



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Educazione Professionale

**IL GIOCO E LA MOTRICITÀ:
MODALITÀ EDUCATIVE
PER IL TRATTAMENTO RIABILITATIVO
DEI BAMBINI CON AUTISMO**

Relatore: Chiar.ma
Prof.ssa Raffaella Maggi

Tesi di Laurea di:
Elena Baiocco

A.A. 2019/2020

INDICE

Introduzione	1
---------------------------	----------

Capitolo 1- I disturbi dello spettro autistico

1.1 Ricerca storica sull'autismo.....	4
1.2 Definizione e diagnosi	8
1.3 Caratteristiche cliniche	12
1.4 Epidemiologia.....	14
1.5 Eziologia.....	14
1.6 L'importanza della diagnosi e dell'avvio del trattamento precoce.....	16
1.7 L'educatore professionale e la presa in carico del bambino con ASD.....	17

Capitolo 2- Il gioco

2.1 Introduzione al gioco	19
2.2 Le funzioni del gioco nello sviluppo del bambino	22
2.3 Sviluppo tipico delle abilità di gioco nei bambini.....	23
2.4 Il gioco nei bambini con ASD	27
2.5 L'importanza del gioco nella valutazione iniziale.....	31

Capitolo 3- Il gioco nell'intervento G-ESDM per i bambini con ASD

3.1 L'apprendimento nella prima infanzia	33
3.2 I principi dell'Early Start Denver Model.....	34
3.3 Dall'ESDM al G-ESDM.....	38

3.4 Il ruolo dei familiari del bambino nel G-ESDM	39
3.5 Definizione degli obiettivi di trattamento nel G-ESDM	39
3.6 I ruoli nel team G-ESDM	40
3.7 L'organizzazione degli spazi fisici	41
3.8 I centri delle attività di gioco	43
3.9 Il valore dell'inclusività.....	44

Capitolo 4- L'esperienza del tirocinio

4.1 Il progetto educativo “Gruppi di gioco e interazione sociale”	46
4.2 Organizzazione dello spazio fisico e strutturazione del tempo	47
4.3 Transizione tra due attività di gioco	49
4.4 Funzioni sociali delle attività di gioco proposte.....	51
4.5 Proposte di gioco e di attività di gruppo.....	53
4.6 Favorire la relazione con i coetanei attraverso il gioco.....	61
4.7 Le competenze metodologiche dell'educatore professionale	62
4.8 Valutazione educativa del progetto “Gruppi di gioco e interazione sociale”	64

Capitolo 5- La neuromotricità e i disturbi dello spettro autistico: un approccio

ecologico

5.1 La motricità nel bambino con ASD: un esempio di disprassia	66
5.2 L'importanza della motricità nel gioco	69
5.3 Neuromotricità come sviluppo di sinestesie neuromotorie	70
5.4 Alcuni esempi di attività neuromotorie per bambini con ASD	74

Conclusioni..... 76

Bibliografia..... 77

Sitografia 79

INTRODUZIONE

Il mio interesse riguardo al vasto e sorprendente mondo dei disturbi dello spettro autistico è maturato abbastanza recentemente, precisamente in concomitanza con l'avvio dell'ultimo tirocinio universitario. Presso la Cooperativa Sociale "L'isola che non c'è" di Fermo, mi è stata data la possibilità di vivere un'esperienza professionale e personale altamente formativa ed intensa, al punto tale da costituire uno stimolo concreto per intraprendere il presente lavoro di tesi.

La prima parte dell'elaborato è stata scritta con l'intento di fornire innanzitutto una panoramica che, a livello storico-concettuale, consentisse di ripercorrere anni di studi empirici e ricerche scientifiche rispetto al tema dell'autismo. Partendo dalle prime definizioni del disturbo, risalenti ormai alla prima metà del 1900, ho ritenuto opportuno procedere con l'analisi dei criteri diagnostici universalmente accettati, definiti dal DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), evidenziando alcune delle novità che sono state apportate rispetto alle classificazioni precedenti. Successivamente sono state illustrate le caratteristiche che contraddistinguono dal punto di vista clinico i soggetti che presentano un disturbo dello spettro autistico, approfondendo in particolar modo le compromissioni che riguardano l'interazione sociale e la comunicazione oltre che i comportamenti e gli interessi ripetitivi e stereotipati.

In seguito, mi sono concentrata sull'importanza fondamentale che assume la diagnosi e il conseguente avvio del trattamento precoce durante il processo di presa in carico del bambino che presenta i segnali tipici del disturbo dello spettro autistico.

Un aspetto che ha particolarmente attirato la mia attenzione durante il periodo in cui ho potuto sperimentare concretamente il trattamento educativo-riabilitativo proposto dall'équipe multidisciplinare della Cooperativa "L'isola che non c'è", è stato il gioco.

Ho deciso dunque di approfondire questo argomento descrivendo le innumerevoli funzioni che il gioco concorre ad attivare durante il periodo di sviluppo del bambino. In particolar modo mi sono focalizzata sulle abilità di gioco del bambino con sviluppo tipico per poi addentrarmi nella descrizione degli aspetti che risultano deficitari nell'attività ludica del bambino con disturbo dello spettro autistico, quasi sempre caratterizzata da una serie di rituali e comportamenti ripetitivi che molto spesso impediscono al bambino di interagire con i coetanei.

Proseguendo nel lavoro di ricerca ho notato come la dimensione ludica assumesse un ruolo fondamentale all'interno dell'approccio di intervento ESDM (*Early Start Denver Model*) rivolto ai bambini con autismo in età prescolare e, ancor di più, nell'adattamento di tale approccio al contesto di gruppo. Non a caso, i principi teorico-concettuali a cui si ispira il progetto educativo "Gruppi di gioco e interazione sociale", a cui ho partecipato durante l'esperienza di tirocinio, sono proprio quelli del G-ESDM (*Group-Based Early Start Denver Model*).

Il progetto educativo è rivolto ad un gruppo costituito da bambini che hanno un'età compresa tra gli 0 e i 6 anni e che presentano uno sviluppo tipico o un disturbo dello spettro autistico. Il gioco, inteso sia come strumento per potenziare aspetti deficitari e favorire l'interazione sociale con i coetanei sia come elemento da rafforzare attraverso specifiche strategie educative, assume una rilevanza fondamentale all'interno del progetto educativo.

Ho ritenuto dunque opportuno integrare le informazioni teoriche riguardanti il modello G-ESDM con l'adattamento pratico che è stato realizzato nel progetto "Gruppi di gioco e interazione sociale" soffermandomi in particolare sull'organizzazione degli spazi, la strutturazione dei tempi, la definizione degli obiettivi educativi e sulle proposte concrete di gioco e attività in gruppo. Ho scelto inoltre di sottolineare l'importanza della figura dell'educatore professionale nell'attuazione di un progetto incentrato sulla componente ludica, evidenziando le funzioni che assume nel processo di interazione sociale tra i bambini e nel raggiungimento degli obiettivi educativi prefissati.

Infine, prendendo in considerazione le connessioni che legano il gioco alla motricità ho deciso di concludere l'elaborato di tesi descrivendo la pratica del *Cognitive Motor Training* e della *Champion Praxic*. Si tratta di interventi abilitativi e riabilitativi che, tramite un'attivazione simultanea che coinvolge sia gli aspetti cognitivi che quelli motori, hanno l'obiettivo di stimolare e potenziare gli aspetti neuromotori che risultano inficiati nel bambino che presenta un disturbo dello spettro autistico.

CAPITOLO 1- I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

1.1 RICERCA STORICA SULL'AUTISMO

Di autismo si è iniziato a parlare ufficialmente dal punto di vista scientifico soltanto dal 1943, anno in cui lo psichiatra austriaco Leo Kanner pubblicò una relazione in cui descrisse per la prima volta il “disturbo autistico del contatto affettivo”. Riferendosi a questa sindrome egli descrisse i casi di undici bambini in cui l'interazione con gli altri appariva assente e si manifestava l'ossessione nel fare ripetutamente le stesse cose.¹ Kanner parlò di *autismo infantile precoce*² descrivendolo come una forma di psicosi infantile dalla sintomatologia caratteristica.³

Quasi contemporaneamente, nel 1944, Hans Asperger descrisse la condizione clinica di quattro bambini con caratteristiche simili a quelle evidenziate da Kanner ma con capacità cognitive superiori e li definì “affetti da psicopatia autistica”. Il loro quoziente intellettivo era nella norma, avevano buone competenze grammaticali e lessicali, apparivano socialmente bizzarri, i loro interessi erano circoscritti e presentavano difficoltà nella coordinazione motoria.⁴

Nel 1967, lo psicoanalista austriaco Bruno Bettelheim pubblicò la sua opera “*La fortezza vuota*” in cui sviluppò il concetto di “madre frigorifero” incolpando i genitori, in particolar

¹ G. Vivanti, *La Mente Autistica. Le risposte della ricerca scientifica al mistero dell'autismo*, Omega Edizioni, 2010 (pag.17)

² P. Crispiani (a cura di), *Storia della pedagogia speciale. L'origine, lo sviluppo, la differenziazione*, Pisa, Edizioni Ets, 2016 (pag. 706)

³ L. Cottini, *Che cos'è l'autismo infantile*, Roma, Carocci Faber, 2002 (pag. 7)

⁴ S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012 (pag. 15)

modo le madri, di essere la causa dell'autismo dei figli. Secondo Bettelheim il rapporto tra i bambini autistici e le loro madri era caratterizzato da assenza di affettività e contatto fisico per cui l'autismo rappresentava un meccanismo di difesa messo in atto dal bambino per proteggersi da questa relazione disfunzionale. Sulla base di queste convinzioni, il trattamento proposto da Bettelheim prevedeva la separazione del bambino dai suoi genitori in modo da poter ricostruire una trama relazionale ed emozionale adeguata in un ambiente diverso.⁵

Con il tempo, l'idea per cui alla base dell'autismo ci fosse un meccanismo difensivo causato dalla relazione disfunzionale instaurata tra il bambino e la madre, venne superata a favore di un approccio di tipo psicoeducativo. Questo avvenne soprattutto grazie ad una serie di sperimentazioni che dimostrarono il determinismo biologico alla base della sindrome autistica.

Il primo a contrastare la posizione di Bettelheim fu B. Rimland, nel 1964, seguito da I. Lovaas e E. Schopler che, alla fine degli anni '60, contribuirono all'affermarsi di modelli di lavoro psicoeducativi che consentirono il superamento dell'approccio psicoanalitico. A Los Angeles, presso l'Università della California, Lovaas e i suoi collaboratori elaborarono un modello di intervento basato sui principi dell'analisi comportamentale applicata. Secondo la teoria comportamentista l'autismo sarebbe da considerarsi come una sindrome causata da disfunzioni neurologiche che si manifestano in determinati comportamenti, i quali possono essere modificati tramite determinate interazioni con l'ambiente circostante.

Contemporaneamente, presso l'Università della North Carolina, Schopler progettò e sperimentò il programma TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related*

⁵ P. Crispiani (a cura di), *Storia della pedagogia speciale. L'origine, lo sviluppo, la differenziazione*, Pisa, Edizioni Ets, 2016 (pag. 708-709)

Communication-handicapped Children), favorendo l'adattamento della persona autistica al proprio ambiente di vita tramite una serie di interventi educativi personalizzati basati sia sul potenziamento delle capacità del soggetto che sulla modifica dell'ambiente.⁶ Secondo Schopler, i genitori dei bambini autistici non dovevano essere incolpati né tantomeno considerati come dei nemici da cui è necessario proteggere il bambino. La loro presenza piuttosto dovrebbe essere percepita come una risorsa da sfruttare per raggiungere gli obiettivi di intervento tramite determinate strategie pedagogiche.⁷

Rutter, al termine degli anni '70, individuò una serie di criteri fondamentali per descrivere l'autismo infantile: esordio prima dei due anni e mezzo, assenza di linguaggio o presenza di ecolalia e inversione pronominale, presenza di stereotipie motorie, atteggiamento evitante di natura corporea, visiva e uditiva, necessità di mantenere l'ambiente immutato.⁸

Le considerazioni di Rutter e Schopler evidenziano come, a partire dagli anni '70, la stagione e la letteratura stessero cambiando a favore di un approccio scientifico allo studio dell'autismo che portò alla conclusione secondo cui l'autismo è un disturbo del neurosviluppo, biologicamente determinato.⁹

Grazie all'importante pubblicazione del 1979 di Lorna Wing e Judith Gould si affermò sempre di più all'interno della comunità scientifica l'idea di *spettro autistico*, intendendo, con questa definizione, le manifestazioni eterogenee con cui il disturbo si presentava negli individui che ne erano affetti.

⁶P. Crispiani (a cura di), *Storia della pedagogia speciale. L'origine, lo sviluppo, la differenziazione*, Pisa, Edizioni Ets, 2016 (pag. 715)

⁷G. Vivanti, *La Mente Autistica. Le risposte della ricerca scientifica al mistero dell'autismo*, Omega Edizioni, 2010 (pag. 22)

⁸L. Cottini, *Che cos'è l'autismo infantile*, Roma, Carocci Faber, 2002 (pag. 8-9)

⁹G. Vivanti, *La Mente Autistica. Le risposte della ricerca scientifica al mistero dell'autismo*, Omega Edizioni, 2010 (pag. 22-23)

Wing e Gould definirono tre diverse classificazioni di persone autistiche:

- gli *isolati*, con caratteristiche simili ai soggetti descritti da Kanner;
- i *passivi*, indifferenti rispetto all'ambiente circostante;
- gli *attivi ma bizzarri* la cui sfera delle relazioni sociali non appare inficiata in maniera esagerata ma compiono azioni incongruenti o inconsuete.

Dagli anni '80 si svilupparono dei modelli esplicativi dell'autismo tra cui quello proposto dai ricercatori inglesi Uta Frith e Baron Cohen, basato sulla presenza di un deficit a livello della teoria della mente. Secondo questa ipotesi, la disfunzione cognitiva che colpisce la persona autistica si manifesta attraverso l'incapacità di comprensione e, conseguentemente, dell'elaborazione del pensiero altrui. È proprio questo, nello specifico, che rappresenta la causa della compromissione nella persona autistica della capacità di comprensione di desideri, pensieri, intenzioni nonché della previsione e spiegazione dei comportamenti altrui.¹⁰

Negli ultimi anni numerose ricerche hanno evidenziato come il sistema dei neuroni a specchio risulti scarsamente funzionante nei bambini con disturbo dello spettro autistico. Poiché i neuroni a specchio sono collegati a molte aree del cervello, è stato ipotizzato che il loro mancato funzionamento determini complicazioni nella connettività generale del cervello.¹¹ Gli studi sui neuroni a specchio hanno messo dunque in discussione la teoria secondo cui la carente costruzione della mente nei soggetti autistici sia causata da un deficit di natura cognitiva.

¹⁰ P. Crispiani (a cura di), *Storia della pedagogia speciale. L'origine, lo sviluppo, la differenziazione*, Pisa, Edizioni Ets, 2016 (pag. 717-718)

¹¹ P. Venuti, *Intervento e riabilitazione nei disturbi dello spettro autistico*, Roma, Carocci Editore, 2012 (pag. 36)

1.2 DEFINIZIONE E DIAGNOSI

I disturbi dello spettro autistico (ASD da *autism spectrum disorders*) vedono il loro esordio nei primi anni di vita del bambino e sono caratterizzati dal punto di vista clinico da compromissioni qualitative delle interazioni sociali, della comunicazione e da un repertorio di interessi e attività che appare limitato, stereotipato e ripetitivo.¹²

Gli ASD rappresentano, all'interno del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) elaborato dall'APA (*American Psychiatric Association*) nel 2014, una specifica categoria diagnostica che include al suo interno: il disturbo autistico, il disturbo di Asperger e il DPS-NAS (*disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato*).

“I quattro criteri diagnostici che devono essere soddisfatti sono i seguenti:

A. Deficit persistenti nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in differenti contesti, che non può essere una mera conseguenza di un ritardo generale dello sviluppo.

I deficit si manifestano attraverso tutti i seguenti criteri:

1. Deficit nella reciprocità socioemozionale; questo varia da approcci sociali atipici e fallimenti nella normale conversazione bidirezionale, a una riduzione della condivisione di interessi, emozioni e affetti, fino alla totale mancanza di iniziativa nell'interazione sociale reciproca.

2. Deficit nella comunicazione non verbale, comportamenti fondamentali per l'interazione sociale; questo varia da una comunicazione con scarsa integrazione degli aspetti verbali e non verbali, ad anomalie nel contatto oculare e nel linguaggio corporeo, deficit nella

¹² P. Venuti, *Intervento e riabilitazione nei disturbi dello spettro autistico*, Roma, Carocci Editore, 2012 (pag. 15)

comprensione e nell'uso della comunicazione non verbale, fino alla totale assenza di gesti ed espressioni facciali.

- 3. Deficit nello sviluppare e nel mantenere relazioni sociali, appropriate al livello di sviluppo (oltre a quelle con i caregivers), che variano dalla difficoltà di modulare il comportamento nei diversi contesti sociali, alla difficoltà nel gioco immaginativo condiviso e nello sviluppare amicizie, fino all'(apparente) assenza di interesse verso le altre persone.*

B. Un pattern ristretto e ripetitivo di comportamenti, interessi o attività, che si manifesta in almeno due dei seguenti criteri:

- 1. Eloquio, movimenti motori o uso degli oggetti stereotipato o ripetitivo, come stereotipie motorie, ecolalie, uso ripetitivo di oggetti o frasi idiosincratiche.*
- 2. Eccessiva aderenza a routine, pattern ritualizzati di comportamenti verbali o non verbali, oppure eccessiva resistenza al cambiamento, come insistenza sugli stessi percorsi o sugli stessi cibi, domande ripetitive o estremo disagio per piccoli cambiamenti.*
- 3. Interessi altamente ristretti e fissi, atipici per intensità o per focalizzazione, come forte attaccamento o preoccupazione per oggetti insoliti; interessi eccessivamente circoscritti o perseverativi.*
- 4. Iper o iposensibilità a input sensoriali o interessi atipici per aspetti sensoriali dell'ambiente, come apparente indifferenza al dolore o al freddo, risposte evitanti a specifici suoni o aspetti tattili, eccessiva attività nell'odorare o nel toccare oggetti, fascinazione per luci o per oggetti che ruotano.*

C. *I sintomi devono essere presenti nell'infanzia, ma possono manifestarsi pienamente solo quando le richieste sociali eccedono le capacità limitate.*

D. *I sintomi nel loro insieme limitano e compromettono il funzionamento quotidiano.*¹³

I cambiamenti più importanti che sono stati apportati dal DSM-5 rispetto alle classificazioni precedenti riguardano innanzitutto la nuova denominazione della categoria diagnostica ASD che sostituisce la precedente PDD (*Pervasive Developmental Disorders*) presente all'interno del DSM-4-TR (APA,2000). La classificazione del DSM-4-TR per *i disturbi pervasivi dello sviluppo* comprende infatti: il Disturbo autistico, il Disturbo di Rett, il Disturbo disintegrativo dell'infanzia, il Disturbo di Asperger e il Disturbo pervasivo dello sviluppo-non altrimenti specificato.¹⁴

L'utilizzo del termine spettro sottolinea la variabilità e la diversa intensità delle manifestazioni del disturbo, in accordo con le indicazioni di tutti gli studi che evidenziano l'eterogeneità e le differenze delle manifestazioni della patologia.¹⁵

Il periodo di comparsa all'interno del DSM-4 era indicato entro i 36 mesi, mentre nel DSM-5 vengono considerati i primi anni d'infanzia.¹⁶

¹³S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012 (pag. 21-22)

¹⁴ *Ibidem* (pag. 20-22)

¹⁵ P. Venuti, A. Benteuto, *Studi di caso. Disturbi dello spettro autistico. Dal nido d'infanzia alla scuola primaria*, Trento, Erickson, 2017 (pag. 22)

¹⁶ P. Crispiani, *Ippocrate Pedagogico. Manuale professionale di Pedagogia speciale e della Abilitazione e Riabilitazione*, Istituto Itard, 2019 (pag. 62)

Un ulteriore aspetto significativo della categoria diagnostica presente all'interno del DSM-5 è che i tre domini precedenti diventano due:

1. deficit sociali e comunicativi;
2. interessi fissi e comportamenti ripetitivi.

Il DSM-5 ha introdotto anche degli indici, definiti specificatori, che contribuiscono a caratterizzare nel particolare la fenomenologia clinica del disturbo. Tali specificatori sono:

- presenza o assenza di una compromissione intellettiva associata;
- presenza o assenza di una compromissione del linguaggio associata;
- associazione a una condizione medica o genetica o a un fattore ambientale conosciuto (ad esempio, un disturbo genetico conosciuto come la Sindrome di Rett, o un disturbo medico come l'epilessia);
- associazione a un altro disturbo del neuro-sviluppo, mentale o comportamentale (ad esempio, un ADHD o un disturbo d'ansia);
- associazione con catatonia.

Un'ulteriore innovazione presente all'interno del DSM-5 è riferita alla definizione di tre livelli di gravità secondo degli specificatori:

“Livello 3: è necessario un supporto molto significativo. Gravi deficit della comunicazione verbale e non verbale, interazioni sociali molto limitate, inflessibilità di comportamento, difficoltà al cambiamento, comportamenti ristretti/ripetitivi.

Livello 2: è necessario un supporto significativo. Marcati deficit della comunicazione sociale verbale e non verbale, compromesse interazioni sociali, inflessibilità di comportamento, difficoltà al cambiamento, comportamenti ristretti/ripetitivi.

*Livello 1: è necessario un supporto. In assenza di supporto, sono compromesse la comunicazione sociale verbale e non verbale e le interazioni sociali, inflessibilità di comportamento per interferenze con il funzionamento. Problemi nell'organizzazione e pianificazione.”*¹⁷

La definizione di autismo che si trova all'interno della classificazione della Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD10, 1992) è simile a quella contenuta nel DSM-4.

Nella definizione dell'ICD10 (*Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati*) non si parla di *Disturbo autistico* ma di *Autismo infantile*¹⁸, che appartiene alla classificazione delle *sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico* insieme a: Autismo atipico, Sindrome di Rett, sindrome disintegrativa dell'infanzia e Sindrome di Asperger.¹⁹

1.3 CARATTERISTICHE CLINICHE

È importante sottolineare che negli ultimi decenni le nostre capacità di comprensione degli aspetti sociali, comunicativi e comportamentali delle persone con disturbi dello spettro autistico hanno assistito a un consistente incremento che ci hanno permesso di avere una definizione delle principali caratteristiche cliniche.

- *Compromissioni di tipo qualitativo nell'interazione sociale:* può verificarsi una mancanza totale di consapevolezza delle altre persone così come lo sviluppo di approcci

¹⁷ P. Crispiani, *Ippocrate Pedagogico. Manuale professionale di Pedagogia speciale e della Abilitazione e Riabilitazione*, Istituto Itard, 2019 (pag. 63-64)

¹⁸ L. Cottini, *Che cos'è l'autismo infantile*, Roma, Carocci Faber, 2002 (pag. 22)

¹⁹ S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012 (pag. 16)

sociali particolarmente bizzarri e decontestualizzati. Il contatto oculare per esempio è presente in alcuni bambini, ma di solito solo per brevi periodi e l'utilizzo non è finalizzato a dirigere l'attenzione su oggetti o eventi a cui il soggetto è interessato. L'isolamento o la passività sono altre delle caratteristiche che identificano i bambini con ASD; lo stile relazionale è caratterizzato prevalentemente dal limitarsi ad osservare gli altri. Altri bambini invece possono sembrare "bizzarri", per esempio quando instaurano approcci indiscriminati con estranei che attirano la loro attenzione. In generale, non riescono ad instaurare relazioni sociali adeguate al livello di sviluppo.

- *Compromissioni di tipo qualitativo nella comunicazione:* possono variare da un ritardo che interessa lo sviluppo del linguaggio all'assenza completa di linguaggio verbale. Molti bambini trovano difficile variare il lessico e lo stile conversazionale in contesti differenti. Alcuni bambini non rispondono quando vengono chiamati con il loro nome dando talvolta l'impressione di essere sordi. Per procurarsi un oggetto desiderato, alcuni bambini utilizzano la mano dell'altra persona mentre altri, evitando di richiedere aiuto agli adulti, mettono in atto delle strategie motorie, talvolta molto complesse, pur di ottenere in maniera autonoma quello che desiderano. Anche se il bambino utilizza il linguaggio verbale, molte volte sembra incapace di iniziare o sostenere una conversazione in maniera bidirezionale. L'eloquio appare monotono, privo delle abituali enfasi prosodiche, caratterizzato inoltre da ecolalie, neologismi e inversioni pronominali. Anche la comunicazione non verbale risulta inficiata nei casi di bambini con ASD.
- *Comportamenti, interessi e attività ristrette, ripetitive e stereotipate:* è molto comune che determinati oggetti o attività catturino l'interesse di alcuni bambini con ASD. Ritualità, routine quotidiane fisse e *sameness* (immodificabilità dei contesti, sia a casa che a scuola) caratterizzano l'esistenza di questi bambini. Alcuni bambini con diagnosi di ASD

presentano manierismi motori come il *flapping* delle mani o il *rocking* (allineamento degli oggetti in maniera fissa). Alcuni bambini presentano delle caratteristiche anomale a livello sensoriale e sembrano particolarmente attratti e/o preoccupati da stimoli uditivi, visivi, tattili o cinestetici. Queste anomalie sensoriali o che riguardano il comportamento possono determinare autostimolazioni.²⁰

1.4 EPIDEMIOLOGIA

Dal punto di vista epidemiologico si può constatare come il disturbo dello spettro autistico, tra i disturbi del neurosviluppo, sia il più diffuso e il più grave, presentandosi con un'incidenza di un soggetto ogni 100 nuovi nati ²¹ e distribuendosi in maniera diversa a seconda del sesso (4:1 maschi/femmine);²² nelle femmine la gravità della disabilità appare solitamente maggiore. Il contesto geografico, culturale ed economico in cui si manifesta la sindrome non sembra condizionarla, si presenta infatti con le stesse caratteristiche.²³

1.5 EZIOLOGIA

L'eziologia dei disturbi dello spettro autistico rimane tuttora sconosciuta nonostante, sia il patrimonio genetico che l'ambiente, vengano identificati come le cause più probabili alla base del disturbo. Le evidenze scientifiche indicano un ruolo preponderante dei fattori

²⁰ S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012 (pag. 23-25)

²¹ P. Venuti, A. Bentenuto, *Studi di caso. Disturbi dello spettro autistico. Dal nido d'infanzia alla scuola primaria*, Trento, Erickson, 2017 (pag. 11)

²² P. Venuti, *Intervento e riabilitazione nei disturbi dello spettro autistico*, Roma, Carocci Editore, 2012 (pag. 11)

²³ L. Cottini, *Che cos'è l'autismo infantile*, Roma, Carocci Faber, 2002 (pag. 15)

genetici, come dimostrato dagli studi sui gemelli e sulle famiglie che indicano una vulnerabilità genetica di base per gli ASD. “*Infatti, tra le patologie neuropsichiatriche, l’autismo presenta il più alto contributo da parte di fattori genetici, con tassi di concordanza nei gemelli monozigoti dell’82-92% contro l’1-10% nei dizigoti e stime di ereditabilità superiori al 90%.*”²⁴ “*Recentemente è stata rivisitata la probabilità di rischio tra fratelli registrando un aumento dal 3% al 18%.*”²⁵

Premettendo che gli ASD sono disturbi di tipo multifattoriale e che, sebbene la maggior parte delle ricerche si sia concentrata sulle analisi genetiche, non va escluso che alcune cause di natura non genetica possano avere un ruolo nello sviluppo della patologia. “*A livello prenatale, in alcuni casi, sembrerebbe che infezioni e tossine intrauterine possano avere un ruolo nello sviluppo dei disordini autistici (Rodier, Hyman, 1998). Una forte associazione è stata invece rilevata tra rosolia congenita e autismo (Chess, 1977).*”²⁶

Negli ultimi anni tra i genitori si è assistito alla proliferazione di molte false credenze riguardanti le cause dell’autismo diffuse dalle notizie riportate dai siti web. La più emblematica è quella che associa la causa dell’autismo ai vaccini: inizialmente si è parlato del vaccino trivalente per morbillo, parotite e rosolia. Sono stati condotti numerosi studi per verificare se l’uso di tale vaccino potesse essere responsabile di alcune forme di autismo ma i risultati hanno contrastato questa ipotesi.²⁷

²⁴Folstein, S. E., & Rosen-Sheidley, B. (2001). Genetics of autism: complex aetiology for a heterogeneous disorder. *Nature reviews. Genetics*, 2(12), 943–955.

²⁵ Ozonoff S, Iosif AM, Young GS, Hepburn S, Thompson M, Colombi C, et al. *Onset patterns in autism: correspondence between home video and parent report*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2011, 50:796-806 e1.

²⁶ P. Venuti, *Intervento e riabilitazione nei disturbi dello spettro autistico*, Roma, Carocci Editore, 2012 (pag. 21)

²⁷ *Ivi* (pag. 21-22)

1.6 L'IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI E DELL'AVVIO DEL TRATTAMENTO PRECOCE

Sebbene sia stato dimostrato scientificamente che non è possibile guarire dai disturbi dello spettro autistico, è importante sottolineare che l'autismo non è una condanna definitiva a una vita isolata e che attualmente si è convinti che con trattamenti adeguati e precoci sia possibile modificare molte delle rigidità tipiche dell'autismo e acquisire competenze rilevanti nell'ambito della comunicazione, della competenza sociale e della capacità di adattamento. Gli interventi terapeutici, basandosi sulla plasticità neuronale e sviluppando competenze ottenibili attraverso vie diverse da quelle compromesse, hanno la funzione di ridurre i malfunzionamenti di natura neurologica e le manifestazioni comportamentali della patologia. Una serie di evidenze ha messo in luce l'importanza di una diagnosi precoce per iniziare tempestivamente il trattamento più efficace e arginare i deficit sia relazionali che cognitivi. Identificare precocemente i segni di ASD è fondamentale per attuare e verificare degli interventi tempestivi che possano prevenire l'insorgenza di eventuali disturbi secondari dello sviluppo. Si è evidenziato infatti come interventi intensivi precoci svolti in setting educativi adeguati consentano di ottenere risultati migliori, sia per quanto riguarda il funzionamento globale sia per le performance intellettuali, se la diagnosi risulta effettuata entro il secondo anno di età.²⁸

²⁸ P. Venuti, *Intervento e riabilitazione nei disturbi dello spettro autistico*, Roma, Carocci Editore, 2012 (pag. 26-27)

1.7 L'EDUCATORE PROFESSIONALE E LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON ASD

È evidente come l'intervento di un bambino con ASD risulti complesso e articolato e di conseguenza di come necessiti di persone con professionalità diverse che intervengano in maniera sinergica, di riabilitatori che potenzino aspetti diversi ma avendo obiettivi identici, di educatori specializzati e di genitori consapevoli che avviano i loro interventi nella stessa direzione.²⁹

La Linea Guida dell'Istituto Superiore della Sanità n. 21 "Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti" pubblicata nell'ottobre 2011, ha sottolineato al suo interno gli aspetti a cui ci si riferiva poco sopra. Nel dettaglio è stato definito che l'approccio alla persona deve essere globale, focalizzato sia sulla dovuta attenzione ai diritti e ai bisogni, ma anche sulle potenzialità del soggetto; l'esigenza di diffondere capillarmente i processi diagnostici precoci; la conseguente necessità di costruire una rete di servizi sanitari completa, facilmente accessibile e diffusa su tutto il territorio; la consapevolezza che l'intervento che tali servizi devono essere in grado di offrire è basato sulla multiprofessionalità e sulla sinergia interdisciplinare; l'impossibilità di prescindere, se si vuole garantire questo approccio olistico, da una forte integrazione delle dimensioni sanitaria, sociale, scolastica ed educativa; l'affermazione della indispensabile garanzia di continuità della presa in carico per l'intero arco di vita della persona, con il progressivo adeguamento degli interventi e dell'organizzazione degli spazi vitali.³⁰

²⁹ *Ivi* (pag. 50-51)

³⁰ Istituto Superiore di Sanità, *Linea guida 21. Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti*.

La figura dell'educatore professionale si colloca proprio all'interno dell'equipe multidisciplinare che si occupa della presa in carico e dell'intervento riabilitativo del bambino con ASD. Attualmente il profilo professionale dell'educatore professionale è quello declinato dal DM 8 ottobre 1998, n. 520 "Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Nel DM 520/98 l'educatore professionale viene descritto come *"l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà"*.³¹

Per quanto riguarda il progetto educativo rivolto al bambino con ASD, l'educatore professionale è la figura a cui spetta il compito di intervenire nel contesto scolastico, familiare e nei centri educativi. È consigliato agli educatori professionali che esercitano la loro professione nel campo dei disturbi dello spettro autistico, di acquisire una qualifica specifica come un master universitario o corsi di specializzazione sull'argomento o un training specifico per padroneggiare adeguatamente un modello o una tecnica di intervento specifico.³²

³¹ Decreto Ministeriale 08 ottobre 1998, n. 520.

³² P. Venuti, *Intervento e riabilitazione nei disturbi dello spettro autistico*, Roma, Carocci Editore, 2012 (pag.53)

CAPITOLO 2- IL GIOCO

2.1 INTRODUZIONE AL GIOCO

L'Art. 31 della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, sancisce che *“Gli Stati parti riconoscono al fanciullo il diritto al riposo ed al tempo libero, di dedicarsi al gioco e ad attività ricreative proprie della sua età e di partecipare liberamente alla vita culturale ed artistica.”*³³

L'Alto Commissariato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite riconosce la funzione fondamentale che il gioco svolge nel concorrere allo sviluppo sociale, fisico, cognitivo ed emotivo dei bambini, motivo per cui dovrebbe essere garantita loro l'opportunità di sperimentarlo nelle diverse fasi della crescita.

La ricerca sul gioco in ambito psico-pedagogico non ha solamente l'intento di cogliere la peculiarità di tale fenomeno rispetto all'età infantile ma anche di definirne la funzione che riveste rispetto alla socializzazione e in generale, allo sviluppo. Nel corso del tempo infatti non ci si è limitati alla classificazione dei tipi, delle caratteristiche, dei contesti e delle diverse manifestazioni del gioco infantile ma si è indagato in che modo quest'ultimo potesse essere sfruttato ai fini della crescita, dello sviluppo della personalità, della socializzazione e dell'apprendimento.³⁴

³³ *Convention on the Rights of the Child*. <https://www.unicef.it/doc/605/convenzione-diritti-infanzia-artt-31-40.htm>

³⁴ A. Bondioli, *Gioco e educazione*, Franco Angeli Editore, 1996

Per il bambino il gioco è principalmente un'esperienza che genera piacere, fine a sé stessa. Il gioco rappresenta un'attività che interessa la sfera emotiva e che consente all'essere umano e non solo al bambino di sperimentare il piacere che costituisce il nutrimento necessario alla sua persona per vivere in armonia con sé stesso e con gli altri. Nel gioco infatti, anche gli adulti possono ritrovare la creatività e la vitalità che caratterizzano la propria esperienza. Secondo Bettelheim (1972) il bambino trae un godimento immediato dall'attività ludica in quanto percepisce il funzionamento della sua mente e del suo corpo e lo scambio che avviene con gli altri. In primo luogo, il gioco è un divertimento che conduce alla scoperta di Sé e del mondo. Permettendo al bambino di esprimere quello che prova e consentendogli di imparare a riconoscere ed elaborare le emozioni e i vissuti, il gioco rappresenta inoltre la fonte dell'equilibrio e della regolazione emotiva nonché uno strumento di conoscenza. Attraverso il gioco il bambino esercita e sviluppa le capacità fisiche e mentali necessarie per affrontare l'età adulta.

Riferendoci agli aspetti teorici di carattere psicologico, si può prendere in considerazione la teoria di Freud il quale, evidenziando che il gioco si fonda sul principio di piacere, ne descrisse sia il valore catartico sia la funzione simbolica e comunicativa. Secondo Freud il mondo inconscio del bambino riesce ad esprimersi attraverso il gioco, le tensioni possono essere canalizzate e di conseguenza scaricate tramite l'attività ludica. Persino la gestione dell'ansia e il riscatto dalle frustrazioni possono essere superati attraverso il gioco.³⁵ Dunque per Freud il gioco ha sia una valenza cognitiva, perché permette al bambino di imitare e sperimentare le azioni degli adulti acquisendo contemporaneamente conoscenze, sia una funzione emozionale in quanto consente di sviluppare la capacità di regolazione

³⁵ P. Patruno, *Il gioco nello sviluppo infantile*, Digital docet, 2014

affettiva che controlla le pulsioni. Nella sua opera “*Al di là del principio di piacere*” del 1920, Freud descrisse il gioco del *Fort da* che suo nipote Hans metteva in atto nel tentativo di controllare ed elaborare la separazione dalla madre, esperienza che percepiva in maniera estremamente angosciante. Il piccolo Hans lanciava un rocchetto di legno intorno a cui era avvolto del filo facendolo scomparire dalla sua vista e poi se ne riappropriava. Attraverso l’allontanamento e il recupero dell’oggetto, Hans riusciva a trasformare la sofferenza subita per la separazione dalla madre in un’esperienza gestita in maniera attiva. Attraverso questo gioco il bambino riusciva dunque ad ottenere un appagamento simbolico dei suoi desideri e a percepire la realtà in maniera più prevedibile e rassicurante.³⁶

Successivamente Piaget, rinomato psicologo, biologo, pedagogista, filosofo del XX secolo e pioniere della psicologia infantile dello sviluppo, sottolineò l’importanza del gioco nei processi di apprendimento approfondendo la funzione rivestita dall’azione diretta e dalla sperimentazione nello sviluppo dell’intelligenza del bambino. Secondo Piaget lo sviluppo cognitivo consiste nel passaggio dall’intelligenza sensomotoria all’intelligenza rappresentativa. Con la prima si fa riferimento a quell’intelligenza che dipende dal gioco di esercizio e funzionale (riproduzione di schemi di azione sperimentati su oggetti reali) mentre con la seconda si rimanda al gioco simbolico, caratterizzato dalla capacità di rappresentare attraverso immagini mentali la realtà.

L’aspetto creativo del gioco fu particolarmente evidenziato da Winnicott che, collocando l’attività ludica nell’area transizionale, ossia quella che si trova in posizione intermedia tra la fantasia e la realtà, ne sottolineò la funzione unificante tra elementi interni (bisogni, desideri) e le aspettative e le richieste del mondo esterno. Utilizzando la fantasia il bambino

³⁶ S.Freud, *Al di là del principio di piacere*, Bollati Boringhieri, 1986

può trasformare la realtà esterna e metterla in collegamento con la realtà interna. Per Winnicott inoltre la capacità di giocare è strettamente connessa alla capacità di stare solo: il bambino si sente sicuro nel giocare poiché ha fiducia nelle sue capacità ed è consapevole del fatto che può allontanarsi momentaneamente dal mondo degli adulti senza correre il rischio di essere abbandonato o di restare privo del loro affetto.³⁷

La valorizzazione pedagogica del gioco si attuò nel Romanticismo, soprattutto grazie a Froebel che, nella prima metà dell'Ottocento, lo riconobbe come categoria pedagogica e ne fece un elemento portante della formazione infantile intendendo il gioco come un medium per l'apprendimento.³⁸

2.2 LE FUNZIONI DEL GIOCO NELLO SVILUPPO DEL BAMBINO

Un bambino a cui è stato consentito di sviluppare le risorse derivanti dal gioco, può trarne dei benefici che risulteranno stabili nel tempo. Nel dettaglio:

- dal punto di vista *cognitivo* il bambino sviluppa tutte quelle conoscenze e quegli strumenti, quali il linguaggio e il pensiero, che gli consentiranno di interpretare e di effettuare una rappresentazione della realtà tramite l'esplorazione attiva. Questo processo, che avviene in maniera graduale, determina lo sviluppo dell'intelligenza del bambino;

³⁷ P. Patruno, *Il gioco nello sviluppo infantile*, Digital docet, 2014

³⁸ Dott.ssa D. Saltari, *La pratica educativa: introduzione alla dimensione ludica*, dispensa modulo didattico Metodologia dell'Educazione Professionale 2

- a livello *affettivo* il gioco consente al bambino di affermare la propria identità e di incrementare la fiducia nelle proprie capacità contribuendo in questo modo all'accrescimento della propria autostima e allo sviluppo della propria personalità;
- dal punto di vista *comunicativo* il gioco permette al bambino di esprimere la sua interiorità che comprende le sue emozioni, i suoi timori, le sue esperienze vissute. L'attività ludica rappresenta dunque una risorsa per lo sviluppo della comunicazione verbale, non verbale e dell'intersoggettività;
- per quanto riguarda la *creatività* il gioco permette di fondere in maniera armonica gli elementi che appartengono alla sfera soggettiva interiore con le richieste del mondo esterno. Attraverso l'atto creativo di natura ludica il bambino può elaborare le sue emozioni contribuendo in questo modo allo sviluppo del benessere e dell'autenticità;
- a livello *relazionale e sociale* il gioco consente al bambino di acquisire la capacità di collaborare e coordinarsi con i pari per raggiungere un obiettivo comune, la capacità di condividere il medesimo interesse, di rispettare le regole, di attribuire le intenzioni agli altri e di assimilare i ruoli sociali. Attraverso l'acquisizione di queste capacità il bambino può realizzare il suo sviluppo sociale.³⁹

2.3 SVILUPPO TIPICO DELLE ABILITÀ DI GIOCO NEI BAMBINI

Prima di addentrarci nella descrizione specifica del gioco nei bambini con ASD è utile effettuare un confronto con l'evoluzione del gioco in un bambino a sviluppo tipico, per poter cogliere gli elementi che risultano carenti rispetto all'età evolutiva.

³⁹ P. Patruno, *Il gioco nello sviluppo infantile*, Digital docet, 2014.

Nei bambini a sviluppo tipico il gioco compare nei primi mesi di vita, nel momento in cui i neonati imparano spontaneamente a osservare e rispondere agli sguardi e alle vocalizzazioni del *caregiver*. La produzione dei primi suoni e l'esplorazione dell'ambiente circostante avvengono tramite attività di natura giocosa. Di fronte alla scoperta del funzionamento di un gioco (per esempio un giocattolo animato, luminoso o che emette dei suoni) il bambino inizia a sorridere e a condividere lo sguardo mostrando le sue prime reazioni emotive.

Nei primi sei mesi di vita i bambini apprezzano e si divertono particolarmente se assistono ai giochi sociali proposti dall'adulto (ad esempio battere le mani o il gioco del «cucù»), oppure se l'adulto si relaziona al bambino tramite mimiche del viso modulate in base alla reazione innescata. Gradualmente, grazie alla condivisione dello sguardo e per imitazione, il bambino imparerà a utilizzare in maniera corretta giochi e oggetti di uso comune affinando questa abilità attraverso l'intensificazione della fase manipolativa. Sin da questa prima fase il gioco subisce un'evoluzione: la fase di gioco con oggetti viene sostituita da sequenze ludiche via via più strutturate.

Intorno ai 6 mesi si assiste alla comparsa del gioco sociale caratterizzato da segnali come il sorriso, il contatto oculare, le vocalizzazioni, il gesto indicativo, il toccare la mano. Tutto questo evidenzia da una parte l'attrazione che i bambini iniziano a manifestare nei confronti dei coetanei, dall'altra la comparsa di piccole interazioni sociali contraddistinte dallo scambio di giochi, dalla manipolazione degli oggetti in maniera reciproca e dall'imitazione.⁴⁰

⁴⁰ S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012 (pag. 190-191)

Verso il primo anno di vita avviene la comparsa del gioco combinatorio che consiste nella sperimentazione, da parte del bambino, della relazione tra gli oggetti che ha a disposizione. All'inizio la relazione può apparire abbastanza casuale mentre, in un secondo momento, il bambino cerca di mettere in relazione gli oggetti in maniera volontaria. Lo stadio successivo è caratterizzato dall'avvento del gioco funzionale tramite cui il bambino dimostra di aver acquisito il significato degli oggetti a livello sociale e la loro funzione (per esempio la relazione tra bambolotto e passeggino o tra coperchio e pentolina). Nella prima fase il gioco funzionale è rivolto esclusivamente all'oggetto che cattura la sua attenzione, successivamente però il bambino riuscirà a dirigere il gioco verso sé stesso e gli altri.⁴¹

Intorno ai 18 mesi avviene la comparsa del gioco simbolico che consiste nell'evoluzione del gioco semplice che il bambino mette in atto nel primo anno di vita. Attraverso il gioco simbolico vengono sviluppate le competenze di tipo sociale, creativo e simbolico, indispensabili per fantasticare e concretizzare il gioco con gli altri. Nel gioco simbolico è possibile rilevare elementi di astrazione e fantasia che sono indice di acquisizione di un'organizzazione del pensiero. L'utilizzo dell'oggetto viene investito di una serie di rappresentazioni simboliche per cui, ad esempio, accade che i bambini attribuiscono nuove accezioni di significato a oggetti il cui utilizzo rappresenta quello di qualcos'altro.⁴²

Secondo Piaget (1945), le competenze simboliche si manifestano alla fine del periodo dello sviluppo sensomotorio, nel momento in cui il bambino riesce ad intuire la distinzione fra "significante" e "significato".

⁴¹Ungerer e Sigman, *Symbolic play and language comprehension in autistic children*, American Academy of Child Psychology, 1981

⁴²S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012 (pag. 192)

Leslie (1987) ha precisato tre forme di finzione simbolica:

- la sostituzione dell'oggetto che si verifica quando un oggetto viene usato in funzione di un altro (ad esempio, una banana che viene usata come telefono). In questi termini non può considerarsi simbolico il gioco con modellini (ad esempio, una macchinina usata come un'auto), in quanto non è sicuro che il bambino faccia riferimento a competenze simboliche e non percepisca invece l'oggetto come reale, anche se in dimensioni ridotte e stia compiendo dunque un gioco di tipo "funzionale";
- l'assegnazione di proprietà inesistenti alla situazione in cui il bambino sta giocando (ad esempio, far finta che un oggetto rosso sia nero);
- l'utilizzo di oggetti che non sono presenti ma si immagina che lo siano (ad esempio, simulare che un bicchiere vuoto sia pieno di acqua).⁴³

Lo sviluppo del gioco simbolico va di pari passo all'acquisizione delle abilità linguistiche e cognitive ed incrementa gradualmente la sua complessità conducendo il bambino ad immedesimarsi in ruoli o ad attribuire caratteristiche animate a oggetti inanimati.⁴⁴

Fino ai 3 anni il bambino ama giocare in solitaria osservando i pari che giocano. Nella maggior parte dei casi però preferisce sperimentare il gioco in parallelo che avviene quando i bambini sembrano giocare insieme ma in realtà ciascuno di loro sta portando avanti il proprio gioco.

È solo attorno ai 4/5 anni che il gioco parallelo e il gioco individuale vengono accantonati a favore dei giochi di gruppo organizzati. Ne sono un esempio i giochi di tipo cooperativo,

⁴³ L. Cottini, *Che cos'è l'autismo infantile*, Roma, Carocci Faber, 2002 (pag. 77-79)

⁴⁴ S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012 (pag. 192)

cioè quelli focalizzati sul raggiungimento di un obiettivo comune o i giochi associativi che consistono nel proporre giochi simili a bambini che si trovano vicini.⁴⁵

2.4 IL GIOCO NEI BAMBINI CON ASD

L'interazione sociale e il gioco sono le aree maggiormente compromesse nei bambini con ASD. L'alterazione della reciprocità sociale e la spiccata scarsità di interessi ludici così come l'assenza di contatto oculare e imitazione contraddistinguono i bambini con ASD e rappresentano la causa dell'incapacità di avviare un'interazione sociale e di acquisire la funzionalità dei giochi. I bambini con ASD compiono spesso azioni ripetitive, afinalistiche e impiegano molto del loro tempo in comportamenti di tipo autostimolatorio che non necessitano della presenza altrui. Di solito i bambini con ASD non nutrono un interesse funzionale rispetto agli oggetti con cui hanno a che fare e li utilizzano in maniera non adeguata (per esempio, fissando gli oggetti senza interagirvi oppure mostrando un interesse estremamente circoscritto nel tempo). *“Talvolta il loro interesse disfunzionale può riguardare sia un uso inadeguato dell'oggetto (per esempio, agitano ripetutamente un gioco, sbattono i giochi su una superficie, lanciano gli oggetti contro i muri ecc.) sia un'iperselettività nella scelta degli oggetti per autostimolarsi (per esempio, li scelgono per forma, colore, superficie, consistenza ecc.)”*.⁴⁶ I bambini con ASD non amano il gioco sociale e sono poco interessati ai pari con cui non condividono i giochi. Può accadere che i bambini osservino i pari ma l'interesse risulta in ogni caso circoscritto all'oggetto o

⁴⁵ Parten M. B. e Newhall S. M., *Social behavior of preschool children*, New York, McGraw-Hill, 1943

⁴⁶ S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012 (pag. 191)

all'attività con cui il coetaneo è momentaneamente indaffarato. Nei casi più gravi di autismo la presenza degli altri bambini non sembra minimamente turbare il soggetto e, anche se si trovano nella stessa stanza, i bambini non si guardano reciprocamente, giocano stando accanto ma senza interagire tra loro e continuano a manipolare gli oggetti con una modalità disfunzionale e di tipo autoreferenziale.

Il gioco di finzione o simbolico è in assoluto il più compromesso nei bambini con ASD, principalmente a causa dell'assenza di spontaneità e elasticità cognitiva. I bambini con ASD non hanno le competenze sociali e simboliche necessarie a sviluppare l'immaginazione e la coordinazione durante i giochi con i pari. I giochi che sperimentano i bambini con autismo sono rigidi e ripetitivi e non permettono alla fantasia e alla creatività di svilupparsi. Le minime variazioni che possono verificarsi durante lo svolgimento dello stesso gioco non vengono tollerate dai bambini con ASD che sono legati a schemi mentali decisamente inflessibili. Questi schemi mentali particolarmente rigidi sono la causa degli atteggiamenti di tipo ritualistico che i bambini con ASD mettono in atto nei confronti di determinati oggetti, giochi e sequenze di azioni. Nei rari casi in cui il bambino si cimenta in giochi di tipo simbolico risulta assente, in ogni caso, l'attribuzione emotiva a persone e a oggetti. Alcuni bambini, che hanno buone competenze dal punto di vista cognitivo e verbale possono inventare una realtà fantastica che diventa, tuttavia, l'unico focus di giochi ripetitivi.⁴⁷

Sono state avanzate diverse teorie per spiegare le carenze che riguardano lo sviluppo del gioco simbolico e del gioco funzionale nel bambino con ASD.

⁴⁷ S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012 (pag.192)

Secondo Leslie (1987) e Baron-Cohen (1987) la mancanza di elaborazione di una “teoria della mente” da parte del bambino con ASD determina un’incapacità di rappresentazione delle azioni che non vede e, soprattutto, di percezione di sé stesso mentre compie delle azioni a scopo ludico.

Hobson (1989,1990,1991) ritiene invece che lo sviluppo simbolico dei bambini con ASD risulti danneggiato per via dell’incapacità di sviluppare rapporti sociali emotivamente normali. A causa delle loro carenze negli scambi sociali e nella possibilità di percepire le emozioni altrui, i bambini con ASD non sarebbero capaci di riconoscere alle persone la possibilità di elaborare pensieri e visioni diverse rispetto a una determinata circostanza.

Secondo Lord (1985) e Harris (1989) le insufficienze a livello di gioco simbolico sarebbero invece attribuibili a deficit di tipo motivazionale: i bambini con ASD non gradirebbero questo tipo di attività per cui non vi sarebbe interesse nello sperimentarle.

Un’ulteriore spiegazione è quella che attribuisce al deficit a livello delle funzioni esecutive dei bambini con ASD la responsabilità di impedire al gioco simbolico di svilupparsi. Le funzioni esecutive permettono di elaborare delle risposte flessibili astraendole dall’ambiente esterno e consentono di superare gli schemi mentali. Effettuare giochi di tipo simbolico necessita del passaggio da schemi imposti dall’esterno ad azioni flessibili che provengono dall’interno e questa competenza, come sottolineato ampiamente in precedenza, risulta assente nei bambini con ASD.

Come evidenziano Jordan e Powell (1995), i bambini con ASD non compiono in maniera spontanea i giochi di ruolo e non si inseriscono in queste attività ludiche quando vengono messe in atto da altri bambini.⁴⁸

Per approfondire in maniera più dettagliata il confronto tra lo sviluppo del bambino a sviluppo tipico nei primi cinque anni di vita con alcune caratteristiche del bambino con ASD, si riportano delle informazioni tratte da uno studio effettuato da Sauvage (1992) e da Gillbert e Peeters (1995) in cui è possibile rilevare degli elementi che riguardano l'attività ludica.

Nell'età compresa tra 0 e 1 anno il bambino che presenta uno sviluppo nella norma gioca con l'adulto a dare e prendere oggetti, nel gioco prende l'iniziativa sempre più frequentemente, quando l'adulto usa i suoi giochi si verifica un aumento del contatto visivo. Il bambino con ASD non mette in atto nessun tipo di gioco se non dei movimenti ripetitivi (giochi delle dita davanti al viso) che impiegano la maggior parte del suo tempo.

Tra 1 e 2 anni il bambino con sviluppo nella norma inizia a giocare con i pari, anche se per una breve durata di tempo, e predilige i giochi che implicano un contatto fisico. Il bambino con ASD presenta invece comportamenti di isolamento e non si cimenta in giochi di finzione. Inoltre, utilizza alcuni oggetti in maniera inusuale giocando per esempio ad allinearli o a farli ruotare.

A 3 anni il bambino con sviluppo nella norma impara a condividere i giochi e a rispettare il turno, si cimenta in azioni che divertono gli altri e avviene la comparsa del gioco simbolico pianificato. Il bambino con ASD non accetta gli altri bambini, gli oggetti vengono portati alla bocca, riesce a realizzare dei puzzle.

⁴⁸ L. Cottini, *Che cos'è l'autismo infantile*, Roma, Carocci Faber, 2002 (pag. 67, 78-79)

A 4 anni il bambino che presenta uno sviluppo nella norma riesce a mimare, utilizza schemi di gioco reali o di fantasia ed effettua il gioco simbolico in compagnia di altri bambini. Il bambino è in grado di fare giochi che implicano lo scambio di ruoli, selezionare e scartare i compagni con cui non desidera giocare. Nel bambino con ASD il gioco simbolico è difficilmente presente e, se si sviluppa, rimane ancorato a modelli molto semplici. Mentre giocano, molti bambini non sono in grado di utilizzare più oggetti contemporaneamente e non riescono a comprendere le regole del gioco con gli altri.

A 5 anni il bambino con sviluppo tipico è interessato ad interagire con i coetanei piuttosto che con gli adulti, varia i giochi. Il linguaggio gli consente di arricchire il gioco, soprattutto quello di finzione. Il bambino con ASD non riesce ad essere coinvolto in giochi di mimo o finzione; anche se alcune volte è discretamente socievole, le sue interazioni sociali sono stravaganti, preferisce interagire con gli adulti piuttosto che con i coetanei.⁴⁹

2.5 L'IMPORTANZA DEL GIOCO NELLA VALUTAZIONE INIZIALE

La valutazione clinica a cui viene sottoposto inizialmente il bambino è costituita da un insieme di procedure finalizzate a conoscere il caso nella sua globalità e consiste innanzitutto in un'attenta osservazione del comportamento del bambino, che viene fatta sia individualmente che con la presenza dell'esaminatore e/o dei genitori. All'osservazione è necessario integrare una raccolta di informazioni riguardanti la storia clinica del soggetto partendo dalla nascita e procedendo con la crescita, lo sviluppo e le relazioni sociali con i familiari e i pari.

⁴⁹ L. Cottini, *Che cos'è l'autismo infantile*, Roma, Carocci Faber, 2002 (pag. 24-25, 28-29)

L'assenza di gioco simbolico e le caratteristiche insolite dell'attività ludica rappresentano dei campanelli d'allarme che di solito precedono la diagnosi stessa.

Negli ultimi anni sono stati sviluppati numerosi strumenti diagnostici che mirano ad approfondire i parametri comportamentali che necessitano di essere indagati tramite scale di valutazione. In alcuni degli strumenti diagnostici maggiormente utilizzati è possibile rintracciare anche il parametro che si focalizza sul gioco simbolico.

L'ADOS-G, per esempio, è un protocollo di osservazione semistrutturato standardizzato ideato da Lord e colleghi che valuta la comunicazione, la reciprocità sociale e il gioco simbolico in soggetti con sospetto di autismo. Il punteggio dei vari moduli viene calcolato al termine della sessione osservativa ludica.⁵⁰

L'ADI-R, che è un'intervista semistrutturata che viene somministrata al *caregiver* del bambino, si è rivelata uno strumento particolarmente utile per ottenere informazioni rispetto alle aree dell'interazione e della reciprocità sociale, del linguaggio e della comunicazione, del gioco e dell'immaginazione (con particolare interesse ai comportamenti stereotipati e ripetitivi nonché alla vastità dell'insieme di interessi del soggetto).⁵¹

La CHAT, i cui autori sono Baron-Cohen et al., è uno strumento di screening molto snello in cui il gioco di finzione e l'attenzione congiunta vengono utilizzati come indicatori.⁵²

⁵⁰ S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012 (pag. 97-98)

⁵¹ P. Venuti, A. Bentenuto, *Studi di caso. Disturbi dello spettro autistico. Dal nido d'infanzia alla scuola primaria*, Trento, Erickson, 2017 (pag. 31)

⁵² C. Xaiz, E. Micheli, *Gioco e interazione sociale nell'autismo. Cento idee per favorire lo sviluppo dell'intersoggettività*, Erickson, 2001 (pag. 79)

CAPITOLO 3 - IL GIOCO NELL'INTERVENTO G-ESDM PER I BAMBINI CON ASD

3.1 L'APPRENDIMENTO NELLA PRIMA INFANZIA

Per identificare una modalità di insegnamento che consenta ai bambini con ASD di apprendere più facilmente è fondamentale, prima di tutto, analizzare in che maniera i bambini con sviluppo tipico apprendono dagli adulti e dai propri coetanei durante il periodo della prima infanzia.

Ancor prima di raggiungere una maturazione cognitiva e linguistica i bambini acquisiscono nuove abilità e apprendono tramite le scoperte e le esperienze di interazione sociale e di gioco che avvengono nell'ambiente fisico e sociale di riferimento.

Vi sono vari aspetti che rivestono un ruolo fondamentale nel processo di apprendimento umano: l'attenzione del bambino è catturata in primo luogo dalla novità. Un secondo fattore va identificato nella motivazione rispetto all'interazione sociale che spinge il bambino ad acquisire nuove competenze. Un terzo fattore riguarda la tendenza del bambino ad imparare dagli altri con una certa selettività che è determinata dal legame emotivo che il bambino ha instaurato con la persona da cui apprende e dagli effetti positivi generati dai nuovi comportamenti appresi.

Nel processo di sviluppo cognitivo dunque, il gioco, la curiosità sociale, il coinvolgimento di tipo affettivo e l'interesse per le novità rivestono un ruolo fondamentale.

Già dalla prima infanzia i bambini sono attratti in maniera naturale dai loro coetanei e desiderano giocare con loro, spinti dal desiderio di fare cose insieme e dall'interesse per l'esito dell'attività. Crescendo, i bambini sono già in grado di effettuare autonomamente

semplici scambi di gioco, coordinandosi e organizzandosi per raggiungere un obiettivo comune. Nel gioco con i coetanei i bambini sperimentano diverse esperienze di apprendimento che riguardano la capacità di imitazione, la condivisione delle emozioni, l'alternanza di turno e la capacità di prendere decisioni, nonché lo sviluppo dell'empatia e della comprensione sociale.

È evidente come nei bambini affetti da ASD il sistema di apprendimento descritto sino ad ora risulti inficiato. In ogni caso i programmi educativi sono in grado di agire sulle difficoltà che caratterizzano i bambini con ASD sfruttando la plasticità neuronale che caratterizza il cervello umano. L'idea secondo cui un tipo di intervento specializzato consenta di agire sull'apprendimento, modificando i comportamenti e riducendo i sintomi, rappresenta il caposaldo dell'Early Start Denver Model che sta per essere presentato.⁵³

3.2 I PRINCIPI DELL'EARLY START DENVER MODEL

L'Early Start Denver Model (ESDM) è un modello rivolto ai bambini dai 12 mesi in poi che è stato elaborato nei primi anni 2000 presso la University of Washington da una collaborazione nata tra Sally Rogers e Geraldine Dawson.⁵⁴

L'ESDM è un approccio d'intervento che si basa sull'evidenza scientifica e che include al suo interno aspetti tratti da diverse discipline come la psicologia dello sviluppo, l'analisi applicata del comportamento e gli studi neuroscientifici che riguardano la sfera sociale e

⁵³G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019 (pag. 5-7)

⁵⁴G. Vivanti, *La Mente Autistica. Le risposte della ricerca scientifica al mistero dell'autismo*, Omega, 2010 (pag. 128)

affettiva.⁵⁵ L'ESDM è considerato un approccio evolutivo poiché sostiene la necessità di acquisire le abilità sociali pre-verbali come presupposto per potenziare le altre aree di sviluppo. Questo approccio sostiene che lo sviluppo della reciprocità sociale, l'attenzione condivisa, l'imitazione e la condivisione di affetto possa avvenire all'interno del contesto di gioco. In questo tipo di approccio il gioco funzionale e quello simbolico costituiscono degli strumenti imprescindibili da sperimentare per migliorare l'interazione sociale del bambino e per acquisire competenze nelle altre aree di sviluppo. L'ESDM ha l'intento di fornire ai genitori dei bambini con ASD una serie di strategie specifiche affinché l'apprendimento possa risultare il più spontaneo possibile e possa avvenire in contesti naturali e quotidiani, come il contesto di tipo ludico.⁵⁶

Alla base dell'ESDM c'è la concezione per cui ogni persona con ASD è unica e la sua unicità necessita di essere valorizzata attraverso un trattamento che consenta al bambino di esprimere le sue potenzialità, incrementando il livello delle abilità e consentendogli di partecipare alle interazioni quotidiane con i familiari e i coetanei, riducendo in questo modo le criticità che ne limitano la partecipazione sociale.

Secondo i principi dell'ESDM il bambino con ASD deve essere coinvolto all'interno di routine sociali di apprendimento in cui si sperimenta la partecipazione reciproca e la condivisione di emozioni positive. In queste routine di attività condivise (Bruner 1975) due o più partner svolgono un'attività insieme (lettura di libri, giochi ecc.). I partner sviluppano inizialmente un "tema" della routine e procedono alternandosi gli scambi reciproci in cui

⁵⁵ G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019 (pag. 19)

⁵⁶ G. Vivanti, *La Mente Autistica. Le risposte della ricerca scientifica al mistero dell'autismo*, Omega, 2010 (pag. 128-129)

la comunicazione consente di esprimere il piacere per l'attività. Uno dei partner può, di volta in volta, modificare l'andamento dell'attività stimolando l'interesse degli altri partecipanti sino a quando uno di loro decide di non continuare e l'attività giunge al termine. Questo tipo di routine di attività consentono di sviluppare interessi, piacere, obiettivi e azioni condivise. È evidente come le strategie ESDM non mirino a semplificare l'apprendimento escludendo la componente sociale deficitaria ma al contrario abbiano l'intento di amplificare il coinvolgimento sociale del bambino con ASD.

Gli insegnamenti che vengono proposti al bambino, sotto forma di attività ludica, devono risultare "gratificanti" e "significativi". Per far sì che questo avvenga il terapeuta ESDM deve identificare dei rinforzi particolarmente apprezzati dal bambino che possono essere sia di tipo sociale che non sociale, per poi introdurli nelle attività di intervento in modo da sviluppare nel bambino delle emozioni positive che lo spingano a partecipare attivamente e che producano gratificazione. Con il termine "significativo" si fa riferimento al fatto che il bambino debba aver chiara la richiesta che gli viene avanzata e il motivo. Per esempio, quando a un bambino viene richiesto di imitare un gesto come toccarsi la bocca, egli potrebbe non cogliere il senso di questa istruzione. Se invece al bambino venisse proposto il gioco di attaccare degli adesivi sulle varie parti del corpo e di indicare il punto esatto in cui attaccarli, la richiesta apparirà comprensibile e dotata di un preciso "significato".

Oltre alle routine di attività condivise che si avvalgono dell'utilizzo degli oggetti, l'ESDM si basa anche sulle routine sociali sensoriali (Rogers 1999). Ne sono un esempio i giochi interattivi faccia a faccia (come fare il solletico, il gioco del cucù, le canzoncine, il battere le mani) in cui l'attenzione è completamente rivolta all'altra persona coinvolta nello scambio. Questo tipo di esperienza, prevedibile e soddisfacente, consente al bambino non solo di sperimentare il coinvolgimento sociale ma anche di comprendere il linguaggio

corporeo, l'utilizzo della comunicazione non verbale e la condivisione emotiva. Il bambino può dunque rivestire un ruolo attivo nella co-creazione del gioco iniziando, rispondendo e partecipando agli scambi di tipo sociale con le sue azioni, le espressioni del volto e le parole. Gli insegnamenti progettati per ciascun bambino vengono inseriti all'interno di queste routine di attività condivise da parte dei terapeuti e dagli educatori specializzati nel metodo ESDM. Gli insegnamenti si basano sull'applicazione dello schema A-B-C (antecedente-comportamento-conseguenze) tipico dell'analisi applicata del comportamento.

L'apprendimento umano si sviluppa proprio attraverso questo schema in cui un antecedente comporta l'attivazione di un comportamento a cui è associata una determinata conseguenza. Si parla di "rinforzo positivo" nel momento in cui la conseguenza viene vissuta in maniera gratificante dal bambino tanto da indurlo a ripetere lo stesso comportamento in futuro. Nell'ESDM gli schemi di insegnamento ABC vengono integrati all'interno delle routine di attività condivise. *"Per esempio, durante una routine basata su una canzone preferita, l'adulto potrebbe fermarsi in attesa quando dice: "E tutti giù..." (antecedente, A), il bambino risponde guardando l'adulto e dice: "Per terra!" (comportamento, B), e poi, il bambino e l'adulto cadono insieme sul pavimento ridendo (conseguenza, C). Dato che al bambino piace la canzone e ride alla fine (gratificazioni), sarà più probabile che in futuro lei o lui utilizzi nuovamente il linguaggio, il contatto visivo, e la condivisione delle emozioni (i comportamenti obiettivo dell'insegnamento in questo esempio)."*⁵⁷

⁵⁷ G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019 (pag. 30)

3.3 DALL'ESDM AL G-ESDM

Il G-ESDM ossia l'implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo per bambini con autismo in età prescolare costituisce l'adattamento dell'ESDM a un setting di gruppo composto da bambini che hanno più o meno la stessa età. Il G-ESDM è il risultato di anni di studi clinici condotti dai ricercatori del Victorian ASELCC, in Australia; questo modello integra e generalizza nel gruppo dei pari i risultati già ampiamente riscontrati nell'utilizzo del trattamento individuale ESDM. Nel gruppo, al bambino con disturbo dello spettro autistico è offerta la possibilità di essere stimolato dai compagni nell'apprendimento precoce e rafforzato dal coordinamento da parte dell'adulto. In questo contesto di insegnamento quotidiano che avviene in classe si può sviluppare in maniera spontanea la co-creazione ludica tra il bambino e i suoi compagni. La possibilità di usufruire di trattamenti all'interno di servizi educativi già esistenti nel territorio costituisce inoltre una risorsa di grande valore per i familiari dei bambini con ASD. Rispetto agli ambienti utilizzati nelle sedute di terapia clinica, i servizi educativi per l'infanzia sono dotati di spazi e di innumerevoli opportunità di gioco e di interazione con i coetanei a sviluppo tipico, evitando in questo modo che si verifichi la condizione di isolamento sociale che colpisce molti bambini con disturbo dello spettro autistico.

“Il G-ESDM può essere applicato nel contesto di attività terapeutiche di gioco in gruppo.”⁵⁸

I piccoli gruppi, costituiti da bambini con ASD e coetanei, sono gestiti e guidati da un terapeuta o un educatore ed hanno l'intento di raggiungere determinati obiettivi sociali e comunicativi nonché di preparare i bambini al futuro passaggio alla scuola primaria. I gruppi

⁵⁸ G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019 (pag. 32)

di gioco inoltre offrono la possibilità al terapeuta di lavorare contemporaneamente con più bambini andando a stimolare degli aspetti su cui sarebbe estremamente complicato lavorare nella dinamica 1:1.

3.4 IL RUOLO DEI FAMILIARI DEL BAMBINO NEL G-ESDM

All'interno del G-ESDM ai genitori sono affidati due ruoli estremamente importanti:

- in primo luogo, i genitori contribuiscono a definire gli obiettivi educativi riabilitativi fornendo le informazioni fondamentali su ciò che il bambino necessita di imparare;
- in secondo luogo, ai genitori possono essere insegnate le strategie da usare nelle routine quotidiane che riguardano la cura personale nell'ambiente domestico.

In accordo con i principi del Individuals with Disabilities Education Improvement Act del 2004, il programma G-ESDM tiene conto dei valori, delle richieste e delle priorità della famiglia durante il processo di definizione degli obiettivi e delle strategie di trattamento.⁵⁹

3.5 DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DI TRATTAMENTO NEL G-ESDM

Seppur il G-ESDM venga attuato in un contesto di gruppo, per ciascun bambino sono definiti degli obiettivi di apprendimento individuali e personalizzati. Gli obiettivi di apprendimento riguardano le aree principali dello sviluppo, devono essere misurabili e ogni 12 settimane devono essere valutati per poter essere ridefiniti; tutti gli obiettivi generali vengono suddivisi

⁵⁹ G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019 (pag. 36, 142-143)

a loro volta in obiettivi più specifici e più semplici da insegnare; tutti i progressi del bambino devono essere registrati in maniera sistematica.

Tenendo conto dei punti di forza e di debolezza del bambino, i membri del team di operatori e i genitori del bambino definiscono insieme gli obiettivi individuali. La valutazione viene fatta attraverso la scheda di valutazione del programma ESDM che misura, sia attraverso l'osservazione del bambino nella sessione di gioco 1:1 sia tramite le informazioni fornite dalla famiglia e dagli educatori, le competenze del bambino in ciascuno dei seguenti domini: *“la comunicazione di tipo espressivo e recettivo, l'attenzione condivisa, l'imitazione, le abilità sociali, il gioco, la cognizione, la motricità fine e grossolana, le autonomie personali.”*⁶⁰

Gli obiettivi di apprendimento che vengono definiti sono al massimo 16 e vengono valutati ogni 12 settimane circa. Oltre a questo, vengono valutati anche i comportamenti problema tipici del bambino che possono interferire durante il processo di apprendimento, in modo da definire un intervento che miri a sollecitare comportamenti positivi.⁶¹

3.6 I RUOLI NEL TEAM G-ESDM

Il team G-ESDM è composto da diverse figure professionali: educatori, psicologi, logopedisti, insegnanti della scuola dell'infanzia. Gli educatori, all'interno del team, si occupano della programmazione delle attività di gruppo tenendo conto degli obiettivi di

⁶⁰ G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019 (pag. 41)

⁶¹ *Ivi* (pag. 43)

ciascun bambino, dell'organizzazione dell'ambiente educativo e del mantenimento dei rapporti con i familiari.

Durante lo svolgimento delle attività proposte nei gruppi di gioco, i membri del team G-ESDM rivestono dei ruoli differenti.

Il *conduttore* è colui a cui viene affidata la responsabilità di condurre le attività, sia quelle svolte in piccolo gruppo che quelle nel gruppo intero, coinvolgendo i bambini e perseguendo gli obiettivi individuali. Normalmente si trova in posizione frontale rispetto ai bambini in modo da favorire l'attenzione su sé stesso.

Il *supporto invisibile* si occupa di facilitare la partecipazione e l'interazione dei bambini nei confronti del conduttore, stimolando la focalizzazione di tutta l'attenzione unicamente su questa fonte. Solitamente si posiziona dietro i bambini e interviene aiutandoli a seconda delle circostanze.

Il *ruolo flessibile* si occupa di monitorare l'intera classe interagendo con i conduttori e in particolare procurando i materiali necessari, accompagnando i bambini ai centri di gioco o durante le transizioni tra un centro di gioco e un altro.⁶²

3.7 L'ORGANIZZAZIONE DEGLI SPAZI FISICI

Nel modello G-ESDM l'organizzazione dello spazio fisico costituisce un aspetto fondamentale che riflette la necessità di accogliere i bambini in un ambiente di *apprendimento sociale* significativo e gratificante che consenta al bambino di acquisire

⁶² G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019 (pag. 80-81)

nuove abilità e di accrescere la sua motivazione. L'ambiente G-ESDM appare ben organizzato e uguale a quello di una classe della scuola materna che ospita bambini a sviluppo tipico. I materiali e gli spazi sono organizzati in maniera "naturalistica" che, è importante sottolineare, non ha l'accezione di caotico. Tenendo conto delle caratteristiche dei bambini con ASD, l'ambiente deve essere strutturato in modo che la disposizione degli spazi e dei materiali utili all'apprendimento forniscano al bambino le indicazioni su "che cosa si farà" in quel determinato luogo e momento. Ad esempio, si può organizzare un piccolo spazio del gioco simbolico disponendo giocattoli che indichino il tema del cucinare come pentole sui fornelli, un tavolo apparecchiato con posate e bicchieri, cibi e bevande in una dispensa. Inoltre, mettere a disposizione diverse riproduzioni dello stesso oggetto potrebbe essere una strategia da utilizzare per agevolare l'interazione tra compagni. I materiali dovrebbero essere sempre raccolti e sistemati in specifici contenitori in modo da spronare i bambini a rimetterli a posto al termine del gioco. Le attività che vengono svolte in ciascuno di questi spazi, tuttavia, non devono essere imposte ai bambini ma, al contrario, ciascuno di loro deve sperimentare la libertà di decidere con quali materiali giocare, purché l'attività risulti coerente agli obiettivi individuali prefissati.

È necessario che gli stimoli e le fonti di distrazione vengano gestiti in maniera adeguata. I materiali devono risultare facilmente accessibili agli operatori ma non devono rappresentare una distrazione per il bambino quindi, tutto ciò che non viene utilizzato per l'attività in corso, deve essere collocato fuori dalla vista del bambino. Solo ed esclusivamente i compagni di gioco e i materiali necessari all'attività devono essere visibili al bambino. Dato che in uno stesso spazio non devono mai esserci contemporaneamente materiali diversi, al termine di ogni attività e prima dell'inizio di un'altra, i bambini e gli operatori collaborano nel riporre tutti i materiali utilizzati.

3.8 I CENTRI DELLE ATTIVITÀ DI GIOCO

All'interno dell'aula vengono predispose delle specifiche aree che prendono il nome di centri delle attività di gioco in cui ai bambini vengono fornite delle opportunità di apprendimento e di spinta a partecipare al gioco cooperativo sfruttando un'ampia scelta di materiali ludici. Ciascuna di queste aree dovrebbe avere una disposizione spaziale tale da permettere a 3-4 bambini di giocare insieme posizionandosi uno di fronte all'altro. I vari centri sono collocati in diversi punti dell'aula, proprio come in una tipica scuola dell'infanzia: può essere presente un tavolo per fare puzzle o giochi a incastro, un angolo lettura con diversi libri, anche di tipo sensoriale, uno spazio per il gioco libero, una cucinetta dedicata al gioco di tipo simbolico, un tavolo per attività artistiche. La scelta dei materiali da proporre nei vari centri di attività deve essere effettuata tenendo conto che i giocattoli devono essere gli stessi presenti normalmente negli asili o nelle scuole dell'infanzia, che i materiali devono essere funzionali per raggiungere gli obiettivi di trattamento e che vengano variati frequentemente nel corso dell'anno in modo da evitare che il bambino si stanchi eccessivamente di queste proposte e che, conseguentemente, risultino inefficaci. Solitamente ai gruppi vengono proposte attività ludiche che durano non più di 10-15 minuti.⁶³

Durante le attività di gioco gli operatori utilizzano in maniera accurata le tecniche specifiche d'insegnamento quali:

- lo *shaping* (modellare) consiste nel rinforzare tutti quei comportamenti acerbi che sembrano approssimare i comportamenti target;

⁶³ G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019 (pag. 57-63)

- il *prompting* (aiutare/suggerire) che si basa sull'utilizzo dei prompts ossia di quegli stimoli antecedenti che vengono forniti al bambino per mettere in atto un comportamento che, altrimenti, non riuscirebbe ad emettere autonomamente o spontaneamente. Esistono vari tipi di prompts tra cui quelli verbali, quelli fisici, quelli di posizione, quelli di modello o quelli di tipo percettivo.⁶⁴ Il "supporto invisibile" è colui che si occupa di fornire i prompts ai bambini nei casi in cui il conduttore dell'attività non riesca a farlo direttamente;⁶⁵
- il *fading* (riduzione) è il processo secondo cui la quantità di prompts viene gradualmente ridotta in modo da spingere il bambino a emettere il comportamento in maniera autonoma e ad acquisirlo completamente;⁶⁶
- il *chaining* (concatenamento) riguarda l'apprendimento di competenze che sono costituite da più passaggi che si susseguono e sono combinati in ordine temporale.⁶⁷

3.9 IL VALORE DELL'INCLUSIVITÀ

Il modello G-ESDM riflette il valore dell'inclusività nella misura in cui consente ai bambini con ASD di trarre numerosi benefici dall'interazione con i compagni a sviluppo tipico, e viceversa. Nell'interazione tra bambini infatti, possono essere esercitate le capacità sociali,

⁶⁴ S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012 (pag. 179)

⁶⁵ G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019 (pag.80)

⁶⁶ S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012 (pag. 180)

⁶⁷ P. Venuti, *Intervento e riabilitazione nei disturbi dello spettro autistico*, Roma, Carocci Editore, 2012 (pag. 85)

cognitive e comunicative. L'approccio G-ESDM è stato predisposto per essere attivato all'interno di ambienti prescolari completamente inclusivi; in questo senso rispetta dunque le linee guida internazionali sull'educazione che sanciscono il diritto dei bambini con bisogni speciali di ricevere un intervento in ambienti adatti alle loro esigenze e in cui vi siano opportunità di interazione continua con i bambini a sviluppo tipico.

Essere parte in maniera così precoce di un progetto di inclusione offre ai bambini con sviluppo tipico la preziosa possibilità di incrementare il livello di tolleranza, accoglienza e comprensione della neurodiversità. Inoltre, l'efficacia dei programmi inclusivi si manifesta nell'inestimabile risorsa che i bambini con sviluppo tipico forniscono durante il processo di apprendimento. Il contesto sociale di tipo naturalistico, composto dal gruppo di bambini a sviluppo tipico e dai bambini con ASD, offre la possibilità di mettere in pratica e migliorare le abilità che vengono insegnate attraverso strategie specializzate. Il modello G-ESDM sostiene che le abilità sociali e comunicative adeguate possano essere apprese dai bambini con ASD attraverso l'interazione con i coetanei a sviluppo tipico che rappresentano i loro compagni di gioco "competenti".

Il G-ESDM promuove la partecipazione sociale dei bambini con ASD alla vita della comunità sin dall'infanzia, sostenendo il ruolo attivo che esercitano nei confronti delle sfide del mondo reale. Le difficoltà che vanno affrontate se si vuol creare un contesto inclusivo sono molteplici ed è per questa ragione che gli educatori e i terapeuti devono essere pronti a sfidarle, accogliendo ed elaborando tutte le preoccupazioni dei membri del team e dei genitori.⁶⁸

⁶⁸ G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019 (pag. 106-107, 117)

CAPITOLO 4- L' ESPERIENZA DEL TIROCINIO

4.1 IL PROGETTO EDUCATIVO “GRUPPI DI GIOCO E INTERAZIONE SOCIALE”

Il tirocinio costituisce l'attività formativa professionalizzante che consente allo studente in formazione di sperimentarsi sul campo dell'esperienza pratica trasferendovi le competenze teorico metodologiche acquisite durante la formazione accademica. Durante l'esperienza del tirocinio allo studente è offerta la possibilità di relazionarsi con gli utenti, di comprendere l'organizzazione dei servizi socio-educativi, di applicare le competenze dell'educatore professionale, di realizzare il progetto educativo integrato e di lavorare all'interno dell'équipe multiprofessionale.

È stato proprio grazie all'esperienza di tirocinio, vissuta per alcuni mesi presso la Cooperativa Sociale “L'Isola che non c'è” di Fermo durante l'ultimo anno di Università, che mi sono potuta avvicinare al vasto mondo dei disturbi dello spettro autistico.

Parte del mio tirocinio si è svolto in uno dei progetti educativi pomeridiani offerti dalla Cooperativa ai bambini con ASD che sono in carico al servizio. Il progetto “Gruppi di gioco e interazione sociale” è rivolto sia ai bambini con ASD che ai bambini a sviluppo tipico che frequentano la scuola materna “L'isola che non c'è” e che hanno un'età compresa tra gli 0 e i 6 anni. Analizzando il nome del progetto è possibile comprendere sin da subito la rilevanza che il gioco assume all'interno di questa proposta di lavoro educativo. In questo contesto il gioco rappresenta sia uno strumento per potenziare aspetti specifici deficitari e per favorire l'interazione sociale con i coetanei sia un elemento da rafforzare attraverso specifiche strategie educative.

Dal punto di vista teorico e metodologico il progetto educativo “Gruppi di gioco e interazione sociale” si ispira ai principi del G-ESDM descritti nel capitolo precedente e, in accordo con questi ultimi, viene attuato nell’aula della scuola materna della Cooperativa.

In totale i bambini con ASD che aderiscono al progetto pomeridiano sono 11 mentre quelli a sviluppo tipico sono 4. Non tutti i bambini che aderiscono al progetto “Gruppi di gioco e interazione sociale” partecipano contemporaneamente poiché l’équipe educativa, intenzionalmente, ha preferito suddividerli in piccoli gruppi composti solamente da 3-4 bambini con ASD e da 2-3 bambini a sviluppo tipico. Questa scelta deriva dall’esigenza di rendere l’attuazione del programma educativo più snella, efficace e funzionale. Questi piccoli gruppi non partecipano al progetto tutti i pomeriggi; la programmazione infatti prevede la presenza di ciascun gruppo solamente per 2-3 volte a settimana. Alcuni dei bambini con diagnosi di ASD mostrano un’assenza di linguaggio verbale, altri presentano disturbi del comportamento o un ritardo nello sviluppo del linguaggio.

4.2 ORGANIZZAZIONE DELLO SPAZIO FISICO E STRUTTURAZIONE DEL TEMPO

L’organizzazione dell’aula in cui si attua il progetto educativo “Gruppi di gioco e interazione sociale” riflette i principi del G-ESDM. Tre sono gli aspetti fondamentali da tenere in considerazione:

- l’ambiente fisico deve indirizzare il focus di attenzione per ciascun bambino;
- gli obiettivi educativi relativi a un’area di gioco o a un’attività ludica devono essere considerati durante il processo di sistemazione dell’aula e dei materiali;

- l'area di gioco deve essere coerente rispetto all'obiettivo educativo, sia visivamente che funzionalmente.

L'aula è suddivisa in centri di attività di gioco costruiti tenendo conto del dominio di sviluppo particolare. Include un angolino dei libri, un'area in cui è posizionata la cucina giocattolo, un tavolo per la merenda, uno spazio in cui viene predisposto il percorso grosso-motorio, tre tavoli diversi in cui vengono proposti i vari giochi, un magazzino a cui i bambini non possono accedere e in cui vengono riposti i materiali. Durante l'esecuzione di un determinato gioco infatti, tutti i materiali che non sono momentaneamente necessari vengono tenuti fuori dal campo visivo del bambino. Vengono riposti in contenitori nascosti all'interno del magazzino o all'interno degli armadi poiché un'area di gioco che contiene tanti oggetti rappresenterebbe un caos di materiali scollegati sia per il bambino con ASD che per il bambino a sviluppo tipico. L'aula è stata organizzata in modo che gli spazi risultino aperti ma delimitati fisicamente da dei confini costituiti da arredi o barriere mobili; i percorsi sono definiti in maniera chiara per permettere ai bambini di muoversi facilmente e autonomamente da un centro di gioco all'altro. Occasionalmente vengono utilizzati dei cartelli di stop o delle strisce di scotch colorato sul pavimento che fungono da segnale di limite per i bambini.

Il progetto "Gruppi di gioco e interazione sociale" occupa i bambini per tre ore del pomeriggio: questo spazio temporale è stato organizzato in modo che ogni attività di gioco non superi la durata di 15 minuti circa. La sequenza temporale delle attività di gioco da proporre ai bambini è studiata dagli educatori tenendo conto dell'impatto che ogni gioco esercita sul livello di attivazione di ciascun bambino coinvolto. Per esempio, giochi come i travasi liquidi o quelli con la musica risultano particolarmente eccitanti per alcuni bambini

tanto da scatenare comportamenti disorganizzati che necessitano di essere gestiti dall'educatore che, per contrastarli, subito dopo proporrà un gioco meno esaltante.

I bambini devono essere adeguatamente coinvolti durante le attività di gioco e per far sì che questo sia possibile è necessario e inevitabile fornire al bambino una determinata quantità di momenti di riposo. Di fronte a una riduzione della strutturazione delle attività i bambini possono reagire isolandosi o riducendo l'interazione sociale con i pari. L'educatore, attraverso un'attenta osservazione di ciascun soggetto, dovrebbe identificare delle attività che offrano al bambino la possibilità di riposarsi e che, allo stesso tempo, rappresentino una modalità di gioco adeguato (per es. viene proposta la pista in legno del trenino, macchinine, soldatini, animali).

4.3 TRANSIZIONE TRA DUE ATTIVITÀ DI GIOCO

In accordo con i principi del G-ESDM, le transizioni tra due attività di gioco devono essere ben gestite in modo da favorire nel bambino la flessibilità e la capacità di comprendere la sequenza temporale. Transizioni mal riuscite infatti sono la causa di comportamenti problema, tentativi di rifiuto delle attività di gioco e difficoltà nel coinvolgimento dei bambini. L'obiettivo è quello di agevolare una transizione fluida tra le attività ludiche e le postazioni in modo da ottimizzare la motivazione del bambino nel passare autonomamente da un'attività all'altra. Affinché questo sia possibile gli educatori ricoprono dei ruoli chiari e precisi:

- educatore che svolge la funzione di apertura dando inizio a una nuova attività ludica. È il primo che si alza e si reca nel centro di attività di gioco seguente, prepara e organizza i materiali;

- educatore che fa da ponte aiutando i bambini a portare a termine l'attività precedente e a raggiungere il nuovo centro di attività;
- educatore che svolge la funzione di chiusura terminando per ultimo la transizione e occupandosi di mettere a posto i materiali restanti.

In una posizione centrale dell'aula è collocato un pannello costituito da una serie in successione di strisce di velcro. In ciascuna di queste strisce sono attaccate, in numero corrispondente a quello dei bambini, delle immagini che rappresentano le diverse attività ludiche. Al momento della transizione i bambini staccano dal pannello l'immagine dell'attività seguente, la portano verso il centro di gioco della corrispondente attività e la accoppiano ad un'altra striscia che è già appesa nell'area dell'attività. Al termine dell'attività ciascun bambino prende l'immagine, si reca di nuovo verso il pannello, ripone in una sacca predisposta l'immagine dell'attività conclusa e stacca dalla striscia successiva l'immagine dell'attività seguente (figura 1).

Gli educatori utilizzano segnali di tipo visivo e uditivo che permettono al bambino di comprendere che l'attività ludica sta giungendo al termine. Le istruzioni verbali (per es. «è ora di...», «adesso...», «vai a...») sono brevi, precise e vengono ripetute tutte le volte per aiutare il bambino a comprendere il rapporto che esiste tra l'immagine e l'attività ludica verso cui dirigersi.



Figura 1. *Pannello delle attività*

4.4 FUNZIONI SOCIALI DELLE ATTIVITÀ DI GIOCO PROPOSTE

Ciascuna delle attività di gioco proposte è studiata per potenziare gli obiettivi educativi individuali di ciascun bambino, anche se la funzione che viene privilegiata maggiormente è quella di favorire lo sviluppo dell'interazione sociale.

Nello specifico i giochi proposti devono:

- *promuovere il processo di imitazione*: imitando i gesti, i movimenti e le espressioni del viso al bambino è offerta la possibilità di creare un ponte tra sé stesso e l'altro entrando in contatto con le emozioni altrui.⁶⁹ Inoltre in ogni modello imitativo vi è sempre l'obiettivo implicito di incrementare il livello attentivo del soggetto, di favorire un utilizzo funzionale del contatto oculare, di incoraggiare maggiore empatia, di stimolare la curiosità;⁷⁰

- *promuovere l'attenzione congiunta*: ogni gioco dovrebbe offrire al bambino la possibilità di alternare il proprio sguardo tra l'oggetto osservato e l'altra persona coinvolta, seguire con lo sguardo le indicazioni dell'altro, tenere sotto controllo il punto in cui l'altro sta guardando e guardare nella stessa direzione, indicare per esprimere una richiesta o portare una cosa all'altro per mostrargliela. Per facilitare l'attenzione condivisa l'educatore deve dirigere l'attenzione del bambino non solo verso sé stesso ma anche verso gli altri bambini e verso il gioco che si sta svolgendo. Attraverso i gesti (indicare), le espressioni verbali ("guarda cosa sta facendo X!"), le espressioni facciali (sguardi alternati tra i bambini e gli

⁶⁹ C. Xaiz, E. Micheli, *Gioco e interazione sociale nell'autismo. Cento idee per favorire lo sviluppo dell'intersoggettività*, Erickson, 2001 (pag. 47)

⁷⁰ S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012

oggetti coinvolti nell'attività ludica) è possibile spronare i bambini a rivolgere l'attenzione agli altri presenti;⁷¹

- *promuovere l'emozione congiunta*: nei bambini con ASD condividere un'emozione risulta particolarmente difficile, anche se le modalità variano da soggetto a soggetto. Alcuni bambini risultano apatici, non mostrano mimica facciale e difficilmente cambiano espressione. Altri invece sembrano manifestare emozioni come l'allegria, la rabbia o la tristezza, anche senza un motivo apparente. Fortunatamente per altri bambini con ASD questo deficit non sembra esistere ma, per la maggior parte di questi bambini, identificare e comprendere le emozioni altrui risulta un compito incerto ed estremamente difficile. Le attività ludiche proposte devono dunque favorire la manifestazione di un'emozione sia come risposta al comportamento dell'altro bambino che alla situazione stessa e devono stimolare l'espressione emotiva come strumento dello scambio sociale;

- *promuovere l'intenzione congiunta*: con intenzione congiunta si intende l'individuazione del volere che è condiviso o riconosciuto tra i soggetti presenti, del proprio desiderio che può essere lo stesso o diverso da quello dell'altro e a cui l'altro può scegliere o meno di aderire. Nelle attività a cui i bambini sono esposti nel progetto educativo "Gruppi di gioco e interazione sociale" è possibile stimolare i comportamenti che riguardano l'intenzione congiunta: ne sono un esempio il fare accanto, il fare insieme (il correre e saltare insieme) o il rispondere agli inviti come «Vieni qui!»;

⁷¹ G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019 (pag.87-88)

- *promuovere lo scambio di turni*: questo tipo di comportamento si sviluppa solitamente nella prima fase dello sviluppo dell'intersoggettività del bambino e si manifesta attraverso l'alternanza di sguardi, di sorrisi, di movimenti o vocalizzi raggiungendo livelli di complessità sempre maggiori. Nei bambini con ASD lo sviluppo del turno è problematico ed è proprio per questo motivo che, nei giochi proposti, vi è l'obiettivo educativo di insegnare ai bambini questo tipo di competenza avvalendosi dell'utilizzo di istruzioni verbali quali: tocca a me, tocca a te, questo lo faccio io, questo lo fai tu, prima lo faccio io e poi lo fai tu;⁷²

- *promuovere le funzioni comunicative*: in ogni attività di gioco vengono trattate diverse funzioni comunicative che includono la capacità di fare richieste, di protestare, commentare, denominare, richiedere aiuto, salutare e imitare i suoni.⁷³

4.5 PROPOSTE DI GIOCO E DI ATTIVITÀ DI GRUPPO

Tutti i materiali, le attività e i giochi che vengono proposti al gruppo di bambini sono stati scelti per diversi motivi:

- il materiale risulta interessante per i bambini;
- l'insegnamento delle abilità sociali può avvenire tramite la pratica dei giochi;
- gli obiettivi individuali di apprendimento possono essere affrontati durante le attività.

⁷² C. Xaiz, E. Micheli, *Gioco e interazione sociale nell'autismo. Cento idee per favorire lo sviluppo dell'intersoggettività*, Erickson, 2001 (pag. 47-50)

⁷³ G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019 (pag. 98)

In questo paragrafo vengono descritte le attività di gioco proposte nel progetto educativo “Gruppi di giochi e interazione sociale” analizzando per ciascuna di esse gli obiettivi di apprendimento stimolati e sottolineando la funzione svolta dall’educatore professionale.

Giochi con la musica

“Il gioco delle sedie” o i balli di gruppo sono un esempio di giochi che possono essere proposti procurandosi uno stereo e delle canzoncine per bambini. Attraverso questi giochi si possono stimolare l’attenzione congiunta del bambino, la comunicazione recettiva e la capacità di imitazione.⁷⁴ Il bambino viene inoltre esposto allo stimolo musicale che consente la sincronizzazione emotiva e percettiva crossmodale.⁷⁵

Giochi costruttivi

Alcuni esempi di giochi costruttivi proposti sono: le torri di cubi, gli incastri in legno, gli impilatori geometrici, la piramide di anelli con perno, la frutta e verdura di plastica da tagliare, le scatole con buchi di forma diversa, i chiodini da infilare nell’apposita base, i bottoni di diversi colori da infilare nei buchi colorati di una scatola (figure 2,3). Nello svolgimento di questo tipo di attività ludiche il bambino acquisisce calma e concentrazione, affina le abilità di tipo fine-motorio, può condividere l’emozione connessa al piacere della

⁷⁴ G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell’Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019 (pag. 76)

⁷⁵ C. Xaiz, E. Micheli, *Gioco e interazione sociale nell’autismo. Cento idee per favorire lo sviluppo dell’intersoggettività*, Erickson, 2001 (scheda 16)

ripetizione e al concetto di «concluso». Per insegnare al bambino la modalità corretta di esecuzione del gioco, l'educatore può posizionarsi vicino al bambino seduto a tavolino, prendere per esempio un anello o un bottone da inserire nel perno o nella scatola e chiedere al bambino di guardare. L'educatore infila l'anello nel perno/inserisce il bottone nella scatola guardandolo insieme al bambino dopo di che porge l'oggetto al bambino chiedendogli di fare la stessa cosa. L'educatore lo aiuta a seguire con lo sguardo il movimento dell'oggetto che viene infilato/inserito. Nel caso in cui il bambino non appaia molto abile, l'educatore può guidargli le mani e supportarlo nel tenere ferma la scatola o il perno. L'educatore può proporre ai bambini di giocare a turno spronandoli con indicazioni verbali tipo “Adesso tocca me, adesso tocca a te” e controllando che tra i bambini si verifichi uno scambio di sguardi reciproci.⁷⁶



Figura 2. Esempio di giochi costruttivi



Figura 3. Esempio di giochi costruttivi

⁷⁶ C. Xaiz, E. Micheli, *Gioco e interazione sociale nell'autismo. Cento idee per favorire lo sviluppo dell'intersoggettività*, Erickson, 2001 (scheda 7)

Giochi in movimento

I percorsi grosso-motori proposti ai bambini sono strutturati tramite degli oggetti posizionati in sequenza: sedie disposte una accanto all'altra in cui il bambino deve camminare sopra, tunnel, cerchi in cui saltare, tavoli in cui passare sotto, tappetoni a forma di scivolo, cesto in cui lanciare la palla, cinesini attorno a cui fare lo slalom (figura 4). Prima dell'inizio del percorso, tutti i bambini vengono fatti sedere uno accanto all'altro di modo che si trovino di fronte allo spazio in cui è stato allestito il percorso. L'educatore sceglie un bambino tra quelli del gruppo (solitamente uno dei bambini a sviluppo tipico) che possa fungere da modello per mostrare agli altri come eseguire correttamente il percorso. Questo tipo di gioco consente non solo di acquisire schemi corporei e motori articolati (saltare, strisciare, scivolare, camminare in equilibrio) e di rispettare gli spazi modulari (saltare nei cerchi disposti in maniera modulare)⁷⁷ ma anche di imitare gli altri bambini, incrementare i tempi di attesa attendendo il proprio turno rimanendo seduti sulla sedia. Solitamente i bambini con sviluppo tipico aiutano i bambini con ASD a completare il percorso mostrandogli, con il loro esempio, dove eseguire il salto o dove strisciare oppure accompagnandoli per mano.



Figura 4. Esempio di percorso grosso-motorio

⁷⁷ P. Cazzago, *Chi riesce a...? Giochi e problemi motorio-spaziali per i bambini della scuola elementare*, Editrice La Scuola, 1996 (pag. 48)

Travasi solidi o liquidi

Questo gioco può essere realizzato in vari modi utilizzando ciotole, piccole brocche, bicchieri, imbuto, pipette contagocce, pinze, setacci, acqua colorata con la tempera, ceci, fagioli, farina, pasta di diversi colori, pompon colorati (figura 5). Ad ogni bambino viene presentato un vassoio contenente una proposta di materiale da travasare. Terminato il travaso, i bambini devono scambiarsi i vassoi in modo da poterne sperimentare diversi. Questo tipo di attività ludica, che può essere considerato un gioco parallelo poiché ciascun bambino compie contemporaneamente e autonomamente la stessa attività, stimola le capacità di tipo fine-motorio, l'appaiamento di colori (ad esempio mettendo la pasta rossa nella ciotola rossa, la pasta blu nella ciotola blu) e la concentrazione.⁷⁸



Figura 5. Esempio di travasi solidi

⁷⁸ M. Montessori, *La mente del bambino*, Garzanti, 1949

Gioco simbolico

Il gioco simbolico viene sperimentato dai bambini nell'area della cucina giocattolo in cui vengono messi a disposizione del bambino pentole, padelle, piatti, bicchieri, cibi e bevande (figura 6). L'educatore può sedersi al tavolo e avanzare delle richieste ai bambini come ad esempio chiedere di preparare un cibo o di portargli una bibita. Attraverso questo tipo di gioco simbolico è possibile sviluppare competenze sociali e creative che consentono di coordinare il gioco con gli altri.⁷⁹



Figura 6. Angolo del gioco simbolico: la cucina giocattolo

Canzoncine e filastrocche

Le canzoncine e le filastrocche costituiscono uno stimolo che consente al bambino di fare esperienze crossmodali; grazie alla sincronia di sensazioni uditive, tattili, propriocettive e cinestetiche proposte in pattern prevedibili è possibile favorire la sintonizzazione di

⁷⁹ S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012 (pag. 192)

intenzione, emozioni e attenzione.⁸⁰ L'educatore si siede a terra mettendosi di fronte ai bambini in modo da convogliare su di sé tutta l'attenzione; i bambini si dispongono a semicerchio uno accanto all'altro e vengono coinvolti dall'educatore in canzoncine e filastrocche che, per esempio, hanno l'obiettivo di stimolare il movimento di tutto il corpo.

Lettura di libri

La lettura dei libri avviene in una specifica area dell'aula in cui è predisposto uno scaffale che raccoglie diversi libri (figura 7). In questo tipo di attività possono essere trattati diversi obiettivi che riguardano la motricità fine (girare le pagine) e la comunicazione verbale (per esempio ciascun bambino può essere coinvolto nel denominare i colori o gli animali che vede nel libro). Nel momento della lettura inoltre si può inserire l'obiettivo di imitazione dei movimenti orali o facciali (per esempio quando l'educatore e il gruppo di bambini imitano le espressioni dei personaggi della storia).⁸¹



Figura 7. Angolo dei libri

⁸⁰ C. Xaiz, E. Micheli, *Gioco e interazione sociale nell'autismo. Cento idee per favorire lo sviluppo dell'intersoggettività*, Erickson, 2001 (scheda 17)

⁸¹ G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019 (pag. 75)

Gioco delle categorie

Il gioco delle categorie consente ai bambini di classificare oggetti o immagini selezionandoli e abbinandoli in base alle categorie di appartenenza (colori, animali, cibi, stanze della casa etc.). Una modalità diversa per proporre questo gioco è quella che prevede la divisione del gruppo di bambini in due squadre. L'educatore si colloca davanti al pannello delle categorie, in posizione frontale rispetto alle due squadre e chiama per nome un bambino di ciascuna squadra. I bambini lasciano la loro postazione e raggiungono l'educatore che consegna a ciascuno di loro un'immagine. Dopo aver attaccato l'immagine nella categoria di appartenenza i bambini raggiungono la postazione di partenza e il gioco continua fino a quando tutte le immagini vengono attaccate. Questa proposta, oltre a stimolare l'arricchimento del vocabolario, consente al bambino di sviluppare il gioco di squadra, di attendere il proprio turno e di incrementare il livello di concentrazione necessaria per differenziare le immagini. Questa attività riprende un po' il pensiero di Maria Montessori e le sue "nomenclature" che consentono alla cosiddetta "Mente assorbente" di assorbire in maniera semplice e naturale ciò che la circonda, sulla base di direttive di sviluppo interiori. Queste scoperte condussero la dottoressa Montessori a mettere in atto una vera e propria rivoluzione educativa, basata sulla convinzione che "per aiutare un bambino, dobbiamo fornirgli un ambiente che gli consenta di svilupparsi liberamente". Il tutto oggi è confermato dalle neuroscienze.⁸²

⁸² R. Regni, L. Fogassi, *Maria Montessori e le neuroscienze*, Fefè Editore, 2019

Gioco delle tombole

Il gioco delle tombole può essere personalizzato dall'educatore che, essendo a conoscenza degli interessi di ciascun bambino, può realizzare delle tombole particolarmente gradevoli o accattivanti per il bambino (per es. tombola con i personaggi dei cartoni animati preferiti dai bambini, tombola con i mezzi di trasporto che risultano particolarmente attraenti per un altro bambino etc.). Uno dei bambini del gruppo può dirigere la tombola occupandosi di estrarre da una ciotola le immagini per poi mostrarle agli altri bambini che dovranno essere in grado di discriminarle e di attaccarle nella propria cartella. Attraverso questa modalità di gioco è possibile favorire l'attenzione condivisa, la concentrazione, il dialogo tra i bambini, l'acquisizione di nuovi termini e la capacità di discriminazione (figura 8).



Figura 8. Esempio di gioco delle tombole

4.6 FAVORIRE LA RELAZIONE CON I COETANEI ATTRAVERSO IL GIOCO

Attraverso le attività di gioco è possibile insegnare ai bambini con ASD le modalità per relazionarsi con l'altro in maniera adeguata. I bambini sono sollecitati continuamente a condividere con i coetanei lo stesso spazio fisico, prediligendo sempre la posizione frontale in modo da favorire l'attenzione e l'imitazione. Svolgendo un'attività piacevole come il

gioco, il bambino con ASD accetterà in maniera naturale che i coetanei si siedano accanto a lui.

I bambini vengono stimolati dagli educatori a scambiarsi i materiali di gioco, cercando di mantenere la condivisione dello sguardo. Si può fornire ai bambini con sviluppo tipico un rinforzo da donare in modo da incrementare la motivazione a collaborare.

Nel momento in cui il bambino con ASD si avvicina in maniera spontanea agli altri bambini l'educatore lo invita ad avanzare delle richieste adatte e funzionali. Il processo può essere agevolato se il bambino a sviluppo tipico viene istruito riguardo alla modalità adeguata di comportamento (per esempio, se il bambino con ASD non riesce a porre la richiesta, il bambino può suggerirgliela, aspettare che l'altro bambino la ripeta e poi accontentare la sua richiesta).

Per quanto riguarda le istruzioni recettive l'educatore può spronare i bambini a sviluppo tipico a richiedere delle istruzioni molto semplici necessarie al gioco (per esempio, «Vieni a giocare», «Dammi la palla»). L'importante è che le richieste vengano formulate in modo che il bambino con ASD possa ricavarne una gratificazione che funga da stimolo per ascoltare quello che gli viene chiesto.⁸³

4.7 LE COMPETENZE METODOLOGICHE DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE

Per quanto riguarda l'educatore professionale, egli è in assoluto la figura professionale maggiormente coinvolta nell'attuazione del progetto "Gruppi di gioco e interazione sociale".

⁸³ S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012 (pag. 195)

Il primo strumento metodologico utilizzato dall'educatore professionale è rappresentato dalla capacità di programmare e progettare che si articola attraverso l'analisi della situazione di partenza (*assessment* iniziale), la definizione degli obiettivi, la scelta delle attività educative e delle strategie da utilizzare e infine la valutazione del processo e dei risultati.

Il progetto educativo rappresenta il secondo strumento metodologico dell'educatore professionale in cui può avvenire maggiormente lo scambio e l'esperienza d'incontro tra chi educa e chi necessita di essere educato.

L'educatore professionale, nella pratica educativa che si attua attraverso la relazione educativa, si serve continuamente dell'ascolto attivo, dell'empatia e della capacità di osservazione. La relazione educativa viene identificata come relazione d'aiuto intenzionale che si esprime innanzitutto attraverso la sospensione volontaria del giudizio che consente all'educatore professionale di maturare un'accettazione e una considerazione positiva incondizionata nei confronti del bambino.

Con il termine ascolto attivo si intende non soltanto la capacità di trasmettere all'altro la sensazione di essere ascoltato ma anche di comprendere ciò che non viene espresso con il linguaggio verbale; l'empatia indica invece la capacità di comprendere i sentimenti altrui. Quando si fa riferimento all'osservazione educativa si fa riferimento al processo che consente all'educatore professionale di reperire informazioni riguardanti il bambino osservato o l'intero gruppo di bambini.⁸⁴

Nello specifico, il progetto educativo "Gruppi di gioco e interazione sociale" è il frutto della collaborazione tra le figure professionali dell'équipe multidisciplinare della Cooperativa Sociale.

⁸⁴M.T. Bassa Poropat, F. Lauria, *Professione educatore. Modelli, metodi, strategie d'intervento*, Edizioni ets, 1999 (pag. 26-29, 53)

Tenendo conto delle risorse e dei punti di debolezza dei bambini con ASD è stata individuata una serie di obiettivi educativi individuali e di gruppo, definendo delle attività ludiche che consentissero di raggiungerli.

Ispirandosi ai principi del G-ESDM gli educatori collaborano per creare un clima che sia caratterizzato da interazioni positive e calde con i bambini per favorire la realizzazione di un ambiente di apprendimento funzionale e piacevole. Le emozioni, gli atteggiamenti, le espressioni facciali e il tono della voce sono caratterizzati da uno stile giocoso e genuino che consente di coinvolgere tutti i bambini. Gli educatori si relazionano ai bambini mettendo in atto una continua sintonizzazione e responsività che coinvolge i sentimenti, le intenzioni e la comunicazione. L'educatore modula il linguaggio in modo che risulti appropriato al bambino per agevolarlo durante lo svolgimento delle attività ludiche attraverso commenti ed istruzioni che possono costituire delle occasioni per comprendere il nesso esistente tra parole, gesti ed emozioni.⁸⁵

4.8 VALUTAZIONE EDUCATIVA DEL PROGETTO “GRUPPI DI GIOCO E INTERAZIONE SOCIALE”

Il progetto educativo “Gruppi di gioco e interazione sociale” prevede una valutazione trimestrale. La valutazione educativa prende in considerazione l'intero processo di riabilitazione, dalla fase dell'*assessment* iniziale alla verifica del raggiungimento degli obiettivi.

⁸⁵ G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019 (pag. 96-99)

Attraverso l'analisi delle informazioni raccolte tramite il diario educativo e le eventuali schede di analisi funzionale, in cui vengono registrati i comportamenti problema messi in atto dal bambino, viene valutato il livello di raggiungimento degli obiettivi individuali di ciascun soggetto. Nella valutazione educativa vengono inclusi sia gli obiettivi che riguardano le abilità potenziate attraverso il gioco, sia quelle riferite alle funzioni sociali (imitazione, attenzione congiunta, emozione condivisa, intenzione congiunta, capacità comunicativa, scambio di turni).

Considerando il livello di raggiungimento degli obiettivi prefissati si effettua anche una valutazione delle strategie educative che sono state utilizzate sino a quel momento. Nel caso in cui gli obiettivi non sono stati conseguiti vengono escogitate strategie diverse da sperimentare. Quando dalla valutazione educativa emerge che determinati obiettivi educativi sono stati raggiunti, vengono inseriti nel progetto nuovi obiettivi, caratterizzati da un livello maggiore di complessità.

Nella valutazione educativa vengono presi in considerazione gli interessi attuali del bambino per cercare di integrarli all'interno delle attività ludiche proposte. Anche le impressioni dei genitori vengono discusse e accolte all'interno della valutazione educativa.

Solitamente l'intera programmazione delle attività di gioco subisce una modifica completa ogni sei mesi anche se, trimestralmente, le singole attività vengono presentate ai bambini con delle variazioni.

CAPITOLO 5- LA NEUROMOTRICITÀ E I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO: UN APPROCCIO ECOLOGICO

5.1 LA MOTRICITÀ NEL BAMBINO CON ASD: UN ESEMPIO DI DISPRASSIA

Dal punto di vista motorio il comportamento del bambino con ASD è contraddistinto dalla presenza di numerose stereotipie caratterizzate da manifestazioni particolari che si esprimono diversamente in ciascun soggetto. Con il termine stereotipie si intendono quelle espressioni motorie che appaiono ripetitive e apparentemente afinalistiche dal punto di vista adattivo al contesto ambientale in cui vengono messe in atto. Esistono essenzialmente due tipi di stereotipie:

- stereotipie di tipo autolesivo, ossia quei comportamenti che provocano dolore o lesioni (per esempio: mordersi, percuotersi, battere il capo ecc.). La causa di tali condotte potrebbe essere collegata alla necessità del bambino con ASD di ottenere una forte stimolazione sensoriale che non viene avvertita come dolorosa a causa della scarsa percettibilità del dolore;
- stereotipie di tipo non autolesivo, cioè quei comportamenti di cui, dal punto di vista osservativo, si può identificare una finalità non dolorifica. Tra i movimenti stereotipati che presentano una maggior incidenza nei bambini con ASD troviamo: l'altalena, il movimento delle mani, l'andatura e il movimento del capo.

Il movimento dell'altalena viene messo in atto dal bambino stando seduto e dondolando il busto. La direzione dell'oscillazione può essere laterale o antero-posteriore. Queste

oscillazioni possono essere eseguite dal bambino anche stando in piedi, ripetendo un movimento privo di scopo.

I movimenti delle mani possono essere gesti come lo schiacciare le dita, il battere le mani o gesti per imprimere movimenti agli oggetti.

Per quanto riguarda l'andatura, i bambini con ASD sviluppano spesso una camminata in punta di piedi che deriva da una condizione di ipertensione di tutto il corpo. In altri bambini l'andatura può apparire ipotonica, caratterizzata da una lieve curvatura delle ginocchia e da un affondare del tronco.

I movimenti del capo possono presentarsi come stereotipie autolesive o come contrazioni del viso che producono smorfie.⁸⁶

Le stereotipie di tipo motorio possono essere classificate ulteriormente in:

- qualitative, quando i movimenti bizzarri vengono ripetuti;
- quantitative, quando non è tanto il movimento motorio in sé ad assumere un carattere patologico quanto la sua ripetizione continua e inappropriata.⁸⁷

Oltre alle condotte autostimolatorie, l'area che riguarda la motricità presenta ulteriori problematiche nel bambino con ASD. I comportamenti ritualizzati, caratterizzati dalla ripetizione di catene di azioni, ne sono un esempio concreto. È estremamente complesso individuare una spiegazione dei comportamenti sopra descritti e per farlo bisogna

⁸⁶ L. Cottini, *Che cos'è l'autismo infantile*, Roma, Carocci Faber, 2002 (pag. 49-51)

⁸⁷ S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, il Mulino, 2012 (pag. 212)

probabilmente tenere in considerazione la rigidità e la ripetitività che caratterizza la percezione, la motricità, l'area cognitiva e quella affettiva.⁸⁸

Gli studi del Professor Crispiani e non solo, sostengono che molti dei sintomi comportamentali che caratterizzano i bambini con ASD, sono riconducibili a una matrice disprassica. Alla base di questa teoria vi è la somiglianza che si riscontra tra la condizione dislessica e i disturbi dello spettro autistico, in particolare: i disordini motori, linguistici e coordinativi, la dislateralità, la disorganizzazione spazio-temporale, le difficoltà grafo-motorie, la lentezza esecutiva, la lentezza dell'incipit, l'intolleranza alla confusione o ai rumori eccessivi. La condizione dislessica e i disturbi dello spettro autistico sono caratterizzati da un disturbo delle funzioni esecutive e da automatismi: sono dunque diverse espressioni comportamentali della condizione disprassica.⁸⁹ Con il termine disprassia si fa riferimento al concetto di azione disturbata, una condizione che riguarda le funzioni esecutive e la disorganizzazione delle azioni e dei movimenti coordinati e volontari; la condizione disprassica interessa la motricità, ad ogni livello.⁹⁰

All'inizio del '900 la prassia, intesa come la capacità di agire e di compiere una serie di atti in sequenza, alludeva esclusivamente alla motricità. Grazie alla definizione di Piaget, secondo cui la prassia è una sequenza di movimenti finalizzati al raggiungimento di uno scopo, si giunse all'inclusione di tutto l'agire umano che necessita dell'impiego di tutte le

⁸⁸ L. Cottini, *Che cos'è l'autismo infantile*, Roma, Carocci Faber, 2013 (pag. 49-51)

⁸⁹ P. Crispiani, *Il metodo Crispiani. Clinica della dislessia e disprassia*, Parma, Edizioni Junior, 2020 (pag. 78)

⁹⁰ P. Crispiani, *Dislessia come disprassia sequenziale*, Edizioni Junior, 2011 (pag. 207)

funzioni di tipo esecutivo quali il linguaggio, la postura, la memoria, i movimenti in sequenza e il pensiero.⁹¹

Nei bambini con ASD le abilità di tipo grosso e fino-motorie sono contraddistinte da una scarsa congruità, spesso sono in contrasto e discontinue. L'attività fisica talvolta è eccessiva, talvolta carente; i bambini spesso presentano insicurezze nell'incipit e alternano comportamenti lenti ad altri molto precipitati.⁹² La lentezza dell'incipit si manifesta con un ritardo nell'inizio dell'azione che interessa il processo sin dal momento della preparazione producendo ritardo e incertezza. Si evidenzia in azioni quali: giochi o sport di gruppo, reazione ai messaggi verbali improvvisi, prontezza al cambiamento di attività o ambienti, rotazione del corpo e ritrovamento della posizione, vestirsi, lavarsi, orientarsi nella folla, orientarsi nello spazio e nel tempo.⁹³

5.2 L'IMPORTANZA DELLA MOTRICITÀ NEL GIOCO

Nei capitoli precedenti si è avuto modo di indagare ampiamente le innumerevoli funzioni e i profondi benefici che derivano dal gioco. L'intento di questo paragrafo è quello di approfondire in maniera particolare i benefici prodotti dai giochi percettivo-motori in cui l'aspetto della motricità assume particolare importanza.

A livello intellettuale, questi giochi permettono al bambino di acquisire molteplici informazioni rispetto alle caratteristiche fisiche dell'ambiente in cui è inserito: nozioni che

⁹¹ Definizione di prassia, P.Crispiani, *Hermes 2016. Glossario scientifico professionale*, Edizioni junior, 2015 (pag. 235)

⁹² P. Crispiani, *Ippocrate pedagogico. Manuale professionale di Pedagogia speciale e della bilitazione e Riabilitazione*, Institute Itard Center, 2019 (pag. 67).

⁹³ P. Crispiani, *Il metodo Crispiani. Clinica della dislessia e disprassia*, Parma, Edizioni Junior, 2020 (pag. 23)

riguardano la misura, la forma, il colore, il peso, il tempo, lo spazio, la velocità, la vicinanza, la posizione (per es. sopra, sotto, dietro, ecc.), i numeri e i simboli visivi. I giochi percettivo-motori consentono al bambino di ampliare il vocabolario, favorendo allo stesso tempo lo sviluppo del linguaggio.

Per quanto riguarda i benefici fisici, attraverso i giochi percettivo-motori il bambino può sviluppare un corpo capace di muoversi e che è in grado di controllarsi automaticamente. Dal punto di vista visivo, consentono di sviluppare l'inseguimento, la focalizzazione e la padronanza della mano e del corpo.

A livello psicologico, il bambino acquisisce fiducia in sé stesso e nelle sue capacità di risoluzione dei problemi. I giochi percettivo-motori sono utili per controllare gli impulsi e per coordinare mente e corpo, favorendo l'utilizzo del pensiero durante l'azione.

Per quanto riguarda le abilità sociali, le esperienze di gioco percettivo-motorio consentono di sviluppare la condivisione, la tolleranza delle frustrazioni e di esercitarsi nella turnazione.⁹⁴

5.3 NEUROMOTRICITÀ COME SVILUPPO DI SINESTESIE NEUROMOTORIE

La motricità e la sfera cognitiva costituiscono una unità bio-psichica che coordina tutto il comportamento intenzionale dell'essere umano, in particolare le sinergie e le sinestesie pluri-motorie, senso-motorie, verbo-motorie, ideo-motorie e dell'orientamento nel tempo e nello spazio. Non a caso i gangli basali, i lobi frontali e il cervelletto, rappresentano, a livello

⁹⁴ M. J. Wirth, *Mille giochi guida per una educazione percettivo/motoria scientificamente coordinata*, Armando editore, 1976 (pag. 9-10)

cerebrale, le sedi del movimento e della sfera cognitiva. Il movimento e la cognitività si regolano vicendevolmente nella gestione dell'intero comportamento.⁹⁵

*“Il Cognitive Motor Training è l'insieme delle pratiche educative intensive, a sfondo prassico-motorio, con coinvolgimento dell'attività mentale.”*⁹⁶

Il Cognitive Motor Training appartiene alla Teoria Prassico Motoria che riguarda il comportamento umano e che, a livello teorico, si ispira ai principi del Cognitivismo e della Clinica. Il Cognitive Motor Training ha l'intento di far convergere in maniera simultanea le attività motorie con quelle cognitive servendosi di situazioni e azioni che riguardano l'ideazione, la programmazione, l'esecuzione, il controllo e l'automatizzazione sia delle funzioni esecutive semplici che di quelle complesse. Il Cognitive Motor Training permette di agevolare la fluidità esecutiva e i processi che riguardano la capacità di autoregolarsi, migliorando l'intera organizzazione neuro-psico-motoria del bambino.

“Si tratta di una attività motoria mirata ed intensiva volta a dinamizzare le funzioni neuromotorie e neurosensoriali, con particolare attenzione a:

- *velocità reattiva;*
- *sincinesie e sinestesie;*
- *sequenze di azioni ordinate nello spazio;*
- *sequenze di azioni ordinate nel tempo;*
- *sequenze di azioni bimanuali;*
- *sequenze di azioni combinate (più segmenti) e globali (intero corpo);*
- *attivazione neurologica intenzionale globale.”*

⁹⁵ P. Crispiani, E. Palmieri, *Champion Pressing. Pratiche intensive speciali di Cognitive Motor Training*, Pollenza, Institute Itard, 2017 (pag. 19-20)

⁹⁶ P. Crispiani, *Il metodo Crispiani. Clinica della dislessia e disprassia*, Parma, Edizioni Junior, 2020 (pag. 57)

Le funzioni che vengono attivate dal Cognitive Motor Training hanno uno scopo riabilitativo ed abilitativo che può essere funzionale al trattamento educativo-riabilitativo del bambino con ASD che, come sottolineato in precedenza, presenta un disturbo di natura disprassica.

Le funzioni e le risorse del bambino che sono di natura motoria, sensoriale e cognitiva vengono coordinate e stimolate continuamente, cercando di integrare l'aspetto mentale a quello motorio. Le funzioni esecutive che sono sollecitate maggiormente sono: la rapidità dell'incipit, la fluidità esecutiva, gli schemi crociati e quelli rotatori.

Nel Cognitive Motor Training avviene la sollecitazione ecologica di tutte le dimensioni della persona, con un approccio di natura globale ed olistica.⁹⁷

Nello specifico, vi è una pratica professionale educativa intensiva rivolta a bambini fino a sei anni, che osserva le linee teoriche della Teoria-Prassico Motoria e sviluppa i principi del Cognitive Motor Training. La pratica a cui si fa riferimento è la Champion Praxic, inclusa nella più ampia Champion Pressing di cui fanno parte anche la Champion LIRM (per bambini e ragazzi dai 7 anni) e la Champion Age (per adulti).

La Champion Praxic viene definita un *“training intensivo e speciale di attivazione rapida ed efficiente delle Funzioni Prassiche Cognitivo-Motorie attraverso la costruzione di una coordinata e fluida attività motoria e mentale per l'esecuzione ordinata di tutto l'agire dai due ai sei anni.”*⁹⁸

L'obiettivo della Champion Praxic è quello di avviare, incrementare e consolidare le neuro-prassie in quei bambini che esitano nell'incipit o che risultano lenti o disfluenti, scoordinati, disorganizzati dal punto di vista spazio-temporale. In particolare, il training

⁹⁷ P. Crispiani, *Il metodo Crispiani. Clinica della dislessia e disprassia*, Parma, Edizioni Junior, 2020 (pag. 57-59)

⁹⁸ P. Crispiani, E. Palmieri, *Champion Pressing. Pratiche intensive speciali di Cognitive Motor Training*, Pollenza, Institute Itard, 2017 (pag. 11, 23)

della Champion Praxic lavora sulla motricità complessa, il linguaggio, la percezione e il pensiero che costituiscono le funzioni che vengono esercitate simultaneamente (sinestesie). Ad ogni caso clinico vengono presentati dei moduli di sequenze cognitivo-motorie che si articolano intorno ad otto schemi di base che fanno parte della motricità basale (MB):

- *“seduti, battere i piedi.*
- *camminare sul posto,*
- *camminare avanti e indietro,*
- *salire e scendere dal gradino,*
- *salire e attraversare un gradino e ritorno,*
- *seduti su un gradino, battere i piedi con torsione da sinistra a destra e ritorno,*
- *in piedi su un gradino, mantenere diverse posizioni in equilibrio,*
- *camminare ruotando dentro e fuori un cerchio.”⁹⁹*

Possono essere utilizzati dei supporti sonori o visivi quali musica, ritmi, bandierine, nastri, che fungono da accompagnamento al training. Quando il bambino è particolarmente piccolo, può essere utile sfruttare la presenza di due terapisti che lavorano insieme e contemporaneamente: uno dei terapisti conduce l'attività mentre l'altro funge da supporto al bambino aiutandolo durante il training nell'esecuzione degli schemi cognitivo-motori. I genitori dei bambini sono ammessi durante l'esecuzione del training in modo da acquisire delle competenze da poter riproporre in ambito familiare, integrando in questo modo il trattamento svolto dai terapisti.

⁹⁹ P. Crispiani, E. Palmieri, *Champion Pressing. Pratiche intensive speciali di Cognitive Motor Training*, Pollenza, Institute Itard, 2017 (pag. 18)

Il setting in cui si svolge la Champion Praxic è intenzionalmente e attentamente progettato escludendo tutto ciò che può costituire un elemento distraente, scegliendo dei materiali professionali di alta qualità e raccogliendoli in maniera ordinata in appositi contenitori.¹⁰⁰

5.4 ALCUNI ESEMPI DI ATTIVITÀ NEUROMOTORIE PER BAMBINI CON ASD

Al bambino con ASD possono essere proposte le attività neuromotorie che costituiscono l'attuazione pratica della Champion Praxic. “*La pratica intensiva si articola in cinque step gradualità.*”¹⁰¹

Il primo step consente di praticare l'alternanza bimanuale attraverso degli esercizi che il terapeuta/educatore esegue in posizione frontale rispetto al bambino che nel frattempo è invitato a camminare avanti e indietro. Aprire e chiudere le mani in maniera alternata o ruotare i palmi delle mani in modo alternato sono alcuni degli esercizi che compongono il primo step e che vengono proposti al bambino.

Il secondo step è costituito da esercizi articolati intorno all'esecuzione degli schemi crociati. Poiché i bambini a cui è rivolta la Champion Praxic si trovano nella fascia prescolare (età compresa tra i 2 e i 6 anni) si è ritenuto idoneo presentare degli schemi crociati che coinvolgessero parti del corpo note al bambino: ne sono un esempio il naso, le orecchie e gli occhi. Camminando avanti e indietro, il bambino è invitato ad interagire con il terapeuta nelle attività neuromotorie che compongono il secondo step. Toccare con la mano sinistra la spalla sinistra del terapeuta e viceversa, battere le mani con il terapeuta in modo crociato alternato o

¹⁰⁰ P. Crispiani, E. Palmieri, *Champion Pressing. Pratiche intensive speciali di Cognitive Motor Training*, Pollenza, Institute Itard, 2017 (pag. 17,18, 24)

¹⁰¹ *Ivi* (pag. 24)

incrociare le braccia sulle spalle sono alcuni esempi di attività neuromotorie che compongono il secondo step.

I processi verbo-motori compongono il terzo step del programma che viene eseguito dal bambino camminando, attraversando un gradino e ritornando. Alcuni esempi di attività neuromotorie che fanno parte di questo step sono il battere le mani ripetendo le parole pronunciate dal terapeuta oppure ruotare i palmi delle mani in maniera alternata riducendo alcune serie di termini.

Nel quarto step vengono presentate delle attività neuromotorie che coinvolgono i ritmi e le sequenze, mentre al bambino è richiesto di stare seduto su un gradino battendo contemporaneamente i piedi o incrociando le gambe. Il terapeuta può proporre dei ritmi al bambino che coinvolgono sia l'utilizzo delle mani che quello dei piedi.

Il quinto ed ultimo step riguarda il mantenimento delle posture e dell'equilibrio stando in piedi su un gradino. Alcuni esempi di attività che possono essere richieste al bambino sono: il sollevamento di una gamba in avanti allungando il braccio opposto in avanti o lateralmente, la flessione di un ginocchio indietro, avendo le braccia allargate e tenendo due palline.

Il trainer deve sempre tenere conto delle abilità e delle potenzialità del bambino per personalizzare gli esercizi in maniera che, anche i soggetti gravemente disprassici, come alcuni casi di bambini con ASD, possano disporre di attività neuromotorie adeguatamente calibrate.¹⁰²

¹⁰² P. Crispiani, E. Palmieri, *Champion Pressing. Pratiche intensive speciali di Cognitive Motor Training*, Pollenza, Institute Itard, 2017 (pag. 25-46)

CONCLUSIONI

In questa elaborato di tesi vi è stato modo di evidenziare come, nel bambino che presenta un disturbo dello spettro autistico, si verifichi uno sviluppo anomalo del gioco e della motricità. In qualità di professionisti attivi nel campo della riabilitazione, non è consentito correre il rischio di sottovalutare questi due aspetti che, come è stato ampiamente sottolineato, assumono un'importanza fondamentale ed imprescindibile durante il processo di crescita del bambino.

È stato possibile constatare che, proporre al bambino dei modelli educativi-riabilitativi basati proprio sull'utilizzo dei giochi e sulla motricità, rappresenta una possibilità concreta per potenziare alcuni aspetti deficitari e per stimolare il raggiungimento degli obiettivi individuali di ciascun bambino.

Riportando l'esempio del progetto educativo "Gruppi di gioco e interazione sociale" attivato presso la Cooperativa Sociale "L'isola che non c'è" di Fermo, sede del mio ultimo tirocinio universitario, è stato possibile comprendere in che modo il gioco costituisca un mezzo concreto che permette ai bambini con disturbo dello spettro autistico di interagire e socializzare con bambini che presentano uno sviluppo tipico, consentendo di realizzare quell'inclusione sociale a cui tutti ci auspichiamo di poter assistere.

Per quanto riguarda la motricità invece, è stato sottolineato come alcuni indicatori e sintomi comportamentali riconducano i disturbi dello spettro autistico ad una matrice di natura disprassica che necessita dunque di essere potenziata attraverso degli specifici trattamenti abilitativi e riabilitativi che hanno l'obiettivo di integrare simultaneamente la dimensione cognitiva con quella motoria.

BIBLIOGRAFIA

A. Bondioli, *Gioco e educazione*, Franco Angeli Editore, 1996

C. Xaiz, E. Micheli, *Gioco e interazione sociale nell'autismo. Cento idee per favorire lo sviluppo dell'intersoggettività*, Erickson, 2001

Folstein, S. E., & Rosen-Sheidley, B. (2001). *Genetics of autism: complex aetiology for a heterogeneous disorder. Nature reviews. Genetics*, 2(12), 943–955.

G. Vivanti, E. Duncan, G. Dawson, S. J. Rogers, *Implementazione dell'Early Start Denver Model in Gruppo (G-ESDM) per bambini con autismo in età prescolare*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2019

G. Vivanti, *La Mente Autistica. Le risposte della ricerca scientifica al mistero dell'autismo*, Omega Edizioni, 2010

L. Cottini, *Che cos'è l'autismo infantile*, Roma, Carocci Faber, 2002

M. J. Wirth, *Mille giochi guida per una educazione percettivo/motoria scientificamente coordinata*, Armando editore, 1976

M. Montessori, *La mente del bambino*, Garzanti, 1949

M.T. Bassa Poropat, F. Lauria, *Professione educatore. Modelli, metodi, strategie d'intervento*, Edizioni ets, 1999

Ozonoff S, Iosif AM, Young GS, Hepburn S, Thompson M, Colombi C, et al. *Onset patterns in autism: correspondence between home video and parent report. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2011, 50:796-806 e1.

- P. Cazzago, *Chi riesce a...? Giochi e problemi motorio-spaziali per i bambini della scuola elementare*, Brescia, Editrice La Scuola, 1996
- P. Crispiani (a cura di), *Storia della pedagogia speciale. L'origine, lo sviluppo, la differenziazione*, Pisa, Edizioni Ets, 2016
- P. Crispiani, *Dislessia come disprassia sequenziale*, Edizioni Junior, 2011
- P. Crispiani, E. Palmieri, *Champion Pressing. Pratiche intensive speciali di Cognitive Motor Training*, Pollenza, Institute Itard, 2017
- P. Crispiani, *Il metodo Crispiani. Clinica della dislessia e disprassia*, Parma, Edizioni Junior, 2020
- P. Crispiani, *Ippocrate Pedagogico. Manuale professionale di Pedagogia speciale e della Abilitazione e Riabilitazione*, Istituto Itard, 2019
- P. Patruno, *Il gioco nello sviluppo infantile*, Digital docet, 2014
- P. Venuti, A. Bentenuto, *Studi di caso. Disturbi dello spettro autistico. Dal nido d'infanzia alla scuola primaria*, Trento, Erickson, 2017
- P. Venuti, *Intervento e riabilitazione nei disturbi dello spettro autistico*, Roma, Carocci Editore, 2012
- P. Crispiani, *Hermes 2016. Glossario scientifico professionale*, Edizioni junior, 2015
- Parten M. B. e Newhall S. M., *Social behavior of preschool children*, New York, McGraw-Hill, 1943
- R. Regni, L. Fogassi, *Maria Montessori e le neuroscienze*, Fefè Editore, 2019

S. Vicari, G. Valeri, L. Fava, *L'autismo. Dalla diagnosi al trattamento*, Bologna, Società editrice il Mulino, 2012

S.Freud, *Al di là del principio di piacere*, Bollati Boringhieri, 1986

Ungerer e Sigman, *Symbolic play and language comprehension in autistic children*, American Academy of Child Psychology, 1981

Dott.ssa D. Saltari, *La pratica educativa: introduzione alla dimensione ludica*, dispensa modulo didattico Metodologia dell'Educazione Professionale 2

Istituto Superiore di Sanità, *Linea guida 21. Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti*.

Ministero della Sanità, *Decreto Ministeriale 08 ottobre 1998, n. 520*

SITOGRAFIA

Convention on the Rights of the Child. <https://www.unicef.it/doc/605/convenzione-diritti-infanzia-artt-31-40.htm>