

**Abilitazione e Riabilitazione**

**AR**e

*Anno XXIV N. 1 2015*

Publicazione del  
*Centro Paolo VI di Casalnoceto (AL)*

*Registrazione del Tribunale di Tortona N. 3/93 del 15.6.93 - Spedizione in abbonamento postale, gruppo IV - Pubbl. inf. 50% - Autorizzazione della Direzione Provinciale PT di Alessandria*

**A e R - Abilitazione e Riabilitazione**  
PUBBLICAZIONE SEMESTRALE



## Centro Paolo VI

*Onlus - Organizzazione non lucrativa di utilità sociale*

**Comitato scientifico**

Alessandro Antonietti

Michela Balconi

Giuseppe Cetta

Ettore Cima

Maurizio De Negri

Paola Di Blasio

Aldo Galeazzi

Marisa Giorgetti

Paola Iannello

Pierluigi Postacchini

Daniela Traficante

Giuseppe Vico

**Comitato di redazione**

Gianluigi De Agostini

Cesare De Paoli

Roberta Fanzio

Maurizio Pilone

**Segretaria di redazione**

Giuliana Lucente

**Direttore responsabile**

Matteo Colombo

**Co-coordinatore scientifico**

Cesare Albasi

**Coordinatore scientifico**

Pier Luigi Baldi

## NOTE DELLA REDAZIONE

- La rivista comprende tre sezioni:

a) studi e ricerche; b) esperienze di lavoro; c) contributi vari.

- Gli articoli vanno indirizzati alla segreteria di redazione, presso il “Centro Paolo VI”, via Gavino Lugano n. 40, 15052 Casalnoceto (AL). Tel. 0131.808140 - Fax 0131.808102 - email: g.lucente@centropaolovi.it.

- Il testo di ciascun contributo, da inviare sia su supporto informatico che cartaceo, dovrà essere accompagnato dal nome e cognome dell'autore (o degli autori), con qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico.

- Per ogni saggio della sezione “studi e ricerche” si richiedono un breve riassunto, tre parole-chiave e i riferimenti bibliografici.

- L'accettazione dei lavori è subordinata al parere positivo di “referees”, esterni al comitato di redazione.

- Per la stesura della bibliografia ci si atterrà ai seguenti esempi:

a) **LIBRO**: Viaro, M., Leonardi, P. (1990), *Conversazione e terapia*. Milano: Raffaello Cortina.

b) **ARTICOLO DI RIVISTA**: Hècaen, H. (1960), Les apraxies. Introduction. *Revue Neurologique*, 102 (6), 540-550.

c) **CAPITOLO DI UN LIBRO**: Carli, R. (1982), Per una teoria dell'analisi istituzionale. In R. Carli, L. Ambrosiano (a cura di), *Esperienze di psicosociologia* (59-139). Milano: F. Angeli.

d) **ATTI DI CONVEGNI**: Orsenigo, A. (1987), Professionalità degli educatori di comunità. ecc. In C. Kaneklin, C. D'Ambrosio (a cura di), *Atti del Convegno Interventi di comunità* (127-156). Milano: Università Cattolica del S. Cuore.

- La rivista è distribuita gratuitamente.

- **A e R - Abilitazione e Riabilitazione** è consultabile anche *on-line*, all'indirizzo internet [www.centropaolovi.it](http://www.centropaolovi.it), sulla cui *home page* si dovrà cliccare **Formazione e ricerca scientifica** e, successivamente, **A e R - Abilitazione e Riabilitazione**.

# A e R - Abilitazione e Riabilitazione

Anno XXIV - N. 1 - 2015

## INDICE

### STUDI E RICERCHE

PIER LUIGI BALDI

Ipotesi teoriche sulla disabilità intellettiva ..... pag. 7

SARA LOVOTTI, ANTONELLA LARGANÀ

Logopedia e reflusso gastroesofageo ..... pag. 17

### ESPERIENZE DI LAVORO

MARIA TERESA GATTI, MARCO AFFRICANO,  
RITA BASSO, SIMONA BOCCATO, ADALGISA CONTI,  
MARCO DELLA RATTA, DANIELA DEPASE,  
MASSIMO NASCIMBENE, PAOLA PERVERSI, MARA SINELLI

Una finestra del “Centro Paolo VI”:  
l’ambulatorio di fisioterapia ..... pag. 27

SIMONA BORELLI, LORELLA MANTOAN

Autismo e apprendimento di autonomie:  
gli acquisti al supermercato ..... pag. 35

ORINETTA MELONE

“Non si vede bene che con il cuore”  
(Alcune riflessioni dalla lettura de “Il Piccolo Principe”  
di Antoine de Saint-Exupéry) ..... pag. 45

### INFORMAZIONI

Incontro di studio sui DSA (disturbi specifici dell’apprendimento)  
organizzato dal “Centro Paolo VI” ..... pag. 55

Campus ADHD “Family Training”® 24-28 giugno 2015  
oppure 2-6 settembre 2015 a Marina di Massa (MS) ..... pag. 57



## **STUDI E RICERCHE**



# IPOTESI TEORICHE SULLA DISABILITÀ INTELLETTIVA<sup>1</sup>

PIER LUIGI BALDI\*

**Riassunto.** *Nell'attività educativa, i riferimenti teorici costituiscono il necessario inquadramento entro cui obiettivi, programmi e scelte di metodo, derivati da essi in modo coerente, acquistano significato. Con soggetti disabili intellettivi, che presentano particolari difficoltà di apprendimento e talora anche di comportamento, diventa indispensabile avere un solido orientamento concettuale, che fornisca le linee-guida per operare in maniera competente e finalizzata. Diversamente, gli interventi non possono che essere frammentari, quindi poco o nulla incisivi, quando non dannosi per l'accavallarsi disordinato di proposte che generano confusione e rifiuto nel soggetto a cui sono indirizzate.*

**Parole-chiave:** *disabilità intellettiva, ipotesi teoriche, educazione.*

## 1. Premessa

Si può ritenere che il modo migliore per ricoprire il proprio ruolo educativo di fronte alle difficoltà del bambino “disabile” sia quello di “cogliere la sfida” che la sua condizione ci lancia, per intraprendere insieme a lui un percorso di crescita, lungo il quale non solo l'alunno possa trovare opportunità di sviluppo cognitivo-intellettuale, prestazionale e sociale, ma anche l'adulto possa migliorare la sua competenza professionale e il suo livello di creatività, maturando tra l'altro un atteggiamento di maggiore apertura verso tutto ciò che rappresenta attività di ricerca e di sperimentazione e una nuova consapevolezza critica dei presupposti teorici che devono essere a fondamento dell'azione educativa. Sembra quindi opportuno riportare qui di seguito una breve sintesi delle ricerche e dei contributi più significativi che sono emersi dal dibattito centrato sulla disabilità intellettiva (d'ora in poi DI).

Detterman (1983; 1987) afferma che lo sviluppo del lavoro di ricerca su quello che nel recente passato veniva definito “ritardo mentale” può essere suddiviso in tre fasi, dopo che tale condizione è venuta a delinearsi come oggetto di studio distinto dalla malattia mentale nella seconda metà del secolo scorso: nella prima fase sono stati fatti i primi tentativi di identificare e classificare i vari casi e di creare per loro delle condizioni vita adeguate; nella seconda, situabile nella

---

<sup>1</sup> Liberamente tratto da P.L. Baldi (2012), *Educare al Ragionamento* (2<sup>a</sup>ed.). Trento: Erickson.

\* Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano.



prima metà di questo secolo, le ricerche si sono focalizzate sulla descrizione delle abilità delle persone con ritardo mentale, mettendo in rilievo che tali abilità non presenterebbero particolari salti qualitativi rispetto ai normodotati, ma che le prestazioni dei due gruppi di soggetti si collocherebbero piuttosto lungo un “continuum”; nella terza fase, che si estende dal dopoguerra ad oggi, i ricercatori hanno utilizzato modelli formulati in altre aree della psicologia, applicandoli alla DI. A differenza del periodo precedente, largamente descrittivo, l’obiettivo prevalentemente perseguito è stato quello di mettere in luce una o più caratteristiche che sarebbero alla base dei “deficit” cognitivo-intellettivi.

In concomitanza con lo sviluppo dell’attività di ricerca si è osservato un non irrilevante cambiamento dei termini utilizzati per indicare la condizione dei DI, “non irrilevante” perché il succitato cambiamento riflette un diverso approccio della comunità scientifica e degli operatori più preparati e attenti nei confronti di tale persone.

In questo quadro, negli ultimi anni, alla dizione “ritardo mentale” è stata largamente preferita quella di “disabilità intellettiva”. Schalock, Luckasson, Shogren *et al.* (2008) illustrano le ragioni per le quali il costrutto di disabilità intellettiva ha sostanzialmente sostituito quello di ritardo mentale; i succitati autori affermano che la disabilità intellettiva:

- riflette il costrutto modificato di disabilità proposto dall’AAIDD<sup>2</sup> e dalla WHO<sup>3</sup>;
- si adatta meglio alle attuali pratiche professionali che si focalizzano sui comportamenti funzionali e sui fattori contestuali;
- fornisce una base coerente per l’assegnazione dei supporti individualizzati, grazie al fatto che si fonda su una struttura socio-ecologica;
- è meno offensivo nei confronti dei soggetti con disabilità;
- è maggiormente in linea con la terminologia internazionale. (Schalock, Luckasson, Shogren *et al.*, op.cit.).

Tra i significativi cambiamenti terminologici, che si sono registrati a livello internazionale, ricordiamo che, dal 1° gennaio 2007, l’importante ente americano *American Association on Mental Retardation* (già *Association of Medical Officers of American Institutions for Idiotic and Feeble-minded Persons* e, successivamente, *American Association on Mental Deficiency*) ha cambiato denominazione in *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*.

---

<sup>2</sup> American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

<sup>3</sup> World Health Organization

## **2. Ipotesi interpretative e attività di ricerca**

Una rassegna, per quanto veloce, delle principali ipotesi formulate sulla DI non può non tener conto del dibattito emerso intorno alla genesi e allo sviluppo delle strutture del pensiero. In quest'ambito, un contributo fondamentale è stato fornito da Jean Piaget, la cui ottica ha costituito il referente teorico di numerose ricerche sperimentali e di procedure di valutazione aventi finalità diagnostiche e di ricerca.

Gli studi sulla DI, condotti secondo il modello piagetiano da Inhelder, a partire dagli anni '40, suffragarono l'ipotesi che i DI di grado medio-lieve sarebbero caratterizzati da un rallentamento e, quindi, generalmente da una incompletezza dello sviluppo. La loro sequenza evolutiva pertanto non sarebbe qualitativamente diversa da quella di soggetti normodotati, ma avrebbe come esito strutture mentali proprie di fasce d'età inferiori a quella anagrafica. In funzione del livello di gravità della DI, lo sviluppo si fermerebbe ad uno degli stadi che precedono la fase operatoria-formale, fase in cui si conseguono capacità logico-astratte. Altro discorso doveva essere fatto per la DI grave, di cui gli studi effettuati mettevano in luce una situazione di "anarchia evolutiva", tale da impedire ogni tipo di confronto con la normodotazione (Inhelder, 1943).

In lavori successivi è stata messa in luce una quota rimarchevole di viscosità nei DI, che comporterebbe per ciascuno stadio evolutivo l'impossibilità di essere delimitato entro confini precisi. In questo contesto viene ad assumere un peso particolare il problema delle asincronie e dei décalage, termini che indicano il fatto che, come spesso si osserva, due diversi compiti (ad es. la prova di conservazione della quantità di plastilina e la prova di conservazione della quantità di liquido), che implicano le stesse modalità di ragionamento, le quali a loro volta riflettono in uguale misura lo stadio raggiunto, possono essere risolti in modo completamente diverso dallo stesso bambino (ad es., può essere in grado di capire l'invarianza della quantità di plastilina nonostante il variare della sua forma, ma non l'invarianza della quantità di liquido versato da un contenitore ad un altro e viceversa). Se risposte del genere sono tutt'altro che estranee al mondo dei normodotati, sono date abitualmente dai DI e costituiscono un ostacolo alla valutazione dello stadio raggiunto (Jordan-Ionescu, 1987).

Gli anni '70 vedono vari sviluppi della teoria piagetiana, l'affacciarsi al suo interno di nuovi centri d'interesse e profonde revisioni teoriche, con uno spostamento dell'attenzione dalle strutture alle modalità di funzionamento del pensiero; ciò implica un nuovo modo di intendere le differenze tra normodotati e DI, che consisterebbero, in particolare, nelle diverse modalità di rappresentazione della realtà e nella differente qualità del controllo esercitato sulle proprie azioni. In sintesi, per Piaget, riveste un ruolo decisivo la capacità di riflettere su quello che

si sta facendo e sulle proprie rappresentazioni della realtà e di riorganizzare la propria attività su un piano più complesso e articolato (astrazione riflettente), capacità in cui i DI si rivelerebbero deficitari.

Un'integrazione del concetto di stadio, teorizzato da Piaget, è stata proposta da autori di area cognitivista, che fanno riferimento al paradigma *Human Information Processing*, per il quale l'uomo è essenzialmente un "elaboratore" di informazioni. In quest'ottica, il concetto di stadio non è più soltanto riferito ad una specifica struttura unitaria della mente umana, ma è collegato anche al grado di competenza raggiunto in un determinato settore; gli stadi si riferiscono quindi anche a momenti diversi nell'ambito di un unico processo cognitivo (Agnoli, Gobbo, 1984). In questo quadro, il concetto di "décalage" si svuota di contenuto, poiché la diversa risposta soggettiva a compiti simili è motivata dalle specifiche caratteristiche di ciascun compito, dalle esperienze precedenti, da aspetti motivazionali, ecc., così come non ha più significato parlare di discontinuità di sviluppo, essendo, questo, visto come graduale, come assommarsi di risorse cognitive, di cui il bambino può servirsi per un'adeguata elaborazione delle informazioni, funzionale alla soluzione del compito. Tali risorse, dette anche abilità di base, sono state identificate, a seconda del modello teorico a cui ci si è riferiti, nella capacità strutturale e funzionale della memoria, nell'attenzione, nella velocità di elaborazione (Pascual-Leone, 1970; Case, 1974).

Diventa a questo punto immediato il confronto con il funzionamento dei computer: anche l'uomo, come il computer, per poter considerare e organizzare la molteplicità degli elementi che possono intervenire nella soluzione di un problema, deve avere la possibilità di contare su una struttura cognitiva in grado di mantenere temporaneamente presenti alla coscienza più dati, in modo da poter operare su di essi. Tale sistema può essere individuato, nei modelli HIP, nel costrutto teorico della "memoria di lavoro", che presenterebbe maggiori capacità esplicative rispetto all'importante costrutto teorico precedente di "memoria a breve termine" (Eysenck, Keane, 1990). In tale ottica, quella che viene considerata "intelligenza" può essere messa in relazione con due aspetti principali che caratterizzano il funzionamento dell'"elaboratore di informazioni": 1) la potenza dei meccanismi computazionali, cioè l'ampiezza delle conoscenze (a livello di regole e rappresentazioni) che permettono di affrontare e risolvere i problemi; 2) l'efficienza del sistema in termini di velocità e accuratezza di elaborazione (Anderson, 1986). La prestazione cognitiva di fronte a un compito risulta, quindi, funzione sia dell'abilità del sistema di conoscenze di generare la soluzione sia del livello di efficienza della "macchina" su cui la procedura di soluzione del compito è stata implementata. In questa prospettiva, la DI può essere messa in relazione essenzialmente con una scarsa efficienza, che limita

l'utilizzo e lo sviluppo del sistema di conoscenze nonché con la bassa efficacia con cui vengono messe in atto le eventuali strategie di soluzione conosciute dal soggetto. Per alcuni compiti, le strategie di soluzione possono richiedere delle risorse al sistema in termini di efficienza, che il DI non possiede. Ad esempio, in una procedura che richieda di mantenere in memoria a breve termine alcuni dati di un problema, mentre si deve cercare di recuperare dalla memoria a lungo termine informazioni rilevanti, può darsi che un insufficiente livello di efficienza impedisca di trovare i dati necessari prima che venga perso il contenuto della memoria a breve termine. E' però possibile, in alcuni casi, superare le limitazioni di efficienza con opportune strategie, che riducano l'impiego di risorse cognitive, ad esempio tramite processi di automatizzazione o il ricorso a mezzi di supporto esterni. Questa interpretazione dell'intelligenza e della DI può essere sia ottimistica che pessimistica. E' ottimistica, in quanto considera la possibilità di ovviare ai limiti di efficienza; d'altra parte è pessimistica, in quanto riporta la condizione di DI a un deficit più generale, a cui difficilmente si può porre rimedio se non in attività molto specifiche, dove possono essere sviluppate particolari strategie di elaborazione. Per avere chiari gli obiettivi realisticamente proponibili e i percorsi educativi ottimali per raggiungerli, diventa essenziale cercare di specificare quali sono le componenti del sistema cognitivo a cui possono essere ricondotte le difficoltà manifestate dagli individui disabili in vari tipi di compiti e rendersi conto della natura di tali deficit. Attualmente, per interpretare le differenze individuali nell'intelligenza, vi è una prospettiva di tipo psicofisiologico ed una prospettiva che fa riferimento alla psicologia cognitiva: la prima si collega ai contributi di Jensen (1982) e di Eysenck (1984); la seconda si basa sulla considerazione dell'intelligenza come insieme di processi, dei quali uno o più possono essere deficitari nei DI. Nell'approccio psicofisiologico si è sviluppato un filone di ricerche volto a cogliere la relazione tra velocità di elaborazione e intelligenza, a cui già si è accennato nel precedente capitolo. Usando la misura dei tempi di reazione, si è visto in diversi tipi di compito che i DI riportavano latenze maggiori dei normodotati. Jensen ha spiegato questo effetto, proponendo un modello di oscillazione neurale, in cui la velocità di risposta risulta essere determinata dall'eccitabilità dei neuroni. Tale effetto avrebbe un ruolo fondamentale nelle attività cognitive complesse, manifestandosi così in stretta relazione con il livello intellettivo (QI). Eysenck (op.cit.) ha invece sottolineato la relazione tra intelligenza e potenziali evocati: la reattività dei soggetti di livello d'intelligenza elevato sarebbe riconducibile alla maggiore fedeltà di trasmissione sinaptica del segnale. Secondo Eysenck (op. cit.), i potenziali evocati sarebbero una misura diretta dell'intelligenza di base, sottostante a tutte le abilità cognitive; essa sarebbe l'aspetto più importante

dell'intelligenza, alle cui condizioni deficitarie sarebbero da ascrivere i livelli di disabilità.

Per quanto riguarda la psicologia cognitiva, il quadro teorico risulta abbastanza complesso. Accanto a ipotesi interpretative che tendono a sottolineare le differenze strutturali alla base del funzionamento cognitivo di DI e normodotati, si trovano teorie che attribuiscono un rilievo centrale ai processi di controllo. Uno dei maggiori esperti di questo settore di ricerca è Norman R. Ellis, le cui ipotesi teoriche sono tra le più conosciute; egli in una prima fase della sua attività aveva proposto un'ipotesi interpretativa basata sulla notevole labilità della traccia mnestica, per cui i DI presenterebbero delle anomalie che non consentirebbero il consolidamento della traccia e comporterebbero una rapida perdita delle informazioni (Ellis, 1963). Successivamente questo autore ha formulato una teoria centrata sulla mancata applicazione della strategia del "rehearsal" per mantenere le informazioni in memoria (1970). In ricerche più recenti ha focalizzato il suo interesse sulla "rigidità cognitiva" (o "inerzia cognitiva") manifestata dai DI (Ellis, Dulaney, 1991). Con "rigidità" (o "inerzia") ci si riferisce al fatto che tali soggetti risultano essere particolarmente legati alle caratteristiche percettive dello stimolo, mettono in atto comportamenti poco flessibili e presentano tratti di perseverazione, ma soprattutto non sembrano in grado di generalizzare le abilità acquisite in un compito a compiti simili. Studiando i processi automatici, Ellis *et al.* (Ellis, Woodley-Zanthos, Dulaney *et al.*, 1989; Ellis, Dulaney, op.cit.; Dulaney, Ellis, 1994) hanno rilevato che tale rigidità sembra essere legata alla minore abilità di controllare volontariamente i processi automatici, per cui una volta che si è instaurato un comportamento automatico, esso persiste e viene messo in atto anche in situazioni in cui non risulta corretto. Sulle cause di questo comportamento gli autori non formulano ipotesi interpretative, ma presentano i dati come punto di riferimento utile per l'impostazione di programmi d'intervento. Altri autori, nel determinare il livello deficitario di funzionamento cognitivo dei DI, hanno sottolineato il ruolo della scarsa efficienza nell'inibire l'elaborazione di stimoli distraenti (Harnishfeger, Bjorklund, 1994). Questi aspetti risultano comunque collegati ad una più generale difficoltà di indirizzare l'attenzione consapevolmente su determinate caratteristiche della realtà e di modulare il livello attentivo in funzione della difficoltà del compito (Merrill, Peacock, 1994).

Un'ulteriore ipotesi è che i "deficit" dei DI siano il risultato di limiti sia strutturali che dei processi di controllo (Baumeister, 1984). E' un fatto che, nel complesso, le ricerche finora compiute non sembrano in grado di contribuire in modo determinante alla soluzione della questione. E' opportuno inoltre rilevare che i DI costituiscono un gruppo notevolmente differenziato al proprio interno

per le diverse condizioni patogenetiche che hanno dato origine alle difficoltà intellettive e che queste hanno verosimilmente una diversa spiegazione, in funzione di tali condizioni.

Molte sono le ricerche che enfatizzano il ruolo del funzionamento mnestico nella disabilità cognitiva. Tra gli studi condotti negli anni '70, alcuni hanno preso in esame la strategia del *rehearsal*, che, come si sa, consiste nel ripetere più volte, meccanicamente, le informazioni tra sé e sé. In tali studi sono emersi dati contrastanti, talora deponenti per un suo uso meno frequente ed adeguato da parte dei DI rispetto ai normodotati. Tuttavia Turner e Bray (1985) hanno dimostrato che anche soggetti con DI medio-lieve sono in grado di utilizzare spontaneamente il *rehearsal*, se possono beneficiare di un periodo di familiarizzazione con il compito e se il tempo di esposizione del materiale da memorizzare è determinato da loro. Un problema che si pone è quello dell'efficacia

del *rehearsal* sia nei normodotati che nei DI, poiché, essendo una strategia di pura ripetizione, dovrebbe essere di poca utilità nel ricordo a lungo termine, come ad esempio ha evidenziato chi scrive (Baldi, 1994), in una ricerca su un gruppo di DI di età variante dagli 11 ai 26 anni, con Q.I. medio di 76.

Altre indagini sui DI si sono interessate a strategie meno meccaniche del *rehearsal*. Esse hanno messo in luce che i DI hanno difficoltà che vanno dalla discriminazione e categorizzazione degli stimoli, fino alla loro elaborazione sul piano semantico; la codificazione delle informazioni sarebbe meno profonda di quella dei normodotati e ciò diminuirebbe l'efficacia del processo d'immagazzinamento e la facilità del recupero dei ricordi (Gutowski, Chechile, 1987). E' noto infatti che la probabilità di ricordare informazioni è notevolmente influenzata dalla profondità e dalla ricchezza della codifica con cui sono elaborate (cfr., ad es., Craik, Lockhart, 1972; Craik, Tulving, 1975). Detterman, Mayer, Caruso, *et al.* (1992) hanno cercato di operare una sintesi delle diverse proposte teoriche, formulate nell'ambito del paradigma *Human Information Processing* (H.I.P.), attraverso un modello modale, che si compone di quattro magazzini (*very-short-term memory*, *primary memory*, *secondary memory*, *tertiary memory*). Ciascuno di essi è servito in entrata da un meccanismo di codifica degli stimoli e in uscita da un meccanismo di immagazzinamento. E' previsto inoltre un meccanismo di *output* per l'esecuzione delle risposte. Il passaggio dell'informazione attraverso il sistema è governato da un "esecutivo", che controlla le procedure e attua le strategie: ad esempio, il *rehearsal* è uno dei meccanismi sotto il controllo dell' "esecutivo". I quattro magazzini di memoria differiscono nella quantità d'informazione che possono contenere e nei fattori che determinano il decadimento della traccia mnestica dal magazzino. La memoria immediata (*very-short-term memory*) registra una quantità illimitata

di informazioni sensoriali, ma per meno di un secondo. Il decadimento avviene per la sovrapposizione di altre informazioni in arrivo. La memoria primaria (che corrisponde alla memoria a breve termine) mantiene poche informazioni in entrata, a meno che non venga attuato il meccanismo del *rehearsal*; in questo caso l'informazione non decade, ma passa alla memoria secondaria. In essa possono essere mantenute molte informazioni per minuti o giorni e l'oblio avviene per interferenza. Le informazioni apprese molto bene vengono immagazzinate nella memoria terziaria e non possono più essere dimenticate. La memoria secondaria e quella terziaria corrispondono alla memoria a lungo termine. Per vagliare la validità di questo modello, Detterman *et al.* (op.cit.) hanno sottoposto soggetti normodotati e disabili, pareggiati per età cronologica, a 9 tipi di prove, che testavano diverse abilità cognitive di base. I risultati ottenuti hanno messo in evidenza che un ruolo fondamentale nel determinare le differenze tra i due gruppi di soggetti è svolto dai processi mnestici e dai meccanismi di codifica e immagazzinamento.

Complessivamente si può affermare che anche per i processi mnestici le ottiche prevalenti sono due, di cui una propende per un deficit strutturale del funzionamento mnestico dei DI, mentre l'altra ne sottolinea le carenze nell'uso di strategie (cioè nei processi di controllo). Sulla base della prima interpretazione (cfr., ad es., Ellis, Deacon, Wooldridge, 1985), i DI presenterebbero, come abbiamo visto, delle anomalie che non consentirebbero il consolidamento della traccia mnestica e comporterebbero una rapida perdita delle informazioni. Sulla base della seconda interpretazione (cfr., ad es., Brooks, Sperber, McCauley, 1984), si ritiene che lo svantaggio cognitivo dei DI sia dovuto principalmente alla scarsa presa di coscienza che essi hanno dei loro processi mentali e alla mancanza di conoscenze sulle strategie che possono migliorarne l'efficienza in rapporto al compito da eseguire. Ciò li avvicinerrebbe ai soggetti normodotati più giovani, la cui competenza metamnestica (consistente nella conoscenza del funzionamento della memoria e delle strategie per migliorarla) si sviluppa nel tempo con gradualità, come numerosi studi hanno evidenziato (Brown, Day, 1983; Ceci, Bronfenbrenner, 1985; Drum, 1985; ecc.).

## Bibliografia

- Agnoli, F., Gobbo, C. (1984), Lo sviluppo cognitivo: orientamenti teorici in recenti modelli neopiagetiani. *Storia e critica della psicologia*, 5, 127-157.
- Anderson, M. (1986), Understanding the cognitive deficit in mental retardation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 27, 297-306.
- Baldi, P.L. (1994), Proposte di intervento per lo sviluppo dell'efficienza mnemonica di "ritardati" mentali. In O. Liverta Sempio (ed.), *Modelli psicologici di ricerca e intervento nei contesti educativi*. Milano: I.S.U.-Università Cattolica.
- Baumeister, A. (1984), Some methodological and conceptual issues in the study of the cognitive processes with retarded people. In P. Brooks, R. Sperber, C. McCauley (eds), *Learning and cognition in the mentally retarded*. Hillsdale (NJ): Erlbaum.
- Brooks, P., Sperber, R., McCauley, C. (1984), *Learning and cognition in the mentally retarded*. Hillsdale (NJ): Erlbaum.
- Brown, A.L., Day, J.D. (1983), Macrorules for summarizing text: the development of expertise. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 22, 1-14.
- Case, R. (1974), Structures and strictures: Some functional limitations on the course of cognitive growth. *Cognitive Psychology*, 6, 544-573.
- Ceci, S. J., Bronfenbrenner, U. (1985), "Don't forget to take the cupcakes out of the oven": Prospective memory, strategic time-monitoring and context. *Child Development*, 56, 152-164.
- Craik, F.I.M., Lockhart, R.S. (1972), Levels of processing: A framework for memory research. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 11, 671-684.
- Craik, F.I.M., Tulving, E. (1975), Depth of processing and the retention of words in episodic memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 104, 268-294.
- Detterman, D.K. (1983), Assessing cognitive deficits in the mentally retarded. *Paper presented at the Gatlinburg (TN) Conference on Mental Retardation*.
- Detterman, D.K. (1987). Theoretical notions of intelligence and mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 92, 2-11.
- Detterman, D.K., Mayer, J.D., Caruso, D.R. et al. (1992), Assessment of basic cognitive abilities in relation to cognitive deficits. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 251-286.
- Drum, P.A. (1985), Retention of text information by grade, ability and study. *Discourse Processes*, 8, 21-52.
- Dulaney, C.L., Ellis, N.R. (1994), Automated responding and cognitive inertia in individuals with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 99, 8-18.



- Ellis, N.R. (1963), The stimulus trace and behavioral inadequacy. In N.R. Ellis (ed.), *Handbook of mental deficiency*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, N.R., Deacon, J., Wooldridge, P. (1985). Structural memory deficit of mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 4, 393-402.
- Ellis N.R., Dulaney, C.L. (1991), Further evidence for cognitive inertia of persons with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 95, 613-621.
- Ellis, N.R., Woodley-Zanthos, P., Dulaney, C.L. et al. (1989), Automatic effortful processing and cognitive inertia in persons with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 93, 412-423.
- Eysenck, M.W. (1984), *A handbook of cognitive psychology*. London: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Eysenck, M.W., Keane, M.T. (1990), *Cognitive Psychology. A Student's Handbook*. London: Lawrence Erlbaum Associates Ltd. Trad. it. (1995), *Manuale di psicologia cognitiva*. Milano: Ed.Sorbona.
- Gutowski, W.E., Chechile, R.A. (1987), Encoding, storage and retrieval component of associative memory deficits of mildly mentally retarded adults. *American Journal on Mental Deficiency*, 92, 85-93.
- Harnishfeger, K.K., Bjorklund, D.F. (1994), A developmental perspective on individual differences in inhibition. Special Issue: Developmental perspectives on individual differences in learning and memory. *Learning and Individual Differences*, 6, 331-355.
- Inhelder, B. (1943), *Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux*. Neuchatel: Delachaux et Niestlé. Trad. it. (1975). *I disturbi dell'intelligenza*. Milano: F.Angeli.
- Jensen, A.R. (1982), Reaction time and psychometric g. In H.J. Eysenck (ed.), *A model for intelligence*. Berlin: Springer-Verlag.
- Jordan-Ionescu, C. (1987), Application de la théorie piagetienne. In S. Ionescu, *L'intervention en déficience mentale*, Vol.I. Bruxelles: Mardaga.
- Merrill, E.C., Peacock, M. (1994), Allocation of attention and task difficulty. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 588-593.
- Pascual-Leone, J. (1970), A mathematical model for the transitional rule in Piaget's developmental stages. *Acta Psychologica*, 32, 301-345.
- Schalock, R.L., Luckasson, R.A., Shogren, K.A. et al. (2008), Nuova dicitura per il ritardo mentale: comprendere il passaggio verso il termine disabilità intellettiva. Trad.it. *AJMR – edizione italiana*, 6,1, 7-20.
- Turner, L., Bray, N. (1985), Spontaneous rehearsal by mildly mentally retarded children and adolescents. *American Journal of Mental Deficiency*, 1, 57-63.

# LOGOPEDIA E REFLUSSO GASTROESOFAGEO

SARA LOVOTTI\*  
ANTONELLA LARGANÀ\*

**Riassunto.** *Il reflusso gastroesofageo è un disturbo sempre più diagnosticato, che spesso si associa a disfonia, cioè a un disturbo dell'emissione vocale. In questo caso, oltre alla valutazione medico-foniatrica ed al trattamento farmacologico, è indicata la presa in carico logopedica per un'attenta valutazione ed un training riabilitativo individualizzato per risolvere i problemi vocali.*

## 1. Premessa

La laringe, oltre ad essere l'organo sede delle corde vocali implicate nella fonazione, ha anche una fondamentale funzione sfinterica di protezione delle vie aeree inferiori. A livello laringeo vi sono differenti meccanismi che, nel momento in cui deglutiamo il bolo, ci proteggono dal passaggio del cibo oltre le corde vocali arrivando alle vie aeree (trachea e polmoni). Per fare ciò, si chiudono le corde vocali (apnea), l'epiglottide si abbassa, coprendo quest'ultime e la laringe si innalza, rendendo possibile il passaggio del cibo nell'esofago (Rossi, 1977). Da quanto detto sino ad ora si comprende come la laringe sia un crocevia fondamentale nello smistare quanto deve raggiungere l'apparato digerente (deglutizione – cibo) e quanto, invece, deve raggiungere i polmoni (respirazione - aria). Proprio per questo, il reflusso, cioè materiale che dallo stomaco risale l'esofago anche fino alla bocca, può causare non solo problemi esofagei, ma, salendo oltre lo sfintere esofageo superiore (UES) anche a laringe, faringe e naso (Albera, Schindler, 2003).

## 2. Il reflusso gastroesofageo

Il reflusso gastroesofageo (GER) consiste nel passaggio di materiale gastrico nel lume esofageo ed è frequente sia nel bambino che nell'adulto. Si parla invece di MRGE o GERD, malattia da reflusso gastroesofageo, quando il GER causa segni, sintomi e complicanze esofagei (GERD tipica) o extraesofagei (GERD atipica).

Negli ultimi anni si nota un incremento dell'incidenza di GERD, probabilmente correlato a differenti abitudini di vita e a maggiore riconoscimento del problema.

---

\* Logopedista, "Centro Paolo VI" di Casalnoceto

Tra le cause più comuni si trovano cattive abitudini alimentari, soprattutto l'assunzione di cibi che provocano fermentazione (es. frutta) o acidità gastrica (cioccolato, bibite gassate). Il reflusso non è solo causato dalla qualità del cibo, ma anche dalle modalità della sua assunzione: per esempio coricarsi meno di due ore dopo il pasto, così come una scarsa masticazione, facilitano l'insorgenza di questo disturbo.

E' noto che la MRGE si associa a patologie laringee e respiratorie, anche in età pediatrica, dove sembra responsabile di tosse cronica, rinosinusite e laringite (Accordi *et. al.*, 2013).

### 3. Reflusso gastroesofageo e laringofaringeo

Si parla invece reflusso laringofaringeo (LPR) quando questo è determinato dal contenuto gastroduodenale che attraversa lo sfintere esofageo superiore (UES), andando a contatto con le alte e basse vie respiratorie (laringe, faringe, distretti rinosinusalari e auricolari).

Ci sono varie differenze tra GER e LPR (cfr. tab.1).

Tab. 1 – Confronto tra LPR e GER

<b>Faringo-laringeo LPR</b>	Posizione eretta, diurna, limitata esposizione acida	Disfunzione UES con normale motilità esofagea	Sintomi laringei e faringei	Ridotta risposta alla terapia medica	Reflusso arriva in laringe, faringe e naso
<b>Gastro-esofageo GER</b>	Supina, notturna, prolungata esposizione	Disfunzione LES, disturbi motilità esofagea	Sintomi gastrointestinali (pHmetrici)	Buona risposta alla terapia	Reflusso arriva in esofago

Spesso i pazienti con reflusso si rivolgono al medico perché al mattino notano bruciore alla gola o abbassamento della voce, oppure perché negli ultimi mesi, per dormire bene, hanno dovuto aumentare l'inclinazione del letto o aggiungere un cuscino, ancora perché hanno la sensazione di avere qualcosa in gola. I sintomi possono però permettere di ipotizzare quale delle due condizioni ne sia la causa:

Tab. 2 – Sintomi principali di LPR e GERD

LPR	GERD
Tosse	Singhiozzo
Disfonia (disturbi della voce)	Rigurgito acido
Gola secca	Dolore retrosternale
Globo faringeo (sensazione corpo estraneo in gola)	Pirosi (bruciore dietro lo sterno)
Odinofagia (dolore durante la deglutizione)	Epigastralgia (dolore all'addome)
Alitosi	Dispepsia (difficoltà digestive)
Dispnea (disturbi della respirazione)	
Laringospasmo (contrazione involontaria delle corde vocali)	

Le conseguenze possono quindi essere diverse: otiti medie (soprattutto nei bambini), erosione dentale, infiammazioni della mucosa nasale, faringite, laringite, disturbi respiratori del sonno, noduli, granuloma ed edema delle corde vocali, tumori.

Uno dei disturbi, di competenza logopedica, spesso associato al GERD è la *disfonia*, cioè un'alterazione quantitativa/qualitativa della voce per modificazione strutturale/funzionale delle componenti dell'apparato pneumo-fono-articolatorio. Proprio per questo, ai pazienti disfonici si suggerisce di approfondire la valutazione medica per un possibile GERD associato a disturbi della voce; pertanto fanno parte del trattamento indicazioni per alimenti o comportamenti che possono favorire/sfavorire il reflusso (Magnani, 2005).

#### 4. Aspetti diagnostici e terapeutici

La diagnosi di LPR necessita di un'ampia e corretta valutazione clinica e anamnestica, associata a metodiche strumentali. E' necessario inizialmente individuare segni e sintomi di LPR (ad es., la videolaringoscopia valuta il danno alle mucose) e dimostrare con valutazioni strumentali eventi di reflusso. Spesso a questo si associa un test di verifica dell'efficacia terapeutica con somministrazione di farmaci inibitori della pompa protonica per un periodo di tempo adeguato. Oltre all'approfondimento medico, sarà poi necessaria una valutazione logopedica

specifica per fornire indicazioni ed iniziare, eventualmente, un trattamento.

La *disfonia* associata a reflusso è causata dall'inflammazione cronica a livello laringeo. Inizialmente si ha disfunzione con tosse continua che irrita le corde vocali, poi il reflusso acido a contatto con la mucosa laringea determina un'inflammazione cronica, il più delle volte nella zona posteriore delle corde vocali (Aronson *et al.*, 1985). Questa è associata a disfonia saltuaria, raucedine e affaticamento vocale, per cui la persona si rende conto che la propria voce presenta una diversa qualità percettiva e spesso prova fatica a parlare a lungo. Dalla visita medica emerge spesso edema aritenoidico (gonfiore a livello delle corde vocali) che accentua l'inflammazione e quindi la disfonia.

Spesso, per tentare di migliorare la qualità della propria voce, il paziente inizia a forzare l'uscita, mettendo in atto una iperadduzione delle cartilagini aritenoidi e creando una lesione della mucosa delle corde vocali che tende a non guarire. In questo momento non si parla più di disfonia disfunzionale, ma organica, perché non si tratta più solo di una modificazione del suono prodotto, ma sono rilevabili segni organici a livello laringeo (Fussi, 1992).

Alcuni quadri clinici si presentano spesso in associazione e appaiono correlabili al GER.

Per quanto riguarda la *laringite* cronica posteriore, frequentemente incontrata in caso di GER, essa appare associata a disfonia saltuaria, raucedine ed affaticamento vocale. Spesso si presenta con edema laringeo a livello delle cartilagini aritenoidi, anche esteso alle false corde. Lo sforzo vocale in presenza di forti infiammazioni può portare alla formazione di *granulomi* che, oltre ai sintomi di GER, portano a disfonia intermittente, spesso al momento del risveglio, e necessitano di trattamento sia con farmaci che con logopedia, con tecniche esplosive che traumatizzano il peduncolo del granuloma per facilitarne l'espulsione. Eventualmente può rivelarsi necessaria la rimozione chirurgica se, dopo circa sei mesi di trattamento, non c'è l'espulsione. Non è molto frequente, ma talvolta associato a GER, il *laringospasmo*, cioè improvvisa e forte chiusura delle corde vocali, forse per un esagerato riflesso laringeo. Il contatto dell'acido con la mucosa sembra attivare questo riflesso. In caso di GER si può presentare inoltre *tosse* cronica, sia nel bambino che nell'adulto.

In queste situazioni, il ruolo del logopedista è di intervenire, se necessario, nel correggere le modalità disfunzionali messe in atto, che comportano uno sforzo vocale e danni alle corde vocali.

La valutazione logopedica consiste in una raccolta anamnestica del soggetto, cogliendo aspetti quali la professione (per determinare l'utilizzo della voce), abitudini, quali fumo e alcool, il contatto con polveri e/o sostanze irritanti, l'epoca e l'insorgenza del disturbo vocale (Di Nicola *et al.*, 2001). Successivamente si

procede ad una valutazione percettiva della voce (utilizzando, ad es., la Scala GIRBAS), ove possibile ad un'analisi acustica della voce ed eventualmente ad un'autovalutazione della voce da parte del paziente (*Voice Handicap Index – VHI*, a cura di Jacobson *et al.*, 1997). In sede valutativa si esamineranno l'accordo pneumofonico e la velocità dell'eloquio, la respirazione secondo la modalità nasale, orale, mista e la tipologia (costale superiore, costo-diaframmatica, addominale, inversa, mista) sia a riposo che in fonazione, l'aspetto posturale del collo, delle spalle e della colonna vertebrale e la raccolta dei sintomi del paziente (quali bruciori o dolori laringei, tosse, raschio, sensazione di corpo estraneo) (Baken, 1987). Nei casi in cui non sia già stata effettuato, si consiglia un approfondimento mediante laringoscopia con il medico foniatra, per la valutazione dello stato laringeo e la definizione del quadro diagnostico.

La terapia farmacologica prevede obiettivi quali la scomparsa della sintomatologia da reflusso e il ripristino della qualità di vita, il mantenimento dell'integrità della mucosa esofago-cardiale, con un ritorno al normale transito esofago-cardiale, e una prevenzione delle possibili recidive. Il razionale di tale terapia è rappresentato dalla diminuzione del numero di episodi di reflusso e dalla riduzione del tempo di contatto tra refluito e superficie mucosa esofagea (Accordi *et al.*, 2013).

La terapia dietetica assume un ruolo significativo, supportato da numerosi studi di fisiopatologia che hanno documentato una riduzione della pressione del LES e un aumento dell'esposizione acida dell'esofago distale con una dieta ad elevato contenuto di grassi, cioccolato, spezie, carminativi e bevande acide gassate. Le modificazioni della dieta prevedono l'eliminazione dei cibi fermentati, dei cibi e delle bevande contenenti caffeina, dei cibi quali thè, cioccolata, cibi fritti e grassi, menta e bevande gassate; suggeriscono inoltre che l'assunzione dei pasti e delle bevande debba avvenire non meno di tre ore prima dal sonno.

La terapia logopedica si inserisce nel quadro delle terapie in atto e si compone di esercizi che aiutano il soggetto a recuperare una corretta emissione vocale. Gli interventi possono interessare diversi livelli: dal rilassamento dei distretti muscolari, in particolare spalle e collo, all'insegnamento di una corretta respirazione, dall'appoggio e il sostegno respiratorio, fino ad arrivare all'educazione della vocalità (Magnani, 2005). Quest'ultima prevede non solo un *training* legato a parametri temporali, quali il ritmo dell'eloquio, la durata della frase o la tolleranza alle pause inspiratorie, ma anche a parametri qualitativi come le modalità di attacco vocale, l'intensità e il timbro. Inoltre è necessario far mettere in atto al paziente una serie di accorgimenti e comportamenti utili per evitare stress vocali (Schindler, Ottaviani, 2001). Qui di seguito ne citeremo alcuni (cfr. tab.3).

Tab.3 – Accorgimenti per evitare abuso vocale

Guida all’evitamento degli abusi vocali	Ricostruzione delle abitudini vocali e comunicative, quali parlare con rumori di sottofondo, parlare molto tempo al telefono
Indicazioni per l’auto-salvaguardia	Assumere molta acqua soprattutto nel caso di professionisti vocali, umidificare gli ambienti, evitare raffreddamenti delle vie aeree, evitare fumo, polveri e acidi irritanti
Educazione uditiva e propriocettiva	Allenamento all’autoascolto della voce, riconoscimento di segnali e sintomi come tensioni muscolari, cali di voce, ripetuti stati infiammatori, modalità del proprio eloquio

Esistono inoltre terapie manuali e cinesiterapiche per il reflusso gastro-esofageo, che, attraverso trazioni manuali a livello della sesta cartilagine costale con il paziente seduto, permettono il ripristino dell’equilibrio funzionale delle strutture esofago-diaframmatiche malfunzionanti (Orzes *et al.*, 2013). Altre metodiche, più utilizzate per ernie iatali minime che provocano reflusso, sono percepibili facendo sollevare le gambe al paziente (come per eseguire gli esercizi addominali), per poi far scivolare il dito dalla punta dello sterno (apofisi xifoidea) verso l’ombelico, utilizzando una crema per evitare di abradere la cute; ad un certo punto si avverte (e lo avverte anche il paziente) una zona connettivale (che sta tra cute e muscolo sottostante) indurita e dolente al tatto. La terapia chirurgica, oggi meno invasiva, viene effettuata in casi selezionati e soltanto qualora le altre terapie non permettano l’eliminazione del disturbo: l’intervento è una “*fundo-plicatio* secondo Nissen” e sue varianti. In alternativa a questo trattamento chirurgico, e per i pazienti anziani, si può applicare il programma cosiddetto a “terapia pulsata” (*pulsed therapy*).

## Bibliografia

- Accordi, C., Angeloni, M., Azzinnari, C. *et al.* (2013), Fisiopatologia, inquadramento clinico e trattamento della MRGE: dalla letteratura al parere degli specialisti. *NPT*, XXIII, 2 (Suppl. 1).
- Albera, R., Schindler, O. (2003), *Audiologia e foniatria*. Torino: Edizioni Minerva Medica.
- Aronson, A. E. *et al.* (1985), *I disturbi della voce*. Milano: Masson Italia.
- Baken, R. J. (1987), *Clinical measurement of speech and voice*. Boston: College Hill.
- Di Nicola, U., Fiorella, M. L., Luperto, P. *et al.* (2001), La valutazione obiettiva della disfonia: possibilità e limiti. *Acta ORL Ital.*, 21, 10 – 21.
- Fussi, F. (1992), *Il trattamento logopedico delle disfonie ipercinetiche*. Torino: Omega Edizioni.
- Jacobson, B. H., Johnson, A., Grywalsky, C. *et al.* (1997), The Voice Handicap Index (VHI): development and validation. *AJSLP*, 6, 66-70.
- Magnani, S. (2005), *Curare la voce. Diagnosi e terapia dei disturbi della voce*. Milano: Franco Angeli.
- Orzes, S., Viva, E., Viva, E., Calasso, M. (2008), *Reflusso gastro-esofageo: trattamento manuale e kinesiterapico*. EUR. MED. PHYS., 44 (suppl. 1 al n.3).
- Rossi, G. (1977), *Manuale di otorinolaringoiatria*, 2<sup>a</sup>. Torino: Minerva Medica.
- Schindler, A., Ottaviani, F. (2001), *La medicina basata sulle evidenze e i protocolli in foniatria e logopedia*. XXXVI Congresso Nazionale SIFEL, *Acta Phon Lat.*, XXIII, 132-139
- Schindler, O. (1980), *Breviario di patologia della comunicazione*. Vol. I: Torino: Omega Edizioni.





## **ESPERIENZE DI LAVORO**



## UNA FINESTRA DEL “CENTRO PAOLO VI”: L’AMBULATORIO DI FISIOTERAPIA

Maria Teresa Gatti\*

Marco Affricano°

Rita Basso^

Simona Boccato^

Adalgisa Conti^

Marco Della Ratta^

Daniela Depase^

Massimo Nascimbene^

Paola Perversi^

Mara Sinelli^



---

\* Coordinatrice *Servizio di Fisioterapia e Terapia Occupazionale*, “Centro Paolo VI” di Casalnoceto

° Terapista occupazionale, “Centro Paolo VI” di Casalnoceto

^ Fisioterapista, “Centro Paolo VI” di Casalnoceto

## 1. Premessa

L'ambulatorio di fisioterapia del "Centro Paolo VI" si presenta sul territorio nel 1985, con convenzioni dirette ai minori per tutti i tipi di patologie e per l'adulto neurologico.

Negli anni, in seguito a modifiche dettate dal *Piano Sanitario Nazionale*, l'ambulatorio di fisioterapia ha mantenuto l'orientamento sui minori.

Rispetto agli adulti, sospese le convenzioni, l'ambulatorio di fisioterapia si è aperto a diverse patologie acquisendo una propria specificità. La riduzione delle convenzioni ha imposto di diversificare e personalizzare maggiormente i trattamenti, spesso a carico delle famiglie, per fornire un intervento ancora più efficace.

Il trattamento offerto ha la propria peculiarità nella preparazione del personale (fisioterapisti e terapeuta occupazionale). Infatti, oltre alla laurea universitaria, ciascun terapeuta ha seguito negli anni un approfondito iter formativo personale tramite i più accreditati docenti italiani (Senior Bobath Instructor, Adriano Ferrari, ecc.) e consulenze con centri specializzati in Italia e in Europa.

Il "Centro Paolo VI" prevede inoltre una formazione obbligatoria permanente per il proprio personale che lavora a contatto con l'utenza e quindi anche per i terapisti: viene effettuata una supervisione mensile guidata da psicologi qualificati per lavorare sulla relazione con il paziente e per creare un efficace gruppo di lavoro.

La complessità di alcune patologie richiede l'appoggio di più figure professionali. Il confronto con le diverse specificità costituisce la caratteristica del lavoro di équipe, consentendo di valutare le priorità e di avere obiettivi comuni, pur lavorando su versanti diversi. Ciò permette un approccio olistico, che parte dal presupposto che la "cura" è principalmente "relazione" tra curante e curato. Questa teoria è confermata anche dalla più recente letteratura scientifica di area neuropsicologica.

## 2. Ambiti di lavoro

### *Paziente ambulatoriale bambino*

Si tratta generalmente di situazioni complesse (paralisi cerebrali infantili, malattie genetiche e metaboliche), che richiedono alle famiglie un grande impegno emotivo e pratico. La presa in carico di queste situazioni prevede un approccio di elevata competenza professionale, per creare una situazione di fiducia, di alleanza con la famiglia, in modo tale che possa stabilirsi il "patto riabilitativo". La famiglia, con il terapeuta e l'équipe riabilitativa, stabilisce nel tempo una condivisione di intenti nel difficile compito di seguire il bambino

disabile verso il maggior grado di autonomia possibile. Spesso si tratta di prese in carico per lunghi periodi, altre volte per periodi intensivi, nel trattamento post-chirurgico.

La complessità delle situazioni può prevedere l’intervento di altre figure, quali quelle del logopedista e del neuropsicomotricista; talvolta può essere richiesta la collaborazione di altre strutture riabilitative. La competenza degli operatori consente di trovare un linguaggio comune e di operare in sintonia.

Si propone il massaggio infantile come primo approccio relazionale con la coppia mamma-bambino; si utilizzano scale specifiche di valutazione quali la *Wee Fim* (per quantificare l’indipendenza funzionale del bambino), la *Gross Motor Function Measure Scale* (per verificare quantitativamente l’evoluzione delle tappe di sviluppo motorio del bambino), la valutazione visiva, la fisioterapia respiratoria disostruente (con utilizzo della *PEP Mask* e di strumenti affini non invasivi, finalizzati a migliorare la funzionalità respiratoria, a ridurre le secrezioni bronchiali e gli episodi di bronchiti/polmoniti nelle situazioni più complesse).

#### *Paziente ambulatoriale adolescente*

Il “Centro Paolo VI” offre una specifica competenza per patologie a carico del rachide nell’età evolutiva, quali atteggiamenti scoliotici, scoliosi, ipercifosi e iperlordosi.

Fig.1 – Radiografia del rachide



Il nostro ambulatorio vanta una lunga collaborazione con il *Gruppo di Studio della Scoliosi* ( *GSS* ). Attualmente diversi nostri ragazzi si avvalgono della consulenza specialistica, medica e terapeutica, fornita dall’ *Istituto Scientifico*

### *Italiano Colonna Vertebrale (ISICO).*

Alcune patologie che si dimostrano evolutive, nonostante il trattamento chinesiterapico, necessitano l'utilizzo di tutori ortopedici confezionati su misura, quali corsetti gessati in vetroresina o in termoplastica. Esistono vari modelli personalizzati, a seconda del grado e della posizione delle curve scoliotiche.

Fig.2 – Tipologia di corsetti



Bambini e adolescenti vengono seguiti anche per altre problematiche quali esiti di traumi, esiti post-chirurgici, edemi linfatici, patologie reumatiche dell'infanzia. La familiarità del lavoro con il bambino da parte dei terapeuti consente di creare un ambiente favorevole per il trattamento di esiti di traumi o postchirurgici, in situazioni in cui il carico emotivo risulta un ostacolo.

### *Paziente ambulatoriale adulto*

Nell'adulto, il trattamento riabilitativo si svolge prevalentemente in relazione a patologie algiche con sintomatologia dolorosa resistente (artrosi/artriti, discopatie, esiti di traumatismi), esiti post-chirurgici ed esiti neurologici.

Un valido aiuto, nel trattamento del dolore dell'adulto, è rappresentato dalla terapia fisica. Il Centro dispone di apparecchiature elettromedicali quali *TENS*, *ultrasuoni*, *magnetoterapia*, *laserterapia*, *radarterapia* e *tecarterapia*; quest'ultima costituisce il trattamento più avanzato della terapia fisica.

Fig.3 – Trattamento tramite tecarterapia



Un’attenzione particolare viene data all’igiene posturale e motoria, che prevede la presa di coscienza del “problema” e la conseguente elaborazione di un programma personalizzato da eseguire a domicilio, affinché il paziente possa diventare parte attiva nel controllo della sintomatologia algica.

La riabilitazione, soprattutto nel caso di esiti neurologici, ha il compito di insegnare all’assistito, attraverso manovre adeguate, delle strategie per il raggiungimento di una maggiore autonomia. Il programma fisioterapico ha come prerogativa la globalità della persona ed il recupero di funzioni ed autonomie perse, mirando ad una migliore qualità della vita. L’evento patologico coinvolge tutta la famiglia, per cui è necessaria la *compliance* di tutto il nucleo familiare. L’obiettivo è di intervenire, quindi, in modo efficace nella gestione e nell’autonomia del paziente in ambito familiare, lavorativo e sociale.

Ai fini della riabilitazione neurologica è necessaria la collaborazione di altre figure sanitarie che lavorano con il paziente, in particolare logopedisti e neuropsicologi.

### **3. Gli ausili**

Tra i compiti del terapeuta ha un ruolo fondamentale la scelta di ortesi e ausili che possono facilitare la vita del paziente, ma il cui utilizzo spesso rappresenta emotivamente un ostacolo perché “evidenziano” la patologia.

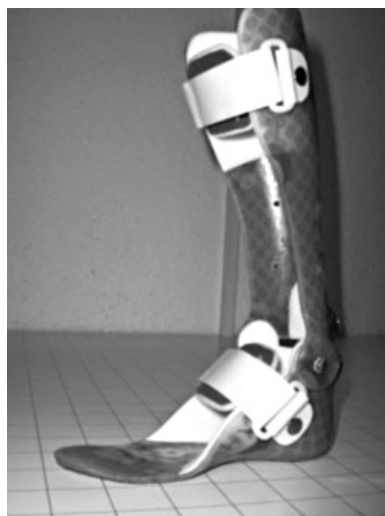


Fig. 4 – Esempio di carrozzina ad autospinta



Accompagnare il paziente e la sua famiglia nella scelta di un ausilio o di un ortesi significa spesso lavorare non solo sul beneficio oggettivo, ma anche su un processo di accettazione della realtà.

Fig. 5 – Tutore gamba-piede dinamico



Il nostro Centro collabora con centri ortopedici specializzati. I tecnici ortopedici seguono settimanalmente, nella loro sede, i pazienti che hanno bisogno di ortesi e ausili, tenendoci informati sulle più recenti novità del mercato, tendenti a migliorare la qualità di vita, sostituendo o compensando una funzione persa o ridotta. Spesso l’intervento è personalizzato e, quindi, su misura. I pazienti vengono inoltre seguiti nel tempo con i necessari aggiustamenti.

Fig. 6 – Deambulatore *NF- Walker*



#### **4. Piscina terapeutica**

Il “Centro Paolo VI” dispone di una piscina terapeutica, dove terapisti qualificati intervengono su bambini e adulti attraverso l’approccio benefico e facilitante dell’acqua. La riduzione della gravità in acqua permette di riappropriarsi di competenze motorie compromesse dalla patologia. A seconda delle esigenze, i trattamenti vengono svolti singolarmente o con piccoli gruppi.

La struttura per l’idrochinesioterapia è costituita da due vasche, una grande e una piccola; l’idrochinesioterapia viene utilizzata per trattamenti di fisioterapia e di neuropsicomotricità, individuali e di gruppo.

La vasca grande è attrezzata di uno scivolo per l’ingresso di pazienti in carrozzina e di un corrimano lungo l’intero perimetro. La profondità di tutto lo specchio d’acqua è di cm. 110 e la temperatura è mantenuta costantemente a 34 gradi centigradi.

La vasca piccola è adatta per il trattamento in acqua di pazienti al di sotto dei sei anni.

Fig. 7 – Piscina terapeutica



Il “Centro Paolo VI” si avvale della collaborazione settimanale di due fisiatri, di cui uno con competenze per l’età evolutiva e, l’altro, per l’età adulta. Il riferimento al medico permette una valutazione iniziale e finale rispetto al programma riabilitativo. Il paziente viene costantemente monitorato durante la riabilitazione. Tutto ciò consente di far fronte ai problemi che si possono presentare durante il trattamento, anche attraverso il supporto del lavoro d’*équipe*.

# AUTISMO E APPRENDIMENTO DI AUTONOMIE: GLI ACQUISTI AL SUPERMERCATO

SIMONA BORELLI\*  
LORELLA MANTOAN\*

**Riassunto.** *Nel presente articolo illustreremo, sebbene in maniera non esaustiva (la trattazione richiederebbe, data la complessità dell'argomento, ulteriori approfondimenti), un esempio di come sia possibile, trattando l'insegnamento delle abilità sociali nelle persone con disturbi dello spettro autistico, includere l'insegnamento delle abilità di fare la spesa al supermercato. Abbiamo preferito dare un taglio pratico, pur inserendo per completezza di trattazione alcuni riferimenti teorici. Va precisato che tale insegnamento non può prescindere dalla conoscenza approfondita delle caratteristiche delle persone con disturbi autistici, né dall'applicazione di quanto suggerito dalle Linee-Guida per l'Autismo (SINPIA 2005). L'insegnamento di queste abilità si rivolge generalmente a soggetti di età compresa tra l'adolescenza e l'età adulta, che già possiedano prerequisiti importanti in termini di autonomia (quali ad es.: capacità di planning, capacità di spostarsi da un ambiente a un altro).*

## 1. Premessa

Tutte le abilità che portano al grado più esteso possibile di autonomia personale possono dare una grande soddisfazione e benessere alla persona affetta da autismo o da disturbi della comunicazione e interazione sociale. Per molto tempo si è pensato che non fosse possibile insegnare autonomie nella gestione della quotidianità, prediligendo abilità più astratte, di ambito cognitivo.

Una richiesta frequente da parte delle famiglie è quella di insegnare a fare la spesa: l'intervento psicoeducativo diventa quindi un'opportunità, un ambito nel quale insegnare le abilità che saranno poi estese e generalizzate alla vita quotidiana. Ad oggi, gli interventi abilitativi e psicoeducativi per i "disturbi dello spettro artistico" fanno riferimento a una cornice teorica cognitivo-comportamentale, mirano a incoraggiare i comportamenti adattivi e a ridurre quelli problematici attraverso un intervento intensivo e programmato che sia utilizzabile sia dai professionisti sia dai genitori.

---

\* Educatrice professionale, "Centro Paolo VI" di Casalnoceto

Va osservato che le autonomie personali e sociali favoriscono l'apprendimento di abilità personali e di vita quotidiana, la generalizzazione delle competenze, un senso di autoefficacia. Tali autonomie comprendono:

- *Autonomie personali di base;*
- *Autonomie personali avanzate;*
- *Autonomie sociali.*

*Le autonomie personali di base* comprendono l'alimentazione (ad esempio, masticare cibi solidi, usare cucchiaio o forchetta), la capacità di vestirsi/svestirsi, di lavarsi (mani, viso, denti, altre parti del corpo).

*Le autonomie personali avanzate* riguardano l'alimentazione (in questo caso, ad esempio, la capacità di preparare la merenda, un semplice pasto, ecc.), l'igiene personale (tra l'altro, l'abilità di farsi la doccia, di scegliere gli indumenti in funzione del clima, di eseguire varie attività all'interno della casa).

*Le autonomie sociali* consistono, ad esempio, nel fare la spesa e, conseguentemente, nel fare la lista della spesa, nell'usare l'orologio, nel rispondere/fare una telefonata, nell'utilizzare i mezzi pubblici.

Quando s'insegnano le autonomie sociali, è molto importante:

- Avere ben presente l'abilità che si vuole fare apprendere, suddividendo il compito in step consecutivi (breve passaggi da insegnare dapprima singolarmente e poi in sequenza).
- Preferire l'aiuto con la guida fisica e con supporti visivo-comunicativi, limitando al minimo l'aiuto verbale, poiché quest'ultimo è difficile da sfumare.
- Condividere gli obiettivi e le strategie d'intervento con tutti gli operatori coinvolti e con la famiglia, per ottenere il risultato migliore possibile; quest'ultima è ritenuta la risorsa principale per la persona con disturbi autistici.

## **2. Obiettivo: fare la spesa**

Il primo passaggio, propedeutico alla stesura del progetto, è costituito dal colloquio dei clinici di riferimento con i familiari, al fine di identificare e concordare in maniera precisa le loro richieste e necessità (tenuto conto delle caratteristiche del soggetto e della disponibilità sia in termini di risorse umane che di tempo); in secondo luogo è fondamentale l'affiancamento di un tutor (familiare o amico). Successivamente l'équipe clinico-riabilitativa stende il programma di lavoro e identifica la gerarchia degli insegnamenti. L'obiettivo macro "FARE LA SPESA" viene così suddiviso in sotto- obiettivi:

- valutazione iniziale;
- insegnamento dell'utilizzo "lista della spesa";
- insegnamento dell'utilizzo funzionale del denaro;
- acquisizione e consolidamento della *routine* appropriata (tutti i passaggi necessari, dal momento in cui si entra in un supermercato al momento in cui ci si reca alla cassa per il pagamento).

### 3. Valutazione iniziale

In fase di valutazione (T.T.A.P. - *Teacch Transition Assesment Profile*) sono individuati punti di forza e di debolezza, al fine di identificare:

- Le abilità che il soggetto possiede;
- Le strategie o i supporti che possono agevolare il raggiungimento dell'obiettivo (cercando di far acquisire il grado di autonomia massimo a ciascun soggetto);
- Il livello di assistenza necessario allo svolgimento del compito.

### 4. Utilizzare una lista della spesa

Gli aiuti possono consistere in supporti visivi e agende di lavoro (Hodgdon, 2011), *task analysis* dei vari compiti e strategie di area cognitivo-comportamentale (*fading, prompting, shaping*) e comprendere l'utilizzo di rinforzi.

La *task analysis* è una metodologia definita per la prima volta da Rusch e Mithaug (1980) che va sotto il nome di "descrizione del compito": sono identificati e descritti tutti i movimenti e le risposte che compongono le sequenze ottimali per l'esecuzione efficace del compito. Una *task analysis* rispecchia le sequenze temporali dei comportamenti che devono essere espressi; nel caso in cui s'imposti un programma per insegnare a un soggetto a fare la spesa, la sua utilità fondamentale è di permettere, meglio di altri insegnamenti, una programmazione gerarchica, e di rappresentare uno strumento utile ad acquisire strategie autoregulative e metacognitive, in quanto prevede l'uso di autoistruzioni.

Ecco un esempio di *task analysis*, utile a insegnare al soggetto a comporre e utilizzare una lista della spesa:

- 1) La mamma mi dice quali prodotti devo acquistare; quindi prendo le foto corrispondenti;
- 2) metto le foto sulla mia lista della spesa;
- 3) vado al negozio con la mia lista, inizio a cercare i prodotti nel reparto giusto;
- 4) ogni volta in cui trovo un prodotto, stacco la foto corrispondente (quindi cancello il prodotto dal mio elenco, così mi ricordo che l'ho già acquistato) e la metto nell'apposita busta;
- 5) metto il prodotto nel carrello;

- 6) controllo la lista a ogni passaggio;
- 7) mi chiedo: “Ci sono ancora foto nella lista?”;
- 8) se la risposta è no, mi reco alla cassa e pago;
- 9) se la risposta è sì, ripeto la procedura dal punto 3.

Si inizia a lavorare preparando liste della spesa semplici (3-4 prodotti), composte dalle parole con la rispettiva foto; in alcune occasioni, secondo le abilità del soggetto, la lista potrebbe essere costituita anche dai cartellini con i nomi dei prodotti, senza le immagini corrispondenti.

Un'altra strategia che consente e favorisce la generalizzazione è quella di utilizzare in condizioni di apprendimento strutturato *stimoli programmati*, in modo che contengano il maggior numero possibile di elementi identici o simili a quelli che il soggetto troverà in ambiente naturale (cfr., ad es., Horner, Dunlap, Koegel, 1988).

Secondo i principi enunciati, i familiari sono coinvolti sin dalle fasi iniziali del progetto: insieme con loro s'identifica il supermercato nel quale solitamente si recano per gli acquisti e si richiede loro di comporre una lista della spesa legata alle loro esigenze, nonché di procurare foto dei prodotti corrispondenti (esattamente quelli che il soggetto troverà quando si recherà al supermercato), e di aggiornare i prezzi dei prodotti in tempo reale.

Questi materiali sono quindi utilizzati in situazione strutturata, per preparare liste della spesa “ad hoc” e veri e propri *dépliant* “su misura”, contenenti sia le foto dei prodotti che i cartellini con le indicazioni dei prezzi; le esercitazioni possono così diventare davvero funzionali e propedeutiche all'applicazione concreta. Inoltre tali materiali permettono di raggiungere diversi obiettivi di lavoro, poiché comprendono anche il programma di utilizzo funzionale del denaro e la capacità di leggere il prezzo e contare il resto, con una positiva ricaduta sulla motivazione ad apprendere.

In situazione strutturata, all'utilizzo della *task analysis* è affiancato l'uso di *prompts*, cioè di tutti quegli eventi-stimolo che facilitano al soggetto l'emissione della risposta desiderata o approssimata ad essa: può trattarsi di aiuti fisici oppure di istruzioni verbali; talora può essere indispensabile fornire un modello di corretta esecuzione, aggiungendo eventualmente immagini o figure esplicative.

Nel caso specifico della “lista della spesa”, ad esempio, molti soggetti, soprattutto in fase iniziale, hanno bisogno di facilitazioni fisiche (indicazioni) da parte dell'educatore, per imparare ad abbinare l'immagine al prodotto corrispondente; oppure necessitano della guida manuale, per acquisire l'abilità di “depennare” ogni singolo prodotto, rimuovendone l'immagine dalla lista e riponendola nella busta.

Si è rilevata l'importanza del supporto visivo: un'altra caratteristica dei

soggetti affetti da autismo è di avere difficoltà legate all'indipendenza e all'autodeterminazione; per un soggetto, ad esempio, è fondamentale sapere che, quando non è in grado di fornire una risposta o prestazione, ha la possibilità di chiedere aiuto; tuttavia in molti casi occorre la presenza di uno stimolo visivo adeguato, che ricordi questa possibilità (quando un soggetto è impegnato nell'esecuzione di un compito, fatica a tenere presenti contemporaneamente stimoli differenti).

Fig.1- Esempio di “lista della spesa”



Una seconda fase di attività strutturata prevede un lavoro volto alla graduale riduzione dei *prompts*, sino alla loro scomparsa o riduzione al numero minimo indispensabile (questo significa, ad esempio, che il rinforzo positivo è differito



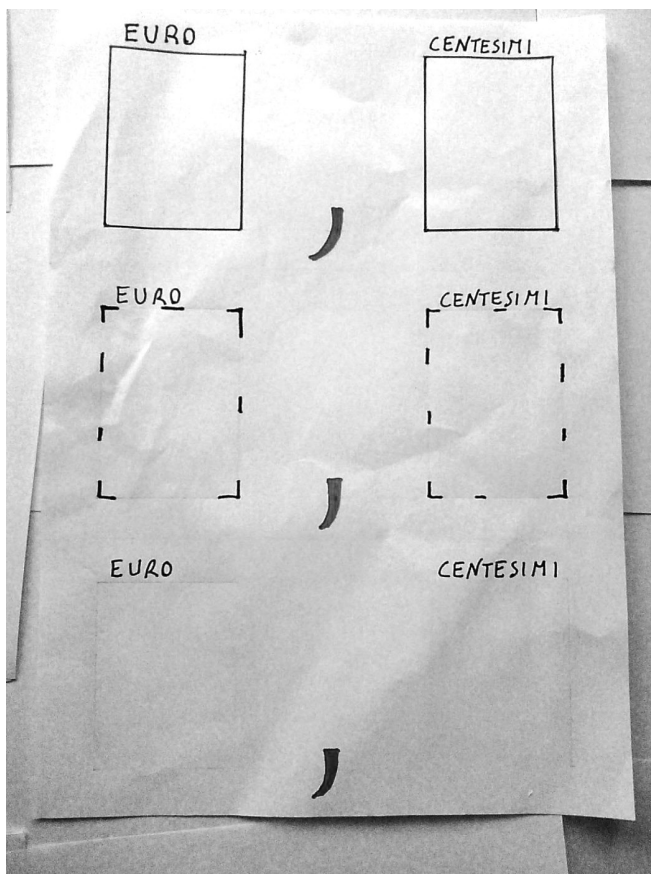
via via nel tempo ed erogato in modo irregolare: così, se in fase iniziale il soggetto viene premiato ed elogiato ogni volta in cui abbina correttamente un'immagine a un prodotto e depenna l'immagine dalla lista della spesa, man mano che diventa più abile e sicuro, riceverà sempre meno *prompts*, fino a ottenerne uno, ad esempio al termine di tutte le operazioni previste dal compito "fare la spesa", cioè quando avrà collocato nel carrello l'ultimo prodotto della lista e depennata l'ultima immagine). Tale procedura avviene in molti modi diversi e contribuisce al raggiungimento della generalizzazione degli apprendimenti e della loro applicazione in ambiente naturale (il supermercato abituale, nel quale la famiglia si reca per gli acquisti).

### **5. Utilizzo del denaro per gli acquisti**

Anche in questo caso si parte da una valutazione iniziale delle abilità della persona (Baker Bruce, Brightman, 2008). Si esaminano il suo grado di conoscenza dei vari tipi di monete, la capacità di stabilire rapporti numerici (individuando ad esempio quante monete da 5 centesimi sono presenti in una da 20, oppure quante monete da 10 centesimi sono presenti in una da 50 centesimi) nonché le abilità di calcolo fino al valore degli importi corrispondenti ai prodotti indicati dai familiari. Si valutano inoltre la capacità di leggere il prezzo dei prodotti, di abbinare ad esso l'importo esatto in euro e in frazioni di euro, e la presenza o meno dell'abilità di calcolare il resto.

In situazione di apprendimento strutturato si provvede all'insegnamento delle abilità mancanti, partendo sempre da quelle che necessitano del minor numero di aiuti possibili. L'insegnamento prosegue, come già detto, con procedimento "senza errori", metodo che motiva il soggetto, che è così incoraggiato a proseguire. Alcuni degli aiuti possono essere ancora una volta visivi (ad esempio, quando occorre insegnare a leggere il prezzo dei prodotti, per aiutare la persona a riconoscere cifre in euro con decimali: talvolta occorre il supporto iniziale di uno schema visivo con una virgola di grandi dimensioni, colorata in modo molto chiaro, che separi due caselle nere, anch'esse di grandi dimensioni; sulla casella a sinistra è scritta la parola "euro", su quella destra "centesimi". Gli aiuti vengono poi sfumati mediante *fading*: i contorni delle caselle sono sempre meno evidenti fino a sparire; le scritte corrispondenti a "euro" e "centesimi" vengono eliminate; si lascia unicamente la virgola ben evidenziata.

Fig.2 – Un aiuto visivo per l’acquisto di prodotti



A volte, passando all’insegnamento dell’abilità di calcolare rapporti tra valori monetari e quella di “dare il resto”, può occorrere l’ausilio di una “linea dei numeri”, sulla quale sono inseriti numeri via via crescenti, con cifre non intere (talvolta vengono evidenziati, inizialmente, i numeri interi; poi si riduce la facilitazione, man mano che il soggetto diventa capace di riconoscere i numeri con i decimali e di abbinare ad essi le monete necessarie al pagamento).

## 6. Fare la spesa al supermercato

In questa fase solitamente sono utilizzati sia il *modeling* sia il *role playing*. Il *modeling* è l’apprendimento osservativo, che avviene quando il soggetto osserva un’altra persona (modello) che esegue il comportamento in questione:

il comportamento è appreso semplicemente mediante osservazione. Esso è stato utilizzato da molti teorici (cfr., ad es., Bandura, 1978), che parlarono specificamente dell'uso del *modeling* abbinato al rinforzo positivo; è molto usato anche nei rapporti interpersonali, per apprendere un insieme di contenuti (verbali e non verbali, mimica, postura, contatto oculare, ecc.).

Il procedimento del *role playing* simula il momento dell'acquisto e l'utilizzo dello strumento predisposto (lista della spesa): viene allestito un vero e proprio negozio virtuale, in cui sono presentati i prodotti identificati dalla famiglia; inoltre viene messa a punto la lista della spesa, vengono approntati un "carrello" la "zona cassa" dove recarsi a effettuare il pagamento.

In questo modo il soggetto ha la possibilità di esercitarsi, di consolidare la capacità di recuperare i prodotti necessari, di imparare a collocarli nel carrello (anche quest'abilità può comportare la necessità di nuovi insegnamenti: ad esempio, alcuni ragazzi affetti da DGS (Disturbo Generalizzato dello Sviluppo) hanno problemi nel dosare la forza e potrebbe essere necessario, attraverso tecniche quali il *fading* o l'attenuazione dei *prompt*, aiutarli a modulare correttamente il gesto di riporre il prodotto nel carrello. Il *role playing* permette quindi di consolidare una routine organizzata, funzionale al raggiungimento dell'obiettivo. Più il soggetto diventa abile e sicuro nell'utilizzo degli strumenti, meno avrà problemi ad applicarli in situazioni reali, affrontando eventualmente anche degli imprevisti.

A questo punto il soggetto è pronto: si recherà con un tutor o un familiare a fare la spesa nel supermercato individuato.

---

### **Bibliografia**

Baker Bruce, L., Brightman, A. (2008), *Passi per l'indipendenza. Strategie e tecniche ABA per un'educazione efficace nelle disabilità*. Trad .it., Gussago (BS): Vannini Editrice.

Bandura, A. (1977), *Social learning theory*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.

Hodgdon, L. A. (2012), *Strategie visive per la comunicazione*. Trad.it., Gussago (BS): Vannini Editrice.

Horner, R. H., Dunlap, G., Koegel, R. I. (1988), *Generalization and maintenance: Life-style changes in applied settings*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Rusch, F.R., Mithaugh, D. E. (1980), *Vocational Training for Mentally Retarded Adults*. Champaign (IL): Research Press.

### **Sito internet**

[www.sinpia.eu](http://www.sinpia.eu) (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) (2005), *Linee-guida per l'autismo*.



**“NON SI VEDE BENE CHE CON IL CUORE”**  
**(alcune riflessioni dalla lettura de “Il Piccolo Principe”**  
**di Antoine de Saint-Exupéry)**

Orietta Melone\*

### **1. Premessa**

“Il Piccolo Principe” (*Le Petit Prince*) è l’opera più conosciuta di Antoine de Saint-Exupéry. Il libro, pubblicato il 6 aprile 1943 in inglese, e qualche giorno dopo in francese, è un racconto a sfondo poetico che, nella forma di un’opera letteraria per ragazzi, affronta temi come il senso della vita e il significato dell’amore e dell’amicizia. Ciascun capitolo del libro racconta di un diverso incontro che il protagonista fa con i personaggi dei pianeti che visita e ognuno di loro lascia il Piccolo Principe stupito e sconcertato per la stranezza delle “persone adulte”. Ogni incontro può essere identificato come un’allegoria o uno stereotipo della società moderna e contemporanea. Il “Piccolo Principe” è fra le opere letterarie più celebri del XX secolo e tra le più vendute della storia: è stato tradotto in più di 220 lingue e dialetti e stampato in oltre 134 milioni di copie. Le lingue più conosciute dei cinque continenti sono ovviamente state le prime a vederlo tradotto, ma successivamente si è arrivati a tradurlo anche in lingue meno diffuse ed anche in alcuni dialetti: dalla lingua corsa al bretone, dal gallurese al milanese, al napoletano, al friulano. L’opera, che costituisce una sorta di “educazione sentimentale”, è illustrata da una decina di acquerelli dello stesso Saint-Exupéry, disegni semplici e un pò naïf, che sono celebri quanto il racconto. La mia decisione di sviluppare una riflessione su quest’opera è dovuta alle tematiche in essa contenute, che mi hanno colpito per la semplicità con cui l’autore le propone, al punto da rendere il libro adatto alla letteratura per bambini, tuttavia ricco di contenuti e temi di riflessione per persone di qualsiasi età. L’infanzia è presentata dall’autore come il più bel periodo della vita, durante il quale, senza la fretta che domina il mondo degli adulti, meglio ci si può soffermare ad osservare, apprezzandole, certe piccole cose della vita quotidiana, senza i vincoli del veloce tempo “meccanico” che costringe a un presente frenetico.

---

\* Educatrice professionale, “Centro Paolo VI” di Casalnoceto

## **2. La trama**

Un aviatore, precipitato con il suo aereo nel deserto del Sahara, incontra un bambino che gli chiede: “Mi disegni una pecora?”. Stupito, il pilota non capisce il perché di questa e di altre strane richieste del bambino. Questi, poco per volta, dice di essere il principe di un lontano asteroide, sul quale abita solo lui; sull’asteroide ci sono tre vulcani, di cui uno inattivo, e una piccola rosa, molto vanitosa, che egli stesso cura e ama. Il Piccolo Principe racconta che, nel vagare per lo spazio, ha conosciuto diversi personaggi strani, che gli hanno insegnato qualche cosa. La cura per la sua rosa lo ha fatto soffrire molto, perché spesso si è mostrata scorbutica. Ora però che è lontano, il Piccolo Principe scopre pian piano che le ha voluto bene, e che anche lei gliene voleva. Purtroppo però non si capivano. Il Piccolo Principe, proveniente dall’asteroide B612, dice di avere bisogno della pecora, per farle mangiare gli arbusti di baobab, prima che crescano e soffochino il suo pianeta. Visitando ciascun pianeta, dall’asteroide 325 al 330, il Piccolo Principe se ne va con l’idea che i grandi siano ben strani, e con un piccolo insegnamento per sé. Questi sono i personaggi incontrati:

- un vecchio re solitario, che si crede onnipotente e che cerca di farlo suo ministro, dando ordini in modo da essere sempre e solo ascoltato;
- un vanitoso, che chiede solo di essere ammirato e applaudito, senza ragione;
- un ubriacone, il quale beve per dimenticare la vergogna di bere;
- un uomo d’affari che passa i giorni a contare le stelle, credendo che siano sue;
- un lampionaiolo con il compito di accendere e spegnere il lampione del suo pianeta ogni minuto, a causa della velocità di ogni giro del pianeta; per quest’uomo il Piccolo Principe prova un po’ di ammirazione perché è l’unico che non pensa solo a se stesso;
- un geografo, seduto alla sua scrivania senza alcuna idea su come sia fatto il suo pianeta, perché non dispone di esploratori che possano esplorarlo. Quest’ultimo consiglia al Piccolo Principe di visitare la Terra, sulla quale finalmente il nostro protagonista giunge, con grande stupore per le dimensioni e per la quantità di persone.

Il primo incontro sulla Terra avviene nel deserto con un serpente, simbolo della morte, che però è vista in senso positivo, come l’inizio di un viaggio. Successivamente si imbatte in un piccolo fiore, che si trova su alte cime montuose, ed infine in un giardino pieno di rose fiorite. La sua rosa aveva raccontato al Piccolo Principe di essere l’unica di quella specie in tutto l’universo, e quindi egli rimane molto deluso da questa scoperta. Ma non fa in tempo a pensarci molto, poiché compare una piccola volpe, che gli chiede di essere addomesticata e di essere sua amica. La volpe parla a lungo con il principe dell’amicizia. Il principe incontra poi un indaffarato controllore, che non sa giustificare la

ragione per cui la gente va avanti e indietro sempre di fretta; l'ultimo interessante incontro è con un venditore di pillole che calmano la sete, facendo risparmiare un sacco di tempo. Poiché ha ascoltato tutto il racconto del Piccolo Principe, il pilota non è riuscito a riparare l'aereo e ha terminato la scorta d'acqua. Insieme vanno quindi alla ricerca di un pozzo. Dopo una giornata di cammino, i due si fermano stanchi su una duna, ad ammirare il deserto nella notte. Con in braccio il principe addormentato, il pilota cammina tutta la notte e finalmente, all'alba, trova un pozzo. “Un pò d'acqua può far bene anche al cuore” commenta il Piccolo Principe; e bevono entrambi con gioia. Il pilota torna al lavoro al suo apparecchio, e la sera seguente ritrova il Piccolo Principe ad attenderlo su un muretto accanto al pozzo, mentre parla con il serpente che aveva incontrato. Il Piccolo Principe, dopo un anno dall'arrivo sulla Terra, si trova nello stesso luogo su cui era atterrato, e sta per tornare sul suo pianeta. Il fanciullo tornerà dal suo fiore, con la pecora, una scatola e una museruola. Lascia in regalo al pilota il suo sorriso, che è poi il suo messaggio, e un mare di stelle da guardare, offrendogli anche l'immagine confortante che lassù, da qualche parte, egli si prenderà cura della sua rosa.

### **3. Alcuni brani del testo**

Con il mio piccolo gruppo di lavoro, in laboratorio, mi sono soffermata, in particolare, sul capitolo XXI, il più lungo e forse il più importante del libro. Qui emerge il messaggio che si vuole lanciare ai lettori: il valore dell'amicizia. Per la volpe significa essere addomesticata, per il Piccolo Principe vuol dire prendersi cura della sua rosa, la sua rosa “speciale”.

Ecco una parte del suddetto capitolo:

In quel momento apparve la volpe.

“Buon giorno”, disse la volpe.

“Buon giorno”, rispose gentilmente il Piccolo Principe, voltandosi: ma non vide nessuno.

“Sono qui”, disse la voce, “sotto al melo...”

“Chi sei?” domandò il Piccolo Principe, “sei molto carino...”

“Sono una volpe”, disse la volpe.

“Vieni a giocare con me”, le propose il Piccolo Principe, sono così triste...”

“Non posso giocare con te”, disse la volpe, “non sono addomesticata”.

“Ah! scusa”, fece il Piccolo Principe.

Ma dopo un momento di riflessione soggiunse:

“Che cosa vuol dire <addomesticare>?”

“Non sei di queste parti, tu”, disse la volpe, “che cosa cerchi?”

“Cerco gli uomini”, disse il Piccolo Principe.



“Che cosa vuol dire <addomesticare>?”

“Gli uomini” disse la volpe, “hanno dei fucili e cacciano. È molto noioso! Allevano anche delle galline. È il loro solo interesse. Tu cerchi delle galline?”

“No”, disse il Piccolo Principe. “Cerco degli amici. Che cosa vuol dire <addomesticare>?”

“È una cosa da molto dimenticata. Vuol dire <creare dei legami>...”

“Creare dei legami?”

“Certo”, disse la volpe. “Tu, fino ad ora, per me, non sei che un ragazzino uguale a centomila ragazzini. E non ho bisogno di te. E neppure tu hai bisogno di me. Io non sono per te che una volpe uguale a centomila volpi. Ma se tu mi addomestichi, noi avremo bisogno l’uno dell’altro. Tu sarai per me unico al mondo, e io sarò per te unica al mondo”.

[...]

[La volpe, successivamente disse: ]

“Và a rivedere le rose. Capirai che la tua è unica al mondo. Quando ritornerai a dirmi addio, ti regalerò un segreto”.

Il Piccolo Principe se ne andò a rivedere le rose.

“Voi non siete per niente simili alla mia rosa, voi non siete ancora niente”, disse. “Nessuno vi ha addomesticato, e voi non avete addomesticato nessuno. Voi siete come era la mia volpe. Non era che una volpe uguale a centomila altre. Ma ne ho fatto il mio amico ed ora è per me unica al mondo”.

E le rose erano a disagio.

“Voi siete belle, ma siete vuote”, disse ancora. “Non si può morire per voi. Certamente, un qualsiasi passante crederebbe che la mia rosa vi rassomigli, ma lei, lei sola, è più importante di tutte voi, perché è lei che ho innaffiata. Perché è lei che ho messo sotto la campana di vetro. Perché è lei che ho riparato col paravento. Perché su di lei ho ucciso i bruchi (salvo i due o tre per le farfalle). Perché è lei che ho ascoltato lamentarsi o vantarsi, o anche qualche volta tacere. Perché è la mia rosa”.

[...]

“Addio”, disse la volpe. “Ecco il mio segreto. È molto semplice: non si vede bene che col cuore. L’essenziale è invisibile agli occhi”.

“L’essenziale è invisibile agli occhi”, ripeté il Piccolo Principe, per ricordarselo.

“È il tempo che tu hai perduto per la tua rosa che ha fatto la tua rosa così importante”.

“È il tempo che ho perduto per la mia rosa...” sussurrò il Piccolo Principe per ricordarselo.

“Gli uomini hanno dimenticato questa verità. Ma tu non la devi dimenticare.

Tu diventi responsabile per sempre di quello che hai addomesticato. Tu sei responsabile della tua rosa...”

“Io sono responsabile della mia rosa...” ripeté il Piccolo Principe per ricordarselo.

#### **4. Il lavoro con il gruppo**

Considerata la complessità delle tematiche trattate nel succitato capitolo, ho pensato di coinvolgere il gruppo di lavoro, costituito da quattro giovani “diversamente abili”, tutti affetti da gravi disturbi della personalità, in una discussione, da me guidata, sul senso della frase “essere addomesticato” che, come viene presentata dall’autore dell’opera, significa reciproca e stretta relazione d’affetto, che fa sì che si diventi importanti uno per l’altro.

È la prima volta che il tema dell’amicizia, già preso in considerazione in lavori precedenti, esula dal semplice significato di “essere compagno di”, per divenire sinonimo di un legame più solido e richiamare piuttosto il senso di protezione e del “prendersi cura”.

Nel capitolo, la volpe vuole essere addomesticata dal Piccolo Principe per avere in lui un riferimento.

Non è stato facile trasmettere il significato di questo legame, così particolare, al gruppo, in quanto un simile legame lo si potrebbe trovare, e purtroppo non sempre, nella relazione con i genitori.

Uno dei partecipanti, partendo dal significato del verbo “addomesticare”, ha espresso il suo pensiero nel modo seguente:

“Secondo me, addomesticare significa rendere più educato, meno selvatico” e ha collegato il verbo alla volpe che, appunto, è un animale non domestico. La volpe vuole fare amicizia col Piccolo Principe per trovare una persona umana che la tratti meglio e che è diversa dai cacciatori che la vogliono uccidere perché mangia le galline”.

Gli altri partecipanti hanno collegato quanto letto nel capitolo all’amicizia nel senso più classico e già trattato in altri precedenti esperienze in laboratorio. Qualcuno ha ricordato a questo proposito il racconto di “Zanna Bianca” ed il suo legame con Scott ma sempre restando in tema di “essere amici” e quindi attribuendo all’amicizia una valenza di riconoscenza che spesso è racchiusa nel rapporto di amicizia.

A questo punto ho pensato di porre al gruppo i quesiti che seguono per costruire successivamente un confronto fra le risposte che avrei ricevuto:

1. Vi piacerebbe che qualcuno si prendesse cura di voi?
2. Vi piacerebbe prendervi cura di qualcuno?

Queste due domande hanno suscitato nel gruppo molta incertezza, anche se tutti

hanno saputo rispondere più agevolmente alla prima rispetto alla seconda. Infatti tutti i componenti il gruppo vivono quotidianamente l'esperienza di avere accanto qualcuno che si prende cura di loro, e sono inoltre in grado di differenziare in modo sottile la diversità della presa in carico che ricevono dalle varie figure professionali nel modo seguente: "Veniamo seguiti dagli assistenti quando ci laviamo e quando pranziamo e ceniamo, mentre, quando sentiamo il bisogno di parlare o abbiamo un problema, lo chiediamo alla nostra educatrice."

Si nota quindi che i pazienti hanno nel tempo acquisito un chiaro riferimento rispetto alle diverse figure professionali che operano quotidianamente, distinguendo tra gli operatori sociosanitari, per quanto concerne i loro bisogni fisici (autonomie personali, alimentazione, cura dell'abbigliamento) e gli educatori professionali circa il ricevere ascolto e le proposte di attività sul versante psicoriabilitativo.

La seconda domanda: "Vi piacerebbe prendervi cura di qualcuno?" ha creato più disagio nel mio gruppo, in quanto i partecipanti hanno mostrato la consapevolezza di ritenersi incapaci di essere d'aiuto agli altri; le risposte che ho ricevuto sono legate non tanto al piacere di prendersi cura quanto di avere degli amici con i quali parlare, giocare ed uscire. Tuttavia nelle loro risposte è sempre comparso un forte bisogno di avere un riferimento nell'adulto che li possa supportare nei momenti di difficoltà.

A questo proposito sembra affacciarsi il concetto di "unicità" della persona, simbolicamente espresso nel "Piccolo Principe", in quanto l'educatore di riferimento sembra connotarsi come un "addomesticatore" che, per dirla con le parole del libro, prendendosi carico del disagio della patologia, diventa indispensabile e, comunque, "diverso" da altre persone.

## 5. Riflessioni conclusive

«L'essenziale è invisibile agli occhi», dice la volpe. Il Piccolo Principe ripeterà la frase per ricordarselo: un modo, per l'autore, di sottolineare l'importanza di questo suo assunto per la comprensione del racconto. Oltre alle apparenze c'è un pensiero, qualcosa di non tangibile, che dobbiamo scoprire, "usando il cuore". È questo che rende le cose uniche, è il fine delle nostre scelte, dei nostri sforzi, dell'amicizia. Mille rose in un giardino assomigliano a quella che il Piccolo Principe ha lasciato sul suo pianeta, ma la sua è unica, in quanto l'ha inaffiata e protetta; in altri termini, l'ha «addomesticata», per dirlo come la volpe, la quale afferma: «Diventi responsabile per sempre di ciò che hai addomesticato». Il "percepire con il cuore" è capace di creare legami forti: questo è ciò che Saint-Exupéry vuole dirci.

Personalmente, come educatrice professionale, mi sono ritrovata a "vedere" con

il cuore tanti contesti di lavoro sul campo e talvolta mi sono resa conto che dovevo tralasciare strategie apprese nel mio corso di studi, troppo tecniche e strettamente riabilitative, per seguire interventi che, più empatici e forse meno specialistici, mi erano suggeriti da una visione più diretta del “prendersi cura di” che non significa “curare” in senso tecnico. Si vede così più da vicino l’ “unicità” dei soggetti e si apprezzano meglio le loro abilità, spesso modeste e talvolta carenti, ma che, se “viste con il cuore”, rivelano sempre qualche punto di partenza per sviluppare un successivo discorso educativo.

Emblematico è, secondo il mio parere, il seguente passo, che ricorda da vicino un “tempo terapeutico” nettamente diverso dal “tempo dell’orologio” (tempo fisico), per giungere a soddisfacenti esiti educativi, esiti talora particolarmente significativi se “visti con il cuore”:

*Perché vendi questa roba?» disse il Piccolo Principe.*

*«È una grossa economia di tempo» disse il mercante. «Gli esperti hanno fatto dei calcoli. Si risparmiano cinquantatré minuti alla settimana».*

*«E che cosa se ne fa di questi cinquantatré minuti?»*

*«Se ne fa quel che si vuole...»*

*«Io», disse il Piccolo Principe, «se avessi cinquantatré minuti da spendere, camminerei adagio adagio verso una fontana...»*

## **Bibliografia**

De Saint- Exupéry, A., *Il Piccolo Principe*. Trad.it., Milano: Bompiani, 2011



## **INFORMAZIONI**



**INCONTRO DI STUDIO SUI DSA  
(DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO)**

Il “Centro Paolo VI” di Casalnoceto, in collaborazione con l’ “Istituto Comprensivo” di Rivanazzano e l’ASL di Pavia (ASL locale di Voghera) organizza un incontro di studio sulla “Prevenzione dei disturbi specifici dell’apprendimento nella scuola d’infanzia e nella scuola primaria”.

L’incontro si terrà nella mattinata del 29 giugno p.v. presso l’auditorium “Villa Meardi”, Strada per Voghera, 27050 Retorbido (PV).

Per informazioni si prega di rivolgersi alla dr.ssa Paola Orlandi, “Centro Paolo VI” di Casalnoceto, tel. 0131-808111.







Servizio di Psicologia  
dell'Apprendimento  
e dell'Educazione



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

## CAMPUS ADHD “FAMILY TRAINING”®

**24-28 giugno 2015**

oppure

**2-6 settembre 2015**

**Marina di Massa (MS)**

### Presentazione

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD, acronimo dell'inglese Attention Deficit Hyperactivity Disorder) è un disturbo dello sviluppo neuropsichico del bambino e dell'adolescente caratterizzato da inattenzione e impulsività/iperattività. Date le caratteristiche del disturbo, una molteplicità di contesti di vita ne sono influenzati, primo tra tutti quello familiare. In una famiglia le difficoltà nel mantenere l'attenzione e nel gestire le attività, le problematiche emotive e l'impulsività impediscono a questi ragazzi lo svolgimento della regolare vita domestica, innescando spesso forme di conflittualità tra i suoi componenti. Capita che i genitori si sentano inadeguati, ricevano critiche dall'esterno (insegnanti, parenti e amici) e mettano in discussione la loro competenza genitoriale. Questo può spingerli, inizialmente, a “rivalersi” sul bambino aumentando le punizioni. Avere un figlio con l'ADHD può diventare un problema per tutta la famiglia. È importante supportare i genitori affinché di fronte a strategie educative inadeguate o alla fatica quotidiana non “gettino la spugna”. Le linee-guida per l'ADHD suggeriscono che gli interventi siano rivolti sia al bambino che alla famiglia (ed anche alla scuola). Tuttavia spesso i due tipi di interventi vengono realizzati separatamente.

### Il Campus: l'intervento con il bambino e la sua famiglia

Il Campus ADHD FAMILY TRAINING è un percorso psicoeducativo con taglio clinico in cui si offre al bambino con ADHD e ai suoi genitori la possibilità di seguire training loro dedicati in una situazione privilegiata che permette all'intervento con il bambino e con la famiglia di essere coordinati. All'interno del Campus la famiglia e il bambino possono inoltre confrontarsi in attività congiunte e iniziare a mettere in pratica quanto appreso nei percorsi psico-educativi. Per alcuni giorni l'intera famiglia sarà guidata da un'équipe di professionisti per compiere un percorso riabilitativo. Il coinvolgimento contemporaneo e comune di tutti i membri della famiglia rafforza la motivazione al cambiamento.

### Destinatari

Il Campus ADHD FAMILY TRAINING è concepito per realizzare un intervento intensivo con:

- **il bambino con ADHD**, di età compresa tra i 6 e i 10 anni,
- **la sua famiglia** (genitore/i ed eventuali fratelli/sorelle)

in un contesto di vacanza, libertà dal lavoro e dalla scuola.

## Obiettivi

Scopo dell'iniziativa è introdurre la famiglia con bambino con ADHD a un percorso di cambiamento del disturbo e miglioramento delle relazioni familiari. L'utilità di coinvolgere l'intera famiglia è anche quella di favorire la condivisione dell'approccio al cambiamento tra genitori e figli. Il soggiorno in una casa per ferie e la vicinanza al mare saranno opportunità di riposo e svago per tutti.

## Attività terapeutico/riabilitative

Il training si fonda su un intervento psicoeducativo basato sulla teoria cognitivo-comportamentale, i cui punti di forza risiedono nell'apprendimento da parte del bambino e della sua famiglia di modalità comportamentali e relazionali più efficaci.

Il training comprende attività differenziate per:

- **genitori:** 7 incontri di Parent Training di gruppo (4 mattine e 3 pomeriggi) condotti da una psicologa esperta di ADHD. I temi degli incontri saranno: Conoscere e capire il proprio bambino con ADHD - Reinterpretarsi genitore - Punire? Gratificare? - Le scelte educative più efficaci - Strategie educative per l'ADHD - Fratelli e amici dei bambini con ADHD - La diversità dell'ADHD: come affrontare gli altri - Il genitore come modello
- **bambini:** 7 incontri di Child Training di gruppo. Quattro mattine saranno dedicate al laboratorio per il miglioramento delle abilità sociali (riconoscere le emozioni, come reagire alle critiche, la comunicazione iniziale per crearsi un amico, come entrare in un gruppo già formato) e tre pomeriggi al laboratorio sull'espressività creativa in cui vengono ripresi i temi della mattina. I laboratori sono condotti da psicologhe ed educatori esperti di ADHD
- **famiglia:** attività ludico/formative svolte nel dopocena per migliorare le relazioni genitori-figli. Le attività sono condotte da psicologhe ed educatori esperti di ADHD.

### *L'ADHD e il suo trattamento*

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività si presenta spesso in comorbidità con i disturbi specifici dell'apprendimento, il disturbo oppositivo-provocatorio e problemi della sfera emotiva.

L'ADHD è oggi riconosciuto anche in Italia e disciplinato da una normativa dell'Istituto Superiore di Sanità con l'obiettivo di regolare l'attività di diagnosi e cura, mediante precise linee guida (per approfondimenti: [www.iss.it/ADHD/](http://www.iss.it/ADHD/)).

Le terapie rivolte all'ADHD sono:

- farmacologiche (di assoluta pertinenza dei Centri di Riferimento per l'ADHD);
- psico-comportamentali (estese ad altri Servizi Pubblici di Neuropsichiatria Infantile e a professionisti esterni - neuropsichiatri, psicologi ed educatori - di comprovata esperienza clinica in relazione al disturbo).

La terapia psico-comportamentale tipicamente comprende:

- **Parent training.** Ai genitori viene spiegato che cos'è l'ADHD e come applicare strategie comportamentali: come organizzare la giornata del bambino, come comportarsi durante gli eccessi di iperattività e impulsività, come aiutarlo nell'organizzazione, nell'affrontare un compito e nel semplificare quelli troppo complessi, come dare direttive chiare da rispettare e come premiarlo o punirlo quando queste vengono infrante. Il parent training aiuta i genitori anche a gestire lo stress e la frustrazione che possono scaturire nell'affrontare le problematiche di educazione del figlio con ADHD
- **Child training.** Ai bambini si offre la possibilità di apprendere, attraverso giochi e momenti di lavoro guidato e di riflessione, modalità di potenziamento della propria attenzione e delle capacità relazionali e di adattamento all'ambiente
- **Teacher training.** La consulenza sistematica agli insegnanti serve ad aiutarli ad assumere un atteggiamento costruttivo nei confronti dell'alunno con ADHD, favorendone l'apprendimento e le relazioni sociali.

## L'attenzione clinica

La conduzione delle attività psico-educative da parte di psicologhe esperte nell'ADHD garantisce la necessaria "attenzione clinica" alla singola famiglia. Ogni caso sarà valutato nelle sue peculiarità. Ciascun professionista offrirà all'occorrenza le indicazioni di cui le famiglie necessitano sia per l'attività nel Campus sia per le specifiche problematiche legate all'ADHD del bambino: come riprendere la vita a casa, quali scelte future effettuare, come interagire con la scuola, ecc. Un report osservativo verrà consegnato al termine del Campus a ciascuna famiglia.

## Programma del Campus

	Mercoledì 24 giugno	Giovedì 25 giugno	Venerdì 26 giugno	Sabato 27 giugno	Domenica 28 giugno
8.30-9.30		Colazione	Colazione	Colazione	Colazione
9.30-11.00*		Bambini: Laboratorio abilità sociali	Bambini: Laboratorio abilità sociali	Bambini: Laboratorio abilità sociali	Bambini: Laboratorio abilità sociali
		Genitori: Parent training	Genitori: Parent training	Genitori: Parent training	Genitori: Parent training
11.00-12.30		Tempo libero in famiglia	Tempo libero in famiglia	Tempo libero in famiglia	Tempo libero in famiglia
13.00-14.00		Pranzo	Pranzo	Pranzo	Pranzo
14.00-15.00		Tempo libero in famiglia	Tempo libero in famiglia	Tempo libero in famiglia	Congedo
15.00-16.30*		Bambini: Laboratorio espressività	Bambini: Laboratorio espressività	Bambini: Laboratorio espressività	
		Genitori: Parent training	Genitori: Parent training	Genitori: Parent training	
16.30-19.30		Arrivo	Tempo libero in famiglia	Tempo libero in famiglia	Tempo libero in famiglia
19.30-20.30		Cena	Cena	Cena	Cena
21.00-22.00	Accoglienza e presentazione	Giochi per le famiglie con lo staff	Giochi per le famiglie con lo staff	Gioco per le famiglie con lo staff	

\*Attività ludico-educative parallele ai training rivolte ad eventuali fratelli/sorelle, gestite da educatori professionisti.

L'edizione di settembre prevede la medesima organizzazione delle attività, distribuite dal mercoledì sera (2 settembre) alla domenica mattina (6 settembre) secondo lo schema soprastante.

## Costi

Il costo dell'intero soggiorno per la famiglia (due genitori e figlio/a con ADHD) è di 995 euro, comprensivo delle attività terapeutico-riabilitative, dei pasti e del pernottamento.

Eventuali fratelli/sorelle del bambino con ADHD possono essere ospitati (pasti e pernottamenti) e prendere parte ad attività ludico-educative per loro predisposte nei momenti in cui i genitori e il bambino con ADHD sono impegnati nei laboratori al costo individuale complessivo di 200 euro pro-capite.

**Modalità di iscrizione**

Il Campus si rivolge a un numero limitato di famiglie per garantire la buona riuscita del training. Ogni famiglia che desidera partecipare deve compilare il modulo di preiscrizione presente nel box "News", sul sito [www.spaae.it](http://www.spaae.it) e inviare la documentazione clinica relativa alla diagnosi e il contatto dello specialista di riferimento (psicologo o neuropsichiatra).

L'accettazione della domanda di preiscrizione verrà comunicata entro il 10 giugno. La famiglia dovrà provvedere a versare la quota per l'intero soggiorno entro 7 giorni dalla data di comunicazione di accettazione della domanda; di seguito sono riportate le indicazioni per il bonifico.

Tutte le famiglie la cui domanda non sarà accettata a causa del numero limitato di posti previsti avranno la possibilità di partecipare alla II edizione del Campus che si terrà nel periodo dal 2 al 6 settembre 2015.

Per maggiori informazioni e richieste di chiarimenti è possibile contattare la segreteria della Casa per Ferie "Sacro Cuore" di Marina di Massa, dal lunedì al venerdì, dalle ore 10.00 alle 12.00 e dalle 15 alle 17, al seguente numero di telefono: 0585 240084.

**Indicazioni per il bonifico:**

Consorzio Zenit Coop Soc. Cons. arl.

Banco Popolare – IBAN IT 79 Y 05034 38100 00000188791

**Località**

La sede del Campus è a Marina di Massa (MS), località Ronchi, in via G. Rossini n° 75, presso la Casa per Ferie "Sacro Cuore". Le famiglie potranno accedere allo Stabilimento balneare privato, fruendo del servizio spiaggia (ombrellone, due sdraio e un lettino per ogni camera utilizzata) senza costi aggiuntivi. Per ulteriori informazioni, si può visitare il sito [www.casaperferiesacrocuore.it](http://www.casaperferiesacrocuore.it)

## Staff

### Responsabili scientifici

**Alessandro Antonietti:** docente di psicologia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, ove dirige il Servizio di Psicologia dell'Apprendimento e dell'Educazione in Età Evolutiva (SPAEE). In relazione all'ADHD ha condotto ricerche sull'uso di strumenti ipermediali per l'apprendimento, sul ruolo delle dinamiche emotive e del contesto familiare e sugli effetti di laboratori musicali.

**Marisa Giorgetti:** psicologa, ricercatore e docente di psicologia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. Si interessa dello studio dei processi di pensiero in età evolutiva e in età adulta con particolare interesse per le problematiche funzionali e disfunzionali dell'apprendere nei contesti scolastici e terapeutico-riabilitativi. Svolge attività clinica e di coordinamento degli interventi psico-educativi presso lo SPAEE con particolare attenzione per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

### Coordinamento

**Francesca Sgroi:** psicologa, psicodiagnosta. Associata e collaboratrice di A.I.F.A e A.I.D.A.I. In campo clinico si occupa in particolare di ADHD nel ciclo di vita (infanzia, adolescenza, età adulta) relativamente a inquadramento diagnostico, psico-educazione, supporto psicologico al paziente, supporto di gruppo alle famiglie. Svolge attività di formazione su ADHD rivolte a docenti ed educatori. Collabora con l'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano, con l'Ospedale Delmati di S. Angelo Lodigiano e col Servizio diagnosi ADHD dell'adulto del Centro di Salute Mentale di Bolzano.

### Psicologhe esperte ADHD

**Valentina Rita Andolfi:** psicologa e dottoranda in psicologia presso l'Università Cattolica di Milano, si occupa di benessere scolastico e di difficoltà di letto-scrittura. E' impegnata nella progettazione, valutazione e gestione di percorsi di potenziamento delle life skills rivolti a bambini, adolescenti e adulti. Ha costruito strumenti di valutazione dei meccanismi implicati nel pensiero flessibile. Conduce ricerche per esplorare la connessione tra corpo e processi di pensiero. Lavora nelle scuole implementando training per bambini con difficoltà di apprendimento, comportamentali, emotive e relazionali.

**Federica Danisi:** psicologa, ha conseguito il titolo di master in “Disfunzioni cognitive in età evolutiva” (Alta Scuola di Psicologia Agostino Gemelli). Collabora con lo SPAEE (Servizio di Psicologia dell'Apprendimento e dell'Educazione in Età Evolutiva) presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore. In particolare, è esperta di ADHD e Disturbi Specifici dell'Apprendimento. Inoltre, lavora a progetti di prevenzione e potenziamento destinati a bambini e ragazzi frequentanti i diversi cicli scolastici.

**Michela Fabrizia Mancini:** psicologa, svolge attività di orientamento e formazione presso servizi scolastici. Collabora in attività di ricerca presso lo SPAEE e organizza laboratori espressivi (teatrali, creativi, ecc.). Si è inoltre specializzata in “Assessment e training cognitivo” e in “Psicologia dell'apprendimento della matematica (livello I e II)” presso il CNIS.

**Chiara Valenti:** psicologa, ha conseguito il titolo di master in “Disfunzioni cognitive in età evolutiva” (Alta Scuola di Psicologia Agostino Gemelli). Collabora con lo SPAEE (Servizio di Psicologia dell'Apprendimento e dell'Educazione in Età Evolutiva) presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore. E' esperta di valutazione e potenziamento di differenti competenze socio-cognitive e di disfunzioni cognitive in età evolutiva, in particolar modo ADHD e Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

### Servizio di Psicologia dell'Apprendimento e dell'Educazione



[www.spacee.it](http://www.spacee.it)

<b>MILANO</b> Via Nirone, 15	e-mail: <a href="mailto:spacee@unicatt.it">spacee@unicatt.it</a>	<b>BRESCIA</b> Via Trieste, 17
---------------------------------	--	-----------------------------------

Il Servizio di Psicologia dell'Apprendimento e dell'Educazione (S.P.A.E.E.) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore svolge attività di progettazione, ricerca, consulenza, diagnosi e intervento sulle problematiche dell'apprendimento nei contesti scolastici, formativi, educativi e riabilitativi. Il Servizio si rivolge ad insegnanti, dirigenti, operatori, genitori e studenti tramite sportello di consulenza, colloqui e percorsi individuali, attività di piccolo gruppo, progetti d'intervento nelle strutture, giornate di studio. Le attività possono svolgersi presso la sede dello S.P.A.E.E., presso gli enti richiedenti o a distanza per mezzo di strumenti telematici. Per consultare materiali e strumenti elaborati dal Servizio, per avere informazioni sulle attività e iscriversi alla newsletter così da poter ricevere gli aggiornamenti, è possibile visitare il sito: [www.spacee.it](http://www.spacee.it)

### Consorzio Zenit Coop. Soc. Cons. Arl Onlus



[www.consorzio-zenit.it](http://www.consorzio-zenit.it)

e-mail: <a href="mailto:segreteria@consorzio-zenit.it">segreteria@consorzio-zenit.it</a>	<b>FIRENZE</b> Via Cittadella, 31
--	--------------------------------------

Il Consorzio Zenit, Cooperativa Sociale Consortile a.r.l. - Onlus, fondato a Firenze nel 1989, svolge attività educative, socio-assistenziali, riabilitative e sanitarie, direttamente e tramite le cooperative associate, fin dal 1981. Il Consorzio Zenit gestisce Comunità educative, Centro giovanile, Servizi educativi scolastici, un Centro Diagnostico Psicologico e Cognitivo dell'Età Evolutiva, un Istituto Universitario per la formazione di Educatori professionali e Psicologi dell'Educazione, un'Agenzia di formazione Professionale, Servizi residenziali psichiatrici, Residenze Sanitarie Assistentziali, Residenze Sanitarie per Disabili, Centri Diurni Integrati, Servizi di Assistenza Domiciliari, ecc.. In esso operano circa 1.300 operatori con differenti professionalità.

### Scuola Superiore di Scienze dell'Educazione "San Giovanni Bosco"



[www.sed-firenze.it](http://www.sed-firenze.it)

e-mail: <a href="mailto:segreteria@sed-firenze.it">segreteria@sed-firenze.it</a>	<b>MARINA DI MASSA (MS)</b> Via G. Rossini, 75
--	---

La Scuola Superiore di Scienze dell'Educazione (SED) «San Giovanni Bosco» di Firenze, affiliata all'Università Pontificia Salesiana di Roma (UPS), prevede due Corsi di Laurea: Scienze dell'Educazione – Educatore Professionale Sociale e Psicologia dell'educazione. L'offerta formativa intende far acquisire un'appropriata base scientifica, per orientarsi e procedere nell'ambito della Pedagogia, della Psicologia e delle discipline correlate, e affrontare con competenza le problematiche proprie delle professioni di Educatore e di Psicologo. La SED svolge attività di ricerca, di sviluppo e di innovazione nel ricco contesto di attività educative, formative, di cura e di assistenza del Consorzio Zenit e delle realtà con le quali esso coopera. La SED privilegia una formazione attiva e partecipata, facendo pieno riferimento, sul piano pedagogico e metodologico, alla proposta educativa di San Giovanni Bosco. Gli Studenti saranno educati e formati a porre sempre al centro di ogni intervento il bene della persona e della comunità in cui vive.







ISSN 1827-5842

*Finito di stampare nel mese di dicembre 2014  
da Guardamagna Editori in Varzi (PV)*