

STRUMENTI DI NEURO E PSICOMOTRICITÀ  
Collana diretta da Fabio Comunello e Paola Marina Savini

**A N U P I**

Associazione Nazionale Unitaria Psicometricisti e Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva Italiani  
Associazione rappresentativa a livello nazionale per D.M. 14/04/2008 della figura professionale sanitaria del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (D.M. n. 36/07)

GIOVANNA GISON, ANDREA BONIFACIO  
E ERMELINDA MINGHELLI

# Autismo e psicomotricità

STRUMENTI E PROVE DI EFFICACIA NELL'INTERVENTO  
NEURO E PSICOMOTORIO PRECOCE

Erickson

# INDICE

- 7 Prefazione (Vittorio Gallese ed Eugenio Ghillani)
- 13 Introduzione
- 19 CAPITOLO 1  
I disturbi dello spettro autistico: definizione, inquadramento diagnostico e criticità
- Evoluzione dei criteri diagnostici
  - Ipotesi interpretative
  - Quadro clinico
  - Percorso diagnostico
- 35 CAPITOLO 2  
L'intervento in ottica psicomotoria e neuropsicologica in età precoce: il modello OPeN
- Giochi di attivazione sociale
  - Giochi di esplorazione e uso sociale dell'oggetto
  - Il gioco senso-motorio a valenza rappresentativa
  - Dall'osservazione all'individuazione degli obiettivi terapeutici
- 47 CAPITOLO 3  
Scheda di Osservazione/valutazione Neuropsicomotoria: dall'osservazione dei punti di forza all'individuazione degli obiettivi terapeutici
- Uno strumento per l'individuazione di procedure valutative neuropsicomotorie
  - Un esempio di compilazione
  - Guida teorico-pratica per l'attribuzione del punteggio
- 127 CAPITOLO 4  
Il modello OPeN: procedure applicative attraverso esempi clinici
- Registrazione delle caratteristiche espressive
  - Individuazione delle facilitazioni
  - Descrizione di casi clinici
- 167 CAPITOLO 5  
L'intervento mediato dai genitori
- Fattori personali
  - Fattori ambientali
  - Principi del modello integrato

181	CAPITOLO 6	Interazione e integrazione tra progetto educativo e progetto terapeutico
		• Strategie
191	CAPITOLO 7	Il sistema di attitudine dell'adulto che incontra il bambino
201	Bibliografia	
211	APPENDICE 1	Strumenti operativi del modello OPeN
231	APPENDICE 2	La Scheda di Osservazione/valutazione Neuropsicomotoria (SON) per valutare l'efficacia del trattamento neuropsicomotorio nei disturbi dello spettro autistico (Gloria Galli, Marta Mosele, Piergiorgio Miottello e Lucia Ronconi)
259	APPENDICE 3	Diario del linguaggio Foglio di annotazione delle capacità di comprensione

un episodio ontogenetico che si lascia alle spalle ma la condizione permanente della relazione sociale:

Lo spazio interpersonale in cui viviamo fin dalla nascita continua a definire per tutta la nostra vita una parte sostanziale del nostro spazio semantico. [...]

Molto di ciò che nel corso dei nostri rapporti interpersonali attribuiamo all'attività di una supposta capacità di formulare teorie sulla mente altrui, deriva in realtà da meccanismi molto meno «mentalistici». Sarebbe cioè il risultato della capacità di creare uno spazio «noi-centrico» condiviso con gli altri. La creazione di questo spazio condiviso sarebbe il risultato di questa attività di «simulazione incarnata», definita a sua volta in termini sub-personali dall'attività dei neuroni mirror che permettono di mappare sullo stesso substrato nervoso azioni eseguite e osservate, sensazioni ed emozioni esperite personalmente e osservate negli altri. (Gallese, 2003)

Una forma diretta di comprensione degli altri dal di dentro, per così dire, — la sintonizzazione intenzionale — si ottiene mediante l'attivazione di sistemi neurali alla base di ciò che noi e gli altri facciamo e sentiamo. Parallelamente all'indipendente descrizione sensoriale in terza persona degli stimoli sociali osservati, sono evocate nell'osservatore «rappresentazioni» interne e non-linguistiche degli stati corporei associati con azioni, emozioni e sensazioni, come se lui o lei stesse eseguendo un'azione simile o vivendo una simile emozione o sensazione.

La comprensione dell'azione è strettamente legata all'organizzazione del sistema motorio e allo sviluppo funzionale, ambito che potrebbe essere compromesso nelle persone con autismo per le quali fare ipotesi e percepire, attraverso le azioni, le intenzioni altrui sarebbe l'unica strategia praticabile in mancanza dei meccanismi più elementari che permettono la presa sperimentale sul mondo degli altri.

L'approccio corporeo proposto dagli autori risulta, quindi, di grande interesse e sollecita la lettura e il confronto con il testo. Approccio corporeo inteso nella prospettiva indicata dall'esperienza psicomotoria, vale a dire nella prospettiva di un «dialogo tonico» tra l'adulto e il bambino, tale da ri-mobilizzare i processi di integrazione sensoriale, i comportamenti imitativi e di sintonizzazione, le trasformazioni tonico-posturali reciproche, sollecitando, attraverso il gioco e il movimento, l'interazione comunicativa e sociale. L'intervento psicomotorio, fin dalle sue origini, ha sempre cercato di pervenire, teoricamente e praticamente, all'unità bio-psico-sociale dell'individuo mettendo al centro del suo interesse le aree di confine tra dimensioni biologica e psichica. La complessità del disordine autistico non può certamente essere ridotta a un mero deficit della cognizione motoria, tuttavia la mediazione corporea, così come viene intesa nel testo, vale a dire configurata in relazione ai più recenti studi neuroscientifici e psicologici e corredata di una formazione tale da rendere il corpo dell'adulto «competente»

a giocare nella relazione con l'altro, si conferma un approccio peculiare, appropriato e ricco di originalità. I disturbi del movimento che Teitelbaum e colleghi (1988) osservano in filmati familiari di bambini successivamente diagnosticati con autismo dimostrano la presenza di disturbi del movimento dai 4 ai 6 mesi d'età. Anomalie del tono muscolare che, per così dire, caratterizzano il fenotipo complesso del disordine autistico quali le atipie nel tono muscolare, l'anormalità nei riflessi e, successivamente, la mal destrezza, la goffaggine, i pattern di marcia atipici, la latenza, lo scambio e/o l'interruzione di sequenze motorie, i problemi di coordinamento. Disturbi ritenuti secondari, ma che tuttavia dimostrano un'organizzazione funzionale atipica, un'incapacità a prevedere le conseguenze di un'azione sia effettuata che osservata. Il deficit della fluidità dell'azione che consenta di contenerla in un format intenzionale potrebbe essere una ragione delle difficoltà di comprensione dell'azione compiuta dagli altri. A tale proposito nel testo si tiene in particolare conto la gestione del contesto nel quale si agisce e questo risulta essere molto importante per estrapolare l'obiettivo dell'azione stessa, la sua finalità e la comprensione dell'intenzione. Particolare riferimento viene fatto alle strategie messe in atto dal neuropsicomotricista, che si fondano sul riconoscimento del valore dell'azione spontanea del bambino e, attraverso processi di attribuzione di senso, di selezione e di strutturazione del contesto di gioco, perseguono il fine di costruire anche in questo caso esperienze di un sé agente efficace. La selezione degli obiettivi specifici avviene individuando di volta in volta la competenza emergente, che rappresenta il livello di sviluppo potenziale in cui collocare le sollecitazioni. L'approccio neuropsicomotorio proposto è tale da implicare e mettere in evidenza la co-regolazione interpersonale, «vale a dire il processo di mutuo e continuo aggiustamento dei partner di un'interazione». La capacità di comprendere gli altri in quanto agenti intenzionali, lungi dal dipendere esclusivamente da competenze mentalistico-linguistiche, è fortemente dipendente dalla natura relazionale dell'azione. Secondo quest'ipotesi, è possibile conseguire una comprensione diretta delle azioni altrui modellando il comportamento come azione intenzionale sulla base di un'equivalenza motoria tra ciò che gli altri fanno e ciò che fa l'osservatore. I vari meccanismi di rispecchiamento presenti nel nostro cervello, grazie alla creazione di una «consonanza intenzionale», ci consentono di riconoscere gli altri come nostri simili e verosimilmente rendono possibile la comunicazione intersoggettiva e una comprensione implicita degli stati mentali altrui.

Per mezzo di questo sistema multiplo di condivisione siamo in grado di accogliere e considerare la maggior parte dei diversi comportamenti espressivi che ci permettono di stabilire un legame significativo con gli altri. Questo fornisce una spiegazione unificata di importanti aspetti e livelli di descrizione di intersoggettività soprattutto visti come intercorporeità.

L'intercorporeità sembra, sintetizzando, il nodo cruciale, il punto di partenza.

L'interesse del modello di approccio corporeo che il testo ci sollecita non è solo quello di fare riferimento alla «tradizione psicomotoria» mediata dalle scoperte neuroscientifiche, ma di collocarle in un processo di integrazione con altre discipline per individuarne le caratteristiche comuni per avere un'impressione complessiva dell'intero quadro e per poter implementare l'intervento con i diversi contributi. Appare interessante il riferimento al modello definito Neurobiologia Interpersonale messo a punto da Daniel J. Siegel il quale afferma che

la NI si basa su un processo di integrazione di una molteplicità di discipline per individuare le caratteristiche comuni di questi campi indipendenti di conoscenze. Come succede nella favola del cieco e dell'elefante, ogni disciplina esamina un'area necessariamente concentrata e limitata dell'elefante, della realtà, al fine di conoscere in modo approfondito e dettagliato quella dimensione. Ma per vedere tutto il quadro, per avere un'impressione complessiva dell'intero elefante è fondamentale cercare di mettere insieme i diversi campi. Mentre ogni singolo cieco può non essere d'accordo con la prospettiva dell'altro tutti possono fornire contributi importanti a un'idea dell'insieme. (Siegel, 2009)

Gli Autori si ispirano alle interessanti connessioni che Siegel opera tra insight provenienti dalle neuroscienze, dalla teoria dell'attaccamento, da esperienze cliniche, educative e formative con bambini e adulti, per arrivare a definire un'importante esperienza a carattere soggettivo, la *mindfulness*, vale a dire l'attitudine a preservare uno stato di consapevolezza mentre si attraversa il fluttuante succedersi di momenti legati a esperienze sensoriali, relazionali e non. Dando la parola agli Autori:

Ci sembra che questa dovrebbe essere l'ossatura di fondo di chi si accinge a operare nel campo dell'intervento precoce nei disturbi di sviluppo, che, per loro stessa natura, si caratterizzano per una dimensione prevalentemente preverbale, per un'alta fluttuazione dei sintomi e per una fenomenologia estremamente individualizzata in ogni caso clinico sia per caratteristiche individuali di architettura neurobiologica, sia per aspetti temperamentali, sia per vicissitudini ambientali. In particolare Siegel si concentra nella sua disamina di alcune funzioni correlate all'attività delle aree mediali della corteccia prefrontale che ci sembrano interessare sia competenze del terapeuta che aree da attivare nel bambino all'interno del processo terapeutico. (p. 194)

Questa posizione richiama l'importanza che la psicomotricità, attraverso la voce dei suoi più autorevoli esponenti, ha sempre attribuito alla consapevolezza di «esserci». Si presta, inoltre, a due considerazioni.

La prima riguarda la valenza che questo lavoro ha e può avere non solo nell'ambito del trattamento neuropsicomotorio, ma anche nell'«attitudine» propria di ogni operatore, in particolare coloro che si confrontano con patologie così complesse come i DSA. La strada che viene proposta è quella di una rete che consente la circolazione dell'esperienza tra i vari operatori coinvolti e la condivisione degli obiettivi, delle difficoltà, ma anche dei passi in avanti in modo da «restituire a tutti i soggetti implicati, compresi gli operatori, un senso di efficacia che produca una spinta ulteriore al cambiamento e alla trasformazione».

La seconda considerazione riguarda la prospettiva formativa in ambito neuropsicomotorio. Citando di nuovo gli Autori: «L'ottica formativa psicomotoria, in sintonia con le numerose affascinanti evidenze che giungono dal campo delle neuroscienze, si dipana a partire dalla scoperta e dall'utilizzo dei propri processi corporei impressivi ed espressivi, per giungere a un nuovo livello di consapevolezza necessario in quei passaggi dell'intervento psicomotorio descritti in cui viene richiesto allo specialista un preciso assetto di ascolto e di intervento». Questo assetto risiede nella capacità di utilizzare un canale di ascolto complesso che, attraverso il sistema di amplificazione sensoriale sviluppato con la propria formazione personale, permette all'operatore di cogliere sfumature, stabilire connessioni, dare significato all'insieme senza perdere di vista il particolare. Riteniamo che un tale tipo di formazione sia indispensabile non solo per quei neuropsicomotricisti che si orientano al trattamento delle persone con autismo, ma che sia chiaramente la cifra distintiva dell'intervento in sé e della professione stessa. La complessità dei riferimenti teorici dell'approccio terapeutico messo in atto dagli Autori e del quale il testo ci dà conto si completa con un appropriato protocollo metodologico che la concretizza in maniera chiara e senza mai perdere di vista la valenza relazionale delle azioni.

# Introduzione

«La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minore restrizione possibile delle sue scelte operative [...]. Il processo riabilitativo riguarda, oltre che aspetti strettamente clinici, anche aspetti psicologici e sociali.» Questo semplice concetto espresso nelle Linee guida sulla Riabilitazione del 1998 riassume il senso ultimo e la complessità che guidano il processo riabilitativo a ripristinare le migliori condizioni di vita e di partecipazione alla comunità di un soggetto che vive un'esperienza di disabilità. Il concetto assume un significato particolare quando il «soggetto» a cui ci si riferisce, nel nostro caso il bambino, sta affrontando nello stesso momento sia le conseguenze di un evento patogeno sia la normale complessità dello sviluppo dell'essere umano. A questo livello preferiamo parlare di un processo «abilitativo» che diventa una vera sfida evolutiva, che, come nel caso dei soggetti affetti da DSA, copre l'intero ciclo di vita.

Questo libro nasce dal lavoro di un gruppo di professionisti che da molti anni si interroga sull'efficacia delle procedure e sul senso del proprio intervento a favore di bambini e adolescenti affetti da DSA e delle loro famiglie. Il prodotto di questa riflessione clinica si è tradotto in un modello di intervento, OPeN, che viene presentato non come un «nuovo metodo di trattamento» bensì come un dispositivo di procedure orientato a creare, nell'ambito di un servizio di riabilitazione dell'età evolutiva, un «posizionamento attivo» in tutti i soggetti coinvolti nel processo di accompagnamento e di cura (abilitativo, terapeutico, educativo, preventivo), dalle fasi più precoci di vita al momento dell'ingresso nella tarda adolescenza. Per noi il concetto di posizionamento attivo è la base per rendere reale ed efficace un lavoro di rete che, come nel caso dei DSA e di tutti i disturbi complessi presenti nell'intero ciclo di vita di un individuo, resta l'unico strumento valido per garantire un'efficace ed efficiente gestione delle risorse umane e materiali disponibili per l'intervento.



Il lavoro che vi presentiamo si riferisce esclusivamente alla prima fase di implementazione del modello, quella dell'intervento abilitativo precoce con bambini dai 18-24 mesi ai 4-5 anni, con particolare riferimento alla fase iniziale del trattamento. Questa dimensione di lavoro nel nostro ambito è piuttosto recente (ultimi dieci anni) ed è la positiva conseguenza di un processo molto più ampio e complesso che ha preso l'avvio dallo sforzo, a livello clinico, di abbassare sempre più la soglia della diagnosi nosografica per costruire modelli di intervento precoce. L'intervento precoce nei DSA si va consolidando sempre più nel nostro Paese attraverso un processo virtuoso che permette di affrontare le caratteristiche specifiche del disturbo in fase iniziale, sostenendo in molti casi trasformazioni e adattamenti più significativi di tutto il sistema che ruota intorno al bambino e al suo problema di sviluppo.

Lavorare a livello precoce significa anche accogliere il senso di alcune caratteristiche generali dell'intervento, considerate ormai da molti anni fondamentali per una corretta evoluzione dei trattamenti. Intensività, generalizzazione, coinvolgimento diretto della famiglia sono i principi cardine che hanno permesso di affrontare in modo più efficace questa dimensione drammatica dello sviluppo atipico umano. Va sottolineato che queste caratteristiche appartengono a tutti i modelli di intervento nei DSA — siano essi a sfondo evolutivo, come nel nostro caso, naturalistico o cognitivo-comportamentale — che vogliono collocarsi nella scia di una verificabilità e di una scientificità condivise dalla comunità internazionale. Ogni modello declina tali caratteristiche con i principi teorici che lo sottendono, alla ricerca di un livello elevato di coerenza che secondo recenti studi sta alla base dell'efficacia dei trattamenti.

Siamo felici che il nostro lavoro vada in stampa in una fase istituzionale e politica resa in questi ultimi mesi particolarmente ricca di suggestioni, potenzialità e criticità dall'emanazione da parte dell'Istituto Superiore di Sanità delle *Linee guida per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti*. L'ANUPI – Associazione Nazionale Unitaria Psicomotricisti e terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva Italiani, di cui molti di noi fanno parte — rappresentativa, nel panorama riabilitativo e sanitario del nostro Paese, del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) — ha avuto l'onore e l'onere di partecipare, insieme a numerose Associazioni e Società Scientifiche di prestigio, alla stesura delle Linee guida portando il proprio contributo al documento finale emanato dall'ISS. Riteniamo questo documento sicuramente perfettibile, e lo è per la natura stessa del lavoro, trattandosi di un'attenta revisione della letteratura internazionale sull'argomento e di una selezione degli studi giudicati validi secondo specifici e rigorosi criteri. Essa contiene già al suo interno la data entro la quale sono previste eventuali e auspicabili integrazioni di dati validi

in merito all'efficacia dei trattamenti nei DSA. In ogni caso, nel presente, questo documento fornisce già alcune indicazioni preziose a operatori, clinici, famiglie e educatori per proseguire quel processo di implementazione di modelli integrati di intervento e trattamento per i DSA nel nostro Paese.

Questo testo rappresenta il nostro contributo alle ricerche e al dibattito in corso, nella speranza di poter proseguire il dialogo ampio e articolato tra punti di vista diversi ma complementari che ormai si va consolidando tra gli addetti ai lavori. Il nostro punto di vista è quello del TNPEE, un professionista tra i più impiegati in questo ambito clinico, come confermato anche dai risultati emersi dalla ricerca presentata il 13 giugno 2012 presso l'ISS che vedono l'intervento psicomotorio come tra i più frequenti nel trattamento di soggetti in età evolutiva affetti da DSA. Un primo obiettivo di questo lavoro, a tale proposito, è portare alla luce la specificità, l'importanza, l'originalità e la necessità della presenza di questa figura nell'ambito dei trattamenti dei disturbi dello sviluppo in particolare e, in generale, di tutti i servizi che si occupano di età evolutiva. Un secondo obiettivo è presentare l'evoluzione che in questi anni ha avuto l'intervento neuropsicomotorio nel nostro Paese, un'evoluzione in linea con le sollecitazioni che da tempo giungono al mondo riabilitativo di lavorare anche a livello metaoperativo nello sforzo di costruire evidenze intorno all'esperienza diretta dei riabilitatori. A questo proposito verranno presentati alla fine del testo i risultati di una ricerca svolta presso l'Università di Padova in merito all'efficacia del trattamento neuropsicomotorio nei DSA.

Questi lavori sono importantissimi e per certi versi possono avvenire solo all'interno della ricerca italiana, in quanto la figura professionale del TNPEE è tipica della cultura clinica italiana ed è frutto della scelta compiuta a metà degli anni Novanta da parte della neuropsichiatria italiana e dell'ANUPI di integrare in una sola figura professionale i percorsi che allora provenivano dal mondo della psicomotricità italiana con quelli delle allora scuole dirette a fini speciali in riabilitazione neuro e psicomotoria. A livello internazionale, soprattutto nell'area anglosassone, è utile poter riconoscere alcune delle caratteristiche tipiche del TNPEE nel lavoro e nell'approccio di altre figure riabilitative, in particolare quella del terapeuta occupazionale (si vedano i lavori di Sally Rogers, Anna Jean Ayers e altri). Questo riconoscimento è fondamentale perché spesso è il mondo anglosassone che produce la maggior parte dei lavori EBM (Evidence Based Medicine) nell'ambito dei trattamenti e dunque questo riconoscimento serve anche per evidenziare presso la comunità scientifica la linea di continuità che esiste non da ora ma da sempre fra i nostri interventi e quelli validati in ambito internazionale.

Detto questo — convinti della ricchezza, della specificità e dell'efficacia di questa figura —, proviamo a definire la cornice epistemologica che orienta e dà

sensu all'operare del TNPEE e che fa da sfondo a specifiche e originali modalità di osservazione, valutazione e intervento. Essa si basa su alcuni principi irrinunciabili frutto della specifica formazione del TNPEE tesa a integrare costantemente processi teorici, clinici e formativi. I dati provenienti dalle ricerche sullo sviluppo tipico, sulla patologia neuropsichica e sui processi di apprendimento si coniugano nel percorso formativo con uno specifico tirocinio in età evolutiva, teso a osservare in primo luogo lo sviluppo delle funzioni adattive in bambini a sviluppo tipico e successivamente tutte le disfunzioni evolutive; il TNPEE viene sostenuto, nel suo percorso formativo, sia di base che post universitario, a utilizzare, attraverso una specifica formazione personale corporea, le proprie risorse soggettive come ulteriore sostegno allo sviluppo del bambino a funzionamento atipico. In primo luogo sappiamo che, nel corso dello sviluppo tipico del bambino, i processi adattivi da cui derivano le sue competenze sono il risultato di una dinamica complessa che prevede la costante interazione tra numerose funzioni. Nella nostra prassi collochiamo tali abilità in specifiche aree, ad esempio interattivo-sociale, motorio-prassica, comunicativo-linguistica. Questa organizzazione descrittiva per aree, di tipo lineare, orienta spesso la raccolta di dati in fase di valutazione e di conseguenza informa anche i successivi piani di trattamento. L'ottica del TNPEE, pur sostenendo l'idea che le abilità emergenti possano riferirsi a specifiche aree, tiene conto che le funzioni ad esse sottese e preposte al loro divenire sono molteplici e trasversali a queste diverse aree, così come le ricerche in neurobiologia e neuroanatomia ci stanno ormai confermando da anni. Funzioni come la regolazione, i sistemi motivazionali, l'elaborazione senso-percettiva e motoria, l'importanza della stabilità delle componenti emotive, la memoria di lavoro, il sistema attentivo, i centri inibitori e di controllo sono alla base di qualsiasi abilità emergente. Compito specifico del TNPEE consapevole dell'inscindibilità delle diverse aree di sviluppo e dell'interazione costante delle funzioni ad esse sottese sarà quello di utilizzare questa conoscenza e tradurla in azioni specifiche per favorire la crescita di bambini a sviluppo atipico.

Questo macro-obiettivo richiede l'implementazione di modelli coerenti tra impianto teorico di riferimento, procedure di intervento, uso delle risorse personali, in cui risulta fondamentale definire i processi, i percorsi, le evidenze, così come sostenuto da numerosi documenti, non ultimo quello del Comitato Nazionale di Bioetica (*Bioetica e riabilitazione*, 2006). In tale documento si sottolineano le peculiari caratteristiche della riabilitazione in rapporto ad altre aree mediche, in particolare riguardo alla necessità di una visione globale legata a una prospettiva diacronica e sincronica degli interventi, alla loro moltiplicazione, alla stessa imprevedibilità del trattamento in funzione di variabili difficilmente controllabili a monte, che molto hanno a che fare con la dinamicità dei sistemi funzionali di

base di cui abbiamo parlato prima. Riferendosi specificamente all'età evolutiva, il documento sottolinea che «ogni minaccia all'integrità somatica e ogni alterazione della sfera psichica ha conseguenze sulla struttura dell'immagine corporea, sulle modalità interattive, sulla dimensione propriocettiva, sul pensiero, sui modi di apprendere, sulla costruzione di un sé stabile». Possiamo dunque immaginare che una condizione patologica complessa come i DSA vada a disturbare il processo di maturazione e di sviluppo, impedendo potenzialmente l'acquisizione di nuove abilità, e crei al tempo stesso una disorganizzazione del complesso sistema funzionale sotteso a tali abilità.

Va considerato che nel corso dello sviluppo esiste una particolare forma di acquisizione di capacità e competenze intra e interpersonali che permettono progressivamente al bambino processi di inclusione e partecipazione al mondo che lo circonda: la progressiva coscienza di sé e dell'altro a partire dalla dimensione senso-motoria e tonica, la presa di coscienza delle regole che definiscono i rapporti interpersonali, l'acquisizione di strategie per far fronte alle richieste dell'ambiente, la pianificazione dei comportamenti. Ma è particolarmente importante sottolineare come il processo di sviluppo tipico preveda anche la costante inclusione delle abilità emergenti di tipo funzionale nell'ampio contenitore delle abilità sociali, in modo da creare una sinergia costante e sofisticata che permette al bambino una costante risonanza tra l'emergere delle competenze, il vissuto legato all'emergere delle competenze, la risonanza che nel mondo esterno ha l'emergere delle competenze.

Quest'area appena descritta sembra costituire il nucleo patogeno originario, centrale, specifico del DSA, verso il quale dobbiamo compiere i maggiori sforzi di trasformazione nelle fasi iniziali del trattamento. Abbiamo accennato in precedenza che in questo testo proveremo a descrivere le procedure specifiche dell'intervento neuropsicomotorio in fase precoce nel trattamento dei DSA, per come noi lo intendiamo e pratichiamo. In queste prime fasi lo sforzo deve essere finalizzato a un'azione sinergica ed equilibrata che, pur tenendo sempre conto dell'atipia di sviluppo che si sta innestando o che si è già strutturata, abbia lo scopo di non scotomizzare un'area di sviluppo a favore di altre e identifichi l'azione dell'adulto come un vettore che inneschi un processo reattivo di mobilitazione delle potenzialità residue o inesprese presenti in modo diverso in ciascun bambino. Una volta innescato o innestato il meccanismo, a seconda della severità dei vincoli patogenetici presenti, l'intervento abilitativo procederà seguendo la traiettoria evolutiva di quel singolo bambino, con lo scopo da un lato di intercettare, attenuare, estinguere il nascere di comportamenti tossici o inadeguati, dall'altro di favorire l'appuntamento del bambino con l'apertura di quelle finestre temporali evolutive fondamentali allo sviluppo delle principali funzioni adattive.

Il modello OPeN, nella fase di avvio, non è centrato sull'insegnamento di abilità, modalità che sarà presente nelle fasi successive dell'intervento, ma sulla progressiva co-costruzione di esperienze dialogiche di senso condiviso atte a innestare e consolidare nel bambino aree di competenza e di efficacia.

# Il modello OPeN

## *Procedure applicative attraverso esempi clinici*

Lo scopo di questo capitolo è esplorare il modello d'intervento OPeN, nella sua dimensione applicativa. Utilizzeremo, pertanto, degli esempi clinici al fine di descrivere la procedura che, a partire dall'osservazione neuropsicomotoria, conduce all'individuazione degli obiettivi terapeutici. Va precisato che l'individuazione degli obiettivi terapeutici è il risultato di un lavoro di équipe e, nella nostra esperienza, esso si avvale di fasi e di strumenti diversificati. Nello specifico elenchiamo a integrazione di quanto poi descriveremo in dettaglio: visita del neuropsichiatra infantile, valutazione psicodiagnostica attraverso i principali test standardizzati relativi ai protocolli valutativi dei DSA e quelli a cui abbiamo fatto riferimento nei precedenti capitoli (ADOS, VABS, QSCL, QUIT, McArthur, ecc.), colloqui con i genitori, incontri con gli educatori e operatori scolastici, ed eventuale osservazione logopedica.

Quest'ultima nella nostra esperienza viene effettuata sempre più precocemente, al fine di individuare in maniera tempestiva specifici indicatori dello sviluppo comunicativo linguistico. Siamo all'interno di una struttura riabilitativa privata convenzionata, in regime ambulatoriale e le terapie neuropsicomotorie, nella fase precoce, hanno un'indicazione di frequenza che varia dalle tre alle cinque ore settimanali. Le sequenze riportate nella descrizione dei casi relative alla terapia neuropsicomotoria si riferiscono a sedute videoregistrate, che in più occasioni sono state oggetto di analisi, con implicazioni di tipo teorico-pratico. Queste, infatti, sono state presentate in vari contesti (seminari, lezioni universitarie, convegni, ecc.), così le osservazioni e i commenti ad esse riferite sono il frutto di un lavoro che, nel tempo, ha integrato i preziosi apporti di studenti, di colleghi e di ricercatori. A tutti loro siamo grati per aver contribuito, con le loro riflessioni, a delineare una modalità comune e collettiva di osservare e codificare i fenomeni osservati. Il modello di intervento OPeN, che è stato

sistematizzato nel corso degli anni, prevede l'applicazione puntuale delle procedure che seguono.

In primo luogo si individua il livello di presenza delle competenze, mediante il confronto del fenomeno osservato con lo sviluppo tipico, secondo i principi e le modalità esposti nel capitolo precedente (tabella 4.1).

TABELLA 4.1  
Legenda punteggio-competenza

Tabella per l'individuazione del livello di presenza delle competenze		
Nv	Non valutabile	non è attualmente valutabile in riferimento all'età
0	Assente	non è attualmente raggiunta
1	Gravemente alterata	è riscontrabile solo in presenza di facilitazioni
2	Alterata	è emergente ma non strutturata
3	Lievemente alterata	è presente, ma risulta vulnerabile allo stress
4	Adeguate	è adeguata all'età ed è presente in qualsiasi condizione

Come avviene questa procedura di attribuzione del punteggio? Ecco degli esempi: Andrea, 24 mesi, non ha ancora sviluppato la capacità di indicare l'oggetto che desidera; in questo caso in riferimento all'età possiamo dire che si tratta di una competenza assente, pertanto il punteggio attribuito sarà 0. In un altro caso, Ciro, stessa età, indica solo quando deve scegliere tra due oggetti presentati dal terapeuta e uno di essi ha rappresentato un suo focus di interesse nel corso della seduta, mentre l'altro è neutro. Il punteggio attribuito in questo caso è 1, in quanto è necessaria la facilitazione del terapeuta. Francesca, 26 mesi, indica spontaneamente per richiedere oggetti disponibili alla vista, ma per ottenere quelli riposti nell'armadio picchia le mani sulle ante chiuse: attribuiamo il punteggio 2, in quanto la competenza è emergente ma non strutturata, cioè non è ancora generalizzata. Sergio indica esclusivamente quando è presente la mamma nella stanza; in sua assenza questo, come altri suoi comportamenti, risulta fortemente inibito: in questo caso il punteggio sarà 3, vale a dire una competenza presente, ma vulnerabile allo stress, correlato all'assenza della madre. Filippo usa in maniera efficace il pointing richiestivo, in tutti i contesti: ha chiaro che lo può utilizzare per ottenere qualcosa, o affinché l'altro compia un'azione per lui; il punteggio attribuito è 4. Potrebbe sembrare superfluo, ma è opportuno segnalare che alla voce «nv» si registrano quelle competenze che non possono essere presenti in riferimento all'età.

## Registrazione delle caratteristiche espressive

Come esposto nel capitolo precedente, si tratta di dimensioni in cui vi è una significativa influenza reciproca. Più avanti, nel settimo capitolo dedicato alla formazione, illustreremo come questa area osservativa sia sostenuta da una precisa dimensione formativa, volta a rendere il terapeuta consapevole del tipo di risonanze e reazioni che si generano nella relazione con ogni bambino e le sue peculiari caratteristiche espressive. Si tratta di un'area centrale ai fini del processo di conoscenza del suo profilo interattivo, in altre parole delle sue caratteristiche individuali; nella descrizione dei successivi casi clinici, sarà evidente l'influenza di queste registrazioni ai fini del progetto terapeutico.

## Individuazione delle facilitazioni

In quest'area il ruolo del terapeuta si staglia sullo sfondo della relazione di aiuto. Egli, lasciandosi guidare dalle ipotesi emerse nell'osservazione del comportamento spontaneo del bambino, introduce delle variazioni volte a sortire effetti trasformativi. Si tratta forse di un processo di aggiustamento spontaneo? Esso è legato esclusivamente alle capacità intuitive del singolo terapeuta? Assolutamente no. Si tratta piuttosto di attingere dal repertorio peculiare del TNPEE, che va a costituire il suo specifico *sistema di attitudine*, sintetizzato nel box 4.1.

### **Giochi di attivazione sociale:**

- rispecchiamento;
- amplificazione/riduzione ed enfattizzazione degli indici espressivi, riferite all'intensità;
- rallentamento/accelerazione, riferite al ritmo dell'interazione;
- regolazione del contatto;
- stimolazione, condivisione e contenimento dello scambio emozionale.

### **Giochi senso-motori a valenza rappresentativa:**

- introduzione di contenuti emotivi (stupore, paura, gioia);
- sollecitazione di schemi presimbolici (apparire/scompare, perdere/riappropriarsi, scappare/essere inseguito);
- sostegno alla costruzione di immagini mentali;
- accogliere e attuare anche su di sé trasformazioni toniche, motorie ed emozionali.

### **Area di gioco di esplorazione e uso sociale dell'oggetto:**

- atteggiamento tonico-posturale adattato allo scambio e alla condivisione;
- osservazione delle competenze esplorative dell'oggetto, sul piano sia reale che simbolico;
- sollecitazioni orientate a favorire esperienze sensoriali intenzionali;
- stimolazione delle capacità di apprendimento (classificazioni, categorizzazioni, problem solving).

Box 4.1 Il sistema di attitudine.



Questo sistema di attitudine permette l'individuazione di facilitatori altamente individualizzati; ecco qualche esempio. Per Giacomo, l'ascolto di canzoncine associate a gesti rappresenta un potente attivatore di alcuni segnalatori dello sviluppo comunicativo-sociale, quali sguardo referenziale, attenzione reciproca e imitazione di alcuni movimenti; si tratta cioè di un facilitatore per la costruzione di configurazioni interattive. Siamo nell'area della sollecitazione di giochi di attivazione sociale e il terapeuta, enfatizzando e amplificando i propri indici espressivi, in termini di mimica facciale, gesti e tono di voce, rende l'esperienza particolarmente vivida e ottiene per un tempo prolungato l'attenzione del bambino sul proprio volto e sulle proprie azioni. Osservando con più attenzione questa sequenza, notiamo che il terapeuta utilizza frequenti variazioni, ad esempio nel tono di voce e nel ritmo, si adatta posturalmente al bambino in maniera costante, abbassandosi alla sua altezza, facendo contemporaneamente attenzione ad attenuare la sollecitazione quando il bambino si allontana o distoglie lo sguardo. La stessa proposta, attivata con Roberta, sortisce l'effetto opposto: si mette le mani sulle orecchie come per tapparle, evita lo sguardo e si allontana scuotendo le braccia, come fa quando è turbata; siamo di fronte a una vera e propria barriera sensoriale per l'interazione. Eppure la madre in un colloquio ha riferito della sua passione per le sigle di alcuni cartoni animati; approfondendo scopriamo, ancora una volta grazie alla mamma, che in effetti Roberta ama ascoltare queste sigle, ma solo attraverso il televisore. Si tratta di un'informazione importante ai fini della definizione del profilo interattivo della piccola e ci suggerisce la successiva ipotesi di scomporre e semplificare le sollecitazioni percettive. Il terapeuta verifica questa ipotesi proponendole l'ascolto di un CD in stanza di terapia: ogni volta che interrompe la musica, guarda la piccola chiedendole: «Ancora?». Anche in questo caso, attraverso un'enfasi nella mimica facciale e un rallentamento dei gesti di accendere e spegnere, ottiene l'attenzione della bambina sul proprio volto: Roberta infatti sposta lo sguardo dallo stereo al terapeuta e poi alla sua mano.

## Descrizione di casi clinici

### *Andrea*

Il primo esempio riguarda il piccolo Andrea, giunto alla nostra osservazione all'età di 2 anni e 7 mesi; ciò che aveva indotto i genitori a effettuare una consultazione neuropsichiatrica presso il servizio territoriale erano: i comportamenti atipici del piccolo, l'assenza del linguaggio verbale, la tendenza a stare da solo e le difficoltà nella gestione dei diversi momenti di vita familiare. Si riportano i dati anamnestici salienti rilevati nel corso della visita neuropsichiatrica effettuata presso

il nostro centro. Il nucleo familiare è composto da madre (25 anni, casalinga, in apparente buona salute) e padre (27 anni, commerciante, in abs – apparente buona salute), non consanguinei, e dal fratellino Mario di 10 mesi in abs. Si rileva, tra i precedenti neuropsichiatrici, che la nonna paterna era affetta da depressione maggiore, trattata farmacologicamente. In relazione all'anamnesi fisiologica si registra:

- gravidanza: normocondotta e normomonitorata;
- parto: a termine, eutocico;
- condizioni neonatali: pianto immediato, colorito roseo, peso 3,250 kg, Apgar 9 a 1' e 10 a 5';
- allattamento: al seno fino al sesto mese;
- svezzamento: al 4-5 mese con difficoltà. Successivamente riferiti problemi di masticazione e selettività alimentare per cibi di forma rotonda e consistenza semisolida; entrambi i problemi sono tutt'ora presenti;
- sviluppo psicomotorio: tappe dello sviluppo motorio riferite in epoca; prime paroline assenti e linguaggio verbale tutt'ora assente;
- controllo degli sfinteri: non ancora raggiunto;
- ritmo sonno-veglia: irregolare con frequenti risvegli notturni;
- vaccinazioni: secondo legge senza sequele.

In riferimento all'anamnesi patologica remota è segnalata una dermatite atopica. Nel corso dei colloqui iniziali, il piccolo Andrea viene descritto come un bambino tendente all'isolamento, che come unico mezzo comunicativo ha l'uso strumentale del corpo dell'altro e che, nelle attività ludiche, mostra tendenza alla ripetitività e una dedizione assorbente per particolari configurazioni visive. Vengono, infine, segnalati manierismi motori stereotipati.

La fase osservativo-esplorativa: il senso dell'attesa

Siamo in una delle prime sedute di osservazione; quel che ci colpisce di Andrea è uno schema esplorativo dello spazio altamente atipico, che viene immediatamente messo in atto e che, come ci riferiscono i genitori, è presente in più contesti. Il piccolo si sposta nello spazio strisciando, un emilato sembra più attivo dell'altro e trascina il resto del corpo. La terapeuta è al centro della stanza in ginocchio, chiama il bambino per nome, utilizzando un tono di voce via via più sostenuto; ciò nonostante il piccolo non si gira mai verso di lei. In un secondo momento, mentre Andrea persiste nello schema di spostamento descritto, la terapeuta assume una posizione carponi e si sposta verso di lui, producendo un rumore con le mani sul suolo, introducendo un tema sonoro che assume le caratteristiche di un ritmo di passi incalzanti, sollecitando così uno schema di gioco di tipo presimbolico. Il piccolo ha un sussulto, reagisce alla progressiva enfasi sonora prodotta dalla terapeuta, si gira verso di lei, modifica

il tono e per qualche istante assume la posizione carponi e si sposta con una certa rapidità nello spazio, «come se scappasse». Ne scaturisce una brevissima sequenza, in cui l'attività di entrambi è allineata e sintonizzata, ma, improvvisamente, il bambino ricade al suolo pesantemente, ritorna a strisciare e viene riassorbito dal suo schema motorio precedente. La terapeuta prova a riattivare la sequenza appena descritta, non sortisce effetto e si ferma a osservare nuovamente. Nelle fasi iniziali di esplorazione dello stile interattivo, questi momenti assumono particolare importanza. Nelle esperienze di supervisione, infatti, abbiamo avuto modo di riscontrare frequentemente come questa posizione iniziale di attesa, finalizzata alla costruzione di ipotesi, pur producendo disorientamento e temporanee sensazioni di inefficacia delle proprie azioni, è centrale per procedere nell'intervento.

Da una sequenza interattiva all'individuazione degli obiettivi terapeutici

Proviamo a definire le fasi specifiche di questo processo di aggiustamento progressivo:

- osservazione del comportamento spontaneo del bambino;
- aggiustamento tonico-posturale ai suoi indici espressivi;
- allineamento e ricerca di sintonizzazione rispetto all'attività del bambino;
- verifica degli indici di variazione;
- sollecitazione all'interazione col terapeuta mediante «incursioni percettive»;
- verifica degli indici di variazione.

Tornando alla descrizione della sequenza precedente, la rapidità con cui essa si attiva e si disattiva induce la terapeuta a osservare nuovamente il bambino in una differente configurazione. Il piccolo ha ripreso a strisciare e osserva tutti i suoi spostamenti attraverso un grande specchio, che occupa una parete riflettendo per intero il campo di svolgimento dell'azione; anche la terapeuta inizia a osservarlo attraverso lo specchio. Andrea entra in questa dimensione di triangolazione dello sguardo e dunque sembra controllare ciò che fa la terapeuta attraverso lo specchio. La terapeuta compie azioni che il bambino segue con interesse: dispone due parallelepipedi morbidi, uno per sé e uno per il bambino, e inizia uno schema di gioco del far finta di galoppare e cadere, il bambino la guarda e la imita, sempre attraverso lo specchio. Si avvia una sequenza in cui è sorprendente verificare la capacità del bambino di rispondere in maniera efficace e sintonizzarsi sull'attività di gioco; anche la motricità si modifica e non vi è più traccia di quell'asimmetria osservata tra i due emilati nello schema dello striscio. In questo caso la sequenza ha una durata molto prolungata e la terapeuta — registrato il livello di presenza dei segnalatori dello sviluppo comunicativo-sociale in termini di sguardo referenziale, attenzione congiunta e imitazione, e rilevata la variazione delle caratteristiche

espressive del bambino in termini di modificazione della modulazione tonica e orientamento posturale — *individua i facilitatori*: specchio, imitazione, amplificazione della mimica facciale e tono di voce sostenuto. Le modalità espressive della terapeuta sono: enfaticizzazione dello schema di gioco, introduzione di elementi quali ritmo e sonorità e associazione del suono onomatopoeico del galoppo al movimento. Successivamente promuove cambiamenti e introduce la caduta, permettendo a questo schema di gioco senso-motorio a valenza rappresentativa di entrare in una dimensione circolare e di alternanza del turno. Va sottolineata contemporaneamente la comparsa del sorriso e di vocalizzi, a testimonianza di una dimensione di piacere senso-motorio nel bambino. Nelle sedute successive questi schemi si riattualizzano, a partire dalle facilitazioni individuate — lo specchio, l'amplificazione della mimica facciale, l'utilizzo di un tono sostenuto di voce e l'imitazione —, che contribuiscono alla costruzione di configurazioni interattive stabili. L'esperienza clinica con i DSA ci ha permesso di rilevare frequentemente che i bambini si guardano e guardano l'altro attraverso lo specchio, quindi questo diviene un facilitatore dell'aggancio visivo, anche se in taluni casi assume caratteristiche «disturbanti» qualificandosi come interesse assorbente.

Come compileremo per Andrea la sezione della SON che descrive l'area affettivo-relazionale, in rapporto ai segnalatori dello sviluppo comunicativo sociale (figura 4.1)?

1.2 Segnalatori dello sviluppo comunicativo-sociale												
Attenzione reciproca	n v	0	<del>X</del>	2	3	4	n v	0	1	2	3	4
Impegno reciproco	n v	<del>X</del>	1	2	3	4	n v	0	1	2	3	4
Intenzionalità e reciprocità nell'interazione	n v	0	<del>X</del>	2	3	4	n v	0	1	2	3	4
Sguardo referenziale	n v	0	<del>X</del>	2	3	4	n v	0	1	2	3	4
Pointing richiestivo	n v	<del>X</del>	1	2	3	4	n v	0	1	2	3	4
Pointing dichiarativo	n v	<del>X</del>	1	2	3	4	n v	0	1	2	3	4
Attenzione condivisa	n v	0	<del>X</del>	2	3	4	n v	0	1	2	3	4
NOTE SULLE CARATTERISTICHE ESPRESSIVE:												
<i>Modulazione tonica</i>		A	<del>NA</del>		A						N/A	
Note: tono prevalentemente basso associato ad asimmetrie in alcuni schemi, che si modifica se sostenuto dall'imitazione												

<i>Orientamento posturale</i>	A	<del>DA</del>	A	N/A
Note: frequente uso di posture bizzarre e non orientate in rapporto all'altro, che si modificano attraverso l'uso dello specchio				
<i>Accettazione del contatto</i>	A	<del>DA</del>	A	N/A
Note: difficilmente accetta la «guida fisica», non si lascia prendere per mano. Vi è evitamento attivo, come se si scottasse				
<i>Manifestazioni emotive</i>	A	<del>DA</del>	A	N/A
Note: tendenza all'appiattimento				
<i>Manifestazioni temperamentali</i>	A	<del>DA</del>	A	N/A
Note: eccessive reazioni di disagio, difficile consolabilità				
<i>Manifestazioni comportamentali</i>	A	<del>DA</del>	A	N/A
Note: ostinazione e scarsa adattabilità al contesto				
LEGENDA: <b>A</b> = adeguato; <b>N/A</b> non adeguato.				
FACILITATORI E STRATEGIE				
Spazio:				
Tempo: ciclicità delle sequenze ludiche, accelerazioni e decelerazioni				
Oggetti: specchio				
Azione/imitazione: imitazione e amplificazione dello schema ludico (mimica, movimenti accentuati)				
Voce/linguaggio: tono sostenuto, suoni onomatopeici				
Tono:				
Postura:				
Altro:				

Fig. 4.1 Una sezione della SON di Andrea.

La rilevazione di questi dati, accanto a tutti gli altri registrati nelle varie sezioni valutative, ci permette di definire gli obiettivi a breve termine che riportiamo nella tabella 4.2.

TABELLA 4.2  
**Obiettivi a breve termine di Andrea**

Obiettivi a breve termine			Verifica obiettivi	
Data	Area	Obiettivi breve termine	Data	
	1	Obiettivo: evoluzione nell'area affettivo-relazionale	Raggiunto	
		1. Sotto-obiettivo: <i>sguardo referenziale</i>	Si	No
		2. Sotto-obiettivo: <i>attenzione condivisa</i>	Si	No

In termini evolutivi, gli obiettivi a lungo termine possono essere individuati utilizzando l'ICF-CY, che tra le sue applicazioni si propone come strumento clinico nell'assessment dei bisogni, nell'abbinamento fra trattamento e condizioni specifiche, nell'assessment per l'orientamento, nella riabilitazione e nella valutazione dei risultati (OMS, 2007, p. 13). L'individuazione degli obiettivi a breve termine deve fare riferimento a un quadro evolutivo ben più ampio; in altre parole dobbiamo avere chiaro che la stimolazione di una determinata abilità, o competenza, sia funzionale, in un'ottica evolutiva, al raggiungimento di capacità adattive in termini di Attività e Partecipazione. Introduciamo qui un concetto fondamentale per chi opera in età evolutiva: per *attività* si intende esecuzione del compito o di un'azione da parte di un individuo; la partecipazione è il coinvolgimento in una situazione di vita; le limitazioni dell'attività sono le difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire delle attività; le restrizioni della partecipazione sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita (OMS, 2007, p. 19).

Questa precisazione, lungi dall'essere un'adesione di tipo esclusivamente culturale al modello biopsicosociale, rappresenta per noi un principio guida, affinché il nostro intervento sia finalizzato non a addestrare funzioni ma a sostenere la capacità di utilizzare ogni abilità in maniera adattiva. Per questo motivo, utilizziamo i domini per la componente Attività e Partecipazione quali obiettivi a lungo termine:

- d130 Copiare: imitare o mimare come una componente basilare dell'apprendere, come copiare, ripetere un'espressione facciale, un gesto, un suono, ecc. (OMS, 2007, p. 137);
- d161 Dirigere l'attenzione: mantenere intenzionalmente l'attenzione su azioni o compiti specifici per una lunghezza temporale appropriata (OMS, 2007, p. 141);
- l'altro dominio coinvolto appartiene all'area della comunicazione (d310-d329), con particolare riferimento ai messaggi non verbali: d3150 comprendere il signi-

# Interazione e integrazione tra progetto educativo e progetto terapeutico

Il rapporto tra educazione e riabilitazione ha radici lontane e solide, al punto che ogni sistema riabilitativo implementato in età evolutiva porta con sé inevitabilmente un'idea di sviluppo, un'idea di bambino, un'idea di persona: una pedagogia implicita. Al tempo stesso è insita, in molti sistemi pedagogici, soprattutto quelli orientati al bambino nei primi anni di vita, un'idea di cura intesa come accompagnamento e attenzione a un armonico sviluppo della personalità, attraverso la valorizzazione delle caratteristiche personali del singolo e la sollecitazione di tutte le aree di apprendimento potenziali. Questa complementarità tra dimensione educativa e terapeutica ha indirizzato e trasformato progressivamente le prime esperienze di inserimento scolastico verso un processo di reale integrazione e inclusione di bambini con problematiche comunicativo-interattive nel contesto educativo. Ricordiamo che, in generale, il termine «inserimento» si riferisce alla pura e semplice introduzione fisica all'interno di un nuovo ambiente, mentre con «integrazione» si intende il processo di attuazione di precise linee progettuali, atte a rendere il bambino con bisogni speciali capace di apprendere e di svilupparsi secondo itinerari personali e secondo le proprie possibilità, in relazione interattiva con il gruppo dei coetanei e con gli adulti di riferimento. Integrazione significa quindi completamento, arricchimento, processi che si caratterizzano in relazione alle opportunità di sviluppo umano, sociale, intellettuale, riabilitativo e terapeutico, offerte dall'ambiente scolastico, familiare, sociale e lavorativo.

Più di recente è apparso il termine «inclusione», da poco entrato nel nostro lessico educativo, spesso per adeguarsi a una terminologia internazionale (in molti Paesi europei si usa il termine *inclusion*). Sarebbe riduttivo, e probabilmente inutile, usare il termine «inclusione» come sinonimo di «integrazione» o di «integrazione di qualità», anche se certamente tra i due termini non c'è la frattura logica e culturale che ha segnato il passaggio da *inserimento* a *integrazione*. L'inclusione

è infatti un'estensione del concetto di integrazione, che coinvolge non solo gli alunni con disabilità formalmente certificati ma tutti i compagni, con le loro difficoltà e diversità. Si presta particolare attenzione agli alunni con bisogni educativi speciali, per la costruzione di un reale percorso di vita, non limitato solo all'ambito scolastico, ma che prevede la forte interazione di tutte le componenti, anche extrascolastiche, che possono permettere una piena e matura crescita del bambino con disabilità. In quest'ambito l'azione della scuola a favore dei soggetti disabili assume grande importanza, in quanto è su di essa che si misura la reale qualità degli interventi messi in atto.

L'adozione di tale prospettiva già dai primissimi anni di vita, con l'inserimento in contesti ed esperienze di prima socializzazione o al nido, per proseguire nella scuola dell'infanzia, ci mette di fronte alla necessità di analizzare bene le forti potenzialità ma anche le complementari criticità che si possono creare in questi contesti. Intervenire sul piano educativo nella fascia d'età fra 0 e 5 anni, sia nello sviluppo tipico che in situazioni cliniche, vuol dire confrontarsi proprio con quella inestricabile configurazione di cura e pedagogia di cui abbiamo parlato all'inizio del capitolo. La dimensione *in-fans*, che è tipica dei primi due anni di vita, e che nei bambini con DSA si prolunga nel tempo, costringe gli operatori a confrontarsi non solo con le proprie competenze professionali, in termini di progettazione e implementazione di strumenti educativi, ordinari e speciali, ma anche con i propri vissuti personali, sollecitati proprio dall'irrompere sulla scena educativa del *corpo*, inteso prevalentemente nelle sue caratteristiche espressive e come luogo di risonanza di memorie emotive implicite.

La corporeità sana e soprattutto quella atipica, ipo o iperamplificata nei suoi modi espressivi, sollecita negli adulti modi non consapevoli di reazione basati su nodi emotivi, su blocchi relazionali o, più semplicemente, sul tipo di rappresentazioni che hanno costituito nel tempo la base delle nostre certezze, dei nostri valori e dei nostri convincimenti. Pensiamo a come possano essere distorte, nel bene e nel male, le osservazioni da parte di adulti di comportamenti infantili centrati sull'aggressività, sull'inibizione o sull'espressione di affetti come il bisogno di protezione, l'isolamento, il conflitto, la rabbia, ecc. Quante volte entrando in una sezione ci accorgiamo che il piccolo, avvinghiato alle braccia dell'educatrice, avrebbe bisogno di un comportamento pensato, verbalizzato, con parole e sentimenti sul corpo e non solo di un corpo a corpo; un frainteso senso di replica della situazione «materna» o un eccesso di risposta a un bisogno tende a bloccare non tanto lo sviluppo in sé ma lo sviluppo di rappresentazioni di sé dinamiche e articolate. Downing (1995) ha coniato il termine *schemi affettivo-motori* proprio per definire l'ineluttabilità di una doppia matrice compresente nelle azioni del bambino e soprattutto per sottolineare quanto un certo tipo di selezione di risposte



emotive da parte dell'adulto, in riferimento ad alcuni comportamenti, possa nel tempo radicarsi e costituirsi come fissità nella rappresentazione che il bambino va a costituirsi di sé. Immaginatoci quanto questo rischio sia elevato in condizioni di atipie comportamentali come quelle dei DSA, che vanno a sollecitare aree primarie legate alla nascita dei primi schemi interattivi, centrati sul riconoscimento dell'altro. Ecco perché la presenza di bambini con profili espressivi di sviluppo atipico, con specifiche esigenze di attenzione alla qualità dell'interazione, può mettere a dura prova l'identità professionale di un'educatrice o, di contro, può costituire, se ben monitorata, un fattore di crescita e di trasformazione per l'adulto, nonché un'opportunità per risposte più adeguate ai bisogni di maturazione psicologica, affettiva e cognitiva di tutti i bambini inseriti in quel contesto.

A tale proposito ci sembra interessante fare riferimento al concetto di prevenzione primaria in ambito psico-pedagogico, che significa porre le condizioni di benessere che riguardano:

- la crescita di ogni bambino nella sua globalità;
- il riconoscimento della qualità genitoriale che va sostenuta e stimolata;
- le capacità ideative, progettuali e attuative degli operatori che vanno tutelate attraverso una dimensione formativa permanente, orientata a «sviluppare competenze metacognitive, che aprano al decentramento dai propri schemi di riferimento e all'individuazione di rigidità cognitive» (Contini, 2005, p. 33);
- le capacità dei coordinatori/formatori di cogliere gli aspetti di mutamento e di sostenere la produzione di nuove domande da parte sia degli operatori che dei genitori.

Ci piace immaginare — nell'ambito di una collaborazione tra educatori, famiglia e clinici, in coerenza con tutto il nostro modello —, la possibilità di innescare un circuito virtuoso che crei uno spazio di scambio e di crescita a partire dalle rappresentazioni di quel bambino che si sono andate organizzando nei diversi contesti. Il fine di questo confronto, in cui siano ben chiari e dichiarati obiettivi, strumenti e conoscenze specifiche, può essere la costruzione di un'immagine dinamica di un sistema che ruoti intorno al bambino, che permetta allo sforzo abilitativo di dialogare il più possibile con il contenitore culturale, col sistema di valori e credenze in cui è inserito. La rete che si viene a creare, che è inizialmente il risultato di un dialogo tra individui e successivamente tra individui che rappresentano istituzioni, costituisce la base che rende possibili e soprattutto vitali le dimensioni di intensività e generalizzazione raccomandate da tutte le linee guida nazionali e internazionali in merito al trattamento dei DSA.

Questo è un punto che consideriamo fondamentale: il dialogo tra clinica e educazione diventa fertile nel momento in cui si rispettano e si riconoscono le

specificità, i limiti e la diversificazione di contesti e obiettivi. Se non si accoglie il punto di vista dell'altro a questo livello di progettazione, difficilmente si potrà cogliere il punto di vista del bambino: le modalità di funzionamento di un bambino con DSA risentiranno in modo significativo di questo particolare, ma anche della differenza di contesti quali la sala di terapia, la sezione di nido o lo spazio familiare. Ci sembra utile sottolineare che, proprio in questa fase in cui si avviano processi così importanti, che saranno le fondamenta per tutto il ciclo di vita di quella persona, la dimensione neuropsicomotoria può rappresentare un formidabile ponte tra esigenze preventive, educative e cliniche. Questo perché da molti anni, in Italia, possiamo contare su una sinergia molto stretta tra dimensione neuropsicomotoria in ambito riabilitativo e dimensione psicomotoria in ambito socioeducativo. L'area comune tra queste due modalità di intervento che perseguono obiettivi generali distinti — con strumenti, strategie e progettualità oramai definite e non più sovrapposte o confuse —, è proprio quella preventiva che si attiva in modo significativo, soprattutto nei primi anni di inserimento scolastico e di socializzazione, che permettono sicuramente con più facilità la sperimentazione di modelli di intervento integrato. Questa dimensione preventiva psicomotoria si basa su un fondo comune identificabile in una particolare modalità di intendere le relazioni fra processi emotivi, cognitivi e corporei, che si focalizza nel concetto di azione e trova spazio nell'attenzione al comportamento spontaneo del soggetto, all'interno di un'area di gioco condiviso (Formenti, 2006). Siamo nel campo della prevenzione primaria legata all'attenzione per i diritti e i bisogni fondamentali di tutti i bambini, anche di quelli con bisogni speciali, che, in alcuni momenti della loro vita, devono poter sperimentare la «normalità» del loro essere speciali.

La psicomotricità educativa, in questo caso, collaborando con l'équipe riabilitativa, può essere di grande aiuto nel creare condizioni ottimali per l'integrazione: può fornire importanti e specifici contributi a un'osservazione ampia del comportamento di quel singolo bambino «speciale»; può individuare indici trasformativi anche minimi, a partire dall'estrema attenzione a tutte le componenti non verbali della relazione; può diventare terreno fertile per sperimentare, al di là del contesto familiare e abilitativo, in un ambito sociale e grupppale allargato, momenti di interazione guidata e sostenuta dall'adulto; può fornire indicazioni preziose a genitori e clinici sui processi di generalizzazione in atto nel bambino. Auspichiamo che questa alleanza possa evolvere in strategie di intervento sempre più specifiche e verificabili nella loro efficacia. Intanto si consolidano in alcune università italiane percorsi specifici di formazione di secondo livello alla pratica psicomotoria educativa e preventiva. Il nostro sistema educativo e scolastico, relativamente all'integrazione del bambino disabile, si avvale di una serie di leggi e normative tra le più evolute a livello internazionale. L'abolizione delle classi

differenziali, nel 1977, ha rappresentato una conquista fondamentale nel riconoscimento dei bisogni e dei diritti di un soggetto in difficoltà, ma soprattutto una rivoluzione nel modo di concepire l'apprendimento stesso, che ha modificato alle radici il *modus operandi* della scuola e degli educatori nel nostro Paese in relazione ai concetti di aiuto e di difficoltà.

Lo scorrere del tempo sta però inevitabilmente mutando lo scenario all'interno del quale si muovono gli attori del processo educativo: istituzione, genitori, bambini e, nel nostro caso, équipe riabilitativa. In particolare, ci interessa affrontare alcune questioni di fondo molto attuali che riguardano proprio il dialogo fra queste due realtà: il mondo dell'educazione e il mondo della riabilitazione. Cosa li unisce? Cosa li divide? Come sviluppare un dialogo costruttivo che serva e permetta un ulteriore contenimento e crescita per il bambino e la sua famiglia? Quali fattori impediscono o favoriscono realmente il dialogo tra strutture educative ed équipe riabilitative? Esistono caratteristiche specifiche nell'autismo che richiedono accorgimenti particolari per l'inserimento scolastico? Per affrontare tali argomenti dobbiamo partire dal presupposto che l'inserimento nel contesto educativo richiede un lavoro di profonda riflessione, proprio per le modalità attraverso cui la patologia si manifesta, modalità che tendono spesso a produrre situazioni di confusione, disorientamento e inadeguatezza degli interventi.

Le nostre riflessioni in merito tengono conto di esperienze dirette, contestualizzate nel nostro sistema scolastico, senza la pretesa di essere paradigmatiche o esaustive di tutto ciò che avviene in questo settore. Questa premessa non è casuale ma voluta, perché apre a una prima criticità oggi riscontrabile in numerose occasioni: negli ultimi anni il nostro Paese ha assorbito numerose sollecitazioni, in merito ai DSA, appartenenti alla tradizione anglosassone e soprattutto statunitense che, proprio perché fondate su un paradigma maggiormente orientato alla parola *educazione*, a volte possono produrre difficoltà nella traduzione operativa, proprio per i differenti modelli di base a cui ci si riferisce. Probabilmente in questo libro sul trattamento in età precoce, che copre esperienze legate al nido e alla scuola dell'infanzia, alcune di queste criticità sono meno evidenti o percepite in modo più sfumato, ma in ogni caso immaginare una progettualità speciale e individualizzata all'interno di un percorso educativo di inserimento in un contesto tipico è molto differente dal programmare un percorso di educazione speciale tout court in una cornice di classi differenziali, dove tutt'al più si possono immaginare dei momenti complementari di scambio con pari tipici. Non prendiamo in questa sede una posizione pregiudiziale verso l'una o l'altra ipotesi, ma proveremo a riflettere sulle questioni aperte.

La seconda criticità sta nel fatto che le procedure di intervento riabilitativo, di qualsiasi orientamento (cognitivo-comportamentale, naturalistico, evolutivo),

nel corso di questi ultimi anni vanno maggiormente organizzandosi secondo modelli e protocolli sempre più precisi, finalizzati, raffinati e orientati al cuore della sintomatologia del disturbo. Con la diagnosi precoce si sta affermando un paradigma clinico maggiormente caratterizzato da criteri di urgenza, efficienza ed efficacia. Questa componente da un lato è fondamentale ma dall'altro lato tende a caratterizzare in modo forse eccessivamente «medicalizzato» procedure di trattamento che restano, in assenza di altri strumenti, esclusivamente comportamentali e educative. Il rischio è lo sviluppo di un paradosso operativo per cui terapeuti, educatori e genitori si ritrovano in una babele operativa, caratterizzata da strumenti simili (osservazione, costruzione di ipotesi, interventi sui comportamenti del bambino), ma guidati da motivazioni e obiettivi a volte molto distanti tra di loro. Termini come *gioco*, *apprendimento*, *socializzazione*, *interazione* possono essere descritti e utilizzati con modalità molto diverse, anche se complementari.

La terza criticità, derivante direttamente dalle prime due, è che a volte si assiste a dinamiche in cui la riabilitazione o l'educazione speciale, sostenute inconsapevolmente anche da alcune istanze dei genitori, tendono a stressare il contesto educativo che accoglie il bambino con DSA, cercando a volte di imporre modalità e linguaggi presi a prestito dal contenitore «speciale» delle tecniche o dei paradigmi riabilitativi, e chiedendo agli educatori notevoli sforzi per apprendere modalità di intervento specifiche per quel tipo di disturbo. Esistono numerosi esempi di buone prassi descritte in letteratura, nelle quali la sinergia tra le componenti prima descritte produce ottimi esempi di integrazione di bambini con bisogni speciali, ma in tante situazioni le cose non sono così fluide e spesso il risultato è per tutti poco soddisfacente. La questione sta, a nostro avviso, nel definire — a livello sia dei servizi sia di ogni singola storia clinica — cosa sia educazione, cosa riabilitazione, cosa appartenga alla specificità dell'uno o dell'altro e soprattutto, una volta chiariti i rispettivi ambiti, quali siano gli spazi per costruire un processo di condivisione reale tra le varie istanze, unica possibilità affinché la rete potenziale di aiuto sostenga il bambino e la sua famiglia, piuttosto che catturarli in una trappola di incomunicabilità e conseguente frustrazione. In particolare, l'ambiente scolastico va considerato come uno spazio di grande importanza nell'ambito di un programma di intervento precoce. Considerando l'età, il livello di sviluppo e la natura del problema, l'asilo nido e la scuola dell'infanzia vanno intesi come spazi preposti a facilitare esperienze di incontro con coetanei e adulti, per promuovere competenze comunicative e adattive. A tale scopo gli operatori scolastici vanno coinvolti attivamente nel progetto: essi, cioè, devono sentirsi parte attiva di un sistema di aiuto integrato.

Si pone ancora una volta la necessità di definire, a monte dei contenuti dell'intervento e delle scelte metodologiche, la strutturazione del contesto all'in-

terno del quale tali contenuti vanno inseriti. Non va sottovalutato che il rapporto che si stabilisce tra gli operatori (insegnanti, terapisti) e i genitori assume caratteristiche di una relazione molto complessa. Contesti istituzionali diversi, ruoli diversi, procedure e contenuti differenti, aspettative e bisogni altrettanto differenti connoteranno lo specifico svolgersi delle relazioni tra i diversi sistemi, che in sostanza si possono tradurre in una diversa visione del bambino in termini di bisogni, capacità e difficoltà. Non identificare e non riconoscere tali diversità e specificità spesso genera incomprensioni, conflitti e talvolta vera e propria incomunicabilità. In questa prospettiva un primo obiettivo dovrebbe essere rappresentato da un percorso di conoscenza dei diversi sistemi implicati allo scopo di individuare un «fondo comune», operando una diagnosi organizzativa delle risorse umane e tecniche proprie di ciascun sistema, e procedure di lavoro condivisibili. Tale modello dovrebbe rispondere ad alcuni principi guida:

- le procedure devono essere a conoscenza di tutti gli attori del progetto;
- le diverse figure professionali devono essere informate sulle modalità operative che ciascuna intende utilizzare;
- i genitori, quando è possibile, devono essere messi al corrente su ogni procedura adottata e quindi su ciò che accade;
- ogni operatore deve definire il proprio ruolo e in particolare quale compito gli è stato affidato o intende assumere;
- il ruolo e la specificità delle funzioni devono essere tutelati;
- le varie fasi operative vanno documentate in modo che rimanga una traccia evidente dei passaggi effettuati e sia possibile in ogni momento una ricostruzione degli accadimenti della storia terapeutica e educativa;
- la scansione dei tempi di realizzazione del progetto deve essere il più possibile definita (Berti, Comunello e Savini, 2001, p. 19).

L'adesione a tali principi implica una rivisitazione del ruolo dell'operatore del servizio (neuropsichiatra infantile, psicologo, terapeuta, dirigente scolastico, insegnante) nel coinvolgimento della famiglia, della scuola e nell'aggiustamento continuo rispetto alle istituzioni.

## Strategie

La funzione dell'operatore del servizio consiste nel favorire negli educatori una visione più ampia dei bisogni del bambino, spesso non compresi perché prevale la visione della disabilità, delle manifestazioni disadattive e dei comportamenti aberranti. Ciò potrebbe determinare da parte degli insegnanti un atteggiamento di dipendenza nei confronti dell'operatore, che viene visto come colui in grado