

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Logopedia

La centralità del caregiver nello sviluppo socio-comunicativo in bambini con disturbo del neurosviluppo: studio di applicazione del Caregiver Skills Training (CST) in AST Ancona

The central role of caregivers in the socio-communicative development of children with neurodevelopmental disorders: an application study of Caregiver Skills Training (CST) at AST Ancona

Relatore:

Dott. Gabriele Ghergo

Tesi di Laurea di:

Giada Rinaldi

A.A. 2025/2026

ABSTRACT

La comunicazione rappresenta uno degli aspetti maggiormente coinvolti nei disturbi del neurosviluppo e costituisce un elemento fondamentale per lo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino. Negli ultimi anni, il crescente interesse verso gli interventi mediati dai caregiver ha portato allo sviluppo di programmi finalizzati a valorizzare il ruolo dei genitori all'interno dei percorsi di supporto. Tra questi, il Caregiver Skills Training (CST), promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, si propone di fornire strategie pratiche ai caregiver per favorire lo sviluppo comunicativo, relazionale e comportamentale del bambino nelle attività di vita quotidiana. Il presente elaborato ha avuto l'obiettivo di osservare il cambiamento del comportamento del caregiver durante la partecipazione al programma CST, con particolare attenzione alle modalità di interazione caregiver-bambino nei contesti naturali. Lo studio è stato realizzato presso il Distretto di Jesi (AST Ancona) nel periodo compreso tra novembre 2025 e febbraio 2026. Il campione finale era costituito da cinque nuclei familiari con bambini che presentavano disturbi del neurosviluppo o condizioni in fase di approfondimento diagnostico. Per monitorare l'evoluzione dei comportamenti dei caregiver è stata predisposta una check-list osservativa composta da cinque aree di indagine: responsività del genitore, stile comunicativo, setting, qualità del gioco condiviso e regolazione emotiva e gestione dei comportamenti. Le osservazioni sono state effettuate in tre momenti differenti del percorso, corrispondenti alle tre visite domiciliari previste dal programma. Al termine dell'intervento è stato inoltre somministrato un questionario di gradimento finalizzato a raccogliere la percezione soggettiva delle famiglie. I risultati evidenziano un miglioramento progressivo delle competenze osservate nei caregiver e confermano il ruolo centrale della famiglia nell'implementazione delle strategie promosse dal programma CST. L'intervento si è dimostrato utile nel favorire una maggiore partecipazione del caregiver alle interazioni quotidiane con il bambino e nell'aumentare la consapevolezza rispetto alle proprie modalità comunicative ed educative.

1. INTRODUZIONE

1.1 Comunicazione

La comunicazione non può essere ridotta a un semplice scambio di informazioni; essa rappresenta la modalità primaria attraverso cui l'essere umano entra in relazione con il mondo e costruisce la propria identità sociale (Ruoppolo et al., 2021). Il termine "comunicazione" ha radici profonde, nasce dal verbo latino *communico* (mettere in comune, condividere), essa si configura come un bisogno primario e un diritto fondamentale dell'essere umano, costituendo lo strumento elettivo attraverso cui l'individuo costruisce la propria identità e interagisce con l'ambiente sociale. Comunicare significa, creare un ponte tra sé e l'altro: è un processo intenzionale di co-costruzione di significati che permette non solo lo scambio di informazioni razionali, ma anche la condivisione di stati emotivi, desideri e bisogni. Affinché avvenga un atto comunicativo sono essenziali almeno sei fattori: l'emittente, cioè chi produce il messaggio; un codice, che è il sistema di riferimento di base al quale il messaggio viene prodotto; un messaggio, che è l'informazione trasmessa e prodotta secondo le regole del codice; un contesto, in cui il messaggio è inserito e a cui si riferisce; un canale, cioè un mezzo che rende possibile la trasmissione; un destinatario che riceve e interpreta il messaggio (Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, s.d.). All'interno di questo processo, l'interazione si articola su due livelli: la comunicazione verbale e quella non verbale. "È impossibile non comunicare" (Watzlawick et al., 1967). Questo concetto, noto come il primo assioma della comunicazione, suggerisce che ogni comportamento sia esso verbale, gestuale o persino il silenzio, ha valore di messaggio. Per il bambino, comunicare è la chiave di accesso alla relazione con l'altro: è un bisogno primario che precede l'acquisizione del codice linguistico formale. Tale competenza si manifesta precocemente attraverso una complessa interazione tra il canale verbale e non verbale. Nei disturbi del neurosviluppo, e in particolare nei Disturbi dello Spettro Autistico, queste tappe precoci possono presentare traiettorie atipiche; pertanto, comprendere la natura sociale della comunicazione è il primo passo per implementare strategie di supporto che valorizzino il ruolo della famiglia nel processo di cura.

1.1.1 Sviluppo del linguaggio pre-verbale

Già dai primi mesi di vita, lo sviluppo comunicativo è sostenuto da precursori fondamentali come il contatto oculare, il sorriso sociale e l'attenzione condivisa. È proprio in questa fase pre-verbale che il bambino impara a percepire il caregiver come partner comunicativo, scoprendo l'intenzionalità e l'efficacia dei propri segnali (gesti, vocalizzi, espressioni). Secondo Schindler (2021), la competenza comunicativa si fonda sulla capacità di "essere in relazione", un'attitudine che il neonato manifesta sin dai primi giorni di vita attraverso canali non verbali come il pianto, lo sguardo e il contatto corporeo. L'importanza della comunicazione risiede nel suo essere il "terreno fertile" su cui si innesterà la facoltà del linguaggio. Senza un'adeguata base comunicativa, intesa come intenzione di condividere un significato con l'altro, lo sviluppo delle abilità fonologiche, semantiche e sintattiche risulterebbe privo di scopo e di efficacia (Ruoppolo et al., 2021). Nello sviluppo normotipo, la comunicazione pre-verbale non è una semplice attesa del linguaggio, ma un processo attivo di costruzione di significati che avviene nel primo anno di vita. Secondo Camaioni (2001), la transizione fondamentale avviene intorno ai 9-10 mesi, quando il bambino passa da un'interazione di tipo "diadico" (centrata solo sull'adulto o solo sull'oggetto) a una di tipo "triadico". In questa fase, il bambino diventa capace di coordinare la propria attenzione tra un partner sociale e un oggetto di interesse, dando vita ai primi episodi di attenzione congiunta. Un elemento distintivo di questo sviluppo è la comparsa dei gesti deittici (indicare, mostrare, dare), che riflettono una chiara intenzione comunicativa. Come sottolineato nel manuale di Camaioni (2001), questi gesti possono assolvere a due funzioni principali:

1. Funzione proto-imperativa: il bambino usa l'adulto come strumento per ottenere un oggetto (es. indicare un giocattolo lontano).
2. Funzione proto-declarativa: il bambino usa l'oggetto come strumento per ottenere l'attenzione dell'adulto, condividendo un interesse (es. indicare un cane che corre per mostrarlo alla mamma).

Quest'ultima funzione è considerata una pietra miliare dello sviluppo cognitivo e sociale, poiché implica il riconoscimento dell'altro come soggetto dotato di stati mentali condivisibili. Verso i 12 mesi, la comunicazione pre-verbale raggiunge la sua massima espressione attraverso la combinazione di sguardi, gesti e vocalizzi di transizione, che preparano il terreno per la comparsa delle prime parole referenziali. La continuità tra

queste forme pre-verbali e il linguaggio successivo è tale che la frequenza e la varietà dei gesti a 12 mesi sono considerate predittori accurati dell'ampiezza del vocabolario a 24 mesi (Camaioni, 2001). Lo sviluppo della comunicazione pre-verbale non riguarda solo "cosa" il bambino fa, ma "perché" lo fa. Un passaggio cruciale nello sviluppo normotipo è l'emergere dell'intenzionalità comunicativa, che solitamente si consolida tra gli 8 e i 10 mesi (Caselli et al., 2016). Prima di questa fase, il bambino produce segnali (come il pianto) che l'adulto interpreta, ma è solo con l'intenzionalità che il bambino produce un segnale allo scopo di influenzare lo stato mentale o il comportamento dell'altro.

Secondo il Manuale di Logopedia (Ruoppolo et al., 2021), tre indicatori clinici confermano la presenza di intenzionalità:

- L'alternanza dello sguardo: il bambino guarda l'oggetto, poi il partner sociale e di nuovo l'oggetto per verificare che l'adulto stia seguendo il suo interesse.
- La persistenza nel segnale: se non viene compreso, il bambino ripete o modifica il gesto o il vocalizzo finché non ottiene l'effetto desiderato.
- La ritualizzazione dei gesti: l'uso di gesti convenzionali (come il "ciao" con la mano o il "no" con la testa) che hanno un significato condiviso nella cultura di appartenenza.

Parallelamente ai gesti, si evolve la componente sonora attraverso la lallazione (babbling). La lallazione canonica (ripetizione di sillabe identiche come "ba-ba") e quella variata (sillabe diverse come "ba-da-me") rappresentano il ponte verso la fonologia della lingua madre (Caselli et al., 2016). La ricchezza del repertorio di suoni prodotti in questa fase pre-verbale è direttamente correlata alla velocità di acquisizione delle prime parole. Come evidenziato da Schindler (2021), un ritardo nella comparsa della lallazione oltre i 10 mesi può essere un "campanello d'allarme" precoce per lo sviluppo linguistico successivo.

1.1.2 Sviluppo del linguaggio verbale

Lo sviluppo del linguaggio verbale rappresenta uno degli aspetti più complessi della crescita del bambino. Comprende l’acquisizione di capacità fonetiche, fonologiche, semantico-lessicali, morfosintattiche e pragmatiche. Tutto questo processo è influenzato da fattori biologici, cognitivi ed ambientali. Un’acquisizione adeguata del linguaggio è

fondamentale non solo per la comunicazione ma anche per l'integrazione sociale e lo sviluppo cognitivo globale del bambino. L'acquisizione del linguaggio è una conquista evolutiva fondamentale che tutti i bambini sani e con sviluppo tipico portano a compimento nei primi anni di vita in modo facile e veloce (Gervain J. 2020). La comunicazione verbale è caratterizzata dall'uso di un codice linguistico arbitrario e simbolico che permette anche la trasmissione di concetti astratti e complessi. Il passaggio dalla comunicazione pre-verbale a quella verbale rappresenta una tappa di fondamentale importanza che nasce da solide basi relazionali e intenzionali costruite nel periodo pre-verbale. Questa fase è convenzionalmente segnata dalla comparsa delle prime parole intorno ai 12 mesi. Non si tratta di un processo lineare, bensì caratterizzato da una forte interdipendenza tra lo sviluppo del lessico e l'emergere delle strutture grammaticali (Caselli et al., 2016). La produzione delle prime parole, anche dette proto-parole, si colloca attorno all'anno di vita. Queste sono caratterizzate da una funzione referenziale: il bambino non usa più i suoni solo per giocare o attirare l'attenzione, ma per etichettare oggetti e parole specifiche che fanno riferimento all'ambiente che lo circonda (Ruoppolo et al.,2021). Lo sviluppo del lessico attraversa una fase di crescita, secondo lo sviluppo normotipo, un bambino di 18 mesi dovrebbe possedere circa 50 parole. Questo periodo è seguito dalla cosiddetta "esplosione del vocabolario". In questa fase, il ritmo di acquisizione del lessico aumenta, permettendo l'aggiunta nel repertorio lessicale del bambino; di verbi, aggettivi e parole funzione. Durante il periodo prescolare dai 2 ai 6 anni, il linguaggio del bambino diventa sempre più complesso; si sviluppano strutture sintattiche più elaborate (Brown, 1973), si acquisiscono morfemi grammaticali (Huttenlocher et al., 2002), cresce la competenza pragmatica. Successivamente dai 6 ai 12 anni con l'ingresso alla scuola primaria, il vocabolario si amplia e il bambino sviluppa la capacità di narrazione e di argomentazione, fondamentali per l'apprendimento scolastico. (Berman and Slobin, 1994). Alla luce di quanto descritto, appare evidente come lo sviluppo del linguaggio verbale non possa essere considerato un processo isolato, ma debba essere interpretato come il risultato di una complessa interazione tra molteplici fattori. In particolare, elementi di natura genetica e neurologica, fattori ambientali e disturbi associati.

1.1.3 Lo sviluppo socio-pragmatico

La pragmatica è quella branca della linguistica che si occupa di studiare l'uso del linguaggio all'interno di contesti comunicativi coerenti. Questa si concentra sul significato del parlante: ciò che un individuo intende comunicare attraverso un enunciato in una determinata situazione. Il principio cardine della disciplina è che la comunicazione non consiste semplicemente nella codifica e decodifica di messaggi, ma in un'attività cognitiva e sociale complessa. Un aspetto cruciale della pragmatica risiede nella distinzione tra ciò che viene detto, cioè il contenuto e ciò che viene comunicato, ovvero l'intenzione comunicativa del parlante. Gran parte dello scambio linguistico quotidiano si basa su conoscenze implicite: il parlante spesso omette informazioni che considera già parte del patrimonio di conoscenze condiviso con l'interlocutore. In questo modo la comunicazione diventa un'attività inferenziale. Chi ascolta, infatti, non si limita a decodificare i suoni, ma integra il significato letterale con le conoscenze contestuali per ricostruire l'intenzione del parlante. Nel corso dello sviluppo tipico, le prime basi della competenza pragmatica emergono già nei primi mesi di vita, all'interno delle interazioni precoci caregiver-bambino. In questa fase, le cosiddette "protoconversazioni" si strutturano attraverso scambi vocali, contatto oculare e reciprocità affettiva, configurando una forma primitiva di dialogo regolata dal turno comunicativo (Trevarthen, 1979; Bruner, 1983). Successivamente, nella seconda metà del primo anno di vita, si osserva il passaggio a forme di interazione triadica, caratterizzate dall'emergere dell'attenzione condivisa, che rappresenta un prerequisito essenziale per lo sviluppo delle competenze pragmatiche e linguistiche (Bates, 1976; Bruner, 1983). Tra i 9 e i 12 mesi, il bambino sviluppa l'intenzionalità comunicativa, ovvero la capacità di utilizzare segnali comunicativi per modificare il comportamento o lo stato mentale dell'altro. In questo periodo compaiono atti comunicativi intenzionali di tipo dichiarativo e richiestivo, che costituiscono le prime manifestazioni delle funzioni pragmatiche del linguaggio (Bates, 1976). Con l'acquisizione del linguaggio verbale, le competenze pragmatiche si arricchiscono progressivamente. Durante l'età prescolare, il bambino sviluppa abilità conversazionali sempre più complesse, quali la capacità di rispettare i turni, mantenere l'argomento del discorso, adattare il registro comunicativo e riparare eventuali fallimenti comunicativi. Tali abilità riflettono la crescente capacità di comprendere gli stati mentali altrui e di coordinarsi con l'interlocutore all'interno dello scambio comunicativo (Ninio & Snow, 1996). Un aspetto centrale dello sviluppo pragmatico riguarda inoltre la capacità

inferenziale, ovvero l'abilità di comprendere significati non letterali, come implicature, metafore e ironia. Studi sperimentali dimostrano che tali competenze emergono gradualmente durante l'età prescolare e scolare, con un progressivo miglioramento legato allo sviluppo cognitivo e linguistico del bambino (Wilson & Katsos, 2021). È importante sottolineare che lo sviluppo pragmatico non si conclude nei primi anni di vita, ma prosegue durante tutta l'infanzia e l'adolescenza, con un progressivo affinamento delle competenze comunicative in relazione all'ampliarsi dei contesti sociali e dei ruoli comunicativi assunti dal bambino (Cekaite, 2012). Tale processo riflette la natura profondamente sociale della pragmatica, che si configura come il risultato dell'interazione tra competenze linguistiche, cognitive ed emotivo-relazionali (Alduais et al., 2022). Alla luce di queste considerazioni, appare evidente come lo sviluppo della pragmatica rappresenti un indicatore cruciale della competenza comunicativa globale del bambino, nonché un elemento chiave per l'integrazione sociale e la partecipazione alle interazioni quotidiane.

1.2 Diade madre bambino

La diade madre-bambino rappresenta il primo contesto relazionale entro cui si organizzano e si sviluppano le competenze socio-comunicative, affettive e regolative del bambino. All'interno del filone dell'Infant Research, numerosi autori hanno messo in luce come le interazioni precoci tra madre e bambino costituiscano un sistema dinamico, caratterizzato da reciprocità, negoziazione continua e co-costruzione della relazione (Stern, 1998; Trevarthen & Aitken, 2001). In questa prospettiva, lo sviluppo viene compreso secondo un modello transazionale, in cui gli esiti evolutivi non dipendono esclusivamente dalle caratteristiche del bambino o del caregiver, ma emergono dall'intreccio costante tra comportamento infantile, risposte del genitore e variabili ambientali che influenzano entrambi (Sameroff & Chandler, 1975). Come viene sottolineato, gli esiti evolutivi possono essere considerati come il risultato di interrelazioni continue e dinamiche tra il comportamento del bambino, le risposte del caregiver ai comportamenti del bambino e le variabili ambientali che possono influenzare sia il bambino che il caregiver, evidenziando il ruolo attivo di entrambi i membri della diade. Il bambino è considerato fin dalle prime settimane di vita un partecipante attivo alla relazione, dotato di "un'intelligenza sociale di matrice innata" che lo rende pronto a interagire con i suoi partner. Tuttavia, questa predisposizione innata non è sufficiente a

garantire da sola lo sviluppo delle competenze relazionali: è necessario il supporto delle interazioni precoci con i caregiver, che forniscono al bambino un contesto di responsività, contingenza e sintonizzazione affettiva (Stern, 1998; Trevarthen & Aitken, 2001). La motivazione primaria a cercare relazioni diadiche e a raggiungere una reciprocità relazionale costituisce una condizione necessaria, ma non sufficiente, per lo sviluppo delle abilità sociali precoci. È attraverso la qualità delle risposte materne che questa predisposizione trova una forma organizzata e si traduce in competenze comunicative sempre più sofisticate. La madre, in quanto figura di riferimento principale nei primi mesi di vita, svolge un ruolo centrale nel sostenere e strutturare le interazioni. La sensibilità della madre nel cogliere e rispondere ai segnali del bambino rappresenta uno dei principali fattori associati allo sviluppo di una relazione sicura (Ainsworth et al., 1978). Inoltre, la capacità del caregiver di riconoscere il bambino come individuo dotato di stati mentali propri, definita mind-mindedness, favorisce la costruzione della reciprocità relazionale. Le esperienze di sintonizzazione affettiva "empathic attunemnet" consentono infine al bambino di sentirsi compreso e condiviso nei propri stati interni (Stern et al., 1984). Il repertorio comportamentale, affettivo e linguistico che la madre utilizza per strutturare e mantenere le interazioni con il bambino nei diversi contesti riveste una particolare importanza, soprattutto considerando il carattere di quasi esclusività della figura materna nelle esperienze interattive dei primi dodici mesi di vita. Con il ripetersi delle interazioni, il bambino sviluppa delle aspettative sulle azioni e sulle intenzioni dell'altro, come mostrato dagli studi sulla violazione dell'aspettativa in contesti naturali condotti nella prima infanzia. Le iniziative e le reazioni della madre, sperimentate ripetutamente nel corso degli scambi comunicativi precoci, diventano quindi una costante dell'ambiente interattivo, elementi distintivi dei processi di micro-regolazione che si attivano per aggiustare le interazioni reciproche. All'interno di tali processi di micro-regolazione si viene a creare il repertorio socio-comunicativo del bambino, che costituisce la base per l'emergere di forme di comunicazione sempre più intenzionali e complesse. Il modello transazionale si integra con il modello socio-costruttivista dello sviluppo, che attribuisce un ruolo centrale alle interazioni precoci madre-bambino all'interno dei formati di attenzione condivisa. Da questi scambi dipende la qualità della condivisione di stati mentali e affettivi nell'esperienza intersoggettiva preverbale, che a sua volta influenza le differenze individuali nella comparsa di nuovi livelli di comunicazione intenzionale ed

affettiva con la maturazione cognitiva del bambino e il suo crescente interesse per gli oggetti e la realtà esterna. In particolare, l'attenzione congiunta, che si manifesta nel corso del primo anno di vita come capacità di condividere con l'altro l'attenzione e l'interesse verso un oggetto o un evento, risulta fortemente influenzata dalle caratteristiche dello scaffolding materno. L'emergere di abilità quali il gesto di indicazione con funzione richiestiva e il pointing dichiarativo denota non solo la presenza nel bambino del concetto di agentività e della distinzione mezzi-fini, ma anche la consapevolezza che l'altro sia dotato di stati mentali diversi dai propri, che possono essere modificati tramite la comunicazione interpersonale (Camaioni, 1993; Tomasello et al., 2005). In questo senso, la diade madre-bambino costituisce il contesto privilegiato in cui l'esperienza intersoggettiva si configura progressivamente come scoperta di somiglianza e, al tempo stesso, come consapevolezza della differenziazione dall'altro.

1.2.1 Periodo di gestazione

Nel periodo gestazionale la diade madre-bambino si configura come un sistema relazionale in formazione, in cui la madre e il bambino iniziano a costruire un legame che, pur non essendo ancora visibile nelle forme di interazione faccia a faccia, è già presente a livello corporeo, emotivo e rappresentazionale. Le teorie dell'attaccamento e dell'intersoggettività, richiamate nel quadro dell'Infant Research, suggeriscono che la gravidanza costituisca una fase cruciale per la costruzione delle rappresentazioni materne del bambino e del proprio ruolo genitoriale. La madre, nel corso dei mesi di gestazione, elabora un "bambino immaginato", una figura interna che integra fantasie, aspettative, timori e desideri, e che orienterà le prime modalità di interazione dopo la nascita. In questa fase, il legame diadico si sviluppa attraverso i ritmi corporei condivisi: il battito cardiaco, i movimenti fetali, le variazioni ormonali e gli stati emotivi materni costituiscono un primo contesto di regolazione reciproca. Il feto risponde ai cambiamenti del corpo materno, mentre la madre percepisce e interpreta i movimenti del bambino, attribuendo loro significato e iniziando a costruire una narrazione interna della relazione. Oltre agli aspetti emotivi e rappresentazionali, durante la gravidanza iniziano a svilupparsi anche forme precoci di comunicazione tra madre e bambino attraverso stimoli tattili e vocali. Alcuni studi hanno evidenziato come il feto sia in grado di rispondere agli stimoli provenienti dalla madre già nel secondo e terzo trimestre di gestazione. In particolare, Marx e Nagy (2015), attraverso l'utilizzo dell'ecografia 4D, hanno osservato che i feti

mostrano modificazioni comportamentali in risposta al contatto della madre con l'addome, aumentando i movimenti di testa, braccia e bocca rispetto alle condizioni di controllo. Tali risultati suggeriscono che il feto sia in grado di percepire e rispondere selettivamente agli stimoli tattili materni già prima della nascita. Risultati analoghi sono stati riportati da Souza e colleghi (2019), i quali hanno evidenziato un aumento dei movimenti fetali durante il contatto della madre con l'addome, confermando il ruolo della stimolazione tattile materna nella costruzione delle prime forme di interazione prenatale. Anche la voce materna rappresenta un importante canale di comunicazione nel periodo gestazionale. La letteratura evidenzia che il feto reagisce alla voce della madre e che l'esposizione ripetuta agli stimoli vocali durante la gravidanza può essere riconosciuta dopo la nascita. In questo senso, attività spontanee come parlare, leggere o cantare al bambino durante la gravidanza possono favorire la familiarizzazione con la voce materna e contribuire alla costruzione del legame prenatale (Carvalho et al., 2019). Tale processo è stato descritto in letteratura attraverso il concetto di maternal-fetal attachment, definito come il legame emotivo, cognitivo e comportamentale che la madre sviluppa nei confronti del bambino durante la gravidanza. Il costrutto è stato introdotto da Cranley nel 1981 per poi essere ripreso e rielaborato da Sacchi nel 2021. Questo legame si manifesta attraverso pensieri rivolti al feto, fantasie sul futuro bambino, comportamenti di cura e protezione e una crescente partecipazione emotiva all'esperienza della maternità. Le evidenze scientifiche mostrano come un attaccamento prenatale maggiormente strutturato sia associato a modalità di caregiving più sensibili e organizzate nei primi mesi di vita del bambino, suggerendo una continuità tra il legame sviluppato durante la gravidanza e la qualità delle successive interazioni madre-bambino (Sacchi et al., 2021). In termini transazionali, la gravidanza può essere considerata il momento in cui si avvia il processo di interrelazione continua tra bambino e caregiver, in cui le condizioni ambientali, lo stato psicologico materno e le caratteristiche biologiche del feto si influenzano reciprocamente (Sameroff & Chandler, 1975). Le prospettive sull'intersoggettività precoce, sviluppate da autori come Trevarthen e Papoušek, permettono di leggere il periodo gestazionale come una fase preparatoria dell'intelligenza sociale innata del neonato. Trevarthen sostiene che il bambino nasce con una motivazione primaria a cercare relazioni diadiche e a raggiungere una reciprocità relazionale, ma questa motivazione si radica in una storia prenatale di ritmi condivisi e di regolazione con la madre. Papoušek sottolinea come la

madre inizi già in gravidanza a costruire schemi di risposta ai segnali del bambino, che diventeranno fondamentali per la responsività post-natale. La percezione dei movimenti fetali, ad esempio, può essere interpretata come un primo dialogo corporeo, in cui la madre attribuisce intenzionalità al bambino e si prepara a rispondere ai suoi bisogni. La gravidanza è anche il periodo in cui si definiscono le condizioni psicologiche e ambientali che influenzeranno la qualità della relazione post-natale. Stati depressivi, ansiosi o condizioni di stress prolungato possono interferire con la costruzione di rappresentazioni positive del bambino e del ruolo materno, predisponendo a difficoltà nella responsività e nella sintonizzazione affettiva dopo la nascita. Al contrario, un contesto di sostegno emotivo e sociale favorisce la costruzione di un legame diadico più sicuro e flessibile. In questo senso, il periodo gestazionale non è solo una fase biologica, ma un momento relazionale in cui si intrecciano fattori individuali e ambientali che preparano il terreno per le interazioni future. La diade madre-bambino nel periodo gestazionale può quindi essere descritta come un sistema emergente, in cui la madre costruisce rappresentazioni del bambino e del proprio ruolo, mentre il feto partecipa a una regolazione condivisa attraverso i ritmi corporei. Questo legame, pur non essendo ancora espresso in forme di comunicazione verbale o gestuale, costituisce la base su cui si innesteranno le interazioni post-natali. La qualità delle rappresentazioni materne, la stabilità emotiva e il contesto di sostegno influenzeranno la capacità della madre di essere sensibile, responsiva e sintonizzata con il bambino dopo la nascita, contribuendo allo sviluppo delle competenze socio-comunicative precoci che si manifesteranno nella diade.

1.2.2 Periodo post-natale

Nel periodo post-natale la relazione madre bambino si configura come un sistema relazionale altamente dinamico, fondato su processi di regolazione reciproca che si sviluppano attraverso scambi comunicativi ripetuti e progressivamente più complessi. Le interazioni quotidiane permettono al bambino di costruire aspettative sulle intenzioni e sui comportamenti dell'altro, mentre la madre, attraverso la propria responsività, sostiene l'organizzazione delle prime forme di comunicazione sociale. In questa fase, la diade non è un'entità statica, ma un sistema che si modifica continuamente: i cambiamenti evolutivi del bambino richiedono aggiustamenti nelle modalità interattive materne, e tali aggiustamenti influenzano a loro volta le competenze emergenti del bambino. Fin dalle prime settimane di vita il neonato manifesta una predisposizione innata alla relazione, che

si esprime attraverso il contatto oculare, la regolazione dei ritmi, le vocalizzazioni e le espressioni facciali. Tuttavia, questa predisposizione necessita del sostegno delle interazioni precoci per trasformarsi in competenze socio-comunicative più mature. La sensibilità materna nel cogliere i segnali del bambino, la capacità di rispondere in modo contingente e la sintonizzazione affettiva costituiscono elementi centrali per la costruzione della reciprocità relazionale. Attraverso tali processi, il bambino inizia a riconoscere la prevedibilità delle risposte dell'altro e a organizzare il proprio repertorio comunicativo. Nel periodo post-natale, la ripetizione degli scambi comunicativi consente al bambino di sviluppare aspettative stabili sulle intenzioni e sui comportamenti dell'altro, grazie alla continuità delle iniziative materne e alla prevedibilità delle risposte che caratterizzano la regolazione reciproca (Fadda et al., 2014). Due contesti quotidiani risultano particolarmente significativi per osservare la qualità della diade nel periodo post-natale: l'alimentazione e il gioco. Entrambi offrono opportunità strutturate per la regolazione reciproca e per la costruzione dell'attenzione condivisa.

- Alimentazione: il momento del pasto rappresenta un contesto privilegiato per la costruzione della comunicazione precoce. La sequenza di azioni ripetute, l'alternanza dei turni e la necessità di coordinare i ritmi biologici favoriscono la creazione di un "ritmo interattivo" condiviso. In questo contesto la madre sostiene le capacità autoregolative del bambino, facilitando il passaggio dalla mutua regolazione alla regolazione autonoma. Quando la relazione è caratterizzata da responsività, affettività positiva e sostegno all'autonomia, il pasto diventa un'esperienza che promuove la sicurezza, la prevedibilità e la disponibilità alla comunicazione. Tuttavia, non tutte le diadi presentano lo stesso livello di armonia. Alcune mostrano una maggiore presenza di conflitto, minore reciprocità e difficoltà nel coordinare i ritmi interattivi. In questi casi il bambino può manifestare oppositività, difficoltà nel seguire i turni o minore disponibilità alla comunicazione.
- Gioco: Il gioco costituisce un secondo contesto fondamentale nel periodo post-natale. È un'attività intrinsecamente sociale, caratterizzata da affettività positiva e da routine interattive che favoriscono la costruzione dell'attenzione condivisa. Durante il gioco la madre sostiene l'esplorazione del bambino, ne segue le iniziative e facilita la creazione di un focus attentivo comune. Questo

processo è essenziale per lo sviluppo dell'attenzione congiunta, che nel secondo anno di vita si articola in forme più complesse come il gesto di indicazione con funzione richiestiva o dichiarativa. Anche nel gioco emergono differenze tra diadi più funzionali e diadi con disfunzionalità transitorie. Le prime mostrano maggiore reciprocità, minore intrusività e una migliore capacità di sostenere le iniziative del bambino; le seconde presentano livelli più elevati di conflitto e comportamenti direttivi che ostacolano la regolazione reciproca. Queste differenze non sono solo descrittive, ma si riflettono nelle competenze socio-comunicative del bambino.

1.3 Diade padre bambino

Negli ultimi decenni, il ruolo del padre nello sviluppo infantile ha acquisito crescente rilevanza all'interno della letteratura scientifica, superando quindi la tradizionale visione che lo considerava principalmente una figura di supporto alla madre. Le evidenze attuali riconoscono infatti il padre come un caregiver attivo, capace di influenzare significativamente lo sviluppo cognitivo, affettivo, sociale e comunicativo del bambino (Rollè et al., 2019; Kato et al., 2024). La costruzione della relazione padre-bambino non ha inizio con la nascita, ma si sviluppa già durante il periodo gestazionale. Tale processo viene definito attraverso il concetto di paternal-fetal attachment, ovvero il legame emotivo che il padre sviluppa nei confronti del figlio durante la gravidanza. Questo legame si costruisce progressivamente attraverso la partecipazione alle visite prenatali e la crescente consapevolezza della futura paternità (Lagarto & Duaso, 2022). Inoltre, è importante considera che, già durante la vita intrauterina, il bambino viene esposto a stimoli vocali paterni. È stato osservato che i feti mostrano variazioni della frequenza cardiaca in risposta sia alla voce materna ma anche a quella paterna, indicando una precoce sensibilità agli stimoli vocali provenienti dall'ambiente familiare. Dopo la nascita, i neonati manifestano una preferenza per la voce della madre, probabilmente in virtù della maggiore esposizione sperimentata durante la gravidanza; tuttavia, la voce paterna rappresenta ugualmente uno stimolo familiare e significativo per il bambino (Lee & Kisilevsky, 2013). Dopo la nascita, la relazione padre-bambino assume caratteristiche sempre più concrete attraverso le attività di cura, il gioco e la partecipazione alle routine quotidiane. Le interazioni, infatti, rappresentano un'importante opportunità di apprendimento e sviluppo per il bambino. È stato dimostrato come una maggiore partecipazione del padre alle attività di cura durante i primi mesi di vita sia associata a

migliori esiti dello sviluppo infantile e a un minor rischio di difficoltà in diverse aree evolutive, comprese le competenze personali e sociali. Tale coinvolgimento può contribuire indirettamente al benessere del bambino attraverso la riduzione dello stress genitoriale materno (Kato et al., 2024).

1.4 Il ruolo del genitore nel sostegno allo sviluppo linguistico

Lo sviluppo linguistico del bambino non può essere considerato esclusivamente il risultato della maturazione biologica o dell'acquisizione spontanea di competenze cognitive, ma deve essere interpretato come un processo che si realizza all'interno delle relazioni sociali e delle esperienze comunicative quotidiane. Le evidenze scientifiche mostrano infatti come le interazioni tra genitore e bambino rappresentino uno dei principali contesti attraverso cui avviene l'apprendimento linguistico e comunicativo (Levickis et al., 2022). Fin dai primi mesi di vita, il genitore rappresenta il principale interlocutore del bambino e svolge un ruolo determinante nell'offrire opportunità di apprendimento linguistico attraverso le attività di cura, il gioco e gli scambi comunicativi che caratterizzano la quotidianità familiare. Le interazioni precoci tra genitore e bambino costituiscono infatti il contesto all'interno del quale emergono e si consolidano le prime competenze comunicative. Attraverso lo sguardo condiviso, le vocalizzazioni, i gesti, l'imitazione e la reciprocità degli scambi, il bambino apprende progressivamente che i propri comportamenti possono influenzare l'altro e assume un ruolo sempre più attivo all'interno della relazione comunicativa. In questo senso, il genitore non si limita a soddisfare i bisogni del bambino, ma diventa un vero e proprio facilitatore dello sviluppo comunicativo e linguistico. La famiglia rappresenta inoltre il primo ambiente linguistico a cui il bambino viene esposto. La qualità e la frequenza delle interazioni verbali, la responsività del genitore e la capacità di adattare il linguaggio alle competenze del bambino influenzano significativamente le opportunità di apprendimento offerte durante lo sviluppo. Le esperienze comunicative vissute nel contesto familiare contribuiscono infatti alla costruzione delle competenze fonetico-fonologiche, semantico-lessicali, morfosintattiche e pragmatiche che costituiranno la base del successivo sviluppo linguistico. Alla luce di queste considerazioni, il genitore deve essere considerato una risorsa fondamentale per lo sviluppo linguistico del bambino. Le conoscenze maturate negli ultimi decenni sul ruolo delle figure genitoriali hanno progressivamente portato a riconoscere il caregiver come una risorsa fondamentale per la promozione delle

competenze comunicative e linguistiche del bambino. In tale prospettiva, risulta necessario approfondire il concetto di centralità del genitore nello sviluppo linguistico.

1.4.1 La centralità del genitore nello sviluppo linguistico

La letteratura scientifica riconosce ampiamente il ruolo centrale del genitore nello sviluppo linguistico e comunicativo del bambino. Sebbene l'acquisizione del linguaggio sia sostenuta da predisposizioni biologiche innate, il suo sviluppo avviene all'interno delle interazioni sociali che il bambino sperimenta quotidianamente con le figure di riferimento. In particolare, le prime relazioni genitore-bambino costituiscono il contesto privilegiato attraverso il quale il bambino apprende progressivamente a comunicare, comprendere il significato degli scambi interpersonali e utilizzare il linguaggio come strumento di relazione e condivisione (Levickis et al., 2022). Fin dai primi mesi di vita, il bambino è coinvolto in una rete di scambi comunicativi caratterizzati da reciprocità, turnazione e responsività. Attraverso il contatto visivo, le vocalizzazioni, i gesti e le espressioni facciali, il bambino comunica i propri stati interni e i propri interessi; il genitore, interpretando tali segnali e rispondendo in maniera contingente e appropriata, contribuisce alla costruzione delle basi della comunicazione intenzionale. In questo senso, il linguaggio non viene acquisito in modo isolato, ma emerge gradualmente all'interno di un processo collaborativo che coinvolge attivamente sia il bambino sia il caregiver. Uno degli aspetti maggiormente studiati in letteratura è la **responsività genitoriale**, definita come la capacità del genitore di riconoscere, interpretare e rispondere tempestivamente ai comportamenti comunicativi del bambino. Quando il genitore si mostra ricettivo verso tali segnali, li interpreta correttamente e risponde in modo contingente e significativo, il bambino apprende progressivamente che la comunicazione è uno strumento efficace per influenzare l'ambiente sociale e per entrare in relazione con gli altri. Numerose evidenze riportano che, genitori maggiormente responsivi tendono ad avere figli che raggiungono più precocemente importanti traguardi linguistici e sviluppano vocabolari più ampi. La responsività favorisce infatti la comprensione del legame tra comunicazione e interazione sociale e consente al bambino di associare in modo più efficace le parole agli oggetti, agli eventi e alle situazioni a cui fanno riferimento (Tamis-LeMonda et al., 2001; Tamis-LeMonda et al., 2014). I benefici della responsività genitoriale sembrano dipendere da alcune caratteristiche fondamentali delle risposte fornite al bambino, tra cui la tempestività dell'intervento, la contingenza rispetto al comportamento manifestato e la

coerenza con il suo focus attentivo. Quando il genitore verbalizza ciò che il bambino sta osservando, esplorando o manipolando in quel preciso momento, vengono create condizioni particolarmente favorevoli per l'apprendimento linguistico, poiché il piccolo può associare più facilmente le parole ai rispettivi referenti e costruire progressivamente nuove conoscenze linguistiche (Tamis-LeMonda et al., 2014). Un atteggiamento incoraggiante e propositivo da parte del genitore favorisce inoltre la partecipazione attiva del bambino agli scambi comunicativi. Attraverso commenti, espansioni verbali, incoraggiamenti e occasioni di interazione condivisa, il caregiver sostiene l'emergere di nuove competenze linguistiche e comunicative, creando un contesto favorevole all'apprendimento. In questo processo, il bambino non viene considerato come un semplice destinatario passivo di stimoli linguistici, ma come un partner attivo nella costruzione dell'interazione, le cui iniziative comunicative vengono riconosciute, valorizzate e ampliate dal genitore. La sensibilità e la disponibilità dell'adulto nel seguire gli interessi del bambino rappresentano quindi elementi fondamentali per la promozione dello sviluppo linguistico. Le interazioni caratterizzate da elevata responsività consentono infatti di creare numerose opportunità di attenzione condivisa e di apprendimento naturale del linguaggio, favorendo l'ampliamento del vocabolario, lo sviluppo delle abilità comunicative e la progressiva acquisizione delle competenze sociali necessarie per la comunicazione efficace (Tamis-LeMonda et al., 2001; Tamis-LeMonda et al., 2014). Un ruolo altrettanto importante è svolto dall'**attenzione condivisa**, ossia la capacità del genitore e del bambino di focalizzarsi simultaneamente su uno stesso oggetto o evento. Le situazioni di attenzione condivisa rappresentano contesti particolarmente ricchi per l'acquisizione del linguaggio, poiché consentono al genitore di fornire etichette linguistiche e informazioni pertinenti rispetto all'interesse del bambino. Numerosi studi hanno evidenziato come la frequenza e la qualità degli episodi di attenzione condivisa siano associate a migliori competenze linguistiche nelle età successive (Levickis et al., 2022). L'attenzione condivisa rappresenta una delle principali basi dello sviluppo comunicativo e linguistico, poiché consente al bambino di comprendere che un'esperienza, un oggetto o un evento possono essere condivisi con un'altra persona. Attraverso lo sguardo reciproco, l'indicazione e l'orientamento congiunto verso uno stesso referente, il bambino inizia a sviluppare la capacità di coordinare la propria attenzione con quella dell'altro e a riconoscere l'intenzionalità comunicativa degli interlocutori.

All'interno degli episodi di attenzione condivisa, il genitore svolge un ruolo fondamentale nel guidare e sostenere l'interazione. Seguendo gli interessi spontanei del bambino e verbalizzando ciò che quest'ultimo sta osservando o esplorando, il caregiver crea un contesto particolarmente favorevole all'apprendimento di nuove parole e significati. In tali situazioni, infatti, il bambino può associare più facilmente le espressioni linguistiche ai relativi referenti, riducendo l'ambiguità comunicativa e facilitando l'acquisizione lessicale. L'attenzione condivisa risulta particolarmente efficace quando il genitore non si limita a osservare lo stesso oggetto del bambino, ma partecipa attivamente all'interazione. Seguendo il suo interesse, commentando, descrivendo ciò che sta osservando e rispondendo ai suoi tentativi comunicativi, il genitore crea un contesto favorevole all'apprendimento del linguaggio in termini sia di sviluppo di competenze linguistiche emergenti che di costruzione di nuove competenze comunicative. Per questo motivo, l'attenzione condivisa è oggi considerata uno dei principali indicatori precoci dello sviluppo comunicativo e uno dei più importanti bersagli degli interventi rivolti a promuovere le competenze linguistiche e sociali del bambino (Levickis et al., 2022). Un ulteriore aspetto attraverso cui il genitore influenza lo sviluppo linguistico del bambino riguarda le **caratteristiche del linguaggio** a cui quest'ultimo viene esposto nelle interazioni quotidiane. L'ambiente familiare costituisce infatti il primo e più importante contesto linguistico di crescita. Il numero di parole ascoltate, la varietà lessicale, la complessità sintattica e la ricchezza delle conversazioni rappresentano fattori che contribuiscono significativamente allo sviluppo del linguaggio. Le ricerche hanno evidenziato come le differenze nelle esperienze linguistiche vissute dai bambini nei primi anni di vita siano associate a differenze successive nello sviluppo del vocabolario e nelle competenze linguistiche generali (Hart & Risley, 1995). Tuttavia, gli studi più recenti sottolineano che non è soltanto la quantità di linguaggio a essere importante, ma soprattutto la qualità delle interazioni comunicative. Conversazioni reciprocamente coinvolgenti, risposte sensibili agli interessi del bambino e scambi comunicativi significativi sembrano avere un impatto maggiore sullo sviluppo linguistico rispetto alla semplice esposizione passiva a grandi quantità di parole (Levickis et al., 2022; Tamis-LeMonda et al., 2014). Particolare rilevanza assume inoltre il cosiddetto **child-directed speech**, ovvero il linguaggio spontaneamente utilizzato dagli adulti quando parlano ai bambini piccoli. Questo stile comunicativo è caratterizzato da una prosodia accentuata,

frasi generalmente più brevi, maggiore ripetizione e un lessico adeguato alle competenze del bambino. Tali caratteristiche facilitano l'attenzione del bambino, la segmentazione del parlato e l'apprendimento delle prime parole, favorendo il successivo sviluppo linguistico (Levickis et al., 2022). Anche attività quotidiane apparentemente semplici, come il gioco condiviso, la lettura di libri illustrati, il racconto di eventi della giornata e le routine familiari, rappresentano ricche occasioni di apprendimento. La ricerca dimostra che diversi contesti di interazione offrono opportunità complementari per lo sviluppo del linguaggio e consentono al bambino di sperimentare differenti forme di comunicazione e di utilizzo delle parole (Holme et al., 2022). Un aspetto particolarmente importante riguarda il carattere bidirezionale delle interazioni. Oggi il bambino non viene più considerato un soggetto passivo che riceve stimoli dall'adulto, ma un partecipante attivo che contribuisce a modellare l'interazione. Le iniziative comunicative del bambino influenzano il comportamento del genitore e, allo stesso tempo, le risposte del genitore influenzano lo sviluppo del bambino. Lo sviluppo linguistico può quindi essere interpretato come il risultato di un processo dinamico e reciproco che si costruisce all'interno della relazione quotidiana tra bambino e caregiver (Tamis-LeMonda et al., 2014). Alla luce di quanto scritto, appare evidente come il genitore rappresenti il principale promotore dello sviluppo linguistico nei primi anni di vita. Attraverso la responsività, la qualità dell'input linguistico, la costruzione di episodi di attenzione condivisa e la partecipazione alle attività quotidiane, il caregiver crea infatti le condizioni necessarie affinché il bambino possa sviluppare progressivamente competenze comunicative e linguistiche sempre più complesse. Tali evidenze costituiscono il fondamento teorico dei moderni interventi centrati sul caregiver e dei programmi di parent training, che riconoscono il genitore come agente attivo di cambiamento e risorsa fondamentale per lo sviluppo del bambino.

1.4.2 Interventi di parent-training

Una volta riconosciuta la centralità del genitore nei processi di sviluppo comunicativo e linguistico, l'attenzione della ricerca e della pratica clinica si è progressivamente orientata verso interventi che prevedessero un coinvolgimento sempre più attivo dei caregiver. In questo contesto si collocano gli interventi di parent training, basati sul presupposto che i genitori possano rappresentare una risorsa fondamentale per promuovere lo sviluppo del bambino all'interno delle interazioni quotidiane. Con il termine parent training si fa

riferimento a un insieme di programmi strutturati finalizzati a fornire ai genitori conoscenze, strategie e competenze pratiche utili a sostenere lo sviluppo del proprio figlio. L'obiettivo non consiste nel trasformare il genitore in un terapista, bensì nel renderlo maggiormente consapevole del proprio ruolo e nel fornirgli strumenti efficaci per favorire la comunicazione, il linguaggio e la partecipazione del bambino nelle attività quotidiane (Roberts et al., 2019). I programmi di parent training possono essere rivolti a famiglie di bambini con sviluppo tipico oppure a famiglie di bambini con difficoltà comunicative, linguistiche o disturbi del neurosviluppo. In ambito clinico, tali interventi hanno assunto un'importanza crescente poiché consentono di valorizzare una risorsa costantemente presente nella vita del bambino: il caregiver. A differenza dei professionisti, che incontrano il bambino in tempi e contesti limitati, i genitori condividono con lui numerose routine quotidiane e dispongono quindi di innumerevoli occasioni per promuovere l'apprendimento comunicativo e linguistico (Roberts et al., 2019). Uno dei principali presupposti teorici del parent training è che il bambino apprenda più efficacemente all'interno di contesti naturali e significativi. Le attività quotidiane, come il gioco, il momento del pasto, la lettura condivisa, il bagno o le uscite familiari, rappresentano infatti occasioni ricche di stimoli comunicativi che possono essere sfruttate per favorire l'acquisizione di nuove competenze. I genitori imparano a riconoscere tali opportunità e a trasformarle in momenti di apprendimento spontaneo (Yumus & Turan, 2022). Gli interventi di parent training implicano generalmente l'insegnamento di strategie comunicative specifiche, quali il seguire l'iniziativa del bambino, la creazione di spazi di attenzione condivisa, l'utilizzo di un linguaggio adeguato al livello di sviluppo, l'espansione delle produzioni comunicative e la promozione della reciprocità negli scambi interattivi. Tali strategie vengono normalmente apprese attraverso momenti di spiegazione teorica, modellamento da parte del professionista, osservazione di esempi pratici, esercitazioni guidate e feedback sulle interazioni tra genitore e bambino. Tra le strategie maggiormente utilizzate vi è il **seguire l'iniziativa del bambino** (Roberts et al., 2019). Piuttosto che dirigere costantemente l'interazione, il genitore viene incoraggiato a osservare gli interessi spontanei del figlio e a costruire l'attività comunicativa a partire da essi. Questo approccio consente di aumentare il coinvolgimento del bambino e di creare condizioni più favorevoli all'apprendimento linguistico, poiché il linguaggio viene proposto all'interno di situazioni che risultano già motivanti e significative per lui.

Un'altra competenza frequentemente insegnata è la capacità di **riconoscere e valorizzare i tentativi comunicativi del bambino**. Nei programmi di parent training viene spesso sottolineata l'importanza di attribuire significato anche a forme di comunicazione non ancora pienamente verbali, come vocalizzazioni, sguardi, gesti, indicazioni o espressioni facciali. Rispondere a tali segnali in modo coerente e contingente permette al bambino di comprendere che i propri comportamenti hanno un valore comunicativo e possono influenzare l'ambiente sociale (Roberts et al., 2019). Particolare attenzione viene inoltre dedicata alla promozione dell'**attenzione condivisa**. I genitori vengono formati a riconoscere gli interessi del bambino e a creare momenti nei quali entrambi focalizzano l'attenzione sullo stesso oggetto o evento. In tali situazioni il caregiver può fornire modelli linguistici direttamente collegati all'esperienza del bambino, facilitando l'apprendimento di nuove parole e significati. L'attenzione condivisa rappresenta infatti uno dei principali contesti attraverso cui il linguaggio viene appreso nelle prime fasi dello sviluppo (Levickis et al., 2022). Molti interventi insegnano inoltre ai genitori a utilizzare il **modellamento linguistico** (language modeling), ovvero la presentazione di esempi linguistici adeguati al livello di sviluppo del bambino. Attraverso questa strategia il caregiver fornisce modelli corretti e facilmente comprensibili senza richiedere necessariamente una risposta immediata. Il bambino viene così esposto a forme linguistiche progressivamente più complesse all'interno di contesti comunicativi naturali. Un'altra tecnica frequentemente utilizzata è l'**espansione delle produzioni comunicative**. Quando il bambino produce una parola, un gesto o una breve espressione, il genitore viene incoraggiato ad ampliare tale produzione aggiungendo nuove informazioni linguistiche. Ad esempio, se il bambino dice "macchina", il genitore può rispondere "Sì, è una macchina rossa". Questa modalità permette di arricchire l'input linguistico mantenendo il collegamento con l'iniziativa comunicativa del bambino e con il suo interesse del momento. I programmi di parent training promuovono anche l'utilizzo di strategie volte a favorire la **reciprocità comunicativa**. I genitori imparano a creare occasioni di scambio attraverso pause, attese e turnazioni che consentano al bambino di partecipare attivamente all'interazione. In questo modo il bambino viene incoraggiato ad assumere un ruolo sempre più attivo nella comunicazione e a comprendere la natura reciproca degli scambi interpersonali. Una strategia altrettanto importante riguarda la capacità di **adattare il linguaggio al livello evolutivo del bambino**. I caregiver vengono

incoraggiati a utilizzare un linguaggio chiaro, comprensibile e adeguato alle competenze del figlio, evitando richieste eccessivamente complesse. Tale adattamento favorisce la comprensione e permette al bambino di partecipare più efficacemente alle interazioni quotidiane. Un ulteriore elemento caratteristico dei parent training consiste nell'insegnare ai genitori a sfruttare le **routine quotidiane** come occasioni di apprendimento. Attività quali il pasto, il gioco, la vestizione, la lettura condivisa o le uscite familiari rappresentano contesti naturali nei quali il bambino può essere esposto ripetutamente a nuove opportunità comunicative. Piuttosto che creare situazioni artificiali di insegnamento, gli interventi aiutano i caregiver a integrare le strategie comunicative all'interno delle normali attività della vita quotidiana (Yumus & Turan, 2022). Nel loro insieme, tali strategie condividono un principio comune: promuovere lo sviluppo della comunicazione e del linguaggio attraverso interazioni naturali, significative e basate sugli interessi del bambino. Il genitore viene quindi sostenuto nell'acquisizione di competenze che gli consentano di trasformare le attività quotidiane in opportunità di apprendimento, favorendo non solo lo sviluppo linguistico, ma anche il rafforzamento della relazione con il proprio figlio (Roberts et al., 2019). Nel corso degli anni, la prospettiva sul ruolo dei genitori all'interno dell'intervento si è progressivamente modificata. Se in passato essi erano considerati principalmente destinatari di informazioni fornite dagli specialisti, oggi vengono riconosciuti come partner attivi del processo di intervento. Il caregiver non è più visto come semplice osservatore delle attività terapeutiche, ma come una figura capace di contribuire direttamente alla promozione delle competenze comunicative del bambino. Questa nuova prospettiva considera il genitore una figura attiva all'interno del percorso di intervento, valorizzando il ruolo nella promozione delle competenze comunicative e linguistiche del bambino. L'importanza del parent training risulta particolarmente evidente nei disturbi del neurosviluppo, nei quali le difficoltà comunicative rappresentano spesso uno degli aspetti maggiormente compromessi. In questi casi, il coinvolgimento dei caregiver permette di aumentare significativamente le opportunità di apprendimento distribuite durante l'arco della giornata e di favorire la generalizzazione delle competenze al di fuori del setting terapeutico. Numerosi programmi contemporanei attribuiscono infatti un ruolo centrale ai genitori, considerandoli veri e propri mediatori dell'intervento (Conrad et al., 2021). Alla luce di tali considerazioni, gli interventi di parent training

rappresentano oggi una componente fondamentale dei moderni approcci rivolti alla promozione dello sviluppo comunicativo e linguistico.

1.4.3 Modelli naturalistici comportamentali (NDBI)

L'evoluzione delle conoscenze sullo sviluppo infantile e sul ruolo delle interazioni precoci ha progressivamente modificato il modo di concepire gli interventi rivolti ai bambini con disturbi del neurosviluppo. Se i primi approcci erano prevalentemente caratterizzati da attività altamente strutturate e guidate dall'adulto, negli ultimi decenni è emersa l'esigenza di sviluppare modelli di intervento maggiormente in linea con le modalità naturali attraverso cui i bambini apprendono e costruiscono le proprie competenze comunicative e sociali. In questo contesto si inseriscono i Naturalistic Developmental Behavioral Interventions (NDBI), oggi considerati tra gli approcci evidence-based maggiormente utilizzati nell'intervento precoce rivolto ai bambini con disturbo dello spettro autistico e altre condizioni del neurosviluppo. Il termine NDBI è stato formalizzato da Schreibman e collaboratori (2015) per descrivere una classe di interventi che integra i principi dell'Analisi Applicata del Comportamento (Applied Behavior Analysis, ABA) con le conoscenze provenienti dalla psicologia dello sviluppo. Secondo gli autori, tali interventi vengono implementati all'interno di contesti naturali, prevedono una condivisione del controllo dell'interazione tra adulto e bambino, utilizzano conseguenze naturali e strategie comportamentali per insegnare abilità evolutivamente appropriate e prerequisiti fondamentali per l'apprendimento successivo (Schreibman et al., 2015). Tali modelli rappresentano quindi il risultato dell'integrazione tra due prospettive teoriche storicamente distinte. Da un lato, essi mantengono alcuni principi derivanti dall'approccio comportamentale, quali l'importanza del rinforzo, della strutturazione dell'apprendimento e della misurazione degli obiettivi; dall'altro, incorporano le conoscenze provenienti dalla psicologia dello sviluppo, attribuendo particolare rilevanza alle relazioni precoci, alla motivazione del bambino, all'attenzione condivisa, al gioco e alle interazioni sociali spontanee (Schreibman et al., 2015). Una delle principali caratteristiche consiste nell'utilizzare gli interessi spontanei del bambino come punto di partenza per l'intervento. Diversamente dagli approcci maggiormente direttivi, nei quali l'adulto seleziona e controlla gli stimoli e le attività da proporre, gli NDBI promuovono una partecipazione attiva del bambino all'interno dell'interazione. L'apprendimento avviene attraverso attività che risultano naturalmente motivanti e significative, aumentando il

coinvolgimento, la partecipazione e le opportunità di apprendimento. Un altro elemento centrale è rappresentato dall'utilizzo di contesti naturali. Le competenze non vengono insegnate esclusivamente all'interno di setting altamente strutturati, ma vengono promosse durante il gioco, le routine quotidiane e le normali interazioni con gli adulti di riferimento. Ciò consente di favorire la generalizzazione delle abilità apprese e di rendere l'intervento maggiormente integrato nella vita quotidiana del bambino (Schreibman et al., 2015). Particolare attenzione viene inoltre attribuita allo sviluppo delle competenze sociali e comunicative precoci. Questi modelli considerano infatti abilità come l'attenzione condivisa, l'imitazione, la reciprocità sociale, il gioco e la comunicazione intenzionale come elementi fondamentali sui quali costruire successivamente competenze linguistiche e sociali più complesse. In questa prospettiva, la relazione tra adulto e bambino assume un ruolo centrale nel processo di apprendimento e sviluppo (Schreibman et al., 2015). Tra gli aspetti che caratterizzano gli NBDI, assume un ruolo centrale il coinvolgimento attivo dei caregiver. Numerosi modelli appartenenti a questa categoria prevedono infatti l'insegnamento diretto di strategie ai genitori, affinché possano applicarle nelle interazioni quotidiane con il proprio figlio (Schreibman et al.,2015; Ouyang et al., 2024). Il caregiver diventa così un partner attivo dell'intervento, contribuendo alla creazione di numerose opportunità di apprendimento distribuite nell'arco della giornata e favorendo la continuità degli obiettivi terapeutici al di fuori del setting clinico. Il coinvolgimento dei genitori risulta particolarmente coerente con quanto precedentemente discusso in relazione al parent training. Le strategie insegnate ai caregiver comprendono infatti il seguire l'iniziativa del bambino, promuovere episodi di attenzione condivisa, utilizzare rinforzi naturali, creare opportunità comunicative e sostenere la reciprocità degli scambi interattivi. In questo senso, i modelli naturalistici comportamentali si configurano come un'estensione dei principi che caratterizzano gli approcci centrati sulla famiglia e gli interventi mediati dai genitori. Nel corso degli anni sono stati sviluppato diversi programmi di intervento riconducibili a questa cornice teorica. Sebbene ciascun modello presenti caratteristiche specifiche, tutti condividono l’obiettivo di promuovere lo sviluppo del bambino attraverso contesti naturali, interazioni significative e una partecipazione attiva dei caregiver. Tra i programmi più conosciuti figurano:

- L’Early Start Denver Model (ESDM) è un intervento precoce rivolto a bambini molto piccoli con disturbo dello spettro autistico, generalmente nei primi anni di vita. Il modello integra principi evolutivi e comportamentali e pone particolare attenzione alla promozione delle competenze cognitive, sociali, comunicative e linguistiche all'interno di attività ludiche e relazionali. Una delle caratteristiche distintive dell'ESDM è la costruzione di un ambiente di apprendimento altamente coinvolgente, nel quale l'adulto utilizza il gioco e le interazioni positive per favorire lo sviluppo globale del bambino. Le evidenze disponibili hanno mostrato effetti particolarmente significativi sullo sviluppo cognitivo e linguistico, confermando il valore dell'intervento nelle fasi più precoci dello sviluppo (Fuller et al., 2020; Devescovi et al., 2016).

- Pivotal Response Treatment (PRT) è un approccio naturalistico derivato dall'ABA che si concentra su specifiche aree considerate pivotal, cioè strategiche per determinare cambiamenti più ampi nel funzionamento del bambino. In particolare, il modello mira a potenziare la motivazione, le iniziative comunicative, la responsività a molteplici stimoli e l'autoregolazione. Piuttosto che insegnare singole abilità in modo isolato, il PRT interviene su questi aspetti centrali con l'obiettivo di favorire miglioramenti generalizzati nelle competenze comunicative, sociali e comportamentali. Il ruolo della motivazione rappresenta uno degli elementi maggiormente caratterizzanti del programma (Lei & Ventola, 2017).

- Joint Attention, Symbolic Play, Engagement and Regulation (JASPER) è un intervento che focalizza il proprio lavoro principalmente sullo sviluppo dell'attenzione condivisa, del gioco simbolico, del coinvolgimento sociale e delle capacità di regolazione. Il modello nasce dall'osservazione che tali competenze costituiscono alcuni dei principali prerequisiti per il successivo sviluppo della comunicazione e del linguaggio. Le attività proposte sono fortemente basate sul gioco e sull'interazione sociale e hanno l'obiettivo di aumentare la partecipazione del bambino agli scambi relazionali. Una revisione sistematica della letteratura ha evidenziato miglioramenti soprattutto nelle abilità di attenzione condivisa, coinvolgimento sociale, gioco e linguaggio (Waddington et al., 2021).

- Improving Parents as Communication Teachers (ImPACT) è un programma che attribuisce un ruolo centrale ai caregiver e si basa sul principio che i genitori possano rappresentare i principali promotori dello sviluppo comunicativo del bambino. A differenza di altri modelli maggiormente focalizzati sull'intervento diretto con il bambino, ImPACT pone particolare enfasi sul coaching genitoriale e sull'insegnamento di strategie comunicative applicabili nelle routine quotidiane. Il programma insegna ai caregiver a seguire l'iniziativa del bambino, creare opportunità comunicative, sostenere la reciprocità degli scambi e favorire lo sviluppo delle competenze sociali e linguistiche attraverso le normali attività della vita familiare (Yoder et al., 2021; Ingersoll & Dvortcsak, 2010).

Nel complesso, gli NDBI rappresentano uno dei principali riferimenti teorici e metodologici nell'ambito dell'intervento precoce rivolto ai bambini con disturbi del neurosviluppo. La loro attenzione ai processi evolutivi, alle interazioni naturali, alla motivazione del bambino e al coinvolgimento dei caregiver li rende particolarmente coerenti con le attuali prospettive centrate sulla famiglia e sul ruolo attivo dei genitori nel promuovere lo sviluppo comunicativo e linguistico del figlio.

1.5 I disturbi del neurosviluppo

L'interesse nei confronti dei disturbi del neurosviluppo è progressivamente cresciuto negli ultimi decenni grazie all'aumento delle conoscenze sui processi di sviluppo infantile e alla maggiore attenzione riservata all'identificazione precoce dei segnali di rischio. Oggi, queste condizioni rappresentano una delle principali aree di interesse della neuropsichiatria infantile e delle professioni sanitarie della riabilitazione, poiché influenzano significativamente il percorso evolutivo del bambino e il suo adattamento ai diversi contesti di vita. I disturbi del neurosviluppo rappresentano un gruppo di condizioni che esordiscono durante l'infanzia e sono caratterizzati da deficit che compromettono il funzionamento personale, sociale e scolastico dell'individuo. Le conseguenze associate ai disturbi del neurosviluppo non riguardano esclusivamente il bambino, ma possono estendersi all'intero contesto familiare. Numerosi studi sottolineano infatti come le difficoltà evolutive possano influenzare il funzionamento quotidiano della famiglia, richiedendo continui processi di adattamento e una stretta collaborazione tra caregiver e professionisti coinvolti nella presa in carico (Cavonius-Rintahaka et al., 2019). Tra i

diversi domini che possono risultare compromessi, la comunicazione e il linguaggio assumono una rilevanza particolare. Tali competenze rappresentano infatti strumenti fondamentali attraverso cui il bambino costruisce relazioni sociali, esprime bisogni, condivide interessi e partecipa alle esperienze di apprendimento. Le difficoltà comunicative e linguistiche costituiscono un elemento frequentemente presente in molte condizioni appartenenti all'area del neurosviluppo e possono contribuire in misura significativa alle limitazioni osservate nella vita quotidiana del bambino.

1.5.1 Definizione dei disturbi secondo DSM-V

Secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), i disturbi del neurosviluppo costituiscono un gruppo di condizioni con esordio nel periodo dello sviluppo. Tali disturbi si manifestano generalmente nelle prime fasi della vita, spesso prima dell'ingresso del bambino nella scuola primaria, e sono caratterizzati dalla presenza di deficit dello sviluppo che determinano compromissioni del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo. Le manifestazioni cliniche possono variare notevolmente in termini di gravità ed estensione, spaziando da difficoltà circoscritte in specifiche aree di funzionamento a quadri più complessi che interessano contemporaneamente più aree dello sviluppo, quali il linguaggio, la comunicazione, la cognizione, le abilità sociali, la motricità e il funzionamento adattivo (American Psychiatric Association, 2022). L'inclusione dei disturbi del neurosviluppo come categoria diagnostica autonoma riflette l'importanza attribuita ai processi di maturazione cerebrale e alle loro possibili alterazioni durante le prime fasi dello sviluppo. Tali condizioni condividono infatti alcune caratteristiche comuni, tra cui l'esordio precoce, la persistenza nel tempo e la presenza di difficoltà che interferiscono con l'adattamento dell'individuo nei diversi contesti di vita. Sebbene ogni disturbo presenti caratteristiche cliniche specifiche, tutti risultano associati a una deviazione o a un rallentamento dei normali processi evolutivi. Nel DSM-5, i disturbi del neurosviluppo comprendono diverse categorie diagnostiche. Tra queste rientrano;

- *Disabilità intellettiva*; caratterizzata dalla presenza di deficit delle funzioni intellettive e del funzionamento adattivo, con ripercussioni sull'autonomia personale e sulla partecipazione sociale.

- *Disturbi della comunicazione*; comprendono tutte quelle condizioni nelle quali risultano compromesse l'acquisizione e l'utilizzo del linguaggio, dell'eloquio o della comunicazione sociale. All'interno di questa categoria rientrano il disturbo del linguaggio, il disturbo fonetico-fonologico, il disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia e il disturbo della comunicazione sociale (pragmatica).
- *Disturbo dello spettro dell'autismo*; definito dalla presenza di deficit persistenti nella comunicazione e nell'interazione sociale, associati a pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti e ripetitivi.
- *Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD)*; caratterizzato da livelli persistenti di disattenzione e/o iperattività-impulsività tali da interferire con il funzionamento o con lo sviluppo dell'individuo.
- *Disturbi specifico dell'apprendimento (DSA)*; interessa abilità scolastiche quali la lettura, la scrittura e il calcolo, nonostante adeguate opportunità educative.
- *Disturbi motori*; comprendono invece il disturbo dello sviluppo della coordinazione, il disturbo da movimento stereotipato e i disturbi da tic.

Sebbene il DSM-5 distingua diverse categorie diagnostiche, nella pratica clinica è frequente osservare la compresenza di condizioni differenti o la presenza di profili di funzionamento complessi che coinvolgono molteplici aree dello sviluppo. Per tale motivo, l'inquadramento diagnostico richiede una valutazione globale del bambino e delle sue competenze nei diversi domini evolutivi, con particolare attenzione alle ricadute funzionali che le difficoltà osservate determinano nella vita quotidiana (American Psychiatric Association, 2022). Un aspetto rilevante sottolineato dal DSM-5 riguarda l'ampia eterogeneità che caratterizza i disturbi del neurosviluppo. Individui appartenenti alla medesima categoria diagnostica possono infatti presentare profili di funzionamento molto differenti tra loro, sia in termini di gravità delle manifestazioni cliniche sia per quanto riguarda le aree maggiormente coinvolte. Tale variabilità rende necessario un approccio valutativo individualizzato, orientato non soltanto all'identificazione della diagnosi, ma anche alla comprensione del profilo funzionale del singolo individuo. Nel presente lavoro viene posta particolare attenzione all'area comunicativo-linguistica. Le difficoltà riscontrate in tale area possono assumere differenti caratteristiche a seconda della condizione clinica di base e influenzare in misura variabile la partecipazione sociale e le opportunità di apprendimento del bambino.

1.5.2 Caratteristiche comunicative nei disturbi del neurosviluppo

La comunicazione rappresenta uno degli aspetti maggiormente coinvolti nei disturbi del neurosviluppo e costituisce un elemento fondamentale per lo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino. Attraverso la comunicazione il bambino entra in relazione con l'ambiente circostante, esprime bisogni, desideri ed emozioni, partecipa alle interazioni sociali e costruisce progressivamente le proprie conoscenze. Quando il neurosviluppo segue traiettorie atipiche, tali processi possono risultare compromessi, determinando difficoltà che interessano differenti aspetti della comunicazione e del linguaggio (Filipe et al., 2023; Díaz-Lucero et al., 2006). Le manifestazioni comunicative associate ai disturbi del neurosviluppo risultano estremamente eterogenee. Bambini appartenenti a differenti categorie diagnostiche possono presentare profili comunicativi diversi, così come bambini con la stessa diagnosi possono manifestare livelli molto differenti di competenze comunicative. Nonostante tale variabilità, la letteratura evidenzia l'esistenza di alcune aree frequentemente coinvolte, che riguardano la comunicazione prelinguistica, il linguaggio recettivo ed espressivo, la comunicazione sociale e pragmatica, l'uso di modalità comunicative alternative e la partecipazione agli scambi interattivi (Filipe et al., 2023). Le difficoltà comunicative osservate nei disturbi del neurosviluppo non riguardano esclusivamente il linguaggio verbale, ma possono interessare l'intero processo comunicativo. La comunicazione si sviluppa infatti a partire da competenze prelinguistiche che emergono nei primi anni di vita, quali il contatto visivo, l'attenzione condivisa, l'utilizzo di gesti comunicativi e la capacità di condividere intenzioni e stati mentali con l'altro. Alterazioni in tali competenze possono limitare significativamente le opportunità di apprendimento linguistico e influenzare lo sviluppo delle successive abilità comunicative. Nei bambini con disturbi del neurosviluppo tali abilità possono risultare ridotte, atipiche o emergere con tempi differenti rispetto a quelli attesi. La ridotta frequenza di iniziative comunicative e la difficoltà nel coinvolgere l'altro all'interno di un'esperienza condivisa possono limitare le opportunità di apprendimento linguistico e influenzare lo sviluppo delle competenze sociali successive (Filipe et al., 2023). Oltre alle componenti preverbali, le difficoltà possono coinvolgere il linguaggio recettivo ed espressivo. Le alterazioni possono riguardare l'ampiezza del vocabolario, l'organizzazione della frase, la strutturazione dei significati e la capacità di utilizzare il linguaggio come strumento di comunicazione efficace (Díaz-Lucero et al., 2006). Alcuni

bambini presentano vocabolari ridotti, ritardi nell'acquisizione delle prime parole o difficoltà nell'organizzazione morfosintattica della frase; altri possono mostrare una comprensione limitata di istruzioni, conversazioni e significati linguistici più complessi. Le alterazioni linguistiche non risultano tuttavia uniformi e possono assumere caratteristiche differenti a seconda del profilo neuroevolutivo del bambino. La letteratura evidenzia infatti come i disturbi del neurosviluppo siano associati a quadri linguistici altamente eterogenei, che possono interessare in misura variabile la componente fonologica, lessicale, morfosintattica e semantica del linguaggio (Díaz-Lucero et al., 2006; Filipe et al., 2023). Oltre agli aspetti strettamente linguistici, un dominio particolarmente rilevante è rappresentato dalla pragmatica della comunicazione. Le competenze pragmatiche consentono di utilizzare il linguaggio in modo appropriato nei diversi contesti sociali, comprendere le intenzioni comunicative dell'interlocutore, rispettare i turni conversazionali e adattare il proprio comportamento comunicativo alla situazione. Avere difficoltà in questa area può determinare importanti limitazioni nella partecipazione sociale anche in presenza di adeguate competenze linguistiche strutturali (Filipe et al., 2023). Un'ulteriore dimensione frequentemente coinvolta riguarda la comunicazione non verbale. Lo sguardo, le espressioni facciali, la gestualità, la postura e gli altri segnali corporei svolgono infatti un ruolo fondamentale nella regolazione degli scambi comunicativi e nella comprensione delle intenzioni dell'interlocutore. Nei bambini con disturbi del neurosviluppo tali modalità possono risultare atipiche o difficilmente interpretabili, contribuendo ad aumentare le difficoltà di comprensione reciproca e di partecipazione alle interazioni sociali (Filipe et al., 2023). Nei casi in cui le difficoltà comunicative risultino particolarmente severe, il bambino può presentare una produzione verbale molto ridotta o, in alcuni casi, assente. In tali situazioni può rendersi necessario il ricorso a strumenti e strategie di Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA), con l'obiettivo di sostenere la comunicazione e favorire la partecipazione alle interazioni quotidiane. La CAA comprende infatti un insieme di modalità comunicative che affiancano o sostituiscono temporaneamente il linguaggio verbale, includendo sistemi basati su gesti, simboli grafici, immagini, tabelle comunicative e dispositivi tecnologici con output vocale (Ciarmoli & Stasolla, 2023; Griffiths et al., 2022). L'utilizzo della CAA non ha come finalità esclusiva quella di compensare una limitazione comunicativa, ma mira a offrire al bambino strumenti efficaci per esprimere bisogni, preferenze, emozioni

e intenzioni comunicative. Le evidenze disponibili mostrano come tali interventi possano favorire lo sviluppo della comunicazione funzionale, aumentare la partecipazione alle attività quotidiane e migliorare le opportunità di interazione sociale (Ciarmoli & Stasolla, 2023). Contrariamente a una convinzione diffusa, l'introduzione di strumenti di CAA non ostacola lo sviluppo del linguaggio verbale. Al contrario, tali sistemi possono rappresentare un supporto utile per ampliare le opportunità comunicative del bambino e ridurre la frustrazione associata all'impossibilità di esprimersi efficacemente. Nel complesso le difficoltà comunicative associate ai disturbi del neurosviluppo possono influenzare significativamente la partecipazione sociale, le opportunità di apprendimento e la qualità delle relazioni instaurate dal bambino con le figure di riferimento. Proprio per il ruolo centrale che la comunicazione assume nello sviluppo globale dell'individuo, la comprensione delle caratteristiche comunicative di questi disturbi rappresenta un elemento fondamentale per la progettazione di interventi efficaci e per il coinvolgimento attivo dei caregiver nei percorsi di supporto e riabilitazione.

1.5.3 Percezione emotiva del caregiver nei confronti del bambino con disturbo del neurosviluppo

La presenza di un disturbo del neurosviluppo non coinvolge esclusivamente il bambino, ma interessa l'intero sistema familiare, influenzando in modo significativo la vita quotidiana dei caregiver. Le difficoltà associate a tali condizioni possono infatti richiedere continui processi di adattamento, una costante riorganizzazione delle routine familiari e un considerevole investimento di risorse emotive, relazionali e pratiche. La letteratura evidenzia come i genitori di bambini con disturbi del neurosviluppo possano sperimentare livelli di stress più elevati rispetto ai genitori di bambini con sviluppo tipico, con possibili ripercussioni sul benessere personale e familiare (Purpura et al., 2021). Le reazioni emotive dei caregiver possono manifestarsi fin dalle prime fasi di identificazione delle difficoltà del bambino. Molti genitori riferiscono sentimenti di incertezza, preoccupazione e smarrimento di fronte alla comparsa di comportamenti o caratteristiche evolutive differenti rispetto a quelle attese. La ricerca di spiegazioni per comprendere le difficoltà del figlio e la necessità di confrontarsi con percorsi diagnostici e terapeutici spesso complessi possono generare vissuti di ansia e preoccupazione rispetto al futuro (Cavonius-Rintahaka et al., 2019). Un aspetto frequentemente descritto riguarda il confronto con i coetanei a sviluppo tipico e con le aspettative che i genitori avevano

costruito rispetto al percorso evolutivo del proprio figlio. L'osservazione delle differenze nelle competenze comunicative, sociali o scolastiche può essere vissuta con particolare sofferenza e contribuire all'emergere di preoccupazioni legate all'inclusione sociale, all'autonomia futura e alle opportunità di partecipazione del bambino. A ciò può aggiungersi il timore del giudizio da parte degli altri, soprattutto nelle situazioni in cui le difficoltà del figlio risultano maggiormente visibili nei contesti pubblici o nelle interazioni sociali. In alcuni casi tali vissuti possono favorire una riduzione delle occasioni di socializzazione familiare e una percezione di isolamento da parte dei caregiver (Cavonius-Rintahaka et al., 2019). Le esperienze emotive dei genitori non risultano tuttavia uniformi. La letteratura evidenzia infatti una notevole variabilità individuale nelle modalità con cui madri e padri affrontano la presenza di un disturbo del neurosviluppo. Sebbene entrambi possano sperimentare livelli significativi di preoccupazione e stress, le strategie di adattamento e le modalità di gestione delle difficoltà possono differire da una famiglia all'altra. Il benessere del caregiver appare strettamente collegato alle risorse disponibili, alla qualità del supporto sociale percepito e alla possibilità di accedere a servizi adeguati di presa in carico e sostegno (Cavonius-Rintahaka et al., 2019; Sousa et al., 2024). La percezione emotiva del caregiver può inoltre essere influenzata dalle caratteristiche specifiche del quadro clinico del bambino. Alcuni studi hanno evidenziato come il carico assistenziale percepito possa risultare maggiore nei genitori di bambini con disturbo dello spettro autistico e disabilità intellettiva rispetto ad altre condizioni del neurosviluppo. In particolare, le difficoltà comunicative, i problemi comportamentali, la ridotta autonomia e la necessità di numerosi interventi riabilitativi rappresentano fattori frequentemente associati a un aumento dello stress genitoriale (Purpura et al., 2021). La gestione continuativa delle esigenze del bambino, la partecipazione ai percorsi terapeutici e le preoccupazioni legate al futuro possono, in alcuni casi, esporre i caregiver a un elevato livello di affaticamento psicologico ed emotivo. Quando le richieste assistenziali risultano particolarmente intense e le risorse disponibili appaiono insufficienti, alcuni genitori possono sperimentare condizioni assimilabili al burnout genitoriale, caratterizzate da esaurimento emotivo, senso di sopraffazione e difficoltà nel mantenere il consueto livello di coinvolgimento nelle attività quotidiane. La presenza di adeguate reti di supporto sociale e professionale rappresenta tuttavia un importante fattore protettivo nei confronti di tali

vissuti (Purpura et al., 2021; Sousa et al., 2024). Accanto alle difficoltà, numerosi studi sottolineano l'importanza dei fattori protettivi che possono favorire l'adattamento della famiglia alla condizione del bambino. Il supporto sociale, la rete familiare, la collaborazione con i professionisti e la possibilità di acquisire competenze utili per comprendere e sostenere il figlio rappresentano elementi fondamentali nel promuovere il benessere dei caregiver. In particolare, la percezione di autoefficacia genitoriale e la disponibilità di interventi centrati sulla famiglia sembrano contribuire a una migliore gestione delle difficoltà quotidiane e a una riduzione del senso di isolamento frequentemente riportato dai genitori (Rizzo et al., 2024; Cavonius-Rintahaka et al., 2019). Alcuni caregiver possono inoltre sperimentare sentimenti di colpa, interrogandosi sulle possibili cause delle difficoltà del figlio o percependo di non essere sufficientemente adeguati nel rispondere ai suoi bisogni. La letteratura evidenzia come tali vissuti possano essere influenzati dalla disponibilità di risorse personali e sociali, nonché dal livello di supporto ricevuto dalla famiglia e dai professionisti (Rizzo et al., 2024). Accanto alle difficoltà e al carico emotivo associato alla presenza di un disturbo del neurosviluppo, la letteratura evidenzia anche la capacità di molte famiglie di sviluppare strategie di adattamento efficaci e di costruire nuove forme di equilibrio. Tale processo viene spesso descritto attraverso il concetto di resilienza familiare, intesa come la capacità della famiglia di affrontare situazioni avverse, riorganizzare le proprie risorse e mantenere livelli soddisfacenti di funzionamento nonostante le difficoltà (Sousa et al., 2024; Cavonius-Rintahaka et al., 2019). Nel corso del tempo, molti caregiver riferiscono di aver sviluppato una maggiore consapevolezza dei bisogni del proprio figlio, una migliore capacità di problem solving e una più profonda sensibilità nei confronti delle differenze individuali. In alcuni casi, il percorso di presa in carico favorisce il rafforzamento delle competenze genitoriali e una maggiore fiducia nella propria capacità di sostenere lo sviluppo del bambino. La presenza di adeguati supporti professionali e sociali può contribuire significativamente a questo processo di adattamento, promuovendo il benessere dell'intero nucleo familiare (Rizzo et al., 2024; Sousa et al., 2024). Sebbene le difficoltà associate ai disturbi del neurosviluppo possano rappresentare una fonte significativa di stress, numerosi studi sottolineano come la qualità del supporto ricevuto, la collaborazione con i professionisti e la valorizzazione delle risorse familiari possano favorire esiti positivi sia per il bambino sia per i caregiver. In questa prospettiva, il

sostegno alla famiglia non mira esclusivamente a ridurre il disagio, ma anche a promuovere resilienza, partecipazione e qualità della vita. (Cavonius-Rintahaka et al., 2019; Purpura et al., 2021).

1.6 Progetto "CAREGIVER SKILLS TRAINING (CST)"

Negli ultimi anni, la crescente attenzione rivolta agli interventi centrati sulla famiglia e al coinvolgimento attivo dei caregiver ha favorito lo sviluppo di programmi finalizzati a promuovere le competenze dei genitori e a valorizzarne il ruolo all'interno del percorso di intervento. In tale contesto si colloca il Caregiver Skills Training (CST), un programma di intervento mediato dai genitori sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in collaborazione con Autism Speaks, con l'obiettivo di ampliare l'accesso a interventi evidence-based per i bambini con ritardi dello sviluppo e disturbi del neurosviluppo (World Health Organization, 2022; Autism Speaks, 2025). Il CST nasce dalla consapevolezza che, in numerosi contesti nazionali e internazionali, molte famiglie non hanno la possibilità di accedere in modo tempestivo a servizi specialistici o a percorsi riabilitativi intensivi. Per rispondere a tale esigenza, l'OMS ha sviluppato un programma accessibile e adattabile a differenti realtà socio-culturali, finalizzato a fornire ai caregiver competenze pratiche utilizzabili nelle normali attività della vita quotidiana. Il programma si basa su un approccio family-centred, che riconosce il caregiver come una figura centrale nella promozione dello sviluppo del bambino. Piuttosto che intervenire esclusivamente attraverso sedute dirette con il minore, il CST mira a sostenere i genitori nell'acquisizione di strategie che possano essere applicate durante il gioco, le routine quotidiane e le normali interazioni familiari. In questo modo, le opportunità di apprendimento vengono distribuite nel corso dell'intera giornata e integrate nei contesti di vita del bambino (World Health Organization, 2022; Autism Speaks, 2025). Dal punto di vista teorico, il programma condivide numerosi principi con gli interventi mediati dai genitori e con i modelli naturalistico-evolutivo-comportamentali, ponendo particolare attenzione alla promozione della comunicazione, del coinvolgimento sociale, dell'apprendimento nelle routine quotidiane e alla valorizzazione delle risorse familiari. Le strategie insegnate ai caregiver derivano infatti da approcci evidence-based come il Pivotal Response Treatment (PRT) e il Joint Attention, Symbolic Play, Engagement and Regulation (JASPER), già descritti nei paragrafi precedenti (Autism Speaks, 2025; Università degli Studi di Milano-Bicocca, 2026). In Italia, il programma è stato promosso

dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano-Bicocca e con numerosi servizi del Servizio Sanitario Nazionale, nell'ottica di favorire la diffusione di interventi mediati dai caregiver all'interno della sanità pubblica. Il CST rappresenta oggi uno dei programmi maggiormente utilizzati per sostenere i genitori di bambini con disturbi del neurosviluppo e costituisce un modello di riferimento per gli interventi orientati all'empowerment familiare e alla partecipazione attiva dei caregiver.

1.6.1 Che cos'è il CST, a chi è rivolto?

Il Caregiver Skills Training può essere definito come un programma di facilitazione e supporto rivolto ai caregiver di bambini di età compresa tra i 2 e i 6 anni con ritardi dello sviluppo o disturbi del neurosviluppo. La partecipazione al programma non richiede necessariamente la presenza di una diagnosi formalmente accertata, ma può includere anche bambini per i quali siano presenti preoccupazioni evolutive o un sospetto di disturbo del neurosviluppo. L'intervento si configura come un percorso mediato dai genitori, nel quale il caregiver viene guidato nell'apprendimento di strategie psicoeducative finalizzate a promuovere lo sviluppo del bambino nelle attività quotidiane. A differenza degli interventi tradizionali centrati esclusivamente sul professionista, il CST riconosce il genitore come una figura fondamentale nel percorso di crescita del bambino e ne valorizza il ruolo di promotore delle opportunità di apprendimento all'interno dei contesti naturali di vita (World Health Organization, 2022). Attraverso il programma i caregiver apprendono modalità di interazione che favoriscono il coinvolgimento del bambino, la comunicazione, la partecipazione alle attività quotidiane e lo sviluppo di abilità funzionali. L'obiettivo non consiste nel trasformare il genitore in un terapeuta, ma nel fornirgli strumenti concreti da utilizzare nelle normali routine familiari, affinché le occasioni di apprendimento possano essere integrate nella vita quotidiana e distribuite nell'arco dell'intera giornata. Una caratteristica distintiva del CST è il suo approccio transdiagnostico, che consente di applicare le strategie proposte a bambini con differenti profili di funzionamento, mantenendo l'attenzione sulle competenze e sui bisogni individuali piuttosto che sulla sola categoria diagnostica. Sebbene il programma sia rivolto principalmente ai genitori, il termine caregiver comprende tutte le figure adulte che partecipano in maniera significativa alla cura e alla crescita del bambino. A seconda delle caratteristiche del contesto familiare, possono quindi essere coinvolti anche tutori o familiari che condividono la quotidianità del

minore. Il CST è stato sviluppato con l'obiettivo di rendere maggiormente accessibili interventi supportati da evidenze scientifiche, offrendo alle famiglie strumenti pratici che possano essere utilizzati anche nei contesti caratterizzati da una limitata disponibilità di servizi specialistici. In questa prospettiva, il caregiver acquisisce competenze che consentono di promuovere lo sviluppo del bambino anche al di fuori dei tradizionali contesti terapeutici. È importante sottolineare che il programma non mira a sostituire gli interventi specialistici eventualmente già presenti nel percorso riabilitativo del bambino. Al contrario, il CST si propone di integrare tali interventi, fornendo al caregiver strumenti utili per sostenere lo sviluppo del figlio nelle situazioni di vita quotidiana e favorendo la generalizzazione delle competenze apprese nei diversi contesti di vita (World Health Organization, 2022).

1.6.2 Struttura, obiettivi e strategie

La struttura del programma prevede nove incontri di gruppo e tre visite domiciliari, distribuiti lungo l'intero percorso formativo che ha una durata tra le 9 e le 12 settimane. È richiesto che almeno un caregiver per bambino partecipi in modo costante agli incontri. La partecipazione può essere estesa ad un secondo caregiver, sebbene non sia obbligatoria la presenza di entrambi durante tutte le sessioni. Le visite domiciliari vengono effettuate direttamente nell'ambiente di vita del bambino, ognuna ha una durata di circa 90 minuti l'una e consentono ai facilitatori di osservare le interazioni caregiver-bambino nel contesto naturale, offrendo suggerimenti personalizzati e monitorando l'applicazione delle strategie apprese durante gli incontri di gruppo. L'alternanza tra sessioni di gruppo e momenti di osservazione individuale permette di integrare contenuti teorici, attività pratiche e opportunità di coaching personalizzato. Gli incontri di gruppo hanno una durata di circa due ore e mezza ognuno e rappresentano il principale contesto di apprendimento delle strategie CST, mentre le visite domiciliari consentono di osservare le interazioni caregiver-bambino all'interno dell'ambiente familiare e di personalizzare gli obiettivi in funzione delle caratteristiche specifiche di ciascun nucleo familiare. Il percorso si sviluppa secondo una sequenza prestabilita che comprende una visita domiciliare iniziale, quattro incontri di gruppo, una seconda visita domiciliare, ulteriori cinque incontri di gruppo e una visita domiciliare conclusiva (World Health Organization, 2022). Durante le sessioni di gruppo, le famiglie vengono accompagnate da uno o più facilitatori (o conduttori), professionisti appositamente formati per l'implementazione del programma

CST. Il loro ruolo consiste nel guidare i caregiver nell'apprendimento delle strategie previste dal percorso, favorendo la comprensione dei contenuti teorici e il trasferimento delle competenze nelle attività quotidiane. Attraverso momenti di discussione, esercitazioni pratiche, analisi di filmati e attività di coaching, i facilitatori sostengono i caregiver nell'osservazione del comportamento del bambino, nell'identificazione delle opportunità di apprendimento e nell'applicazione delle strategie comunicative e relazionali proposte dal programma. Inoltre, essi favoriscono il confronto tra le famiglie, promuovendo un clima di collaborazione, sostegno reciproco e condivisione delle esperienze. A supporto delle attività svolte durante gli incontri, a ciascuna famiglia viene inoltre consegnato un manuale del partecipante contenente i principali contenuti affrontati nel corso del programma. Per ogni sessione sono riportati gli obiettivi, i messaggi chiave, le strategie presentate dai facilitatori e i suggerimenti per la pratica a casa. Tale materiale rimane a disposizione dei caregiver per l'intera durata del percorso e può essere consultato anche successivamente, favorendo il consolidamento degli apprendimenti e l'applicazione delle strategie nelle routine quotidiane (World Health Organization, 2022).

Il percorso ha inizio con una prima visita domiciliare che riveste una funzione fondamentale ai fini della conoscenza del bambino, del caregiver e del contesto familiare. Tale incontro viene svolto direttamente presso l'abitazione della famiglia e consente al facilitatore di raccogliere informazioni preliminari utili per la successiva personalizzazione dell'intervento. Durante la visita, il facilitatore segue uno specifico protocollo che guida l'osservazione e garantisce una raccolta sistematica delle informazioni rilevanti per il percorso successivo. La visita si articola in tre passaggi fondamentali:

1-Conoscenza della famiglia e presentazione e del programma: il facilitatore incontra la famiglia, presenta il programma CST e ne illustra finalità, modalità di svolgimento e principi di riservatezza delle informazioni raccolte durante il percorso.

2-Assessment iniziale e osservazione delle interazioni: Il facilitatore crea uno spazio dedicato all'intervista con il caregiver, nella quale vengono raccolte le informazioni sullo sviluppo, sul comportamento e funzionamento generale del bambino. Successivamente vengono effettuate specifiche attività di osservazione. La prima riguarda l'interazione tra caregiver e bambino (Caregiver-Child Interaction, CCI), durante la quale il facilitatore

osserva le modalità spontanee con cui il genitore si relaziona al figlio e le strategie comunicative già presenti all'interno della diade. Viene inoltre osservata l'interazione tra facilitatore e bambino (Facilitator-Child Interaction, FCI), che permette di esplorare ulteriormente il profilo comunicativo e comportamentale del bambino, di raccogliere informazioni sulle sue competenze emergenti, sugli interessi e sulle modalità di coinvolgimento nelle attività proposte. Queste osservazioni rappresentano uno strumento particolarmente importante poiché consentono di individuare punti di forza e aree di difficoltà sia del bambino sia dell'interazione caregiver-bambino.

3-Definizione degli obiettivi: Una delle componenti fondamentali al termine della prima visita domiciliare è sicuramente la definizione degli obiettivi. Il conduttore, infatti è tenuto a compilare un apposito "foglio di lavoro per la definizione degli obiettivi", identificando le aree prioritarie di intervento nei diversi domini di funzionamento. Per quanto riguarda il bambino, gli obiettivi possono essere individuati nelle aree della comunicazione, del gioco, delle abilità di vita quotidiana e della regolazione del comportamento. Per quanto riguarda il caregiver, vengono invece definiti obiettivi relativi all'acquisizione e all'utilizzo delle strategie proposte dal programma.

Le strategie adottate nel corso della prima visita domiciliare sono finalizzate sia alla raccolta sistematica di informazioni sul bambino e sul contesto familiare, sia alla costruzione di una relazione di fiducia tra il facilitatore e la famiglia. In questa fase, il professionista utilizza prevalentemente modalità di osservazione sistematica e partecipata, che consentono di raccogliere informazioni sulle competenze del bambino e sullo stile spontaneo di interazione del caregiver, limitando inizialmente le interferenze nelle dinamiche naturali della diade caregiver-bambino. L'osservazione delle interazioni rappresenta infatti uno strumento fondamentale per comprendere i punti di forza e le aree di difficoltà che caratterizzano il funzionamento del bambino e le modalità comunicative presenti nel contesto familiare. Durante l'interazione diretta con il bambino (Facilitator-Child Interaction, FCI), il facilitatore applica inoltre una gerarchia di suggerimenti graduati (prompts), modulando progressivamente il livello di supporto offerto. Tale strategia permette di individuare le competenze che il bambino è in grado di mettere in atto autonomamente e quelle che richiedono invece differenti livelli di aiuto, fornendo importanti indicazioni per la successiva pianificazione degli obiettivi di intervento. Un

ulteriore elemento caratterizzante della prima visita è rappresentato dalla creazione di opportunità comunicative intenzionali. Attraverso attività motivanti e adeguate agli interessi del bambino, il facilitatore favorisce l'emergere di comportamenti comunicativi spontanei, osservando come il bambino esprima richieste, condivida interessi o partecipi agli scambi con l'adulto. Questa modalità consente di raccogliere informazioni preziose sulle competenze comunicative già presenti e sulle potenzialità evolutive del bambino. La valutazione non si limita tuttavia alle sole abilità del minore. Durante la visita, il facilitatore presta attenzione anche ai bisogni complessivi della famiglia, considerando eventuali fattori che potrebbero influenzare il benessere del caregiver e la partecipazione al percorso. Tale approccio consente di individuare precocemente possibili necessità di supporto aggiuntivo e di orientare la famiglia verso ulteriori risorse o servizi quando necessario. Particolare importanza viene attribuita anche alla valorizzazione delle competenze già presenti. Al termine delle osservazioni, il facilitatore fornisce feedback positivi e riconosce le strategie che il caregiver utilizza già efficacemente nelle interazioni con il bambino. Questo processo di rinforzo rappresenta un elemento fondamentale del modello CST, poiché contribuisce a promuovere il senso di autoefficacia del genitore e a favorire il suo coinvolgimento attivo nel programma. Durante le attività osservative vengono utilizzati materiali standardizzati del programma CST, talvolta integrati con oggetti e giochi familiari presenti nell'ambiente domestico. Questa scelta permette di osservare differenti modalità di gioco e di coinvolgimento del bambino, offrendo una visione più ampia delle sue competenze in un contesto naturale e significativo. Infine, nella fase conclusiva della visita, il facilitatore accompagna il caregiver nella definizione di obiettivi realistici e raggiungibili, favorendo una pianificazione graduale del percorso. L'attenzione viene posta sull'importanza di procedere attraverso piccoli passi successivi, aiutando la famiglia a sviluppare aspettative realistiche e a riconoscere il valore dei progressi progressivamente raggiunti nel corso dell'intervento.

Dopo la prima visita domiciliare vengono avviati i primi quattro incontri di gruppo con cadenza settimanale, durante i quali ai caregiver vengono introdotti i principi fondamentali del programma e iniziano ad apprendere le strategie da utilizzare nelle routine quotidiane e nelle attività di gioco con il bambino. Le sessioni si svolgono in piccoli gruppi e prevedono momenti di confronto tra partecipanti, discussioni guidate ed analisi di filmati.

Il primo incontro, intitolato *Come coinvolgere i bambini,* è finalizzato ad aiutare i caregiver a comprendere l'importanza del coinvolgimento attivo del bambino all'interno delle interazioni quotidiane. La sessione si basa sul presupposto che tutti i bambini possano imparare e sviluppare nuove competenze e che l'apprendimento avvenga più facilmente quando il bambino si trova in una condizione di calma e benessere. I partecipanti imparano a osservare gli interessi del bambino, a riconoscere ciò che cattura la sua attenzione e a utilizzare tali interessi come punto di partenza per promuovere l'interazione. Viene attribuita particolare importanza all'osservazione delle iniziative spontanee del bambino e alla capacità del caregiver di seguirne la guida nelle attività di gioco e nelle routine domestiche. Tra le principali strategie proposte vi sono l'organizzazione dell'ambiente, attraverso la riduzione delle distrazioni e la predisposizione di uno spazio sicuro per l'interazione, la proposta di attività motivanti e la capacità di seguire le scelte del bambino. Viene inoltre sottolineata l'importanza di posizionarsi di fronte al bambino e al suo stesso livello, mantenendo l'attività condivisa tra adulto e bambino, al fine di favorire le opportunità di attenzione condivisa, coinvolgimento reciproco e apprendimento all'interno delle attività quotidiane (World Health Organization, 2022.

Nel secondo incontro, *Mantenere i bambini coinvolti*, l'attenzione si sposta sulle strategie utili a sostenere e prolungare il coinvolgimento del bambino nelle attività condivise. Ai caregiver viene spiegato che i bambini hanno maggiori opportunità di apprendere quando condividono l'attenzione con un'altra persona e quando partecipano ad attività positive, divertenti e caratterizzate da frequenti rinforzi positivi. I caregiver apprendono modalità per adattare le proprie richieste al livello di sviluppo del bambino, rispettarne i tempi e mantenere viva la motivazione all'interno dell'interazione, favorendo così la costruzione di momenti di attenzione condivisa sempre più lunghi e significativi. Le strategie insegnate comprendono l'osservazione degli interessi e delle motivazioni del bambino, l'identificazione delle sue modalità preferite di gioco e l'introduzione graduale di nuove opportunità di apprendimento. Particolare importanza viene attribuita alle lodi e ai feedback positivi, considerati strumenti fondamentali per sostenere la partecipazione del bambino, rafforzarne i comportamenti adeguati e favorire il mantenimento del coinvolgimento nelle attività condivise. I caregiver vengono inoltre guidati a individuare attività che risultino adeguate alle competenze del bambino, evitando proposte troppo

semplici, che potrebbero risultare poco stimolanti, o eccessivamente complesse, che potrebbero generare frustrazione e disimpegno (World Health Organization, 2022).

Il terzo incontro, *Aiutare i bambini a condividere l'interesse con un'altra persona nelle routine di gioco e nelle attività di casa*, approfondisce il tema della condivisione sociale e dell'attenzione condivisa. I caregiver vengono guidati nell'utilizzo di strategie che favoriscono la reciprocità e la partecipazione attiva del bambino, promuovendone la capacità di coinvolgere un'altra persona nelle proprie attività e di condividere esperienze, interessi ed emozioni durante il gioco e la vita quotidiana. Viene evidenziata l'importanza di costruire routine di gioco e routine domestiche che possano trasformarsi in opportunità di apprendimento e interazione. A tal fine, i caregiver apprendono strategie quali l'imitazione delle azioni del bambino, la partecipazione attiva alle sue attività e l'utilizzo della tecnica del mostrare e dire, attraverso la quale l'adulto introduce gradualmente nuovi passaggi all'interno della routine condivisa, sostenendo lo sviluppo di nuove competenze. Inoltre, viene insegnato come riprendere e prolungare una routine già avviata, favorendo il mantenimento dell'interesse condiviso, della reciprocità nello scambio e del coinvolgimento del bambino per periodi di tempo progressivamente più lunghi (World Health Organization, 2022).

Il quarto incontro, *Comprendere la comunicazione*, è dedicato allo sviluppo delle competenze osservative del caregiver. Vengono esplorate le diverse modalità attraverso cui il bambino comunica, sia verbalmente sia attraverso comportamenti non verbali quali gesti, vocalizzazioni, espressioni facciali e movimenti corporei. Viene inoltre sottolineato come, in alcuni casi, anche i comportamenti problematici possano rappresentare una forma di comunicazione attraverso cui il bambino esprime bisogni, intenzioni o difficoltà. L'obiettivo dell'incontro è aiutare i caregiver a riconoscere e interpretare correttamente i segnali comunicativi del bambino, aumentando la loro sensibilità e responsività durante gli scambi interattivi. I caregiver vengono guidati a osservare e ascoltare attentamente il bambino per identificare quando sta tentando di comunicare e comprendere il significato del messaggio che desidera trasmettere. Le strategie proposte includono il rispondere in modo coerente a tutti i tentativi comunicativi del bambino, anche quando non risultano immediatamente chiari, utilizzare parole e gesti adeguati al suo livello linguistico, attendere prima di intervenire per lasciargli spazio comunicativo e commentare ciò che il

bambino sta osservando o facendo. Tali strategie favoriscono una comunicazione maggiormente responsiva e contingente, contribuendo alla costruzione di scambi comunicativi più efficaci e significativi (World Health Organization, 2022).

Al termine dei primi quattro incontri viene effettuata una seconda visita domiciliare. Questa rappresenta un momento centrale del percorso ed è prevalentemente orientata all'attività di coaching. La finalità di sostenere il caregiver nell'applicazione pratica delle strategie apprese durante gli incontri precedenti. A differenza della prima visita domiciliare, che è maggiormente focalizzata sulla valutazione iniziale e sulla definizione degli obiettivi, questa fase del percorso si concentra sull'osservazione diretta delle interazioni caregiver-bambino e sul supporto personalizzato all'utilizzo delle strategie proposte dal programma. Uno degli obiettivi principali consiste nell'aiutare il caregiver ad integrare all'interno delle normali routine quotidiane le competenze apprese durante le sessioni di gruppo, con particolare riferimento alle strategie volte a favorire l'attenzione condivisa, la comunicazione e la partecipazione del bambino alle attività di gioco e alle routine domestiche. Verificare come tali strategie vengono utilizzate nel contesto naturale di vita della famiglia è importante perché consente al facilitatore di individuare eventuali difficoltà e di fornire suggerimenti concreti e personalizzati. La visita inizia con un momento di accoglienza e confronto con il caregiver, durante il quale vengono ripresi i principali contenuti aggiornati negli incontri precedenti e viene discussa la pratica svolta a casa. Questo momento iniziale permette al facilitatore di comprendere come il caregiver abbia vissuto l'applicazione delle strategie, quali difficoltà abbia incontrato e quali cambiamenti abbia osservato nel comportamento e nella partecipazione del bambino. Successivamente il facilitatore osserva direttamente l'interazione tra caregiver e bambino all'interno di una routine selezionata dalla famiglia, come un'attività di gioco, un momento di condivisione di un libro o una routine quotidiana particolarmente significativa. Durante tale osservazione, il professionista assume principalmente un ruolo di coaching, fornendo feedback immediati e supportando il caregiver nell'utilizzo delle strategie apprese. L'obiettivo non è valutare la performance del genitore, ma accompagnarlo nello sviluppo di competenze sempre più efficaci e adattate alle caratteristiche del proprio bambino. Una componente particolarmente importante della visita è rappresentata dal modellamento. In alcuni momenti, infatti, il facilitatore può interagire direttamente con il bambino per mostrare concretamente come utilizzare una

determinata strategia comunicativa o relazionale. Durante questa fase il professionista non si limita a dimostrare il comportamento atteso, ma esplicita anche il motivo per cui sta adottando una specifica modalità di interazione, aiutando il caregiver a comprendere il razionale delle strategie proposte e a trasferirle successivamente nelle proprie interazioni quotidiane. Il coaching viene adattato alle esigenze specifiche di ciascun caregiver attraverso livelli differenti di supporto. In alcune situazioni possono essere sufficienti semplici suggerimenti verbali o promemoria relativi alle strategie già apprese; in altre può essere necessario un intervento più diretto, caratterizzato da dimostrazioni pratiche, modellamento o supporto durante l'interazione con il bambino. Tale flessibilità consente di rispettare il livello di esperienza e di sicurezza di ogni partecipante, favorendo un apprendimento graduale e personalizzato. Particolare attenzione viene inoltre dedicata alla valorizzazione delle risorse del caregiver. Il feedback fornito durante la visita è infatti orientato non soltanto all'individuazione delle difficoltà, ma anche al riconoscimento degli aspetti positivi dell'interazione. Il rinforzo dei comportamenti efficaci e il riconoscimento degli sforzi compiuti dal genitore rappresentano elementi fondamentali del modello CST, poiché contribuiscono ad aumentare la motivazione, la fiducia nelle proprie capacità e il senso di autoefficacia. La visita costituisce anche un'importante occasione di problem solving condiviso. Qualora il caregiver incontri difficoltà nell'applicazione delle strategie o il bambino mostri scarso interesse verso le attività proposte, il facilitatore collabora con la famiglia per individuare possibili soluzioni, modificando la struttura delle attività, adattando i materiali utilizzati o individuando routine maggiormente motivanti per il bambino. Analogamente, possono essere suggerite modifiche dell'ambiente domestico, come la riduzione delle fonti di distrazione o una diversa organizzazione dello spazio, al fine di favorire una migliore partecipazione alle attività. Al termine della visita vengono infine rivisti e aggiornati gli obiettivi precedentemente identificati per il bambino e per il caregiver. Per il bambino vengono considerate aree quali la comunicazione, il gioco, le abilità di vita quotidiana e la regolazione del comportamento; per il caregiver viene invece valutato il livello di utilizzo delle strategie apprese e la loro integrazione nelle interazioni quotidiane. La visita si conclude con la definizione delle attività da svolgere a casa e con la pianificazione della successiva fase del programma, favorendo così la continuità del percorso e il progressivo consolidamento delle competenze acquisite.

Successivamente il programma prosegue con i restanti cinque incontri di gruppo, durante i quali vengono approfondite ulteriori strategie finalizzate a promuovere la comunicazione, il coinvolgimento sociale, l'apprendimento e la gestione di situazioni problematiche che possono emergere nella vita quotidiana. In questa fase assume particolare rilevanza la generalizzazione delle competenze apprese e la capacità di integrare le strategie all'interno delle normali routine familiari.

Il quinto incontro, *Promuovere la comunicazione,* è finalizzato a fornire ai caregiver strumenti concreti per sostenere lo sviluppo comunicativo del bambino. Vengono presentate strategie utili a creare opportunità comunicative, incoraggiare le iniziative del bambino e rispondere in modo efficace ai suoi tentativi di comunicazione. L'attenzione è posta sulla qualità delle interazioni e sulla capacità di trasformare le attività quotidiane in occasioni di apprendimento comunicativo. I caregiver vengono guidati a osservare e ascoltare attentamente il bambino per riconoscere quando sta comunicando per fare una richiesta o per condividere un interesse. Viene inoltre sottolineata l'importanza di utilizzare le attività di tutti i giorni come occasioni per stimolare la comunicazione. Tra le principali strategie insegnate vi sono la tecnica del mostrare e dire, attraverso la quale il caregiver modella parole e gesti che il bambino può utilizzare per comunicare, la ripetizione e l'espansione del linguaggio prodotto dal bambino e la creazione intenzionale di opportunità comunicative che favoriscano sia le richieste sia la condivisione di interessi ed esperienze con l'altro (World Health Organization, 2022).

Nel sesto incontro, *Insegnare nuove abilità in piccoli passaggi e aiutare per gradi,* i caregiver apprendono come suddividere comportamenti o abilità complesse in obiettivi più semplici e raggiungibili. Viene introdotto il concetto di insegnamento graduale, attraverso il quale il bambino viene sostenuto nel raggiungimento di nuove competenze ricevendo livelli di aiuto progressivamente ridotti in funzione delle proprie capacità. Ai caregiver viene spiegato che l'apprendimento avviene più efficacemente quando le abilità vengono insegnate un passaggio alla volta e quando il supporto fornito è adeguato ai bisogni del bambino. Le strategie proposte comprendono la suddivisione dell'attività in piccoli passaggi, l'utilizzo del minimo aiuto necessario affinché il bambino possa avere successo, la formulazione di istruzioni semplici e chiare e il ricorso a frequenti rinforzi positivi. Viene inoltre incoraggiata una continua riflessione sull'insegnamento proposto,

aiutando il caregiver a modificare il compito o gli obiettivi qualora risultino troppo complessi o poco motivanti per il bambino (World Health Organization, 2022).

Il settimo incontro, *Prevenire i comportamenti problema, aiutare i bambini a rimanere coinvolti e regolati*, affronta il tema della prevenzione delle difficoltà comportamentali. I caregiver vengono guidati nell'identificazione dei fattori che possono favorire l'insorgenza di comportamenti problematici e apprendono strategie finalizzate a sostenere la regolazione emotiva e comportamentale del bambino, favorendone il coinvolgimento nelle attività quotidiane. Viene spiegato che i comportamenti problema possono rappresentare una modalità comunicativa attraverso cui il bambino cerca di ottenere qualcosa, attirare l'attenzione, evitare una situazione oppure soddisfare particolari bisogni sensoriali. Le strategie insegnate comprendono l'osservazione dei segnali che precedono il comportamento problematico, l'organizzazione dell'ambiente, l'utilizzo di avvisi prima dei cambiamenti di attività e il rinforzo sistematico delle competenze e dei comportamenti appropriati. Ai caregiver viene inoltre insegnato a mantenere la calma durante le situazioni di crisi, riflettendo successivamente sulle possibili cause che hanno contribuito alla comparsa del comportamento problema (World Health Organization, 2022).

L'ottavo incontro, *Insegnare comportamenti alternativi ai comportamenti problem*a, approfondisce ulteriormente il tema della gestione comportamentale. L'obiettivo è aiutare i caregiver a comprendere la funzione dei comportamenti problematici e a promuovere modalità più adeguate attraverso cui il bambino possa esprimere bisogni, preferenze e richieste. In questa prospettiva, l'attenzione viene posta sull'insegnamento di competenze alternative e socialmente funzionali. I caregiver apprendono come analizzare il motivo che sostiene il comportamento problematico e come adattare la propria risposta in funzione della sua specifica funzione. Tra le strategie proposte vi sono l'utilizzo di supporti visivi e programmi per immagini, l'insegnamento di abilità comunicative alternative per sostituire comportamenti finalizzati a ottenere oggetti o attività desiderate, l'uso coerente delle regole e delle aspettative comportamentali e la promozione di comportamenti sicuri e appropriati in sostituzione di quelli problematici. L'obiettivo finale è favorire modalità comunicative e comportamentali più efficaci, aumentando la partecipazione del bambino alle attività quotidiane (World Health Organization, 2022).

Il nono e ultimo incontro, *Strategie per la risoluzione dei problemi e cura di sé*, conclude il percorso affrontando sia gli aspetti pratici sia quelli emotivi legati al ruolo del caregiver. I partecipanti vengono guidati nell'utilizzo di strategie di problem solving per affrontare le difficoltà che possono emergere nella quotidianità e vengono incoraggiati a riflettere sull'importanza della cura di sé e del proprio benessere psicologico. Ai caregiver viene ricordata l'importanza di continuare a definire obiettivi realistici per sé e per il proprio bambino, monitorando nel tempo i progressi raggiunti. Viene inoltre sottolineato come il benessere psicologico del caregiver rappresenti una componente fondamentale per la qualità delle interazioni con il bambino e per il mantenimento delle strategie apprese. Tra le strategie illustrate vi sono l'espansione delle routine già consolidate mediante l'aggiunta graduale di nuovi passaggi e la combinazione di più routine tra loro, con l'obiettivo di favorire nuove opportunità di apprendimento e promuovere una progressiva autonomia del bambino e della famiglia. Il riconoscimento dei bisogni del caregiver rappresenta infatti un elemento fondamentale per garantire la sostenibilità nel tempo delle strategie apprese e favorire il benessere dell'intero nucleo familiare (World Health Organization, 2022).

La terza visita domiciliare rappresenta l'atto conclusivo dell'intervento CST e si colloca dopo la nona sessione di gruppo. A differenza della prima e seconda visita, la terza è incentrata sul sostenere la pratica indipendente dei caregiver e sul consolidare le competenze acquisite durante l'intero percorso. Dal punto di vista organizzativo, la visita si articola in diverse fasi. Inizialmente il facilitatore accoglie la famiglia e dedica un momento alla condivisione del percorso svolto, riconoscendo l'impegno e la partecipazione dimostrati durante il programma. Questo momento assume una particolare rilevanza poiché la conclusione dell'intervento può generare nei caregiver vissuti contrastanti, tra cui soddisfazione per i risultati raggiunti, ma anche preoccupazione o incertezza legate alla prosecuzione autonoma del percorso. Successivamente vengono ripresi e discussi i principali contenuti affrontati nelle sessioni di gruppo. Il facilitatore e il caregiver riflettono insieme sulle strategie utilizzate nella vita quotidiana, analizzando sia gli aspetti che hanno favorito il raggiungimento degli obiettivi sia le eventuali difficoltà incontrate. Questa fase consente di consolidare gli apprendimenti acquisiti e di evidenziare i cambiamenti osservati nel bambino e nella relazione caregiver-bambino. Una parte centrale della visita è dedicata all'osservazione diretta dell'interazione tra

caregiver e bambino durante una routine selezionata congiuntamente. Il caregiver viene invitato a mettere in pratica le strategie apprese durante il percorso mentre il facilitatore osserva e fornisce un supporto mirato attraverso attività di coaching. L'osservazione prende in considerazione diversi aspetti dell'interazione, tra cui l'organizzazione dell'ambiente, le modalità comunicative utilizzate dal caregiver, il coinvolgimento del bambino nelle attività di gioco o nelle routine quotidiane e le strategie utilizzate per favorire la regolazione del comportamento. Quando necessario, il facilitatore può intervenire direttamente nell'interazione attraverso attività di modellamento (modeling), mostrando concretamente come applicare specifiche strategie comunicative o relazionali. Tale modalità permette al caregiver di osservare in modo pratico l'utilizzo delle strategie nelle situazioni in cui incontra maggiori difficoltà, favorendone una successiva applicazione autonoma. Al termine dell'attività viene svolto un momento di riflessione condivisa nel quale il caregiver e il facilitatore analizzano l'esperienza appena conclusa. Particolare attenzione viene dedicata agli aspetti positivi dell'interazione e alle competenze già acquisite dal genitore. Il feedback positivo rappresenta una componente fondamentale dell'intervento, poiché contribuisce a rafforzare il senso di efficacia personale e la fiducia nelle proprie capacità educative. La visita finale costituisce inoltre un'importante occasione per rivedere e aggiornare gli obiettivi del percorso. Vengono discussi i progressi del bambino nelle aree della comunicazione, del gioco, delle abilità di vita quotidiana, della regolazione del comportamento e della partecipazione alle attività familiari. Parallelamente vengono identificati gli aspetti sui quali il caregiver ritiene di necessitare ancora di supporto o ulteriori occasioni di pratica. Un ulteriore obiettivo della visita consiste nel favorire la prosecuzione autonoma del percorso anche dopo la conclusione formale del programma. In questa prospettiva, il facilitatore e il caregiver individuano specifiche routine di gioco e di vita quotidiana sulle quali continuare a lavorare nei mesi successivi, integrando gli obiettivi del bambino con quelli del caregiver. Tale pianificazione permette di promuovere la generalizzazione delle competenze apprese e di sostenere la continuità degli apprendimenti all'interno del contesto familiare. Dal punto di vista metodologico, la terza visita domiciliare si fonda su diverse strategie di intervento. Tra queste assumono particolare rilevanza l'osservazione diretta dell'interazione caregiver-bambino, il coaching personalizzato, il modellamento delle strategie comunicative, il problem solving condiviso e la definizione di obiettivi graduali

e realistici. Grande importanza viene inoltre attribuita alla promozione del benessere del caregiver, attraverso la discussione di strategie utili per la gestione dello stress e la valorizzazione delle risorse familiari disponibili. La visita si conclude infine con una riflessione sul percorso svolto e con l'identificazione delle eventuali risorse territoriali e dei servizi che possono continuare a sostenere la famiglia nel tempo. Pur non presupponendo necessariamente il raggiungimento di tutti gli obiettivi inizialmente definiti, questo ultimo incontro mira a favorire l'autonomia del caregiver, consolidarne le competenze e promuovere la fiducia nelle proprie capacità di supportare lo sviluppo del bambino anche dopo la conclusione del programma CST. È importante sottolineare che il CST non presuppone necessariamente la presenza di miglioramenti evidenti in tutti i partecipanti; piuttosto, pone l'attenzione sul processo di apprendimento del caregiver, sull'acquisizione di nuove competenze e sulla costruzione di modalità di interazione maggiormente consapevoli e funzionali.

Nel complesso, la struttura del CST riflette una concezione dell'intervento centrata sulla famiglia, nella quale il caregiver assume un ruolo attivo nella promozione dello sviluppo del bambino. L'alternanza tra sessioni di gruppo e visite domiciliari consente di integrare l'apprendimento delle strategie con la loro applicazione nei contesti naturali di vita, favorendo la generalizzazione delle competenze e l'adattamento degli obiettivi alle specifiche esigenze di ciascun nucleo familiare. Attraverso questo percorso, il programma mira non soltanto a sostenere lo sviluppo delle competenze del bambino, ma anche a promuovere l'autoefficacia del caregiver e la sua capacità di utilizzare in modo autonomo le strategie acquisite nella quotidianità.

1.6.3 Evidenze scientifiche sull'efficacia del programma

Negli ultimi anni il programma Caregiver Skills Training (CST) è stato oggetto di numerosi studi volti a valutarne la fattibilità, l'accettabilità e l'efficacia in differenti contesti culturali e sanitari. Il crescente interesse scientifico nei confronti di questo intervento deriva dalla necessità di individuare programmi accessibili e basati sulle evidenze scientifiche che possano sostenere le famiglie di bambini con disturbi del neurosviluppo e favorire lo sviluppo delle competenze comunicative, sociali e adattive del bambino. Uno dei primi lavori dedicati al CST è rappresentato dallo studio di Salomone e collaboratori (2019), che descrive il processo di sviluppo del programma da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Gli autori sottolineano come il CST sia

stato costruito partendo dalle evidenze relative agli interventi mediati dai caregiver e con l'obiettivo di ridurre il divario nell'accesso ai servizi per le famiglie di bambini con disturbi del neurosviluppo. Il programma è stato progettato per essere adattabile a differenti contesti culturali e implementabile anche in contesti caratterizzati da risorse limitate. Una delle evidenze più rilevanti sull'efficacia del CST proviene da uno studio randomizzato controllato condotto in Italia da Salomone e collaboratori. In questo studio, genitori di bambini con disturbo dello spettro autistico sono stati assegnati al programma CST oppure a un trattamento usuale potenziato. I risultati hanno mostrato che il CST è risultato altamente accettabile per le famiglie e facilmente implementabile all'interno dei servizi pubblici. Inoltre, sono stati osservati miglioramenti significativi nelle competenze dei genitori nel sostenere il coinvolgimento condiviso con il bambino e nel flusso delle interazioni caregiver-bambino. Gli autori hanno inoltre riportato effetti positivi su alcuni indicatori secondari, tra cui lo stress genitoriale, il senso di autoefficacia e l'utilizzo dei gesti da parte del bambino. Non sono invece emerse differenze statisticamente significative relativamente alla gravità dei sintomi autistici e all'engagement congiunto del bambino. Successivamente, Settanni e collaboratori (2024) hanno approfondito i meccanismi attraverso cui il programma produce i propri effetti. Attraverso un'analisi secondaria dei dati dello studio italiano, gli autori hanno evidenziato come i miglioramenti osservati nei bambini siano mediati dall'acquisizione di nuove competenze da parte dei caregiver. In particolare, la partecipazione al CST ha determinato un incremento delle abilità genitoriali di supporto all'interazione, che a loro volta hanno contribuito a migliorare aspetti quali il flusso dell'interazione, il coinvolgimento condiviso e la disponibilità del bambino all'interazione. Tali risultati confermano il ruolo centrale del caregiver nel processo di cambiamento promosso dal programma. Ulteriori dati derivano dallo studio di Ferrante e collaboratori (2024), che ha confrontato una versione online del CST con la modalità tradizionale in presenza. I risultati hanno evidenziato che entrambe le modalità hanno prodotto miglioramenti nelle competenze percepite dai caregiver rispetto al trattamento usuale. Gli autori riportano inoltre che la modalità online è risultata fattibile e apprezzata dalle famiglie, pur presentando alcune criticità legate agli aspetti tecnologici e alla minore vicinanza relazionale rispetto agli incontri in presenza. Nel complesso, le evidenze disponibili suggeriscono che il CST rappresenti un programma accettabile, fattibile e potenzialmente efficace nel migliorare

le competenze dei caregiver e la qualità delle interazioni caregiver-bambino. Sebbene siano necessari ulteriori studi per approfondire gli effetti a lungo termine e l'impatto su diversi domini dello sviluppo infantile, i risultati attualmente disponibili supportano l'utilizzo del CST come intervento mediato dai caregiver all'interno dei servizi dedicati ai bambini con disturbi del neurosviluppo.

1.6.4 Il caregiver come agente attivo di implementazione delle strategie del CST

Nel programma Caregiver Skills Training, il caregiver assume un ruolo attivo nell'applicazione delle strategie proposte e nella promozione delle opportunità di apprendimento del bambino all'interno dei contesti di vita quotidiana. A differenza di interventi che si svolgono prevalentemente in setting clinici, il CST attribuisce particolare importanza alla partecipazione diretta del caregiver, il quale viene guidato nell'utilizzo delle strategie apprese durante le sessioni di gruppo e le visite domiciliari, affinché possano essere integrate nelle routine familiari e nelle normali attività della giornata. Nel corso del programma, il caregiver è chiamato ad applicare quotidianamente le strategie presentate dai facilitatori, trasformando momenti ordinari, come il gioco, i pasti o le attività domestiche, in opportunità di apprendimento e di interazione. L'esercitazione costante nelle situazioni di vita reale rappresenta infatti uno degli elementi centrali del CST e consente al bambino di sperimentare le competenze apprese all'interno di contesti significativi e naturalmente ricorrenti. Un ulteriore compito del caregiver consiste nel monitorare gli obiettivi definiti durante il percorso. Attraverso la pratica quotidiana e il confronto con i facilitatori, il genitore osserva i progressi del bambino nelle diverse aree di sviluppo, come la comunicazione, il gioco, le abilità di vita quotidiana e la regolazione del comportamento. Tale osservazione permette di adattare progressivamente le attività e di identificare nuove priorità di intervento sulla base dei bisogni emergenti del bambino. La partecipazione attiva del caregiver risulta centrale anche durante le visite domiciliari, che rappresentano momenti privilegiati di osservazione e coaching individualizzato. In questi incontri il genitore non assume un ruolo passivo, ma partecipa direttamente alle attività proposte, sperimenta le strategie apprese e riceve feedback personalizzati da parte del facilitatore. Le visite domiciliari consentono inoltre di verificare come le strategie vengano applicate all'interno dell'ambiente familiare e di adattarle alle caratteristiche specifiche del bambino e del contesto di vita. Tra una sessione e l'altra, il caregiver è

inoltre invitato a mettere in pratica quanto appreso durante gli incontri di gruppo. La pratica a casa costituisce una componente essenziale del programma poiché permette di consolidare le competenze acquisite, favorire la continuità dell'intervento e promuovere la generalizzazione delle strategie alle diverse situazioni della vita quotidiana. Infine, il caregiver collabora costantemente con i facilitatori attraverso un processo di confronto e condivisione che caratterizza l'intero percorso. Le osservazioni del genitore, le difficoltà incontrate durante la pratica e i cambiamenti osservati nel comportamento del bambino costituiscono elementi fondamentali per la personalizzazione degli obiettivi e delle strategie. In questa prospettiva, il CST si configura come un intervento basato sulla collaborazione tra facilitatori e caregiver, nella quale il contributo attivo della famiglia rappresenta una componente essenziale per l'attuazione del programma e per il mantenimento delle competenze nel tempo (World Health Organization, 2022; Salomone et al., 2019).

2. OBIETTIVO DI STUDIO

Il Caregiver Skills Training (CST) rappresenta un programma di intervento mediato dai caregiver che attribuisce un ruolo centrale al genitore nel sostegno allo sviluppo del bambino. Durante il periodo in cui ho avuto modo di svolgere questo progetto nel territorio AST di Ancona, il campione analizzato è risultato costituito inizialmente da 6 nuclei familiari; tuttavia, nel corso dell'intervento si è verificato un drop-out. Come descritto nei capitoli precedenti, l'obiettivo del programma non consiste esclusivamente nel promuovere specifiche competenze nel bambino, ma anche nel fornire ai caregiver strategie concrete da utilizzare nelle attività di vita quotidiana, favorendo una partecipazione attiva all'interno del percorso di intervento. In questa prospettiva, il caregiver non viene considerato un semplice destinatario delle indicazioni fornite dai professionisti, bensì una figura in grado di applicare quotidianamente le strategie apprese, creando opportunità di apprendimento all'interno delle routine familiari. La letteratura scientifica ha evidenziato come il coinvolgimento attivo dei caregiver possa contribuire a migliorare la qualità delle interazioni con il bambino e favorire l'acquisizione di competenze comunicative, sociali e adattive. Allo stesso tempo, numerosi studi hanno sottolineato come la partecipazione a programmi di parent-mediated intervention possa influenzare il comportamento del caregiver stesso, promuovendo una maggiore

consapevolezza delle modalità comunicative del bambino, una migliore capacità di osservazione e una più efficace gestione delle situazioni quotidiane. Partendo da tali presupposti, il presente studio nasce dall'interesse di approfondire il cambiamento che può verificarsi nel comportamento del caregiver durante la partecipazione al programma CST. Piuttosto che concentrarsi esclusivamente sugli esiti relativi al bambino, il lavoro pone l'attenzione sul genitore e sulle modalità con cui quest'ultimo modifica progressivamente il proprio approccio relazionale, comunicativo ed educativo nel corso dell'intervento. Tale scelta risulta coerente con i principi che guidano il CST, secondo i quali il caregiver rappresenta il principale agente di implementazione delle strategie proposte dal programma. L'obiettivo principale dello studio è analizzare le modificazioni osservabili nel comportamento dei caregiver durante il percorso CST, verificando in che misura le strategie insegnate nel corso delle sessioni vengono progressivamente integrate nelle interazioni quotidiane con il bambino. Per raggiungere tale obiettivo è stata costruita una checklist osservativa finalizzata a monitorare l'evoluzione di specifici comportamenti genitoriali nel corso delle tre visite domiciliari previste dal programma. Attraverso l'osservazione sistematica di differenti aree, il presente studio si propone di verificare se la partecipazione al programma sia associata a un progressivo miglioramento delle modalità di interazione caregiver-bambino. In particolare, ci si attende che, nel corso delle rilevazioni successive, i caregiver mostrino una maggiore sensibilità ai segnali comunicativi del bambino, un utilizzo più efficace delle strategie linguistiche e comunicative apprese durante il percorso, una migliore organizzazione dell'ambiente e una gestione più consapevole delle situazioni di difficoltà o frustrazione. L'ipotesi alla base del presente lavoro è che il cambiamento osservabile nei comportamenti del caregiver rappresenti uno degli indicatori più significativi dell'acquisizione delle competenze promosse dal programma CST. In tale prospettiva, l'osservazione dell'evoluzione delle modalità interattive del genitore può fornire informazioni utili per comprendere il processo di implementazione delle strategie apprese e il loro potenziale contributo al benessere e allo sviluppo del bambino.

3. MATERIALI E METODI

Il presente studio è stato condotto nell'ambito del programma Caregiver Skills Training (CST) realizzato presso il Distretto di Jesi (AST Ancona), nel periodo compreso tra

novembre 2025 e febbraio 2026. Il progetto si è sviluppato secondo il modello previsto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, articolato in incontri di gruppo e visite domiciliari distribuiti lungo l'intero percorso formativo. Gli incontri formativi e le visite domiciliari sono stati condotti da un logopedista e una psicologa abilitati all'erogazione del programma, i quali hanno accompagnato le famiglie lungo le fasi del progetto. Il percorso ha coinvolto inizialmente sei nuclei familiari con bambini che presentavano una diagnosi di disturbo del neurosviluppo o una condizione clinica in fase di approfondimento diagnostico. Nel corso dell'intervento una famiglia ha interrotto la partecipazione al progetto, determinando un drop-out e portando il campione finale a cinque nuclei familiari. Per monitorare l'evoluzione dei comportamenti dei caregiver è stata predisposta una check-list osservativa specificamente costruita per il presente studio, somministrata in tre differenti momenti del percorso in corrispondenza delle visite domiciliari previste dal programma. Al termine dell'intervento è stato inoltre somministrato un questionario di gradimento finalizzato a raccogliere il punto di vista delle famiglie rispetto all'esperienza vissuta e all'utilità percepita del percorso CST.

3.1 Incontri con le famiglie

Le sessioni di gruppo rappresentavano un importante momento di formazione, confronto e condivisione.

Eterogeneità del gruppo: Un elemento particolarmente significativo del gruppo osservato è stato rappresentato dalla sua eterogeneità. Le famiglie coinvolte nel progetto presentavano infatti caratteristiche molto differenti tra loro sia per quanto riguarda il profilo dei bambini sia per le specifiche condizioni familiari. Alcuni bambini avevano già ricevuto una diagnosi di disturbo del neurosviluppo, mentre altri si trovavano ancora in una fase di approfondimento diagnostico. Anche l'età dei partecipanti risultava variabile, comprendendo bambini molto piccoli, di circa due anni, e bambini di età maggiore, fino ai sei-sette anni. Tali differenze influenzavano inevitabilmente i bisogni educativi, comunicativi e relazionali di ciascun nucleo familiare. Le diversità riguardavano inoltre il contesto di vita delle famiglie. Alcuni caregiver erano genitori molto giovani, mentre altri avevano un'età maggiore e un'esperienza genitoriale più consolidata. In alcuni casi il bambino coinvolto nel progetto era figlio unico, mentre in altri le famiglie erano chiamate a gestire contemporaneamente le esigenze di fratelli e sorelle, con un

conseguente aumento del carico organizzativo ed emotivo. Differenze emergevano anche in relazione allo stile di vita, alle risorse disponibili e ai contesti abitativi e sociali di provenienza, comprendendo sia famiglie residenti in contesti rurali sia famiglie che vivevano in aree urbane. Nonostante tale eterogeneità, è stato possibile osservare come i caregiver condividessero numerosi bisogni e vissuti comuni. Le preoccupazioni legate allo sviluppo del bambino, le difficoltà comunicative e comportamentali affrontate nella quotidianità, i dubbi educativi e il desiderio di individuare strategie efficaci rappresentavano temi ricorrenti all'interno del gruppo. Proprio questa condivisione di esperienze ha contribuito a creare un clima di partecipazione e reciproco sostegno, permettendo ai genitori di sentirsi compresi e meno soli nell'affrontare le sfide quotidiane associate alla crescita del proprio figlio.

Evoluzione del gruppo durante gli incontri: Nel corso del programma è stato possibile osservare una progressiva evoluzione delle dinamiche di gruppo. Se nelle prime sessioni i partecipanti tendevano principalmente ad ascoltare i contenuti proposti dai facilitatori e a intervenire in modo più limitato, con il passare delle settimane è emersa una maggiore partecipazione attiva, caratterizzata dalla condivisione spontanea di esperienze personali, dubbi, difficoltà e strategie utilizzate nella quotidianità. Gradualmente i caregiver hanno acquisito maggiore fiducia nel contesto di gruppo, mostrando una crescente disponibilità a raccontare il proprio vissuto e a confrontarsi con gli altri partecipanti. Un ruolo importante in tale processo è stato svolto dal clima relazionale che si è costruito nel corso degli incontri. L'ambiente creato dai facilitatori si caratterizzava per l'assenza di giudizio e per una costante attenzione all'ascolto, all'accoglienza e al rispetto delle esperienze individuali. Questo ha favorito l'instaurarsi di uno spazio percepito come sicuro, nel quale i genitori hanno potuto esprimere liberamente preoccupazioni, incertezze e difficoltà legate alla gestione quotidiana del proprio figlio. Con il progredire del percorso, i momenti di confronto sono diventati sempre più frequenti e partecipati. I caregiver non si limitavano a condividere problematiche o richieste di aiuto, ma iniziavano a raccontare i piccoli progressi osservati nei bambini, le strategie che avevano trovato più efficaci e le difficoltà incontrate nell'applicazione delle attività proposte. In diversi momenti emergevano inoltre vissuti emotivi particolarmente intensi, legati al percorso diagnostico, alle preoccupazioni per il futuro o al carico assistenziale richiesto dalla gestione quotidiana del bambino. In queste situazioni il gruppo rappresentava una significativa

fonte di sostegno, poiché i partecipanti potevano riconoscersi nelle esperienze degli altri e sentirsi compresi da persone che stavano affrontando sfide simili. Globalmente, il percorso ha evidenziato come gli incontri di gruppo non abbiano costituito esclusivamente un'occasione di apprendimento delle strategie previste dal programma CST, ma anche un'importante esperienza di supporto, confronto e condivisione tra famiglie accomunate da bisogni ed esperienze analoghe.

Ruolo del facilitatore: Un ruolo fondamentale all'interno del percorso è stato svolto dai facilitatori, che hanno rappresentato una costante figura di riferimento per le famiglie durante tutte le fasi del programma. Oltre alla trasmissione dei contenuti previsti dal CST, il loro compito consisteva nel guidare e moderare le discussioni che si sviluppavano nel corso degli incontri, favorendo un confronto costruttivo tra i partecipanti e mantenendo l'attenzione sugli obiettivi del percorso. In alcune situazioni, infatti, i caregiver tendevano ad affrontare argomenti particolarmente complessi o distanti dalle tematiche previste dalla sessione; in questi casi i facilitatori intervenivano orientando nuovamente la discussione verso i contenuti oggetto dell'incontro, senza tuttavia interrompere lo spazio di ascolto e condivisione. I facilitatori hanno inoltre svolto un'importante funzione di sostegno e valorizzazione delle risorse genitoriali. Durante gli incontri veniva incoraggiata la partecipazione attiva di tutti i componenti del gruppo, favorendo la condivisione delle esperienze personali e il confronto sulle strategie utilizzate nella vita quotidiana. Particolare attenzione veniva dedicata al riconoscimento dei progressi compiuti dai caregiver e dei cambiamenti osservati nelle interazioni con il bambino. Tale modalità contribuiva a rafforzare il senso di autoefficacia dei genitori e a promuovere una maggiore fiducia nelle proprie competenze. Un ulteriore aspetto significativo riguardava il supporto offerto nella risoluzione delle difficoltà riportate dalle famiglie. Attraverso il dialogo e la riflessione condivisa, i facilitatori aiutavano i caregiver a individuare possibili strategie operative da applicare nei diversi contesti di vita quotidiana, proponendo soluzioni concrete e personalizzate sulla base delle caratteristiche del bambino e delle esigenze della famiglia. In questo modo gli incontri non rappresentavano soltanto un'occasione di apprendimento teorico, ma un contesto all'interno del quale le famiglie potevano ricevere indicazioni pratiche e confrontarsi sulle modalità più efficaci per affrontare le sfide della quotidianità.

Da teoria a pratica durante le sessioni di gruppo: Un elemento particolarmente rilevante del percorso era rappresentato dal costante collegamento tra i contenuti affrontati durante le sessioni di gruppo e la loro applicazione pratica nella quotidianità familiare. Gli incontri non si limitavano infatti alla trasmissione di conoscenze teoriche, ma miravano a favorire una continua riflessione sull'utilizzo concreto delle strategie proposte all'interno delle normali routine di vita del bambino. All'inizio di ogni sessione venivano generalmente riprese le attività svolte a casa durante la settimana precedente, offrendo ai caregiver l'opportunità di condividere le proprie esperienze e confrontarsi sulle modalità con cui avevano cercato di applicare le strategie apprese. Non tutti i partecipanti si mostravano ugualmente propensi a raccontare la propria esperienza: alcuni intervenivano spontaneamente e con maggiore frequenza, mentre altri preferivano assumere inizialmente un ruolo più osservativo. Tuttavia, nel corso del percorso, molti caregiver hanno progressivamente acquisito maggiore sicurezza nel confronto con il gruppo, contribuendo attivamente alla discussione delle attività svolte a casa. Questo momento costituiva una preziosa occasione di confronto, durante la quale i genitori potevano raccontare i successi ottenuti, le difficoltà incontrate e gli eventuali dubbi emersi nella pratica quotidiana. La discussione delle esperienze vissute consentiva inoltre ai facilitatori di fornire suggerimenti personalizzati e di aiutare i caregiver a individuare possibili adattamenti delle strategie in funzione delle caratteristiche specifiche del bambino e del contesto familiare. In questo modo ogni nucleo familiare aveva la possibilità di riflettere criticamente sul proprio operato, riconoscere gli aspetti che avevano favorito l'interazione con il bambino e individuare eventuali elementi da modificare o potenziare. A supporto dei contenuti affrontati durante gli incontri, in diverse sessioni venivano inoltre presentati filmati esemplificativi relativi a situazioni di vita quotidiana e a routine frequentemente osservabili nel contesto familiare. La visione dei video consentiva ai caregiver di osservare concretamente l'applicazione delle strategie proposte dal programma, favorendo una migliore comprensione delle modalità comunicative e relazionali da adottare durante l'interazione con il bambino. I filmati rappresentavano quindi uno strumento utile per tradurre i concetti teorici in esempi pratici e facilmente comprensibili. Tale modalità di lavoro ha contribuito a rendere il percorso particolarmente dinamico e partecipativo. Le strategie apprese durante gli incontri venivano progressivamente sperimentate nelle routine quotidiane, osservate dai caregiver

nei loro effetti e successivamente riportate all'interno del gruppo per essere discusse e approfondite. Questo continuo passaggio tra teoria e pratica ha rappresentato uno degli aspetti centrali del programma CST, favorendo una maggiore consapevolezza nell'utilizzo delle strategie e una loro progressiva integrazione nella vita familiare.

L'aspetto emotivo: Gli incontri hanno rappresentato non soltanto uno spazio di apprendimento, ma anche un contesto di accoglienza emotiva nel quale i caregiver hanno potuto esprimere preoccupazioni, sentimenti di incertezza e vissuti legati al percorso di crescita del proprio figlio. La possibilità di confrontarsi con altre famiglie che vivevano situazioni analoghe ha favorito processi di normalizzazione e sostegno reciproco, contribuendo a creare un clima di fiducia e condivisione. Nel corso delle sessioni emergevano frequentemente temi legati al percorso diagnostico, alle difficoltà della vita quotidiana, alle preoccupazioni per il futuro e al carico emotivo associato alla gestione di un bambino con bisogni evolutivi complessi. In alcune occasioni tali vissuti si accompagnavano a manifestazioni emotive particolarmente intense, che portavano alcuni caregiver a esprimere apertamente il proprio disagio attraverso il pianto o il racconto di esperienze personali particolarmente difficili. In questi momenti il gruppo assumeva una funzione di contenimento e supporto, grazie sia alla presenza dei facilitatori sia alla partecipazione degli altri genitori, che spesso condividevano esperienze e sentimenti simili. È stato possibile osservare come il riconoscersi nelle storie e nelle difficoltà degli altri partecipanti favorisse una maggiore apertura alla condivisione e una progressiva riduzione del senso di isolamento. Gli incontri diventavano così non soltanto un'occasione per acquisire nuove strategie educative e comunicative, ma anche uno spazio nel quale sentirsi ascoltati, compresi e sostenuti nel proprio ruolo genitoriale.

3.2 Visite domiciliari

Le visite domiciliari hanno rappresentato il principale contesto di osservazione utilizzato ai fini del presente studio. La possibilità di osservare le interazioni caregiver-bambino direttamente all'interno dell'ambiente domestico ha consentito di raccogliere informazioni relative alle modalità con cui le strategie apprese durante il programma venivano applicate nelle routine quotidiane. Dal punto di vista metodologico, le visite domiciliari hanno assunto un ruolo particolarmente significativo in quanto hanno costituito i tre momenti di osservazione previsti dal disegno dello studio. Le osservazioni

effettuate durante la prima, la seconda e la terza visita domiciliare hanno infatti consentito di monitorare l'evoluzione dei comportamenti del caregiver nel corso dell'intero percorso, permettendo un confronto tra la fase iniziale, intermedia e finale dell'intervento. La scelta di utilizzare le visite domiciliari come momenti di rilevazione è stata motivata dalla possibilità di osservare il caregiver in situazioni ecologiche e significative, evitando contesti artificiali o scarsamente rappresentativi delle interazioni che avvengono quotidianamente all'interno della famiglia. In questo modo è stato possibile raccogliere informazioni maggiormente aderenti alla realtà e coerenti con gli obiettivi del presente studio. Al fine di rendere l'osservazione maggiormente strutturata e confrontabile nei diversi momenti del percorso, è stata elaborata una check-list osservativa specificamente finalizzata alla valutazione dei comportamenti del caregiver. Le caratteristiche e le modalità di utilizzo dello strumento vengono illustrate nel paragrafo successivo.

3.3 Check-list osservativa sul caregiver

La scelta di costruire uno strumento dedicato è nata dall'esigenza di disporre di un sistema di osservazione strutturato che consentisse di rilevare in modo sistematico l'utilizzo delle strategie promosse dal programma e il loro progressivo inserimento nelle interazioni quotidiane caregiver-bambino. La costruzione della check-list ha preso come riferimento i principi teorici e le strategie operative del Caregiver Skills Training, con particolare attenzione agli aspetti che il programma si propone di promuovere nei genitori nel corso delle sessioni di gruppo e delle visite domiciliari. Lo strumento è stato utilizzato esclusivamente per l'osservazione del caregiver e non per la valutazione diretta del bambino, in linea con l'obiettivo del presente studio, orientato ad analizzare l'evoluzione delle modalità interattive, comunicative ed educative del genitore durante il percorso. La check-list è stata compilata in tre differenti momenti di osservazione corrispondenti alle tre visite domiciliari previste dal programma CST: la prima visita domiciliare, effettuata all'inizio del percorso (tempo 0), la seconda visita domiciliare, collocata in posizione intermedia rispetto agli incontri di gruppo (tempo 1), e la terza visita domiciliare, svolta al termine del programma (tempo 2). Questa articolazione ha permesso di osservare l'evoluzione dei comportamenti del caregiver nel corso dell'intervento e di confrontare i cambiamenti emersi nelle diverse fasi del percorso. Lo strumento è stato organizzato in cinque aree considerate particolarmente rilevanti per l'analisi delle interazioni caregiver-bambino e coerenti con gli obiettivi del programma CST. La prima area riguarda la

responsività del caregiver e comprende aspetti quali la capacità del genitore di prestare attenzione ai segnali del bambino, rispondere alle sue iniziative comunicative, mantenere il contatto oculare e mostrare interesse durante l'interazione. Questa dimensione consente di osservare il livello di sensibilità e reciprocità del caregiver nei confronti del bambino. La seconda area esplora lo stile comunicativo del caregiver e prende in considerazione le modalità attraverso cui il genitore utilizza il linguaggio e sostiene la comunicazione del bambino. In particolare, vengono osservati aspetti quali l'utilizzo di un linguaggio adeguato alle competenze comunicative del figlio, la capacità di commentare e descrivere le attività in corso, l'uso di strategie di modellamento linguistico, la riformulazione e l'espansione degli enunciati del bambino, nonché l'adattamento del ritmo comunicativo ai suoi bisogni. La terza area riguarda il setting di gioco e di interazione e valuta le modalità con cui il caregiver organizza l'ambiente fisico. Vengono considerati elementi quali la predisposizione di uno spazio funzionale all'interazione, la riduzione delle possibili fonti di distrazione, il posizionamento dell'adulto rispetto al bambino e la capacità di creare un contesto favorevole alla partecipazione condivisa. La quarta area prende in esame la qualità del gioco condiviso e valuta il grado di coinvolgimento del caregiver durante l'attività ludica. In questa dimensione vengono osservati comportamenti quali la partecipazione attiva al gioco, la promozione degli scambi reciproci, il rispetto dei turni e la capacità di seguire gli interessi e le iniziative del bambino. La quinta area riguarda la regolazione emotiva e la gestione dei comportamenti, con particolare riferimento alle modalità attraverso cui il caregiver affronta situazioni di difficoltà, frustrazione o eventuali comportamenti problematici. Vengono considerati aspetti quali la coerenza nelle indicazioni fornite al bambino, la capacità di mantenere un atteggiamento calmo durante l'interazione e l'utilizzo di strategie di rinforzo e valorizzazione dei comportamenti appropriati. Complessivamente la check-list è costituita da ventitré item distribuiti nelle cinque aree di osservazione. Per ciascun item è stato attribuito un punteggio secondo una scala Likert a quattro livelli. Il punteggio 0 corrispondeva all'assenza del comportamento osservato (mai), il punteggio 1 indicava una presenza occasionale (a volte), il punteggio 2 una presenza frequente (spesso), mentre il punteggio 3 identificava una presenza costante del comportamento osservato (sempre). L'utilizzo della medesima check-list nei tre momenti di rilevazione ha consentito di effettuare un confronto sistematico tra le osservazioni raccolte all'inizio, durante e al

termine del percorso CST. In tale prospettiva, un incremento dei punteggi ottenuti nelle diverse aree è stato interpretato come indicatore di una progressiva acquisizione e applicazione delle strategie proposte dal programma, permettendo di monitorare il cambiamento del caregiver nel corso dell'intervento. La costruzione della check-list osservativa è stata creata sulla base dei principali modelli teorici e clinici che descrivono le modalità comunicative adulto-bambino e le strategie facilitanti lo sviluppo del linguaggio. Sebbene gli item siano stati formulati ad hoc per il presente elaborato, la loro formulazione si basa sui principi e indicazioni ampiamente riconosciuti nella letteratura logopedica. In primo luogo, un riferimento centrale è stato il volume "Parlare un gioco a due", la versione italiana del programma Hanen – It Takes Two To Talk, successivamente utilizzato e diffuso anche da Girolametto, che pone particolare attenzione al ruolo comunicativo del caregiver e alle strategie di responsività adulta, ovvero la capacità dell'adulto di osservare, interpretare e rispondere in modo adeguato ai segnali comunicativi del bambino. In aggiunta, ho preso spunto da strumenti osservativi già presenti in letteratura come l'ASCB (Adult-Child Socio-Communicative Behaviour). Questo viene utilizzato per studiare la qualità dell'interazione diadica e per individuare i pattern che possono favorire o ostacolare lo sviluppo linguistico e socio-relazionale del bambino. Pur non utilizzando tale strumento in maniera diretta, la consultazione delle aree di indagine mi ha permesso di individuare categorie comportamentali rilevanti, quali l'attenzione condivisa, la capacità del genitore di proporre attività adeguate e di modulare la propria partecipazione durante l'interazione ecc… L'integrazione di questi riferimenti teorici e clinici ha quindi guidato la definizione degli item della mia check-list, i quali non costituiscono una copia di strumenti preesistenti, ma rappresentano una sintesi ragionata degli aspetti ritenuti più significativi per l'osservazione qualitativa del comportamento del genitore durante l'interazione con il bambino. È importante precisare che la check-list realizzata non costituisce uno strumento standardizzato. Questo supporto è stato creato esclusivamente per scopi osservativi del presente progetto di tesi, con un valore prettamente qualitativo. Rappresenta dunque un supporto personale per guidare l'osservazione del logopedista, per organizzare in modo coerente e semplificato tutte le informazioni raccolte durante l'osservazione. Pertanto, i risultati ottenuti attraverso la check-list devono essere interpretati come indicatori osservativi del cambiamento del

caregiver nel corso del percorso CST e non come misure standardizzate delle competenze genitoriali.

3.4 Questionario di gradimento

Al termine del percorso CST è stato predisposto un questionario di gradimento finalizzato a raccogliere il punto di vista dei caregiver rispetto all'esperienza vissuta e all'utilità percepita del programma. La scelta di includere tale strumento nasce dall'interesse di integrare le osservazioni effettuate durante il percorso con la percezione soggettiva delle famiglie, consentendo di raccogliere informazioni relative alla soddisfazione dei partecipanti e alla loro esperienza complessiva. Il questionario è stato realizzato mediante la piattaforma Google Moduli e somministrato in formato digitale al termine dell'intervento. A ciascuna famiglia è stato inviato un link per la compilazione, permettendo ai partecipanti di rispondere in autonomia in un momento successivo alla conclusione del programma. Lo strumento è costituito complessivamente da otto domande volte a esplorare differenti aspetti dell'esperienza dei caregiver durante il percorso CST. In particolare, il questionario indaga la chiarezza delle strategie presentate durante gli incontri e la loro facilità di applicazione nella vita quotidiana, l'utilità percepita delle sessioni di gruppo e delle visite domiciliari nel supportare la gestione delle difficoltà e dei comportamenti problematici del bambino e il livello di sicurezza acquisito dai caregiver nell'interazione con il proprio figlio. Ulteriori domande sono finalizzate a valutare il grado di accoglienza e benessere sperimentato all'interno del gruppo, la soddisfazione complessiva nei confronti del percorso svolto insieme ai professionisti e l'utilità percepita di una brochure riassuntiva contenente le principali strategie apprese durante il programma. Ai caregiver viene inoltre richiesto se consiglierebbero il percorso ad altre famiglie di bambini con disturbi del neurosviluppo o difficoltà evolutive simili. Le prime sette domande prevedono risposte chiuse basate su una scala a tre livelli, nella quale il punteggio 1 corrisponde a *per niente d'accordo*, il punteggio 2 indica una posizione intermedia e il punteggio 3 corrisponde a *totalmente d'accordo*. Tale modalità di risposta è stata scelta per consentire ai caregiver di esprimere in modo semplice e immediato il proprio grado di accordo rispetto alle affermazioni proposte. L'ultima domanda è costituita da uno spazio a risposta libera, nel quale i partecipanti possono inserire osservazioni, suggerimenti o raccomandazioni utili per eventuali future edizioni del programma. Tale sezione ha l'obiettivo di raccogliere considerazioni personali e

indicazioni qualitative che possano contribuire al miglioramento delle future edizioni del programma. Il questionario è stato utilizzato esclusivamente a fini descrittivi ed esplorativi e ha rappresentato uno strumento complementare alla check-list osservativa, consentendo di integrare i dati raccolti attraverso l'osservazione diretta con la percezione soggettiva dei caregiver relativamente al percorso svolto.

3.5 Brochure

Al termine del percorso è stata realizzata una brochure informativa destinata ai caregiver partecipanti al programma CST. La brochure è stata progettata mediante la piattaforma Canva con l'obiettivo di fornire alle famiglie uno strumento pratico e facilmente consultabile anche dopo la conclusione formale dell'intervento. La scelta di realizzare tale materiale nasce dalla necessità di favorire il consolidamento delle conoscenze e delle strategie apprese nel corso delle sessioni di gruppo e delle visite domiciliari. Sebbene durante il programma i caregiver abbiano ricevuto materiali specifici relativi ai singoli incontri, è emersa l'opportunità di predisporre uno strumento sintetico che raccogliesse i principali contenuti affrontati durante l'intero percorso, consentendone una consultazione rapida nella vita quotidiana. La brochure è stata strutturata in modo da presentare, in forma sintetica e immediatamente fruibile, alcuni dei concetti fondamentali del programma CST. Una particolare attenzione è stata dedicata al tema del benessere del caregiver, attraverso una sezione specifica finalizzata a sottolineare l'importanza della cura di sé. Tale scelta è stata motivata dall'osservazione delle esperienze condivise durante il percorso, nel corso del quale numerosi genitori hanno riportato livelli elevati di stress e difficoltà nel dedicare tempo ai propri bisogni personali. All'interno della brochure vengono pertanto proposti alcuni semplici suggerimenti volti a promuovere momenti di benessere individuale, evidenziando come la cura del caregiver rappresenti una risorsa importante anche per il sostegno al bambino. Un'ulteriore sezione della brochure raccoglie le principali strategie operative affrontate durante il programma, tra cui l'organizzazione dell'ambiente, l'attenzione condivisa, la promozione della comunicazione, l'insegnamento attraverso piccoli passaggi e alcune indicazioni utili per la gestione dei comportamenti problematici. Vengono inoltre riportati messaggi chiave e suggerimenti pratici derivati dai contenuti affrontati nelle sessioni di gruppo, con l'obiettivo di facilitare il richiamo e l'applicazione delle strategie all'interno delle routine quotidiane. La brochure ha quindi rappresentato uno strumento di supporto

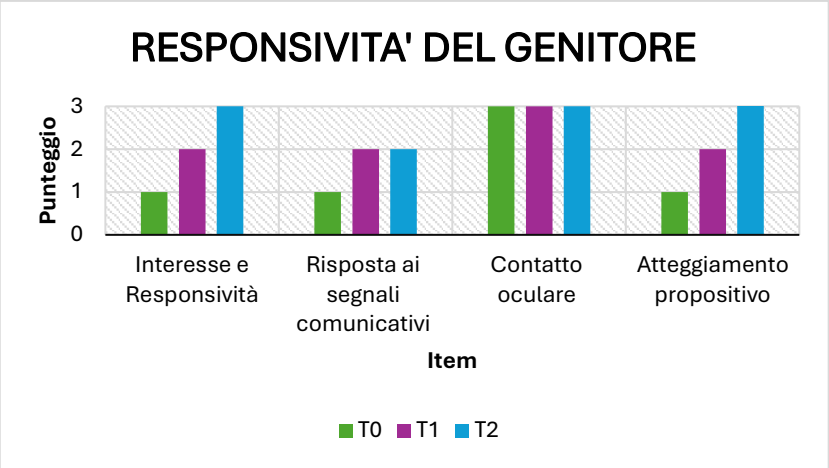
complementare al percorso CST, finalizzato a favorire la continuità degli apprendimenti, il mantenimento delle competenze acquisite e l'autonomia dei caregiver nell'utilizzo delle strategie apprese anche dopo la conclusione del programma.

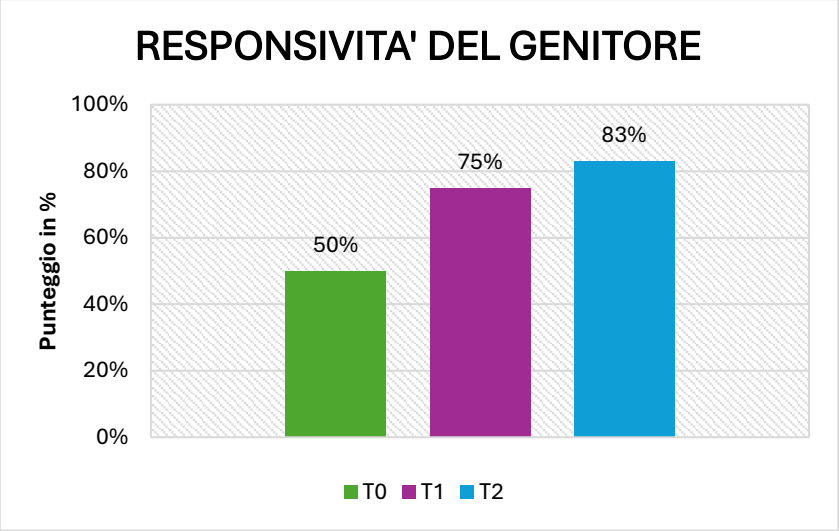
4. RISULTATI

I risultati presentati di seguito derivano dalla compilazione della check-list osservativa sul caregiver, predisposta appositamente per il presente studio e utilizzata con finalità esclusivamente osservative e descrittive. Come specificato nel capitolo dedicato a Materiali e Metodi, lo strumento non costituisce una misura standardizzata né validata, ma è stato elaborato con l'obiettivo di monitorare in modo sistematico l'evoluzione dei comportamenti del caregiver nel corso del programma CST. La check-list è stata somministrata in tre differenti momenti del percorso corrispondenti alle tre visite domiciliari previste dal programma: T0, T1 e T2. Nelle pagine seguenti vengono riportati i risultati osservati per ciascuna delle cinque famiglie partecipanti al progetto. Per ogni area sono presentati sia i punteggi ottenuti nei singoli item, sia l'andamento complessivo dell'area espresso in percentuale, al fine di evidenziare eventuali cambiamenti emersi tra l'inizio, la fase intermedia e la conclusione del percorso CST.

Famiglia 1

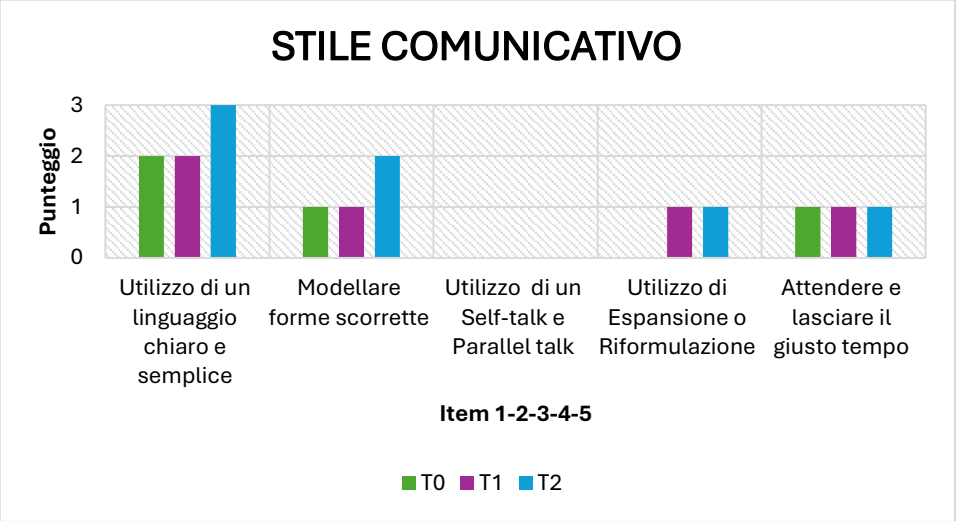
Nell'area della responsività genitoriale è stato osservato un incremento progressivo dei punteggi durante il percorso. Il punteggio complessivo, infatti, è passato da 50% al T0, al 75% al T1, fino all'83% al T2. Andando più nello specifico i miglioramenti più evidenti hanno riguardato i seguenti item: l'interesse e la responsività del caregiver, la risposta ai segnali comunicativi del bambino e l'atteggiamento propositivo durante l'interazione. Il contatto oculare risultava già adeguatamente presente nella prima osservazione e si è mantenuto stabile nel corso del tempo.

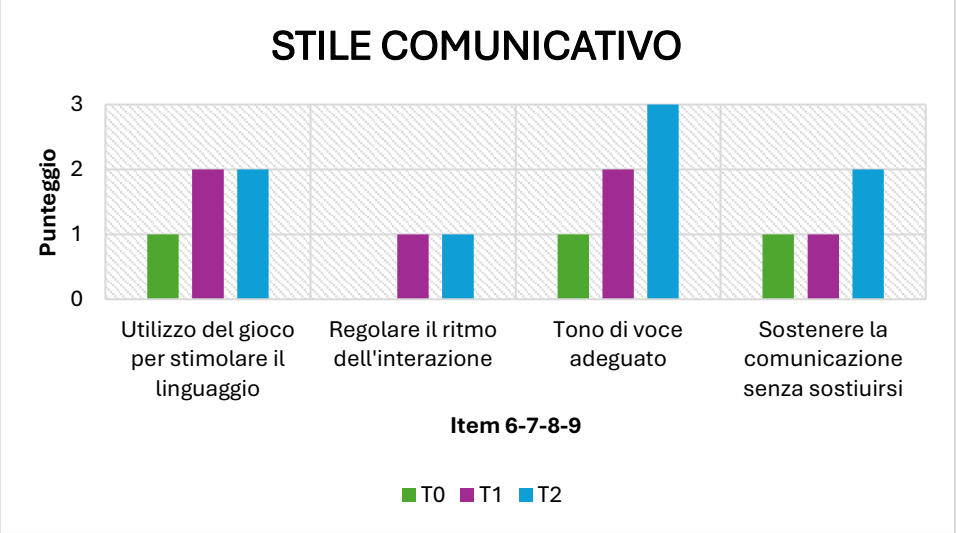


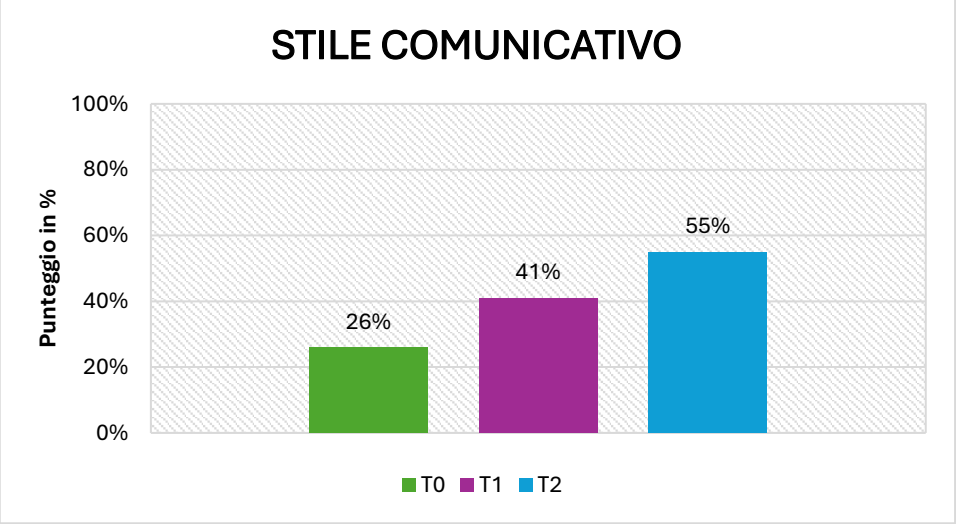


Nell'area relativa allo stile comunicativo del caregiver è stato osservato un miglioramento progressivo tra le rilevazioni effettuate. Il punteggio complessivo dell'area è passato dal 26% al T0, al 41% al T1, fino a raggiungere il 55% al tempo 2. Analizzando i singoli item, si osserva un incremento nell'utilizzo di un linguaggio chiaro e semplice, che passa da un punteggio pari a 2 nelle prima due osservazioni a un punteggio pari a 3 nell'ultima rilevazione. Analogamente, si evidenzia un miglioramento nelle capacità di modellare forme comunicative scorrette, che aumenta da 1 a 2 nel corso del percorso. Ulteriori miglioramenti si osservano nella regolazione del ritmo dell'interazione, nel mantenimento di un tono di voce adeguato e nella capacità di sostenere la comunicazione del bambino senza sostituirsi a lui. Alcuni comportamenti come l'attesa del tempo necessario affinché il bambino possa comunicare, risultano invece sostanzialmente stabili durante l'intero percorso. Globalmente, i dati evidenziano una progressiva acquisizione

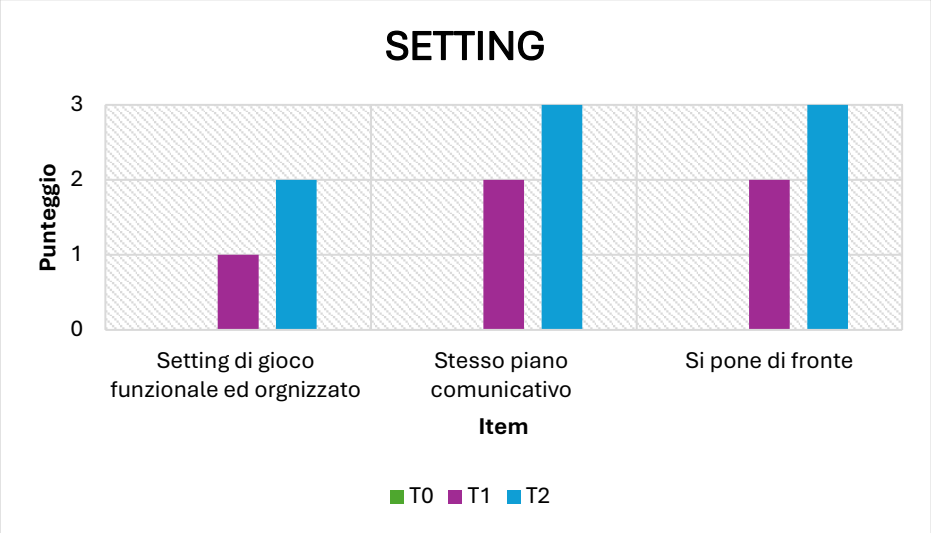
delle strategie comunicative proposte dal programma, con un incremento dei punteggi osservato nella maggior parte degli indicatori considerati.

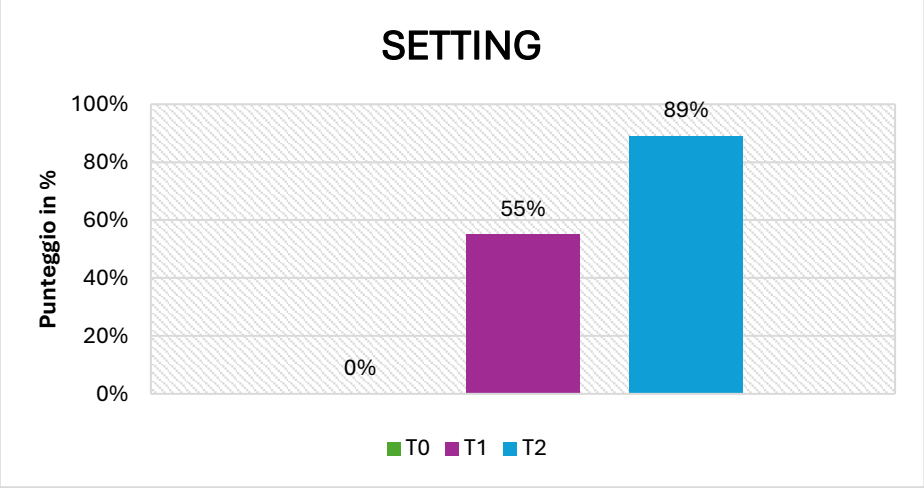






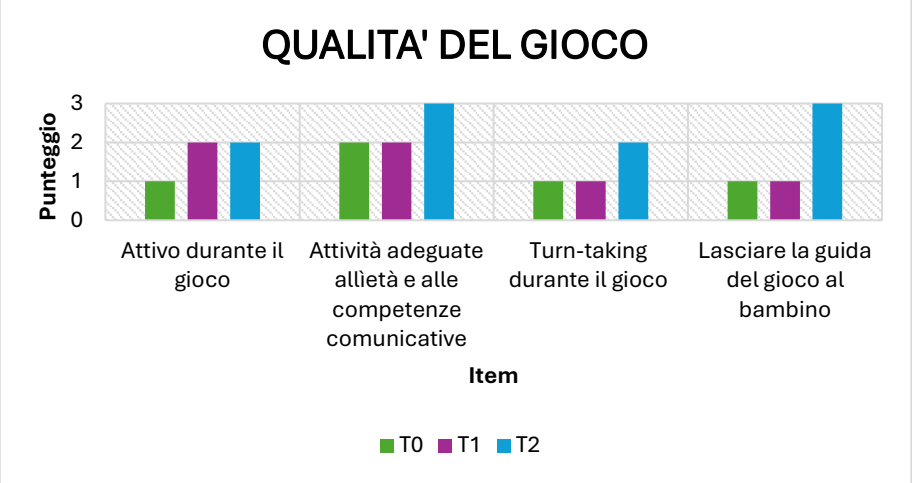
Nell'area relativa al setting di gioco e interazione è stato osservato un marcato incremento dei punteggi. Il punteggio complessivo dell'area passa dallo 0% a T0, al 55% a T1, fino a raggiungere l'89% a T2. L'analisi dei singoli item evidenzia un progressivo miglioramento in tutti gli aspetti considerati. La capacità del caregiver di predisporre un setting di gioco funzionale ed organizzato, assente nella prima osservazione, risulta presente nella seconda visita domiciliare e ulteriormente consolidata nella rilevazione finale. Inoltre, si osserva un incremento nella capacità di porsi sullo stesso piano comunicativo del bambino e di posizionarsi frontalmente durante l'interazione. Entrambi gli indicatori mostrano un miglioramento graduale tra il T1 e T2, raggiungendo il punteggio massimo nell'ultima osservazione.

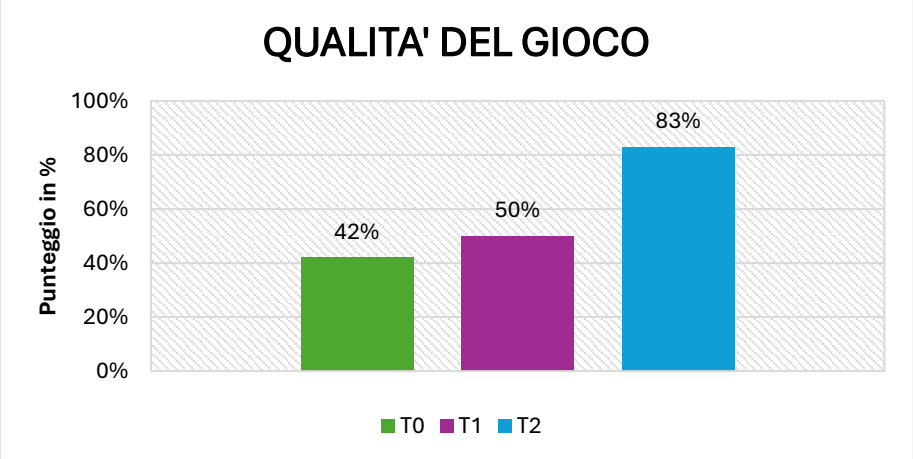




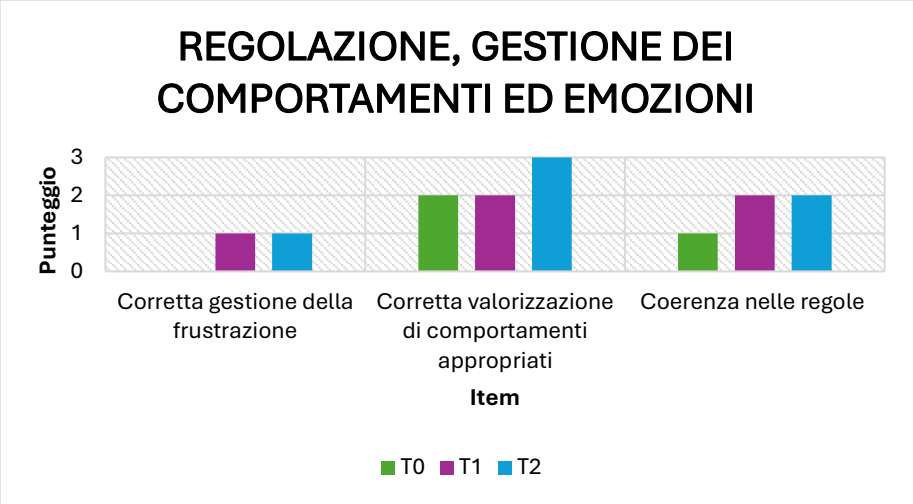
Nell'area relativa alla qualità del gioco condiviso è stato osservato un progressivo incremento dei punteggi, questi infatti, passano da un 42% a T0, al 50% a T1, fino a

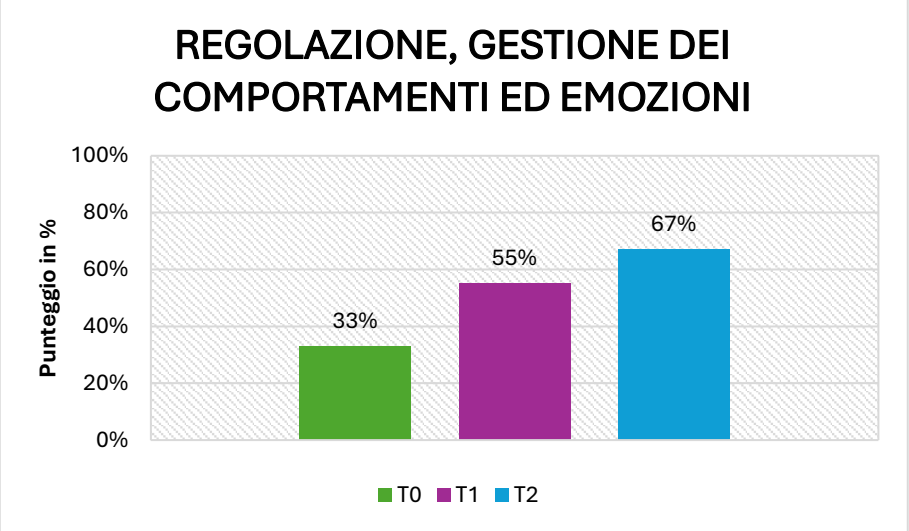
raggiungere l'83% a T2. L'analisi dei singoli item evidenzia un miglioramento nella partecipazione attiva del caregiver durante il gioco, con un incremento del punteggio da 1 a 2 tra la prima e la seconda osservazione e una successiva stabilizzazione nell'ultima rilevazione. Anche la capacità di proporre attività adeguate all'età e alle competenze comunicative del bambino mostra un aumento nel corso del percorso, raggiungendo il punteggio massimo al T2. Per quanto riguarda il turn-taking, si osserva un incremento progressivo del punteggio tra le rilevazioni, passando da 1 a T0 a 2 a T2. Un miglioramento particolare evidente emerge inoltre nell'item relativo alla capacità di lasciare la guida del gioco al bambino, che passa da un punteggio pari a 1 nelle prime due osservazioni al punteggio massimo nell'ultima rilevazione. Considerando l'insieme delle osservazioni, i risultati mostrano un miglioramento con un incremento osservabile nella maggior parte degli indicatori considerati e un punteggio complessivo che raggiunge l'83%.





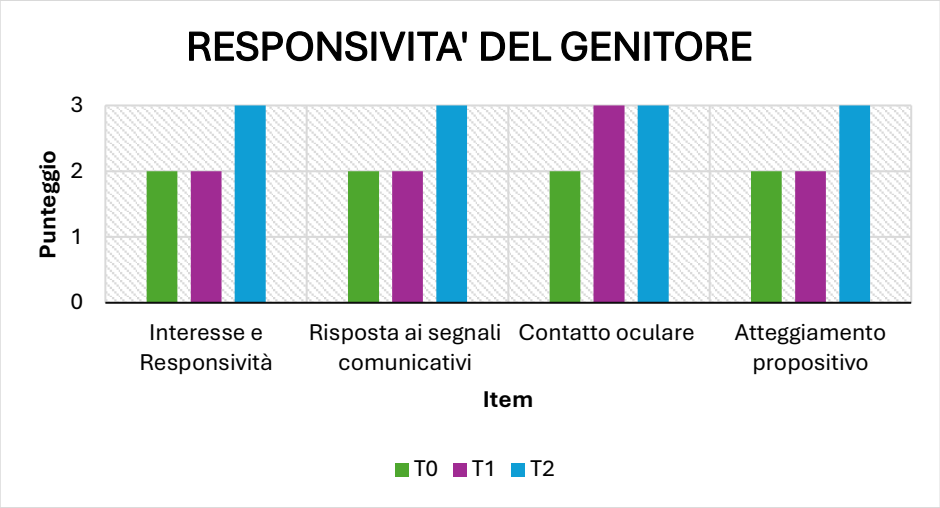
Nell'area relativa alla regolazione emotiva e alla gestione dei comportamenti è stato osservato un incremento progressivo dei punteggi nel corso del programma. Il punteggio complessivo è passato dal 33% a T0, al 55% a T1, fino a raggiungere il 67% a T2. Analizzando i singoli item, si osserva una sostanziale stabilità nella gestione della frustrazione, che risulta assente nella prima osservazione e raggiunge un punteggio pari a 1 nelle successive rilevazioni, mantenendosi invariata tra T1 e T2. Per quanto riguarda la valorizzazione dei comportamenti appropriati, si evidenzia un miglioramento nella rilevazione finale, con un incremento del punteggio da 2 a 3 tra il T1 e T2. Anche l'item relativo alla coerenza nelle regole mostra un adattamento positivo durante il percorso. Il punteggio passa da 1 a T0 a 2 nelle osservazioni successive, mantenendosi stabile tra il tempo 1 e il tempo 2. I dati raccolti indicano miglioramenti nell'area con un incremento progressivo del punteggio complessivo tra l'inizio e la conclusione del programma.

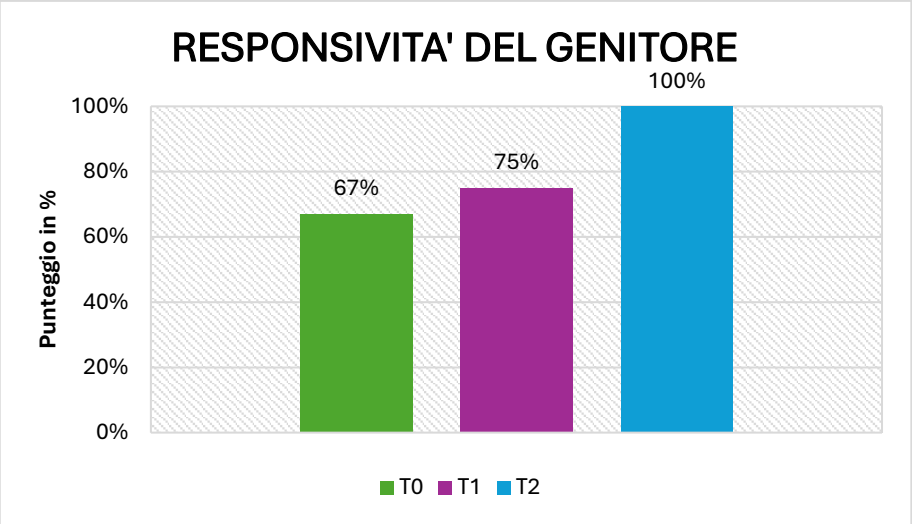




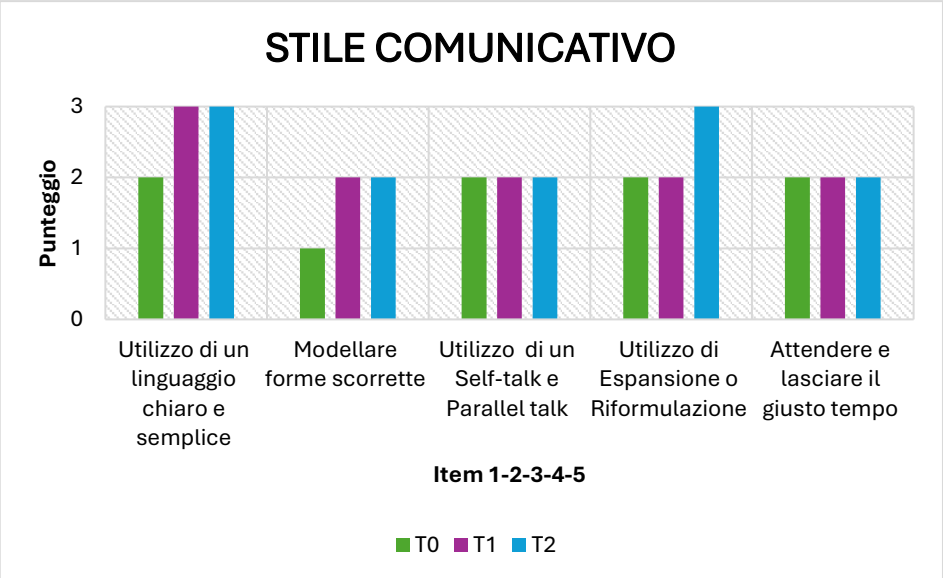
Famiglia 2

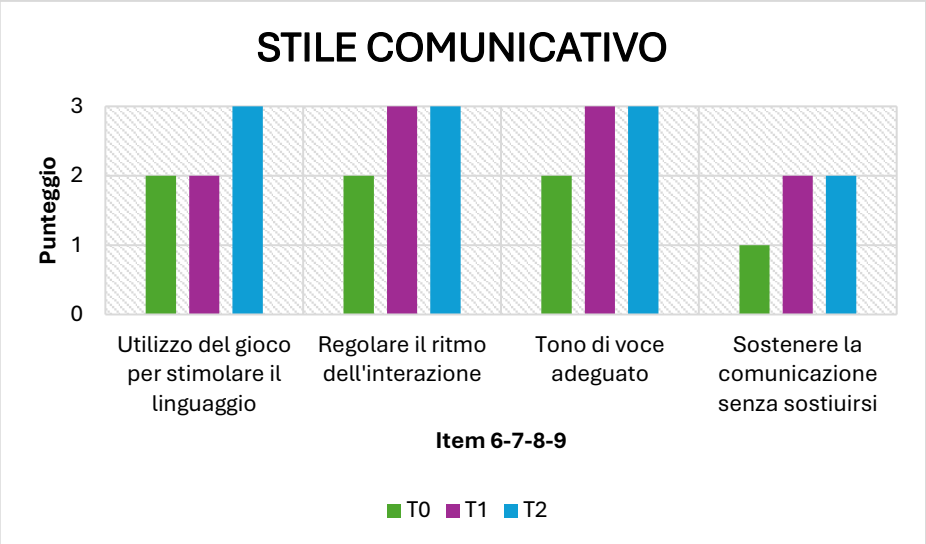
Nella prima area della check-list è stato osservato un incremento progressivo dei punteggi nel corso del programma. Il punteggio complessivo dell'area passa dal 67% a T0, al 75% a T1, fino a raggiungere il 100% a T2. Analizzando i singoli item, si osserva un miglioramento dell'interesse e della responsività del caregiver nei confronti del bambino, con un incremento del punteggio da 2 nelle prime due osservazioni a 3 nella rilevazione finale. Un andamento analogo emerge per la risposta ai segnali comunicativi del bambino, che passa da un punteggio pari a 2 al tempo 0 e al tempo 1 al punteggio massimo al tempo 2. Per quanto riguarda il contatto oculare, si rileva un incremento tra la prima e la seconda osservazione, passando da un punteggio di 2 a un punteggio di 3, mantenuto successivamente anche nella terza rilevazione. Analogamente, l'atteggiamento propositivo del caregiver mostra un miglioramento nell'osservazione finale, passando da un punteggio pari a 2 nelle prime due rilevazioni al punteggio massimo al tempo 2. I dati evidenziano un miglioramento progressivo dell'area della responsività genitoriale, con tutti gli item che raggiungono il punteggio massimo nella valutazione finale.

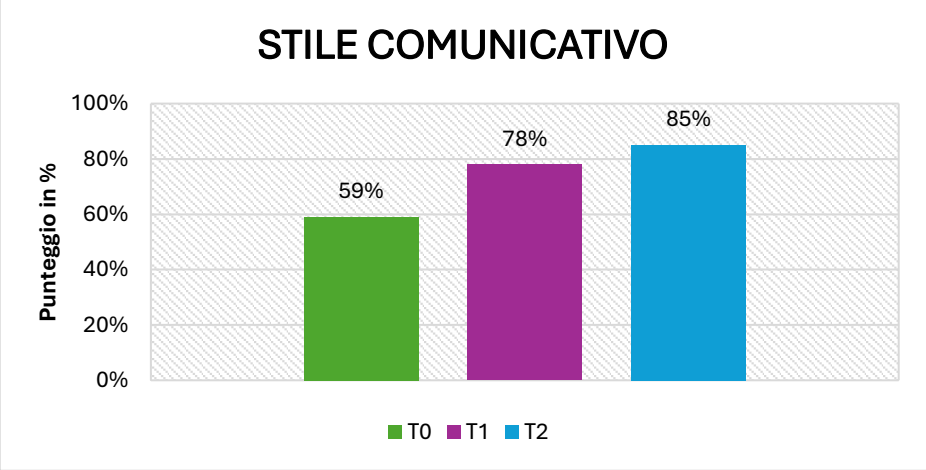




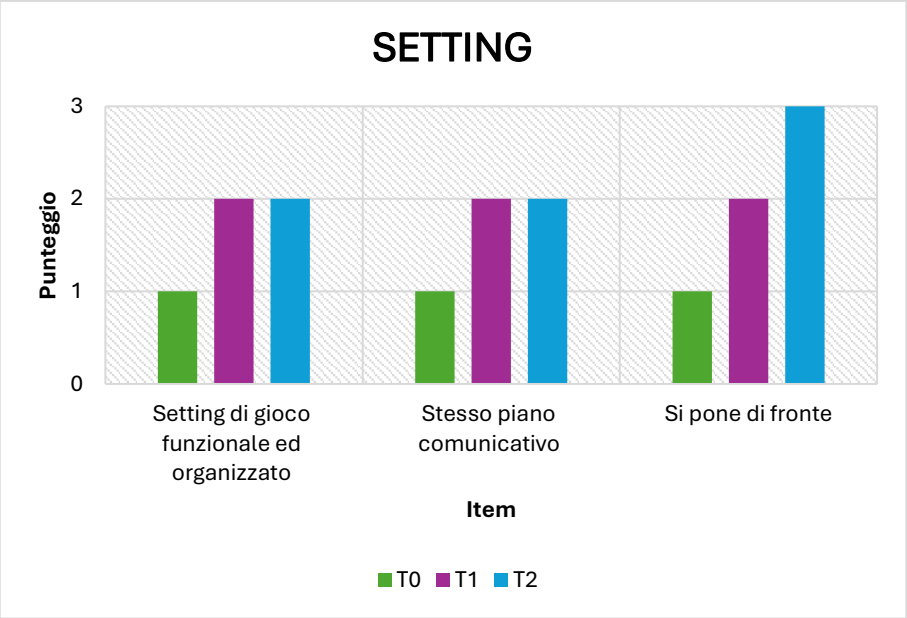
Nell'area relativa allo stile comunicativo si osserva un incremento progressivo del punteggio complessivo nel corso del percorso, che passa dal 59% a T0, al 78% a T1, fino a raggiungere l'85% a T2. Analizzando i singoli item, emergono miglioramenti nell'utilizzo di un linguaggio chiaro e semplice, nel modellamento delle forme scorrette, nell'impiego di strategie di espansione e riformulazione e nell'utilizzo del gioco come supporto allo sviluppo del linguaggio. Alcuni comportamenti, quali l'uso del self-talk e del parallel-talk, l'attesa del tempo necessario per la risposta del bambino e il mantenimento di un tono di voce adeguato, risultano invece sostanzialmente stabili nel corso delle tre osservazioni. I dati raccolti indicano un andamento positivo dell'area, con un incremento dei punteggi nella maggior parte degli indicatori osservati e un valore finale pari all'85%.

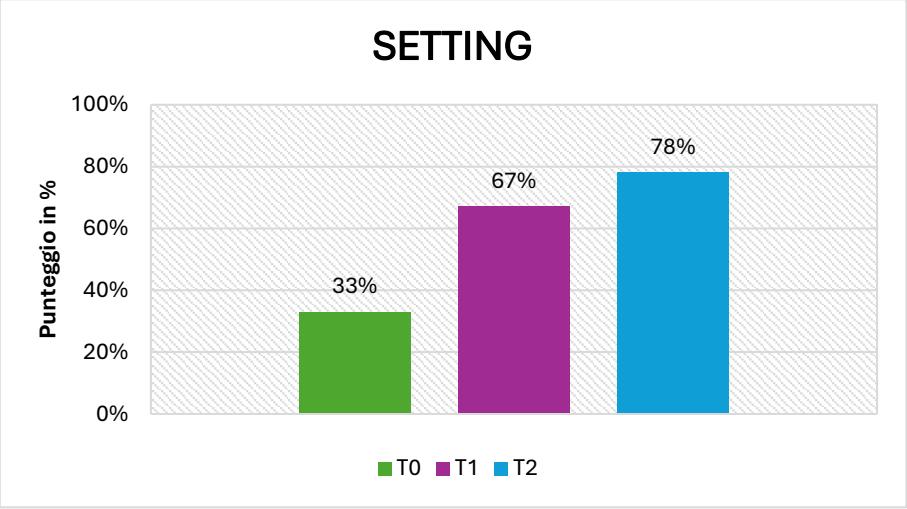




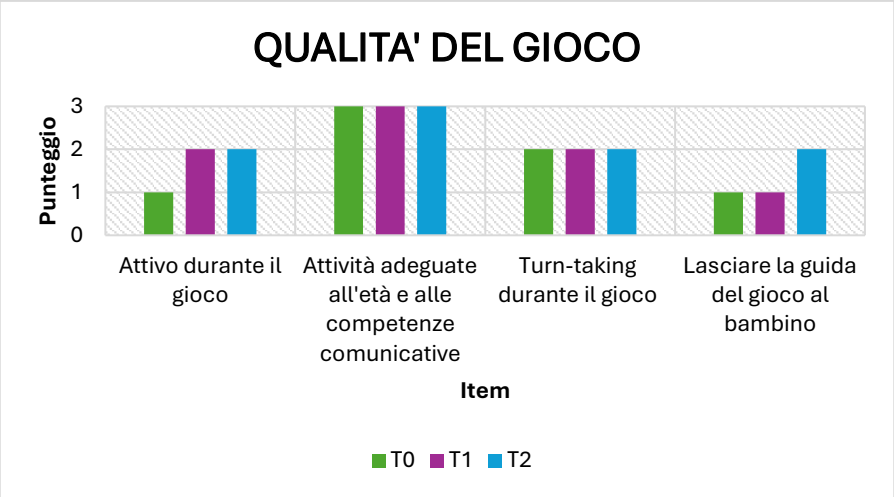


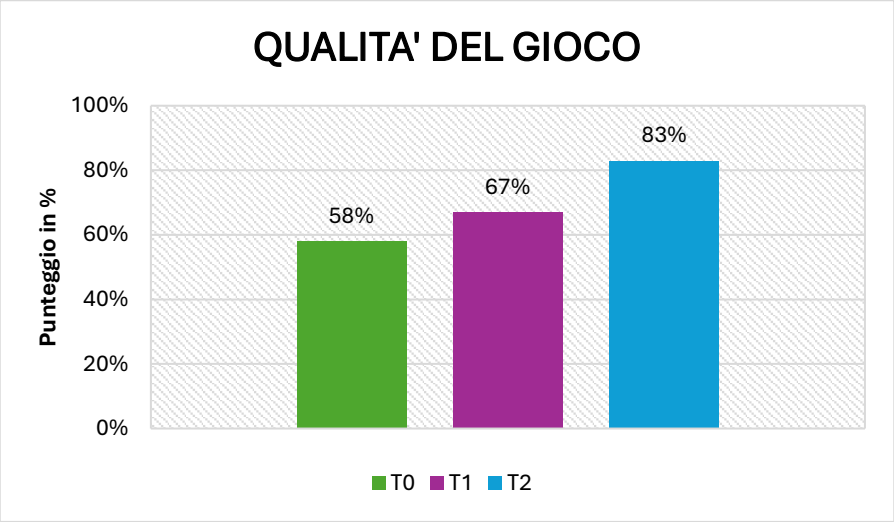
Per quanto riguarda l'area del setting di gioco e di interazione, si osserva un incremento progressivo del punteggio complessivo nel corso del percorso, che passa dal 33% a T0, al 67% a T1, fino a raggiungere il 78% a T2. Tutti gli item considerati mostrano un andamento positivo tra la prima e la seconda osservazione. In particolare, la predisposizione di un setting di gioco funzionale e organizzato e la capacità di porsi sullo stesso piano comunicativo del bambino passano da un punteggio pari a 1 al tempo 0 a un punteggio pari a 2 nelle osservazioni successive, mantenendosi poi stabili. L'item relativo al posizionamento frontale del caregiver evidenzia un ulteriore incremento nella rilevazione finale, raggiungendo il punteggio massimo al tempo 2. I dati raccolti evidenziano un miglioramento dell'area del setting, con un progressivo incremento dei punteggi osservati nel corso delle tre rilevazioni.



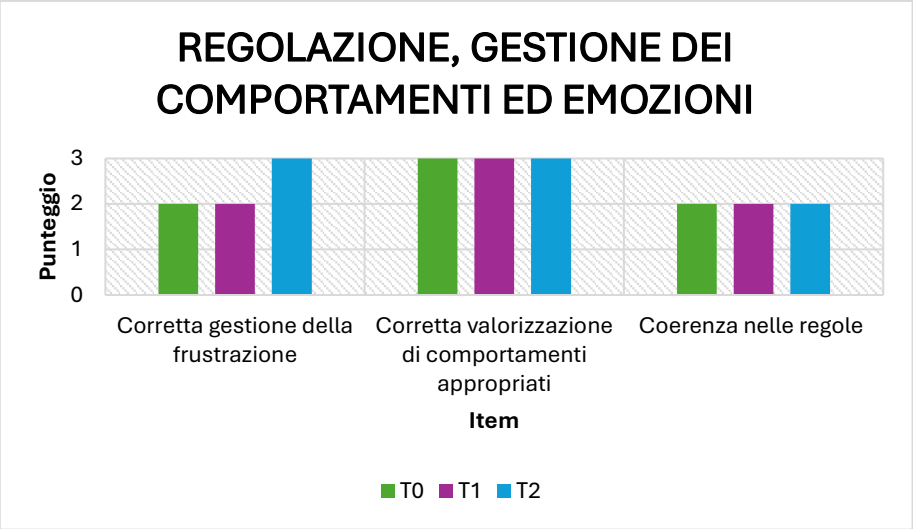


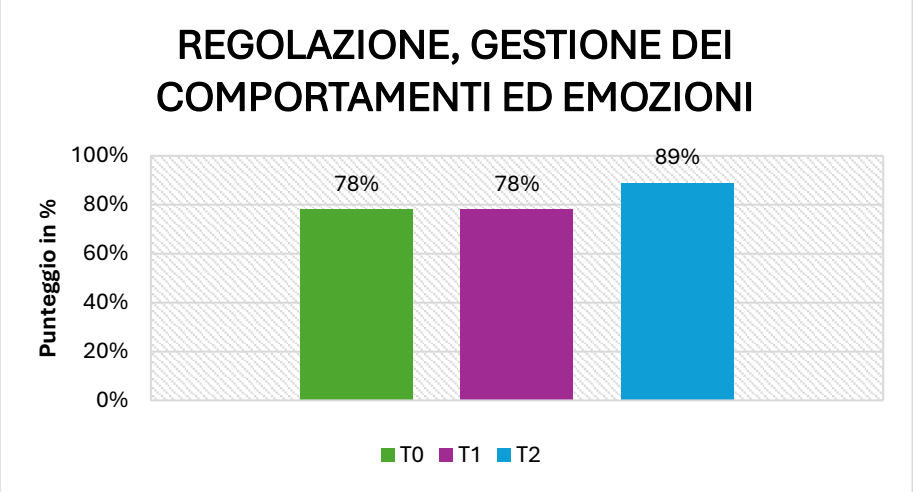
Nell'area relativa alla qualità del gioco condiviso si osserva un andamento progressivamente positivo nel corso del percorso. Il punteggio complessivo passa dal 58% a T0, al 67% a T1, fino a raggiungere l'83% a T2. I dati mostrano un miglioramento nella partecipazione attiva del caregiver durante il gioco e nella capacità di lasciare al bambino la guida dell'attività ludica. Gli item relativi alla proposta di attività adeguate all'età e alle competenze comunicative del bambino e al rispetto degli scambi di turno (turn-taking) presentano invece punteggi elevati già nella prima osservazione, mantenendosi sostanzialmente stabili nel corso delle rilevazioni successive. L'analisi complessiva dei punteggi mostra un incremento dei punteggi tra l'inizio e la conclusione del percorso, con un valore finale pari all'83%.





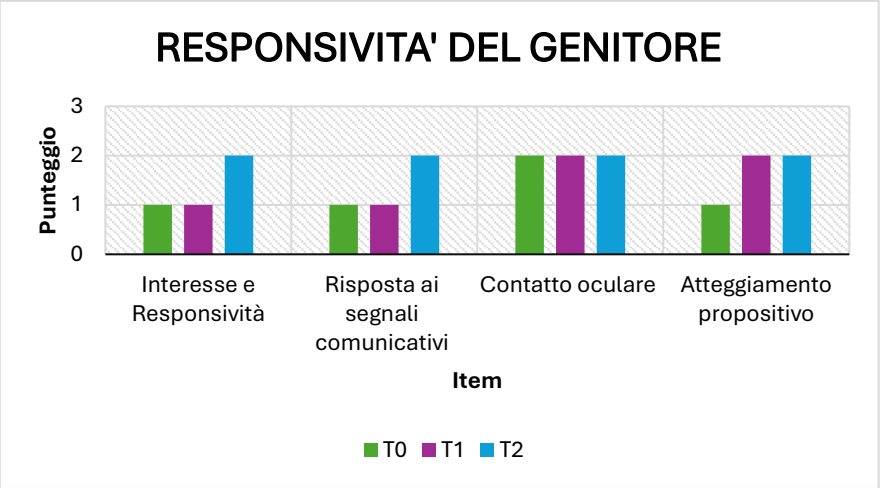
Nell'area relativa alla regolazione emotiva e alla gestione dei comportamenti si rileva un andamento complessivamente positivo nel corso delle tre osservazioni. Il punteggio passa dal 78% a T0 mantenendosi stabile a T1, per poi raggiungere l'89% a T2. A livello dei singoli item, la valorizzazione dei comportamenti appropriati e la coerenza nelle regole mantengono punteggi elevati e costanti. Un incremento è invece osservabile nell'item relativo alla gestione della frustrazione, che raggiunge il punteggio massimo nell'ultima rilevazione. L'area mostra livelli elevati fin dalla prima osservazione e un ulteriore miglioramento al termine del percorso.

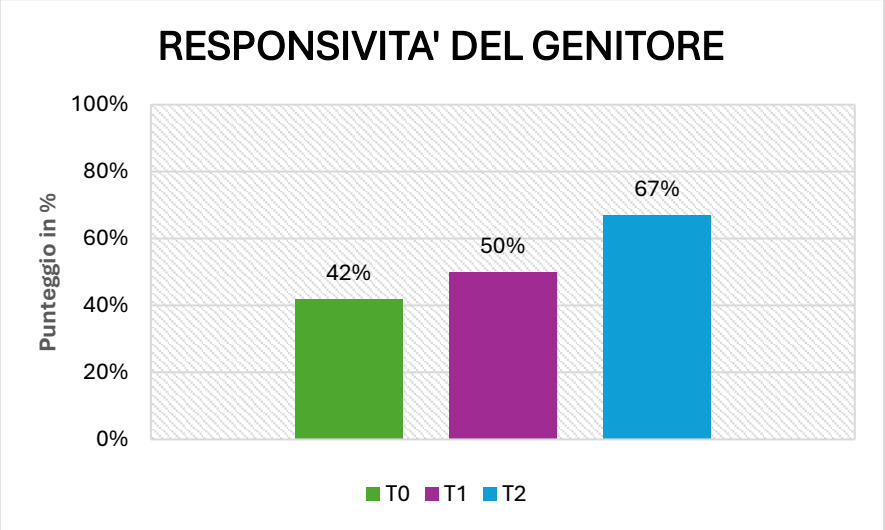




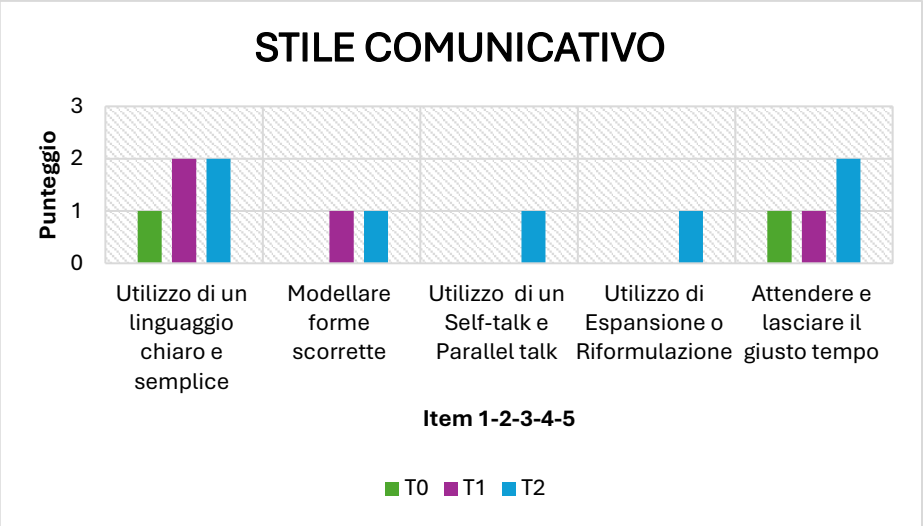
Famiglia 3

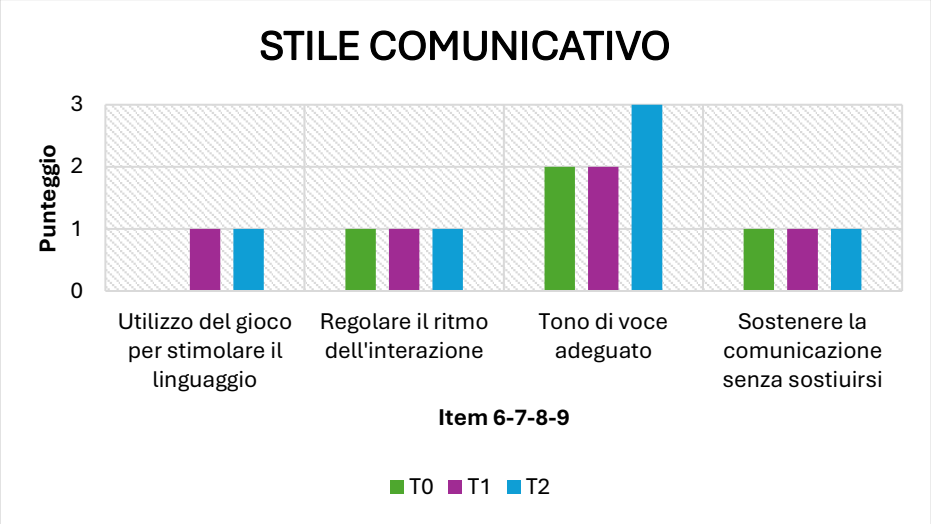
Nell'area della responsività genitoriale si osserva un incremento progressivo dei punteggi, con un passaggio dal 42% a T0, al 50% a T1, fino a raggiungere il 67% a T2. Analizzando i singoli item, interesse e responsività, risposta ai segnali comunicativi e atteggiamento propositivo mostrano un miglioramento nella rilevazione finale. Il contatto oculare presenta un andamento stabile durante tutte le osservazioni, mantenendo lo stesso punteggio nei tre momenti di valutazione. L'analisi complessiva dei punteggi evidenzia un miglioramento graduale tra l'inizio e la conclusione del percorso, con un incremento del punteggio complessivo pari a 25 punti percentuali.

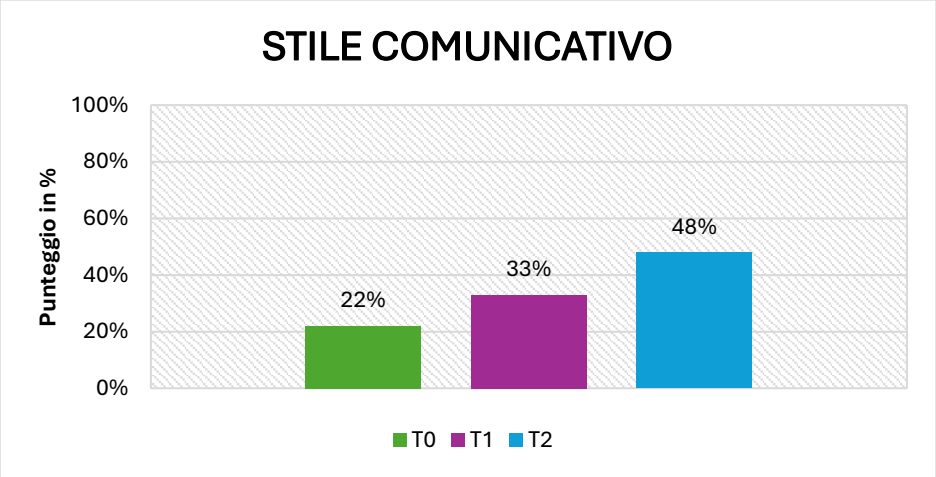




L'analisi dei punteggi relativi allo stile comunicativo evidenzia un miglioramento graduale nel corso delle tre osservazioni, con un incremento del punteggio complessivo dal 22% a T0, al 33% a T1, fino al 48% a T2. I cambiamenti più evidenti riguardano l'utilizzo di un linguaggio chiaro e semplice, l'impiego di strategie di self-talk e parallel-talk, l'utilizzo di tecniche di espansione e riformulazione e la capacità di attendere il tempo necessario affinché il bambino possa comunicare. Anche l'utilizzo del gioco come strumento di supporto al linguaggio compare nelle rilevazioni successive alla prima osservazione. Alcuni indicatori, quali la regolazione del ritmo dell'interazione e il sostegno alla comunicazione del bambino senza sostituirsi a lui, mantengono invece punteggi sostanzialmente stabili nel corso del percorso. Nel complesso, l'area mostra un incremento costante tra T0 e T2, evidenziando un miglioramento del punteggio complessivo pari a 26 punti percentuali.

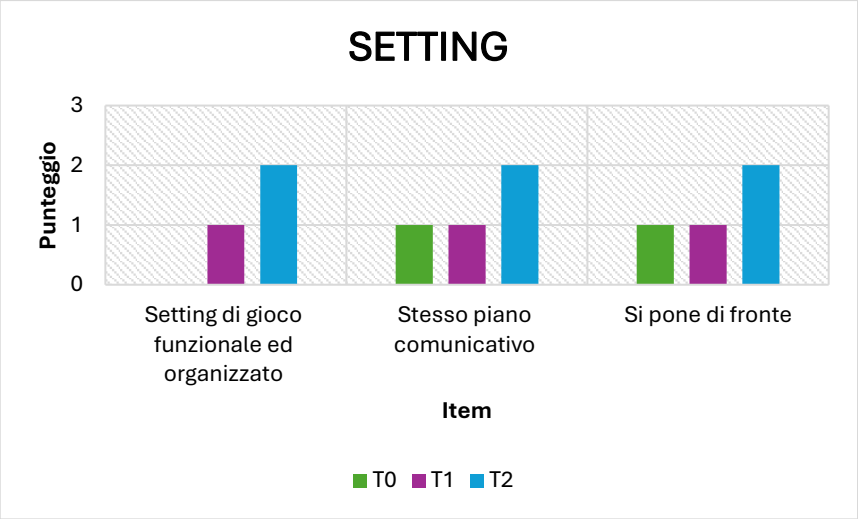


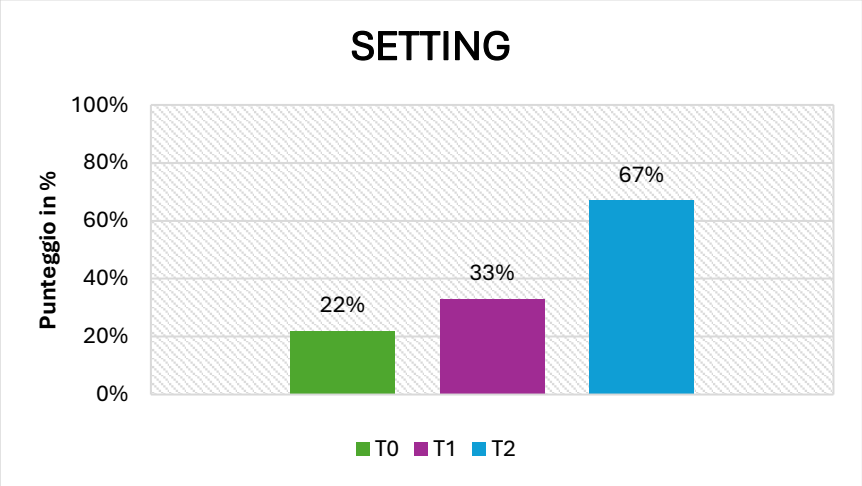




Nell'area del setting di gioco, i punteggi mostrano un incremento progressivo nel corso delle tre osservazioni. Il punteggio complessivo passa dal 22% a T0, al 33% a T1, fino a raggiungere il 67% a T2. L'aumento interessa tutti gli item considerati, con particolare

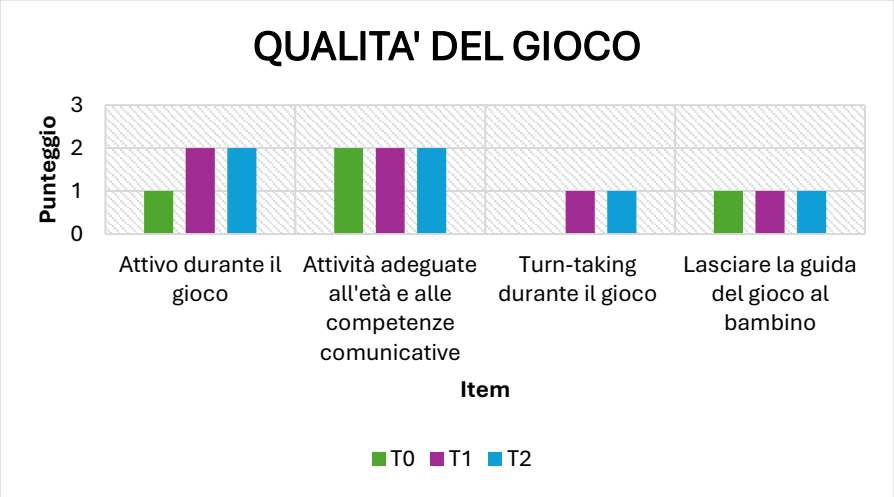
riferimento alla predisposizione di un setting di gioco funzionale ed organizzato e alla capacità di porsi sullo stesso piano comunicativo e frontalmente durante l'interazione con il bambino. Nel complesso, l'area evidenzia un miglioramento costante tra l'inizio e la conclusione del percorso.

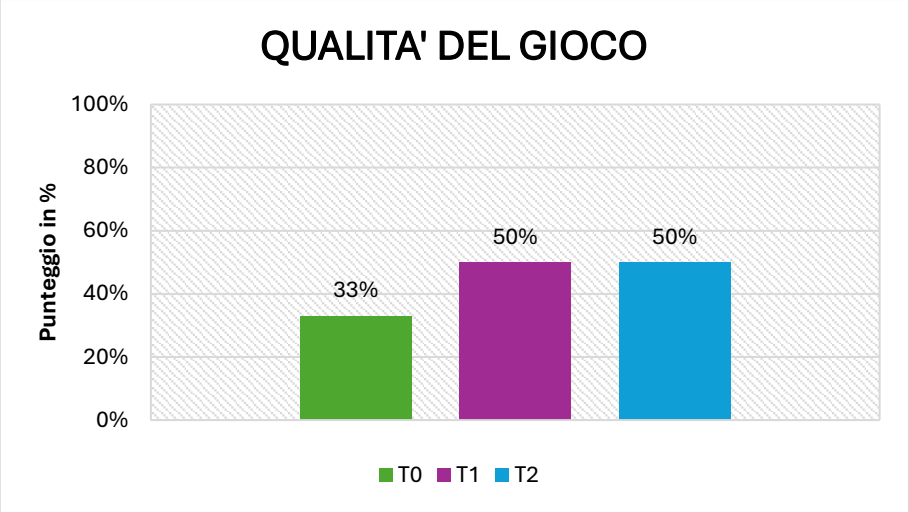




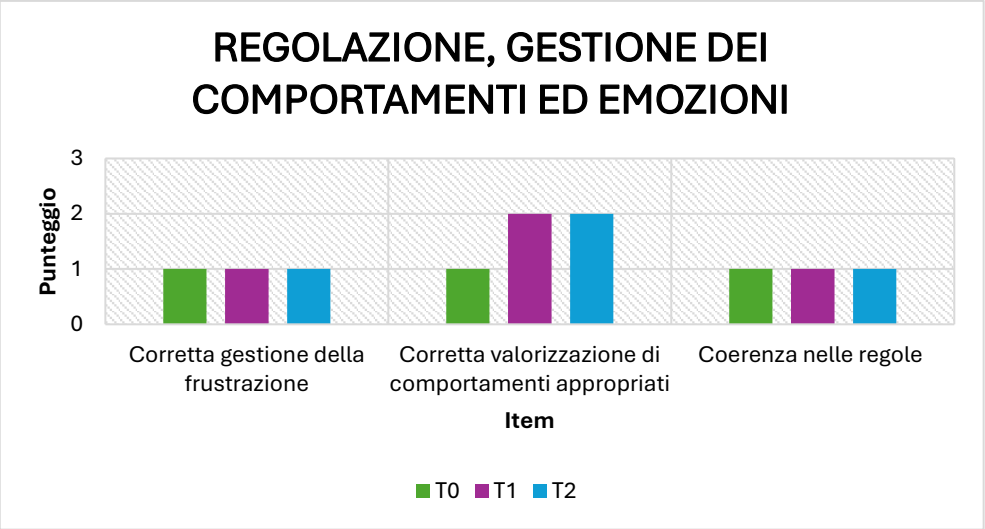
Nell'area relativa alla qualità del gioco condiviso si osserva un incremento del punteggio complessivo tra la prima e la seconda osservazione, passando dal 33% a T0, al 50% a T1, mantenendosi successivamente stabile a T2. Analizzando i singoli item, si rileva un miglioramento nella partecipazione attiva del caregiver durante il gioco e nell'introduzione del turn-taking durante l'attività ludica. Gli indicatori relativi alla proposta di attività adeguate all'età e alle competenze comunicative del bambino e alla capacità di lasciare la guida del gioco al bambino risultano invece sostanzialmente stabili durante tutto il percorso. L'analisi complessiva dei punteggi mostra un miglioramento

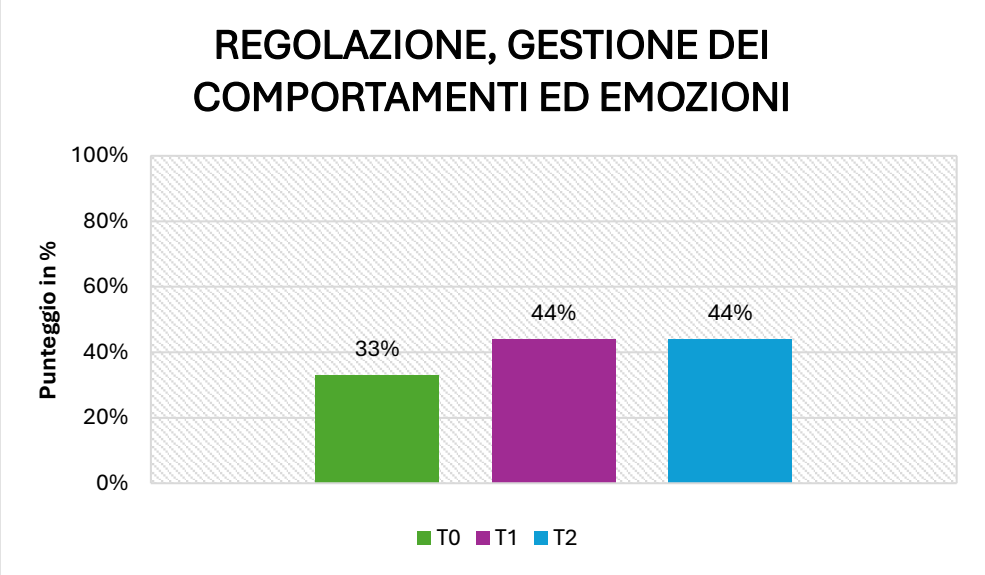
dell'area tra l'inizio e la fase intermedia del programma, con una successiva stabilizzazione dei punteggi nella valutazione finale.





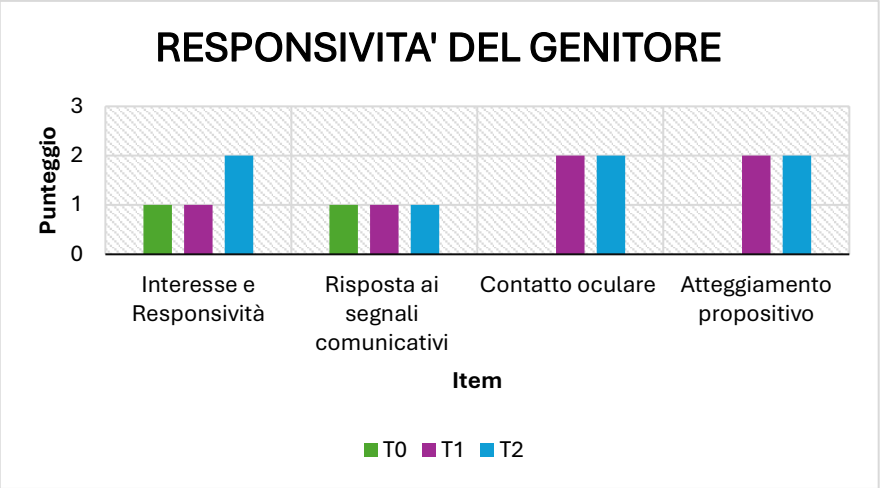
Per quanto riguarda l'area della regolazione emotiva e gestione dei comportamenti, si osserva un incremento del punteggio complessivo tra la prima e la seconda osservazione, passando dal 33% a T0, al 44% a T1, con successiva stabilizzazione a T2. Analizzando i singoli item, il miglioramento principale riguarda la valorizzazione dei comportamenti appropriati, che passa da un punteggio pari a 1 a T0 ad un punteggio pari a 2 nelle osservazioni successive. Gli indicatori relativi alla gestione della frustrazione e alla coerenza nelle regole risultano invece stabili nel corso dell'intero percorso. I dati evidenziano un miglioramento dell'area tra l'inizio e la fase intermedia, mantenendosi successivamente invariati nella rilevazione finale.

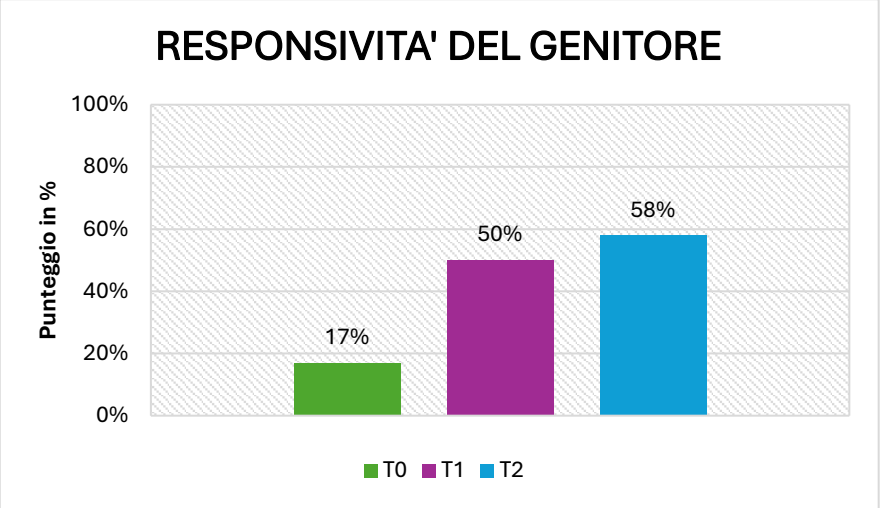




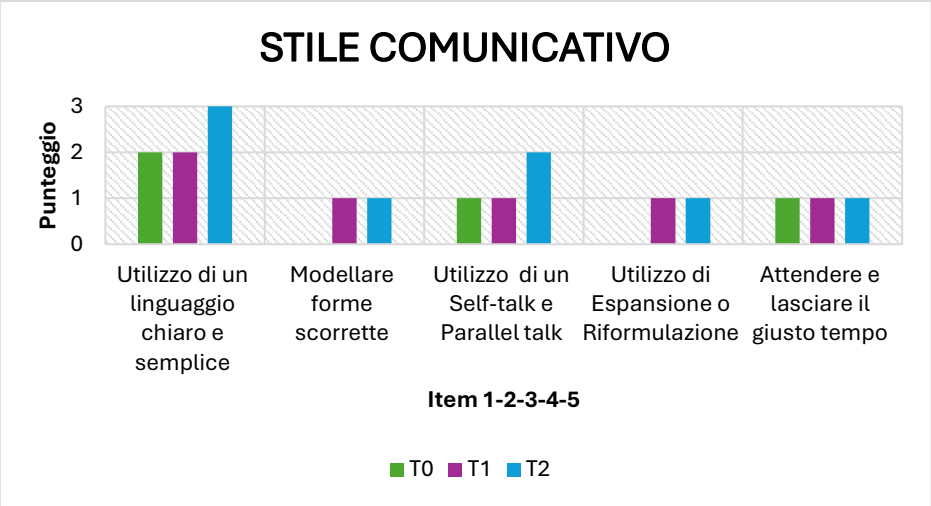
Famiglia 4

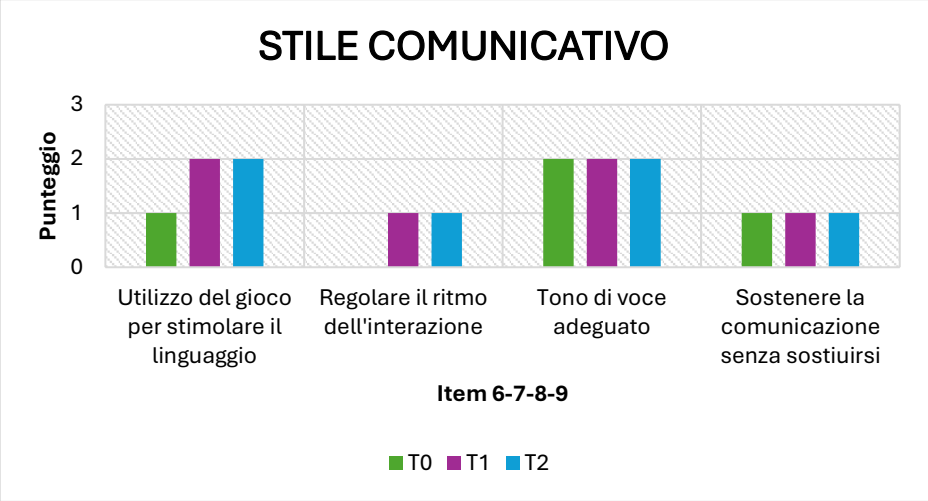
Nell'area relativa alla responsività del genitore si osserva un marcato incremento dei punteggi, con un passaggio dal 17% a T0, al 50% a T1, fino al 58% a T2. L'item relativo all'interesse e alla responsività del caregiver evidenzia un miglioramento nella rilevazione finale, mentre la risposta ai segnali comunicativi si mantiene sostanzialmente stabile nel corso delle tre osservazioni. Per quanto riguarda il contatto oculare e l'atteggiamento propositivo, entrambi gli indicatori mostrano punteggi più elevati a partire da T1 e si mantengono invariati nella valutazione conclusiva. Globalmente, i dati evidenziano un miglioramento dell'area della responsività genitoriale, con un incremento pari a 41 punti percentuali tra la prima e l'ultima osservazione.

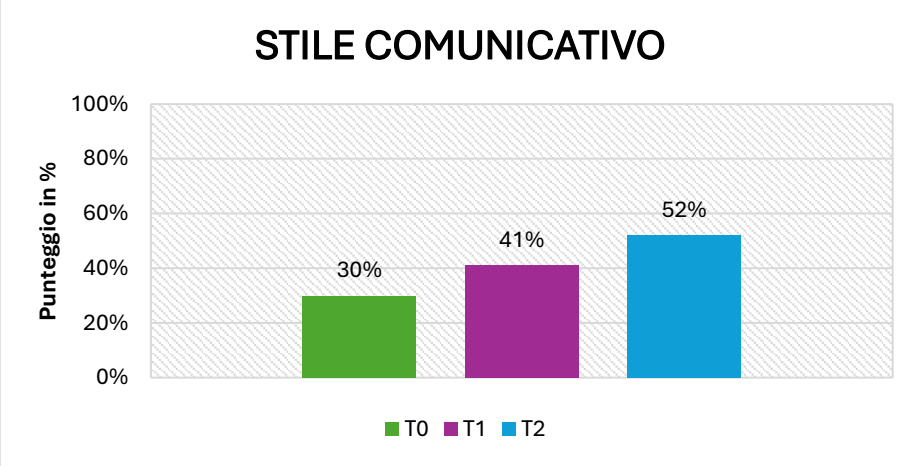




L'analisi dei punteggi relativi allo stile comunicativo evidenzia una crescita progressiva nel corso delle tre rilevazioni, con un incremento dal 30% a T0, al 40% a T1, fino al 52% a T2. I principali miglioramenti riguardano l'utilizzo di un linguaggio chiaro e semplice e l'impiego di strategie di self-talk e parallel-talk, che mostrano punteggi più elevati nella rilevazione finale. Si osserva inoltre la comparsa di comportamenti quali il modellamento delle forme scorrette, l'utilizzo di strategie di espansione e riformulazione e la regolazione del ritmo dell'interazione. Alcuni indicatori tra cui il tono di voce adeguato, l'attesa del tempo necessario affinchè il bambino possa comunicare e il sostegno alla comunicazione senza sostituirsi ad essa, risultano stabili. Globalmente, i dati evidenziano un miglioramento dell'area dello stile comunicativo, con un incremento pari a 22 punti percentuali tra la prima e l'ultima osservazione.

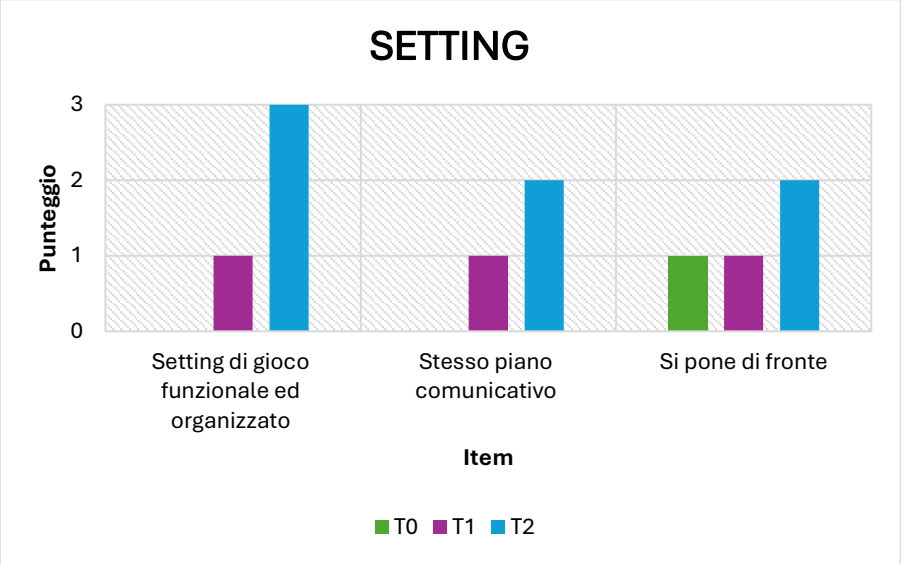


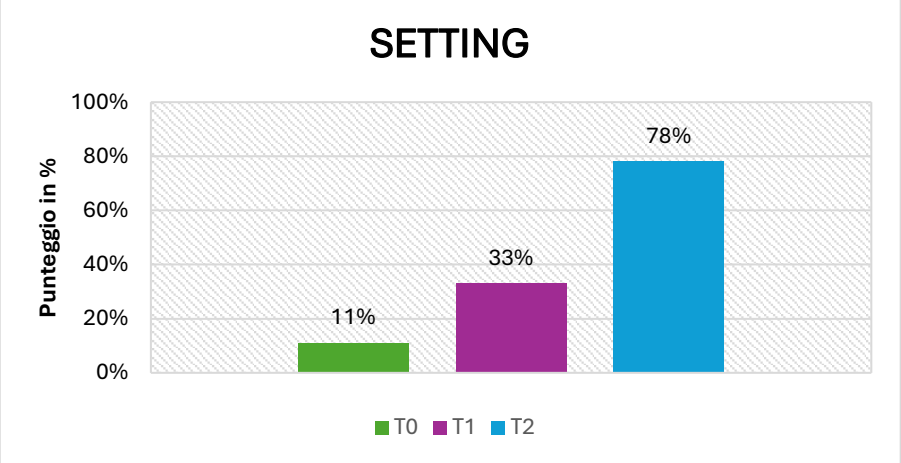




I punteggi relativi al setting di gioco e di interazione mostrano un incremento costante nel corso delle tre osservazioni, passando all'11% a T0, al 30% a T1, fino a raggiungere il 78% a T2. L'analisi dei singoli item evidenzia un miglioramento nella predisposizione di un setting di gioco funzionale e organizzato, che raggiunge il punteggio massimo

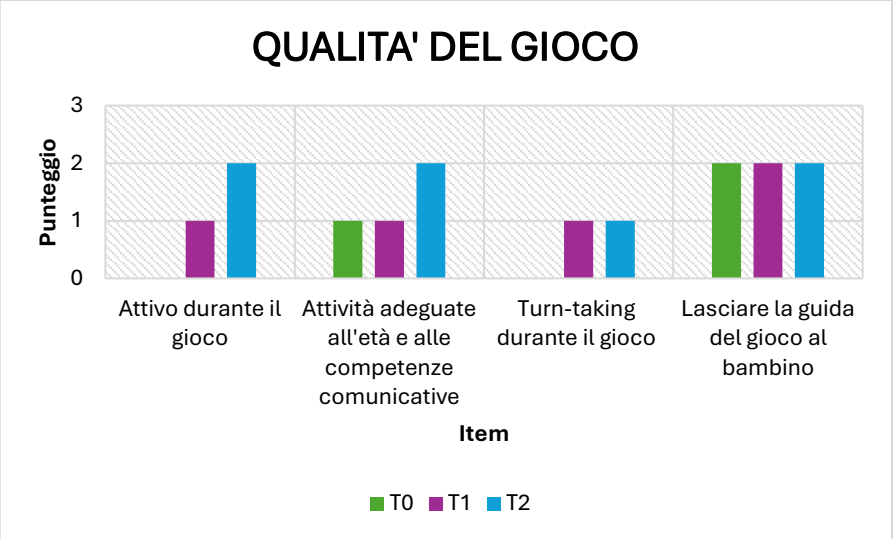
nell'osservazione finale. Anche la capacità del caregiver di porsi sullo stesso piano comunicativo del bambino e di posizionarsi frontalmente durante l'interazione presenta un andamento positivo, con punteggi progressivamente più elevati nelle osservazioni successive. I dati raccolti indicano quindi una crescita significativa dell'area osservata, con un incremento complessivo di 67 punti percentuali tra la prima e l'ultima valutazione.

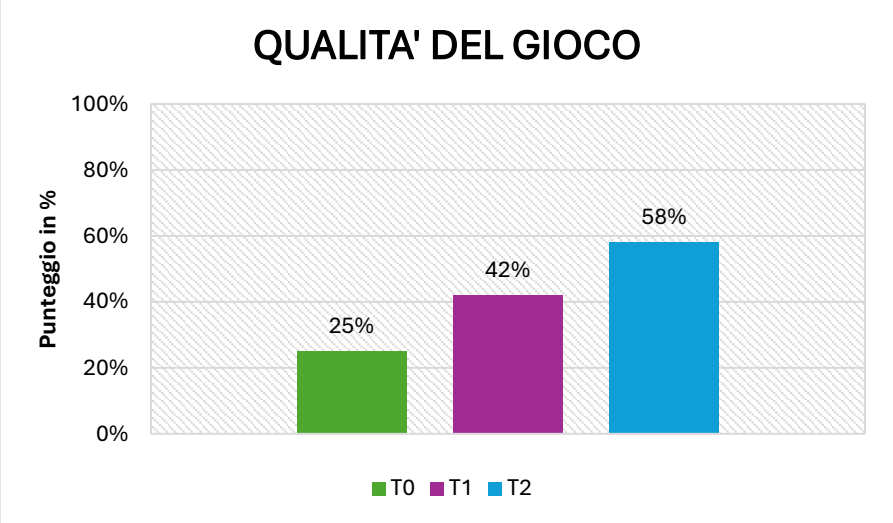




Nell'area della qualità di gioco condiviso, si rileva un aumento graduale dei punteggi nelle tre fasi di osservazione. Il punteggio complessivo passa dal 25% a T0, al 42% a T1, per raggiungere il 58% a T2. L'osservazione dei singoli item evidenzia un miglioramento nella partecipazione attiva del caregiver durante il gioco e nella proposta di attività adeguate all'età e alle competenze comunicative del bambino, entrambe caratterizzate da punteggi più elevati nella rilevazione finale. Anche il rispetto degli scambi di turno mostra un lieve incremento rispetto all'osservazione inziale. L'indicatore relativo alla capacità di

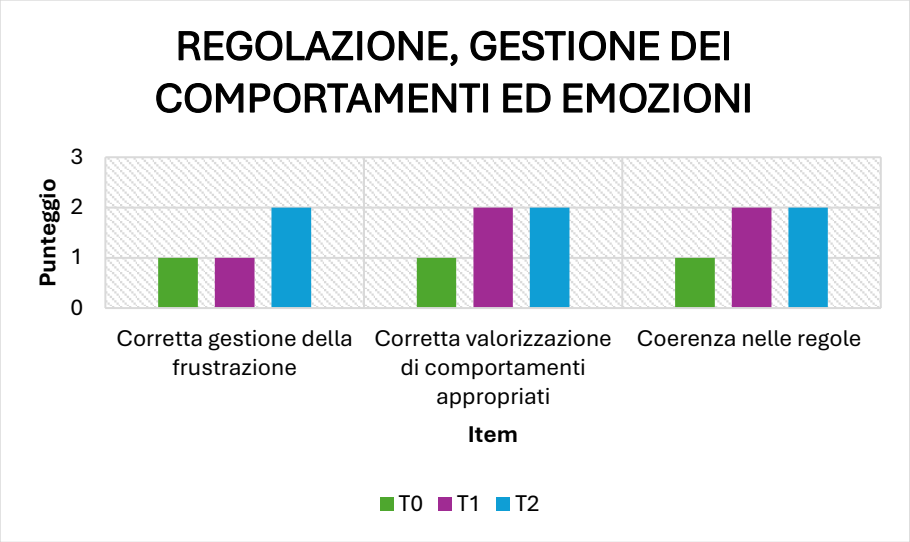
lasciare al bambino la guida delle attività di gioco presenta invece valori stabili nelle tre osservazioni, mantenendo punteggi costantemente elevati. I risultati mostrano un'evoluzione positiva dell'area osservata, con un incremento pari a 33 punti percentuali tra la prima e l'ultima rilevazione.

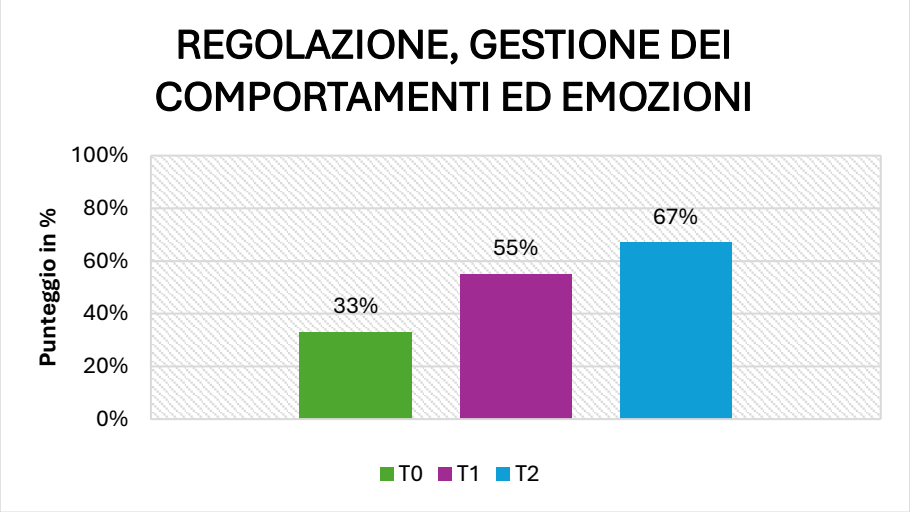




Nell'area della regolazione emotiva e la gestione di comportamenti, i punteggi mostrano un andamento progressivamente crescente tra le tre osservazioni effettuate. Il punteggio complessivo passa dal 33% a T0, al 55% a T1, al 67% a T2. L'analisi dei singoli item evidenzia un miglioramento nella gestione della frustrazione, che raggiunge un punteggio più elevato nella rilevazione finale. Anche la valorizzazione dei comportamenti appropriati e la coerenza nelle regole mostrano un incremento tra la prima e la seconda osservazione, mantenendosi successivamente stabili. Nel complesso, l'area evidenzia un

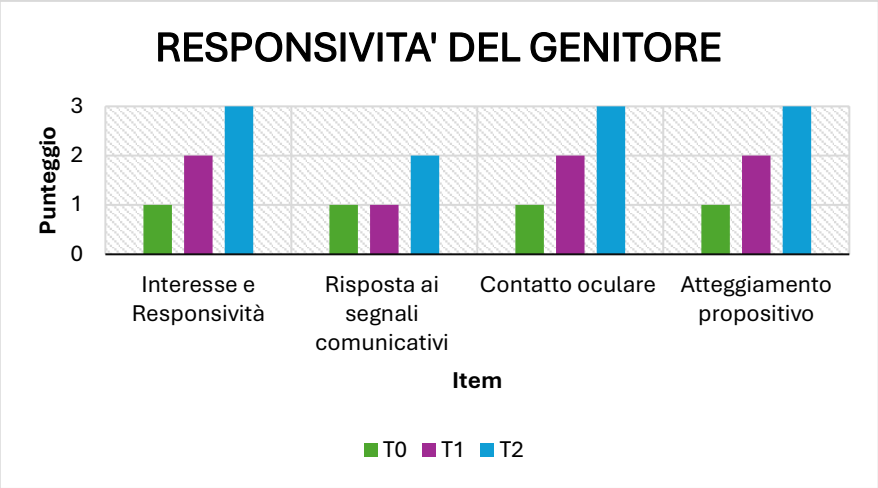
miglioramento di 34 punto percentuali tra l'inizio e la conclusione del percorso, suggerendo una progressiva crescita delle competenze osservate nel caregiver.

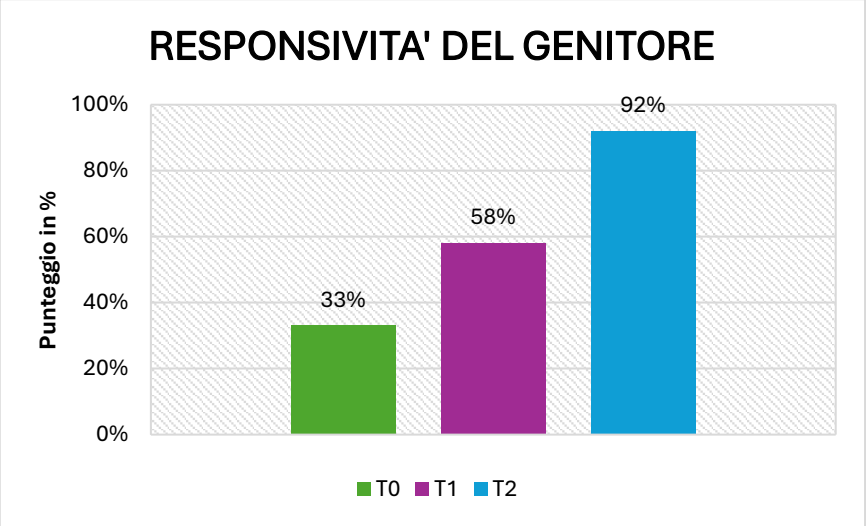




Famiglia 5

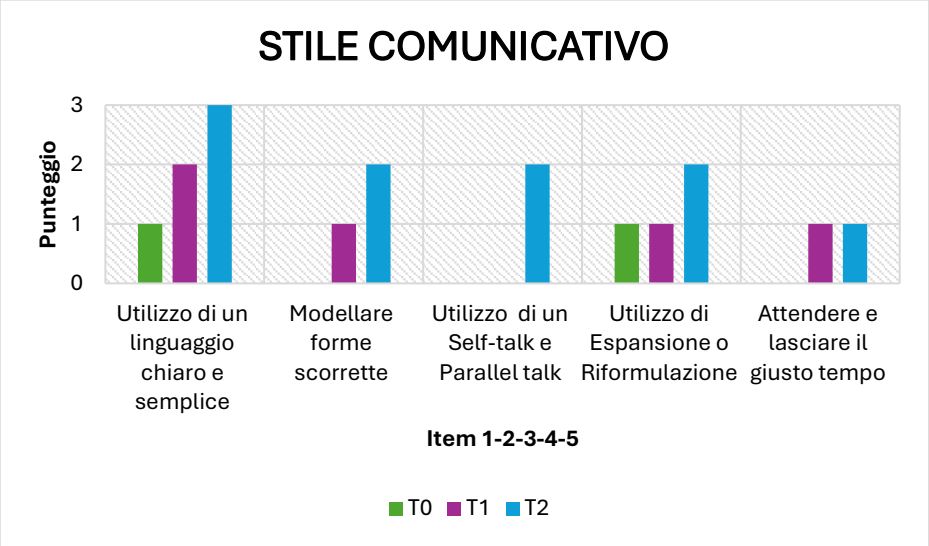
Nell'area relativa alla responsività del genitore si osserva un incremento progressivo dei punteggi nel corso del percorso, con un passaggio dal 33% a T0, al 58% a T1, fino a raggiungere il 92% a T2. Prendendo in considerazioni i singoli item, si evidenzia un miglioramento dell'interesse e della responsività del caregiver nei confronti del bambino, della qualità del contatto oculare e dell'atteggiamento propositivo durante l'interazione. Anche la risposta ai segnali comunicativi mostra un andamento positivo, con un incremento nella rilevazione finale. I dati raccolti evidenziano pertanto una progressiva crescita delle competenze osservate in quest'area, con punteggi più elevati in tutti gli indicatori considerati al termine del CST.

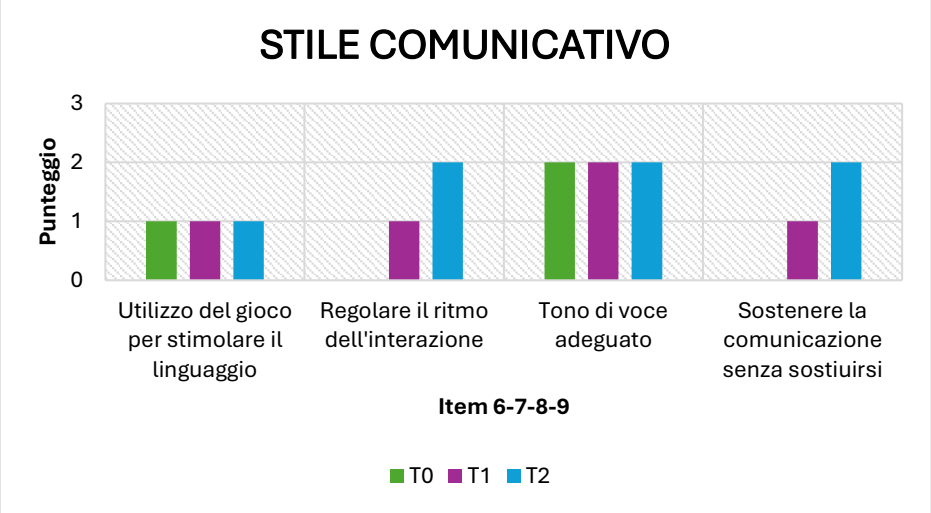


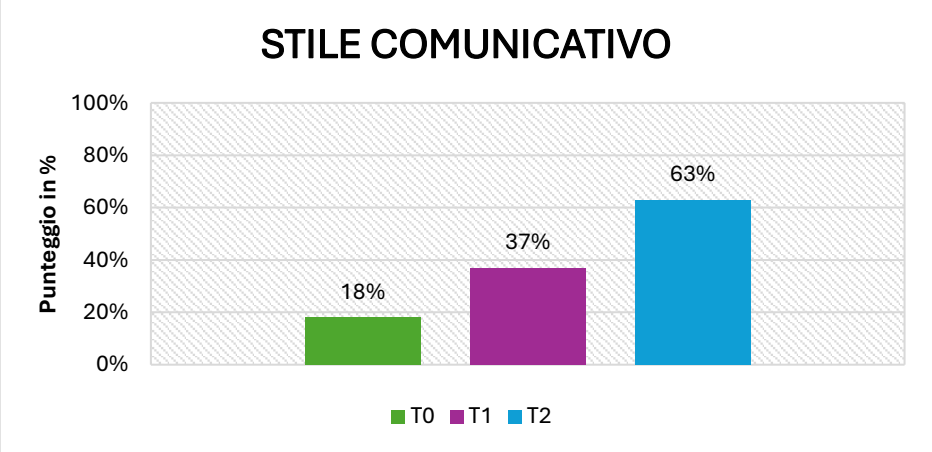


Per quanto riguarda lo stile comunicativo del caregiver, si osserva un miglioramento progressivo tra le rilevazioni effettuate, con un incremento del punteggio complessivo dal 18% a T0, al 37% a T1, fino a raggiungere il 63% al T2. L'analisi dei singoli item evidenzia un incremento nell'utilizzo di un linguaggio chiaro e semplice, che raggiunge un punteggio pari a 3 nella rilevazione finale. Risultano inoltre presenti, nel corso del percorso, strategie che non risultavano presenti nella prima osservazione, come il modellamento delle forme scorrette e l'utilizzo di tecniche di self-talk e parallel-talk. Si osserva inoltre un miglioramento nell'impiego di strategie di espansione e riformulazione, nella regolazione del ritmo dell'interazione e nella capacità di sostenere la comunicazione del bambino senza sostituirsi ad essa. Alcuni indicatori, come l'utilizzo del gioco per stimolare il linguaggio e il mantenimento di un tono di voce adeguato, mostrano invece punteggi sostanzialmente stabili nel corso delle tre osservazioni.

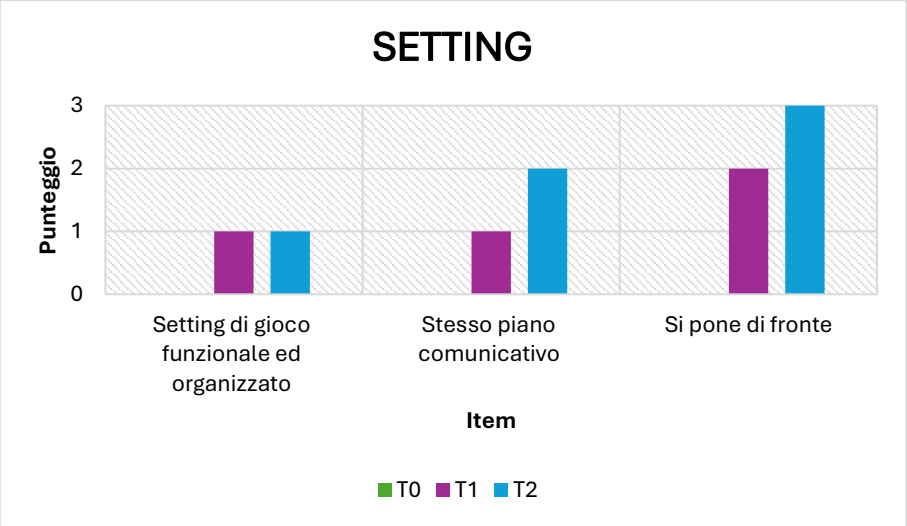
L’andamento osservato suggerisce una progressiva crescita dell’area dello stile comunicativo, con punteggi più elevati a termine del percorso.

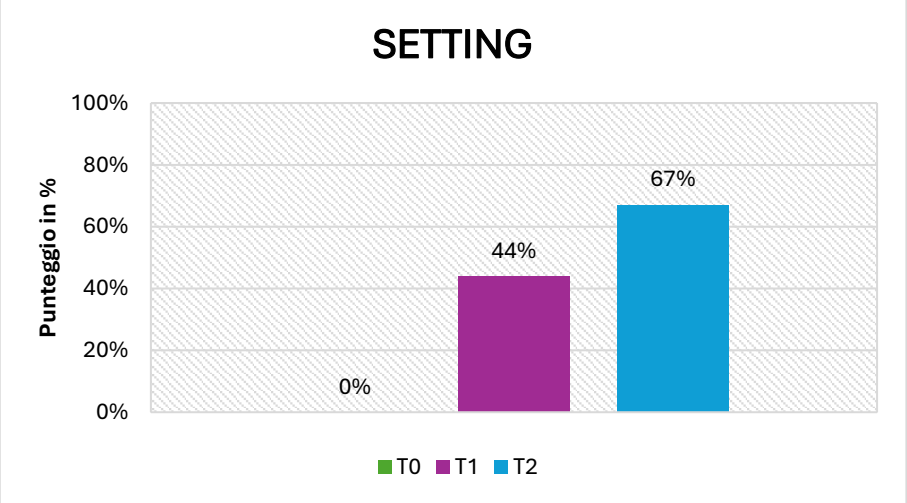






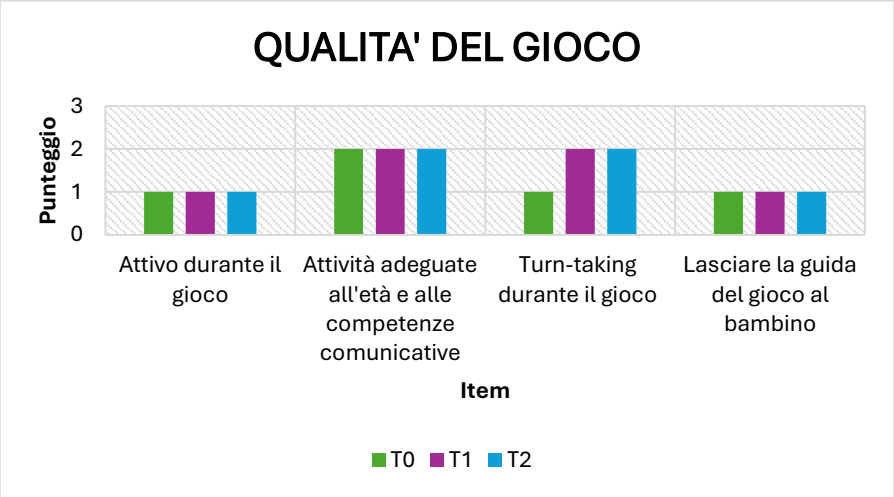
Per quanto riguarda il setting di gioco e di interazione, si osserva una progressiva crescita dei punteggi nel corso delle tre rilevazioni, con un passaggio dallo 0% a T0, al 44% a T1, fino al 67% a T2. L'analisi dei singoli item evidenzia la comparsa e il progressivo consolidamento di comportamenti che non risultavano presenti nella prima osservazione. In particolare, si osserva un miglioramento nella predisposizione di un setting di gioco funzionale e organizzato e nel posizionamento frontale durante l'interazione. I dati raccolti mostrano quindi un'evoluzione positiva di tutti gli indicatori considerato all'interno dell'area, con punteggi progressivamente più elevati nelle osservazioni successive.

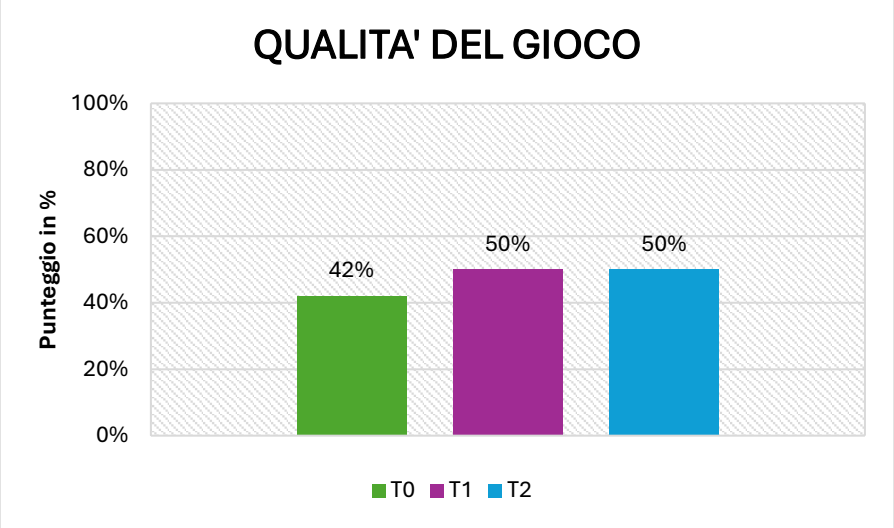




Nell'area del gioco condiviso, si osserva un lieve miglioramento nel corso delle tre rilevazioni con un passaggio dal 42% a T0, al 50% a T1, mantenendosi successivamente stabile a T2. Analizzando i singoli indicatori si evidenzia una sostanziale stabilità nella

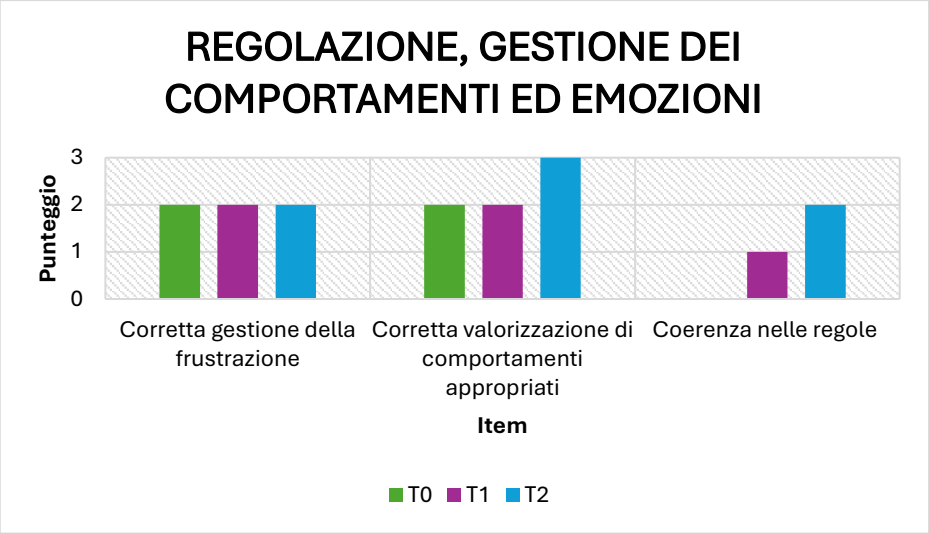
partecipazione attiva del caregiver durante il gioco, nella proposta di attività adeguate all'età e alle competenze comunicative del bambino e nella capacità di lasciare al bambino la guida dell'attività ludica. Un incremento invece osservabile nell'item relativo al turn-taking, che passa da un punteggio pari a 1 a T0 ad un punteggio pari a 2 nelle osservazioni successive. I dati mostrano un andamento positivo nell'area osservata, con un incremento del punteggio complessivo pari all'8% tra la prima e l'ultima osservazione.

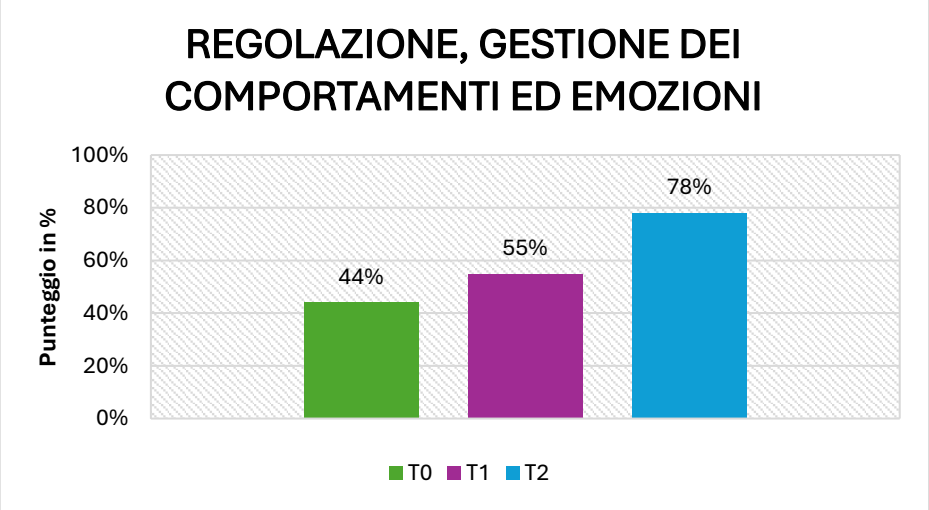




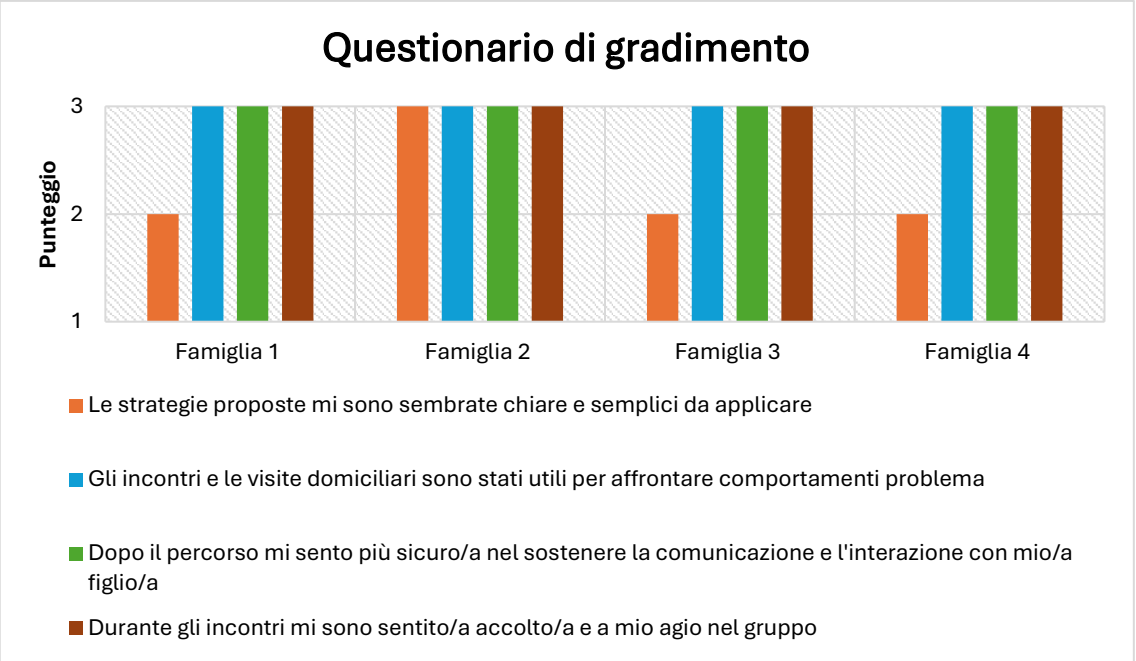
Nell'area della regolazione emotiva e la gestione dei comportamenti, si osserva un andamento progressivamente positivo nel corso delle tre osservazioni, con un passaggio dal 44% a T0, al 55% a T1, fino a raggiungere il 78% a T2. Analizzando i singoli indicatori, la corretta gestione della frustrazione si mantiene stabile durante tutto il percorso. Si osserva invece un miglioramento nella valorizzazione dei comportamenti appropriati, che raggiunge il punteggio massimo nella rilevazione finale. Anche l'item

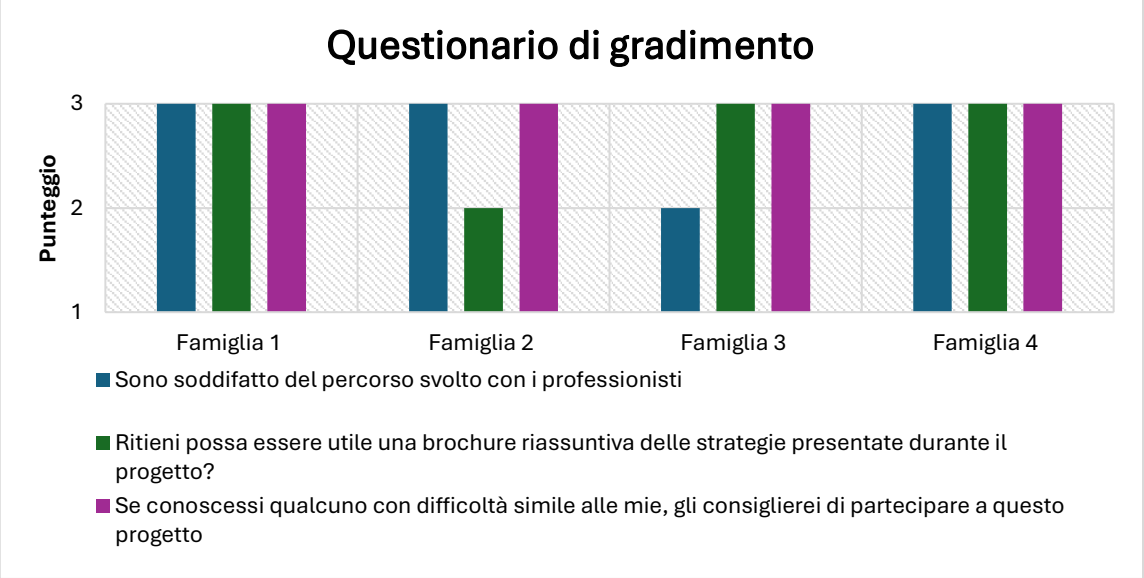
relativo alla coerenza delle regole mostra un incremento progressivo tra le osservazioni, passando dall'assenza del comportamento a T0, a punteggi più elevati nelle successive osservazioni. Globalmente, i dati evidenziano un miglioramento dell'area osservata, con un aumento del punteggio complessivo pari al 34% tra la prima e l'ultima osservazione.





Ai risultati ottenuti attraverso la somministrazione della check-list, si affiancano quelli derivanti dal questionario di gradimento somministrato al termine del percorso. Le risposte fornite dai caregiver permettono di integrare i dati osservati con la percezione soggettiva dell'esperienza vissuta durante il programma CTS.





Dei cinque nuclei familiari che hanno completato il percorso, quattro hanno compilato il questionario. Per quanto riguarda la chiarezza e la semplicità dell'applicazione nella vita quotidiana delle strategie che sono state proposte durante il corso, tutti i caregiver hanno espresso una valutazione positiva. Tre partecipanti hanno attribuito un punteggio pari a 2, mentre un caregiver ha assegnato il punteggio massimo (3). Relativamente all'utilità degli incontri di gruppo e delle visite domiciliari nell'affrontare le difficoltà e i comportamenti problema del bambino, tutti i caregiver hanno attribuito il punteggio massimo (3), evidenziando un elevato livello di soddisfazione nei confronti delle attività. Anche il livello di sicurezza percepito al termine del percorso dai caregiver ha mostrato risultati

positivi. Tre partecipanti hanno dichiarato di sentirsi totalmente d'accordo con l'affermazione relativa ad aver appreso una maggiore sicurezza nel sostenere la comunicazione e l'interazione con il proprio figlio, mentre un caregiver ha espresso un livello di accordo intermedio (2). Particolarmente significativo risulta il dato relativo al clima degli incontri. Tutti i partecipanti hanno attribuito il punteggio massimo alla percezione di accoglienza e benessere all'interno del gruppo, indicando di essersi sentiti ascoltati e a proprio agio durante il percorso. Anche la soddisfazione complessiva nei confronti del programma è risultata molto elevata. Tutti i caregiver che hanno risposto al questionario hanno attribuito il punteggio massimo relativamente al percorso svolto insieme ai professionisti. Per quanto riguarda la brochure conclusiva, il materiale è stato valutato positivamente dalla quasi totalità dei partecipanti. Tre caregiver hanno espresso il livello massimo di accordo rispetto alla sua utilità, mentre uno ha attribuito un punteggio pari a 2. Analogamente, tutti i partecipanti hanno dichiarato che consiglierebbero il percorso CST ad altre famiglie di bambini con difficoltà evolutive o disturbi del neurosviluppo, attribuendo il punteggio massimo all'affermazione proposta. L'ultima domanda del questionario prevedeva una risposta aperta, finalizzata a raccogliere eventuali suggerimenti, osservazioni o raccomandazioni utili per le future edizioni del programma CST. Dall'analisi delle risposte emerge un generale apprezzamento nei confronti del percorso svolto. Tre dei quattro caregiver che hanno compilato il questionario non hanno segnalato particolari criticità o modifiche da apportare al programma, evidenziando come l'organizzazione e la struttura degli incontri siano risultate adeguate alle proprie esigenze. Un caregiver ha invece suggerito la possibilità di prevedere incontri di follow-up successivi alla conclusione del progetto, ipotizzando momenti periodici di aggiornamento e confronto tra famiglie partecipanti. Le risposte qualitative confermano un buon livello di soddisfazione.

5. DISCUSSIONE

L'analisi dei risultati ottenuti attraverso la check-list evidenzia una tendenza generale al miglioramento dei comportamenti osservati nei caregiver nel corso del percorso CST. Sebbene l'entità dei cambiamenti sia risultata differente tra le famiglie e tra le diverse aree valutate, in tutti i casi è stato possibile osservare un incremento dei punteggi tra la prima e l'ultima osservazione. Tali risultati sembrano suggerire una progressiva

acquisizione delle strategie proposte dal programma e una loro integrazione nelle interazioni quotidiane caregiver-bambino. Sebbene i risultati abbiano mostrato differenze tra le famiglie partecipanti, è stato possibile individuare alcune tendenze comuni nelle diverse aree osservate. Per comprendere meglio il significato dei cambiamenti emersi, successivamente verranno analizzate separatamente le cinque aree della check-list, discutendo i possibili fattori che possono aver contribuito all'evoluzione dei comportamenti dei caregiver durante il percorso:

Responsività del genitore: Tutte le famiglie hanno mostrato un andamento positivo tra la prima e l'ultima osservazione, suggerendo una progressiva acquisizione di comportamenti maggiormente orientati all'osservazione e alla comprensione dei bisogni comunicativi del bambino. Tale risultato appare coerente con gli obiettivi del CST, che attribuisce un ruolo centrale alla capacità del caregiver di osservare il bambino e di riconoscere le sue iniziative comunicative spontanee. Fin dalle prime sessioni, infatti, il programma incoraggia i genitori a prestare maggiore attenzione ai segnali verbali e non verbali del bambino, imparando a coglierne interessi, intenzioni comunicative e modalità di partecipazione alle attività di vita quotidiana. I miglioramenti osservati negli item osservati sono il risultato di una maggiore consapevolezza acquisita durante il percorso. Attraverso le attività proposte nelle sessioni di gruppo, i filmati esemplificativi e i momenti di coaching durante le visite domiciliari, i caregiver sono stati progressivamente guidati a rallentare i tempi di interazione, osservare maggiormente il comportamento del proprio bambino e rispondere alle sue iniziative anziché anticiparle o sostituirsi ad esse. Le visite domiciliari sono risultate di fondamentale importanza in quanto, la possibilità di osservare le interazioni direttamente all'interno delle ruotine familiari ha consentito ai caregiver di ricevere feedback immediati e personalizzati sulle modalità con cui stavano applicando le strategie apprese durante le sessioni di gruppo. Ciò ha favorito una più rapida integrazione delle competenze nella quotidianità e una maggiore generalizzazione dei comportamenti osservati. I risultati ottenuti appaiono coerenti con la letteratura del programma CST e sugli interventi mediati dai caregiver. Diversi studi hanno evidenziato come uno degli effetti più immediati di tali programmi riguardi proprio il miglioramento della qualità dell'interazione e l'acquisizione, da parte dei genitori, di maggiori competenze nell'osservazione e nel sostegno alla comunicazione del bambino. In questa prospettiva, la crescita dei punteggi osservata nell'area della responsività sembra

confermare che il caregiver, una volta adeguatamente supportato e formato, può sviluppare modalità interattive maggiormente sensibili e funzionali ai bisogni evolutivi del bambino.

Stile comunicativo: I risultati ottenuti mostrano un miglioramento nella maggior parte dei caregiver osservati. I miglioramenti osservati negli item relativi al modellamento linguistico, alle tecniche di espansione e riformulazione, all'utilizzo di self-talk e parallel-talk e alla capacità di sostenere la comunicazione senza sostituirsi al bambino sembrano indicare una crescente consapevolezza del ruolo che il caregiver può assumere nel favorire lo sviluppo linguistico. In diversi casi tali comportamenti erano assenti o scarsamente presenti nelle prime osservazioni e sono comparsi progressivamente durante il percorso. Questo dato appare comprensibile se si considera che molte di queste strategie rappresentano tecniche comunicative specifiche, generalmente poco conosciute da chi non possiede una formazione nell'ambito dello sviluppo del linguaggio e della riabilitazione. Di conseguenza, la loro limitata presenza nelle valutazioni iniziali non deve necessariamente essere interpretata come una mancanza del caregiver, quanto piuttosto come la mancanza di conoscenze specifiche e strumenti specifici per utilizzarle. Inoltre, è interessante però osservare come alcuni aspetti abbiano mostrato miglioramenti più evidenti rispetto ad altri. Strategie quali l'utilizzo di un linguaggio semplice, il modellamento o l'espansione degli enunciati risultano infatti relativamente facili da applicare una volta comprese le loro finalità. Al contrario, competenze più complesse, come attendere il tempo necessario affinché il bambino possa rispondere o evitare di anticiparne continuamente le richieste comunicative, richiedono spesso una maggiore consapevolezza e una modifica più profonda delle abitudini comunicative già consolidate dai caregiver. Ciò potrebbe spiegare perché alcuni item abbiano evidenziato cambiamenti più graduali rispetto ad altri.

Setting: I risultati ottenuti nell'area relativa al setting di gioco evidenziano uno dei miglioramenti più consistenti tra quelli osservati durante il percorso CST. In quasi tutte le famiglie partecipanti è stato possibile rilevare un incremento progressivo dei punteggi tra la prima e l'ultima osservazione, suggerendo una maggiore attenzione da parte dei caregiver alla predisposizione dell'ambiente e all'organizzazione delle condizioni necessarie per favorire l'interazione con il bambino. Tale risultato appare coerente con gli obiettivi del CST, che fin dalle prime sessioni attribuisce grande importanza

all'organizzazione dell'ambiente come prerequisito fondamentale per promuovere il coinvolgimento del bambino. Durante gli incontri viene infatti sottolineata l'importanza di ridurre le fonti di distrazione, selezionare materiali adeguati alle competenze del bambino e predisporre uno spazio favorevole all'attenzione condivisa e alla partecipazione delle attività proposte. I miglioramenti osservati negli item relativi all'organizzazione del setting, al posizionamento del caregiver sullo stesso piano comunicativo del bambino e alla disposizione frontale durante l'interazione potrebbero essere spiegati dal fatto che queste strategie risultano particolarmente concrete e facilmente applicabili nella quotidianità. A differenza di altre competenze che richiedono una modifica più profonda delle modalità relazionali del caregiver, la riorganizzazione dell'ambiente rappresenta un cambiamento immediatamente visibile e relativamente semplice da implementare una volta compresa la sua utilità. Un ulteriore fattore che potrebbe aver favorito tali cambiamenti è rappresentato dalle visite domiciliari, durante le quali i facilitatori hanno potuto osservare direttamente gli spazi utilizzati per il gioco e fornire suggerimenti personalizzati sulla disposizione dell'ambiente e dei materiali. La possibilità di ricevere indicazioni pratiche all'interno del contesto familiare ha probabilmente facilitato l'applicazione immediata delle strategie apprese negli incontri di gruppo. È possibile affermare che il CST abbia favorito una maggiore consapevolezza dell'importanza del contesto fisico e relazionale in cui si svolgono le interazioni caregiver-bambino. La progressiva attenzione dedicata all'organizzazione dell'ambiente sembra aver contribuito a creare condizioni maggiormente favorevoli alla comunicazione, al gioco condiviso e alla partecipazione del bambino alle attività quotidiane.

Qualità del gioco: L'analisi dei risultati relativi alla qualità del gioco condiviso evidenzia un andamento generalmente positivo, sebbene con miglioramenti meno marcati rispetto a quelli osservati in altre aree della check-list. Nella maggior parte delle famiglie si è registrato un incremento dei punteggi tra la prima e l'ultima osservazione, con particolare riferimento alla partecipazione attiva del caregiver e alla capacità di favorire gli scambi durante l'attività ludica. Tale risultato appare in linea con i principi del CST, che considera il gioco uno dei principali contesti di apprendimento e di sviluppo delle competenze comunicative e sociali del bambino. Durante il percorso, i caregiver vengono progressivamente guidati ad assumere un ruolo di partner di gioco, imparando a seguire gli interessi del bambino, rispettarne i tempi e favorire la reciprocità all'interno

dell'interazione. Tuttavia, rispetto ad altre competenze, le modalità di gioco condiviso potrebbero richiedere tempi più lunghi di acquisizione e consolidamento. Modificare il proprio modo di giocare con il bambino significa infatti mettere in discussione abitudini consolidate e apprendere nuove modalità di partecipazione che privilegiano la condivisione, il rispetto dei turni e l'iniziativa del bambino. Questo potrebbe spiegare perché alcuni item abbiano mostrato miglioramenti più graduali o una minore variazione nel corso del percorso. Particolare interesse riveste l'aspetto relativo alla capacità di lasciare al bambino la guida dell'attività ludica. Per molti caregiver tale modalità rappresenta un cambiamento significativo rispetto alle interazioni abituali, nelle quali l'adulto tende spontaneamente a dirigere il gioco o a proporre attività strutturate. L'apprendimento di un atteggiamento maggiormente orientato all'osservazione e al supporto dell'iniziativa infantile richiede spesso un processo di adattamento progressivo. I dati raccolti che il CST abbia favorito una maggiore qualità delle interazioni ludiche tra caregiver e bambino, promuovendo modalità di gioco più partecipative e maggiormente centrate sugli interessi e sulle iniziative del bambino.

Regolazione, gestione di comportamenti ed emozioni: L'area relativa alla regolazione emotiva e alla gestione dei comportamenti ha mostrato miglioramenti nella maggior parte dei caregiver osservati, sebbene con un andamento meno uniforme rispetto ad altre dimensioni della check-list. In diversi casi si è osservata una progressiva crescita nella valorizzazione dei comportamenti appropriati e nella capacità di mantenere maggiore coerenza all'interno delle regole e delle richieste rivolte al bambino. I risultati ottenuti possono essere interpretati alla luce dei contenuti affrontati nelle ultime sessioni del programma CST, dedicate alla comprensione e alla gestione dei comportamenti problema. Durante tali incontri i caregiver apprendono come analizzare la funzione del comportamento, individuare i fattori che ne favoriscono la comparsa e promuovere comportamenti alternativi maggiormente adeguati. Rispetto ad altre aree, le competenze legate alla regolazione comportamentale appaiono tuttavia particolarmente complesse, poiché influenzate da molteplici variabili, tra cui le caratteristiche del bambino, il contesto ambientale e la stessa componente emotiva del caregiver. Per questo motivo alcuni miglioramenti potrebbero richiedere tempi più lunghi di consolidamento rispetto a strategie immediatamente applicabili. In particolare, gli aspetti legati alla gestione della frustrazione hanno mostrato in alcuni casi variazioni più contenute. Tale dato potrebbe

essere spiegato dal fatto che mantenere un atteggiamento calmo e regolato nelle situazioni di difficoltà richiede non soltanto conoscenze teoriche, ma anche un'importante capacità di autoregolazione emotiva da parte dell'adulto stesso. Al contrario, la valorizzazione dei comportamenti appropriati e il ricorso al rinforzo positivo hanno mostrato miglioramenti più evidenti. Queste strategie risultano infatti maggiormente concrete e facilmente trasferibili nella quotidianità, consentendo ai caregiver di sperimentarne rapidamente l'utilità durante le interazioni con il bambino. I risultati suggeriscono che il percorso CST abbia contribuito a promuovere una maggiore consapevolezza nella gestione dei comportamenti problema e nell'utilizzo di strategie educative più strutturate e funzionali, favorendo una progressiva crescita delle competenze genitoriali anche nell'ambito della regolazione emotiva e comportamentale.

Questionario di gradimento: I risultati emersi dal questionario di gradimento confermano, dal punto di vista soggettivo dei caregiver, quanto osservato attraverso la check-list utilizzata nel corso del percorso. Nel complesso, le risposte fornite evidenziano un elevato livello di soddisfazione nei confronti del programma CST e una percezione positiva rispetto all'utilità delle strategie apprese. Particolarmente significativo risulta il fatto che tutti i caregiver hanno attribuito punteggi elevati all'utilità delle sessioni di gruppo e delle visite domiciliari. Questo dato appare coerente con quanto emerso durante l'osservazione diretta, che ha evidenziato un progressivo miglioramento in diverse aree del comportamento genitoriale. La percezione di efficacia riferita dai partecipanti sembra infatti riflettere la reale applicazione delle strategie apprese all'interno delle interazioni quotidiane con il proprio bambino. Anche il livello di sicurezza percepito dai caregiver al termine del percorso risulta particolarmente interessante. La maggior parte dei partecipanti ha dichiarato di sentirsi più sicura nell'interazione con il proprio figlio rispetto all'inizio del programma. Tale dato appare coerente con i miglioramenti osservati nelle aree della responsività, dello stile comunicativo e del setting di gioco, suggerendo una possibile relazione tra acquisizione delle competenze proposte dal CST e aumento del senso di autoefficacia genitoriale. Un ulteriore elemento rilevante riguarda il clima relazionale sperimentato durante gli incontri. Tutti i caregiver hanno riferito di essersi sentiti accolti e a proprio agio all'interno del gruppo. Questo risultato appare particolarmente significativo alla luce delle osservazioni raccolte durante il percorso, nel corso del quale è stato possibile assistere a una progressiva apertura dei partecipanti, a

una maggiore condivisione delle esperienze personali e alla costruzione di un contesto caratterizzato da supporto reciproco e assenza di giudizio. Anche la brochure finale è stata valutata positivamente dalla maggior parte dei partecipanti, suggerendo come la disponibilità di uno strumento sintetico e facilmente consultabile possa rappresentare un supporto utile per il mantenimento delle strategie apprese dopo la conclusione del programma. Tale aspetto appare coerente con uno degli obiettivi principali del CST, ovvero favorire l'autonomia dei caregiver e la continuità dell'applicazione delle strategie nelle routine quotidiane. Le risposte aperte fornite dai caregiver rafforzano ulteriormente tale interpretazione. Tre partecipanti non hanno segnalato particolari criticità o modifiche da apportare al programma, evidenziando un generale apprezzamento nei confronti dell'organizzazione e dei contenuti proposti. L'unico suggerimento emerso riguarda la possibilità di prevedere incontri periodici di follow-up successivi alla conclusione del percorso. Tale proposta appare particolarmente significativa poiché suggerisce il desiderio di mantenere nel tempo uno spazio di confronto, supporto e aggiornamento, evidenziando come il bisogno di accompagnamento delle famiglie non si esaurisca necessariamente con la conclusione formale del programma.

6. CONCLUSIONI

Il presente studio si è posto l'obiettivo di osservare le modificazioni del comportamento del caregiver durante la partecipazione al programma Caregiver Skills Training (CST), con particolare attenzione alle modalità di interazione caregiver-bambino all'interno dei contesti naturali di vita. I risultati ottenuti attraverso la check-list osservativa e il questionario di gradimento suggeriscono che la partecipazione al percorso sia stata associata a un cambiamento progressivo delle modalità relazionali, comunicative ed educative dei caregiver coinvolti. Sebbene l'entità dei miglioramenti sia risultata differente tra le famiglie e tra le diverse aree osservate, in tutti i casi è stato possibile rilevare un'evoluzione positiva di alcuni aspetti del comportamento genitoriale nel corso del programma. In particolare, i caregiver hanno mostrato una maggiore attenzione ai segnali comunicativi del bambino, una più elevata capacità di sostenere l'interazione attraverso strategie comunicative appropriate e una progressiva integrazione delle tecniche apprese nelle routine quotidiane. Anche l'organizzazione del setting di gioco e la qualità delle interazioni condivise hanno evidenziato miglioramenti significativi nella

maggior parte dei partecipanti. Alla luce dei risultati ottenuti, appare possibile affermare che la partecipazione al programma CST abbia favorito nei caregiver una maggiore consapevolezza del proprio ruolo all'interno dell'interazione con il bambino. I miglioramenti osservati nelle diverse aree della check-list suggeriscono una progressiva acquisizione delle strategie proposte durante il percorso e una loro integrazione nelle attività di vita quotidiana. In questo senso, il CST non si configura esclusivamente come un intervento rivolto al bambino, ma come un'esperienza capace di promuovere il cambiamento dell'intero sistema familiare attraverso il potenziamento delle competenze genitoriali. I risultati del questionario di gradimento confermano inoltre la percezione positiva del programma da parte delle famiglie, che hanno riconosciuto l'utilità delle strategie apprese, il valore delle visite domiciliari e delle sessioni di gruppo e l'importanza del confronto con altri caregiver che vivevano esperienze simili. I dati raccolti e le considerazioni fatte supportano l'idea che il caregiver rappresenti una risorsa fondamentale per la promozione dello sviluppo comunicativo e relazionale del bambino. La possibilità di apprendere strategie concrete, sperimentarle nelle routine quotidiane e ricevere supporto attraverso il confronto con professionisti e altre famiglie sembra aver favorito una maggiore fiducia nelle proprie capacità e una partecipazione più attiva all'interno della relazione con il figlio. In tale prospettiva, il CST conferma il valore degli interventi mediati dal caregiver e l'importanza di programmi che investano non soltanto sul bambino, ma anche sulle competenze e sulle risorse della famiglia.

6.1 Benefici

I risultati emersi dal presente studio consentono di evidenziare diversi aspetti positivi associati alla partecipazione al programma CST.

-Il primo e più evidente riguarda il miglioramento delle competenze dei caregiver osservato nel corso del percorso. Le aree indagate attraverso la check-list osservativa hanno mostrato, nella maggior parte delle famiglie, un'evoluzione positiva tra la prima e l'ultima rilevazione. In particolare, sono stati osservati miglioramenti nella responsività, nello stile comunicativo, nell'organizzazione del setting di gioco e nella qualità delle interazioni caregiver-bambino.

-Un ulteriore beneficio riguarda il rafforzamento del senso di autoefficacia genitoriale. Durante il percorso, molti genitori hanno progressivamente sviluppato una maggiore

capacità di cogliere interessi, iniziative comunicative e bisogni del proprio bambino, adattando di conseguenza le modalità di interazione. Questa maggiore attenzione all'osservazione del bambino sembra aver fornito una relazione più reciproca e partecipativa.

-Uno degli aspetti maggiormente significativi del CST riguarda la possibilità di applicare concretamente le strategie nei contesti naturali di vita. Le attività proposte durante il programma sono facilmente integrabili nelle routine quotidiane e non richiedono setting artificiali o situazioni particolari. Questo ha permesso ai caregiver di sperimentare immediatamente quanto appreso e di trasformare momenti ordinari, come il gioco, il pasto o le attività domestiche, in opportunità di apprendimento e interazione.

-Gli incontri di gruppo hanno rappresentato non soltanto un'occasione di formazione, ma anche uno spazio di ascolto, confronto e sostegno reciproco. Nel corso del percorso è stato possibile osservare una progressiva apertura dei caregiver e la costruzione di un clima relazionale caratterizzato da fiducia e condivisione. La possibilità di confrontarsi con altre famiglie che vivevano esperienze simili ha contribuito a ridurre il senso di isolamento e ad aumentare la percezione di supporto sociale.

-Un ulteriore punto di forza del programma è rappresentato dalla presenza di professionisti specificamente formati. La possibilità di confrontarsi con figure competenti e di ricevere feedback personalizzati durante gli incontri e le visite domiciliari ha favorito una migliore comprensione dei bisogni del bambino e un utilizzo più efficace delle strategie proposte.

-Il CST rappresenta inoltre un programma particolarmente accessibile. L'intervento è gratuito per le famiglie e si basa su strategie semplici, facilmente applicabili nella vita quotidiana. Tale caratteristica lo rende un modello di intervento sostenibile e potenzialmente fruibile da un elevato numero di caregiver, anche in contesti caratterizzati da risorse limitate.

-I risultati osservati nel presente studio appaiono in linea con quanto riportato dalla letteratura sul CST. Gli studi di Salomone et al. (2022) e Settanni et al. (2024) evidenziano infatti come uno dei principali effetti del programma riguardi proprio il miglioramento delle competenze dei caregiver e della qualità delle interazioni con il bambino. I dati

raccolti sembrano confermare tale tendenza, suggerendo che il CST possa rappresentare uno strumento efficace per promuovere il coinvolgimento attivo della famiglia e sostenere lo sviluppo del bambino attraverso il potenziamento delle competenze genitoriali.

6.2 Criticità

Come ogni studio osservazionale, anche il presente lavoro presenta alcune limitazioni che devono essere considerate nell'interpretazione dei risultati ottenuti.

-Una prima criticità riguarda la ridotta numerosità del campione. Il progetto ha infatti coinvolto cinque nuclei familiari. Sebbene tale numero abbia consentito un'osservazione approfondita delle singole situazioni, non permette di generalizzare i risultati ottenuti ad una popolazione più ampia di caregiver di bambini con disturbi del neurosviluppo.

-Un secondo elemento da considerare è rappresentato dall'eterogeneità del campione osservato. Le famiglie coinvolte presentavano infatti caratteristiche differenti per età del bambino, quadro clinico, presenza o meno di una diagnosi definita e condizioni familiari e ambientali. Tale variabilità riflette la realtà dei servizi territoriali, ma rende più complesso il confronto diretto tra i partecipanti e l'interpretazione uniforme dei cambiamenti osservati.

-Dal punto di vista metodologico, una limitazione significativa è costituita dall'assenza di un gruppo di controllo. Non essendo stato possibile confrontare i caregiver che hanno partecipato al programma con caregiver che non hanno ricevuto l'intervento, non è possibile attribuire con assoluta certezza i cambiamenti osservati esclusivamente al percorso CST. Una parte dei miglioramenti potrebbe infatti essere influenzata da altri fattori, quali la naturale evoluzione del bambino, l'esperienza progressivamente acquisita dal caregiver o eventuali interventi riabilitativi svolti parallelamente.

-Un'ulteriore criticità riguarda l'utilizzo di una check-list osservativa non standardizzata. Lo strumento è stato costruito appositamente per il presente progetto sulla base dei principi teorici del CST e della letteratura di riferimento, ma non dispone di proprietà psicometriche validate. I risultati ottenuti devono pertanto essere interpretati come indicatori osservativi del cambiamento del caregiver e non come misure standardizzate delle competenze genitoriali.

-Va inoltre considerato il possibile effetto dell'osservazione. La consapevolezza di essere osservati durante le visite domiciliari potrebbe aver influenzato il comportamento dei caregiver, inducendoli a adottare modalità di interazione più aderenti alle strategie apprese rispetto a quelle normalmente utilizzate nella quotidianità. Sebbene le osservazioni siano state svolte nel contesto naturale di vita della famiglia, non è possibile escludere completamente questo potenziale effetto.

-Nel corso dello studio si è verificato un drop-out di un nucleo familiare. Il campione finale analizzato risulta pertanto costituito da 5 famiglie.

-Un altro limite riguarda l'assenza di un follow-up successivo alla conclusione del programma. Le osservazioni si sono infatti concluse con la terza visita domiciliare prevista dal CST, senza la possibilità di verificare il mantenimento nel tempo delle competenze acquisite dai caregiver. Anche le risposte emerse dal questionario di gradimento hanno evidenziato l'interesse di alcuni partecipanti verso possibili incontri di aggiornamento o follow-up che consentissero di monitorare l'evoluzione delle strategie apprese dopo la conclusione dell'intervento.

-La durata relativamente breve del percorso costituisce un ulteriore elemento da considerare. Sebbene il CST preveda un programma strutturato e intensivo, alcune competenze, in particolare quelle relative alla regolazione emotiva e alla gestione dei comportamenti problematici, potrebbero richiedere tempi più lunghi per consolidarsi stabilmente nelle interazioni quotidiane tra caregiver e bambino.

-Infine, non devono essere trascurati gli aspetti organizzativi richiesti alle famiglie. La partecipazione al programma implicava la presenza settimanale agli incontri di gruppo, la pratica delle strategie a casa e la disponibilità alle visite domiciliari. Per alcune famiglie ciò ha richiesto un significativo investimento di tempo e di risorse organizzative, soprattutto nei casi in cui erano presenti altri figli o impegni lavorativi. Inoltre, parte dei partecipanti proveniva da territori differenti rispetto alla sede degli incontri, con la necessità di effettuare spostamenti regolari per raggiungere la sede degli incontri. Sebbene tali aspetti non abbiano impedito la partecipazione al programma, potrebbero aver rappresentato un elemento di difficoltà per alcune famiglie.

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.

Alduais, A., Al-Qaderi, I., & Alfadda, H. (2022). Pragmatic language development: Analysis of mapping knowledge domains on how infants and children become pragmatically competent. *Children*, *9*(9), Article 1407. https://doi.org/10.3390/children9091407

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Autism Speaks. (2025). *Caregiver Skills Training Program*. https://www.autismspeaks.org

Bates, E. (1976). *Language and context: The acquisition of pragmatics*. Academic Press.

Berman, R. A., & Slobin, D. I. (1994). *Relating events in narrative: A crosslinguistic developmental study*. Lawrence Erlbaum Associates.

Brown, R. (1973). *A first language: The early stages*. Harvard University Press.

Bruner, J. (1983). *Child's talk: Learning to use language*. Oxford University Press.

Cainelli, E., Vedovelli, L., & Bisiacchi, P. (2024). The mother-child interface: A neurobiological metamorphosis. *Neuroscience*, *561*, 92–106. https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2024.10.027

Camaioni, L. (1993). *La comunicazione nei primi anni di vita*. La Nuova Italia Scientifica.

Caselli, M. C., Mariani, E., & Pieretti, M. (2016). *I disturbi del linguaggio*. Il Mulino.

Cavonius-Rintahaka, D., Aho, A. L., Voutilainen, A., Billstedt, E., & Gillberg, C. (2019). Health, functionality, and social support in families with a child with a neurodevelopmental disorder – a pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *15*, 1151–1161. https://doi.org/10.2147/NDT.S198205

Cekaite, A. (2012). Child pragmatic development. In C. A. Chapelle (Ed.), *The encyclopedia of applied linguistics*. Wiley-Blackwell.

Ciarmoli, D., & Stasolla, F. (2023). The use of alternative augmentative communication in children and adolescents with neurodevelopmental disorders: A critical review. *Current Developmental Disorders Reports*, *10*, 223–231. https://doi.org/10.1007/s40474-023-00282-3

Conrad, C. E., Rimestad, M. L., Rohde, J. F., Petersen, B. H., Korfitsen, C. B., Tarp, S., Cantio, C., Lauritsen, M. B., & Händel, M. N. (2021). Parent-mediated interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders: A systematic review and

meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, Article 773604. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.773604

Devescovi, R., Monasta, L., Mancini, A., Bin, M., Vellante, V., Carrozzi, M., & Colombi, C. (2016). Early diagnosis and Early Start Denver Model intervention in autism spectrum disorders delivered in an Italian Public Health System service. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *12*, 1379–1384. https://doi.org/10.2147/NDT.S106850

Díaz-Lucero, A. H., Etchepareborda, M. C., Mulas, F., & Ruiz-Andrés, R. (2006). Language and neurodevelopmental disorders. A review of their clinical characteristics. *Revista de Neurología*, *42*(Suppl. 2), S103–S109. https://doi.org/10.33588/rn.42S02.2005786

Fadda, R., Lucarelli, L., & Parisi, M. (2014). Interazioni madre-bambino e competenze socio-comunicative nell'infanzia. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, *18*(3), 377–408. https://doi.org/10.1449/78364

Ferrante, C., Sorgato, P., Fioravanti, M., Pacione, L., Salomone, E., Settanni, M., & Servili, C. (2024). Supporting caregivers remotely during a pandemic: Comparison of WHO Caregiver Skills Training delivered online versus in person in public health settings in Italy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s10803-024-06300-2

Filipe, M. G., Carvalhais, L., Abbeduto, L., & Frota, S. (2023). Editorial: Language across neurodevelopmental disorders. *Frontiers in Psychology*, *13*, Article 1113268. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1113268

Fuller, E. A., Oliver, K., Vejnoska, S. F., & Rogers, S. J. (2020). The effects of the Early Start Denver Model for children with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Brain Sciences*, *10*(6), Article 368. https://doi.org/10.3390/brainsci10060368

Gervain, J. (2020). Typical language development. *Handbook of Clinical Neurology*, *173*, 171–183. https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64150-2.00016-2

Griffiths, T., Clarke, M., & Price, K. (2022). Augmentative and alternative communication for children with speech, language and communication needs. *Paediatrics and Child Health*, *32*(10), 372–377. https://doi.org/10.1016/j.paed.2022.07.004

Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Paul H. Brookes Publishing.

Holme, C., Harding, S., Roulstone, S., Lucas, P. J., & Wren, Y. (2022). Mapping the literature on parent-child language across activity contexts: A scoping review. *International Journal of Early Years Education*, *30*(1), 6–24. https://doi.org/10.1080/09669760.2021.1983050

Huttenlocher, J., Haight, W., Bryk, A., Seltzer, M., & Lyons, T. (2002). Early vocabulary growth: Relation to language input and gender. *Developmental Psychology*, *38*(4), 665–676. https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.4.665

Ingersoll, B., & Dvortcsak, A. (2010). *Teaching social communication to children with autism: A practitioner's guide to parent training*. Guilford Press.

Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani. (s.d.). Comunicazione. In *Enciclopedia Treccani*. Recuperato il 16 settembre 2026, da https://www.treccani.it

Kato, T., Fujii, M., Kanatani, K., Niwa, F., Hirabayashi, K., Nakayama, T., Itakura, S., & Japan Environment and Children's Study (JECS) Group. (2024). Paternal involvement in infant care and developmental milestone outcomes at age 3 years: The Japan Environment and Children's Study (JECS). *Pediatric Research*, *95*(3), 785–791. https://doi.org/10.1038/s41390-023-02840-0

Lagarto, A., & Duaso, M. J. (2022). Fathers' experiences of fetal attachment: A qualitative study. *Infant Mental Health Journal*, *43*(2), 328–339. https://doi.org/10.1002/imhj.21971

Lee, G. Y., & Kisilevsky, B. S. (2013). Fetuses respond to father's voice but prefer mother's voice after birth. *Developmental Psychobiology*, *56*(1), 1–11. https://doi.org/10.1002/dev.21088

Lei, J., & Ventola, P. (2017). Pivotal Response Treatment for autism spectrum disorder: Current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *13*, 1613–1626. https://doi.org/10.2147/NDT.S118012

Levickis, P., Conway, L., Smith, J., & Bennetts, S. (2022). Parent–child interaction and its impact on language development. In *Language development: Individual differences in a social context*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781108643719.010

Ninio, A., & Snow, C. E. (1996). *Pragmatic development*. Westview Press.

Ouyang, Y., Feng, J., Wang, T., Xue, Y., Mohamed, Z. A., Jia, F., & Wu, L. (2024). Comparison of the efficacy of parent-mediated NDBIs on developmental skills in children with ASD and fidelity in parents: A systematic review and network meta-analysis. *BMC Pediatrics*, *24*, Article 270. https://doi.org/10.1186/s12887-024-04740-4

Purpura, G., Tagliabue, L., Petri, S., Cerroni, F., Mazzarini, A., & Nacinovich, R. (2021). Caregivers' burden of school-aged children with neurodevelopmental disorders: Implications for family-centred care. *Brain Sciences*, *11*(7), Article 875. https://doi.org/10.3390/brainsci11070875

Rizzo, A., Sorrenti, L., Commendatore, M., Mautone, A., Caparello, C., Maggio, M. G., Özaslan, A., Karaman, H., Yıldırım, M., & Filippello, P. (2024). Caregivers of children with autism spectrum disorders: The role of guilt sensitivity and support. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(14), Article 4249. https://doi.org/10.3390/jcm13144249

Roberts, M. Y., Curtis, P. R., Sone, B. J., & Hampton, L. H. (2019). Association of parent training with child language development: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, *173*(7), 671–680. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.1197

Rollè, L., Gullotta, G., Trombetta, T., Curti, L., Gerino, E., Brustia, P., & Caldarera, A. M. (2019). Father involvement and cognitive development in early and middle childhood: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, *10*, Article 2405. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02405

Ruoppolo, G., Schindler, A., Amitrano, A., & Genovese, E. (2021). *Manuale di logopedia*. Edra.

Sacchi, C., Miscioscia, M., Visentin, S., & Simonelli, A. (2021). Maternal–fetal attachment in pregnant Italian women: Multidimensional influences and the association with maternal caregiving in the infant's first year of life. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*, Article 488. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03960-9

Salomone, E., Pacione, L., Shire, S., Brown, F. L., Reichow, B., & Servili, C. (2019). Development of the WHO Caregiver Skills Training Program for developmental disorders or delays. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, Article 769. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00769

Salomone, E., Settanni, M., McConachie, H., Suma, K., Ferrara, F., Foletti, G., & Servili, C. (2022). Pilot randomized controlled trial of the WHO Caregiver Skills Training in public health services in Italy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *52*(10), 4286–4300. https://doi.org/10.10007/s10803-021-05318-0

Sameroff, A. J., & Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz (Ed.), *Review of child development research* (Vol. 4, pp. 187–244). University of Chicago Press.

Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A. C., Landa, R., Rogers, S. J., McGee, G. G., Kasari, C., Ingersoll, B., Kaiser, A. P., Bruinsma, Y., McNerney, E., Wetherby, A., & Halladay, A. (2015). Naturalistic Developmental Behavioral Interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*(8), 2411–2428. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2407-8

Settanni, M., Suma, K., Adamson, L. B., Servili, C., Salomone, E., & McConachie, H. (2024). Treatment mechanism of the WHO caregiver skills training intervention for autism delivered in community settings. *Autism Research*, *17*(5), 1012–1025. https://doi.org/10.1002/aur.3134

Sousa, D., Ferreira, A., Sequeira, J., Monteiro, M. J., Simões, M., & Castelo-Branco, M. (2024). Caregivers' well-being in families with neurodevelopmental disorders members: Implications for family therapy. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, Article 1354321. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1354321

Stern, D. N. (1998). *The birth of a mother*. Basic Books.

Stern, D. N., Hofer, L., Haft, W., & Dore, J. (1984). Affect attunement: The sharing of feeling states between mother and infant. In T. Field & A. Fogel (Eds.), *Emotion and interaction* (pp. 140–168). Lawrence Erlbaum Associates.

Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H., & Baumwell, L. (2001). Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child Development*, *72*(3), 748–767. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00313

Tamis-LeMonda, C. S., Kuchirko, Y., & Song, L. (2014). Why is infant language learning facilitated by parental responsiveness? *Current Directions in Psychological Science*, *23*(2), 121–126. https://doi.org/10.1177/0963721414522813

Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, *28*(5), 675–735. https://doi.org/10.1017/S0140525X05000129

Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginning of interpersonal communication* (pp. 321–347). Cambridge University Press.

Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*(1), 3–48. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00701

Università degli Studi di Milano-Bicocca. (2026). *L'intervento mediato dai genitori per l'autismo: Il modello WHO Caregiver Skills Training*. [Documento non pubblicato / Materiale didattico].

Waddington, H., Reynolds, J. E., Macaskill, E., Curtis, S., Taylor, L. J., & Whitehouse, A. J. O. (2021). The effects of JASPER intervention for children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism*, *25*(8), 2370–2385. https://doi.org/10.1177/13623613211019623

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. W. W. Norton & Company.

Wilson, E., & Katsos, N. (2021). Pragmatic, linguistic and cognitive factors in young children's development. *Journal of Child Language*, *48*(5), 903–931. https://doi.org/10.1017/S030500092000057X

World Health Organization. (2022). *Caregiver skills training for families of children with developmental delays or disabilities: Introduction*. World Health Organization.

Yoder, P. J., Stone, W. L., & Edmunds, S. R. (2021). Parent utilization of ImPACT intervention strategies is a mediator of proximal then distal social communication outcomes in younger siblings of children with ASD. *Autism*, *25*(1), 44–57. https://doi.org/10.1177/1362361320949089

Yumus, M., & Turan, F. (2022). The impact of parent training intervention in early years: Language and literacy development. *International Journal of Early Years Education*, *30*(4), 697–713. https://doi.org/10.1080/09669760.2021.1933918

8. ALLEGATI

Allegato Check-list osservativa sul caregiver

CHECK-LIST OSSERVATIVA SUL GENITORE

0= mai (NEGATIVO) 1= a volte 2= spesso 3= sempre (POSITIVO)

RESPONSIVITÀ DEL GENITORE

N°	Domanda	0	1	2	3
1	Durante l'attività di gioco, il genitore si mostra ricettivo e interessato alle iniziative del bambino?	○	○	○	○
2	Il genitore risponde prontamente ai segnali comunicativi del bambino?	○	○	○	○
3	Il genitore mantiene il contatto oculare?	○	○	○	○
4	Il genitore mostra un atteggiamento incoraggiante e propositivo durante le interazioni?	○	○	○	○

STILE COMUNICATIVO

N°	Domanda	0	1	2	3
1	Il genitore utilizza un linguaggio chiaro, semplice e adeguato alle abilità comunicative del bambino?	○	○	○	○
2	Il genitore modella le parole o frasi corrette quando il bambino produce forme non corrette?	○	○	○	○
3	Il genitore descrive le azioni in corso o verbalizza ciò che fa il bambino ("Self-talk/parallel talk")?	○	○	○	○
4	Il genitore utilizza strategie di espansione o riformulazione del linguaggio del bambino?	○	○	○	○
5	Il genitore attende e lascia pause comunicative che permettono al bambino di rispondere?	○	○	○	○
6	Durante l'attività, il genitore usa il gioco come contesto per stimolare il linguaggio (nomina, commenta, descrive)?	○	○	○	○
7	Il genitore regola il ritmo dell'interazione in base ai bisogni del bambino?	○	○	○	○
8	Il genitore dà troppi stimoli al bambino (richieste troppo complesse o frequenti)?	○	○	○	○
9	Il genitore sostiene la comunicazione del bambino senza sostituirsi a lui?	○	○	○	○
10	Il genitore mantiene un tono di voce adeguato?	○	○	○	○

SETTING

N°	Domanda	0	1	2	3
1	Il genitore organizza predispone uno spazio di gioco organizzato, funzionale e privo di elementi distraenti, così da favorire la concentrazione del bambino?	○	○	○	○
2	Il genitore si pone allo stesso livello del bambino per comunicare?	○	○	○	○
3	Durante l'attività di gioco, il genitore si pone di fronte al bambino?	○	○	○	○

QUALITÀ DEL GIOCO

N°	Domanda	0	1	2	3
1	Il genitore si coinvolge attivamente nel gioco?	○	○	○	○
2	Il genitore propone attività di gioco adeguate all'età, agli interessati e alle competenze comunicative del bambino?	○	○	○	○
3	Il genitore incoraggia lo scambio turn-taking durante il gioco?	○	○	○	○
4	Durante il gioco, il genitore lascia che sia il bambino a guidare l'attività?	○	○	○	○

REGOLAZIONE, GESTIONE DEI COMPORTAMENTI ED EMOZIONI

N°	Domanda	0	1	2	3
1	Il genitore gestisce momenti di frustrazione o difficoltà con calma e strategie adeguate?	○	○	○	○
2	Il genitore valorizza e rinforza positivamente i tentativi comunicativi del bambino?	○	○	○	○
3	Il genitore mostra coerenza nelle regole e nelle indicazioni durante l'attività?	○	○	○	○

Allegato brochure

IL TUO BENESSERE CONTA!

Prendersi cura di un bambino con Disturbi del Neursoviluppo è intenso ed impegnativo. Ricordati di dedicare tempo a te stesso; il tuo equilibrio è la chiave per supportare al meglio il tuo bambino.

ALCUNE IDEE:

- Passeggiare in un parco
- Chiacchierare con gli amici
- Uscire a prendere un caffè con una persona cara
- Fare sport
- Dormire un pò di più; il sonno recupera energia e calma la mente
- Leggere un libro
- Coltivare i propri hobby



GRAZIE PER AVER PARTECIPATO!

CAREGIVER SKILLS TRAINING

Strategie e suggerimenti per il genitore



LE STRATEGIE FONDAMENTALI

Qui di seguito troverete quelle che sono le strategie utili nella gestione quotidiana

- Organizzare l'ambiente: togli le distrazioni e crea un posto sicuro per interagire
- Mettiti di fronte al bambino, abbassati allo stesso livello e mantieni l'attività tra te e lui
- Mantieni il contatto visivo, partecipa alla routine e prendi il tuo turno imitando cosa sta facendo il tuo bambino
- Aspetta per dare al tuo bambino spazio per comunicare
- Dividi l'attività in piccoli passaggi e insegna al tuo bambino un passaggio alla volta
- Usa i programmi per immagini per aiutare il tuo bambino a capire le attività e a rimanere regolato.

COMPORTAMENTI PROBLEMA

Nella gestione dei comportamenti problema, è bene tenere a mente che i bambini comunicano anche attraverso di essi.
Questi possono presentarsi per:

- avere accesso a qualcosa;
- ricevere attenzione;
- evitare qualcosa;
- provare una sensazione.

Ricordati di mantenere la calma e aspettare, dandogli il tempo di calmarsi da solo .

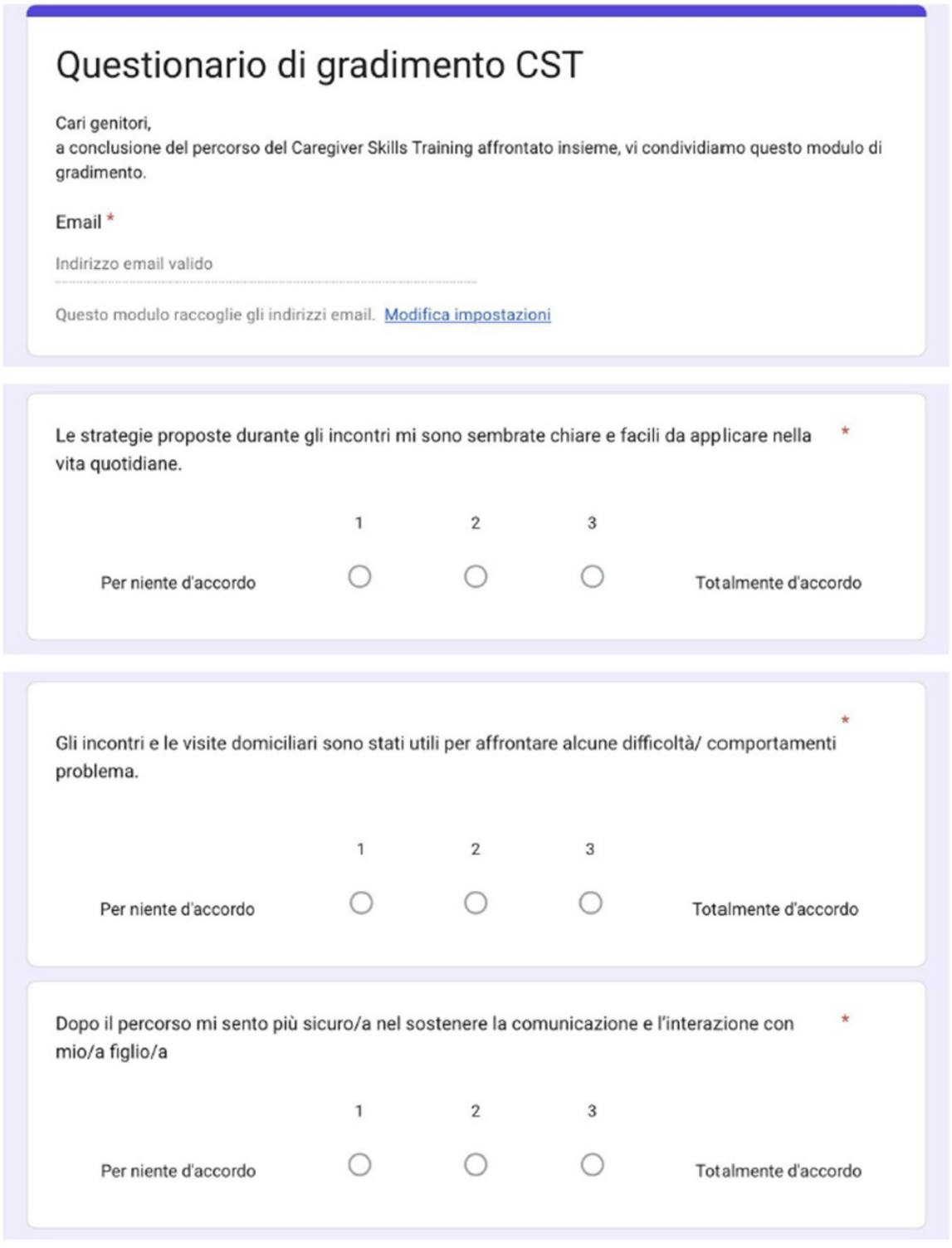
SUGGERIMENTI:
1- Guarda e ascolta i segnali prima del comportamento problema;
2- Dai un preavviso prima di cambiare attività per aiutare il tuo bimbo a rimanere tranquillo;
3- Ignora il comportamento problema per ricevere attenzioni se è sicuro e va bene farlo.



RICORDA ANCHE...

- I bambini imparano meglio quando sono calmi e freschi e durante attività positive e ricche di lodi
- Inizia con 2/3 scelte motivanti e segui la scelta del bambino
- Ripeti le parole del tuo bambino ed espandi il suo linguaggio
- Rispondi con parole e gesti (che corrispondono al suo livello di linguaggio) a tutte le comunicazioni del tuo bambino
- Guarda e Ascolta: nota da cosa il tuo bambino è motivato
- Dai il minimo aiuto necessario affinchè il tuo bambino porti a termine l'attività
- Mostrar e dire: dai al tuo bambino un nuovo passaggio per la routine. Espandila e collegala ad altre

Allegato questionario di gradimento



Questionario di gradimento CST

Cari genitori,
a conclusione del percorso del Caregiver Skills Training affrontato insieme, vi condividiamo questo modulo di gradimento.

Email *

Indirizzo email valido

Questo modulo raccoglie gli indirizzi email. Modifica impostazioni

Le strategie proposte durante gli incontri mi sono sembrate chiare e facili da applicare nella vita quotidiane. *

	1	2	3	
Per niente d'accordo	○	○	○	Totalmente d'accordo

Gli incontri e le visite domiciliari sono stati utili per affrontare alcune difficoltà/ comportamenti problema. *

	1	2	3	
Per niente d'accordo	○	○	○	Totalmente d'accordo

Dopo il percorso mi sento più sicuro/a nel sostenere la comunicazione e l'interazione con mio/a figlio/a *

	1	2	3	
Per niente d'accordo	○	○	○	Totalmente d'accordo

Durante gli incontri mi sono sentito/a accolto/a e a mio agio nel gruppo. *

	1	2	3	
Per niente d'accordo	○	○	○	Totalmente d'accordo

Nel complesso sono soddisfatto del percorso svolto con i professionisti *

	1	2	3	
Per niente d'accordo	○	○	○	Totalmente d'accordo

Ritieni possa essere utile una brochure riassuntiva delle strategie presentate durante il progetto? *

	1	2	3	
Per niente d'accordo	○	○	○	Totalmente d'accordo

Se conoscessi qualcuno con difficoltà simili alle mie, gli consiglierei di partecipare a questo progetto. *

	1	2	3	
Per niente d'accordo	○	○	○	Totalmente d'accordo

Al fine di migliorare il percorso proposto, ti invitiamo a indicare eventuali modifiche, suggerimenti o raccomandazioni utili per le future edizioni, in modo da garantire un'esperienza soddisfacente per le famiglie che parteciperanno

Testo risposta lunga

9. RINGRAZIAMENTI