

INDICE

INDICE	1
ABSTRACT	3
CAPITOLO 1 – QUADRO TEORICO	4
1.1 ADHD – disturbo da deficit di attenzione e iperattività	4
1.2 DOP – disturbo oppositivo provocatorio	6
1.3 DC – disturbo della condotta	7
1.4 Trattamento e considerazioni	8
1.4.1 Trattamento	8
1.4.2 Considerazioni	10
CAPITOLO 2 – COPING POWER: CENNI STORICI	11
2.1 Coping Power: nascita e sviluppo in ambito psicologico come trattamento per DC	11
2.2 Coping Power: ideazione approccio scolastico in Italia, un programma di prevenzione primaria.	13
CAPITOLO 3 – IL PROGRAMMA COPING POWER NELLA SCUOLA DELL’INFANZIA	16
3.1 Modulo introduttivo: accoglienza	16
3.2 Modulo 1: stabilire traguardi a breve e lungo termine	17
3.3 Modulo 2: consapevolezza delle emozioni e livelli di intensità	18
3.4 Modulo 3: gestire le emozioni con l’autocontrollo	20
3.6 Modulo 5: problem solving	23
3.7 Modulo 6: le qualità positive	24
4. PROGETTO PILOTA	25
4.1 Introduzione allo Studio	25
4.1.1 Obiettivi del Progetto	25
4.1.2 Analisi SWOT	26
4.1.3 Popolazione e Criteri	27
4.1.4 Timing.....	28
4.2 Materiali e Metodi	28
4.2.1 Strumenti	28
4.2.2 Valutazione neuro e psicomotoria	29
4.2.3 Questionario Conners	31
4.2.4 Test per le Funzioni Esecutive	32
4.2.5 Scala WPPSI III	33

4.3 Applicazione Studio: Adattamento del “Coping Power scuola dell’Infanzia” al setting riabilitativo	33
CAPITOLO 5 - RISULTATI.....	46
5.1 Valutazione del campione.....	46
5.1.1 Caso clinico 1 T0.....	46
5.1.2 Caso clinico 2 T0.....	50
5.1.3 Caso clinico 3 T0.....	54
5.2 Valutazione del campione T1	58
5.2.1 Caso clinico 1 T1.....	58
5.2.2 Caso clinico 2 T1.....	61
5.2.3 Caso clinico 3 T1.....	63
5.3 Andamento e variazioni nella presentazione dei comportamenti problema.....	66
CAPITOLO 6 - DISCUSSIONE.....	67
6.1 Discussione dei risultati per singolo caso	67
6.2 Discussione globale e considerazioni	72
6.3 Limiti e proposte future.....	75
CAPITOLO 7 - CONCLUSIONI	77
BIBLIOGRAFIA.....	79
SITOGRAFIA	79

ABSTRACT

Introduzione: Nella riabilitazione di pazienti con disturbi del neurosviluppo è indispensabile intervenire sui disturbi comportamentali in quanto la loro intensità può portare deficit socio-emotive con correlate difficoltà di relazione e inserimento nel gruppo sociale dei pari. Per tale motivo è nato il pensiero di adattare al setting neuro e psicomotorio il programma “Coping Power scuola dell’infanzia” che ha evidenziato risultati positivi sia nel trattamento dei disturbi comportamentali, sia nella prevenzione di essi.

Obiettivo: Il seguente progetto di tesi si prefigge l’obiettivo di adattare il “Coping Power scuola dell’infanzia” al setting neuro e psicomotorio per il trattamento dei disturbi comportamentali attraverso la promozione della consapevolezza emotiva e lo sviluppo della capacità di autoregolazione.

Materiali e metodi: Per attuare lo studio sono stati usati molteplici strumenti:

- Valutazione neuro e psicomotoria qualitativa per l’analisi dei comportamenti problema
- Valutazione neuro e psicomotoria quantitativa per approfondire il livello di sviluppo nell’area cognitiva, delle funzioni esecutive e relativamente agli apprendimenti. Con l’uso di Scala WPPSI III, Batteria FE-PS per le funzioni esecutive, Test BIA e Test TOL
- Somministrazione del questionario Conners ai genitori riguardo la percezione delle modalità di comportamento dei bambini nell’ambiente domestico

L’intervento erogato prevede sedute di terapia neuro e psicomotoria in piccolo gruppo a cadenza monosettimanale, con focus del Training sulle emozioni e sul controllo della rabbia ad impostazione cognitivo-comportamentale.

Risultati: I risultati ottenuti in relazione alla comparsa dei comportamenti problema e gestione della rabbia osservati con valutazione qualitativa sono positivi, in accordo con quanto emerso dall’intervista ai genitori. Tali risultati sono disattesi dalla valutazione quantitativa in cui si registrano peggioramenti in corrispondenza di alcune aree relative alle funzioni esecutive e agli apprendimenti.

Discussione e conclusioni: I limiti evidenziati nello studio sono vari. In primo piano vi è la mancanza di strumenti per la valutazione quantitativa standardizzata dei disturbi comportamentali e dei deficit di autoregolazione. In secondo luogo, il programma da cui prende forma il trattamento è pensato per una classe scolastica composta da molti elementi in cui la concentrazione di tali disturbi è minore, pertanto differiscono le dinamiche di relazione ed infine è ideata per degli spazi ampi divisibili. Per migliorare il progetto è necessario apportare cambiamenti più radicali e strutturali nell'approccio proposto, in tal modo da consentire il lavoro anche su altri obiettivi.

INTRODUZIONE

Questo progetto di tesi si focalizza sul trattamento dei disturbi comportamentali associati a disturbi di attenzione e iperattività ed in particolare sull'adattamento del "Coping Power scuola dell'infanzia", approccio educativo in ambito scolastico, al setting e alle modalità della terapia neuro e psicomotoria.

Sono vari i motivi che mi hanno portato ad approfondire questo argomento.

-In primo luogo, l'interesse personale e la curiosità scaturita dall'osservazione clinica dei bambini con problematiche comportamentali che ho incontrato durante i tirocini in tutto l'arco dei tre anni del Corso di Laurea in Terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva. Specialmente durante il tirocinio curricolare e volontario dell'ultimo anno svolto presso la struttura Kos Group Centro Ambulatoriale Santo Stefano di Macerata.

I casi con cui sono entrata maggiormente in contatto sono il disturbo oppositivo-provocatorio, il disturbo della condotta e il disturbo della regolazione emotiva. Aldilà dell'inquadramento diagnostico troviamo delle presentazioni che possono essere simili tra loro ed in particolare la linea di demarcazione tra i primi due disturbi è difficile a volte da individuare. Nella casistica che ho incontrato erano in comorbilità con ADHD. Mi ha colpito la pervasività di queste caratteristiche, siano esse manifestate come unico sintomo o in associazione ad altri disturbi del neurosviluppo. Mi ha colpito il "peso" dei problemi comportamentali sullo sviluppo armonico di questi piccoli pazienti e la correlazione con l'inevitabile modifica dei loro ambienti ecologici, delle loro relazioni con i pari e con gli adulti di riferimento. Da sempre mi sono chiesta come riescano ad inserirsi nei contesti con cui la vita quotidiana li chiama ad interfacciarsi e a quale "prezzo" con quanta "fatica".

Mi ha colpito ancora l'estrema variabilità in tipologia, frequenza, intensità, disfunzionalità di questi comportamenti che in effetti derivano da un insieme complesso di fattori legati tra loro: predisposizione del temperamento, ambiente socioeducativo, difficoltà nella regolazione emotiva. Ho potuto toccare con mano che all'aggressività si associa una deficitaria maturazione della capacità di elaborazione dell'informazione sociale con tendenza a valutare i segnali come erroneamente/esageratamente ostili e a organizzare e di tutta risposta reazioni impulsive aggressive.

-Altro motivo che mi ha portato alla scelta definitiva dell'argomento di tesi sono stati i risultati emersi dall'utilizzo di Pubmed, una delle principali banche dati in ambito biomedico. Formulando la stringa di ricerca "(ADHD)" osserviamo i seguenti risultati: 1042 nel 2004, 2773 nel 2014, 2638 al 09/2024; al contempo con la stringa "(ADHD) AND (oppositional defiant disorder)" il picco maggiore viene rilevato nel 2015 con 150 pubblicazioni, seguito dal 2020 con 142. Se da un lato osservando l'andamento dei risultati è possibile notare come nell'ultimo ventennio vi sia una crescita esponenziale degli articoli prodotti a riflesso dell'interesse della comunità scientifica verso i disturbi del neurosviluppo e dell'ingente incremento delle diagnosi, dall'altro lato ho potuto constatare che il numero di articoli dedicati all'adulto e all'adolescente è di gran lunga maggiore rispetto i numeri di articoli dedicati ai primi anni dell'età evolutiva. Questo mi fa capire che c'è ancora tanto da osservare e da dire rispetto l'osservazione di questa casistica e al relativo trattamento in età evolutiva.

Il DOP si manifesta al di sotto dei cinque anni di età nonostante possa essere diagnosticato in bambini e adulti, con una prevalenza stimata nella popolazione del 3-5% (DSM-5-TR, American Psychiatric Association, 2023). Il Disturbo della Condotta risulta notevolmente più riconosciuto, si caratterizza prettamente per la violazione delle principali regole, aggressività, frode e furto; ci sono sottotipi con esordio nell'infanzia.

Per quanto riguarda l'ADHD, ad oggi l'incidenza del disturbo nella maggior parte delle culture è pari al 5% nei bambini e al 2,5% negli adulti (DSM-V-TR, American Psychiatric Association, 2023).

Questi bambini manifestano svariate difficoltà nella gestione del loro comportamento che si riflettono nella vita quotidiana e nella qualità delle relazioni. Per questo il trattamento da prediligere è quello multimodale e comprende anche strategie di tipo educativo mirate all'acquisizione di competenze sociali fondamentali. Le Linee Guida riconoscono tra i trattamenti principali: la terapia cognitivo comportamentale, l'intervento diretto con il bambino, il Parent Training e l'intervento educativo con coinvolgimento degli insegnanti; emerge quindi la fondamentale importanza dell'azione sull'ambiente circostante al bambino.

-Infine, la motivazione più importante e significativa per la progettazione del corrente elaborato di tesi: la scoperta durante l'ultimo dei tirocini del "Coping Power Program".

Tale approccio si sviluppa intorno agli anni 2000 sulla base del *contextual social-cognitive model* di Lochman e Wells; Lochman con questo nuovo programma voleva trattare prettamente il disturbo della condotta con l'obiettivo di ridurre la presenza di comportamenti aggressivi e la prevenzione delle condotte di abuso. Come? Prevedendo *“un intervento di gruppo per i bambini e un parallelo programma di parent training per i genitori”* (John Lochman, Karen Wells, Lisa A. Lenhart, 2022). Il modello teorico viene verificato all'interno di un ambiente scolastico e in trattamenti psicologici.

Ed è così che dall'unione di spinte e interessi personali, con le possibilità concrete nate sul campo e sulla base della letteratura e le evidenze presenti, nascono le mie domande:

- È possibile trasferire il programma Coping Power nel suo protocollo scolastico ad un setting terapeutico?
- Quali sono le eventuali accortezze da considerare?
- A quale coorte si potrebbe estendere?
- Quali adattamenti andrebbero apportati?

Per tentare di rispondere almeno in parte ai quesiti ho preso in considerazione tre casi clinici il cui progetto riabilitativo prevedeva l'inizio di un lavoro di gruppo basato proprio sull'approccio Coping Power. Di questi casi solo uno rispetta i criteri di diagnosi per ADHD mentre gli altri presentano alcuni dei tratti caratteristici sufficienti ad inficiare la vita quotidiana uniti alle difficoltà nella gestione del comportamento sociale e della relazione interpersonale.

In Italia il maggiore esponente del programma è il Dott. Pietro Muratori (psicologo dirigente presso l'IRCCS Fondazione Stella Maris di Pisa), docente formatore del metodo.

CAPITOLO 1 – QUADRO TEORICO

1.1 ADHD – disturbo da deficit di attenzione e iperattività

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività è uno dei disturbi neuropsichiatrici più frequenti in età evolutiva con una presentazione eterogenea, ha un elevato tasso di comorbidità con altri disturbi. Si stima che il numero dei bambini affetti sia circa il 5%, nella metà di essi il disturbo persiste in età adulta; la frequenza negli uomini è 6 volte superiore rispetto alle donne. In accordo con il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, in cui il disturbo è contenuto nella sezione dei disordini relativi al neurosviluppo, i criteri diagnostici del disturbo sono cinque:

- **CRITERIO A.** la sintomatologia principale comprende una o più modalità di comportamento persistenti, possono essere di disattenzione e/o iperattività/impulsività; per porre diagnosi di disturbo è necessaria la presentazione di almeno sei dei sintomi descritti, per una durata superiore a sei mesi, con un'intensità non riferibile al grado di sviluppo e con compromissione nel funzionamento del soggetto.
 1. Disattenzione. (trascura i dettagli, esegue lavori imprecisi, fatica a sostenere i tempi attentivi per lunghi periodi, appare distratto, lascia in sospeso le attività iniziate e ignora le istruzioni, fatica a programmare le attività, prova a sottrarsi dalle attività a lunga durata, smarrisce gli oggetti, la sua attenzione viene deviata da stimoli distrattori, è incauto nelle attività di routine)
 2. Iperattività e Impulsività. (si dimena sulla sedia, abbandona la postazione scolastica, salta o vaga in momenti poco opportuni, tende ad agitarsi nel gioco ricreativo, è verboso, anticipa la risposta, fatica a rispettare l'alternanza nei turni, è indiscreto con gli altri)
- **CRITERIO B.** alcuni dei sintomi sopra citati sono presenti prima dei dodici anni
- **CRITERIO C.** alcuni dei sintomi sono presenti in due o più ambienti di vita
- **CRITERIO D.** traspare in modo ovvio il modo in cui la sintomatologia inficia la performance del bambino
- **CRITERIO E.** i sintomi presenti non sono riconducibili alla presenza di altri disturbi

Sulla base del comportamento predominante si delineano i tre sottotipi: combinato, disattenzione predominante o iperattività/impulsività predominante; inoltre, secondo il numero di sintomi presenti e la compromissione che ne può derivare, il manuale specifica il grado di gravità in lieve, moderato e grave.

I primi comportamenti ad emergere sono relativi all'iperattività, i bambini risultano costantemente attivi sotto l'aspetto motorio anche in modo afinalistico e in contesti inappropriati; l'impulsività invece si presenta tramite azioni avventate non premeditate e la mancanza di rispetto del turno conversazionale; la disattenzione si presenta come ultima con difficoltà nel portare a termine un compito e frequenti deviazioni dallo stesso, questi ultimi comportamenti sono quelli che perdurano maggiormente nel tempo.

La diagnosi è principalmente clinica a carico del neuropsichiatra infantile, viene poi accompagnata da valutazioni strumentali eseguite dall'equipe multidisciplinare composta da psicologi, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva e logopedisti. Si basa su un'anamnesi approfondita con intervista a genitori ed insegnanti unita ad una valutazione clinica; è possibile affiancare una parte di valutazione strumentale con l'uso di test quali:

- BIA, TOL, Test delle Campanelle, per le funzioni esecutive
- Scala WISC-IV per le abilità cognitive
- CBCL, ADHD Rating Scale IV, CRS-R-Conners' Rating Scales-Revised, SDAI (per la scuola), SDAG (per i genitori), SDAB (per i bambini) i questionari per la valutazione del comportamento ed eventuali comorbilità

Ci sono casi in cui i sintomi presenti sono insufficienti per porre diagnosi, di fronte a tali situazioni il NPI può decidere di inserire nella diagnosi le appendici "con altra specificazione" o "senza specificazione" a seconda dell'inserimento, o meno, di una giustificazione riguardo la sintomatologia mancante.

Le linee guida SINPIA consigliano di affiancare anche valutazioni degli apprendimenti, RNM e analisi del corredo genetico.

1.2 DOP – disturbo oppositivo provocatorio

Il disturbo oppositivo provocatorio presenta una frequenza maggiore nel sesso maschile prima dell'età adulta in cui non è possibile chiarire bene in quale dei due sessi vi è maggiore incidenza; per quanto riguarda la frequenza non sono riportati dei dati precisi ma sostiene che la percentuale si aggira intorno al 3%. I criteri diagnostici conformi a quanto descritto nel manuale DSM-V-TR sono tre:

- CRITERIO A. manifesta un tono dell'umore collerico/irritabile, un comportamento polemico/provocatorio o vendicativo persistente da almeno sei mesi. Per porre diagnosi è necessario che il soggetto presenti almeno quattro dei sintomi indicati nel manuale durante l'interazione con una persona differente dal proprio fratello
 1. Umore collerico/irritabile
 2. Comportamento polemico/provocatorio (attribuisce agli altri i propri comportamenti errati, si mette in competizione con i soggetti che rappresentano la potestà o figure di tipo istituzionale)
 3. Vendicativo
- CRITERIO B. la difformità del comportamento è associata a senso di incomodo della persona o dei soggetti presenti nel contesto o ha un effetto negativo sulle sue performance sociali
- CRITERIO C. i sintomi non sono riconducibili al disturbo da disregolazione dell'umore dirompente; inoltre, il comportamento non si presenta solamente in concomitanza con l'assunzione di sostanze o disturbi psicotici

A seconda del numero di ambienti in cui si manifesta il comportamento viene classificato in: lieve (un ambiente), medio (due ambienti), grave (tre o più ambienti). I soggetti affetti frequentemente manifestano il comportamento con i familiari.

La diagnosi è di tipo clinico, può essere fatta da un neuropsichiatra infantile o uno psichiatra affiancando i criteri del manuale alla valutazione clinica eseguita con anamnesi approfondita, colloquio con genitori ed insegnanti.

Ci sono dei momenti nel corso dello sviluppo in cui il comportamento oppositivo e con tendenza alla negatività sono fisiologici, in riferimento soprattutto alla prima infanzia quando il bambino inizia a costruire la propria identità separata da quella del genitore,

termina intorno ai 36 mesi per poi riprendere nel periodo adolescenziale. Quando questo comportamento perdura nel tempo e con presentazioni marcate fino a instaurare difficoltà nelle relazioni, prima domestiche e poi scolastiche o sociali, è da considerare un disturbo.

1.3 DC – disturbo della condotta

La prevalenza del disturbo della condotta risulta omogenea tra diverse popolazioni con una media del 4%, la prevalenza è sempre del sesso maschile. In linea con il DSM-V-TR i criteri diagnostici riportati per la diagnosi del disturbo sono i seguenti:

- CRITERIO A. modalità di comportamento continua in cui prevarica i diritti fondamentali del prossimo o i primari principi e convenzioni sociali congrue allo sviluppo anagrafico, si palesa con la manifestazione di almeno quattro dei sintomi seguenti nel corso dell'anno appena trascorso e minimo un sintomo nel semestre appena concluso
 1. Aggressione a persone e animali (è spietato con persone e animali, innesca risse, sfida direttamente le vittime derubandole, obbliga persone a subire atti sessuali)
 2. Distruzione delle proprietà (provoca danni irreparabili a proprietà altrui anche con incendi)
 3. Frode o furto (violazione di proprietà, trae in inganno per ottenere i suoi scopi)
 4. Gravi violazioni di regole (si allontana volontariamente dalla propria dimora o scuola senza fare ritorno per la notte)
- CRITERIO B. la difformità del comportamento comporta un notevole danno nella qualità dell'approccio agli ambienti di vita quotidiani
- CRITERIO C. se il soggetto ha superato la maggiore età non rispetta i criteri per il disturbo antisociale di personalità

Sulla base dei sintomi presentati e le loro conseguenze sulle persone circostanti viene classificato in tre livelli di gravità: lieve, moderato e grave. Sono presenti inoltre due specificazioni, la prima specificazione relativa al periodo di esordio che può essere in infanzia, in adolescenza o non meglio specificato; la seconda specificazione “con emozioni prosociali limitate” (DSM-V-TR).

La diagnosi del disturbo è clinica, lo specialista svolge un'accurata valutazione del caso unita ad una raccolta anamnestica ampia, con intervista ai genitori e agli insegnanti; spesso queste valutazioni possono essere poco attendibili poiché i ricordi non sempre sono sufficientemente nitidi, per cui l'età di esordio cui si risale è in ritardo di circa un biennio rispetto l'esordio reale del disturbo.

Le persone affette hanno un pattern di comportamento continuo aggressivo, oppositivo provocatorio.

1.4 Trattamento e considerazioni

1.4.1 Trattamento

Come già accennato sopra questi disturbi sono spesso in comorbilità tra di loro. Nei bambini diagnosticati con DDAI circa il 50 % presenta anche un DOP mentre il 25% un DC, segue un'alta frequenza di bambini con disturbo dirompente dell'umore, DSA e in minor parte una concomitanza con i disturbi d'ansia.

Per quanto riguarda il DOP, oltre alle percentuali sopra citate, se esso è ad esordio nell'infanzia presenta una comorbilità elevata con il DC mentre, adulti e adolescenti affetti hanno una maggiore frequenza di disturbi da uso di sostanza; più in generale, a causa della loro indole sono predisposti ai disturbi d'ansia.

Nella sezione relativa alle comorbilità del DC il manuale statistico e diagnostico per i disturbi mentali scrive "Il DDAI e il disturbo oppositivo provocatorio sono entrambi comuni in individui con disturbo della condotta e questa comorbilità predice gli esiti peggiori." (American Psychiatric Association, (2023). *DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision.*)

In accordo con le Linee Guida SINPIA del 2002 per l'ADHD il trattamento consigliato per il disturbo è multimodale e prevede i seguenti interventi:

Psicoeducativo	Promuove la consapevolezza del disturbo nel genitore e nel bambino
Con il Bambino	Trattamento farmacologico per il contenimento della triade sintomatologica; Trattamento cognitivo-comportamentale per promuovere le abilità prosociali ed i comportamenti desiderati ¹ .
Con il Genitore	<i>Parent Training</i> per favorire modalità educative adeguate e un'analisi funzionale dei comportamenti del figlio
Con gli Insegnanti	<i>Teacher Training</i> a supporto della routine scolastica con strategie cognitivo-comportamentali (con influenza positiva sul funzionamento e la produttività di tutta la classe) e attività di metacognizione

Tabella 1, Linee Guida SINPIA trattamento ADHD

In relazione ai disturbi del comportamento vengono consigliati dei trattamenti multimodali e multidimensionali, qui la problematica è incentrata nei problemi di regolazione e contenimento della rabbia.

- “Tra gli interventi *evidence-based* a stampo cognitivo-comportamentale quello più sviluppato nel contesto italiano è il Coping Power Program” (Chiara Pacini, Daniela Brizzola, (2020). *Disturbi e traiettorie atipiche del neurosviluppo. Diagnosi e intervento.*) nonché il solo a cui viene ricondotto un miglioramento dei tratti *callous-unemotional*. Ad oggi le tecniche per aumentare la consapevolezza e la regolazione emotiva sono molteplici, troviamo ad esempio: rilassamento, *role playing*, colloquio interiore. L’operatore tramite queste metodiche vuole favorire il problem solving sociale, stimola il paziente a produrre molteplici soluzioni per uno stesso problema.

¹ Il trattamento cognitivo comportamentale viene riconosciuto dai 9 anni in regime psicoterapico.

- Più recentemente si sono delineati programmi ispirati alla *mindfulness* che hanno come fine l'accoglienza dei propri stati emotivi, anche dolorosi, e della funzione dei rapporti sociali su di essi.

Sulla base di quanto espresso in relazione all'importanza dell'intervento multimodale e sulle evidenze relative al successo degli interventi precoci, nel 2009 nasce il "Coping Power Scuola". Questo è un programma di prevenzione universale pensato per consentire a tutti di trarne un miglioramento. Le evidenze relative al programma per la scuola dell'infanzia riportano aspetti vantaggiosi anche nell'ambito dei prerequisiti agli apprendimenti scolastici.

1.4.2 Considerazioni

Si può notare come per ADHD, DOP, DC e altri, il trattamento con maggiori evidenze sia quello di stampo cognitivo-comportamentale. Inoltre, prendendo in considerazione l'elevato tasso di comorbilità che vi è tra di essi e le comuni difficoltà nella maturazione delle abilità prosociali ha virato il pensiero dell'equipe verso la proposta di un trattamento comune che potesse lavorare trasversalmente su tutte le problematiche.

Il "Coping Power scuola dell'Infanzia" contiene al suo interno molteplici aspetti:

- Tecniche cognitivo-comportamentali rivolte allo sviluppo della metacognizione, delle abilità prosociali e della consapevolezza emotiva con relative tecniche di controllo.
- Attività di potenziamento dei prerequisiti scolastici con lavori carta e matita che promuovono lo sviluppo delle funzioni cognitive, allungamento dei tempi attentivi ed il controllo degli impulsi.

Per queste sue caratteristiche è stato scelto come programma elettivo da sottoporre alla popolazione verificando la possibilità di trasportarlo in un setting neuro e psicomotorio.

CAPITOLO 2 – COPING POWER: CENNI STORICI

2.1 Coping Power: nascita e sviluppo in ambito psicologico come trattamento per DC

“Il Programma “Coping Power” è stato sviluppato da Lochman e collaboratori a partire da un originario programma denominato *Anger Coping Program*. Insieme all’*Incredible Years Program* di Webster-Stratton e collaboratori è uno dei pochi programmi con caratteristiche di complessità e di provata efficacia nel trattamento del comportamento dirompente in età scolare” (John E. Lochman, Karen Wells, Lisa A. Lenhart, (2022). *Coping Power. Programma per il controllo di rabbia e aggressività in bambini e adolescenti.*)

Lochman fonda il programma sui principi cardine del *contextual social-cognitive model* che lui stesso ha ideato, in questo modello spiega come l’aggressività infantile non è riconducibile ad una singola motivazione; indica quindi la necessità che vi sia una coesistenza di: predisposizione genetica/caratteristiche intrinseche del singolo e condizioni socio-ambientali favorevoli. “A partire dalla predisposizione biologica, ambientale e dalle esperienze maturate nel loro contesto sociale e all’interno delle loro relazioni primarie, i bambini con problemi di aggressività sviluppano quindi una modalità distorta e deficitaria di elaborazione dell’informazione sociale. Essi, infatti, tendono a percepire e a valutare i segnali sociali prevalentemente in maniera ostile e a reagire in modo aggressivo” (John E. Lochman, K. A. Dodge (1994). *Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive and nonaggressive boys*).

Basandosi sugli assunti sopra descritti hanno ideato un programma di prevenzione secondaria che coinvolge in un trattamento simultaneo il gruppo dei bambini ed i relativi genitori, questo duplice andamento è fondamentale per ottenere la massima efficacia. L’interessamento dei caregiver è essenziale, a partire dalle basi teoriche di Bowlby, i disturbi del neurosviluppo vengono sempre più ricondotti a problematiche di relazione; questo segna una rivoluzione rispetto agli anni appena precedenti in cui il genitore era considerato al pari di un ostacolo. La scelta dei bambini è data dalla valutazione del comportamento da parte degli insegnanti nel penultimo anno della Scuola Primaria, l’intervento viene erogato negli anni seguenti ma prima dell’accesso alla Scuola

Secondaria. Questo trattamento nasce come programma multimodale da applicare in un contesto scolastico statunitense e viene somministrato da esperti psicologi formati.

Nell'autunno del 2002 viene pubblicato il primo studio in cui afferma che “L'effetto dell'intervento sulla delinquenza, sull'uso di sostanze e sui risultati del comportamento scolastico è stato almeno parzialmente mediato attraverso cambiamenti prodotti dall'intervento” (John E. Lochman, Karen Wells (2002). *Contextual social-cognitive mediators and child outcome: a test of the teoretical model in the coping power program*); molteplici studi sono effettuati successivamente, anche in ambito europeo, a sostegno dei benefici prodotti.

- Coping Power Bambini.

Usa tecniche di tipo cognitivo-comportamentale per permettere ai membri del gruppo di sperimentare attivamente tecniche di gestione della rabbia e formulazione di soluzioni alternative per affrontare momenti socialmente complessi. Un'attività particolarmente utile è il *role play* accompagnato da riprese video, insieme queste consentono di analizzare la risposta comportamentale emersa durante la rappresentazione ed in seguito individuare un'interpretazione differente della situazione proposta. La scelta di una terapia di gruppo per questo trattamento è dettata dal desiderio di ottenere una buona partecipazione emotiva assimilabile a quella scaturita da una situazione reale, conseguentemente accresce le probabilità di generalizzare le competenze apprese di volta in volta. I principali obiettivi posti sono: affinare le capacità di pianificazione, favorire l'autoregolazione e l'interpretazione dei segnali biologici che accompagnano le emozioni, sviluppare l'empatia e problem solving sociale.

- Coping Power Genitori.

Per delineare il programma rivolto ai genitori, si ispirano al modello del *parent training*, è “dettagliatamente manualizzato e strutturato in 16 incontri” (John E. Lochman, Karen Wells, Lisa A. Lenhart (2022)) fiancheggia i genitori per tutto il biennio al fine di sostenere l'acquisizione di basilari capacità genitoriali come: abilità organizzative adeguate, uso di una comunicazione consona, instaurazione di una relazione familiare solida, sviluppo di una raffinata attitudine all'analisi del comportamento.

2.2 Coping Power: ideazione approccio scolastico in Italia, un programma di prevenzione primaria.

A differenza del Coping Power sopracitato, approccio per soggetti diagnosticati in ambito psicologico, il Coping Power strutturato per la scuola italiana “È un programma di prevenzione primaria nato nel 2009 sul modello del Coping Power Program” (Consuelo Giuli, Iacopo Bertacchi, Pietro Muratori (2017) *Coping Power nella scuola dell'infanzia.*)

Per plasmare il “Coping Power Program” a questo nuovo setting è necessario apportare molteplici modifiche; una diminuzione delle “sessioni di lavoro” con selezione delle più adeguate, le variazioni maggiori sono da applicare alle attività per renderle idonee al contesto classe.

Nel 2014 grazie ad un progetto legato all'ospedale Stella Maris di Pisa inizia la sperimentazione del programma “Coping Power Scuola” anche per la scuola dell'infanzia in un'ottica educativa basata su attività di tipo ludiche e psicomotorie ma non applicando mutamenti nei moduli.

Il programma “Coping Power scuola dell'infanzia” si sviluppa su due binari paralleli, uno si concentra nel migliorare le abilità di autoregolazione e sviluppo delle competenze emotive “è una sorta di training sulle sei abilità di base che caratterizzano i moduli del programma” (Consuelo Giuli, Iacopo Bertacchi, Pietro Muratori (2017) *Coping Power nella scuola dell'infanzia*) che approfondiremo nel prossimo capitolo; l'altro è fondato sulla struttura della *Token Economy*.

Il “Coping Power scuola dell'infanzia” si integra con il programma didattico per una durata pari all'intero anno scolastico, viene somministrato da insegnanti abilitati formati attraverso un corso di aggiornamento tenuto da Pietro Muratori e Ilaria Costantino. Gli insegnanti della scuola dell'infanzia vengono forniti di tre strumenti: un manuale teorico con guide più approfondite, il libro con la storia narrata (Ap Apetta e Lambretta) ed un libro con attività predisposte.

- Nel Manuale Teorico è presente una spiegazione completa dalle fondamenta fino alla costruzione del programma. Per ogni modulo vi è un'indicazione degli “obiettivi”, “strumenti” e “attività”, la durata di svolgimento, una guida per i 3 percorsi: *cognitivo, relazionale, psicomotorio* ed infine la realizzazione di alcune

attività. Nei vari moduli sono state inserite, seguendo le indicazioni del MIUR come priorità della Scuola Italiana, attività di “Coding e Robotica educativa” la cui applicazione si basa sulla “Spirale dell’apprendimento creativo “(Resnik, (2007) *The Kindergarten approach to Learning*) Segue una sezione contenente del materiale utile come poesie aggiuntive e poster preimpostati da replicare. Infine, una sezione dedicata su come garantire la continuità e le modalità per partecipare alla ricerca. (Fig. 2)

- Il libro con la storia narrata intitolata “*Ap Apetta e il viaggio in Lambretta*” contiene una versione estesa con impostazione del discorso maggiormente articolata, ed una versione facilitata. Entrambe sono accompagnate da ricche illustrazioni che riflettono il racconto per lo studio dell’immagine e la maturazione delle competenze narrative. (Fig. 1)
- Il libro con le attività predisposte contiene le *schede operative* suddivise in osservative e lavorative, come si deduce sono presenti attività rivolte allo studio dei dettagli e attente analisi a cui seguono attività grafiche, disegno, taglio e incollo. (Fig. 3)



Figura 2, Manuale Teorico



Figura 1, Libro "Ap Apetta e il viaggio in Lambretta"



Figura 3, Libro "Schede Operative"

Crea un terreno fertile per dare ai bambini la possibilità di partecipare al gruppo classe e negli anni a seguire ottenere un “apprendimento cooperativo”. Gli autori si pongono l’obiettivo di garantire il programma “Coping Power Scuola” secondo il principio di

“continuità verticale” soprattutto nei cambi di ordine scolastico; vi è anche un principio di “continuità orizzontale” che coinvolge i genitori in alcune attività ma senza prevedere una strutturazione specifica.

CAPITOLO 3 – IL PROGRAMMA COPING POWER NELLA SCUOLA DELL'INFANZIA

3.1 Modulo introduttivo: accoglienza

Questa è una fase di introduzione che è concentrata nell'*osservazione* come base da cui partire per approfondire la conoscenza di tutti i bambini ed individuare per ognuno i punti di maggiore forza e di debolezza, in tal modo vanno a delineare dei percorsi individualizzati per ognuno di loro non trascendendo da una visione inclusiva del gruppo. L'*osservazione* può essere effettuata con l'uso di griglie ideate dagli insegnanti stessi per avere un monitoraggio continuo dell'andamento del singolo.

Percorso cognitivo: è prevista la lettura del capitolo «Ap Apetta va a scuola» parte I, dopo una prima rivelazione della storia, la modalità di presentazione viene scelta secondo quanto ritenuto più agevole e coinvolgente per il gruppo con l'accortezza di enfatizzare le peculiarità di *Ap Apetta* e la corretta successione temporale dei fatti. Il compito previsto per questa parte, con difficoltà variabile a seconda della classe, verte sulle abilità di comprensione della narrazione con descrizione delle figure rappresentate. Ogni lettura è supportata da un'attività psicomotoria necessaria a "interiorizzare" il contenuto ed elaborarlo con il proprio vissuto emotivo. In questa parte l'attività viene coadiuvata dall'esecuzione delle Schede Operative presenti per ogni Modulo.

Percorso psicomotorio: importante applicare una diversificazione degli spazi sulla base della disponibilità assegnando all'attività psicomotoria uno spazio adeguato con arredi predisposti, proprie regole e tempistiche. Viene strutturata in 3 sezioni: inizio, parte centrale e saluto finale. Viene raccomandata la creazione di un rituale di attivazione per la fase di inizio, un rituale di saluto per condurre al termine e abbassare l'energia di attivazione, queste due parti verranno ripetute per ogni attività di questo percorso per tutta la durata dell'anno. Per il corpo dell'attività si va a posizione al centro dello spazio del materiale non strutturato scegliendo una sola tipologia e fornendo quantità pari al numero di partecipanti, il docente dice loro che hanno la possibilità di giocare solamente con quanto fornito facendone buon uso e attenzionando i compagni circostanti. La durata può variare da 20 a 30 minuti sulla base della complessità dello svolgimento poiché potrebbero essere un ottimo momento per cogliere quegli schemi che nella routine faticano ad emergere. Dopo aver ultimato anche i saluti si svolge la reale conclusione con

la possibilità di ripercorrere quanto svolto attraverso il canale che preferiscono (verbale/grafico). In questa parte dei moduli si inseriscono i lavori di Robotica e Coding previsti che possono essere attuati attraverso l'uso di LIM o di Robot se ne sono provvisti, altrimenti potrebbero costruirlo insieme o svolgere delle semplici attività di programmazione; è previsto per ogni modulo.

Percorso relazionale: focalizzato nella conoscenza reciproca con la guida dei più grandi.

3.2 Modulo 1: stabilire traguardi a breve e lungo termine

«Ap Apetta va a scuola» parte II, qui si sente triste e irrequieta simultaneamente, capisce che la maestra non è solo per sé e deve stare anche con gli altri, così come i giochi sono di tutti. In preda alla rabbia fugge dalla Scuola e punge un'altra ape, Lambretta vede la scena e decide di invitare Ap Apetta a scoprire nuovi pianeti dove può imparare a gestire le emozioni.

Obiettivi	P. cognitivo	P. psicomotorio	P. relazionale
Introdurre la storia di Ap Apetta. Strutturare ed eseguire percorsi con attenzione al punto di inizio e di arrivo. Stabilire le regole per ogni area.	Lettura e drammatizzazione del capitolo con enfasi al comportamento egocentrico e disfunzionale citando le conseguenze possibili. Lavoro sul linguaggio, riordina le sequenze temporali. Decorazione cartellone Casa-Scuola	3aa Costruzione del percorso e modello dell'insegnante, rappresentazione grafica. 4aa Costruzione del percorso, rappresentazione grafica libera. 5aa Costruzione autonoma del percorso, raffigurazione realistica dell'attività con rispetto dei materiali e loro successione.	Trasmette l'importanza delle regole tramite l'osservazione della loro rottura, fare una riflessione su di esse. La seconda attività prevede la creazione di sagome da decorare a piacimento, esclusi occhi/naso/bocca.

Tabella 2, Modulo 1 CPSI



Figura 4, Tabellone Tragitto Casa-Scuola

3.3 Modulo 2: consapevolezza delle emozioni e livelli di intensità

«Il Pianeta Uffa Uffa» Lambretta atterra sul primo pianeta e fa conoscere ad Ap Apetta gli abitanti Uffini che parlano la lingua Uffina facendo un gran baccano, inoltre vi è solo una casa ma completamente a soqquadro.

Obiettivi	P. cognitivo	P. psicomotorio	P. relazionale
Costruzione di insiemi secondo le Caratteristiche degli oggetti. Organizzazione del materiale. Fissazione dei traguardi e introduzione del relativo cartellone.	Sperimentano il disordine e la difficoltà di comunicazione. Scelta di un'abilità che vogliono migliorare e inizia la routine dell'allenamento.	L'attività prevede un'attenta analisi visiva di alcuni oggetti e la ricerca di caratteristiche simili o secondo le quali possono essere categorizzati.	Lettura del brano <<Una giornata a casa Uffini>> accompagna i bambini nel ripercorrere la giornata per poi disegnare i momenti più rilevanti e attaccarli in un'area predisposta.

Tabella 3, Modulo 2 CPSI

Il “Sistema dei Traguardi” verrà mantenuto per tutta la durata dell’anno e ne stabiliranno uno per ogni mese dopo una prima lettura del capitolo. Vediamo come costruirlo: in seguito all’osservazione svolta gli insegnanti selezionano dei comportamenti in cui i bambini dovrebbero migliorare che saranno proposti tramite immagini in chiave positiva, mostrandole ai bambini chiedere di esporle per accertarsi che ne colgano il significato. A

questo punto ognuno può personalmente scegliere quale perseguire, sempre sotto la guida di un adulto, inserendo l'immagine relativa su un cartellone affianco alla lambretta che gli è stata assegnata. La valutazione avviene continuamente e, ogni volta che metterà in atto quel comportamento, la lambretta avanzerà nello spazio fino a raggiungere la meta che è rappresentata dal Pianeta presente nel modulo relativo. Ogni avanzamento costituisce un piccolo rinforzo immediato e tangibile, quando tutti saranno giunti al traguardo verrà dato un premio di classe precedentemente scelto. Dei bambini arriveranno alla fine prima di altri, pertanto il loro compito diventa l'affiancamento dei compagni; inoltre è possibile che scelgano degli obiettivi troppo impegnativi per loro, in tal caso è bene parlare con il bambino e creare dei sotto-obiettivi. Può capitare che arrivino dei commenti in relazione all'avanzamento di alcuni compagni, è bene accoglierle sempre e fornire una spiegazione sincera.

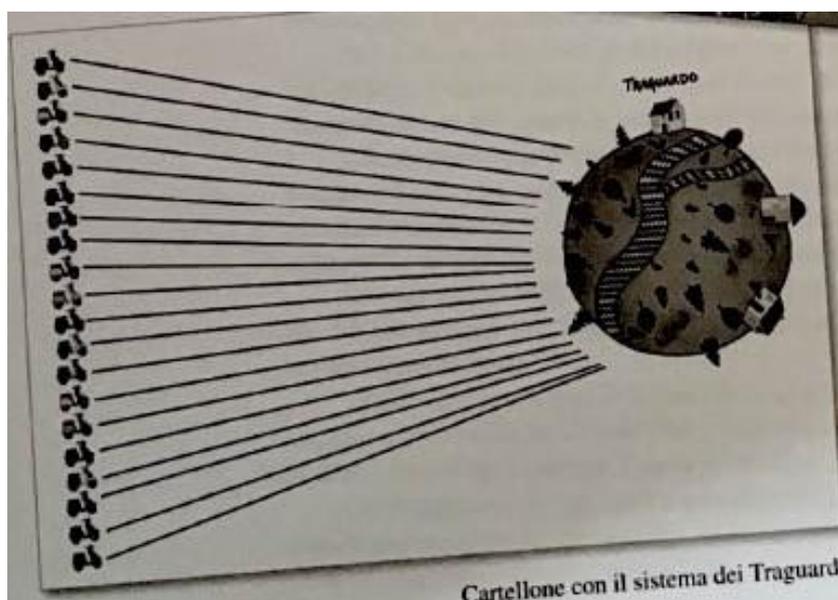


Figura 5, Tabellone dei Traguardi

3.4 Modulo 3: gestire le emozioni con l'autocontrollo

Questo capitolo è il più lungo, suddiviso in tre sezioni per cui ha una durata di tre mesi,

Parte prima.

«Il Pianeta Batticuore» Lambretta arriva con Ap Apetta fino al “Pianeta Batticuore” ricoperto di neve, qui incontrano il “Dottor Ranocchio” con lo stetoscopio al collo. Ap Apetta è particolarmente incuriosita dal lavoro del Dottore e dagli strumenti che utilizza, proprio con il suo aiuto continua ad allenarsi. Il racconto si interrompe bruscamente con un allarme proveniente dal “Piccolo Castello”, è la dimora delle “Signore Fate”

Obiettivi	P. cognitivo	P. psicomotorio	P. relazionale
Riconoscimento delle emozioni attraverso l'analisi delle espressioni facciali. Discriminare i segnali fisiologici del proprio organismo. Presentare strumenti a percussione e sperimentare il ritmo.	I bambini reinterpretano la lettura come preferiscono. La seconda attività introduce lo strumento a percussione e al suo suono tutti devono correre nella direzione in cui si trova.	Il lavoro è concentrato sul ritmo e come le sue variazioni si possono riflettere sul movimento, prevalentemente le andature. In un secondo momento eseguono un ritmo con le mani o altri strumenti imitando quello proposto dal docente. Nell'ultima attività, in gruppi o solo per i 5 aa, creano nei percorsi il ritmo attraverso le forme ed i colori.	Presentazione delle emozioni attraverso l'osservazione di fotografie e la formulazione di ipotesi (cosa prova? Cosa le ha scaturito questa emozione?). L'insegnante racconta un episodio di forte emozione e gli alunni possono richiamare episodi passati della loro vita in cui gli è capitato di sentire una forte emozione. Introduzione e svolgimento del primo <i>story telling</i> .

Tabella 4, Modulo 3 pt.1 CPSI

Parte seconda

I tre protagonisti giungono al castello delle “Signore Fate”, ogni fata rappresenta un’emozione esagerata, il dottore le visita e prescrive loro di mangiare dei “Pasticcini Termometrini” dal “Cappellaio Cioccolataio”.

Obiettivi	P. cognitivo	P. psicomotorio	P. relazionale
Distinguere l’intensità dell’emozione. Discriminare le variazioni fisiologiche del corpo quando si prova un’emozione di forte intensità. Fare esperienze che coinvolgono emozioni forti.	La drammatizzazione della storia è molto importante affinché la comprensione avvenga. Il lavoro prevede prima la creazione di bacchetta e cappello personalizzati, poi possono giocare a fare la strega e la vittima, quest’ultima impersona quello che richiede la prima con l’incantesimo.	Ascoltano più brani musicali che dovrebbero suscitare emozioni, possono lasciarsi trasportare come vogliono, nella conclusione si domanda se vogliono condividere con i compagni quello che hanno provato.	Continua il lavoro intrapreso nel mese di dicembre. Messa in scena del secondo <i>Story telling</i> , il personaggio deve essere estrapolato dalla storia.

Tabella 5, Modulo 3 pt.2 CPSI

Parte terza

In questa ultima parte fanno la conoscenza del “Cappellaio Cioccolataio” che prepara dei dolci particolari, chiamati “Cioccolatini termometrini” in grado di placare le forti emozioni.

Obiettivi	P. cognitivo	P. psicomotorio	P. relazionale
Saggiare strategie di autocontrollo. Provare il rilassamento.	Il lavoro testa le abilità narrative con la richiesta di raccontare la storia letta con l'esclusivo uso delle immagini presenti. A partire dal disegno devono costruire la Cioccolateria, la casa del ranocchio e il Piccolo Castello completi di strade che li mettono tra loro in comunicazione. È possibile far creare una cioccolateria molto grande in cui possono davvero entrare e prendere dei dolci su comando dello strumento a percussione.	Presentazione del rilassamento; i bambini sono stesi supini ad occhi chiusi mentre l'insegnante passa tra loro narrando una storia che attraverso le parole induce la contrazione e poi il rilassamento dei gruppi muscolari. È molto difficile per loro, osservare quali strategie usano per aderire al compito.	Porta a termine il lavoro sulle emozioni e la relativa intensità. 5aa Lettura del brano <<Carnevale in Cioccolateria>> con protagonista il “Signor Termometro”, gli insegnanti presentano un termometro delle emozioni su cui possono salire e camminare in base all'intensità che sentono mentre raccontano delle esperienze personali; al termine del racconto i compagni possono consigliare delle strategie per abbassare l'intensità delle emozioni.

Tabella 6, Modulo 3 pt.3 CPSI

3.5 Modulo 4: cambiare punto di vista

«Il Pianeta Sottosopra» Ap Apetta arriva sul terzo pianeta dove incontra “Ale il Pesce Spaziale” e li guida alla scoperta delle bizzarrie presenti, qui il mare è al posto del cielo e viceversa, inoltre ogni giorno compie un’attività diversa.

Obiettivi	P. cognitivo	P. psicomotorio	P. relazionale
Comprensione del punto di vista nello spazio. Sapere che i compagni hanno punti di vista differenti.	Rappresentazione dell’azione prevalente della settimana. Imitazione di Ale il pesce spaziale. Creazione di un percorso unendo dei disegni con azioni differenti.	Tramite il movimento sperimenta lo spazio quindi i concetti topologici e la prospettiva. A turni osservano e compiono azioni nello spazio, chi osserva sottolinea le variazioni dei rapporti tra i compagni e lo spazio.	I bambini devono inventare un finale ad un brano lasciato in sospeso seguito da rappresentazione con mattoncini; durante l’esposizione del finale viene usata la ripresa. Nel secondo lavoro costruiscono la “Scuola Sottosopra”.

Tabella 7, Modulo 4 CPSI

3.6 Modulo 5: problem solving

«Il Pianeta Fiorellino» una volta atterrata conosce lo “scienziato Ciclamino” grande esperto di emozioni che affiancherà i bambini nella conoscenza del metodo scientifico con particolare importanza alla capacità di formulare dei quesiti. “Ciclamino” va spesso a far visita ai suoi fiori, abitanti del pianeta, e li aiuta a risolvere i conflitti attraverso il sapere scientifico racchiuso nei libri che porta con sé. In questo racconto fa da sfondo il concetto di famiglia secondo uno stampo moderno.

Obiettivi	P. cognitivo	P. relazionale	P. psicomotorio
Oltrepassare percorsi ad ostacoli. Creare una storia e farne una rappresentazione cinematografica. Testare tecniche di problem solving.	Impersonare i fiori che obbediscono ai comandi. Ordinare secondo grandezza. Ricostruzione del racconto in ordine cronologico.	Creazione di percorsi ad ostacoli.	Ideare un “piano d’azione” in gruppo a cui abbinare tre possibili soluzioni e relative conseguenze. La messa in scena viene ripresa ed analizzata sollevando prospettive non ancora emerse.

Tabella 8, Modulo 5 CPSI

3.7 Modulo 6: le qualità positive

«Ap Apetta torna a casa» Siamo giunti al finale, Ap Apetta rientra a casa con una nuova disponibilità verso il prossimo acquisita grazie al contributo di tutti i personaggi e la consapevolezza che diversità vuol dire ricchezza.

Obiettivi	P. cognitivo	P. psicomotorio	P. relazionale
Sostenere la cooperazione. Cercare qualità positive negli altri.	Riproporre il setting del modulo accoglienza. Riflessione sulle differenze con gli altri.	Ripetizione attività Modulo Accoglienza sottolineando la maturazione degli schemi d’interazione. Esperienza in coppia, uno è bendato e l’altro lo guida in un percorso ad ostacoli.	Descrizione di una qualità positiva per ognuno dei compagni.

Tabella 9, Modulo 6 CPSI

4. PROGETTO PILOTA

4.1 Introduzione allo Studio

La curiosità verso l'argomento è nata durante il primo tirocinio del terzo anno del CdI in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, questo è stato svolto presso la struttura Kos Group Centro Ambulatoriale Santo Stefano di Macerata. Durante gli anni è stato possibile sperimentare l'ampia gamma dei disturbi del comportamento e la loro pervasività nella vita dei piccoli pazienti. Nei casi incontrati, tali disturbi venivano trattati come sfondo di un disturbo primario per cui il loro trattamento non era particolarmente approfondito. Nell'ultimo anno si è presentata l'occasione di osservare un trattamento mirato su queste debolezze, il "Coping Power scuola dell'infanzia" non era una novità solo personale, ma per tutta l'equipe. Data la possibilità e la disponibilità offerta dalla tutor di tirocinio, nonché correlatrice di testi, viene approfondito tale adattamento ad un programma riabilitativo con un preciso progetto di ricerca.

4.1.1 Obiettivi del Progetto

Il progetto si interroga sulla possibilità di trasmissione del programma "Coping Power scuola dell'infanzia" ad un setting neuro e psicomotorio, pertanto, su quali modifiche è necessario apportare per far sì che sia applicabile al nuovo setting e al gruppo formato. Infine, si interroga sulla sua efficacia in bambini con diagnosi di disturbi del neurosviluppo (o sintomatologia riconducibile ad essi) anche in comorbidità tra loro quali: DC, ADHD, DOP.

4.1.2 Analisi SWOT

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
<ul style="list-style-type: none"> - Campione omogeneo per iperattività - Compliance familiare - Timing - Parent training - Possibilità di selezione elettiva del gruppo - Economicamente sostenibile - Condotta sempre dai medesimi operatori - Funzionalmente integrato nella presa in carico globale - Lavoro trasversale con tutte le aree dello sviluppo 	<ul style="list-style-type: none"> - Scarsità di testistica standardizzata per l'area emotiva e di gestione della rabbia - Disomogeneità nel processo di consapevolezza familiare - Ambivalenza del comportamento familiare - Possibile mancanza di confronti e collaborazioni con l'ente scolastico
OPPORTUNITA'	MINACCE
<ul style="list-style-type: none"> - Ampliamento programma con relativa ricerca - Possibilità di intraprendere uno studio randomizzato continuo - Ampliamento del programma ad altri disturbi - Estensione del lavoro del TNPEE - Condivisione del lavoro con altri contesti per aumentare la generalizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Scarsa presenza di informazioni sul "Coping Power Program" - Scarsità di letteratura relativa ai programmi riabilitativi svolti con l'uso del "Coping Power Program" - Formazione specifica per TNPEE non disponibile né in Italia né all'estero. - Formazione "Coping Power Program" per operatori sanitari in Italia erogata da un'unica azienda per soli due corsi annuali.

Tabella 10, Analisi SWOT

4.1.3 Popolazione e Criteri

La popolazione è stata selezionata sulla base di criteri di formazione di un gruppo funzionale con obiettivi comuni.

L'idea di adattare il "Coping Power scuola dell'infanzia" al setting neuro e psicomotorio nasce dalle necessità del caso clinico n. 2, motivo per cui gli altri componenti sono stati selezionati sulla base delle caratteristiche del soggetto. L'equipe procede con la selezione di 2 pazienti: il caso n. 1, che presenta una sintomatologia simile al caso n. 2, ed il caso n. 3 scelto per unire i membri del gruppo. La necessità di inserire un soggetto che avvicinasse gli altri due nasce dal nucleo dei loro disturbi con tratti aggressivi e provocatori, questi comportamenti compromettono generalmente il loro funzionamento sociale, soprattutto in soggetti con caratteristiche simili tendono ad isolare piuttosto che favorire l'interazione e le abilità sociali.

Sulla base di tali premesse osserviamo i criteri usati per la scelta della popolazione:

CRITERI INCLUSIONE	<ul style="list-style-type: none">- Età > 5-6 < anni.- Q.I. >80- Iperattività- Disturbi del comportamento (DOP – DC)- ADHD- Deficit dell'attenzione
CRITERI ESCLUSIONE	<ul style="list-style-type: none">- $5 \leq \text{età} \leq 6$- Q.I. <80- Disturbi del neurosviluppo diversi da quelli sopra elencati.- Presenza di patologie organiche: sindromi genetiche, PCI, quadri epilettogeni, deficit neurosensoriali.

Tabella 11, Criteri di inclusione ed esclusione del campione

Sulla base di quanto esposto il gruppo formato si compone dei seguenti pazienti: C1 con disturbo evolutivo specifico misto con disattenzione e iperattività (F83), C2 con ADHD tipo combinato (ICD10 F90), C3 disturbo evolutivo misto associato a funzionamento cognitivo limite in pregressa prematurità (F83-Q01; P07.3) costituiscono un campione eterogeneo per età, tipologia di disturbo, quoziente intellettivo; mentre è omogeneo per iperattività.

4.1.4 Timing

Il progetto pilota ha una durata pari a 10 mesi, da novembre 2023 a settembre 2024, il trattamento è stato somministrato dal 28/11/2023 al 26/07/2024, per un totale di n. 30 sedute con una media di n. 1 a settimana dalla durata di un'ora per ciascuna, ulteriore tempo è stato necessario per effettuare le valutazioni pre e post trattamento. La durata preventivamente programmata è stata prolungata di circa un mese per poter completare in modo adeguato tutti i moduli previsti dal “Coping Power scuola dell’infanzia”.

Il progetto si avvia dal momento della valutazione antecedente all'erogazione del riadattamento del programma, e corrisponde al tempo T0; termina dopo 10 mesi con le rivalutazioni finali, postume alla somministrazione del trattamento, corrispondente al tempo T1. Nel prossimo capitolo saranno riportate le valutazioni effettuate.

4.2 Materiali e Metodi

4.2.1 Strumenti

Per la valutazione dei pazienti gli strumenti utilizzati sono: la valutazione neuro e psicomotoria unita alla realizzazione di una griglia di registrazione dei comportamenti problema, il questionario Conners, test standardizzati per indagare le funzioni esecutive (FE-PS, test estrapolati BIA, TOL), scala WPPSI III. I test sono stati somministrati sulla base dell'età anagrafica dei bambini e nel rispetto dei tempi previsti tra due somministrazioni successive.

4.2.2 Valutazione neuro e psicomotoria

La valutazione neuro e psicomotoria è un esame che compie il Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva per conoscere in modo più approfondito il paziente. Permette di valutare la maturazione di tutte le aree di sviluppo ed in caso individuare quelle che risultano deficitarie, delineando questi punti coadiuva la stesura di un progetto riabilitativo personalizzato. La valutazione neuro e psicomotoria si avvale dell'osservazione libera e semi-strutturata a valore qualitativo ed integra all'occorrenza testistica standardizzata.

La raccolta anamnestica permette al professionista di instaurare con la famiglia dei pazienti un legame primario che funge da base per costruire una salda relazione terapeutica, fondamentale per la creazione di una coesione tra le figure che circondano il bambino in modo tale che queste possano lavorare rivolgendosi tutte nella stessa direzione. Quest'ultima raccoglie dati dalla gravidanza al momento attuale, scandagliando in modo approfondito l'evoluzione del bambino in tutte le aree; indaga le possibili familiarità, la presenza di eventuali patologie o alterazioni fisiologiche. La raccolta anamnestica consente di avere un'idea di come i caregiver vedono il proprio figlio, interpretano i suoi comportamenti e che stile genitoriale adottano. In questo momento di dialogo è importante indagare il comportamento tenuto negli ambienti esterni dal bambino: analizza il modo in cui si interfaccia con i membri della famiglia, con gli insegnanti e con il gruppo dei pari. Inoltre, è possibile somministrare dei questionari per scandagliare le modalità di comportamento attuate dal bambino. Durante questo tempo il terapeuta può spiegare ai genitori in cosa consiste la valutazione cui il bambino sarà sottoposto.

Negli incontri successivi vengono valutate tutte le aree di sviluppo del bambino:

- Comportamento, area affettivo-relazionale: viene svolta una valutazione qualitativa delle attitudini comportamentali del bambino. Si osservano le modalità di separazione e ricongiungimento con le figure di riferimento, il temperamento generale che emerge nel setting, la reazione alla novità, la gestione della frustrazione, la relazione con l'estraneo (il terapeuta), la capacità di regolazione, la scelta del materiale ludico e l'eventuale presenza di comportamenti stereotipati.

- Livello ludico: si osserva il tipo di gioco spontaneo, se presente, messo in atto dal bambino, se viene sviluppato gradualmente o è piuttosto ripetitivo negli schemi e la possibile verbalizzazione. Si osserva se il gioco viene condiviso con i presenti in stanza o predilige un gioco solitario/parallelo. (inserire come entra nel gioco e come si adatta agli schemi di gioco e temi).
- Livello motorio-prassico: vengono valutati il tono ed il trofismo muscolare, le abilità grosso e fine motorie in relazione all'età con le relative abilità di coordinazione, equilibrio, integrazione di altri canali sensoriali, schema corporeo. Le modalità di uso dell'azione se questa è finalizzata ad uno scopo o si muove per la stanza con difficoltà a fermarsi.
- Livello comunicativo-linguistico: viene valutato sia il livello di comprensione che il livello di produzione. Si osserva la presenza di linguaggio verbale, la varietà del lessico usato, la struttura frasale composta, l'accompagnamento con linguaggio non verbale e la presenza di contatto di sguardo. Viene considerato anche lo scopo con cui esso è prodotto.
- Funzioni esecutive: quest'area va ad indagare delle abilità cognitive superiori come la memoria di lavoro, le capacità attentive, controllo degli impulsi, flessibilità cognitiva, capacità di pianificazione e organizzazione.
- Prerequisiti e requisiti dell'apprendimento: vanno ad indagare lo sviluppo di quelle aree necessarie per accedere in modo funzionale agli apprendimenti scolastici. Per la letto-scrittura abbiamo la discriminazione visiva e uditiva, la memoria fonologica, le abilità metafonologiche, la coordinazione oculo-manuale, una buona fluidità di movimento e un tono adeguato. Per il calcolo sono il riconoscimento e la lettura di numeri, la conoscenza della sequenza verbale, il concetto di quantità e il confronto sulla base di questa.
- Profilo cognitivo: prende in esame l'insieme delle aree sopra citate e le abilità adattive comparandole con lo sviluppo atteso per l'età.

Se possibile è auspicabile fare un confronto anche con gli insegnanti, accompagnato da eventuali questionari, per avere maggiori informazioni sul paziente in ambiente scolastico e con il gruppo dei pari. La valutazione eseguita dal TNPEE viene affiancata e confrontata in equipe con quanto raccolto dagli altri professionisti.

Griglia di registrazione dei comportamenti problema: per tentare di quantificare la modifica dei comportamenti problema nel setting neuro e psicomotorio è stata creata una griglia personalizzata per ciascuno. In ogni griglia sono contenuti 3 comportamenti problema, specifici per ognuno, scelti sulla base di quelli emersi e/o riferiti. Tramite le griglie sono state registrate le frequenze di presentazione dei comportamenti problema ad inizio trattamento, in un periodo intermedio e al termine del trattamento. Le registrazioni vengono effettuate per tutti nelle stesse sedute.

4.2.3 Questionario Conners

Il questionario Conners è stato somministrato ai genitori. Va ad indagare i comportamenti problematici dei bambini approfondendo la sintomatologia relativa ad ADHD e disturbi correlati come DC, DSA, DOP, disturbi d'ansia e depressione, difficoltà familiari e sociali. È presente una forma estesa ed una forma breve, quest'ultima presenta tutte le scale della forma estesa, due di validità e due domande aggiuntive. Le scale sono relative a:

- Inattenzione,
- Iperattività/impulsività,
- Problemi di apprendimento,
- Funzioni esecutive,
- Provocazione/aggressività,
- Relazione con i pari,
- Relazione con i familiari (non è presente nel modulo somministrato).

Ci sono poi le scale di validità che distinguono tre diverse presentazioni:

Impressione positiva	Comportamento estremamente positivo
Impressione negativa	Comportamento estremamente negativo
Indice di incoerenza	Non vi è una linearità nei comportamenti descritti.

Tabella 12, Scala di presentazione del comportamento Conners

Ci sono anche due indici, il primo “Indice ADHD Conners 3” indaga i soggetti affetti differenziandoli dai non affetti, il secondo “Indice Globale Conners 3” controlla

l'efficacia del trattamento e le modificazioni avvenute nel tempo. I punteggi ottenuti vengono convertiti in T scores, in relazione a questi sono considerati non significativi se ≤ 55 , borderline se $56 \leq P \leq 65$, significativi se $66 \leq P \leq 69$ e molto significativi se ≥ 70 .

4.2.4 Test per le Funzioni Esecutive.

Per quanto riguarda le funzioni esecutive sono stati somministrati differenti test seguendo l'età anagrafica dei pazienti.

- La batteria FE-PS consente di andare a valutare le funzioni esecutive nei bambini di età compresa tra i 2 ed i 6 anni, ovvero la fascia prescolare. Comprende 10 prove, alcune di queste devono/possono essere somministrate attraverso un software online, il numero di prove somministrabili varia a seconda dell'età del paziente. Tramite le prove va ad indagare:
 - Processi inibitori sia verbale che motorio
 - Posticipazione della gratificazione
 - Inibizione dello stimolo, memoria di lavoro e flessibilità.I punteggi vengono assegnati in base all'accuratezza della risposta fornita e considera il tempo trascorso tra la presentazione dello stimolo e la risposta.
- Il test Torre di Londra va ad indagare le capacità di pianificazione e problem solving del bambino da 4 a 13 anni. Per la somministrazione viene usato un abaco in dotazione con 3 pilastri di altezze differenti e 3 palline, in ogni pilastro secondo la sua altezza possono andare 1,2 o 3 palline. Al bambino viene richiesto, a partire da una figura di partenza, di riproporre una figura mostrata avendo cura delle regole fornite con 3 possibili tentativi. Viene calcolato il tempo di preparazione alla risposta, il tempo di esecuzione effettivo, il numero di mosse e di errori compiuti.
- La BIA è la Batteria Italiana per l'ADHD, già dal nome si evince per cosa è stata ideata. Può essere somministrata dai 5 ai 12 anni e al suo interno presenta molteplici prove per indagare le funzioni esecutive e dei questionari per genitori e insegnanti. Da questo test sono state estrapolate due prove di maggiore interesse:
 - TAU va a testare le capacità di attenzione uditiva;
 - MF fornisce informazioni riguardo l'impulsività.

4.2.5 Scala WPPSI III

Si tratta di un Test d'intelligenza e va ad indagare in bambini di età compresa tra 2 anni e 6 mesi e 7 anni e 3 mesi, al suo interno è suddiviso in due scale per analizzare al meglio lo sviluppo cognitivo in tale fascia di età. Si compone di 14 subtest organizzati in tre tipologie:

- Base, indagano il QI completo, di prestazione e verbale, i suoi subtest non possono essere sostituiti.
- Supplementari, approfondiscono la performance cognitiva.
- Facoltativi, forniscono ulteriori informazioni sulle funzioni cognitive.

Ai bambini dai 2 anni e 6 mesi fino a 3 anni e 11 mesi vengono somministrati solo 5 dei subtest mentre la fascia di età superiore li esegue tutti. Dalla somministrazione si possono formulare: QI Totale, QI Verbale, QI di Performance ed un Punteggio di Linguaggio Generale; oltre quelli appena citati per la fascia di età maggiore viene formulato il Quoziente di Velocità di Processazione.

I punteggi ottenuti nelle prove vengono sommati e convertiti in punteggi quoziente, il punteggio risulta nella norma con risultati compresi tra 80 e 119.

4.3 Applicazione Studio: Adattamento del “Coping Power scuola dell’Infanzia” al setting riabilitativo

A seguire si analizzano gli adattamenti primari necessari al trasferimento del “Coping Power scuola dell’infanzia” nel setting neuro e psicomotorio suddivisi per 4 macroaree:

- Setting fisico
- Organizzazione temporale della seduta
- Obiettivi individualizzati
- Tecniche e strategie

4.3.1 Setting fisico

Come descritto nel Capitolo 3 “Coping Power scuola dell’infanzia” per attuare il programma è necessario dividere la stanza in aree delimitate, ognuna delle quali è allestita con materiale specifico relativo all’attività che vi si svolgerà.

L’ambiente educativo scolastico presenta sostanziali differenze dal setting terapeutico. Nel primo caso l’ambiente è ampio, ricco di stimoli, con caratteristiche funzionali utili a bambini di diverse fasce d’età, al grande gruppo, a profili eterogenei principalmente appartenenti al normosviluppo. Pertanto, non risulta necessario modificare continuamente gli spazi una volta organizzati.

Al contrario il setting riabilitativo per sua natura intrinseca è uno spazio limitato, deve essere estremamente duttile, predisposto per poter apportare numerose modifiche in tempi brevi sulla base delle necessità dei singoli pazienti, dei programmi riabilitativi individualizzati e dei diversi operatori che lo utilizzano.

Per ovviare a tale gap è importante che i materiali necessari ad allestire le aree differenziate siano ideati come amovibili.

Esempi:

-supporto visivo: “Tabellone delle multe” (Fig. 6)

È strutturato come una tabella realizzata dai bambini stessi dove nella colonna di sinistra sono elencati i nomi dei bambini e nelle righe attigue è possibile segnalare gli eventuali richiami ricevuti dal conduttore della terapia durante lo svolgimento delle attività.

-scatola dei premi (Fig. 7)

È un contenitore al cui interno sono collocati numerosi oggetti utilizzati al termine delle sedute nell’ottica del rinforzo positivo estrinseco.

-supporto visivo: “Regole del gruppo” (Fig. 8)

È strutturato come un elenco puntato; ideato e realizzato nel primo incontro dai bambini stessi guidati dagli operatori con particolare attenzione alla riformulazione positiva del pensiero.

In generale è necessario riorganizzare il setting fisico seduta per seduta a seconda delle attività previste dal riadattamento del programma, tenendo in considerazione fattori come: la possibilità di movimento, la presenza di moduli psicomotori, la luminosità, l'acustica della stanza, i profili dei singoli soggetti appartenenti al piccolo gruppo.



Figura 6, "Tabellone delle Multe"

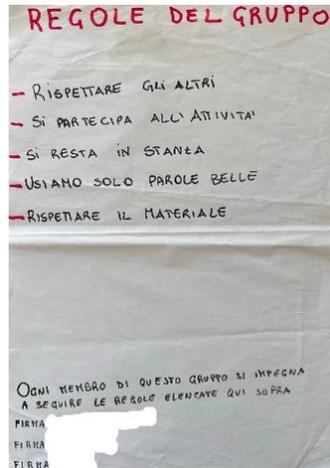


Figura 8 "Regole del gruppo"



Figura 7 Scatola dei premi

4.3.2 Organizzazione temporale della seduta

I bambini vengono accolti tutti insieme in sala d'aspetto per poi essere guidati nella stanza di terapia dagli operatori. La tabella a seguire descrive la suddivisione del tempo di permanenza in setting.

0-10 min.	10-45 min.	45-60 min.
<ul style="list-style-type: none">-I bambini tolgono le scarpe-I bambini si siedono in cerchio confrontandosi su episodi della settimana passata-L'operatore propone e presenta l'attività della seduta-I bambini si accordano definendo ulteriori attività condivise da poter svolgere	<p>Si attua l'attività proposta inizialmente integrando gli interessi e le volontà dei bambini.</p> <p>Generalmente l'attività comprende una parte grosso- o fine- motoria (percorsi, giochi costruttivi ecc...) ed una parte carta e matita.</p>	<ul style="list-style-type: none">-Riordino cooperativo del materiale e del setting-<i>Circle time</i> volto a ripercorre la seduta con focus sui comportamenti dei singoli bambini e sulle conseguenze positive e negative sul gruppo-Infilare le scarpe-Ritirare un premio se raggiunto-Congedati in sala d'aspetto.

Tabella 13, Organizzazione temporale della seduta

4.3.3 Definizione degli obiettivi individualizzati

A differenza del "Coping Power scuola dell'infanzia" in cui gli obiettivi sono generici e progettati per il grande gruppo con soggetti principalmente appartenenti al normosviluppo, l'adattamento al contesto riabilitativo necessita anche di obiettivi estremamente individualizzati concordati con i soggetti oltre che di obiettivi trasversali.

Esempi:

-riconoscimento ed elaborazione di stati emotivi peculiari di ogni soggetto del presente studio ritenuti deficitari

Caso 1 Noia	Riconoscere il sopraggiungere della noia prima che emerga un comportamento problema. Porre attenzione al momento in cui termina l'interesse per un gioco e introdurre modalità socialmente accettabili per poterlo verbalizzare, cambiare attività e/o alzarsi e muoversi nella stanza per un tempo definito e concordato.
Caso 2 Felicità	Riconoscere lo stato emotivo della felicità su sé stesso e sugli altri analizzando segnali emotivi correlati. Decentrare l'attenzione sulle emozioni degli altri. Comprendere che non esistono stati emotivamente "neutri" e che durante la giornata è presente un continuo alternarsi di stati emotivi.
Caso 3 Rabbia	Riconoscere la rabbia, possibilità di sperimentarla, accettarla ed elaborare le situazioni scatenanti. La selezione di questa emozione si è resa necessaria per l'atteggiamento passivo del bambino, il temperamento calmo con tendenza alla somatizzazione delle emozioni negative.

Tabella 14, Obiettivi individualizzati

Di seguito alcuni supporti iconografici (Fig. 9 e fig. 10) personalizzati e realizzati dai bambini stessi con lo scopo di facilitare il singolo bambino nel riconoscimento della propria emozione-target.

Gli obiettivi individualizzati si sovrappongono agli obiettivi trasversali definiti dal "Coping Power scuola dell'infanzia":

- Riconoscimento delle emozioni
- Gestione dei comportamenti problema
- Potenziamento delle funzioni esecutive con focus sull'attenzione sostenuta
- Contenimento dell'iperattività

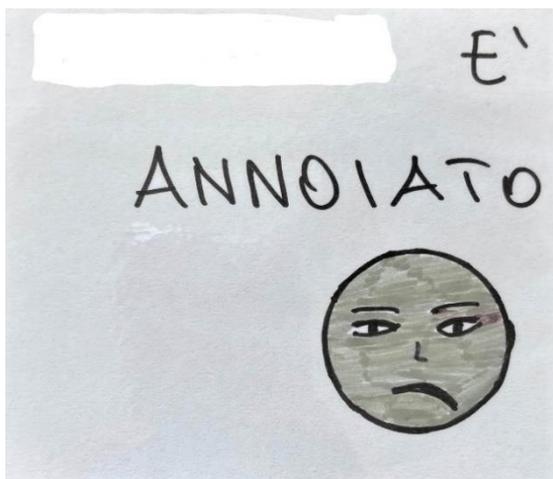


Figura 9 "Obiettivo Noia"

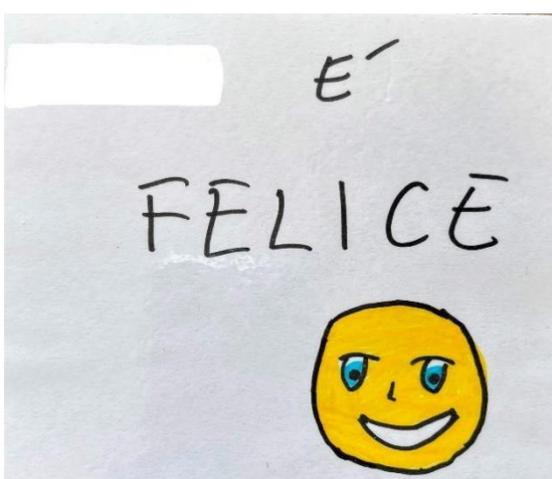


Figura 10 "Obiettivo felicità"

Al fine di promuovere la teoria della mente e la possibilità di generalizzare le competenze anche in altri contesti di vita esterni al setting terapeutico, le icone personalizzate (Fig. 9 e 10) sono collocate sull'icona "Pianeta Terra" (Fig. 11) che rappresenta l'ambiente di vita comune in cui i bambini devono realizzare i propri obiettivi.



Figura 11 "Pianeta Terra"

4.3.4 Il Trattamento

Il trattamento erogato ha mantenuto dal “Coping Power scuola dell’infanzia” molteplici tecniche tramite un loro adattamento al setting e al piccolo gruppo.

La lettura condivisa con drammatizzazione del capitolo e l’esecuzione delle Schede Operative relative ai moduli non hanno subito variazioni; sono conservate anche le attività di trasposizione sia grafiche che costruttive.

Si presentano a seguire le metodiche utilizzate in terapia in ogni modulo:

Modulo 1	<ul style="list-style-type: none">- Lettura condivisa- Dialogo attivo,- Impostazione della Token Economy tramite un sistema di regole e premi.
----------	--

Tabella 15, adattamento modulo 1 setting neuro e psicomotorio

La *Token Economy* è una tecnica psicologica di stampo comportamentale mirata ad aumentare i comportamenti desiderati attraverso l’uso di un rinforzo. In questo programma è stata realizzata con la focalizzazione delle regole e del tabellone delle multe (fig. 6 e 8). Ad ogni comportamento in cui non rispetta una regola viene assegnata una multa (visivamente segnata nell’apposito tabellone) la prima è un richiamo, le altre due sono vere multe. Il bambino può accedere alla “Scatola dei Premi” solo se:

1. non ha multe,
2. ha solo un richiamo.

Dalla seconda metà del Programma è stato inserito un sistema a punti per il quale al termine di ogni seduta ognuno può collezionare un massimo di 3 punti, se ne scala 1 per ogni effrazione commessa. I punti sono cumulabili nel tempo, in base al numero raggiunto è possibile scegliere un premio più articolato. Tale sistema viene adottato per dilazionare il tempo di attesa alla gratificazione.

Modulo 2	<ul style="list-style-type: none"> - Attività di categorizzazione degli oggetti - Abilità di organizzazione nell'ambiente e all'interno del gruppo.
----------	---

Tabella 16, adattamento modulo 2 setting neuro e psicomotorio



Figura 12 "Casa Uffini"

Si esemplifica tramite Fig. 12 la casa descritta nella storia in cui i bambini sono chiamati a riposizionare gli oggetti nel loro ambiente naturale. Segue un'attività di *categorizzazione* gradualmente più complessa in cui il nesso logico è nascosto.

Modulo 3	<ul style="list-style-type: none"> - Uso del Metodo Feuerstein nel Protocollo "Identifica le Emozioni" - Personificazione dello stato emotivo - Introduzione del termometro delle emozioni - Scelta dei traguardi - Role Play - Metacognizione - Tecniche di rilassamento - Tecniche di autocontrollo - Approfondire il ritmo con motricità e imitazione
----------	---

Tabella 17, adattamento modulo 3 setting neuro e psicomotorio

Nel modulo presente viene introdotto il *termometro delle emozioni* (Fig. 13) con una suddivisione in 3 stati principali: felice, neutro, arrabbiato/triste. Questo viene esposto nel setting durante tutte le sedute del modulo 3 poiché i bambini lo usano in più momenti:

- Nella prima parte della seduta indicano su di esso l'emozione provata in relazione all'episodio che vogliono narrare.
- Durante la seduta viene lasciato a disposizione nel caso in cui vogliano esporre come si sentono in quel momento attraverso il termometro.

C2 all'operatore **piangendo** "perché la mia testa non funziona come la tua, dopo non riesco a sostituire questi brutti ricordi e me li sogno anche la notte"

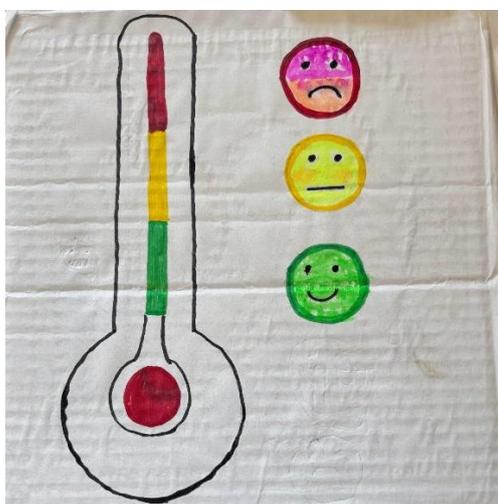


Figura 13 "Termometro delle emozioni"

Il *metodo Feuerstein* è un programma di arricchimento strumentale basato sull'apprendimento mediato e la modificabilità cognitiva strutturale. Al suo interno troviamo più plichi, ne sono stati usati solamente due, il presente per il potenziamento della conoscenza e consapevolezza delle emozioni, e uno nel seguente modulo con un focus sull'orientamento spaziale. Ogni scheda presenta:

- Introduzione allo strumento
- Struttura dello strumento
- Procedura
- Obiettivi
- Abilità di base necessarie

Per ognuna viene fornita l'analisi cognitiva con: contenuto della scheda, modalità d'uso, funzioni cognitive implicate in input-elaborazione-output, operazioni di ragionamento, complessità della scheda, livello di astrazione e grado di efficienza.

Viene individuato il *traguardo individualizzato*, questo resterà 1 per ciascuno fino al termine del trattamento, è rappresentato da alcune figure apposte sopra il pianeta terra. Ogni bambino seleziona la propria lambretta (Fig. 14) con cui avanzare nell'apposito tabellone, l'avanzamento avviene in seguito alla comparsa di un comportamento positivo.



Figura 14 "Lambrette"

Le competenze relative al ritmo e alla percezione delle variazioni fisiologiche che avvengono nel nostro corpo durante un'emozione sono associate in una stessa attività. La consegna prevede che i bambini si muovano secondo il ritmo dettato da una canzone, alternando melodie tristi e malinconiche a melodie vivaci; dopo ognuna di esse ascoltano il battito del proprio cuore con uno stetoscopio, analizzano il respiro e le proprie energie.

Le attività appena descritte unite al *role play* e alla drammatizzazione di emozioni vissute, coadiuva lo sviluppo di una *metacognizione*. Ulteriori strategie usate sono soprattutto legate al dialogo interno/auto-interrogazione relativamente a situazioni passate, inscenate, presenti o possibili in futuro.

Queste strategie sono strettamente collegate all'autocontrollo, per cui vengono proposte tecniche di controllo per la rabbia e per l'iperattività. Per quanto riguarda l'iperattività, oltre alla verbalizzazione del bisogno percepito, sono stati guidati ad una canalizzazione funzionale con basso impatto sociale, come: ciondoli sulla penna da muovere o collane da mordere. Anche per il controllo della rabbia possono essere utili le tecniche appena descritte, ma sono state predilette modalità di analisi del comportamento problema seguite dalla ricerca di soluzioni alternative, ad esempio: chiedere di potersi allontanare per ritrovare il proprio equilibrio.

Il *rilassamento* viene proposto nel suo approccio cognitivo, dopo un primo approccio graduale viene mantenuto fino al termine dello studio. Per attuarlo è bene predisporre l'ambiente con luci soffuse, comodi tappeti e temperatura ideale (circa 22° nei mesi invernali). I tentativi iniziali prevedono: far distendere i bambini nella posizione che preferiscono (consigliando di posizionarsi supini) chiede di chiudere gli occhi e respirare insieme al terapeuta. Nelle sedute successive si allungano i tempi di lavoro proponendo una distensione graduale della muscolatura.

C1 “ma io non ci voglio stare lungo”

Modulo 4	<ul style="list-style-type: none"> - Inserimento sistema di punti (Token Economy), - Termometro con intensità, - Percorsi topologici, - Uso del Metodo Feuerstein nel protocollo “Orientamento Spaziale” - Trasposizione di tipo grafico e di costruzioni in prospettiva, - Costruzioni geometriche, - Meditazione
----------	---

Tabella 18, adattamento modulo 4 setting neuro e psicomotorio

La figura n.15 esemplifica un nuovo termometro in cui si inserisce un focus sull'intensità delle emozioni unita all'astrazione del concetto di quantità. Viene introdotta qui una nuova emozione che nel campo scolastico e nel rapporto con i pari è spesso presente ma molto complessa: la preoccupazione.

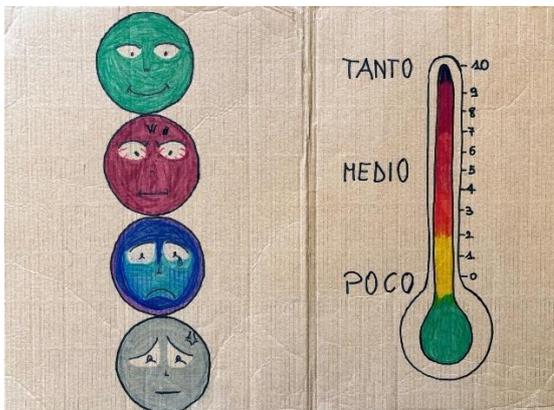


Figura 15 “Termometro delle emozioni con intensità”

La figura n. 16 rappresenta un percorso costruito sulla guida del terapeuta che usa un attento linguaggio ricco di concetti topologici. Nell'esecuzione i bambini devono guidarsi tra di loro usando lo stesso approccio e applicando variazioni di sequenza ad ogni ripetizione. Segue la trasposizione grafica di esso come rappresentato in foto. Nelle sedute successive viene richiesto di costruirlo al suo esatto contrario cui segue una rappresentazione grafica su memoria. Tale attività viene riproposta con più variabili per favorire il cambio di prospettiva. Una proposta utile per favorire l'acquisizione dei concetti topologici può essere la caccia al tesoro.

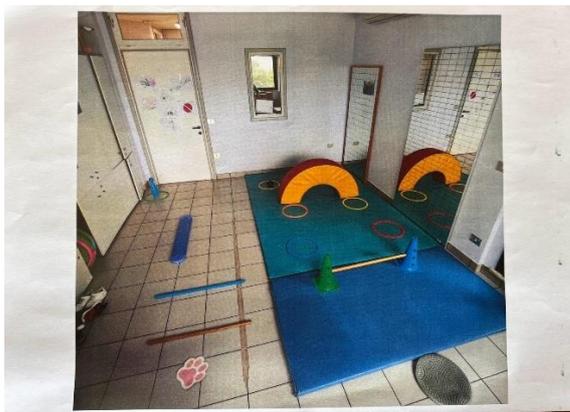


Figura 16, percorso

C2 “ma farlo al contrario è difficile! Da dove inizio?”

La *meditazione* è così denominata poiché è una pratica che prevede lo spostamento del focus dell'attenzione su un unico oggetto approfondendone tutte le caratteristiche attraverso i sensi. Un suo adattamento è la “meditazione della caramella”, scelta appositamente per fungere da gratificazione intrinseca.

C3 “è appiccicosa...”

C2 “sa di chimico”

C1 “è tutta appiccicata sui denti”

Modulo 5	<ul style="list-style-type: none"> - Story telling, - Inventa il finale, - Percorso ad ostacoli, - Problem solving su più fronti, - Tris
----------	---

Tabella 19, adattamento modulo 5 setting neuro e psicomotorio

Il Modulo si concentra sulle abilità di problem solving che vengono scandagliate su più fronti.

- Motoria: uno è bendato, gli altri due creano il percorso e fanno da guida usando solo riferimenti topologici, presenta un lavoro trasversale sulla fiducia nei confronti dei compagni e la responsabilità verso l'altro.
- Cognitiva: sono state usate attività come Tris o Jenga.
- Sociale: ideazione di finali differenti o mancanti alla storia e story telling con varie alternative al problema posto.
- Costruttivo: come visibile nella figura 16 devono creare nuove possibili strade senza bloccare le altre presenti.



Figura 17, attività costruttiva

Modulo 6	<ul style="list-style-type: none">- Narrare un episodio significativo durante il percorso,- Rappresentazione grafica ed esposizione di questa rispetto ad un compagno.
----------	---

Tabella 20, adattamento modulo 6 setting neuro e psicomotorio

Questo modulo segna la conclusione del programma. Tutte le attività svolte vengono richiamate ed i bambini sono guidati nell'analisi introspettiva dei propri miglioramenti rispetto all'inizio. I soggetti sono invitati ad esporre una caratteristica positiva per ogni compagno e rappresentare graficamente un momento piacevole trascorso insieme nel corso delle sedute neuro e psicomotorie, tale realizzazione grafica viene lasciata ai diretti interessati come regalo e ricordo felice.

CAPITOLO 5 - RISULTATI

5.1 Valutazione del campione

5.1.1 Caso clinico 1 T0

Diagnosi: Disturbo evolutivo specifico misto con disattenzione e iperattività

Raccolta Anamnestica: 5 anni, gravidanza normodecorsa, parto a termine, familiarità per iperattività. I genitori sono stati indirizzati al servizio dagli insegnanti della scuola dell'infanzia. Descrivono il bambino come vivace, sempre in movimento, particolarmente sbadato e molto attaccato alle figure genitoriali, queste caratteristiche non vengono percepite come un problema dalla famiglia. Riferiscono la presenza di encopresi durante il giorno soprattutto nell'ambiente scolastico.

Dal confronto con gli insegnanti emerge la presenza di comportamenti problematici legati alle difficoltà di gestione degli stati emotivi, come: buttarsi a terra, lanciare oggetti e colpire i compagni. Riferiscono tempi attentivi ridotti associati a difficoltà nel portare a termine i compiti assegnati. Confermano la presenza di encopresi a volte associata anche ad enuresi, aggiungendo che il comportamento viene attuato nascondendosi al di sotto dei banchi spesso in concomitanza con momenti di frustrazione.

Interventi attualmente in atto: in ambito scolastico le insegnanti utilizzano un approccio cognitivo comportamentale supervisionate da un educatore esterno.

Area comportamentale, emotivo-relazionale

C1 arriva generalmente presso la struttura con circa 40 minuti di anticipo e attende in sala d'aspetto con i nonni che gli forniscono un tablet per giocare, quando l'attesa è minore anche l'iperattività nella seduta diminuisce. Non mostra difficoltà nella separazione/ricongiungimento con le figure di riferimento. Entra volentieri in stanza e saluta il terapeuta. Se è da solo con l'operatore lo abbraccia volentieri intrattenendo una breve conversazione e ricercando attivamente il contatto fisico durante la terapia, questo atteggiamento non avviene in presenza dei compagni ma permane la ricerca di peluche "da coccolare". Quando viene ripreso mostra risposte altalenanti da reazioni particolarmente provocatorie al vittimismo e ricerca fisica dell'adulto. Se non considerato ricerca l'attenzione del terapeuta rivolgendo provocazioni fisiche ai compagni.

Livello ludico

Spontaneamente il bambino organizza dei percorsi sensomotori o scenari simbolici, apprezza anche il gioco di ruolo. Spesso inizia un gioco proprio prima di decidere insieme, accoglie volentieri le proposte del terapeuta. Richiede spesso giochi che implicano l'uso di strategie come tris o scacchi nei quali è molto abile.

Livello motorio-prassico

Il paziente presenta abilità adeguate alla sua età, compie tutti i passaggi posturali, la corsa presenta una buona coordinazione tra arti superiori e inferiori. Il lancio con la palla avviene dal basso verso l'alto ed anticipa la presa con le braccia. Nella coordinazione oculo-motoria sono presenti maggiori difficoltà. Le capacità fini sono maggiormente inficcate, presenta difficoltà nella singularizzazione delle dita, queste sono generalmente tenute semiflesse.

Livello comunicativo-linguistico

Le abilità relative al linguaggio sono adeguate per età sia in ricezione che in espressione, il vocabolario posseduto risulta ampio e variegato. La struttura frasale è completa e accompagnata da linguaggio non verbale. La produzione fonetica è corretta e ben intellegibile, presenti buone capacità di coordinazione oro-motoria. Il linguaggio viene correttamente usato con l'adulto, mentre con il gruppo dei pari spesso viene sostituito. Esempio: il bambino non chiede ai compagni se hanno piacere a giocare con lui piuttosto si intromette imponendo il proprio gioco.

Funzioni esecutive

C1 mostra tempi attentivi brevi e facilmente esauribili con difficoltà nell'inibizione dello stimolo distrattore, migliora la prestazione in attività motivazione dipendente o fornendo rinforzo. Per tale motivazione fatica a portare a termine un compito senza essere costantemente seguito da un adulto. Quanto descritto va ad inficiare altre abilità come la memoria di lavoro che risulta lievemente carente.

Prerequisiti dell'apprendimento

Il bambino presenta buone competenze per la letto-scrittura: discrimina correttamente i suoni ed i simboli, lo span di memoria di lavoro è nella media, maggiore fatica viene incontrata nella ripetizione di non-parole e frasi, nella media le abilità di coordinazione oculo-manuale. Nelle abilità logico-matematiche ha acquisito il concetto di quantità, conosce i numeri da 1 a 10 è in grado di elencarli in ordine crescente e ne discrimina i simboli. Presente discriminazione dei concetti topologici e delle principali figure geometriche. La presa dello strumento grafico è ancora immatura (quadridigitale con ipertono del braccio), il tratto risulta marcato e scattoso. Il disegno è molto caotico e poco organizzato nella gestione dello spazio, la figura umana è arcaica e priva di dettagli, possibile un lieve miglioramento nella qualità attraverso l'imitazione ma non nella gestione dello spazio.

Test somministrati

Questionario Conners:

	Punti T	Interpretazione
Oppositività	68	Moderatamente atipico
Problemi Cognitivi/Disattenzione	79	Decisamente atipico
Iperattività	66	Moderatamente atipico
Ansia e Timidezza	43	Leggermente atipico
Perfezionismo	41	Leggermente atipico
Problemi Sociali	49	Medio
Problemi Psicomotori	50	Medio
Indice ADHD	85	Decisamente atipico
CGI (I-I)	63	Leggermente atipico
CGI (I-E)	55	Medio
CGI (T)	62	Leggermente atipico
DSM-IV (D)	78	Decisamente atipico
DSM-IV (I-I)	63	Leggermente atipico
DSM-IV (T)	72	Decisamente atipico

Tabella 21, Questionario Conners C1 T0

Test funzioni esecutive

Test FE-PS:

Durante la somministrazione del test FE-PS si può notare come il calo di attenzione vada ad inficiare in modo importante la performance del paziente. Non emergono difficoltà rilevanti nella risposta impulsiva mentre le abilità di gestione di molteplici stimoli che fungono da distrattore risultano più carenti. Complessivamente solo i tempi di risposta relativi al terzo subtest sono in una fascia deficitaria.

	Accuratezza (errori) T0	Percentile	Tempo T0	Percentile
Risposta impulsiva e memoria di lavoro.	7	90°	11,3 sec.	$90^\circ \leq P \leq 95^\circ$
Gestione dell'interferenza	14	50°	1,20 sec.	50°
Inibizione, memoria di lavoro, flessibilità emergente	13	50°	2,20 sec.	$5^\circ \leq P \leq 10^\circ$

Tabella 22, Test FE-PS CI T0

Test TOL:

Il punteggio è molto alto, durante la somministrazione rimane seduto e concentrato attratto dall'attività proposta. Non commette nessuna effrazione alle regole dettate.

	Punteggio grezzo	Percentile
Risposte corrette	30	95°

Tabella 23, Test TOL CI T0

Valutazione cognitiva

Scala WPPSI III:

	Punteggio totale
Scala verbale	108
Scala performance	118
Velocità processamento	100
Scala totale	110

Tabella 24, Scala WPPSI III CI T0

5.1.2 Caso clinico 2 T0

Diagnosi: ADHD tipo combinato

Raccolta anamnestica: 6 anni, gravidanza normodecorsa, parto a termine, familiarità per iperattività. La famiglia inizia volontariamente un percorso riabilitativo dopo aver notato le difficoltà del bambino nell'ambiente domestico e scolastico. I genitori presentano un bambino molto vivace ed in continuo movimento che si caratterizza per un comportamento difficile da gestire. Spesso oppositivo, inconsapevolmente usa un linguaggio aggressivo nei confronti degli altri e lancia gli oggetti che trova. Il suo comportamento impatta anche le esigenze quotidiane della famiglia, nelle strade o nei negozi scappa dalla figura di riferimento e si arrampica dove può, mentre la sera pretende di dormire nel letto con la mamma.

Dall'incontro con le insegnanti emergono significative difficoltà nel comportamento, descrivono un bambino particolarmente selettivo nella scelta delle relazioni amicali, poco incline alla condivisione ludica, oppositivo verso gli insegnanti e poco rispettoso della loro autorità, intensa irrequietezza motoria. Riferiscono ottimi prerequisiti per gli apprendimenti scolastici con qualche difficoltà nella parte grafica dettata dalla labilità attentiva e dall'eccessiva precisione del bambino. Emergono atteggiamenti pericolosi come scappare dalla classe/lanciare il materiale.

Interventi attualmente in atto: i genitori seguono un percorso di Parent Training erogato dalla Psicologa membro dell'equipe multidisciplinare della struttura Kos Group Centro Ambulatoriale Santo Stefano di Macerata.

Area comportamentale, emotivo-relazionale

Si separa senza problematiche dalla figura genitoriale, al ricongiungimento si arrampica sulla figura stringendola forte e digrignando i denti per poi fare esclamazioni unite ad aggettivi possessivi. Nella stanza di terapia entra senza difficoltà, all'interno osserva quanto predisposto e, in mancanza di materiale d'interesse lo richiede, non accetta ciò che prevede il contatto fisico. Nel rapporto con il terapeuta adotta le stesse modalità di relazione che usa con il genitore; sia con l'adulto che con i pari alla frustrazione associa aggressività verbale e fisica, non infastidisce l'altro in modo deliberato. Emerge estrema precisione e meticolosità in organizzazione ed esecuzione delle attività con conseguente lentezza esecutiva, spesso non riesce a portare a termine il compito poiché l'obiettivo

prefissato è troppo alto per lui o non riesce ad essere preciso come vorrebbe. Nelle attività rispetta il proprio turno mentre ciò non accade nella conversazione. Si nota lo sviluppo di consapevolezza in relazione alle proprie difficoltà.

Livello ludico

Presente gioco spontaneo prevalentemente con animali/fattoria associato ad una tendenza a narrare le loro caratteristiche, su richiesta organizza sequenze simboliche con il materiale in cui accetta volentieri il terapeuta. Le proposte a volte sono accolte di buon grado, quando non rispettano le sue propensioni sbuffa ed esprime verbalmente il suo dissenso usando un lessico non adeguato all'età.

Livello motorio-prassico

Non è stato possibile valutare in modo strutturato le abilità relative a causa della scarsa aderenza e all'atteggiamento oppositivo-provocatorio. Il paziente tenta continuamente di scappare con forte intolleranza alla frustrazione e ignora le direttive fornite dall'operatore, seguono manifestazioni di rabbia verso il materiale presente nel setting (strappa i fogli/lancia il materiale). Tramite dei percorsi si possono evidenziare discrete abilità di equilibrio monopodalico e saltelli; coordina correttamente il movimento nella corsa e nelle andature proposte; il lancio della palla viene eseguito dal petto proiettando l'oggetto verso l'esterno, migliora su imitazione, presente preadattamento delle braccia alla presa. Negli aspetti fine-motori la performance è ottimale. Le abilità oculo-motorie sono eccellenti.

Livello comunicativo-linguistico

Il bambino presenta spiccate capacità linguistiche sia in ricezione che in espressione con un vocabolario molto ampio e ricco di terminologie tipiche degli adulti. La struttura frasale è ricca ed articolata, organizza complesse sequenze narrative seppur con accezioni spesso negative. Nei momenti di rabbia utilizza un lessico aggressivo con parolacce ed appellativi offensivi verso il prossimo.

Funzioni esecutive

Quest'area risulta gravemente inficiata dalle difficoltà del bambino. L'attenzione sostenuta ha tempi adeguati solo relativamente al focus di interesse (i dinosauri), nelle attività comuni risulta particolarmente esauribile anche in assenza di stimoli distrattori, il

bambino appare spesso come fosse “tra le nuvole”. La labilità attentiva investe negativamente le capacità di memoria di lavoro con uno span <2. La performance migliora con l’affiancamento di un supporto costante. Presente discronia.

Prerequisiti dell’apprendimento

C2 ha buone predisposizioni per la lettura: conosce e discrimina l’alfabeto a livello fonologico e visivo, presenti i movimenti saccadici, lievi difficoltà con lo span di memoria come sopra citato. Per la scrittura sono presenti maggiori difficoltà, il bambino ha una presa tripode dello strumento grafico con investimento adeguato del tono muscolare, non si evidenziano tensioni all’arto. Nel compiere i tratti è molto lento a svantaggio della fluidità del movimento. L’uso dello spazio all’interno del foglio risulta correttamente organizzato, la copia di figure rispetta le forme e le dimensioni proposte, nel disegno spontaneo mostra maggiore investimento. In relazione alla matematica mostra padronanza dei sistemi simbolici, adeguate le capacità di astrazione dell’informazione, elenca i numeri in ordine crescente e decrescente, esegue i calcoli base aiutandosi con le mani.

Test Somministrati

Questionario Conners:

	Punti T	Interpretazione
Oppositività	80	Decisamente atipico
Problemi Cognitivi/Disattenzione	77	Decisamente atipico
Iperattività	85	Decisamente atipico
Ansia e Timidezza	46	Medio
Perfezionismo	84	Decisamente atipico
Problemi Sociali	73	Decisamente atipico
Problemi Psicomotori	43	Appena leggermente atipico
Indice ADHD	90	Decisamente atipico
CGI (I-I)	92	Decisamente atipico
CGI (I-E)	82	Decisamente atipico
CGI (T)	93	Decisamente atipico
DSM-IV (D)	83	Decisamente atipico
DSM-IV (I-I)	82	Decisamente atipico
DSM-IV (T)	86	Decisamente atipico

Tabella 25, Questionario Conners C2 T0

Test Funzioni Esecutive

Test FE-PS:

Il bambino abbandona la prima prova somministrata al 3° item.

	Accuratezza (errori) T0	Percentile	Tempo T0	Percentile
Risposta impulsiva e memoria di lavoro.	/	/	/	/
Gestione dell'interferenza	0	>90°	2,40 sec.	<5°
Inibizione, memoria di lavoro, flessibilità emergente	0	>90°	2,02 sec.	5° ≤ P ≤ 10°

Tabella 26, Test FE-PS C2 T0

Test TOL:

	Punteggio grezzo	Percentile
Risposte corrette	22	15° ≤ P ≤ 20°

Tabella 27, Test TOL C2 T0

Valutazione cognitiva

Scala WPPSI III:

	Punteggio totale
Scala Verbale	120
Scala Performance	87
Velocità Processamento	74
Scala Totale	98

Tabella 28, Scala WPPSI III C2 T0

5.1.3 Caso clinico 3 T0

Diagnosi: Disturbo evolutivo misto associato a funzionamento cognitivo limite.

Raccolta anamnestica: 6 anni, gravidanza con minacce di aborto, parto a 26+6, cardiopatia congenita operata alla nascita. La famiglia è in carico presso la struttura in regime multidisciplinare sin dai primi mesi di vita del paziente. Nell'ultimo anno la mamma riferisce l'emergere di un comportamento particolarmente oppositivo, con continui affronti all'autorità genitoriale, particolari zuffe e provocazioni nei confronti della sorella. Viene presentato come molto attivo, disordinato, non rispettoso delle regole, a volte poco gestibile in situazioni esterne. Riferiscono un particolare attaccamento verso le figure di riferimento. Presente encopresi nelle ore pomeridiane/serali.

Dal colloquio con le insegnanti C3 viene presentato come un bambino educato, attento, rispettoso delle regole e del materiale. Nel rapporto con i pari ricerca attivamente l'altro e si mostra propenso alla condivisione, accorda modalità di gioco condivise in cui possono partecipare tutti. Si mostra insicuro del proprio operato paragonandosi frequentemente agli altri. L'attenzione a volte è un po' carente ma giova del supporto di un adulto.

Interventi attualmente in atto:/

Area comportamentale, emotivo-relazionale

La separazione dal genitore a volte necessita di una mediazione, generalmente viene associata alla presenza di una figura poco conosciuta (cambio di operatore) o a malesseri dovuti a dinamiche esterne. Dopo l'ingresso prosegue la seduta in modo tranquillo, il ricongiungimento è sereno. All'interno del setting si mostra insicuro nonostante l'ambiente sia per lui familiare, spesso trema, si sposta continuamente sulla sedia, strofina le mani tra di loro e balbetta. Nel rapporto con il terapeuta si mantiene piuttosto distaccato, riconosce la sua autorità e la rispetta, ricerca frequentemente la sua approvazione (chiede "Sono stato bravo, vero? / Io non ho fatto come loro mi sono comportato bene?"). Con i pari si mostra affettuoso, attento ai loro bisogni, disponibile alla cooperazione e condivisione. Non si evincono difficoltà di autoregolazione e comportamento oppositivo a fronte di ansia e bassa autostima. Disponibile ad accogliere tutte le attività proposte, anche quelle di minor gradimento e ad impegnarsi nel loro svolgimento.

Livello ludico

C3 attua un gioco spontaneo incentrato su attività visuo-costruttive prediligendo i mattoncini e le costruzioni. Possibile l'attuazione di un gioco di ruolo con ampie e variabili sequenze ludiche. Non apprezza particolarmente i giochi da tavolo, probabilmente la causa è legata alla scarsa comprensione della logica presente in essi.

Livello motorio-prassico

Il paziente è alto e robusto per la sua età. Nelle attività motorie appare goffo ed impacciato, i passaggi posturali vengono svolti tutti egregiamente. L'equilibrio monopodalico viene sostenuto per brevi periodi mentre il salto avviene per due ripetizioni poi perde l'equilibrio. Sale le scale alternando i piedi, la corsa appare poco coordinata nella lunghezza della falcata e nell'accompagnamento con gli arti superiori, la palla viene lanciata correttamente e presa con anticipazione delle braccia. Le abilità fini motorie sono maggiormente sviluppate, infila le perle, inserisce piccoli pezzi negli appositi spazi, afferra e sposta delle palline usando pinze predisposte. La capacità oculo-motorio è adeguata con una performance lievemente inferiore nel campo visivo laterale.

Livello comunicativo-linguistico

I livelli di comprensione e produzione risultano complessivamente adeguati all'età. Presenta fatica ad organizzare i vocaboli posseduti per spiegare in modo semplice un concetto. La struttura frasale è comunque completa, il racconto risulta correttamente organizzato nelle sequenze temporali e ricco di dettagli. Spesso presenta balbuzie e risponde con frasi all'apparenza interrogative, nonostante ciò, la comunicazione è interamente intellegibile.

Funzioni esecutive

I tempi attentivi risultano adeguati con una concentrazione costante, riesce a portare a termine i compiti assegnati senza necessità di aiuto. La memoria di lavoro è lievemente carente per l'età, mantiene uno span di 2 elementi circa, con il passare del tempo a volte dimentica regole o istruzioni date in consegna. Le capacità di problem solving sono deficitarie, presenta poche alternative alla soluzione principale; anche nelle attività di logica fatica a comprendere i nessi che intercorrono tra le parti.

Prerequisiti dell'apprendimento

I prerequisiti all'apprendimento risultano lievemente carenti. Nella lettura il paziente presenta buone capacità di discriminazione fonologica e visiva con buona gestione del sistema simbolico, adeguati anche i movimenti saccadici. Nel calcolo fatica ad astrarre i concetti di quantità, migliora con un aggancio visivo/materiale, conosce i numeri e li elenca in ordine crescente e decrescente. Nella scrittura compaiono le carenze maggiori, la presa dello strumento grafico è corretta ma molto vicina al foglio e con difficoltà nella gestione del tono necessario. La coordinazione oculo-manuale è buona ma l'organizzazione e la riproduzione delle lettere appare particolarmente complessa, al punto da non riuscire a scrivere in modo leggibile il proprio nome (le lettere sono coppe/archi/linee). Il disegno viene ben organizzato nello spazio del foglio ma risulta scarno e privo di dettagli, possibile un lieve miglioramento su imitazione.

Test Somministrati

Questionario Conners:

	Punti T	Interpretazione
Oppositività	89	Decisamente atipico
Problemi Cognitivi/Disattenzione	77	Decisamente atipico
Iperattività	70	Decisamente atipico
Ansia e Timidezza	63	Leggermente atipico
Perfezionismo	55	Medio
Problemi Sociali	61	Leggermente atipico
Problemi Psicomotori	82	Decisamente atipico
Indice ADHD	77	Decisamente atipico
CGI (I-I)	86	Decisamente atipico
CGI (I-E)	82	Decisamente atipico
CGI (T)	88	Decisamente atipico
DSM-IV (D)	75	Decisamente atipico
DSM-IV (I-I)	66	Moderatamente atipico
DSM-IV (T)	75	Decisamente atipico

Tabella 29, Questionario Conners C3 T0

Test Funzioni esecutive

Test BIA:

Durante la somministrazione del subtest TAU il bambino si aiuta contando a voce alta.

	Punteggio grezzo	Percentile
TAU	2	<10°
MF	2	5°

Tabella 30, Test BIA C3 T0

Test TOL:

	Punteggio grezzo	Percentile
Risposte corrette	13	<5°

Tabella 31, Test TOL C3 T0

Valutazione cognitiva:

Scala WPPSI III:

	Punteggio totale
Scala verbale	104
Scala performance	104
Velocità processamento	88
Scala totale	100

Tabella 32, Scala WPPSI III C3 T0

5.2 Valutazione del campione T1

5.2.1 Caso clinico 1 T1

Diagnosi aggiornata: Disturbo evolutivo specifico misto con disattenzione e iperattività, si evidenziano caratteristiche ADHD.

Raccolta anamnestica: i genitori riferiscono miglioramenti per quanto riguarda il rispetto dell'autorità anche se permane aggressività nei confronti della figura materna. Le crisi comportamentali sono relative a cadute d'interesse verso l'attività e sono risolvibili tramite rinforzi sociali, in situazioni di elevata frustrazione attua comportamenti aggressivi e danneggiamento di oggetti. L'agitazione motoria è lievemente migliorata, l'unico focus che mantiene fermo il bambino è il gioco da tavolo (scacchi/ dama/uno) inoltre, nonostante si cerca di catturare l'attenzione anche con l'uso del tablet il bambino passeggia per la stanza. Diminuiti i comportamenti impulsivi. Risolta l'encopresi.

Dal colloquio con le insegnanti viene riferito un miglioramento del comportamento in seguito ad una rimodulazione della didattica e all'inserimento di strategie di Token Economy. Anche la regolazione degli stati emotivi risulta migliorata, esegue i compiti in autonomia ma a volte necessita dell'affiancamento di un adulto per mantenere l'attenzione su di esso.

Interventi attualmente in atto: in ambito scolastico le insegnanti utilizzano un approccio cognitivo comportamentale supervisionate da un educatore esterno.

Area comportamentale, emotivo-relazionale

Migliorato il riconoscimento dell'autorità e l'adesione alle regole. La gestione della frustrazione risulta ancora deficitaria ma maggiormente responsiva attraverso la mediazione dell'adulto e la canalizzazione della rabbia (stringe forte il cuscino). L'atteggiamento oppositivo verso l'adulto è meno presente, permane verso il gruppo dei pari insieme al comportamento provocatorio. L'iperattività è migliorata, l'esigenza di movimento viene esposta con la richiesta di fare dei percorsi motori. Comunica la necessità di cambiare attività quando questa diventa per lui noiosa non incorrendo in un comportamento problema. La mediazione dell'adulto rende più sereno il rapporto con i pari.

Livello ludico

Il repertorio si è particolarmente arricchito con giochi da tavolo che richiede frequentemente, li propone ai compagni cercando di spiegare le tecniche migliori per vincere.

Livello motorio-prassico

Non si registrano variazioni significative

Livello comunicativo-linguistico

Il linguaggio è ben comprensibile e strutturato ma non si registrano variazioni significative.

Funzioni esecutive

Le performance di attenzione sembrano essere invariate per cui maggiormente deficitarie per età. Migliorate le abilità di problem solving con considerazione di alternative differenti rispetto la primaria, sia in ambito sociale che nelle abilità costruttive/logiche. Emerge una maggiore organizzazione nelle attività assegnate.

Prerequisiti dell'apprendimento

Mostra un calo nelle prestazioni di lettura probabilmente dovute alle difficoltà attentive. L'attività grafica risulta leggermente migliorata, compare tendenza a colorare tutto di nero al termine del lavoro.

Test Somministrati

Questionario Conners:

	Punti T	Interpretazione
Oppositività	68	Moderatamente atipico
Problemi Cognitivi/Disattenzione	71	Decisamente atipico
Iperattività	70	Decisamente atipico
Ansia e Timidezza	38	Leggermente atipico
Perfezionismo	41	Appena leggermente atipico
Problemi Sociali	64	Leggermente atipico
Problemi Psicomotori	42	Appena leggermente atipico
Indice ADHD	80	Decisamente atipico
CGI (I-I)	68	Moderatamente atipico
CGI (I-E)	50	Medio
CGI (T)	64	Leggermente atipico
DSM-IV (D)	68	Moderatamente atipico
DSM-IV (I-I)	65	Leggermente atipico
DSM-IV (T)	68	Moderatamente atipico

Tabella 33, Questionario Conners C1 T1

Test funzioni esecutive

Test FE-PS:

	Accuratezza (errori) T1	Percentile	Tempo T1	Percentile
Risposta impulsiva e memoria di lavoro.	7	$75^{\circ} \leq P \leq 90^{\circ}$	5,14 sec.	$25^{\circ} \leq P \leq 50^{\circ}$
Gestione dell'interferenza	10	25°	1,49 sec.	25°
Inibizione, memoria di lavoro, flessibilità emergente	17	75°	2 sec.	$5^{\circ} \leq P \leq 10^{\circ}$

Tabella 34, Test FE-PS C1 T1

Test TOL:

	Punteggio grezzo	Percentile
Risposte corrette	32	$>95^{\circ}$

Tabella 35, Test TOL C1 T1

5.2.2 Caso clinico 2 T1

Diagnosi aggiornata: ADHD tipo combinato con impulsività e comportamento dirompente.

Raccolta anamnestica: i genitori riferiscono evidenti cambiamenti del bambino. Di fronte a situazioni frustranti non risponde con esplosioni di rabbia ma si autocontrolla nonostante sia evidente lo stato provato. Migliorata la gestione in ambienti esterni, riesce a rimanere seduto per oltre un'ora mantenendolo impegnato con un libro. Generalmente i comportamenti più pericolosi sono quasi del tutto estinti, il bambino non scappa da tempo, non si arrampica e non lancia gli oggetti. Accetta le regole impartite e non usa un atteggiamento oppositivo in risposta ai richiami ricevuti.

Dall'incontro finale con gli insegnanti, (dopo i molteplici rifiuti durante l'anno), emergono significativi cambiamenti nel comportamento del paziente. Riscontro di maggiore aderenza alle richieste, aumento dei tempi attentivi e più propositività ad eseguire quanto svolto soprattutto con l'aiuto dell'insegnante di sostegno. Il rapporto con i pari è molto migliorato, si è agevolmente inserito nella classe e gioca con tutti i compagni. A scuola non si verificano più comportamenti come: fuga dalla classe, lancio dello zaino e salita sul banco.

Interventi attualmente in atto: Nel corso dell'anno intraprende un percorso di Pet Therapy con educatore in un centro predisposto, l'animale a cui è affiancato è l'asino. Prosegue il percorso di Parent Training.

Area comportamentale, emotivo-relazionale

Il cambiamento positivo è visibile. Anche nel setting terapeutico i comportamenti problema si sono quasi completamente estinti, le capacità di autoregolazione risultano significativamente migliorate come la gestione della frustrazione. In situazioni complesse cerca di trattenersi o di spostarsi per evitare di instaurare un conflitto, ricerca l'aiuto dell'adulto per mediare situazioni che non seguono la sua volontà. Accetta volentieri il contatto fisico (nei confronti dell'operatore chiede il permesso per poterlo abbracciare), ride spesso e narra episodi positivi della sua vita. Ha piacere a passare tempo con i compagni (ha chiesto di poter festeggiare per la prima volta il compleanno con gli amici). Esprime verbalmente la consapevolezza del proprio disturbo considerando anche le

qualità positive che può riscontrare (molta energia), questo avviene anche per i propri stati psicofisici.

Livello ludico

Porta da casa dei giochi/libri che gli piacciono per poterli condividere con gli altri, la scelta dell'attività viene ponderata considerando le preferenze dei compagni. Accoglie le proposte del terapeuta nonostante le consideri noiose purché alternate a giochi divertenti.

Livello motorio-prassico

Si riscontra una migliore qualità del movimento e della sua organizzazione con una regolazione adeguata del tono.

Livello comunicativo-linguistico

Permangono spiccate le abilità relative a quest'area. Il linguaggio usato nei confronti degli altri viene maggiormente ponderato, non sono presenti parolacce o parole eccessivamente offensive.

Funzioni esecutive

L'attenzione risulta ancora deficitaria per l'età del bambino ma visibilmente migliorata con investimento maggiore nelle attività, non sempre necessita di una supervisione per portare a termine i compiti con riscontri positivi anche nella velocità esecutiva e nella memoria di lavoro. L'inibizione degli stimoli distrattori è ancora un obiettivo da raggiungere. Le abilità di problem solving sociale risultano molto migliorate. Nella logica delle attività presenta difficoltà di comprensione del meccanismo d'insieme.

Requisiti dell'apprendimento

Il primo anno della scuola primaria è stato concluso seguendo il programma svolto dalla classe, non si evidenziano abilità deficitarie. Spiccate le capacità matematiche mentre la scrittura risulta ancora lenta e meticolosa seppur nella norma.

Test Somministrati

Questionario Conners:

	Punti T	Interpretazione
Oppositività	67	Moderatamente atipico
Problemi Cognitivi/Disattenzione	88	Decisamente atipico
Iperattività	90	Decisamente atipico
Ansia e Timidezza	53	Medio
Perfezionismo	74	Decisamente atipico
Problemi Sociali	55	Medio
Problemi Psicomotori	43	Leggermente atipico
Indice ADHD	88	Decisamente atipico
CGI (I-I)	89	Decisamente atipico
CGI (I-E)	75	Decisamente atipico
CGI (T)	89	Decisamente atipico
DSM-IV (D)	90	Decisamente atipico
DSM-IV (I-I)	86	Decisamente atipico
DSM-IV (T)	92	Decisamente atipico

Tabella 36, Questionario Conners C2 T1

Test funzioni esecutive

Test BIA:

	Punteggio grezzo	Percentile
TAU	1	5°>
MF	7	10°>

Tabella 37, Test BIA C2 T1

Test TOL:

	Punteggio grezzo	Percentile
Risposte corrette	24	20°

Tabella 38, Test TOL C2 T1

5.2.3 Caso clinico 3 T1

Diagnosi Aggiornata:/

Raccolta anamnestica: la famiglia espone un miglioramento nella gestione domestica del bambino con maggiore aderenza alle regole impartite e riconoscimento dell'autorità.

Gli insegnanti riferiscono migliori prestazioni nei compiti con minore necessità di supporto per portarli a termine, visibilmente migliorata l'abilità grafica.

Interventi attualmente in atto: il bambino effettua sedute di terapia neuro e psicomotoria individuale.

Area comportamentale, emotivo-relazionale

Migliorati i livelli di ansia del paziente, si lascia andare nel setting presentando i propri stati d'animo attraverso *role play* o imitazioni di animali, l'esternalizzazione delle emozioni avviene verbalmente durante il *circle time*. Assume spesso la posizione del leader nei confronti degli altri, inoltre, interviene sia verbalmente che fisicamente placando gli animi dei compagni nei momenti di zuffa. Permane ancora una lieve difficoltà di autostima e senso di inferiorità rispetto al prossimo. Diminuita anche la dipendenza dalla figura di riferimento.

Livello ludico

Maggiore apprezzamento dell'attività strutturata.

Livello motorio-prassico

Migliorata la coordinazione globale, il bambino appare più fluido nel movimento, migliorate anche le abilità di equilibrio e salto monopodalico. A livello fine le capacità di singolarizzazione delle dita rientrano nella media con necessità di controllo visivo dell'azione.

Livello comunicativo-linguistico

Presente una maggiore padronanza del linguaggio, permangono balbuzie e tendenze alla formulazione di frasi interrogative in situazioni di disagio.

Funzioni esecutive

L'attenzione risulta migliorata e attraverso l'uso di rinforzi positivi C3 porta a termine i compiti assegnati. La memoria di lavoro si arricchisce di un elemento nello span nei momenti di massima concentrazione.

Requisiti dell'apprendimento

Al termine della classe prima emerge un quadro in linea con essa nelle abilità di lettura mentre risulta lievemente carente nelle abilità di calcolo. Emerge disorganizzazione nella ricerca visiva e attenzione uditiva. Molto migliorato l'aspetto grafico in cui presenta una presa e una gestione del tono muscolare adeguata, il tratto è più fluido ed organizzato. La

scrittura in maiuscolo risulta chiara, permane la lentezza. Il disegno si è arricchito di dettagli con una migliore organizzazione.

Test Somministrati

Questionario Conners:

	Punti T	Interpretazione
Oppositività	80	Decisamente atipico
Problemi Cognitivi/Disattenzione	62	Leggermente atipico
Iperattività	70	Decisamente atipico
Ansia e Timidezza	48	Medio
Perfezionismo	52	Medio
Problemi Sociali	49	Medio
Problemi Psicomotori	65	Leggermente atipico
Indice ADHD	71	Decisamente atipico
CGI (I-I)	78	Decisamente atipico
CGI (I-E)	82	Decisamente atipico
CGI (T)	82	Decisamente atipico
DSM-IV (D)	65	Leggermente atipico
DSM-IV (I-I)	68	Moderatamente atipico
DSM-IV (T)	68	Moderatamente atipico

Tabella 39, Questionario Conners C3 T1

Test funzioni esecutive

Test BIA:

	Punteggio grezzo	Percentile
TAU	3	10°
MF	8	10° ≤ P ≤ 20°

Tabella 40, Test BIA C3 T1

Test TOL:

	Punteggio grezzo	Percentile
Risposte corrette	15	5°>

Tabella 41, Test TOL C3 T1

5.3 Andamento e variazioni nella presentazione dei comportamenti problema

In seguito all'osservazione del comportamento dei pazienti all'interno della terapia di gruppo, sono state create delle griglie di registrazione personalizzate per la valutazione significativa dell'andamento dei comportamenti problema nel tempo. Sono state effettuate 3 registrazioni nel corso del tempo:

- 1 Inizio trattamento in data 7/12/23 precisamente corrispondente alla 3° seduta
- 2 Periodo intermedio trattamento in data 26/03/24 corrispondente alla 16° seduta
- 3 Termine trattamento in data 19/07/24 corrispondente alla 30° seduta

C1

Comportamento problema in n°	7/12/23	26/03/24	19/07/24
Si alza	6	2	1
Provoca i compagni	3	1	1
Non rispetta la consegna	4	1	0

Tabella 42, Griglia di registrazione dei comportamenti problema C1

C2

Comportamento Problema in n°	7/12/23	26/03/24	19/07/24
Scappa dalla stanza	3	1	0
Aggredisce verbalmente	5	2	1
Urla e salta su sé stesso	7	4	0

Tabella 43, Griglia di registrazione dei comportamenti problema C2

C3

Comportamento Problema in n°	7/12/23	26/03/24	19/07/24
Non rispetta il turno conversazionale	4	3	1
Si nasconde dietro al terapeuta	3	1	0
Sminuisce verbalmente i compagni	4	2	0

Tabella 44, Griglia di registrazione dei comportamenti problema C3

CAPITOLO 6 - DISCUSSIONE

6.1 Discussione dei risultati per singolo caso

Di seguito sono inseriti dei grafici in cui vengono confrontati i risultati ottenuti nelle prove prima e dopo la somministrazione del trattamento integrato da considerazioni che non emergono da essi.

C1

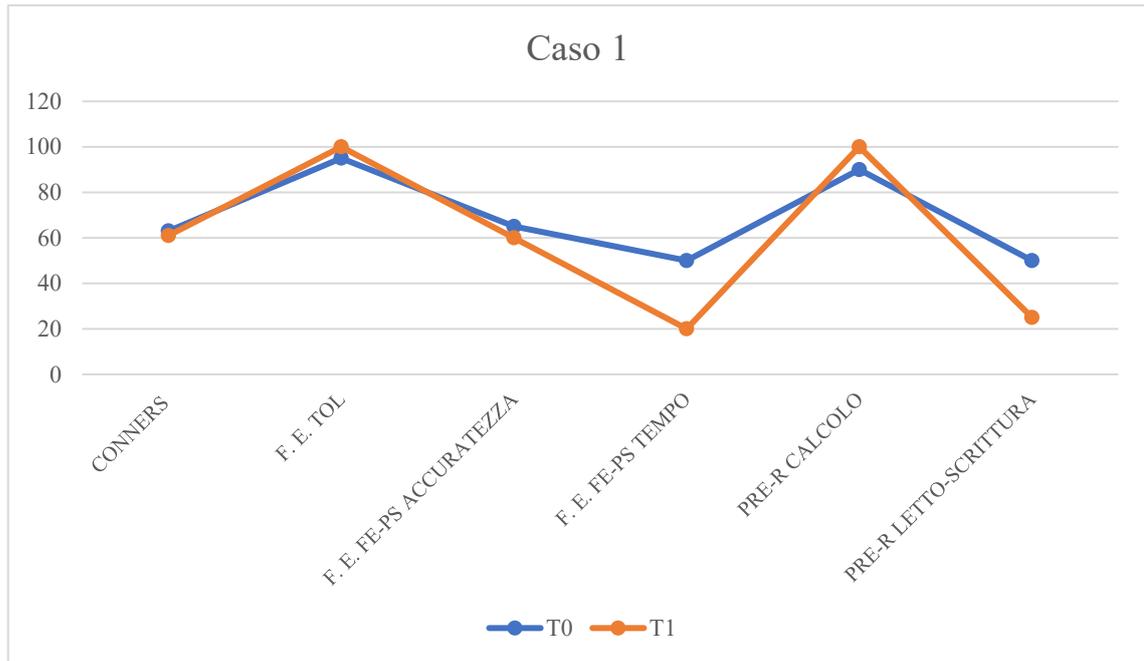


Grafico 1, C1 T0-T1

Dal grafico 1 è possibile osservare come il profilo del bambino risulti disomogeneo nelle aree indagate. Quelle già adeguate sono migliorate mentre quelle in cui è necessario un maggiore investimento attentivo hanno subito un ulteriore calo. Discorso a parte va intrapreso per il Questionario Connors (Tab. 21 e 33) compilato dai genitori in quanto denota mancanza di oggettività e consapevolezza nei riguardi delle difficoltà presenti. I percentili registrati denotano una lieve atipicità del comportamento, tale risultato non è in accordo con quanto osservato nelle sedute di terapia e nell'ambiente scolastico, in cui il comportamento viene ritenuto decisamente atipico, nonostante ciò, un miglioramento viene percepito.

Nelle valutazioni si riscontrano risultati migliori nelle prove maggiormente motivanti come la TOL o le prove della scala cognitiva; mentre le prove relative ai prerequisiti dell'apprendimento e le FE-PS in cui è richiesto il mantenimento prolungato

dell'attenzione vedono un calo maggiore. Complessivamente il comportamento mantenuto nelle prove a T1 è più adeguato, il bambino prova ad alzarsi ma se richiamato torna a sedersi.

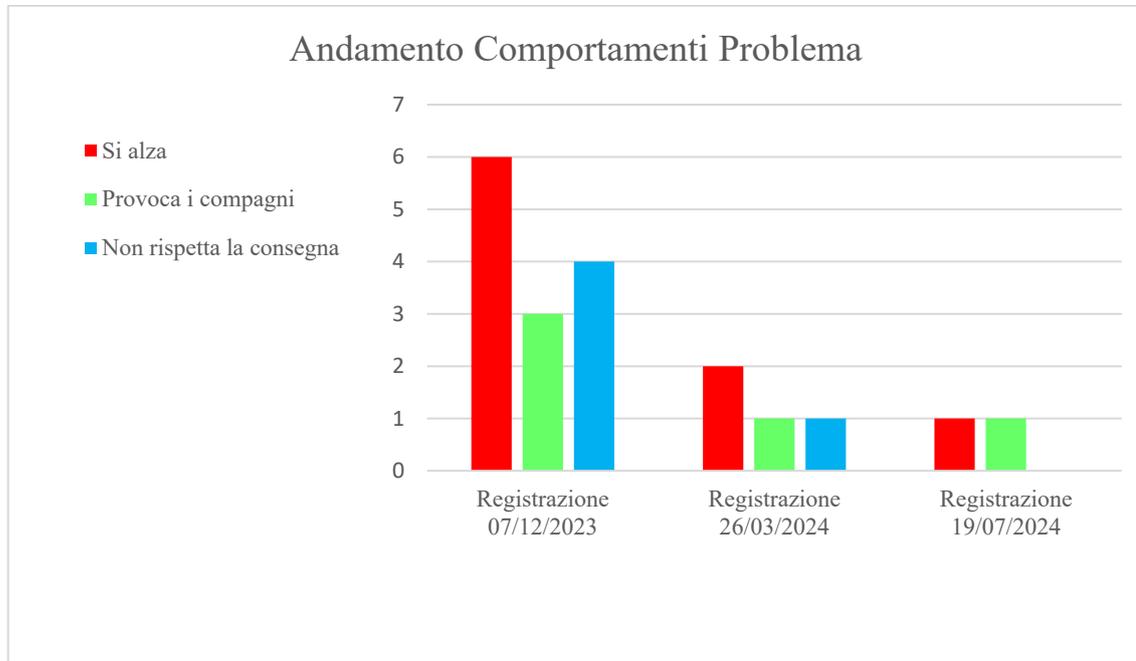


Grafico 2, Andamento Comportamenti Problema C1

Dal grafico 2 è possibile osservare come il numero di comportamenti problema attuati durante una singola seduta si sia visibilmente ridotto nel corso dei mesi. Il bambino rispetta la consegna data senza difficoltà, a volte necessita ancora di alzarsi dalla propria postazione per esigenze di movimento. La provocazione verso i compagni compare sporadicamente ed in genere in relazione a situazioni in cui l'attenzione del terapeuta è focalizzata sull'altro. Oltre ai comportamenti problema descritti non viene registrata l'insorgenza di nuovi.

C2

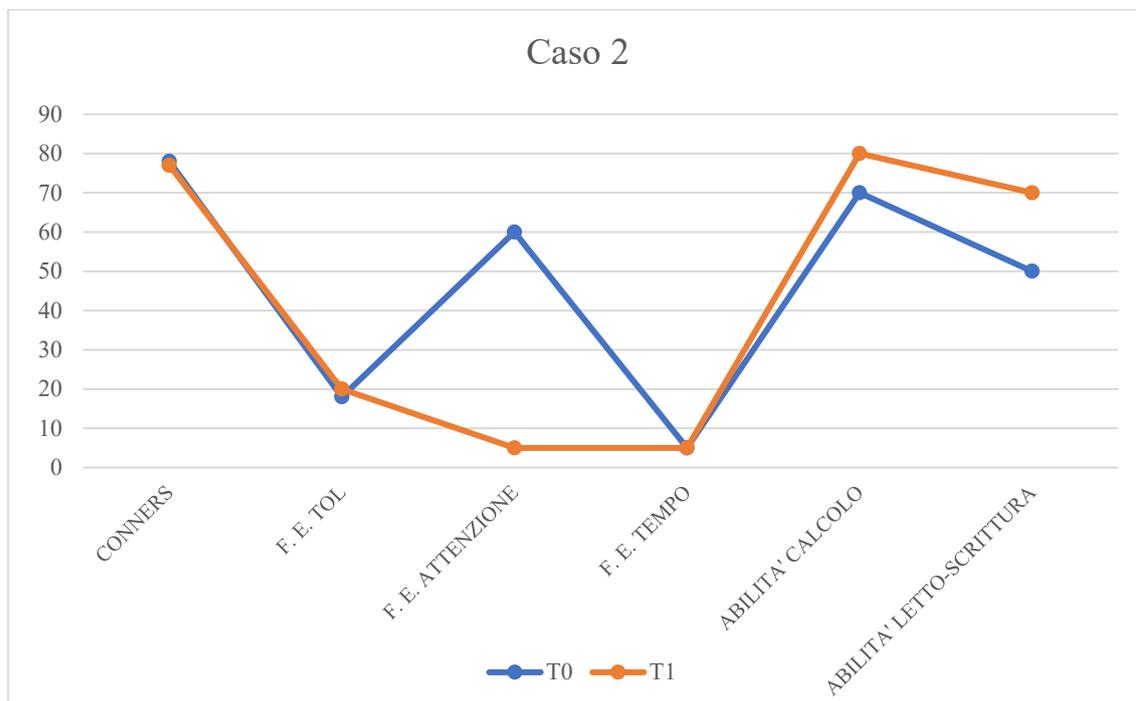


Grafico 3, C2 T0-T1

Dal grafico 3 si possono osservare notevoli cambiamenti in relazione ai prerequisiti dell'apprendimento, nelle funzioni esecutive non si registrano cambiamenti salvo nell'attenzione che risulta essere particolarmente peggiorata. Il questionario Conners riporta un lievissimo cambiamento positivo (Tab. 36). Qualitativamente il bambino è migliorato nelle capacità di autoregolazione, gestione dei comportamenti oppositivi ed iperattivi; a fronte della permanenza di qualche comportamento esplosivo.

Durante la somministrazione del test il bambino resta seduto seppur cambiando spesso posizione, l'attenzione viene deviata dalla sua curiosità. È consapevole dell'attività che sta svolgendo per cui pone ripetute domande riguardo lo scopo del test in relazione al suo disturbo.

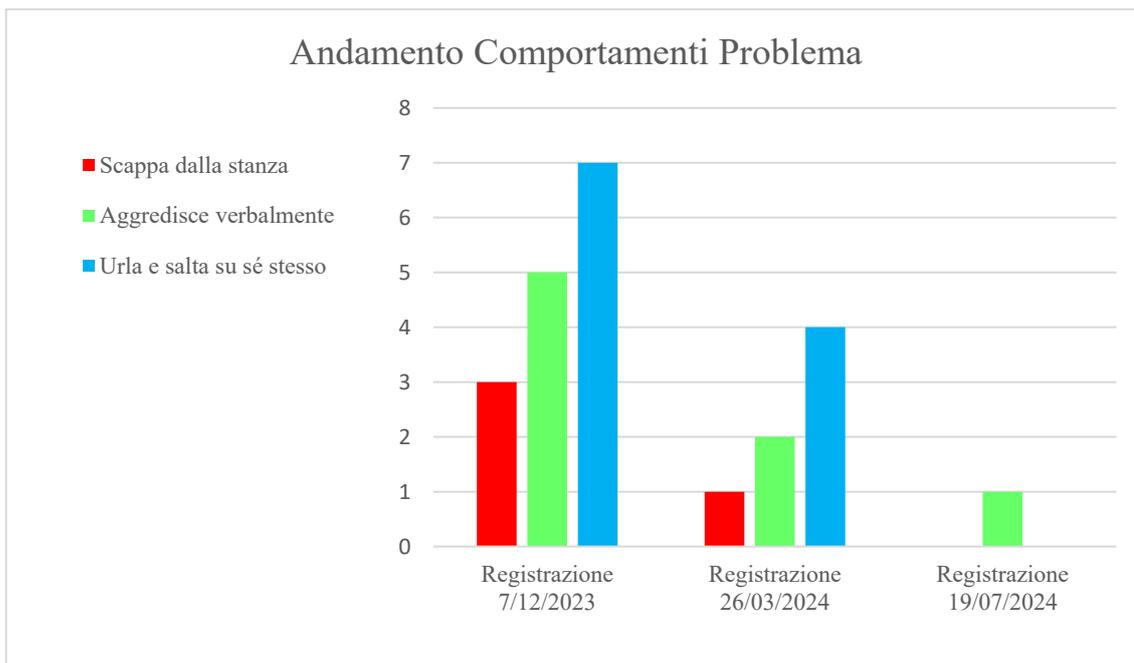


Grafico 4, Andamento Comportamenti Problema C2

Dal grafico 4 emerge come il calo della presentazione dei comportamenti problema nel setting neuro e psicomotorio sia sostanziale, il bambino è gestibile e adeguato alla situazione. Questi miglioramenti consentono un sereno svolgimento della seduta con possibilità di attività a tavolino che il paziente riesce a svolgere in modo agevole senza l'affiancamento costante di un adulto. Oltre ai comportamenti problema descritti non viene registrata l'insorgenza di nuovi.

C3

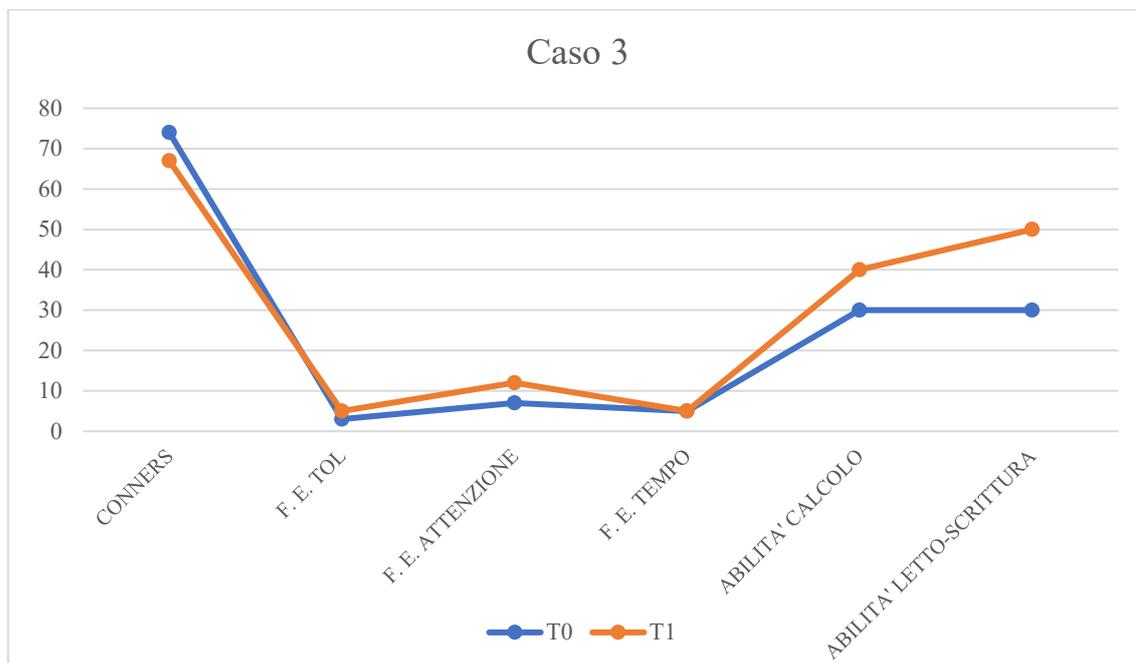


Grafico 5, C3 T0-T1

Dal grafico emergono cambiamenti positivi in tutte le aree indagate, i più significativi vengono riscontrati nei requisiti relativi agli apprendimenti scolastici. Il Questionario Connors registra nell'ambiente domestico un maggiore rispetto delle regole, migliori capacità di portare a termine i compiti assegnati e calo dell'oppositività (Tab. 39).

Durante la somministrazione dei test il bambino appare ansioso e preoccupato, si muove continuamente sulla sedia e fatica a mantenere l'attenzione che è occupata dal controllo della situazione nella stanza (poco conosciuta). Compaiono tremolii e ricerca di conferme.

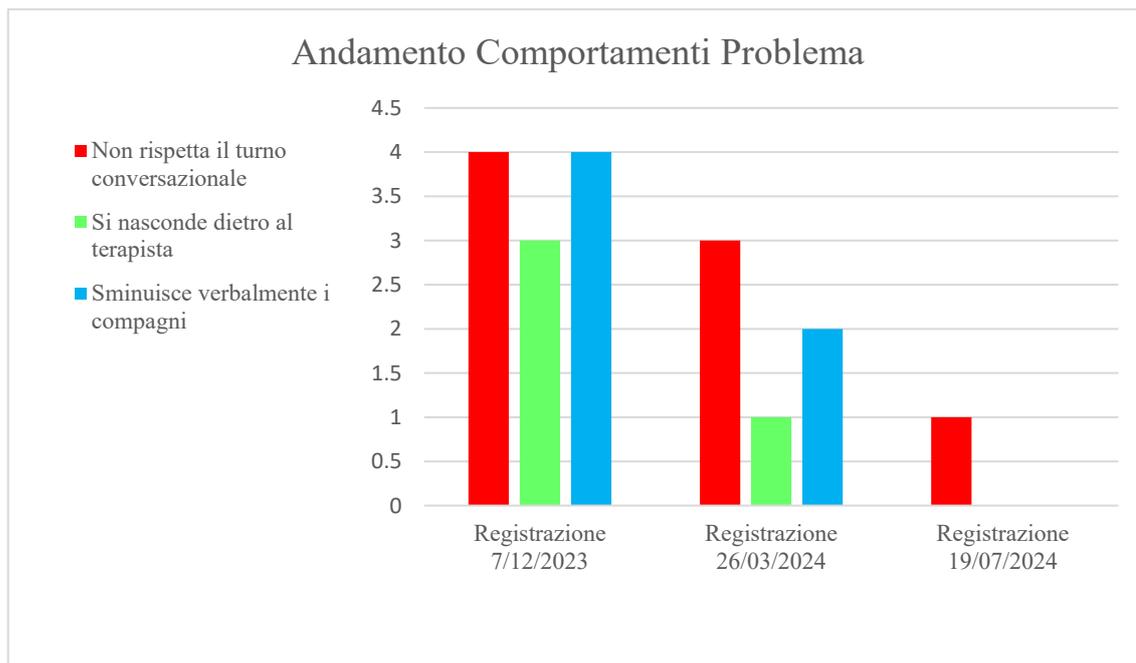


Grafico 6, Andamento Comportamenti Problema C3

Dal grafico 6 si evince come al termine del trattamento parte dei comportamenti problema presentati all'inizio si sia estinta. Le variazioni positive più significative si registrano nella seconda metà del periodo di trattamento, al termine del Training specifico sulle emozioni. Questo cambiamento è dettato non solo da una maggiore capacità di autoregolazione, ma anche da un aumento dell'autostima per cui riconosce i propri successi e non sente il bisogno di mettere gli altri in secondo. Oltre ai comportamenti problema descritti non viene registrata l'insorgenza di nuovi.

6.2 Discussione globale e considerazioni

Il progetto si interroga sulla possibilità di trasferire del "Coping Power scuola dell'infanzia" un programma di prevenzione primaria pensato per un ambiente scolastico, in un setting riabilitativo neuro e psicomotorio; nonché sulle variazioni da apportare per renderlo possibile e sulla sua efficacia in bambini con disturbi del comportamento.

Applicando gli adattamenti esposti è stato possibile trasferire il "Coping Power scuola dell'infanzia" al setting neuro e psicomotorio, portando a termine tutti i moduli che lo compongono. Il programma ha un'impostazione molto lontana da quella prevista nella terapia neuro e psicomotoria pur condividendo parti della sua struttura, obiettivi, metodi

e tecniche; per tali motivi le variazioni apportate sono appena sufficienti ad attuare una trasposizione efficace del programma considerando i tempi e gli spazi necessari alla strutturazione del setting neuro e psicomotorio.

In relazione a questo riadattamento i risultati emersi dal campione riportano la presenza di variazioni in tutte le aree indagate.

Dal questionario Conners emerge che C2 e C3 si collocano su una fascia decisamente atipica per quanto riguarda la triade sintomatica dell'ADHD e delle patologie correlate come il DOP. In seguito al trattamento tutti hanno registrato dei cambiamenti positivi variabili, a T1 C3 e C1 appartengono ad una fascia moderatamente atipica. In relazione alle caratteristiche indagate è necessario sottolineare che una delle famiglie non considera i comportamenti osservati come problematici per cui la caratteristica di oggettività dei risultati viene meno.

Per quanto riguarda le funzioni esecutive C2 e C3 si posizionano a T0 in una fascia molto deficitaria, tali casi hanno visto lievi cambiamenti positivi ma non sufficienti a variare la performance in modo significativo. C1 registra a T0 performance nella media, mentre vengono rilevate come molto deficitarie a T1. Nel Test TOL solo C1 raggiunge performance ottimali sia a T0 che a T1, gli altri due casi rientrano rispettivamente in una fascia deficitaria e gravemente deficitaria, in entrambi si riscontrano lievi miglioramenti alla valutazione finale.

I prerequisiti per il calcolo si collocano in una fascia adeguata all'età in 2 bambini su 3, C1 e C2. A T1 tutti rientrano in criteri di adeguatezza alla classe frequentata o nella media superiore. Per la letto-scrittura si evidenziano maggiori difficoltà con C1 e C2 che rientrano nella media e C3 risulta lievemente deficitario; dopo l'erogazione del trattamento C2 e C3 sono nella media o media superiore mentre C1 passa ad una fascia deficitaria. Considerando che i profili cognitivi registrati rientrano nella media, le difficoltà presentate non sono attribuibili a questo fattore.

Per la maturazione delle abilità di autoregolazione non sono disponibili valutazioni strutturate adeguate. È importante considerare come C1 e C2 presentavano a T0 difficoltà nell'autoregolazione con scoppi di rabbia esplosiva legata ad aggressività fisica e verbale in contesto domestico, scolastico e riabilitativo; mentre C3 solamente in contesto

domestico con una tendenza internalizzante negli altri ambienti. A T1 tutti dimostrano di avere una consapevolezza ed una padronanza delle emozioni molto superiore con una quasi totale estinzione dei comportamenti problema e migliore gestione della frustrazione. In particolare, nei casi C2 e C3 si riscontra un grado di generalizzazione ampio con miglioramenti significativi nel gruppo dei pari in cui sono agevolmente inseriti. C2 a T1 è in grado di frequentare ambienti esterni in cui è necessario mantenere la posizione seduta e un comportamento consono al contesto, questo prima non era possibile.

C1 e C3 presentavano a T0 problematiche di encopresi ed enuresi rispettivamente in ambiente scolastico e domestico, questi comportamenti a T1 risultano estinti acquisendo il completo controllo sfinterico.

Esaminando i grafici che riportano l'andamento dei comportamenti problema, (Grafici 2, 4 e 6) è possibile osservare quantitativamente come in C2 e C3 si sono estinti completamente 2 dei 3 comportamenti problema considerati all'interno del setting neuro e psicomotorio, mentre per C1 si è estinto 1 dei 3 comportamenti problema. Trasformando questi numeri in percentuali è possibile affermare che considerando tutti i comportamenti problema presi in esame, l'85% di essi si è completamente estinta; rispettivamente nel Caso 1 è pari all'83%, nel Caso 2 al 93% e nel Caso 3 al 92%. Sulla base di queste considerazioni è possibile dedurre che l'adattamento del "Coping Power scuola dell'infanzia" al setting neuro e psicomotorio ha prodotto dei cambiamenti positivi rilevanti nella presentazione dei comportamenti problema.

Questo esito può essere ricondotto a molteplici motivazioni:

- La mancanza di esperienza e conoscenza del programma da parte degli operatori dovuta anche alla carente disponibilità di una formazione specifica al momento della proposta dello studio.
- L'applicazione di cambiamenti poco radicali al programma originale
- La cadenza monosettimanale delle sedute
- La scarsa compliance scolastica che non consente la continuità orizzontale ed inoltre va ad inficiare la possibilità di generalizzazione delle acquisizioni

6.3 Limiti e proposte future

Da un rapido confronto tra i capitoli 3 – il programma Coping Power nella scuola dell'infanzia e 4 – Progetto pilota, è possibile notare molteplici differenze.

Per quanto riguarda il timing del programma si ricorda che la somministrazione ha avuto una durata pari ad un anno scolastico, confronto a questo si è quindi iniziato e concluso in ritardo. Sarebbe auspicabile condurre n. 2 incontri settimanali per un periodo coincidente all'anno scolastico, per un totale di n. 50 incontri finali circa. In tal modo è possibile ripetere e/o recuperare quelle attività “perse” dai bambini per consentire a tutti i partecipanti di sperimentare e approfondire ogni parte del programma, nonostante gli imprevisti. Inoltre, osservando anche i risultati ottenuti dai bambini si consiglia di affiancare il trattamento a delle sedute di Parent Training per le famiglie.

In relazione ai moduli del programma le variazioni da considerare sono molteplici:

- Gli obiettivi da raggiungere devono essere ricalibrati sul gruppo di lavoro selezionato, compresi quelli relativi ad ogni modulo in cui i tempi sono adeguati a seconda del potenziamento necessario.
- Le attività devono essere ripensate sul piccolo gruppo e sul setting a disposizione, considerando la sintomatologia presentata dal disturbo e gli obiettivi prefissati nel progetto. Queste dovrebbero essere strutturate/semi-strutturate, facilmente realizzabili in termini di tempo e spazio, motivanti per i bambini.
- Le tecniche proposte per rilassamento/meditazione/controllo delle emozioni devono essere adattate alle capacità dei bambini.

Ulteriori limiti allo studio sono:

1. Scarsa presenza di valutazioni quantitative che misurino la presenza e la gravità di comportamenti problema
2. Tempi e spazi non sempre adeguati all'attuazione delle attività in gruppo
3. Mancanza di formazione degli operatori sul Coping Power

Con le accortezze sopracitate è possibile riproporre tale progetto riabilitativo, con la possibilità di ampliarlo ad altri pazienti attraverso delle modifiche. Ci sono dei requisiti che non sono modificabili:

- n° di operatori

- organizzazione temporale della seduta
- setting fisico
- quoziente intellettuale omogeneo
- n° componenti del gruppo

Considerate le premesse è auspicabile improntare un progetto di ricerca con uno studio randomizzato controllato al fine di comprovare l'effettiva efficacia del progetto comparandolo con altre tipologie di trattamento già verificate.

Un possibile ampliamento dello studio potrebbe comprendere al suo interno tutti quei disturbi e comorbilità che si caratterizzano per: disordini del comportamento, scarsa autostima, disturbi internalizzanti e/o esternalizzanti e comportamenti problema. I pazienti verso cui si rivolge l'ipotesi sono i DSA o coloro che rientrano in una fascia di richiesta di attenzione per essi; tale ipotesi si basa sulle caratteristiche emotive di questi piccoli pazienti.

CAPITOLO 7 - CONCLUSIONI

Questo progetto di tesi ha concesso la possibilità di sperimentare l'integrazione del programma "Coping Power scuola dell'infanzia" nella terapia neuro e psicomotoria.

I risultati mostrano come il programma Coping Power riadattato, incentrato sul training emotivo e tecniche di gestione della rabbia, produca dei cambiamenti nelle capacità di autoregolazione, nella gestione della rabbia e più in generale degli stati emotivi, nel funzionamento quotidiano e nelle capacità di interazione sociale. Il trattamento erogato non ha prodotto miglioramenti relativi alle funzioni esecutive in particolare nell'area attentiva sia focale che sostenuta indagata con testistica standardizzata. I risultati emersi dalla valutazione quantitativa delle abilità scolastiche e delle funzioni esecutive sono disomogenei nella popolazione presa in esame, pertanto non significativi. Tali risultati si contrappongono alle valutazioni qualitative effettuate tramite valutazione neuro e psicomotoria e registrazione dei comportamenti problema realizzata dagli operatori attraverso la griglia di descrizione e quantificazione numerica. In base a queste osservazioni è possibile confermare l'efficacia del trattamento attuato; infatti, dalla raccolta anamnestica e dall'area comportamentale affettivo-relazionale mostrano variazioni significative in tutti i casi sia a T0 che a T1; così come la registrazione dei comportamenti problema all'interno del setting neuro e psicomotorio che in tutti i casi diminuiscono o scompaiono e non ne compaiono di nuovi.

La sperimentazione del programma "Coping Power scuola dell'infanzia" adattato al setting neuro e psicomotorio ha suscitato le seguenti considerazioni:

- È importante osservare l'impatto dei disturbi del comportamento sulla vita personale e sociale del soggetto interessato e di coloro che lo circondano
- Risulta necessario riconoscere l'importanza della capacità di autoregolazione come requisito basilare dell'interazione con il prossimo al fine di costruire una relazione
- È presente una correlazione tra i soggetti *callous unemotional* caratterizzati per la difficoltà di interpretazione dei segnali sociali e la presenza di comportamenti problema

- È fondamentale la cooperazione con la scuola e la famiglia per ottenere un'analisi approfondita dei comportamenti non emersi nel setting riabilitativo, unito alla possibilità di produrre risultati migliori.

Complessivamente si può affermare che la terapia neuro e psicomotoria integrata al Coping Power riadattato al setting risulta significativo relativamente agli obiettivi per cui esso nasce: gestione della rabbia e maturazione dell'autoregolazione. Contrariamente non risulta significativo per quanto riguarda il resto degli obiettivi predisposti comprese le competenze scolastiche relative agli apprendimenti e al miglioramento della sintomatologia principale dei disturbi. Migliori sono i risultati affiancati al Parent Training che viene considerato necessario in un campione con caratteristiche simili.

In conclusione, il progetto di tesi si pone come punto di partenza per futuri studi in ambito riabilitativo inerenti al “Coping Power Program” con la possibilità di integrare altri interventi o apportare ulteriori adattamenti al presente progetto necessari per poter ottenere un intervento globalmente più efficace.

A tal proposito sarebbe utile:

- Condurre lo stesso studio con gruppo di controllo
- Ampliare lo studio diversificando la popolazione presa in esame, ad esempio concentrandosi su pazienti con DSA o prevenzione del DSA, integrando un training specifico per le funzioni esecutive. Tale ipotesi scaturisce dalle evidenze scientifiche che descrivono peculiarità emotive caratterizzanti i bambini con DSA quali: bassa autostima, scarso senso di autoefficacia, difficoltà ad inserirsi nel gruppo, tendenza ad internalizzare le tensioni. Sulla base dei risultati ottenuti dallo studio si ipotizza che l'inserimento del programma Coping Power riadattato al setting possa ottenere risultati positivi nella popolazione dei DSA.
- Introdurre il programma “Coping Power scuola dell'infanzia” negli ambienti scolastici frequentati dai pazienti in concomitanza al trattamento neuro e psicomotorio integrato al programma Coping Power riadattato. In questo modo si offrirebbe al paziente una continuità orizzontale ed una maggiore possibilità di generalizzare le strategie; allo stesso tempo si consentirebbe ai TNPEE di focalizzarsi in setting riabilitativo solo su obiettivi specifici.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Alan S. Kaufman, Elisabeth O. Lichtenberger (2010) *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence*
- 2 American Psychiatric Association, (2023). *DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision.*
- 3 Anna Maria Re, Cesare Cornoldi, Gian Marco Marzocchi (2021) *BIA Batteria Italiana per l'ADHD*
- 4 Carlo Cianchetti, Claudio Vio, Giuseppina Sannio Franciello (2021) *TOL Torre di Londra Test di valutazione delle funzioni esecutive (pianificazione e problem solving)*
- 5 Chiara Pacini, Daniela Brizzola, (2020). *Disturbi e traiettorie atipiche del neurosviluppo. Diagnosi e intervento.*
- 6 Consuelo Giuli, Iacopo Bertacchi, Pietro Muratori (2017) *Coping Power nella scuola dell'infanzia.*
- 7 Elena Gandolfi, Laura Traverso, Maria Carmen Usai (2017) *FE-PS 2-6 Batteria per la valutazione delle funzioni esecutive in età prescolare*
- 8 John E. Lochman, K. A. Dodge (1994). *Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive and nonaggressive boys.* Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- 9 John E. Lochman, Karen Wells, Lisa A. Lenhart, (2022). *Coping Power. Programma per il controllo di rabbia e aggressività in bambini e adolescenti.*
- 10 Keith C. Conners (2008) *Conners 3rd Edition*
- 11 Reuven Feuerstein, Raphael S. Feuerstein, Louis H. Falik, Ya'acov Rand (2008) *Il programma di arricchimento strumentale di Feuerstein*

SITOGRAFIA

- 1 <https://www.associazioneaifa.it/linee-guida-sinpia/>
- 2 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12549711/>
- 3 https://www.researchgate.net/figure/The-kindergarten-approach-to-learning_fig1_221629475#:~:text=View-,...process%20with%20DBL%20%5B22%5D%20.

