazione le sue diverse declinazioni passano dal semplice comunicare informazioni all'influenzamento motivazionale, o al tentativo di una costruzione partecipata e collaborativa di eventi concreti (Maida, Nuzzo, Reati, 2006, pp. 11-14). Si divide in diverse tipologie in base alle finalità previste: colloqui di condivisione del progetto o dell'intervento, dove vengono presentati gli obiettivi del progetto, condivisi dall'équipe, alla persona presa in carico, per informarla ma anche coinvolgerla e motivarla nell'intraprendere insieme un percorso di crescita e trasformazione; colloquio motivazionale, centrato sul rinforzo dell'autostima e del senso di autoefficacia del soggetto, dopo aver valutato gli atteggiamenti

di disponibilità al cambiamento; colloquio educativo, mediante il quale l'educatore cerca di aiutare il soggetto a riflettere su se stesso per acquisire consapevolezza delle sue problematiche, risorse e opportunità di cambiamento; colloquio istruttivo, nel quale l'educatore trasmette conoscenze su determinati argomenti o temi in vista di obiettivi legati ad apprendimenti; colloquio di sintesi e di valutazione, per tirare le fila attraverso un bilancio dell'esperienza realizzata (Bobbo, 2020, pp. 85-87).

L'osservazione assume in campo educativo un significato complesso e multidimensionale: l'educatore nell'osservare compie un atto finalizzato alla conoscenza e alla valutazione che lo impegna quotidianamente. Osservare vuol dire, infatti, guardare attentamente, esaminare un soggetto o un contesto al fine di conoscerlo meglio, rilevare i dettagli, entrare in profondità, per formulare giudizi o considerazioni di varia natura, anche con l'aiuto di strumenti adatti. Questi strumenti possono essere:

- checklist: lista di comportamenti attesi che vengono identificati dall'osservatore entro una certa unità di tempo;
- rating scales: strumento di valutazione che si può impiegare dopo un periodo di tempo prefissato in cui l'osservatore valuta la prevalenza di certi comportamenti o eventi su di una scala;
- sistemi di codificazione interattiva: come la griglia di Flanders che registra tutto ciò che l'osservatore e l'osservato dicono in un certo periodo di tempo attraverso una matrice di categorie predefinite;
- descrizioni narrative: strumenti utili per esporre in forma narrativa tutto ciò che viene osservato e che sia rilevante allo scopo dell'osservatore. Vi rientrano i diari, il giornale di bordo, il piano di osservazione dello sviluppo (Moretto, 2020, p. 109-114).

Nel lavoro educativo l'osservazione avvolge e dà significato all'intero processo di lavoro, accompagnando l'educatore nell'attività quotidiana e nella formulazione del programma di intervento per le persone a cui si rivolge. L'esperienza e la pratica osservativa hanno sempre una ricaduta sull'azione. È importante mantenere l'osservazione all'interno di una pratica riflessiva, con una posizione metariflessiva da parte dell'educatore e una predisposizione a ricercare i nessi tra ciò che si osserva e l'influenza del contesto, degli attori, delle strategie di intervento (Moretto, 2020, p. 114). "È una lettura profonda di un determinato fenomeno in grado di mettere in luce alcune caratteristiche e di porle in relazione con persone e situazioni in una dimensione spazio-temporale definita [...] e che comporta ridefinire

costantemente ipotesi e modalità di osservazione e di lavoro, accettando di verificare anche sé stessi all'interno di quanto osservato e avvenuto" (Moretto, 2020, pp. 114-115).

Il patto educativo è quello strumento che permette di negoziare tra paziente ed educatore o équipe curante, e mobilita le energie e la consapevolezza del paziente verso obiettivi più personali e particolari, che provengono dai suoi bisogni individuali (Moretto, 2020, p. 116). In relazione ai bambini con ASD sarà con le famiglie che si pattuirà un progetto educativo consono con la situazione e le potenzialità del figlio. Esso favorisce l'impegno comune per divenire interlocutori attivi e consapevoli, collaborativi impegnati nel raggiungimento di obiettivi (Moretto, 2020, p. 116).

I metodi, le strategie e gli strumenti di interventi educativi su misura per bambini e ragazzi con disturbi dello spettro autistico verranno approfonditi nel capitolo successivo.

### **3.6 La valutazione educativa: scelta e definizione degli approcci e degli strumenti valutativi**

Arrivati a questo punto del progetto educativo, quindi una volta delineati interventi educativi con metodi, strumenti e strategie adatte alla loro realizzazione, si passa alla fase di verifica del processo di trasformazione complessivo. La valutazione educativa è l'analisi delle relazioni significative, critiche, problematiche, che hanno prodotto miglioramenti ai singoli e all'intera organizzazione o ne hanno bloccato lo sviluppo (Bobbo, 2020, p. 90). Valutare include più operazioni simili, ma non sovrapponibili. Si deve distinguere, infatti, tra: verifica della natura dei risultati, che è la verifica degli obiettivi posti, se siano stati raggiunti o meno e in quale misura; valutazione degli strumenti e/o delle strategie: vale a dire interrogarsi sugli effetti sortiti da un intervento in termini di efficacia (capacità di produrre cambiamenti desiderati), coerenza (possibilità di evidenziare le eventuali divergenze tra le intenzioni degli operatori progettisti e i risultati ottenuti), integrazione (tra l'intervento e le altre agenzie educative che operano per il soggetto); valutazione del processo: cioè del suo andamento e degli elementi che abitano lo spazio progettuale, focalizzandosi sui fattori che hanno consentito o meno al progetto di realizzarsi in modo completo, raggiungendo i risultati prefissati, con un bilancio di costi e benefici in termini economici e di benessere delle persone. Su quest'ultima nello specifico si valutano: la qualità degli interventi effettuati, il livello di soddisfazione percepita dai partecipanti, il livello di soddisfazione percepita dai professionisti, l'entità e la qualità dei cambiamenti sul piano delle competenze acquisite dai

soggetti target e su quello della qualità del benessere personale degli stessi (Bobbo, 2020, p. 92-94). Emerge da ciò una valutazione complessiva e integrata di tutti gli aspetti che possono aver influito, direttamente o indirettamente, sull'andamento del processo, e quindi anche sul raggiungimento degli obiettivi posti.

Per valutare è necessario selezionare cosa osservare e con quali modalità raccogliere e misurare le osservazioni. Bisognerà, cioè, decidere quali indicatori utilizzare e con quale modalità rilevarli. Per indicatore si intende una caratteristica o variabile osservabile o calcolabile che dà indicazioni su un certo fenomeno (Leone, Prezza, 2016, pp. 95-96). L'indicatore deve essere chiaro, comprensibile nella sua forma finale e allo stesso tempo capace di rappresentare o riprodurre il particolare fenomeno per il quale è stato costruito. In quanto informazioni di sintesi devono rispettare sia requisiti metodologici (validità e attendibilità), sia requisiti legati ai problemi di natura concettuale (pertinenza, rilevanza, specificità e sensibilità) (Leone, Prezza, 2016, p. 142). E, prima di decidere quali indicatori effettivamente utilizzare, bisognerà fare una scelta legata alla fattibilità, cioè che tenga conto anche dei costi e degli sforzi necessari per rilevarli. L'indicatore può essere qualificato in base a diversi criteri: per la vicinanza al fenomeno da rappresentare ci sono indicatori diretti, che rappresentano direttamente il fenomeno o l'oggetto della conoscenza, mentre quelli indiretti rappresentano elementi che sono in relazione con il fenomeno oggetto d'analisi (Leone, Prezza, 2016, pp. 143-144). Altra classificazione è legata all'obiettivo per cui viene utilizzato. Gli indicatori valutativi, che permettono di valutare se in che misura sono stati raggiunti gli obiettivi di un'attività programmata, si dividono in indicatori di processo se vengono utilizzati per valutare le modalità di implementazione del progetto; indicatori di esito se vengono utilizzati per la valutazione degli esiti finali dell'intervento. Gli indicatori di esito si suddividono a loro volta in indicatori di efficacia, d'impatto e di efficienza (Leone, Prezza, 2016, pp. 143-144). In fase di scrittura del progetto occorre esplicitare uno o più modalità di valutazione applicabili per l'indicatore di risultato definito; la tipologia del metodo utilizzabile: se di tipo quantitativo o qualitativo; chi può utilizzare le singole metodologie: se l'educatore in autonomia, o in collaborazione con altre professionalità, oppure altri professionisti; il grado di disponibilità dello strumento; le risorse necessarie per la messa in campo della metodologia (Bobbo, 2020, p. 93).

La valutazione si può stanziare in tempi diversi: si può valutare "ex-ante", quindi prima dell'attuazione degli interventi educativi, perciò in fase di scrittura progettuale, per stimare



la validità del progetto e verificare la congruenza del disegno concettuale. Le componenti da considerare sono: la rilevanza del progetto alle problematiche ritenute prioritarie per gli interventi educativi, l'adeguatezza della formulazione del progetto in modo che possa fungere da guida per la progettazione operativa e per la successiva fase di realizzazione, la congruenza interna fra le parti del progetto e fra progetto e risorse attivabili, e lo sforzo inteso come risorse impiegate in questa fase (Leone, Prezza 2016, pp. 137-139). C'è poi la valutazione "in itinere", cioè la valutazione durante la realizzazione e l'implementazione del progetto (valutazione di processo). L'attenzione si rivolge, da una parte, nella raccolta di informazioni di tipo descrittivo per capire chi aderisce al progetto, cosa viene realizzato, da chi, in quali tempi, le risorse impiegate; e dall'altra nei processi messi in atto per capire il ritratto complessivo del funzionamento del progetto. Essa fornisce informazioni utili per un eventuale miglioramento o riprogettazione dell'intervento nel caso lo scarto fra il piano e la realizzazione sia consistente o se emergono elementi di contrasto (Leone, Prezza 2016, pp. 139-140). Al termine del progetto c'è la valutazione "ex post", dove si possono verificare i risultati ottenuti stimando l'efficacia, l'impatto, la rilevanza, l'efficienza, la produttività, la trasferibilità e riproducibilità del modello (Leone, Prezza 2016, pp. 140-141).

Gli strumenti utilizzabili per la valutazione degli interventi educativi sono: l'osservazione etnografica, con strumenti creati ad hoc, verificati con l'équipe utilizzate in setting informali, come schede osservative; oppure l'osservazione clinica, realizzata in contesti formali, con l'applicazione di stimoli comunicativi e attività educative; somministrazione di test o questionari validati: per verificare il gap tra la rilevazione compiuta in fase di analisi dei bisogni e quella finale, dopo la conclusione dell'intervento educativo. Ancora, le pratiche di autovalutazione da parte dell'équipe mediante confronto su diversi esiti attesi e raggiunti, con gruppi di discussione sui singoli aspetti che non sono stati funzionali, o sulla messa in rilievo dei fattori di protezione di sviluppo emersi; i metodi narrativi per aiutare la persona a esprimere il suo punto di vista sul percorso compiuto; il colloquio di valutazione, con protocollo definito di quesiti e stimoli, e scheda di raccolta dati predisposta; il bilancio economico, per valutare se la spesa prevista è stata rispettata; il bilancio dei tempi, per valutare se i tempi previsti sono stati rispettati (Bobbo, 2020, pp. 92,93).

Questi sono strumenti utilizzabili in vari ambiti, situazioni e contesti educativi, anche nell'età evolutiva con bambini con ASD. Ma, per quest'ambito specifico, gli strumenti qualitativi e quantitativi validati sono:

- il PEP-R (Psycho Educational Profile Revised), per il target bambini di età compresa tra i 2 e i 7 anni, e l'AAPEP (Adolescent and Adult Psycho Educational Profile) riferito, invece, al target adolescenti e adulti affetti da ASD. Sono strumenti qualitativi di osservazione e valutazione. Il PEP-R permette di valutare le diverse abilità di un bambino di età prescolare definendo il livello di sviluppo raggiunto in 7 aree evolutive: imitazione, percezione, motricità fine, motricità globale, coordinazione oculo-manuale, area cognitiva e cognitivo-verbale (Moretto, 2020, pp. 121-122). La modalità di codifica delle risposte è data da tre livelli di performance: riuscito, emergente e non riuscito. Attraverso questo tipo di valutazione si evidenziano i punti di forza e di debolezza e si identificano le abilità emergenti, cioè legate alla zona di sviluppo prossimale (Vygotskij), e si monitorano l'intervento e i progressi compiuti del bambino (Moretto, 2020, p. 121). L'AAPEP, invece, ha come obiettivo quello di fornire una valutazione delle abilità effettive e potenziali di persone con autismo in età adolescenziale e adulta, in alcune aree che sono essenziali per il funzionamento rispetto alle autonomie, nei vari ambienti di vita (Moretto, 2020, p. 122). Possono essere utili in caso di valutazioni in itinere ed ex post, rispetto agli interventi educativi, per monitorare l'intervento e i progressi compiuti dal bambino o ragazzo (Moretto, 2020, pp. 121-122) (Cottini, 2013, pp. 61-69).
- La scheda valutativa Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS): ha come obiettivo la valutazione del comportamento adattivo che comprende tutte quelle attività che il soggetto deve sapere svolgere nella quotidianità per raggiungere un livello di autonomia atteso per un individuo di pari età, in un certo contesto culturale. È uno strumento che si somministra tramite un'intervista semi strutturata da un genitore o un caregiver diverso (Moretto, 2020, p. 122).
- La scheda di osservazione delle soft skills: va a valutare le competenze personali, sociali e metodologiche della persona (Moretto, 2020, p. 123).
- Il bilancio di competenze: è un intervento di consulenza che si caratterizza per basarsi sulla ricostruzione delle competenze delle risorse di un individuo e sulla definizione di un progetto di sviluppo professionale e personale. Si interessa delle competenze di base, trasversali e tecnico-professionali (Moretto, 2020, p. 123).
- Il Caregiver Burden Inventory (CBI): lo strumento per la valutazione dello stato emotivo e del carico assistenziale del caregiver, tramite un self-report, suddiviso in

cinque sezioni: il carico oggettivo, psicologico, fisico, sociale ed emotivo (Moretto, 2020, p. 124).



## **Capitolo 4**

### **Metodi, programmi e strategie d'intervento per bambini con disturbi dello spettro autistico**

#### **4.1 I principali programmi d'intervento educativo e riabilitativo per bambini con autismo**

Nel capitolo precedente è stata presentata la pianificazione di un progetto educativo individualizzato, prodotto principale della progettazione educativa dell'educatore professionale. Nella fase di definizione di metodi e strategie di intervento sono stati descritti gli strumenti base che l'educatore deve sempre considerare e portare nel suo bagaglio professionale, per utilizzarli, laddove lo ritenga più opportuno, nei vari ambiti e contesti lavorativi in cui è inserito. Ma, nella presa in carico di bambini con disturbi del neurosviluppo, in particolare i disturbi dello spettro autistico, esistono alcuni specifici programmi di intervento educativo e riabilitativo, sperimentati e studiati per anni, e riconosciuti a livello internazionale. I due principali programmi d'intervento per bambini con ASD sono: il programma di intervento comportamentale precoce (Applied Behavior Analysis - ABA) e il metodo TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children).

#### **4.2 L'analisi applicata del comportamento (ABA)**

L'analisi applicata del comportamento (ABA) è la scienza applicata che deriva dall'Analisi del Comportamento di Skinner (1938), e risale, più specificatamente, a tre indirizzi di studi quali l'analisi sperimentale del comportamento, la scienza del comportamento, e l'intercomportamentismo. Gli autori rappresentativi di questo fermento culturale furono Sidney Bijou, che promosse i primi passi nel campo applicativo e lo specifico interesse verso le disabilità, Frederick Skinner per la produzione degli studi e delle ricerche sull'apprendimento operante e Jacob Robert Kantor per la visione olistica nel movimento comportamentista (Ricci *et al*, 2014, p. 17). È una disciplina scientifica in cui i principi dell'analisi del comportamento sono applicati sistematicamente per migliorare comportamenti socialmente significativi. Attraverso la logica sperimentale i comportamenti sono misurati e valutati al fine di identificare le variabili responsabili dei cambiamenti comportamentali. L'oggetto dell'ABA è lo studio delle relazioni funzionali tra il

comportamento e gli eventi ambientali attuabile mediante la manipolazione sistematica di una variabile indipendente (evento ambientale) e l'osservazione e misurazione di una o più variabili dipendenti (il comportamento preso in oggetto) (Zamboli, 2021, pp. 141). Essa dev'essere: applicata; comportamentale: i comportamenti si misurano secondo i parametri di durata, latenza, frequenza e intensità; analitica perché richiede che si possa dimostrare che il comportamento misurato dipenda da qualche variazione della variabile indipendente; tecnologica: significa che le tecniche e le procedure di una particolare applicazione sono completamente identificate e descritte; efficace; concettuale: la descrizione di un protocollo non deve essere solo tecnologica, ma deve contenere anche i principi da cui derivano le procedure; generalizzabile (Keller, Zappella, 2016, pp. 302-304). E, di conseguenza, l'intervento applicativo dev'essere: individualizzato, quindi adattato alle esigenze e caratteristiche del bambino; bisogna conoscere bene il livello di sviluppo del bambino da accompagnare, le abilità che già possiede e quelle emergenti, cioè quei comportamenti che per essere emessi in maniera adeguata hanno bisogno di un po' di aiuto, ed è proprio su questi che sarà impostato il programma di intervento. Ancora, l'intervento ABA dev'essere: precoce: da proporre ad un'età in cui le funzioni mentali del bambino sono in fase di attiva maturazione e differenziazione; intensivo: tutte le esperienze quotidiane possano assumere una valenza terapeutica, con un'adeguata organizzazione dei tempi, degli spazi e delle attività del bambino durante una sua giornata abituale; integrato: rispetto alle componenti metodologiche dell'analisi comportamentale applicata in funzione delle caratteristiche e dei bisogni prioritari del bambino; inclusivo: l'inclusione sociale e scolastica è uno dei valori centrali degli interventi ABA; e sostenibile come equilibrio tra l'efficacia teorica e l'efficacia applicata di un intervento in uno specifico contesto familiare, scolastico, sanitario e comunitario di riferimento (Keller, Zappella, 2016, pp. 304-308).

Analisi comportamentale precoce e autismo sono un binomio storico, anche se l'analisi comportamentale applicata non nasce proprio con l'autismo ma più in generale come metodologia per il recupero delle disabilità intellettive ed evolutive in genere. Si deve a Lovaas e ai suoi collaboratori la delineazione di un modello di intervento rivolto a bambini autistici, elaborato secondo i principi dell'analisi applicata del comportamento, diffondendosi a livello internazionale. Sui principi dell'analisi comportamentale sono nati negli anni nuovi modelli declinati in modi diversi: il Denver Model, sviluppato da Sally Rogers (1981), poi chiamato Early Start Denver Model (ESDM); il MIPIA - Modello

Italiano di Intervento Precoce Intensivo nell'Autismo, sviluppato in Italia come modello più flessibile, evolutivo ed ecologico (Keller, Zappella, 2016, pp. 304-305).

Secondo l'interpretazione della teoria comportamentista, l'autismo è una sindrome neurologica che si oggettivizza in particolari modalità comportamentali le quali sono soggette a cambiamenti in seguito ad interazioni specifiche con l'ambiente. Il bambino con autismo non riesce ad apprendere facilmente dal proprio ambiente se non vengono predisposte adeguate modalità di facilitazione. L'obiettivo dell'intervento, condotto secondo i principi della psicologia behaviorista, è quella di portare il bambino alla capacità di apprendere autonomamente dall'interazione con il suo ambiente (Cottini, 2013, p. 17).

Chiamato anche "Young Autistic Project" da Lovaas e i suoi collaboratori (1987, 1990, 1993), esso si fonda su una serie di principi guida di tipo organizzativo e tecnico-metodologico, riassunti nei punti seguenti:

- il luogo privilegiato dove sviluppare l'intervento è il luogo familiare dove il bambino trascorre gran parte del suo tempo, quindi non è la clinica o lo studio dello psicoterapeuta, ma la casa, la scuola e gli altri ambienti quotidiani. Questo lo aiuta a ottimizzare gli apprendimenti e facilitare la loro generalizzazione, e comporta che il responsabile dell'intervento non sia il clinico o lo psicologo, ma l'insegnante e il genitore opportunamente formati (Cottini, 2013, p. 19).

- L'intervento deve essere iniziato precocemente e condotto in maniera intensiva. L'età ottimale per iniziare un intervento comportamentale precoce è prima dei 5 anni d'età; i risultati migliori sono stati ottenuti con bambini che hanno cominciato il trattamento a 2 o 3 anni. Per quanto riguarda l'intensità dei programmi è stato documentato, grazie agli studi di Lovaas e altri collaboratori, che i migliori risultati si ottengono con interventi quotidiani prolungati, in maniera da eseguire almeno 30 ore di lavoro settimanali. Oltre ciò è fondamentale assicurare il mantenimento nel tempo dell'azione educativa specifica (Cottini, 2013, p. 20).

- L'intervento dev'essere condotto facendo riferimento alle strategie derivate dall'approccio di analisi e modificazione del comportamento. In particolare, si prevede una valutazione precisa dei diversi repertori comportamentali dei bambini, delle capacità e carenze che presentano, in modo da realizzare un piano di intervento personalizzato e capire quali condotte andranno potenziate e quali ridotte (Cottini, 2013, pp. 20-21).

L'analisi applicata del comportamento prevede tre diverse modalità di analisi: una valutazione qualitativa delle abilità e delle difficoltà, una valutazione quantitativa dei problemi comportamentali e una valutazione funzionale, finalizzata a comprendere le motivazioni alla base dei comportamenti-problema (Cottini, 2013, pp. 21). La valutazione qualitativa delle abilità e delle difficoltà è l'indagine iniziale dei vari repertori e viene effettuata tramite strumenti quali check-lists o liste di rilevazione strutturate. Si tratta di elenchi di abilità e di specifici comportamenti sequenziati in ordine gerarchico, i quali permettono di sistematizzare l'osservazione e di constatare la presenza o l'assenza di un oggetto e di un fenomeno, senza che si formulino giudizi di valore. Consentono di uscire dall'intuitività e dalla soggettività e di acquisire dei precisi punti di riferimento osservabili e misurabili, su cui costruire programmi finalizzati all'incremento di attività nel bambino. L'osservazione dell'educatore può concentrarsi sia su comportamenti positivi e desiderabili che si spera di poter incrementare, sia su comportamenti inadeguati che, invece, ci si prefigge di estinguere o ridurre di incidenza (Cottini, 2013, pp. 22-24). La valutazione quantitativa dei problemi comportamentali, chiamata osservazione sistematica, monitora la frequenza, l'intensità e la durata dei comportamenti oggetto di osservazione. L'osservazione dei parametri di emissione di un determinato comportamento, o più, richiede l'utilizzo di apposite schede nelle quali annotare ogni qualvolta che il comportamento si manifesta in un lasso di tempo specifico, per la frequenza; strumenti di misurazione degli aspetti temporali, come il cronometro, per la durata; e strumenti di rilevazione specifici o schede ad hoc, per quanto riguarda l'intensità, che è un criterio che si presta difficilmente ad una valutazione obiettiva e necessita di maggiore attenzione (Cottini, 2013, pp. 24-27). L'analisi funzionale viene a completare l'assessment comportamentale, in quanto mira ad evidenziare i rapporti fra il comportamento oggetto di osservazione e l'ambiente. La teoria del condizionamento operante mette in risalto che ogni nostra azione è funzione della situazione precedente all'emissione (situazione-stimolo) e viene solitamente consolidata dalle conseguenze che produce (Cottini, 2013, pp. 27). Se determinate risposte del soggetto, come di ogni altro individuo, sono precedute costantemente dagli stessi antecedenti o seguite dagli stessi conseguenti, è da ipotizzare che siano da rintracciare i fattori che mantengono operativi i comportamenti. Lo studio di Meazzini e Fagetti (1985), a proposito, considera le seguenti operazioni per effettuare l'analisi funzionale del comportamento:



- la ricognizione del problema, o analisi della situazione-stimolo antecedente, che includa la descrizione della situazione nella quale i comportamenti oggetto di osservazione si manifestano e i comportamenti delle persone attorno che precedono il comportamento problema;
- la descrizione degli episodi comportamentali effettuata in modo obiettivo e verificabile;
- la descrizione delle conseguenze prodotte del comportamento, con l'annotazione delle osservazioni, dei comportamenti, delle azioni effettuate dall'educatore o dai compagni alla comparsa del comportamento problema (Cottini, 2013, p. 28).

### **4.3 Tecniche e strategie operative per l'acquisizione e il consolidamento di competenze e abilità**

Il programma di intervento comportamentale precoce prevede l'applicazione di strategie educative specifiche per sostenere persone con ritardo evolutivo e utilizzate con bambini con disturbi dello spettro autistico volte ad aumentare comportamenti e abilità adattivi (comportamenti-meta o goal behavior), facilitare l'apprendimento di nuove abilità e conoscenze, mantenere comportamenti adattivi, generalizzare comportamenti e abilità da un setting e da una situazione all'altra, ridurre le condizioni in cui si verificano comportamenti-problema (comportamenti bersaglio o target behavior), ridurre l'intensità e la frequenza dei comportamenti-problema (Keller, Zappella, 2016, p. 302) (Cottini, 2013, p. 24-25).

Detto ciò, le strategie per l'acquisizione e il consolidamento di varie competenze ed abilità funzionali, come le capacità imitative e di discriminazione, le abilità di autonomia, di comunicazione e di relazione, sono:

- la tecnica di aiuto e riduzione dell'aiuto (prompting e fading): per facilitare l'emissione di una determinata risposta si può ricorrere all'introduzione di stimoli aggiuntivi, i quali, per le loro caratteristiche, rendono più facile il verificarsi della performance desiderata. La tecnica dell'aiuto consiste nel fornire all'individuo uno o più stimoli discriminati sotto forma di aiuto, cioè i prompt. Essi sono sintetici, evidenti, cioè introducono un elemento nuovo nella situazione e, vengono proposti al momento esatto in cui dovrebbe verificarsi la prestazione. Esistono vari tipi di prompt: i suggerimenti verbali, i quali rappresentano degli aiuti molto naturali e utilizzati allo scopo di facilitare la comprensione del compito; le indicazioni gestuali, che consistono in particolari gesti utilizzati per stimolare l'emissione di

comportamenti ricercati o la riduzione di altri ritenuti inadeguati; la guida fisica o l'aiuto fisico tramite il quale l'educatore guida il soggetto durante i compiti programmati ad hoc e modula l'aiuto in base alle capacità e potenzialità del soggetto. I prompt fisici trovano larga applicazione nei training di apprendimento di abilità di autonomia. L'utilizzo massivo di stimoli aggiuntivi, se da un lato facilita sensibilmente l'effettuazione dei compiti e quindi accelera il processo di apprendimento, dall'altro può far sorgere alcune difficoltà: il pericolo più concreto è rappresentato dalla dipendenza dall'aiuto, cioè dalla subordinazione dell'azione alla presenza di prompt. Sulla base di questo essi sono indispensabili nella prima fase dell'apprendimento, ma vanno necessariamente ridotti o eliminati allo scopo di consolidare il comportamento che dipenda solamente dagli stimoli naturali, parte dell'ambiente e non risultano artificialmente introdotti dall'educatore (Cottini, 2013, pp. 29-31). Per ottenere un simile controllo naturale è necessario attenuare progressivamente gli aiuti forniti attraverso una strategia: il fading. Tale tecnica determina delle modificazioni che non interessano il comportamento in sé, ma le condizioni in cui questo deve avvenire. Il fading presenta delle caratteristiche differenti in relazione alla tipologia di prompt a cui si riferisce: la riduzione dell'aiuto verbale può consentire nel diminuire il numero di parole che compongono l'ordine e nell'abbassare il tono della voce con cui è pronunciato. L'aiuto gestuale si attenua diminuendo l'ampiezza del gesto o sostituendolo con un altro meno appariscente. Le tecniche di prompting e fading rappresentano due momenti in un'unica metodologia didattica e quindi vanno sempre programmate e usate insieme. Il loro utilizzo richiede una buona dose di competenza, che consenta di individuare gli aiuti più efficaci e di comprendere quando un certo aiuto ha esaurito la propria funzione stabilizzando adeguatamente un comportamento e bisogna cominciare ad attenuarlo (Cottini, 2013, pp. 30-31) (Ricci *et al.*, 2014, pp. 67-72).

- Le strategie di apprendimento imitativo (modellamento - modeling): consiste nella promozione di esperienze di apprendimento attraverso l'osservazione del comportamento di un soggetto che funge da modello. A livello generale dipende da tre condizioni determinanti: le caratteristiche del modello, quindi allo status sociale, al prestigio, ai legami affettivi che possono intercorrere con l'osservatore; le caratteristiche dell'osservatore, riferite soprattutto alle variabili di personalità,

presenza di problematiche cognitive, ecc.; le conseguenze prodotte dal comportamento del modello e da quello dell'osservatore nel momento in cui imita il modello. Quando tali conseguenze sono positive (rinforzi), l'osservatore continuerà a manifestare il comportamento acquisito tramite modellamento, in caso contrario tenderà ad inibire tale comportamento (Cottini, 2013, pp. 31-32).

- Il modellaggio (shaping): è una tecnica tramite la quale è possibile ampliare i repertori di capacità dei soggetti, facilitando la costruzione di nuove abilità. Si basa essenzialmente sul rinforzo di comportamenti dell'allievo che progressivamente si avvicinano a quello ricercato (comportamento-meta) e solitamente viene utilizzato in associazione ad altre tecniche, principalmente prompting e fading. Attraverso tale tecnica possono essere insegnati diversi tipi di abilità (motorie, cognitive, linguistiche, ecc.), anche a persone con problematiche consistenti. Un programma di modellaggio ha tre caratteristiche e fasi principali, ovvero l'individuazione delle abilità da insegnare (definizione del comportamento-meta) e la selezione del comportamento iniziale che abbia un'attinenza con il comportamento meta da sviluppare; la delineazione di una serie di approssimazioni successive che, partendo dal comportamento iniziale, si avvicinino sempre più a quello meta; la predisposizione di opportuni programmi di rinforzamento per far sì che il soggetto possa progressivamente padroneggiare i vari comportamenti, fino a raggiungere quello desiderabile (Moretto, 2020, pp. 120-121) (Cottini, 2013, pp. 32-33).
- Il concatenamento (chaining): è una particolare strategia utilizzata per l'insegnamento di abilità complesse costituite da sequenze di comportamenti ben delineabili. È il caso delle abilità di autosufficienza (vestirsi, svestirsi, ecc.) e di molte abilità professionali che richiedono un regolare susseguirsi di fasi. La predisposizione di un programma di chaining richiede un procedimento articolato in tre fasi: la suddivisione di un'abilità in componenti (task-analysis), costruzione della catena comportamentale, strutturazione di un programma di concatenamento delle componenti attraverso il rinforzo gradino per gradino. In concreto si delineano le parti componenti di un'abilità complessa e si insegna al bambino ad eseguirle in successione, fino al completamento del compito (Cottini, 2013, pp. 33-34). Il concatenamento delle componenti dell'abilità avviene attraverso un programma di rinforzamento passo dopo passo: appena il comportamento della prima componente

viene compiutamente e stabilmente appreso si passa a rinforzare la componente successiva soltanto se il comportamento previsto viene emesso in sequenza a quello precedente; qui la prima componente non viene più rinforzata. Di conseguenza, apprese e concatenate le prime due componenti, si passa alla terza, che sarà oggetto di rinforzamento soltanto se il comportamento descritto a tale livello viene emesso in sequenza ai due precedenti e così di seguito (Cottini, 2013, pp. 34).

- Le tecniche di rinforzamento: sono elementi principali dell'approccio comportamentale. Il rinforzo è quel processo in cui, per incrementare la probabilità che un comportamento si verifichi con una maggiore frequenza, intensità e durata, è necessario che la sua emissione sia seguita da una contingenza di rinforzamento, ovvero che, come conseguenza, sia somministrato un rinforzatore, cioè "uno stimolo o evento in grado di mantenere o incrementare la frequenza di emissione di un comportamento" (Ricci *et al.*, 2014, p. 45). Per essere efficaci i rinforzatori devono essere individualizzati, perché ciascun bambino risponde ai rinforzatori dati in modo del tutto personale, quindi selezionati in base alle personali necessità, preferenze e avversioni (Ricci *et al.*, 2014, p. 46).

Esistono vari tipi di rinforzatori: materiali, sociali, sensoriali, simbolici, dinamici. Tra di essi si suddividono in primari e secondari: i primi sono quelli che soddisfano i bisogni primari, come la sete e la fame (rinforzatori commestibili), e sono i più criticati, ma anche i più efficaci. Sono solitamente utilizzati nelle fasi iniziali, quando le abilità del bambino sono limitate oppure i compiti risultano più complessi. Un limite di questo tipo di rinforzo sta nella difficoltà di associare al rinforzatore commestibile anche un rinforzatore secondario. Questi sono chiamati così perché non rispondono ad un'esigenza fisiologica, ma sono frutto di un apprendimento. Di questi i rinforzatori sociali, quali elogi, complimenti, sorrisi, abbracci, carezze, ecc., sono i più utilizzati e apprezzati in letteratura perché sono i più "naturali" in quanto tutte le persone traggono piacere dal ricevere elogi e gesti di affetto ed è il rinforzo più comune per eccellenza nell'ambiente, tra le relazioni umane, perciò favorisce il mantenimento di un comportamento acquisito. È utile associare sempre agli altri tipi di rinforzatori quello sociale, per aumentare la loro efficacia reciproca (Ricci *et al.*, 2014, pp. 47-50) (Cottini, 2013, p. 34). Ancora i rinforzatori possono essere distinti in positivi e negativi: quelli positivi aggiungono qualcosa di gradito alla soluzione, mentre quelli negativi hanno la capacità di eliminare una situazione avversiva per la persona. Entrambi aumentano

la probabilità che la risposta si verifichi nuovamente in presenza dello stesso antecedente, perché costituiscono per la persona una conseguenza positiva (Ricci *et al.*, 2014, pp. 45-46). Nel gestire le tecniche del rinforzamento è bene tenere a mente che: dopo che il bambino emette la risposta desiderata il professionista deve erogare immediatamente il rinforzatore, perché se si verifica una dilatazione tra la risposta e la conseguenza possono essere emessi altri comportamenti oltre a quello target e si andrà a rinforzare il comportamento temporalmente più vicino alla sua presentazione; i rinforzatori devono essere sempre consegnati dal professionista, non che il bambino sia libero di prenderli, ma l'educatore deve sempre partecipare a questa interazione con il bambino, sia per associarsi lui stesso al rinforzatore, sia per insegnargli a condividere giochi e attività; non lasciare libero accesso ai rinforzatori al di fuori della sessione di lavoro, perché perderebbe motivazione nei loro confronti a causa della saziazione; in concomitanza all'erogazione del rinforzatore tangibile o materiale, sensoriale, simbolico, dinamico il professionista deve sempre sottolineare la correttezza della risposta con un complimento, un elogio, una dimostrazione di affetto, per rendere il feedback un vero e proprio rinforzatore sociale che avrà lo stesso effetto in futuro del rinforzatore tangibile o altro utilizzato (Ricci *et al.*, 2014, pp. 52-57).

Per gestire i meccanismi delle tecniche di rinforzamento, ancora, esistono programmi di rinforzamento, i quali possono essere di tipo continuo, in cui viene elargito lo stimolo rinforzante ad ogni emissione del comportamento, o di rinforzamento intermittente, quando si prevede l'elargizione del rinforzo soltanto in determinate occasioni. Questi programmi sono frutto di ricerca degli storici studiosi Fester e Skinner (1957) nei quali mettono in risalto importantissimi principi per il mantenimento del comportamento o per la sua acquisizione (Cottini, 2013, pp. 34-35). Dai loro studi emerge che il programma di rinforzamento di tipo intermittente risulti maggiormente vantaggioso, rispetto al continuo, in quanto, pur producendo un apprendimento più lento, è più resistente all'estinzione. Il programma intermittente si articola in quattro tipologie: il programma a rapporto fisso, a rapporto variabile, ad intervallo fisso e ad intervallo variabile (Cottini, 2013, pp. 35-36).

Nel primo il rinforzo viene presentato dopo un particolare numero di risposte. Il comportamento rinforzato con questo programma risulta essere molto uniforme, ma non eccessivamente resistente all'estinzione.

Il programma a rapporto variabile prevede che il numero dei comportamenti tra ogni risposta rinforzata non sia fisso, ma che vari secondo determinate modalità e dia come risultato un comportamento fortemente resistente all'estinzione.

Nel programma ad intervallo fisso il rinforzatore viene elargito quando è trascorso un certo periodo di tempo dalla somministrazione del rinforzo precedente. Il comportamento che si ottiene con questo programma è altamente intermittente, con pause prolungate dopo l'erogazione di ogni rinforzo e accelerazione di risposta quando si avvicina il momento di ricevere il rinforzo successivo. Nel programma ad intervallo variabile il rinforzo si presenta in seguito a risposte che hanno luogo in particolari intervalli di tempo fra loro diversi. Se gli intervalli fra le risposte rinforzate sono molto lunghi il comportamento può estinguersi (Cottini, 2013, pp. 35-36).

Quindi riassumendo e concludendo: all'inizio dell'intervento è utile rinforzare ogni successo nelle prestazioni ricercate; anzi in molti casi l'utilizzo di schemi di rinforzo continui è indispensabile per ottenere risposte comportamentali adeguate. È però impensabile, innaturale e antieconomico continuare ad utilizzare tale schema di rinforzo nel lungo periodo, rischiando altresì che il bambino diventi dipendente dal rinforzo non eseguendo il comportamento-meta in mancanza del rinforzo. Ecco per prevenire tale problema bisogna passare a schemi di rinforzo intermittente, i quali risultano più naturali in corrispondenza delle dinamiche dell'ambiente sociale (Cottini, 2013, pp. 36-37).

#### **4.4 Strategie educative per consentire la generalizzazione e il mantenimento delle abilità apprese**

Se queste tecniche, metodologie e strategie sono utili per favorire l'apprendimento di abilità e competenze per bambini con disturbi dello spettro autistico, è importante allo stesso modo che l'educatore disponga della conoscenza di strategie per mantenere nel tempo le abilità acquisite e ancora di più saperle generalizzare in contesti differenti da quelli in cui è avvenuto l'apprendimento. L'attenzione riservata a questi aspetti è stata tradizionalmente assai limitata da molti teorici dell'apprendimento; ciò in relazione al fatto che la generalizzazione non veniva considerata come un obiettivo da raggiungere con un'accurata intenzionale programmazione ma come una sorta di risultato naturale dell'intervento educativo, che si è dimostrato poco fondato (Cottini, 2013, pp. 37-38). La generalizzazione è un processo fondamentale che rende funzionale l'acquisizione, ma non è automatico:

l'esecuzione di un comportamento è spesso legata a specifici stimoli discriminativi, in assenza dei quali il comportamento non viene eseguito. All'interno del programma di intervento sarà importante prevedere un training per sviluppare ed esercitare la capacità di generalizzare i comportamenti acquisiti. Le tecniche da tener presente per favorire questi aspetti sono: richiedere ogni abilità acquisita, perciò renderla funzionale, in tutti i contesti di vita frequentati dal bambino (casa, scuola, centro riabilitativo, palestra, supermercato...); far sì che più persone formulino richieste sulle abilità acquisite, in modo che il bambino impari a rispondere a più persone e questo presuppone un accurato passaggio di informazioni rispetto ai comportamenti appresi; utilizzare istruzioni verbali che si possono utilizzare in vari contesti, come "Mettili uguale", "Trova uguale", che derivano da un programma di appaiamento di materiali, o semplificare la richiesta palesando sempre l'oggetto di riferimento; proporre l'attività da apprendere e generalizzare utilizzando materiali di una stessa categoria, ma con caratteristiche diverse (Ricci *et al.*, 2014, pp. 134-136). Ancora, Stokes e Baer (1977) studiarono i programmi specifici per favorire la generalizzazione, le più significative furono: estendere l'intervento ad altre condizioni, ovvero strutturare un training più ampio che investa situazioni dove la generalizzazione non si verifica partendo dalle situazioni più simili a quella conosciuta dal soggetto, passando a quelle sempre più distanti; insegnare utilizzando stimoli e/o rinforzi simili a quelli che si ritrovano naturalmente nell'ambiente (rinforzatori secondari sociali); usare contingenze di rinforzamento di tipo intermittente, resistenti all'estinzione del comportamento (Cottini, 2013, p. 38). Strettamente connesso alla generalizzazione c'è il mantenimento che permette di favorire l'utilizzo dei comportamenti appresi anche dopo il termine del programma di intervento. Per questo tutti gli accorgimenti suggeriti per facilitare la generalizzazione sono validi per favorire anche il mantenimento, ma l'utilizzo di un programma di rinforzo intermittente è la procedura elettiva poiché il comportamento sottoposto a schemi intermittenti di rinforzamento risulterà più resistente all'estinzione e più efficace alla stabilità del comportamento appreso (Ricci *et al.*, 2014, p. 139).

#### **4.5 Metodologie e strategie per decrescere comportamenti problematici**

Oltre alle strategie per promuovere apprendimenti significativi, il programma di intervento comportamentale si fonda anche su tecniche per controllare e decrescere comportamenti problematici e pericolosi. Il riferimento principale va ai comportamenti auto-aggressivi ed

etero-aggressivi e alle stereotipie. Un comportamento disfunzionale, problematico o inadeguato è un comportamento che crea difficoltà o danno alla persona stessa, agli altri o all'ambiente, che ostacola l'apprendimento di nuove abilità, l'interazione sociale e il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo o che, essendo altamente stigmatizzante, non facilita l'inserimento del bambino in contesti sociali (Ricci *et al.*, 2014, p. 97). In alcuni casi la persistenza e l'intensità di questi comportamenti sono tali da porre gravi difficoltà nell'interazione affettiva, sociale e didattica, inducendo familiari e professionisti a impiegare gran parte del tempo e delle risorse a controllarli e limitarne i danni. In molte famiglie rappresentano la principale fonte di stress e di esaurimento delle risorse psicologiche e il motivo più pressante di richiesta di aiuto e negli ambienti scolastici e nelle strutture educativo-riabilitative, dove i bambini vengono seguiti, i comportamenti problema più gravi limitano l'integrazione sociale e l'apprendimento di nuove abilità, interferendo anche con le abilità di gruppo (Ianes, 1992) (Ricci *et al.*, 2014, p. 97). Pertanto, risulta di particolare importanza conoscere e saper utilizzare procedure valide di analisi e intervento che permettano di eliminare i comportamenti problema, promuovendo un cambiamento generale dello stile di vita, un miglioramento delle relazioni affettive e sociali, un aumento delle opportunità di partecipazione alle attività di gruppo e uno stato di maggiore benessere psico-fisico del bambino (Ricci *et al.*, 2014, p. 98). "I comportamenti inadeguati nascono da un bisogno comunicativo in assenza di forme di comunicazione adeguate o quando queste non hanno mai avuto o non hanno più ottenuto conseguenza rinforzanti. In presenza di un comportamento inadeguato, quindi, bisogna sempre chiedersi quale sia la sua funzione comunicativa. Secondo l'ipotesi comunicativa del comportamento problema, infatti, questo funziona come una forma primitiva di comunicazione per i bambini che non possiedono ancora, o che non usano, forme più sofisticate di comunicazione tali da permettere il raggiungimento degli effetti desiderati" (Ricci *et al.*, 2014, pp. 101-102). Ricordare che i comportamenti inadeguati sono frutto di una mancanza di abilità comunicative funzionali è importante per evitare che la presenza di comportamenti inadeguati diventi una caratteristica della persona e, in secondo luogo, responsabilizza maggiormente genitori, terapisti ed educatori, che hanno il compito di capire la funzione comunicativa del comportamento emesso, dare le giuste risposte-conseguenze e insegnare una forma comunicativa sostitutiva adeguata. Qualunque intervento deve avere l'obiettivo di gestire o estinguere i comportamenti inadeguati e di fornire alla persona forme di comunicazione alternative,



adeguate alle abilità e che le permettono di comunicare comunque i propri bisogni (Ricci *et al.*, 2014, pp. 102-103).

Nella gran parte dei casi i comportamenti inadeguati possono avere le seguenti funzioni:

- ottenere un oggetto o un'attività gradita;
- ottenere attenzione;
- ottenere un benessere fisiologico: alcuni comportamenti vengono messi in atto al solo fine di ottenere piacere, quindi un rinforzo intrinseco all'attività stessa, senza alcun versante sociale. Tutte le persone hanno nel repertorio comportamentale almeno un comportamento mantenuto da rinforzamento automatico. I bambini con autismo eseguono comportamenti che hanno la stessa funzione ma che risultano più "bizzarri" e che si presentano in genere con una frequenza, durata e intensità maggiori: dondolarsi, sfarfallare le mani, guardare gli oggetti da diverse prospettive, girare su se stessi, comminare sulla punta dei piedi, ecc. Si tratta di comportamenti autostimolatori e ciò che li rende inadeguati è il valore ostacolante nello svolgimento di altre attività e quindi nell'apprendimento (Ricci *et al.*, 2014, pp. 103-104).
- Evitamento e fuga di condizioni ritenute spiacevoli, difficili o avversive, come compiti cognitivi, un posto affollato, un contatto fisico irruente, ecc. Questi comportamenti sono appresi come rinforzanti perché cessano o rinviando una situazione avversativa. Nel caso dell'evitamento il bambino rimane fisicamente presente ma mette in atto una serie di comportamenti che lo sottraggono dal focalizzarsi sullo stimolo e che impediscono la risposta (chiudere gli occhi, distogliere lo sguardo, tappare le orecchie, ecc.). Nel caso della fuga, invece, il bambino si allontana fisicamente dallo stimolo spiacevole (Ricci *et al.*, 2014, p. 104).
- Evitare stimolazioni interne negative (situazioni aversive interne come il dolore fisico o condizioni di disagio): i comportamenti che permettono l'evitamento di queste condizioni avversative sono rinforzanti per il bambino, ma possono essere adeguati o pericolosi e dannosi, come forme di autolesionismo (Ricci, *et al.*, 2014, pp. 104-105).

L'analisi funzionale è il metodo che permette di analizzare la relazione tra due variabili e la funzione comunicativa del comportamento, cioè ciò a cui mirava la persona eseguendo quella specifica condotta comportamentale. Per indagare la funzione di un comportamento risulta indispensabile analizzare le relazioni di contingenza tra l'ambiente e il

comportamento da osservare; queste relazioni dicono qual è lo scopo per il quale il comportamento si ripresenta con regolarità (Ricci *et al.*, 2014, p. 105). Il comportamento è influenzato da una serie di eventi antecedenti e conseguenti. Mentre gli antecedenti provocano il comportamento e sono rappresentati da eventi interni ed esterni, le conseguenze determinano se il comportamento aumenterà di frequenza o si estinguerà, a seconda del loro valore rinforzante, neutro o avversivo. La proprietà di una conseguenza viene così determinata dall'effetto che ha sul comportamento successivo. L'analisi funzionale non fa altro che descrivere e analizzare le relazioni di contingenza appena descritte attraverso la sequenza A-B-C: A (antecedent – evento antecedente), B (behavior - comportamento), C (consequence – evento conseguente). Solitamente l'osservazione viene riportata in una scheda organizzata su tre colonne dove in quella centrale si descrive il comportamento della persona che si osserva, nella colonna di sinistra gli antecedenti e in quella di destra le conseguenze (Ricci *et al.*, 2014, pp. 105-106).

Una volta individuate le funzioni dei comportamenti problematici e le condizioni che determinano il ripresentarsi nel tempo dello stesso comportamento sarà possibile intervenire in due modi: a seconda che si decida di agire sugli antecedenti o sulle conseguenze l'intervento sarà di gestione o di educazione. Intervenire sugli antecedenti significa modificare i fattori ambientali al fine di ridurre la probabilità che un comportamento inadeguato si verifichi e costituisce una semplice gestione che non estingue i comportamenti stessi. Quando non sarà possibile modificare le condizioni ambientali il comportamento si ripresenterà. Si parla di educazione, invece, quando si lavora sugli eventi conseguenti; quindi eliminare i rinforzi che mantengono in vita i comportamenti inadeguati (estinzione dei comportamenti problema) e insegnare comportamenti alternativi adeguati (Ricci *et al.*, 2014, pp. 115-116).

“L'estinzione è il processo per il quale una conseguenza rinforzante che fino ad allora aveva seguito il comportamento non viene più fornita, causando appunto l'estinzione della risposta” (Ricci *et al.*, 2014, p. 116). Dopo aver individuato, attraverso l'analisi funzionale, i rinforzatori che permettono il mantenimento del comportamento target, l'uso dell'estinzione consiste nel sottrarli. Quando un comportamento problematico viene sottoposto ad estinzione si assiste inizialmente alla cosiddetta escalation, ovvero al suo incremento in termini di frequenza, intensità e durata. È molto probabile che in questa fase emergano comportamenti inadeguati prima non presenti nel repertorio comportamentale del

bambino, in particolare di tipo aggressivo. Quindi questa fase è molto delicata perché se i comportamenti problematici vengono rinforzati, non solo non si estinguono, ma si ripresentano in termini di gravità e intensità maggiori (Ricci et al., 2014, p. 116). Insieme all'estinzione dei rinforzatori che mantengono il comportamento inadeguato è importante selezionare una risposta adeguata da rinforzare che andrà a sostituire il comportamento problematico. La risposta prescelta sarà funzionalmente equivalente al comportamento inadeguato, ovvero dovrà avere lo stesso scopo ed essere mantenuta dallo stesso rinforzatore (Ricci et al., 2014, p. 117). Per fare questo è necessario porre attenzione alla valutazione della risposta che vogliamo vada a sostituire il comportamento inadeguato. Se l'obiettivo è che il bambino la utilizzi questa dovrà richiedere un impegno pari o inferiore a quello richiesto per l'esecuzione del comportamento inadeguato, perché uno sforzo eccessivo lo porterebbe probabilmente ad optare per il comportamento inadeguato (Ricci et al., 2014, p. 117).

Altra strategia non aversiva per ridurre o eliminare i comportamenti inadeguati in modo positivo è il rinforzamento differenziale. Questo tipo di intervento presuppone che venga fornito il rinforzatore in assenza del comportamento o in presenza di livelli bassi, o in presenza di un comportamento alternativo e adeguato, e che non venga fornito il rinforzatore in contingenza del comportamento problematico (Ricci *et al.*, 2014, p. 167).

Se queste strategie non aversive non ottengono un risultato sufficiente, legato ad un comportamento grave, si ricorre a punizioni, cioè strategie aversive come il time-out, il costo della risposta e la restrizione fisica. Per punizione si intende “il processo per cui, al contrario del rinforzamento, la presentazione di una situazione aversiva (punizione positiva) o la rimozione di un rinforzatore positivo (punizione negativa) in seguito ad un comportamento inadeguato ne diminuisce o sopprime la frequenza di emissione futura” (Ricci *et al.*, 2014, p. 121). Approfondendo, il time out è una forma di punizione negativa in quanto prevede la rimozione di qualsiasi stimolo rinforzante contingentemente al comportamento inadeguato. Più l'ambiente in cui il bambino si trova, l'attività che sta svolgendo, il materiale che sta manipolando sono rinforzanti e più è probabile che il time out sia efficace come punizione. Esistono due forme di time-out: il time-out senza esclusione, che comporta che il bambino non sia allontanato dal setting in cui si trova, ma che cambi posizione e venga ignorato, o gli venga sottratto un rinforzo positivo, oppure venga posto in “osservazione contingente”, quindi, che sia spostato dalla zona di rinforzo, rimanendo nel setting e avendo la possibilità

di osservare l'attività in corso per poi ritornare nella sua posizione al termine del time-out; time-out con esclusione: il bambino viene rimosso dall'ambiente setting per uno specifico periodo in contigenza al verificarsi del comportamento inadeguato. Nonostante quest'ultima sia una strategia più difficile da implementare, per la necessità di dedicare uno spazio apposito ed esponga maggiormente a forme di attenzione involontaria mentre il bambino viene allontanato, aumenta il valore aversivo alla procedura e rende maggiormente chiaro al bambino quando il time-out inizia e finisce (Ricci *et al.*, 2014, pp. 121-123).

Il costo della risposta, come seconda strategia aversiva possibile, consiste nel far seguire al comportamento-problema la perdita di una specifica quantità di rinforzatore. Il principio alla base è che ad ogni comportamento inadeguato venga assegnato un "costo", che non rappresenti un premio per il bambino, e fare in modo che le valorizzazioni siano sempre più numerose delle punizioni (Ricci *et al.*, 2014, p. 123). Spesso il costo della risposta viene associato alla strategia della token economy (economia simbolica) che consiste in un particolare sistema di rinforzamento per la gestione dei problemi comportamentali e l'apprendimento e miglioramento di abilità sociali in contesti gruppalari (Cottini, 2013, p. 44-46). Si basa sul corretto utilizzo di rinforzatori simbolici o token (gettoni, fiches, ecc.) i quali, inizialmente "neutri", acquisiscono potere rinforzante nel momento in cui il bambino comprende che essi sono abbinati a qualcosa per lui motivante. In questo modo ogni token acquisisce per il bambino un potere di scambio: un suo comportamento positivo viene riconosciuto da uno o più gettoni che danno gratificazione. La token economy può essere costruita tramite un foglio con una tabella con caselle da barrare con "x", degli smile o altri simboli, oppure attraverso caselle plastificate su cui poter attaccare gettoni mediante il velcro (Cottini, 2013, pp. 44-46) (Moretto, 2020, pp. 119-120).

La restrizione fisica o blocco fisico è l'inibizione motoria della persona dopo la messa in atto di un comportamento inadeguato, al fine di bloccare comportamenti gravemente lesivi per la sua salute e per quella degli altri. È una procedura utilizzata in casi estremi, quando comportamenti gravemente pericolosi risultano resistenti alle altre procedure (Ricci *et al.*, 2014, p. 126). Il professionista deve saper gestire le proprie emozioni, dosare la forza in modo che il contatto fisico non sia né rinforzante né troppo punitivo, cercare di mantenere la calma, utilizzare poche parole e contenere il soggetto assumendo la posizione più funzionale e sicura (è consigliabile posizionarsi alle sue spalle, bloccando con una mano le

sue mani e tenendogli la testa con l'altra per evitare morsi e testate) (Ricci *et al.*, 2014, p. 126).

La punizione per risultare efficace deve presentare certe caratteristiche centrali:

- dev'essere continua: anche se nella pratica quotidiana non è facile da eseguire perché spesso i comportamenti inadeguati sfuggono all'attenzione dell'adulto o esso decide di punire in determinate situazioni anche in base al proprio stato emotivo. L'assenza di continuità però rinforza maggiormente il comportamento problematico: la non punizione consolida il comportamento inadeguato tramite un rinforzamento intermittente.
- Dev'essere immediata: così come il rinforzo anche la punizione deve avvenire in modo contingente rispetto al comportamento al quale si riferisce in modo che per chi la riceve sia chiaro il legame causale tra l'evento e la conseguenza (Ricci *et al.*, 2014, pp. 126-127).
- Dev'essere forte: cioè incisiva, perché il bambino la comprenda. La forza dovrebbe essere dosata in base alla sensibilità del bambino che si segue: un'occhiataccia, un rimprovero con tono fermo, una postura del corpo minacciosa possono provocare diverse forme di disagio a seconda della persona. Per essere efficace deve costituire una conseguenza aversiva (Ricci *et al.*, 2014, p. 127).

Nonostante le punizioni siano efficaci e i loro effetti duraturi, il loro utilizzo dovrebbe essere limitato ai casi di effettiva necessità e dovrebbe essere concordato all'interno del gruppo di lavoro, così che tutte le persone che si relazionino possano soddisfare una relazione terapeutica fiduciosa e serena. Infatti, le strategie aversive sono correlate da costi e svantaggi che frenano l'uso esagerato e sproporzionato: il ricorso eccessivo alla punizione rischia di danneggiare la relazione con l'adulto, incrinando il rapporto di fiducia, rispetto, stima e piacere dello stare insieme. Il bambino potrebbe non sentirsi apprezzato e vivere il rapporto con l'adulto solo in base all'aspetto negativo e avversativo (Ricci *et al.*, 2014, p. 127). Questo clima spesso riproduce ansia e condotte di evitamento rispetto ad una relazione, compito, attività, situazione non vissute come gratificanti. Anche persone e stimoli associati alla punizione possono diventare stimoli punitivi condizionati, capaci di evocare essi stessi risposte di ansia, fuga, evitamento (Ricci *et al.*, 2014, p. 127). Alcune forme di punizione non insegnano alcun comportamento nuovo o alternativo a quello punito e si limitano a sopprimere un comportamento già esistente. "Uno dei rischi più pericolosi, però, è l'istigazione o l'insegnamento di comportamenti di tipo aggressivo o di altri comportamenti problema: nel caso di bambini che hanno sviluppato una buona abilità di imitazione l'adulto

che utilizza una tecnica aversiva diviene un modello negativo del quale copiare il comportamento punitivo” (Ricci *et al.*, 2014, p. 128).

#### **4.6 Componenti metodologiche interne all’ABA**

L’analisi comportamentale applicata è formata da componenti metodologiche interne che sono integrate fra loro e condividono i principi base della scienza, ovvero la programmazione e produzione di interventi individualizzati, precoci, intensivi, integrati, inclusivi e sostenibili. Queste metodologie ABA sono:

- Discrete Trial Teaching (DTT), in italiano: “Insegnamento per prove discrete”. È una metodologia di insegnamento, spesso considerata sinonimo della scienza dell’analisi comportamentale applicata, che viene utilizzata per massimizzare l’apprendimento in diverse aree di abilità: cognitive, di comunicazione, di gioco, di abilità sociali e di autonomia (Keller, Zappella, 2016, pp. 309-312).

- Natural Language Paradigm (NLP) o Natural Environmental Teaching (NET) sviluppato da Koegel e Surratt nel 1992, assume che la componente più importante dell’insegnamento naturalistico sia la motivazione di chi apprende. È la persona a scegliere il rinforzatore e l’attività in cui verrà effettuato il training sul linguaggio. Si lavora sul mantenimento e la generalizzazione degli apprendimenti in quanto gli interventi sono svolti durante le attività quotidiane e il rinforzo è insito nell’ambiente naturale (Keller, Zappella, 2016, pp. 323-324).

- Verbal Behavior Teaching (VBT) è un modello introdotto da Skinner nel 1957 e si tratta di un’analisi funzionale del linguaggio definito come “comportamento operante rinforzato attraverso la mediazione di un’altra persona o persone, indipendentemente dal modo o forma” (Skinner, 1957). Egli ricorrendo alla contingenza a tre termini (antecedente, risposta, conseguenza, A-B-C) identifica tale caratteristica nella topografia con la quale le conseguenze si presentano all’interno di un operante verbale: ovvero le diverse funzioni che il linguaggio può acquisire ((Keller, Zappella, 2016, p. 312). Gli operanti verbali identificati da Skinner sono: ecoico, “mand”, “tact”, intraverbale e autoclitico (Keller, Zappella, 2016, p. 312).

- Incidental Teaching (IT): esso come il NLP incoraggia l’insegnamento in contesti naturali, il setting deve presentare stimoli che interessino chi apprende, l’operatore aspetta che il bambino interagisca con gli oggetti dell’ambiente, modella un linguaggio più elaborato e prepara gli oggetti per i quali il bambino inizia un’interazione verbale. Il rinforzatore è scelto

dal bambino ed è l'oggetto su cui viene costruito l'insegnamento. In questo modo le interazioni vocali avvengono naturalmente e il bambino mantiene una certa motivazione, quindi concentrazione che favorisce l'apprendimento (Keller, Zappella, 2016, pp. 323-324).

- Picture Exchange Communication System – PECS e il linguaggio dei segni, forme di comunicazione alternativa aumentativa (CAA). La comunicazione aumentativa alternativa è un sistema di comunicazione che consente a chi non ha ancora sviluppato il linguaggio vocale di poter accedere ad un canale di comunicazione favorendo l'interazione e l'integrazione sociale. Le forme di comunicazione aumentativa alternativa più utilizzate sono il PECS e il linguaggio dei segni. Il PECS è un sistema di comunicazione che insegna a bambini con limitate abilità linguistiche a comunicare in maniera funzionale attraverso lo scambio di immagini. Si basa su un sistema di insegnamenti strutturato con approccio naturalistico per privilegiare la spontaneità dello scambio comunicativo. Il protocollo del PECS si basa sui principi comportamentali come prompting, fading, rinforzamento e generalizzazione (Keller, Zappella, 2016, p. 325). Gli studi svolti sottolineano la capacità del PECS di incrementare i comportamenti socialmente comunicativi e ridurre quelli problematici. Il sistema non richiede movimenti motori complessi, da parte dei bambini, e quindi può essere utilizzato anche in caso di disabilità fisiche; oppure, modificando il materiale, sostituendo le immagini con simboli tattili, questo sistema può essere utilizzato anche con bambini che, oltre all'autismo, presentano disabilità visive (Ricci, *et al.*, 2014, p. 270). Inoltre, il paziente non ha bisogno di un particolare allenamento, l'appaiamento può rendere facile la fase iniziale di acquisizione, non è necessario lo shaping per le risposte individuali e i gesti di indicazione spesso sono già appresi o di facile apprendimento (Ricci, *et al.*, 2014, p. 271). Il linguaggio dei segni ha la stessa funzione ma una topografia diversa in quanto si basa sull'utilizzo dei gesti con le mani. Rispetto al PECS il linguaggio dei segni presenta vantaggi come: non implica lo spostamento dell'attenzione da uno stimolo visivo a uno uditivo; è utile per incrementare le abilità motorie; introduce il bambino in una struttura linguistica, poiché presenta la stessa struttura del linguaggio verbale e consente di lavorare su tutte le componenti del linguaggio espressivo. Gli svantaggi invece sono che i segni sono difficili da utilizzare con bambini con gravi disprassie, e richiedono competenze da parte di tutti coloro che interagiscono con il bambino in quanto, senza adeguata formazione, non sono facilmente comprensibili. Sono quindi poco adatti a contesti inclusivi poiché il bambino può interagire solo con chi comprende il suo linguaggio. Gli studi a riguardo attestano che

la decisione di insegnare una delle due modalità dipende dalle caratteristiche individuali e dai prerequisiti per l'apprendimento (Ricci *et al.*, 2014, p. 273).

#### **4.7 Il metodo TEACCH**

Tra gli approcci e programmi di intervento psicoeducativo e riabilitativo del bambino con disturbi dello spettro autistico principali sul piano culturale e scientifico, erroneamente proposto come variante dell'ABA, c'è il Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH). È il metodo di intervento educativo ideato e progettato da Eric Schopler negli anni Sessanta, realizzato nella Carolina del Nord, non come metodo di intervento singolo, ma come programma che rappresenta un sistema di interventi educativi strutturati (Moretto, 2020, pp. 118-119). Esso comprende numerose attività di tipo educativo da effettuare con bambini affetti da disturbi dello spettro autistico e altri disturbi del neurosviluppo. Dagli Stati Uniti il programma si è diffuso anche in Europa e in Italia, grazie soprattutto alle traduzioni dei lavori di Schopler e collaboratori (Cottini, 2013, p. 59). “Il programma TEACCH persegue la finalità di favorire l'adattamento delle persone autistiche nel proprio ambiente di vita, attraverso precise modalità organizzative e strategie educative personalizzate” (Cottini, 2013, p. 59). Esso propone un approccio globale e integrato, attraverso la costituzione di un progetto educativo individualizzato, per raggiungere lo sviluppo del miglior grado possibile di autonomia nella vita personale, sociale e lavorativa. L'adattamento del bambino all'ambiente si persegue attraverso due linee di azioni integrate: il potenziamento delle capacità dell'individuo, soprattutto legate alla comunicazione e l'interazione sociale, e la modifica dell'ambiente secondo le specifiche caratteristiche del bambino con ASD (Cottini, 2013, p. 60). Alla base dei principi del metodo TEACCH c'è l'importanza di creare una proficua collaborazione tra l'équipe curante del bambino e la famiglia, e quindi considerare i genitori la fonte più attendibile di informazioni sul proprio bambino e costruire specifici percorsi di parent training, al termine dei quali i genitori possono collaborare nella delineazione e attuazione degli interventi educativi. Altro focus del modello riguarda la formazione integrata dell'équipe multidisciplinare, che consente di potenziare la conoscenza di tutte le caratteristiche del disturbo, di affinare l'abilità per affrontare i problemi che si possono presentare lavorando con bambini con autismo, di sviluppare un sentimento di responsabilità congiunta relativo al trattamento (Cottini, 2013, p. 60-61).



Gli interventi educativi che seguono i principi del programma TEACCH poggiano le basi su un articolato sistema di valutazione diagnostica e funzionale, centrato sull'analisi delle abilità piuttosto che sui deficit dei bambini. Il principale strumento di valutazione funzionale per i bambini, secondo il metodo, è lo “Psycho Educational Profile” (PEP) o “Psycho Educational Profile Revised” (PEP-R) revisionato; e per gli adolescenti l’“Adolescent and Adult Psycho Educational Profile” (AAPEP) (Cottini, 2013, p. 62-69). Sono strumenti qualitativi adottati per definire il livello di sviluppo della persona, i punti di forza e di debolezza e la zona di sviluppo prossimale su cui focalizzarsi per delineare il progetto educativo individualizzato, come già affrontato nel capitolo precedente.

#### **4.8 Le componenti principali dell'insegnamento strutturato nel programma**

##### **TEACCH**

Il bambino con ASD a causa dei deficit di comunicazione della sua caratteristica “cecità sociale” ha bisogno di una strutturazione dell'ambiente che lo rassicuri. Uno degli aspetti principali del programma TEACCH consiste, appunto, nell'adattamento dell'ambiente e delle attività alle esigenze del bambino in modo da fornirgli un quadro tempo-spaziale molto strutturato, nel quale i punti di riferimento siano visibili, concreti e prevedibili (Cottini, 2013, p. 69). La strutturazione ambientale non deve significare rigidità, anzi flessibilità, costruita in funzione dei bisogni e dei livelli di sviluppo, e soggetta a modifiche in ogni momento in base alle esigenze. Le fondamentali componenti dell'insegnamento strutturato sono:

- l'organizzazione spaziale: attraverso la delimitazione di spazi facilmente individuabili è possibile guidare il bambino a comprendere le azioni che vengono effettuate in ogni luogo e conseguentemente aiutarlo ad operare con maggiore efficacia. In un determinato ambiente si avrà uno spazio di lavoro e studio individuale, uno di riposo, di attività gruppe, uno spazio dedicato al tempo libero e uno per le attività quotidiane, ciascuno delimitato e contrassegnato da opportuni simboli di identificazione (Cottini, 2013, p. 70). È importante evitare troppi stimoli distraenti nelle aree di studio e lavoro e, invece, predisporre che tali spazi siano vicini a scaffali o ripostigli per agevolare l'accesso a materiali necessari per l'insegnamento. In questo modo si consente al bambino di orientarsi e di raggiungere un'autonomia di movimento che sarà per lui gratificante (Cottini, 2013, pp. 71-72).
- Gli schemi visivi: se l'organizzazione ambientale facilita ai bambini l'identificazione dei luoghi dove si svolgono le diverse attività, gli schemi visivi preannunciano le attività da

effettuare e la sequenza delle stesse, aiutando ad anticipare e prevedere i vari compiti. Si tratta di una serie di oggetti, o immagini o scritte che illustrano il bambino, con una modalità visiva, le attività programmate che dovrà effettuare (Cottini, 2013, pp. 72-75). Il ricorso agli schemi visivi è estremamente importante con bambini con disturbi dello spettro autistico, perché essi hanno poca capacità di memorizzare informazioni trasmesse verbalmente, mentre la discriminazione e la memoria visiva rappresentano dei punti di forza. Strutturare la nozione di tempo, la quale è assai difficile da apprendere per il bambino autistico in quanto si appoggia su dati non visibili, attraverso programmi della giornata visivamente chiari aumenta la prevedibilità, il controllo della situazione e diminuisce l'incertezza, fonte di ansia (Cottini, 2013, pp. 72-75). Oltre a questo, essa favorisce l'indipendenza e aumenta l'auto motivazione in quanto rendono prontamente disponibili promemoria visivi che ricordano cosa avviene prima e cosa consegue (Cottini, 2013, pp. 72-74).

- I sistemi di lavoro: essi indicano al soggetto, in modo chiaro e visibile, la successione dei compiti da compiere ad ogni livello del programma quotidiano, sollecitandolo ad adottare una procedura standard, che rimane costante anche al variare dei contenuti: prendere la scatola apposta da sinistra, contrassegnata dal primo simbolo posto sul tavolo; estrarre il materiale contenuto nella scatola; porre alla propria destra la scatola vuota; eseguire il compito sollecitato dal materiale; rimettere il materiale nelle scatole e collocarla sullo scaffale di destra (Cottini, 2013, pp. 74-75). La direzionalità sinistra-destra è suggerita nel programma TEACCH in quanto riprende la modalità di apprendimento maggiormente impiegata nella nostra cultura occidentale: è così che si apprendono le abilità strumentali di lettura e scrittura e molte altre capacità scolastiche o operative generali. In questo modo il bambino sperimenta la chiarezza e la prevedibilità: se non ci sono più oggetti sulla sinistra, e ogni cosa è stata spostata a destra, il periodo di lavoro può ritenersi concluso (Cottini, 2013, p. 75).

- L'organizzazione dei compiti e del materiale: consente una chiara leggibilità delle modalità di svolgimento dei compiti tramite una particolare disposizione dei materiali che saranno utilizzati, sempre attraverso l'enfatizzazione di messaggi visivi. In questo modo chiarisce le richieste dei compiti, le sequenze di esecuzione, i concetti rilevanti (Moretto, 2020, p. 118) (Cottini, 2013, p. 76). In sintesi, attraverso l'insegnamento strutturato il bambino viene gradualmente guidato alla sostituzione di azioni stereotipate a finalistiche con azioni funzionali allo sviluppo, all'adattamento e all'integrazione (Cottini, 2013, p. 76).

#### **4.9 Le strategie di intervento secondo il metodo TEACCH**

L'insegnamento diretto di abilità e il controllo del comportamento richiedono anche il ricorso a modalità di intervento specifiche, guidate da professionisti e finalizzate a favorire una progressiva conquista di competenze e di maggiori capacità di adattamento. Per tale scopo, il programma TEACCH fa riferimento alla teoria cognitivo-comportamentale e a tutte le strategie che da essa sono derivate (Cottini, 2013, p. 77). Infatti le tecniche per facilitare gli apprendimenti funzionali e per contenere i problemi comportamentali dell'analisi comportamentale precoce trovano applicazione anche nel modello di intervento TEACCH. Esse sono: la strategia di manipolazione, guida fisica (prompting) rispetto alla facilitazione del completamento di un compito per iniziare un'attività, quindi stimolare il bambino a riportare l'attenzione sul compito; da associare con la progressiva riduzione dell'aiuto fornito dall'educatore (fading); l'assistenza diretta in caso di necessità di sostegno durante un'attività o alla consegna del materiale; la dimostrazione dei compiti da eseguire (modeling); la routine, che consiste nel ripetere molte volte le procedure di esecuzione delle attività al fine di divenire competenze consolidate; indizi, piste, suggerimenti, segnalazioni (cues) per compiti da eseguire; pantomima (mimare), che prevede l'esecuzione dei movimenti che fanno parte del compito assegnato senza usare i materiali corrispondenti; istruzioni verbali, da regolare in relazione al livello di comprensione del linguaggio da parte del bambino e da associare preferibilmente, ad altre modalità di illustrazione del compito (Cottini, 2013, p. 78).



## **Capitolo 5**

### **Presentazione di uno studio di caso e di un progetto educativo individualizzato**

In questo capitolo presento lo studio di caso e il progetto educativo individualizzato progettato per una ragazza che ho conosciuto nella mia esperienza di tirocinio e lavorativa presso il presidio riabilitativo Villa Maria (PRVM) di Vigardolo, a Monticello Conte Otto, in provincia di Vicenza.

Si tratta di un'istituzione gestita dalla Congregazione delle Suore Maestre di S. Dorotea. È una struttura territoriale specialistica complessa con presa in carico globale della persona ai fini della riabilitazione funzionale intensiva extra ospedaliera, per minori con disturbi del neurosviluppo e del funzionamento adattivo da patologia psichica. In particolare accoglie bambini e adolescenti con disabilità intellettiva, disturbo della comunicazione, disturbi dello spettro autistico, disturbo bipolare, disturbi d'ansia, disturbo ossessivo compulsivo, disturbi del comportamento con grave compromissione della vita sociale, disturbo specifico dell'apprendimento. Il personale multidisciplinare comprende ruoli di direzione e ruoli operativi (educatori professionali, logopedisti, terapisti della neuropsicomotricità, psicologi, psicoterapeuti, neuropsichiatri infantili) ed operano in sinergia nei vari progetti dall'accoglimento alla dimissione. Gli interventi multidisciplinari, in forma ambulatoriale e residenziale a ciclo diurno, sono finalizzati a raggiungere il massimo grado di autonomia e il mantenimento delle abilità acquisite di soggetti portatori di disabilità in età evolutiva. Le attività polivalenti (prestazioni diagnostiche e terapie individuali o di gruppo) vengono sviluppate sulla base di programmi personalizzati che tengono conto di tutte le esigenze della persona con disabilità.

### **Studio di caso e progetto educativo individualizzato**

#### **Diagnosi educativa**

#### **Caratteristiche psicosociali del soggetto**

C. ha 13 anni ed è affetta da un disturbo dello spettro autistico, disabilità intellettiva grave ed epilessia non specificata. È nata a fine 2008 in una città del sud Italia e ci ha vissuto sino al 2019, quando si è trasferita a Vicenza per esigenze lavorative del padre. C. è figlia unica, i genitori sono originari dello Sri Lanka, il padre lavora come badante e la madre è casalinga.

Entrambi sono molto legati alla figlia, che accompagnano nel suo percorso abilitativo ed educativo. Non si dispongono di informazioni rispetto ai rapporti intra ed extra familiari, che restano privati. La lingua italiana è conosciuta in forma base da parte del padre, mentre la madre ha difficoltà a capire ed esprimersi, e consiste perciò in un problema per la condivisione di informazioni e suggerimenti. Durante la sua infanzia ha frequentato la scuola dell'infanzia e la scuola primaria e intrapreso percorsi di terapia psicomotoria e logopedica. Arrivata a Vicenza, la famiglia prende contatto con i servizi di neuropsichiatria infantile dell'ULSS 8, che a loro volta inviano la paziente al Presidio Riabilitativo Villa Maria, che procede con le dovute visite ed osservazioni per poi inserire C. nel programma terapeutico psicoeducativo. Dal 2019 frequenta, quindi, il presidio riabilitativo per due pomeriggi a settimana dove svolge terapia psicoeducativa a ciclo residenziale diurno e terapie ambulatoriali di psicomotricità e logopedia. Al termine dell'anno 2021-2022 del programma terapeutico sono previste le dimissioni dal centro. Oltre al presidio riabilitativo C. frequenta la scuola secondaria di primo grado a Vicenza, dove viene seguita da un'insegnante di sostegno e da un'operatrice socio-sanitaria.

### **Caratteristiche della condizione problematica oggetto di attenzione educativa**

C. giunge all'attenzione del PRVM ad agosto 2019, su invio del servizio di Neuropsichiatria infantile dell'ULSS 8 di Vicenza, conosciuta ad aprile. Presenta un quadro di disturbo dello spettro autistico (F.84), disabilità intellettiva grave (F.72), epilessia non specificata (G40.9) secondo la classificazione ICD-10.

Dalla relazione sanitaria, in seguito alle valutazioni neuropsichiatrica e psicologica, e dalla conseguente certificazione, emerge che C. presenta il quadro clinico seguente:

- area sensoriale: vista (grado di deficit: Rif ICF d1561); udito (grado di deficit: Rif ICF d1561); tatto: per quanto clinicamente valutabile non sono presenti evidenti deficit. L'esplorazione orale è attiva.

- Area cognitiva: (livello di sviluppo: Rif. ICF b117) grave deficit delle competenze cognitive clinicamente rilevato. Capacità di integrazione delle competenze: necessita della mediazione dell'adulto.

Grado di attenzione: salvo l'utilizzo del cellulare, per quanto osservato durante la visita neuropsichiatrica, mostra tempi di permanenza brevi.

Regolazione: Scarsa tolleranza per attività diverse da quelle per lei consuete con reattività iniziale e comportamenti di evitamento.

Modalità di gioco: presente esplorazione sensoriale degli oggetti associata ad interessi per stimolazioni sensoriali e percettive con gli oggetti di natura visiva e uditiva. Tende a prevalere l'uso del cellulare in modo spontaneo.

- Area affettivo relazionale: rapporto con gli altri (Rif. ICF d710, d720, d880, d160): rimane in situazioni ludiche sensoriali mostrando segnali di piacere e minima anticipazione con giochi sensoriali. Presenti comportamenti di eteroaggressività se le si toglie un oggetto: ad esempio il cellulare dalle mani.

- Area motorio-prassica: (Motricità globale: Rif. ICF b760, b770, d410, d445, d450, d455, d460, d465) impaccio della motricità grossolana e della motricità fine. L'esame neurologico eseguito per osservazione non sembra evidenziare deficit maggiori di rilievo. Motricità fine (Rif. ICF: d440): rispetto alla motricità fine si evidenzia che C. è in grado di compiere diverse azioni fine-motorie (prendere, mettere dentro, togliere, tirare, schiacciare, premere, strappare, girare, infilare).

- Area linguistico/comunicativa: vi è una grave compromissione delle funzioni comunicative, sia in espressione che in ricezione (Rif. ICF d310, d315, d320, d325). Talvolta emette urla se ipereccitata dalla situazione ludica presente. Non presenta l'uso della gestualità a fini comunicativi. Si avvicina alla figura adulta e all'oggetto che vuole toccandolo. Non prende o cede materiale manipolato. Il contatto oculare è presente su sollecitazione, ma non è mantenuto spontaneamente.

Altri linguaggi alternativi (Rif. ICF d340, d360): C. è in grado di comunicare il rifiuto (allontanandosi, allontanando con la mano) e, parzialmente, la richiesta di continuare (prende la mano dell'adulto dirigendosi verso ciò che vuole).

- Area autonomia (ICF: d210, 220, 230, 470): richiede il supporto dell'adulto. Viene riferito un pregresso avvio di un lavoro a livello del controllo sfinterico. Porta il pannolino fuori casa, mentre in casa viene riferito di non portarlo, si reca al bagno autonomamente, e lo indossa la notte.

Area autonomia sociale: necessità della costante presenza della figura adulta di riferimento.

Diagnosi funzionale: la minore presenta un quadro diagnostico caratterizzato da disturbo dello spettro autistico associato a disabilità intellettiva grave ed epilessia. Si ritiene

fondamentale sostenere C. al fine di favorire l'apprendimento di una comunicazione funzionale, riducendo l'emissione di comportamenti problema e sostenendo le autonomie.

Date le valutazioni effettuate, si propone l'inserimento presso il Presidio Riabilitativo Villa Maria nell'unità operativa di terapia psicoeducativa per iniziare il percorso terapeutico riabilitativo ed educativo con due prestazioni a settimana di tipo residenziale diurno e il percorso terapeutico di tipo psicomotorio con una prestazione a settimana.

#### Definizione dei bisogni educativi rilevati

Le valutazioni neuropsichiatriche e psicoterapiche, eseguite per valutare l'inserimento al presidio riabilitativo e l'adeguatezza alle prestazioni di terapia psicoeducativa, psicomotoria e logopedica, e la compilazione della scheda valutativa ESDM (Early Start Denver Model), per individuare il profilo funzionale della persona, su cui basarsi per la strutturazione di un progetto educativo personalizzato, mettono in evidenza i bisogni educativi fondamentali per il progetto educativo. Si evince che C. necessita di sostegno al fine di favorire l'apprendimento di una comunicazione funzionale che le consenta di interagire in modo più semplice e immediato con i vari contesti di vita; ridurre l'emissione di comportamenti problema che possono creare danno a lei, agli altri, all'ambiente e la limitano negli apprendimenti o nelle attività funzionali; migliorare nell'area delle autonomie lavorando sia sulle abilità che ha già appreso per mantenerle e consolidarle, sia sulle abilità potenziali da stimolare costantemente per favorire il massimo grado di autonomia possibile.

#### **Definizione degli obiettivi educativi**

Programmazione anno 2019-2020, primo anno di C. al PRVM:

##### 1. Area del linguaggio e della comunicazione:

Obiettivo generale: comunicazione ricettiva ed espressiva: che C. aumenti le capacità comunicative soprattutto in ricezione e migliori nell'espressione per instaurare semplici scambi comunicativi efficaci.

Obiettivi specifici:

- comunicazione ricettiva: - C. seguirà l'indicazione prossimale all'interno delle attività;
  - C. consegnerà gli oggetti richiesti prima con gesto e poi senza, attraverso tecniche di prompting e fading;
- comunicazione espressiva: C. chiederà un oggetto con gesto "dammi".

##### 2. Area relazionale:



- obiettivo generale: che C. ampli le sue capacità relazionali basiche;
- obiettivi specifici:
  - C. risponderà al sorriso;
  - C. risponderà al proprio nome (voltandosi verso la persona che la chiama);
  - C. risponderà al saluto con il gesto.

### 3. Area dell'autonomia:

- obiettivo generale: che C. migliori le autonomie personali;
- obiettivi specifici:
  - C. imparerà a lavarsi il viso con aiuto;
  - C. acquisirà la routine completa del lavaggio delle mani;
  - C. imparerà ad infilare le scarpe autonomamente;
  - C. aumenterà la collaborazione nella vestizione e svestizione durante le autonomie in bagno.

### 4. Area cognitiva:

- obiettivo generale: che C. migliori le sue capacità di gioco e di imitazione;
- obiettivi specifici:
  - C. aumenterà il repertorio di giochi utilizzati: incastri, puzzle, anelli da infilare;
  - C. attiverà l'imitazione all'interno di giochi graditi.

Contesto multiprofessionale nel quale l'intervento deve essere progettato

L'équipe multiprofessionale che segue C. all'interno del presidio riabilitativo è formata da educatori professionali, terapisti della neuropsicomotricità, logopedisti, psicologi e psicoterapeuti, medici neuropsichiatri infantili e personale direttivo-amministrativo. Per il raggiungimento degli obiettivi prefissati sarà necessario un lavoro di rete tra queste figure professionali, che consenta una condivisione proficua verso il miglior contributo possibile per la crescita ed il miglioramento abilitativo e comportamentale di C.

### **Metodi e strategie d'intervento**

I metodi e le strategie educative utilizzate per raggiungere gli obiettivi preposti riflettono i metodi di intervento comportamentale psicoeducativo e riabilitativo scientificamente provati e maggiormente diffusi a livello nazionale e internazionale, come il metodo ABA, cioè l'analisi comportamentale precoce, e i modelli operativi da esso conseguenti: Discrete Trial Teaching (DTT), Early Start Denver Model (ESDM), Natural Language Paradigm (NLP) o Natural Environmental Teaching (NET), Verbal Behavior Teaching (VBT), Incidental

Teaching (IT), Picture Exchange Communication System – PECS, che le Linee Guida Internazionali, nazionali e regionali adottano come modelli base scientifici per le prestazioni psicoeducative per bambini con disturbi del neurosviluppo.

Rispetto agli obiettivi previsti per C., si prevede l'utilizzo di strategie che favoriscono l'apprendimento di abilità legate in particolare all'area delle autonomie personali e l'area comunicativa e relazionale, quali: la tecnica dell'aiuto (prompting), assieme alla conseguente riduzione dell'aiuto (fading), attraverso suggerimenti verbali, indicazioni gestuali e guida fisica, indispensabili nella prima fase di apprendimento, poi da ridurre ed eliminare (fading) per favorire il consolidamento del comportamento; il modellaggio (shaping), che si basa sulla tecnica del rinforzo di comportamenti del bambino che progressivamente si avvicinano a quello ricercato (comportamento-meta). Si tratta della tecnica base dell'approccio comportamentale, che può favorire l'apprendimento di molteplici abilità anche a persone con problematiche consistenti. Altra tecnica utilizzata è il concatenamento (chaining): prevede la scomposizione di abilità complesse in componenti base (task-analysis), da insegnare passo passo attraverso un programma di concatenamento delle componenti utilizzando tecniche di rinforzo. Per quanto riguarda l'area cognitiva, per gli obiettivi di gioco e di imitazione, la strategia educativa più indicata da utilizzare, è la strategia di apprendimento imitativo (il modellamento – modeling), che consiste nella promozione di esperienze di apprendimento attraverso l'osservazione del comportamento di un soggetto (educatore) che funge da modello. Nel caso di C., dati i deficit cognitivi e comunicativi, al fine di favorire l'apprendimento, è necessario proporre facilitazioni per l'attenzione, aiuto al processo di riproduzione motoria, incremento della componente motivazionale attraverso il rinforzo. Rispetto alla riduzione di comportamenti problema che si manifesteranno durante gli interventi educativi, anche se non previsto tra gli obiettivi educativi, sarà necessario limitarli e ridurli attraverso tecniche quali il rinforzamento differenziale (offrire un rinforzo ai comportamenti positivi, adeguati), l'estinzione (azzerare ogni rinforzo rispetto ai comportamenti inadeguati), il time out (sospensione dell'attività o agente rinforzante, per un lasso di tempo specifico, con o senza esclusione dal setting), la restrizione fisica in situazioni gravi e la tecnica della token economy.

### **Pianificazione pratica**

Per C. si prevede la frequentazione del servizio di unità operativa di terapia psicoeducativa a ciclo residenziale diurno per due pomeriggi a settimana, inclusa una seduta di terapia di psicomotricità a settimana.

Nell'unità operativa di terapia psicoeducativa gli interventi educativi previsti per i ragazzi accolti sono continui: ogni momento è un'occasione per aiutarli ad apprendere cose nuove, a migliorare, a lavorare sulle carenze. Essi vengono accompagnati al centro ad orario di pranzo, si sistemano scarpe e cappotti per entrare, si recano al bagno e poi in sala da pranzo per mangiare. Il pranzo non è solo un momento di lavoro sulle autonomie a tavola, ma offre occasioni per migliorare sulla comunicazione, come ad esempio la richiesta di aiuto e la scelta di ciò che si vuole mangiare; oppure sulle abilità sociali e comportamentali imparando ad aspettare, a stare seduti). A fine pranzo sprecchiano il proprio posto e si spostano in bagno per provvedere alle proprie autonomie personali e igieniche, guidati dalle educatrici. Dalle ore 14:00 alle ore 16:00 sono impegnati nelle attività di intervento educativo individuale o gruppale, o le terapie di psicomotricità e di logopedia, affiancati dai vari professionisti. Considerando gli obiettivi previsti per il progetto educativo di C. le attività gruppal, come i laboratori musicali, sensoriali, ricreativi e di attività motoria, favoriscono l'apprendimento e il mantenimento delle abilità sociali, comunicative e cognitive; gli interventi individuali, attraverso giochi a stimolazione cognitiva o interventi che stimolano l'apprendimento di abilità di autonomia (come ad esempio il "progetto doccia" per C.), permettono di lavorare sull'aumento dei repertori di gioco, sull'imitazione e sulle abilità di autonomia. Al termine delle varie prestazioni è prevista la merenda e il tempo libero, in uno spazio apposito, finché alle 16:45 ci si sistema per uscire e alle 17:00 raggiungono i genitori per tornare a casa.

### **Valutazione**

Presso il presidio riabilitativo Villa Maria, per ogni bambino o ragazzo in carico, sono previste valutazioni diverse che si stanziano dalla primissima fase di richiesta, da parte dei genitori per la presa in carico del figlio, alle dimissioni. Nella fase iniziale, che precede l'inserimento, il personale medico, gli psicoterapeuti e gli psicologi, svolgono visite mediche di osservazione, diagnosi e valutazione, per l'inserimento del bambino, e la disponibilità di

adeguatezza alle prestazioni offerte dal centro. Durante l'anno vengono organizzate quattro valutazioni di progetto, ovvero valutazioni di processo in itinere, che consentono un monitoraggio della qualità ed efficacia delle strategie utilizzate e del raggiungimento dei risultati. Esse prevedono la compilazione della valutazione degli obiettivi specifici (se sono stati raggiunti, pienamente o parzialmente, o non raggiunti), un'epicrisi del periodo di riferimento (le valutazioni di progetto avvengono ogni tre mesi) e la compilazione della scheda ESDM, che consente una valutazione più ampia, precisa e funzionale sulla base del livello di sviluppo della persona. Altro strumento di valutazione è la compilazione del diario di bordo che si attua a fine di tutte le terapie psicoeducative, per monitorare l'adattamento della persona, i miglioramenti o le carenze, in relazione ai bisogni e agli obiettivi prefissati. Durante l'anno vengono organizzati anche degli incontri tra professionisti referenti e le famiglie dei ragazzi in carico, sia per fornire informazioni legate al percorso terapeutico del figlio, sia per accogliere difficoltà, problematiche e offrire il proprio sostegno professionale (valutare possibili interventi di parent training). Con la famiglia avvengono anche gli scambi informativi, feedback quotidiani, al momento della consegna del ragazzo dopo gli interventi educativi. Sono previsti anche dei colloqui con gli insegnanti nelle scuole frequentate dai ragazzi che consentono un'unione tra la rete dei servizi a disposizione. Inoltre, ogni unità operativa terapeutica prevede una riunione interna a settimana, assieme alla psicologa referente, per monitorare il percorso terapeutico di ciascun ragazzo, discutere di problematiche, iniziative, ecc. A fine anno avviene la verifica finale di progetto dove, nel caso della terapia psicoeducativa, la referente educatrice del caso provvederà alla valutazione del percorso educativo e riabilitativo svolto compilando un'epicrisi conclusiva e la scheda ESDM, facendo riferimento ai diari di bordo, alle schede d'osservazione utilizzate durante l'anno e le valutazioni in itinere.

Riporto in sintesi la valutazione educativa annuale del primo anno di frequentazione del centro per C. (anno 2019-2020):

C. frequenta il presidio da settembre a marzo 2020, per poi riprendere da maggio a causa della chiusura del presidio per pandemia. Si evidenzia un adattamento positivo generale all'ambiente e di apprendimento della routine prevista. Nell'area delle autonomie personali si denotano i seguenti miglioramenti: nelle autonomie in bagno dimostra di riconoscere il proprio materiale; durante il lavaggio dei denti accetta di aprire la bocca e di farsi accompagnare dall'adulto, riuscendo a fare alcuni movimenti da sola; nel lavaggio delle

mani è autonoma; mentre nell'infilare le scarpe riesce da sola, ma va migliorato per l'apertura degli strappi e la sistemazione della linguetta. Gli obiettivi legati all'area comunicativa sono stati raggiunti e si procederà a mantenerli per i prossimi anni, per provvedere alla generalizzazione e al consolidamento. Rispetto all'area cognitiva, legata ai giochi e all'imitazione, si riscontrano maggiori difficoltà nei tempi di permanenza durante l'esecuzione di attività e di giochi a tavolino: tende ad essere frettolosa, irrequieta, ad avere brevi tempi di attenzione e di lavoro, poco accettante alla frustrazione. Si lavora affinché impari a stare seduta, affiancata dall'educatore durante il compito, esegua l'attività e la completi, e che si alzi solo al termine. Viene affiancata e sostenuta con guida fisica parziale (prompt fisico parziale). Dopo un anno, migliora nei tempi di permanenza al compito, accetta giochi a tavolino diversi (incastri, accoppiamento, puzzle), riesce a completare il gioco con guida fisica parziale, allontanandolo al termine. C'è necessità della vicinanza dell'adulto, perché tende a non concludere l'attività in particolare se è in difficoltà. Sono frequenti i comportamenti-problema per opposizione, come il gettarsi a terra, soprattutto in vista di un'attività motoria, come la camminata. Se l'attività viene proposta con frequenza e costanza C. si abitua e migliora sia nella riduzione del comportamento problema oppositivo, sia nella performance. Ancora, dopo pranzo ha la necessità di stendersi sul divano per riposare, ma non sempre riesce ad addormentarsi. Si è lavorato, e si continuerà a farlo, perché riesca a rilassarsi senza l'adulto accanto.

Definizione obiettivi per l'anno 2020-2021:

1. Area del linguaggio e della comunicazione:

- obiettivo generale: comunicazione ricettiva ed espressiva: che C. aumenti le capacità comunicative soprattutto in ricezione e migliori nell'espressione per instaurare semplici scambi comunicativi efficaci.

- Obiettivi specifici:

- comunicazione ricettiva: - C. seguirà l'indicazione prossimale all'interno delle attività;

- C. consegnerà gli oggetti richiesti prima con gesto e poi senza, attraverso tecniche di prompting e fading;

- comunicazione espressiva: C. chiederà un oggetto con gesto "dammi".

2. Area relazionale:

- obiettivo generale: che C. ampli le sue capacità relazionali basiche;

- obiettivi specifici: - C. risponderà al sorriso;
- C. risponderà al proprio nome (voltandosi verso la persona che la chiama);
- C. risponderà al saluto con il gesto;
- C. parteciperà a giochi che richiedono motricità grossolana: giro tondo, palla;
- C. accetterà l'alternanza in semplici giochi da tavolo.

### 3. Area cognitiva:

- obiettivo generale: che C. migliori le sue capacità di gioco e di imitazione;
- obiettivi specifici: - C. aumenterà il repertorio di giochi utilizzati: incastri, puzzle, anelli da infilare;
- C. attiverà l'imitazione all'interno di giochi graditi.

### 4. Area operativa (motorio-prassica):

- obiettivo generale: che C. migliori nelle abilità di motricità fine.
- obiettivi specifici: - C. imparerà ad aprire e chiudere una varietà di contenitori.
- C. imiterà 5 o più azioni semplici con la pasta da modellare.
- C. imparerà ad infilare perline in un filo.

### 5. Area autonomia:

- obiettivo generale: che C. apprenda nuove abilità legate alle sue autonomie personali e migliori quelle già apprese.
- obiettivi specifici: - C. Imparerà ad infilare le scarpe autonomamente.
- C. aumenterà la collaborazione nel mettere e togliere i vestiti durante le autonomie in bagno.
- C. acquisirà la routine completa nel lavaggio delle mani.
- C. imparerà a lavarsi il corpo con aiuto.

Sintesi della valutazione educativa annuale di progetto:

Rispetto all'area comunicativa e relazionale gli obiettivi sono stati raggiunti e si è continuato a lavorare per mantenerli. La consegna dell'oggetto richiesto va migliorata perché è condizionata dal gesto, soprattutto se avviene in contesti nuovi. Nella partecipazione a giochi e l'alternanza nei giochi da tavolo sono ancora condizionati dalla presenza dell'adulto e dall'aiuto fisico. Soprattutto l'alternanza è difficoltosa perché tende ad essere frettolosa. Lo sguardo, il sorriso e il piacere ai giochi graditi sono presenti. L'imitazione dei movimenti è

difficile perché ha un generale impaccio motorio: imita in modo spontaneo il battito delle mani, o movimenti associati come battere sulle gambe o su superfici. Altri movimenti proposti avvengono con prompt fisico. Per la motricità fine si notano miglioramenti, nonostante resti necessario il prompt fisico parziale, se non totale, in certe occasioni. Nelle autonomie, invece, ha raggiunto grandi miglioramenti: infila le scarpe autonomamente e ha iniziato a sistemare i piccoli accorgimenti (linguetta delle scarpe, strappi) senza indicazione verbale dell'adulto; è completamente autonoma nel togliersi i vestiti, mentre nella vestizione ha bisogno di guida fisica parziale per riconoscere il davanti dal retro; è stata acquisita la routine nel lavaggio delle mani con guida fisica parziale per asciugare.

Anno 2021-2022:

Per quest'anno è stata proposta, dall'équipe multidisciplinare referente, la terapia logopedica (una prestazione a settimana) e mantenute la terapia psicoeducativa e di psicomotricità.

Definizione obiettivi:

1. Area linguaggio:

- obiettivo generale: che C. aumenti le capacità comunicative, soprattutto in ricezione, e migliori nell'espressione per instaurare semplici scambi comunicativi efficaci.

- Obiettivi specifici:

comunicazione espressiva: - C. utilizzerà le immagini per fare richieste.

Comunicazione ricettiva: - C. eseguirà un'istruzione accompagnata da un suggerimento verbale/gestuale (siediti, vieni qui, metti via).

- C. comprenderà gli spostamenti con l'uso della foto (terapia, casa, doccia, giardino, palestra)

2. Area relazionale:

- obiettivo generale: che C. ampli le sue capacità relazionali basiche.

- Obiettivi specifici: C. rispetterà la turnazione all'interno di giochi e attività piacevoli.

3. Area cognitiva:

- obiettivo generale: che C. migliori le sue capacità di gioco e di imitazione.

- Obiettivi specifici: - C. attiverà limitazione all'interno dei giochi graditi o canzoncine;

- C. completerà una serie di tre giochi in totale autonomia.

4. Area operativa (motorio-prassica):

- obiettivo generale: che C. migliori nelle abilità di motricità fine.

- Obiettivi specifici: - C. imparerà ad aprire e chiudere una varietà di contenitori;
- C. imiterà 5 o più azioni semplici con la pasta da modellare.

#### 5. Area autonomia:

- obiettivo generale: che C. apprenda nuove abilità legate alle sue autonomie personali e migliori quelle già apprese.

obiettivi specifici: - C. imparerà ad infilare le scarpe autonomamente;

- C. aumenterà la collaborazione nel mettere togliere i vestiti;
- C. imparerà a lavarsi il corpo con aiuto;
- C. preparerà la tavola con aiuto;
- C. classificherà le posate e saprà metterle nel posto giusto;
- C. saprà appaiare le calze.

Sintesi della valutazione in itinere, epicrisi del primo periodo:

Si osserva che l'introduzione delle immagini nella quotidianità sono da aiuto a C. per la comprensione di ciò che deve fare o dove deve andare. Nello specifico, si utilizzano immagini di terapisti per anticipare gli interventi di terapia psicomotoria o logopedica previste per C., e degli ambienti interni per favorire la comprensione per gli spostamenti. Le foto vengono quindi utilizzate per la comunicazione ricettiva, non da parte di C. per fare richieste: se ha bisogno di aiuto prende per mano l'adulto e indica ciò che desidera, oppure lo accompagna verso ciò che le interessa. Per la comunicazione ricettiva, legata all'obiettivo di eseguire un'istruzione accompagnata da un suggerimento verbale/gestuale (siediti, vieni qui, metti via), la comprensione è condizionata dal gesto. Si sta lavorando sulle indicazioni verbali, eliminando le indicazioni gestuali: in risposta C. alle volte esegue quanto richiesto e alle volte no. Per quanto riguarda l'area relazionale, per la turnazione all'interno di attività piacevoli, necessita di guida fisica parziale da parte dell'adulto, in assenza della quale si innervosisce; da sola non è in grado di rispettare il turno. Ancora, l'obiettivo legato all'imitazione, rispetto all'area cognitiva, non è stato raggiunto; riguardo al gioco, invece, e all'obiettivo sul completamento dei 3 giochi in totale autonomia, C. è migliorata, anche se non pienamente autonoma: accetta di eseguire 3 giochi in sequenza e il cambio tra un gioco e l'altro avviene tramite prompt fisico. Per la motricità fine, C. ha delle difficoltà: rispetto all'obiettivo di aprire e chiudere dei contenitori ha bisogno di aiuto per la chiusura; rispetto al modellamento della pasta, imitando 5 azioni semplici, risulta molto impacciata,



necessitando di prompt fisico parziale o totale continuo. Globalmente si osserva un cambiamento positivo a livello delle autonomie: in grado di svestirsi e vestirsi con parziale aiuto, a cui si lavora costantemente anche con l'appoggio della famiglia. È stata acquisita la sequenza del lavaggio delle mani e dei denti. Dalla famiglia emerge che anche a casa è migliorata nelle autonomie ed è coinvolta in molte faccende domestiche; per questo motivo si pensa di introdurre delle attività legate alla cura domestica. A dicembre è stato proposto l'intervento di toilet training per poter togliere il pannolino, quindi lavorare sul controllo sfinterico, chiedendo il supporto di tutte le agenzie educative che seguono C. Questo però è stato respinto per mancata disponibilità da parte della scuola. Si propone di attivarlo durante il periodo estivo, con la chiusura della scuola, con scheda di presa dati da maggio a luglio. Sono previste le dimissioni a fine luglio 2022.

## CONCLUSIONI

Entrambi i programmi d'intervento descritti nei capitoli precedenti che un educatore professionale, case manager di bambini con disturbi dello spettro autistico, dovrebbe conoscere e utilizzare, sono stati valutati per l'efficacia dell'intervento comportamentale come molto validi nel determinare modificazioni significative nel comportamento dei bambini con disturbi dello spettro autistico. Entrambi i programmi, ABA e TEACCH, sono stati oggetto di numerosi studi sperimentali che concordano nell'individuare effetti molto positivi e duraturi sui bambini seguiti. Nel programma TEACCH anche il livello di soddisfazione valutato, manifestato dalle famiglie è stato molto elevato, a testimonianza di un coinvolgimento forte, che spesso rappresenta la base per una reale integrazione fra le varie agenzie educative e clinico-riabilitative (Cottini, 2013, p. 88). Nonostante ciò, le controindicazioni e le critiche che emergono più comunemente riguardano: considerare i progressi dei bambini esiti di una forma di addestramento, piuttosto che di apprendimento; sulla generalizzazione c'è il rischio che gli apprendimenti osservabili e verificabili rimangano confinati all'interno del contesto strutturato; c'è il rischio che l'apprendimento diventi avversativo; l'individualità richiesta per gli interventi uno-a-uno rischia di diventare incompatibile con i processi di integrazione nel contesto scuola; il programma essendo standardizzato e strutturato potrebbe richiedere che i bambini si adattino ad esso piuttosto che viceversa, apparendo un sistema poco flessibile; fare un'azione al solo scopo di ottenere una ricompensa è un comportamento eticamente discutibile; questi programmi d'intervento prevedono un alto costo in termini di risorse umane impiegate, tempi, investimenti economici; la relazione viene impostata attraverso un approccio strutturato e metodologicamente rigoroso che inibisce all'operatore spunti di innovazione e creatività; imporre ad un genitore l'utilizzo di un metodo di insegnamento-apprendimento significa fargli assumere un ruolo che si addice più ad un insegnante (Ricci et al, 2014, pp. 303-309). Ciò che è importante sottolineare è che l'educatore professionale membro di un'équipe multidisciplinare che accompagna in un percorso di cura i bambini con autismo, deve fare proprie le metodologie previste nei programmi comportamentali e valutare il loro utilizzo nel pieno rispetto della dignità e dell'unicità della persona verso il miglioramento della sua qualità di vita, unendo tutte le competenze di cui dispone. Questi programmi offrono la possibilità di fare riferimento a tecniche metodologiche specifiche che aiutano nel

raggiungimento di obiettivi educativi ma che devono essere sempre ridimensionate sulle caratteristiche della persona di cui ci si prende cura. È fondamentale che programmi di intervento, riabilitazione, cura e tutela delle persone con ASD si focalizzino sull'approccio alla disabilità imperniato sulla persona, sui suoi diritti, le sue necessità e potenzialità (Moretto, 2019).

Va da sé che l'educatore professionale ha il dovere di perfezionare costantemente la propria formazione, al fine di migliorare la qualità del proprio operato, utilizzando strumenti quali la formazione continua e la supervisione.

“Migliorare l'efficacia del proprio agire professionale significa appropriarsi di strumenti e metodi che siano prevedibili, riproducibili, misurabili e oggettivi in linea con l'approccio scientifico. Solo se l'educatore impara a misurare, rendere oggettivo e comunicabile il proprio operato potrà dare risposte adeguate al paziente e acquisire una propria autorevolezza all'interno dell'équipe multiprofessionale” (Bobbo, 2020).



## BIBLIOGRAFIA

- AIEJI, (2005), *Le competenze dell'educatore professionale sociale. Una piattaforma concettuale*. <http://aieji.net/publications/>.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. (Quinta). Raffaello Cortina Editore.
- ANEP, Scarpa, N. (2015). *L'educatore professionale. Una guida per orientarsi nel mondo del lavoro e prepararsi ai concorsi pubblici* (2<sup>a</sup> ed.). Maggioli editore.
- Aragona, M., & Vella, G. (1998). *Lo Spettro In Psicopatologia | Massimiliano Aragona—Academia.edu*. [https://www.academia.edu/260961/Lo\\_Spettro\\_In\\_Psicopatologia](https://www.academia.edu/260961/Lo_Spettro_In_Psicopatologia)
- Bobbo, N. (2012). *Fondamenti pedagogici di educazione del paziente* (1<sup>a</sup> ed.). CLEUP.
- Bobbo, N., & Moretto, B. (2020). *La progettazione educativa in ambito sanitario e sociale*. Carocci editore.
- Brandani, W., & Zuffinetti, P. (2004). *Le competenze dell'educatore professionale*. Carocci Faber.
- Bussi, F., (2017). *La progettazione integrata con il metodo GOPP (Goal Oriented Project Planning)*, in <http://www.partecipazione.formez.it>
- Cardini, M., & Molteni, L. (2003). *L'educatore professionale. Guida per orientarsi nella formazione e nel lavoro*. Carocci Faber.
- Chaste, P., & Leboyer, M. (2012). *Autism risk factors: Genes, environment, and gene-environment interactions*. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(3), 281–292.
- Cheslack-Postava, K., Liu, K., & Bearman, P. S. (2011). *Closely Spaced Pregnancies Are Associated With Increased Odds of Autism in California Sibling Births*. *Pediatrics*, 127(2), 246–253. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2371>
- Chiarotti, F., Calamandrei G., Venerosi A. (2017). *Disturbi dello spettro autistico in età evolutiva: Indagine nazionale sull'offerta sanitaria e sociosanitaria*. (s.d.). ISS, Epidemiologia e Sanità Pubblica
- Cottini, L. (2013). *Educazione e Riabilitazione del bambino autistico*. Carocci S.p.A. Roma.
- Crisafulli, F. (2018). The “core competence” of the Social Health Educator. Proposed models and literature review. *Form@re - Open Journal per la formazione in rete*, 220-236 Pages. <https://doi.org/10.13128/FORMARE-24215>

- Crisafulli, F., (2016). *Le competenze dell'educatore professionale buona volontà e buonsenso non bastano per i bisogni complessi delle persone in difficoltà.* (s.d.).
- Crisafulli, F., Molteni, L., Paoletti, L., Scarpa, N., & Giuliodoro, S. (2010). *Il «core competence» dell'educatore professionale. Linee d'indirizzo per la formazione.* Edizioni Unicopli.
- Doernberg, E., & Hollander, E. (2016). Neurodevelopmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(4), 295–299.  
<https://doi.org/10.1017/S1092852916000262>
- Franchini, R. (2007). *Disabilità, cura educativa e progetto di vita. Tra pedagogia e didattica speciale.* Erickson.
- Genovese, A., & Butler, M. G. (2020). *Clinical Assessment, Genetics, and Treatment Approaches in Autism Spectrum Disorder (ASD).* International Journal of Molecular Sciences, 21(13), 4726. <https://doi.org/10.3390/ijms21134726>
- Gentile, S. (2015). *Prenatal antidepressant exposure and the risk of autism spectrum disorders in children. Are we looking at the fall of Gods? Journal of affective disorders*, 182.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.048>
- Gibbs, V., Aldridge, F., Chandler, F., Witzlsperger, E., & Smith, K. (2012). *Brief Report: An Exploratory Study Comparing Diagnostic Outcomes for Autism Spectrum Disorders Under DSM-IV-TR with the Proposed DSM-5 Revision.* Journal of Autism and Developmental Disorders, 42(8), 1750–1756. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1560-6>
- Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). *Autism spectrum disorder: Definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation.* Translational Pediatrics, 9(Suppl 1), S55–S65. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>
- Ianes, D. (a cura di) (1992), *Autolesionismo, stereotipie, aggressività: Intervento educativo nell'autismo e nel ritardo mentale grave*, Trento, Erickson.
- Keller, R., & Zappella, M. (2016). *I disturbi dello spettro autistico in adolescenza e in età adulta. Aspetti diagnostici e proposte di intervento.* Erickson.
- Krakowiak, P., Walker, C. K., Bremer, A. A., Baker, A. S., Ozonoff, S., Hansen, R. L., & Hertz-Picciotto, I. (2012). *Maternal Metabolic Conditions and Risk for Autism and Other Neurodevelopmental Disorders.* Pediatrics, 129(5), e1121–e1128.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-2583>

- Laghi, F., & Gradilone, A. (2018). *Sibling Relationships in families with an adolescent or young adult with Autism spectrum disorder: A qualitative survey*. *Rassegna di Psicologia*, Vol 33, 16-28 Pages. <https://doi.org/10.13133/1974-4854/16645>
- Landrigan, P. J. (2010). *What causes autism? Exploring the environmental contribution*. *Current Opinion in Pediatrics*, 22(2), 219–225. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e328336eb9a>
- Lascioli, A. (2016). *Educazione speciale dalla teoria all'azione*. Franco Angeli.
- Lyall, K., Croen, L., Daniels, J., Fallin, M. D., Ladd-Acosta, C., Lee, B. K., Park, B. Y., Snyder, N. W., Schendel, D., Volk, H., Windham, G. C., & Newschaffer, C. (2017). *The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders*. *Annual review of public health*, 38, 81–102. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044318>
- Maida, S., Molteni, L., & Nuzzo, A. (2009). *Educazione e osservazione. Teorie, metodologie e tecniche*. Carocci Faber.
- Maida, S., Nuzzo, A., & Reati, A. (2006). *Il colloquio nella pratica educativa*. Carocci Faber.
- Marrone, M. (2015). *Il sistema famiglia in presenza di un figlio con autismo*. 19.
- Masi, A., DeMayo, M. M., Glozier, N., & Guastella, A. J. (2017). *An Overview of Autism Spectrum Disorder, Heterogeneity and Treatment Options*. *Neuroscience Bulletin*, 33(2), 183–193. <https://doi.org/10.1007/s12264-017-0100-y>
- Milcent, C. (1993). *A tu per tu con l'autismo. Un'educazione paziente e priva di assurdi sensi di colpa permette di intensificare gli scambi con la persona autistica e ridà speranza a chi la vuole aiutare*. Sansoni Editore.
- Moore, G.S., Kneitel, A.W., Walker, C.K., Gilbert, W.M., Xing, G., (2012). *Autism risk in small- and large-for-gestational-age infants*. *American journal of obstetrics and gynecology*, 206(4). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.01.044>
- Moretto, B. (2019). *L'inserimento in una struttura protetta di una paziente con disturbo dello spettro autistico*. *Journal of Health Care Education in Practice*. 12.
- Morgano, G. P., Fulceri, F., Nardocci, F., Barbui, C., Ostuzzi, G., Papola, D., Fatta, L. M., Fauci, A. J., Coclite, D., Napoletano, A., De Crescenzo, F., D'Alò, G. L., Amato, L., Cinquini, M., Iannone, P., Schünemann, H. J., & Scattoni, M. L. (2020). *Introduction and methods of the evidence-based guidelines for the diagnosis and management of autism spectrum disorder by the Italian National Institute of Health*. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 81. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01320-4>

- Pani, R., Biolcati, R., & Sagliaschi, S. (2009). *Psicologia clinica e psicopatologia per l'educazione e la formazione*. il Mulino, Manuali.
- Pardo, C. A., & Eberhart, C. G. (2007). *The Neurobiology of Autism*. *Brain Pathology*, 17(4), 434–447. <https://doi.org/10.1111/j.1750-3639.2007.00102.x>
- Pinto, R. N. M., Torquato, I. M. B., Collet, N., Reichert, A. P. da S., Souza Neto, V. L. de, & Saraiva, A. M. (2016). *Autismo infantil: Impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61572>
- Pontis, D. M. (s.d.). *Fattori di stress e bisogni della famiglia: Il vissuto delle persone con autismo e dei loro familiari*. 5.
- Prezza, M., & Leone, L. (2016). *Costruire e valutare i progetti nel sociale. Manuale operativo per chi lavora su progetti in campo sanitario, educativo e culturale*. (8ª ed.). Franco Angeli.
- Ricci, C., Romeo, A., Bellifemine, D., Carradori, G., & Magaudda, C. (2014). *Il Manuale ABA-VB. Applied behavior analysis and verbal behavior. Fondamenti, tecniche e programmi di intervento*. Edizioni centro Studi Erickson S.p.A.
- Rosen, N. E., Lord, C., & Volkmar, F. R. (2021). *The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(12), 4253–4270. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1>
- Sandin, S., Schendel, D., Magnusson, P., Hultman, C., Surén, P., Susser, E., Grønberg, T., Gissler, M., Gunnes, N., Gross, R., Henning, M., Bresnahan, M., Sourander, A., Hornig, M., Carter, K., Francis, R., Parner, E., Leonard, H., Rosanoff, M., Reichenberg, A. (2016). *Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents*. *Molecular Psychiatry*, 21(5), 693. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.70>
- Scarpa, P. (2005). *Paola Scarpa e Marina Testi per conto di ANEP, Associazione Nazionale Educatori Professionali* [www.anep.it](http://www.anep.it). 18.
- Schopler, E. (2005). *Autismo in famiglia. Manuale di sopravvivenza per genitori*. (2ª ed.). Erickson.
- Sharma, S. R., Gonda, X., & Tarazi, F. I. (2018). *Autism Spectrum Disorder: Classification, diagnosis and therapy*. *Pharmacology & Therapeutics*, 190, 91–104. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2018.05.007>



- Shelton, J. F., Tancredi, D. J., & Hertz-Picciotto, I. (2010). *Independent and Dependent Contributions of Advanced Maternal and Paternal Ages to Autism Risk. Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 3(1), 30.  
<https://doi.org/10.1002/aur.116>
- Shen, Y., Dies, K. A., Holm, I. A., Bridgemohan, C., Sobeih, M. M., Caronna, E. B., Miller, K. J., Frazier, J. A., Silverstein, I., Picker, J., Weissman, L., Raffalli, P., Jeste, S., Demmer, L. A., Peters, H. K., Brewster, S. J., Kowalczyk, S. J., Rosen-Sheidley, B., McGowan, C., Autism Consortium Clinical Genetics/DNA Diagnostics Collaboration. (2010). *Clinical genetic testing for patients with autism spectrum disorders. Pediatrics*, 125(4), e727-735.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2009-1684>
- Simpson, R. L., & Zions, P. (1994). *Cosa sapere sull'autismo. Concetti base e tecniche educative*. Erickson.
- Sorrentino, A. M. (2006). *Figli Disabili. La famiglia di fronte all'handicap*. Raffaello Cortina Editore.
- Surian, L., & di Trento, U. (s.d.) (2012), *Un dibattito sulla Linea Guida 21 «Il Trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti»*. 40.
- Volkmar, F. R., & McPartland, J. C. (2014). *From Kanner to DSM-5: Autism as an evolving diagnostic concept. Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 193–212.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153710>
- Vorstman, J. A. S., Parr, J. R., Moreno-De-Luca, D., Anney, R. J. L., Nurnberger, J. I., & Hallmayer, J. F. (2017). *Autism genetics: Opportunities and challenges for clinical translation. Nature Reviews. Genetics*, 18(6), 362–376. <https://doi.org/10.1038/nrg.2017.4>
- Wiggins, L. D., Rice, C. E., Barger, B., Soke, G. N., Lee, L.-C., Moody, E., Edmondson-Pretzel, R., & Levy, S. E. (2019). *DSM-5 criteria for autism spectrum disorder maximizes diagnostic sensitivity and specificity in preschool children. Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(6), 693–701. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01674-1>
- Zamboli, A. (2021). *L'Analisi del Comportamento Applicata tra ricchezza e cattive prassi. Phenomena Journal - Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia*, 3(2), 140–150. <https://doi.org/10.32069/PJ.2021.2.135>
- Zappella, M. (2018). *L'evoluzione del concetto di autismo. Autismo e disturbi dello sviluppo*, 3.  
<https://doi.org/10.14605/AUT1631802>

Zerbo, O., Qian, Y., Yoshida, C., Grether, J. K., Van de Water, J., & Croen, L. A. (2015). *Maternal Infection During Pregnancy and Autism Spectrum Disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*(12), 4015–4025. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-2016-3>

## MATERIALE GRIGIO

SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E

DELL'ADOLESCENZA, Levi, G. (s.d.). *Linee guida per l'autismo. Raccomandazioni tecniche-operative per i servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva*. 82.

Ministero della salute. (2021, giugno 3). *Autismo*.

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

*L'AUTISMO Come conoscerlo per intervenire prima possibile Indicazioni essenziali per una precoce segnalazione e informazioni su strutture e servizi attivi in provincia di Vicenza.*

(s.d.). Recuperato 17 febbraio 2022.

<https://www.aulss7.veneto.it/documents/20182/89698/autismo.pdf/e4104711-fa7f-48a4-8fc1-223f21e3c43e> (ultima consultazione: 17 marzo 2022).

## RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreto Ministero della salute 520/1998: Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

## RINGRAZIAMENTI

Per questo progetto e per questi anni formativi ci tengo a ringraziare:

- In primis i miei genitori che mi hanno consentito di intraprendere questo percorso di studi, affiancandomi sempre e spronandomi a fare del mio meglio sia nei momenti positivi che in quelli negativi, soprattutto, portandomi ad arrivare fino a qui.
- La professoressa Cesaro che mi ha offerto la sua disponibilità per essere mia relatrice di tesi, dandomi il suo tempo e la sua esperienza per lavorare e migliorare.
- Tutti i professori che in questi anni di corso hanno fornito nozioni preziose a noi studenti, per la nostra professione e per l'arricchimento personale, sostenendoci a diventare professionisti competenti e appassionati. In particolar modo la professoressa Moretto, coordinatrice di corso, che è rimasta a fianco agli studenti per occuparsi non solo del supporto formativo ma anche personale ed emotivo.
- Ringrazio anche tutte le persone che lavorano al presidio riabilitativo Villa Maria, in particolar modo le mie colleghe, la direzione e i ragazzi! Mi hanno accolto calorosamente, mi hanno insegnato tantissime cose, mi hanno permesso di crescere, in poco tempo, sia professionalmente che moralmente. A loro devo il lavoro di questo progetto di tesi perché sono stati per me una grande fonte d'ispirazione.

Un grazie speciale va a tutte le persone che mi vogliono bene e che nel loro piccolo hanno tutte contribuito a rendere memorabile questa tappa importante della mia vita, che ora si sta per concludere, ma rimarrà un importantissimo trampolino di lancio per la mia vita futura.

In particolare ringrazio di cuore Simone per credere sempre in me ed essere la mia spalla in tutte le occasioni della mia vita; la mia bella famiglia: le mie sorelle e mio fratello, i miei cognati e i miei nipotini per il loro affetto; tutte le mie amiche e i miei amici per il sostegno ricevuto, i momenti di spensieratezza e le belle serate; cito in particolare le mie compagne di questo viaggio: Cheit, Fra, Engel, Laura, Marina, Silvia, Anna, Maria, Celeste, per aver condiviso i momenti più belli ma anche i più difficili di questi tre anni e mezzo a Rovigo e a casa in DAD. Sicuramente una delle cose più preziose che mi porto dietro da quest'esperienza e che mi auguro possa restare nel tempo.