Prenota un primo **COLLOQUIO GRATUITO**

PROGRESSI
CENTRO PER L'ETÀ EVOLUTIVA

CENTRO AUTORIZZATO REGIONE LAZIO
Determina n° G12681 del 09/10/2018

DIFFICOLTÀ SOCIO-RELAZIONALI

Cosa Fare Prima, Durante e Dopo la Terapia

Offre i servizi di

- **LOGOPEDIA**
- **NEUROPSICOMOTRICITÀ**
- **PSICOTERAPIA E PSICOTERAPIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA**
- **NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**
- **PARENT–TEACHER TRAINING**
- **TUTOR AGLI APPRENDIMENTI** (SPECIALIZZATO DSA–ADHD)
- **PEDAGOGIA**
- **OSTEOPATIA**
- **BIOLOGO NUTRIZIONISTA**
- **OSTETRICIA**

Settori – Specializzazioni

- RITARDO DI LINGUAGGIO
- DISTURBO SPECIFICO DI LINGUAGGIO
- DEGLUTIZIONE ATIPICA
- DISABILITÀ INTELLETTIVA
- DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO
- DSA: DISTURBO SPECIFICO D'APPRENDIMENTO (disortografia, disgrafia, dislessia, discalculia)
- RITARDO PSICOMOTORIO
- PARALISI CEREBRALE INFANTILE
- DISTURBO DELLA COORDINAZIONE MOTORIA (disprassia)
- ADHD: DEFICIT D'ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ
- DISFONIA
- DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

UNA EQUIPE SPECIALIZZATA RISPONDERÀ A OGNI BISOGNO TUO E DEL TUO BAMBINO

PROGRESSI S.R.L.

VIA LAGO DI MISURINA, 12, 00019, VILLA ADRIANA, TIVOLI (RM)
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808
www.progressietaevolutiva.it - info@progressietaevolutiva.it

Approfondimento

Sommario

Cosa si intende per difficoltà socio-relazionali? 5

Nel bambino a sviluppo tipico 6

I disturbi socio-relazionali: Disturbi dello spettro autistico 14

Le difficoltà socio-relazionali nel bambino con disturbo dello spettro autistico 17

Come riconoscere una difficoltà socio-relazionale 19

Come si manifestano le difficoltà socio-relazionali negli asd? 22

Quali sono i sintomi per diagnosticare l'autismo da un punto di vista clinico (non strumentale)? 30

Su cosa lavora il Terapista? 32

Cosa potrebbe succedere se non si interviene? 33

Intervento precoce per bambini con autismo 33

Cosa deve fare il genitore prima durante e dopo? 35

Il Percorso con Progressi 38

"Solo se riusciremo a vedere l'universo come un tutt'uno
in cui ogni parte riflette la totalità e
in cui la grande bellezza sta nella sua diversità,
cominceremo a capire chi siamo e dove stiamo."

Tiziano Terzani

COSA SI INTENDE PER DIFFICOLTÀ SOCIO-RELAZIONALI?

Per difficoltà socio-relazionali intendiamo l'**insieme di disagi e difficoltà** che bambini, ragazzi e giovani adulti possono sperimentare nel fare i conti con la propria dimensione emotiva, affettiva e relazionale.

Alla base di gran parte di questi disturbi spesso ci sono le **rappresentazioni disfunzionali di sé e del mondo** circostante che l'individuo si crea, partendo dalla tendenza a **ingigantire gli aspetti negativi della realtà**, con rigidità e poca flessibilità di pensiero.

I bambini a sviluppo tipico, con disturbi relazionali, spesso nutrono scarsa autostima, assumono **atteggiamenti oppositivi e di rifiuto**, si sentono impotenti e spesso sperimentano ansia e rabbia.

Un disturbo socio-relazionale può essere la manifestazione delle difficoltà che affronta il bambino nel mettersi in relazione con le altre persone e può dipendere:

- Dallo **sviluppo delle funzioni cognitive** (linguaggio, percezione, attenzione memoria, emozione, ragionamento).
- Dall'**esperienza** (dalla natura e dal numero delle relazioni in cui il bambino si è impegnato).
- Dai **cambiamenti** nell'ambiente che circonda il bambino (aspettative, richieste, compiti, ecc).
- Da un **disturbo del neuro-sviluppo**

PROGRESSI S.R.L.
VIA LAGO DI MISURINA, 12, 00019, VILLA ADRIANA, TIVOLI (RM)
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808
www.progressietaevolutiva.it - info@progressietaevolutiva.it

Cosa cambia?

Naturalmente si sviluppano le capacità cognitive e con l'aumentare ed il diversificarsi delle esperienze maturate nell'ambito delle relazioni:

- cambia il concetto di sé,
- si sviluppa il senso dell'identità personale,
- aumenta il bagaglio di conoscenze sulle altre persone, su come funzionano le loro menti e su come è opportuno rapportarsi a loro,
- si modificano le relazioni nel senso di una sempre maggiore autonomia (in contrapposizione all'iniziale dipendenza).

Ma che cos'è il Concetto di sé?

È la rappresentazione che ogni individuo ha della conoscenza relativa a se stesso.

- Si sviluppa ed evolve durante tutta la vita;
- Si modifica soprattutto sulla base dell'informazione proveniente dalle altre persone;
- Costituisce la sintesi delle esperienze di vita e la guida alla condotta.

Il modo con cui ci relazioniamo agli altri dipende in maniera sostanziale dall'idea che abbiamo di noi stessi.

Come cambia il concetto di sé nelle varie fasce d'età?

Tra i 5 ed i 7 anni il bambino sa dare una descrizione di sé basata essenzialmente su elementi concreti ed esteriori; con la crescita il concetto di sé diventa sempre più complesso ed elaborato e si passa da caratteristiche esteriori ad interiori.

Nel corso della scuola elementare il concetto di sé passa dall'assoluto al comparativo, cioè all'uso esplicito del confronto sociale come criterio di autodefinizione.

Nel corso dell'adolescenza all'interno del concetto di sé si allarga lo spazio dedicato alle qualità interiori ed astratte e all'adesione alle ideologie.

Tappe evolutive

Lo sviluppo della personalità del bambino e poi dell'adolescente e dell'adulto segue tappe precise caratterizzate da diversi compiti di sviluppo.

Si tratta di "compiti" che si presentano in un dato periodo della vita di un individuo.

Se vengono risolti in maniera positiva conducono alla felicità e al successo nell'affrontare compiti successivi. Il fallimento nella risoluzione invece porta all'infelicità, alla disapprovazione sociale e a difficoltà di fronte ai compiti seguenti.

Ogni educatore deve tenere conto di quali siano i compiti di sviluppo dei suoi ragazzi per veicolare loro i messaggi cruciali che consentono l'evoluzione verso le fasi successive!

Qui di seguito si trova la distinzione in fasi e relativi compiti di sviluppo attuata dal grande psicologo americano Erik Erickson.

Fase 1: 0-12 mesi: fiducia di base vs. sfiducia

I bambini di questa età dipendono totalmente dagli altri e quindi sono costretti ad affidarsi a chi si prende cura di loro.

- Se ai loro bisogni vengono date risposte adeguate sviluppano un senso di fiducia nei confronti delle persone, del mondo e di se stessi.
- Se le risposte non sono adeguate si sviluppa una profonda sfiducia estesa a tutto e a tutti.

Fase 2: 12-24 mesi: autonomia vs. vergogna e dubbio

A questa età i bambini imparano a camminare, a parlare, a sviluppare un primo autocontrollo (controllo degli sfinteri),

- Se i genitori li incoraggiano e li rassicurano per i loro errori sviluppano autoefficacia, autonomia e capacità di autocontrollo,
- Se i genitori sono iperprotettivi o ridicolizzanti i bambini cominciano a vergognarsi del loro comportamento e a nutrire dubbi sulle proprie abilità.

Fase 3: 2- 6 anni: iniziativa vs. colpa

I bambini diventano sempre più abili dal punto di vista motorio e relazionale. Devono trovare un equilibrio tra il loro desiderio, la responsabilità e le regole,

- Se i genitori sono coerenti e fermi nella disciplina, ma incoraggianti, imparano senza colpa che ci sono cose permesse e cose che non lo sono, ma non perderanno la loro spinta esplorativa,
- Se i genitori sono punitivi i bambini svilupperanno sensi di colpa e l'idea che e`sbagliato essere indipendenti.

Fase 4: 6-12 anni: competenza vs. inferiorità

La scuola è l'evento cruciale. I bambini acquisiscono competenze importanti per il loro futuro. Cominciano a passare dal mondo della famiglia a quello dei pari,

- Se possono scoprire il piacere dell'attività intellettuale, dell'essere produttivi, dell'imparare qualcosa, sviluppano un senso di competenza.
- Se non riescono ad acquisire e a vedere riconosciute una serie di competenze, anche sociali, sviluppano un senso di inferiorità.

Fase 5: 12-18 anni: identità vs. confusione dei ruoli

I ragazzi devono rispondere alla domanda: "chi sono io?"

- Chi ha superato i precedenti compiti di sviluppo risolverà con successo questo conflitto, sviluppando una solida identità personale.
- Chi non ha superato con successo i precedenti compiti di sviluppo e non riesce a recuperare andrà in confusione e sarà incapace di fare scelte per la sua vita.

Andando più nel dettaglio delle fasi dello sviluppo che maggiormente possono interessarci, approfondiamo la

Fase 4: 6-12 anni: COMPETENZA VS. INFERIORITÀ

I compiti di sviluppo di questa consistono nello **sviluppare un insieme di regole funzionali alla vita sociale e personale:**

- Imparare a separare la fantasia dalla realtà;

- Sviluppare pienamente le capacità cognitive e sociali impegnandosi anche nella soluzione di problemi;
- Verificare l'effetto che le azioni hanno sulla realtà;
- Conseguire nuove abilità e diventare consapevoli delle proprie inclinazioni particolari;
- Raccogliere dati sul mondo al di fuori del gruppo di appartenenza;

> *Per risolvere questi compiti i bambini hanno bisogno di poter trovare e sperimentare i propri valori ed il proprio modo di fare le cose, interiorizzare le regole in modo da potersi prendere cura di sé, sperimentare l'essere in disaccordo con gli altri scoprendo che ciò può accadere senza per questo essere abbandonati o sentirsi meno amati.*

I compiti degli adulti educatori sono quindi:

- **stimolare** l'assunzione di piccole responsabilità;
- **incoraggiare** pensieri, domande, dialoghi;
- **insegnare** le funzioni delle regole e **spiegare** come sono strutturate, discutendole se necessario;
- **accordarsi** su alcune regole, evitando le manipolazioni e gli inganni;
- **differenziare** ciò che è buono da ciò che è cattivo, ciò che è importante da ciò che non lo è e **far capire** quali sono le richieste non negoziabili e quali quelle negoziabili;
- **insegnare** come conciliarsi con gli altri quando insorgono dei problemi e **far capire** che discutere serve per risolvere le questioni e non per ottenere delle conferme;
- **far fare** loro compiti e lavori sempre più complessi;
- **permettere** loro di fare le cose a modo proprio, individuando strategie personali per risolvere i problemi;
- **fare** con loro sia cose da bambini che "da grandi";
- **stimolarli** a fidarsi delle proprie sensazioni e dei propri sentimenti come fonti valide di informazione su cosa sta succedendo.

I comportamenti ed i messaggi inadeguati dell'adulto sono invece:

- il non lasciare che il bambino impari a fare le cose in autonomia, interferendo, bloccando, sostituendosi, svalutando i tentativi personali, criticando i risultati ottenuti;
- svalutare i tentativi di padronanza del bambino enfatizzando l'errore e considerandolo un segnale di fallimento, criticando la scelta degli obiettivi perseguiti e sminuendo i successi conseguiti;
- non prestare ascolto alle sue argomentazioni, alle sue richieste di spiegazione, ai suoi dubbi oppure svalutarli come privi di importanza;
- valutare il bambino e non la sua competenza, sulla base dei risultati conseguiti e farlo confrontandolo con gli altri bambini;
- stimolarlo a gareggiare sempre contro l'altro, e non con l'altro, per primeggiare e non per migliorare;
- rifiutarsi di discutere con lui sulle regole, sulle ragioni che le sostengono ed eventualmente negoziarne con lui alcune;
- affrontare le discussioni come un ring dove si decide chi vince e chi perde piuttosto che come un'occasione d'imparare dall'altro e trovare un accordo ed una soluzione creativa;
- scoraggiare l'instaurarsi di relazioni positive con altre persone, adulti, ragazzi e bambini, svalutando le persone e trasmettendo il messaggio "fuori non c'è niente di buono".

Le abilità apprese negli stadi precedenti, e quindi l'aver risolto con successo i relativi compiti di sviluppo, sono fondamentali in questa fase, la fiducia in se stessi e negli adulti è la base da cui poter partire per affrontare le domande cruciali della crisi d'identità;

la capacità di prendere iniziative in autonomia, di sperimentarsi, di esercitare le proprie competenze sono essenziali per trovare risposte valide e personali a quelle domande.

RELAZIONI CON IL GRUPPO DEI PARI

A partire dall'ingresso alla scuola materna ed elementare, il gruppo dei pari assume un'importanza considerevole nella vita dei bambini.

Ora sono in grado non solo di leggere empaticamente gli stati emotivi dei loro coetanei ma anche di figurarsi cosa li ha provocati, di attribuirne le cause con sempre maggior precisione e complessità: si sta sviluppando la loro teoria della mente.

I bambini scelgono in maniera attiva i loro compagni secondo due principi:

1. le loro presunte doti di **ACCOGLIENZA**;
2. le loro presunte doti di **COMPRENSIONE**.

Esse corrispondono a due bisogni fondamentali della specie umana:

3. il bisogno di **SENTIRSI SICURI**;
4. il bisogno di **COMUNICARE**.

Inoltre scelgono principalmente e spontaneamente chi vedono come **PIÙ SIMILE A SÉ.**

"Per il bambino infatti, l'altro presenta una doppia faccia: è altro da sé ed allo stesso tempo gli è simile [...]. Nella misura in cui l'altro gli rinvia la propria immagine, il bambino prende coscienza della propria identità [...]. La conoscenza di sé, presupposto di ogni conoscenza del mondo circostante, è in qualche modo un gioco dialettico tra i due poli che caratterizzano la presenza dell'altro: la somiglianza e la differenza."
(Vayer e Camuffo)

IL GRUPPO IN ADOLESCENZA

Il gruppo è un contesto di apprendimento fondamentale per lo sviluppo socio-relazionale ad ogni età, ma è cruciale per la costruzione dell'identità in fase adolescenziale.

In esso il ragazzo trova sostegno ad una personalità precaria, vede come gli altri affrontano problemi simili ai propri, sperimenta nuovi ruoli sociali, vive situazioni senza il controllo degli adulti, costruisce la propria dimensione etica.

> **Nel corso di tutto lo sviluppo l'adulto rappresenta per il bambino un punto di riferimento per la definizione di sé e del proprio valore.**

Infatti è nella relazione con l'adulto che il bambino, fin dalla nascita, riceve i messaggi che fondano il suo sentirsi una persona che vale, che è degna di essere amata e che di fatto è amata. I bambini hanno quindi bisogno di adulti che siano interlocutori validi, che permettano al contempo di riconoscersi e di essere riconosciuti.

I Disturbi dello Spettro Autistico sono caratterizzati da una compromissione grave e generalizzata in 2 aree dello sviluppo:

- quella delle **capacità di comunicazione e interazione sociale** *(Deficit nella comunicazione della reciprocità sociale ed emotiva, nella comunicazione non verbale usata a scopo sociale, nella creazione e mantenimento di legami sociali adeguatamente al livello generale di sviluppo)*
- e quella nell'area degli interessi e delle attività. *(Uso stereotipato dei movimenti, del linguaggio o degli oggetti, eccessiva aderenza a routine, rituali motori o verbali e/o resistenza al cambiamento, fissazione per interessi articolari o ristretti in modo anormale nella durata o nell'intensità Iper o Ipo-reattività agli stimoli sensoriali o inusuale interesse per particolari dettagli dell'ambiente.)*

Le compromissioni qualitative di queste funzioni, sono anomale rispetto al livello di sviluppo o all'età mentale del bambino.

I bambini che rientrano nello spettro autistico possono manifestare **gravi difficoltà nell'interazione sociale**, nella comunicazione verbale e non verbale.

Percorso diagnostico e terapeutico

Nel DSM-5 (Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali) i Disturbi dello Spettro Autistico (ASD) sono stati inseriti nei Disturbi del Neurosviluppo.

La diagnosi di disturbi dello spettro autistico è diventata unica, e tutti i sottotipi che prima erano presenti nel DSM-IV (Sindrome di Asperger, Disturbo disintegrativo dell'infanzia e Disturbo Pervasivo della Sviluppo Non Altrimenti Specificato) sono stati eliminati.

Rispetto alla diagnosi, ora i domini considerati sono due:

1. **Deficit Socio-Comunicativi**
2. **Interessi Ristretti e Comportamenti Ripetitivi** (RRB)

Nel nuovo manuale, viene inoltre specificato che il disturbo è presente precocemente ma **può pienamente manifestarsi in diverse età** a seconda delle richieste sociali

Infine, la diagnosi di disturbi dello spettro autistico è accompagnata dall'indicazione del **livello di gravità dei sintomi** in base al quale è possibile identificare il soggetto come bisognoso di aiuto in modo molto significativo, significativo o modesto *(Santocchi e Muratori, 2012)*.

Diagnosi differenziale

Il DSM-5 affronta anche il tema dei confini fra autismo e altri disturbi socio-comunicativi.

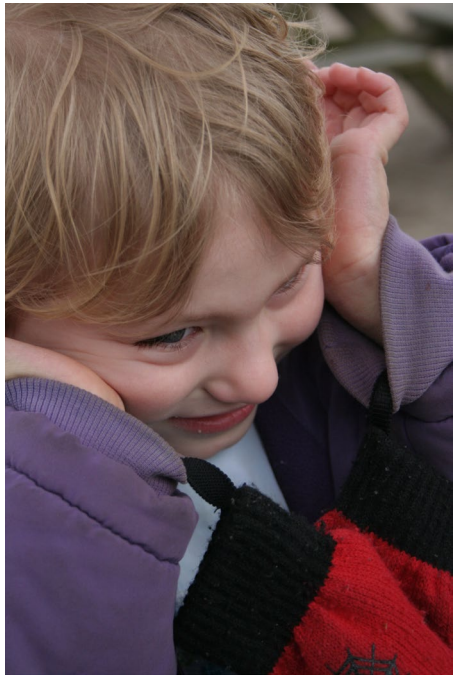
Nel nuovo manuale, la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico richiede la compresenza del **disturbo socio-comunicativo** (criterio A) e **degli interessi ristretti e comportamenti stereotipati** (criterio B).

Infatti, in presenza del solo criterio A, non si avrà più una diagnosi di disturbi dello spettro autistico.

Per comprendere questi casi, in cui il disturbo socio-comunicativo non è associato al criterio B, il DSM-5 ha introdotto una nuova diagnosi che non era presente nel DSM-IV: **il Disturbo Socio – Comunicativo.**

Questa diagnosi può apparire simile a quella di autismo, in quanto anche gli individui con tale disturbo manifestano difficoltà negli aspetti "pragmatici" del

linguaggio e nella comunicazione verbale e non-verbale. In particolare tale diagnosi potrà essere fatta quando saranno presenti i seguenti criteri:



1. **disturbi della pragmatica** che limitano la reciprocità e le relazioni sociali,
2. **difficoltà nella acquisizione del linguaggio** parlato, scritto o gestuale a scopo narrativo o convenzionale.

La presenza di comportamenti ristretti e stereotipati (criterio B) diventa quindi necessaria per stabilire la differenza fra disturbi dello spettro autistico e Disturbo Socio-Comunicativo.

Infine, il DSM-5 presenta un'ulteriore novità: se un bambino con Disturbo dello Spettro Autistico presenta anche i sintomi di un altro disturbo, è possibile diagnosticare a quel bambino due o più disturbi, ad esempio ASD + ADHD.

I Disturbi dello spettro autistico hanno manifestazioni variabili, pertanto è necessaria un'attenta disamina diagnostica da parte di clinici specializzati così da individuare la gravità del disturbo e, di conseguenza, strutturare il trattamento più adeguato.

Il percorso terapeutico per i bambini con disturbo dello spettro autistico deve integrare più livelli di intervento. **Si deve lavorare sulle competenze affettive, simboliche, comunicative e cognitive non solo con il bambino ma coinvolgendo anche le figure presenti nei contesti di vita familiare, scolastica e sociale**.

L'Equipe riabilitativa opera al fine di favorire la motivazione, la stabilità attentiva ed il comportamento intenzionale, il riconoscimento e la differenziazione delle emozioni, la comprensione di sé e dell'altro, la comunicazione, il gioco e il problem solving. Oltre all'intervento con il bambino o l'adolescente è fondamentale intervenire con percorsi di **sostegno alla genitorialità.**

LE DIFFICOLTÀ SOCIO-RELAZIONALI NEL BAMBINO CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

Il normale sistema cognitivo è ordinato secondo priorità gerarchiche:

- stimoli sociali,
- espressioni facciali,
- gestualità,
- tono della voce,

Questi stimoli divengono prioritari rispetto ad altri.

Se, quindi, le persone con sviluppo tipico presentano un'innata predisposizione a **orientarsi e imparare dagli altri e sviluppano abilità per interpretare il comportamento altrui, nell'autismo sembra esserci una disfunzione, a vari livelli di gravità, nell'interazione sociale.**

Tutto ciò può significare una notevole difficoltà nell'orientamento e nell'attenzione nei confronti di stimoli sociali e nella capacità di interpretare il comportamento degli altri *(TEORIA DELLA MENTE)*.

Molti bambini/ragazzi con ASD, per esempio, a schivare lo sguardo dell'interlocutore o quantomeno a mantenere in misura nettamente inferiore il contatto oculare rispetto a coetanei con uno sviluppo tipico.

Inoltre, le persone con ASD possono non avere predisposizione a desiderare il contatto con gli altri e solo eccezionalmente esprimono atteggiamenti che richiamano la "prosocialità". Di sicuro c'è da parte loro una minore propensione a prendere iniziative per scambi sociali e/o a rispondere a iniziative comunicative proposte da altri.

Questo che cosa significa?

Si potrebbe ricavare da questo comportamento che loro non abbiano alcuna motivazione a comunicare e che anzi evitino intenzionalmente il contatto con gli altri. Niente di più errato!

Le persone con ASD spesso desiderano condividere il contatto oculare e apprendere e tollerare la vicinanza di altre persone, che il più delle volte ricercano, solo che la loro attenzione non è prioritariamente diretta verso gli stimoli sociali, come avviene in modo naturale nello sviluppo tipico.

> Per fare un esempio un'attività che stanno svolgendo li può portare a non prestare alcuna attenzione alla voce di una persona che li chiama.

Inoltre bambini/ragazzi autistici devono affrontare non solamente problemi di attenzione verso il mondo esterno ma anche di comprensione empatica: vi sono grandi difficoltà per loro nel capire che cosa sentono, pensano, provano gli altri… Immaginiamo se tutto questo, poi, si allontana da ciò che loro stessi capiscono, pensano e provano...

COME RICONOSCERE UNA DIFFICOLTÀ SOCIO-RELAZIONALE

Per molti bambini non è facile **esprimere le proprie emozioni**, soprattutto quando essi non percepiscono la presenza di una dimensione relazionale sicura.

Quando ci sono difficoltà ad esprimere liberamente il proprio mondo emotivo, inevitabilmente le relazioni ne risentono strutturandosi spesso in maniera superficiale e povera. Nelle relazioni di questi bambini con i loro coetanei è possibile evidenziare quindi una scarsa competenza emotivo-relazionale, una tendenza all'isolamento ed alla costruzione di un mondo parallelo al reale, dove rifugiarsi.

Si tratta di **bambini che tendono a isolarsi, a chiudersi in se stessi, e che rimangono passivi e sottomessi nei confronti degli altri**. Si è potuto constatare che la maggior parte dei disturbi emotivi e socio-relazionali sono influenzati da alcune modalità distorte con cui il bambino (o l'adolescente) rappresenta mentalmente se stesso e il proprio mondo.

È possibile notare una **tendenza ad ingigantire gli aspetti negativi della realtà**, ricorrendo a modalità di pensiero rigide e assolutistiche, ad esempio con un'eccessiva frequenza di termini quali *"sempre"*, *"mai"*, *"nessuno"*; oppure considerazioni del tipo *"non me ne va mai bene una"*, *"tutti ce l'hanno con me"*, *"nessuno mi vuole bene"*, *"non ne faccio mai una buona"*.

La tendenza a categorizzare in modo estremo influisce negativamente sull'umore e quando si consolida, diventando il modo abituale di considerare se stessi e il proprio mondo, può condurre a disturbi emozionali quali ad esempio ansia e depressione. (vedi opuscolo **DIFFICOLTÀ DELLA SFERA EMOTIVA**)

È importante quindi effettuare un'attenta valutazione al fine di comprendere il quadro emotivo del bambino, la presenza di eventuali disturbi evolutivi e gli aspetti relazionali, soprattutto con le principali figure di accudimento.

Quando non riescono ad esprimersi emotivamente, i bambini potrebbero manifestare difficoltà in famiglia e nel contesto scolastico per esempio:

- Difficoltà a separarsi dai genitori,
- Difficoltà a socializzare con i coetanei e ricerca di un rapporto esclusivo con l'adulto,
- Difficoltà ad accettare e rispettare le regole,
- Difficoltà nella gestione delle emozioni: inibizione emotiva o eccessiva irrequietezza,
- Sintomi fisici (nausea e mal di stomaco, giramenti di testa ecc),
- Prepotenze e prevaricazioni nei confronti dei compagni,
- Oppositività, Ansia scolastica e ansia da prestazione, Isolamento, mancanza di interesse, chiusura, emarginazione.

(Approfondiamo gli argomenti negli opuscoli: **difficoltà della sfera emotiva e difficoltà comportamentali**)

FATTORI DI RISCHIO

- contesto familiare: la qualità dell'interazione familiare; lo stile educativo dei genitori; il clima familiare; il sistema di valori della famiglia; il contesto familiare
- ambiente scolastico: lo stile di conduzione della classe; i valori educativi della scuola; lo stress del gruppo, la relazione con i pari.
- caratteristiche individuali: la diversa capacità dei soggetti di riconoscere le emozioni
- Socio-ambientali: il modello di socializzazione a cui si è esposti; il grado di aggressività/ conflittualità del gruppo scolastico

FATTORI PROTETTIVI

Buoni livelli globali di Intelligenza Emotiva possono dar luogo a condizioni di maggior benessere e successo.
All'opposto, è possibile ricondurre alcuni specifiche difficoltà personali o relazionali a deficit in determinate aree dell'Intelligenza Emotiva.

L' INTELLIGENZA EMOTIVA

Per facilitare e migliorare le relazioni favorendo un clima positivo, basato sulla reciproca comprensione possiamo fare appello all'intelligenza emotiva.

"Capacità di riconoscere i nostri sentimenti e quelli degli altri, di motivare noi stessi, e di gestire positivamente le nostre emozioni, tanto interiormente, quanto nelle relazioni sociali"

(Goleman)

Intelligenza emotiva è:

1. consapevolezza emotiva
2. autocontrollo emotivo
3. capacità di sapersi motivare
4. empatia
5. gestione efficace delle relazioni interpersonali

1) la consapevolezza emotiva genera principalmente:
- la capacità di distinguere e denominare le proprie emozioni in determinate situazioni;
- il riconoscimento dei segnali fisiologici che indicano il sopraggiungere di un'emozione;
- la capacità di comprendere le cause che scatenano determinate emozioni.

2) l'autocontrollo emotivo si manifesta prevalentemente attraverso:
- il controllo degli impulsi e delle emozioni;
- il controllo dell'aggressività diretta verso gli altri;
- il controllo dell'aggressività rivolta verso sé stessi.

3) la capacità di sapersi motivare i cui indicatori principali sono:
- la capacità di incanalare, energizzare e armonizzare le emozioni dirigendole verso il raggiungimento di un obiettivo;
- la tendenza a reagire attivamente (con ottimismo e iniziativa) agli insuccessi e alle frustrazioni.

4) l'empatia che implica:
- la capacità di riconoscere gli indizi emozionali altrui;
- la sensibilità alle emozioni e alla prospettiva altrui.

Individuare tali vissuti e comportamenti è importante per comprendere, grazie alle informazioni date dai genitori e alla valutazione e osservazione del bambino da parte di un esperto, il suo quadro emotivo attuale. La strutturazione di un potenziale intervento terrà conto della creazione di un clima facilitante e protettivo che possa garantire al minore la sicurezza di esporsi e parlare di sé, delle sue esperienze e dei suoi timori.

Aiutando il bambino a correggere gli errori presenti nel suo modo di rappresentarsi la realtà, è possibile metterlo nelle condizioni di superare emozioni spiacevoli, aiutandolo a cambiare gli elementi disfunzionali del suo dialogo interno. Si è visto che se un bambino viene allenato fin da piccolo con apposite procedure, può essere in grado di ascoltare se stesso e di essere cosciente di quali sono i contenuti mentali che influenzano il suo stato emotivo.

COME SI MANIFESTANO LE DIFFICOLTÀ SOCIO-RELAZIONALI NEGLI ASD?

Molti bambini con autismo, una percentuale che varia tra il 20% e il 50%, non acquisiscono alcun tipo di linguaggio verbale.

Un altro 25 % acquisisce alcune parole tra i 12 ed i 18 mesi e poi va incontro a una regressione associata alla perdita del linguaggio verbale.

In questi soggetti, spesso, non vi è neanche un tentativo di compensazione attraverso modalità alternative di comunicazione, come gesti o mimica.

In altri casi il linguaggio compare tardivamente verso i quattro-cinque anni. Spesso non è preceduto dalla lallazione.

Quando il bambino con Disturbo Autistico è capace di utilizzare il linguaggio verbale sono rari i "sì" di assenso.

È frequente l'uso di inversioni pronominali e dell'uso della terza persona per parlare di sé: ‹‹*Giovanni vuole uscire*» piuttosto che «*Io voglio uscire*» e vi è difficoltà o impossibilità a strutturare una vera comunicazione (linguaggio non comunicativo), in quanto le parole e/o i gesti servono spesso solo ad ottenere quanto desiderato in quel momento o ad allontanare l'altro e fargli sapere di "non essere gradito".

Le iniziative degli altri spesso non sono accettate, in quanto interpretate come dannose, perché vissute come destinate a "cambiare" quello stato di uniformità e di "immobilità" che permette al bambino una certa tranquillità e sicurezza.

Questi bambini spesso si esprimono, in molte occasioni, in modo bizzarro.

Usano frasi intere e blocchi di parole che hanno appena udito e che ripetono nella stessa forma verbale (ecolalia immediata).
Ad esempio dicono: ‹‹*Vuoi biscottino?*» Per dire «*mi dai un biscottino?*»
L'ecolalia può essere immediata quando la ripetizione delle parole o delle frasi avviene subito dopo l'ascolto, oppure differita, quando la ripetizione della frase avviene a distanza di tempo.

Accanto alle ecolalie vi sono le stereotipie verbali, nelle quali il soggetto ripete parole o frasi scollegate rispetto al momento. Il bambino, inoltre, tende a inventare nuove parole (presenza di neologismi). Vi può essere un'anomalia nel ritmo dell'eloquio che può apparire cantilenante o a scatti, oppure anomalie del tono (per esempio sottovoce).

In alcuni bambini si può avere una regressione del linguaggio già acquisito (mutismo secondario). Nelle forme gravi il bambino è indifferente al linguaggio altrui, oppure comprende soltanto parte di quanto detto (comprensione periferica).

Pertanto: «*Comunicare con un una persona con Disturbo Autistico può essere difficile o impossibile per motivi diversi e apparentemente opposti. Ai due estremi del continuum ci sono da un lato soggetti che non hanno mai acquisito il linguaggio e non rispondono e non danno inizio ad alcuno scambio comunicativo, dall'altro soggetti che avviano continuamente conversazioni utilizzando un vocabolario ricco e formalmente appropriato, ma che non sono in grado di adeguare in modo flessibile la comunicazione al contesto interattivo, di mantenere la reciprocità e l'alternanza di turni nello scambio comunicativo e di interpretare correttamente tutti gli scambi comunicativi espressi dall'interlocutore*».

Ajuriaguerra J.

Esordio e decorso

Sintomi di disturbo dello spettro autistico in genere vengono riconosciuti nel secondo anno di vita (12-24 mesi di età), ma possono essere osservati segnali prima dei 12 mesi se il ritardo dello sviluppo è grave o dopo i 24 mesi se i sintomi sono lievi.

Le caratteristiche comportamentali del disturbo dello spettro dell'autismo iniziano a diventare **evidenti nella prima infanzia**, con alcuni casi di individui che presentano uno scarso interesse per le interazioni sociali già nel primo anno di vita. Alcuni bambini sperimentano fasi di regressione dello sviluppo, con un graduale o relativamente precoce deterioramento del comportamento sociale o dell'uso del linguaggio, spesso durante i primi 2 anni di vita.

I primi sintomi comportano frequentemente uno **sviluppo del linguaggio ritardato**, spesso associato a **scarsi interessi sociali** o a **insolite interazioni sociali**, a **modalità di gioco bizzarri** e a **modalità di comunicazione insolite**.

Durante il secondo anno, i comportamenti insoliti e ripetitivi diventano più evidenti.

NEL CORSO DEL PRIMO ANNO DI VITA, la compromissione dell'interazione sociale è tipicamente espressa dal deficit del canale di scambio privilegiato in tale periodo: vale a dire, il **contatto occhi-occhi**».

I genitori riferiscono di questa mancanza o scarsità di contatto con il loro bambino dicendo che egli «*sfugge allo sguardo*» (Sguardo non agganciabile), e/o «*presenta uno sguardo assente, vuoto*».

Il bambino, inoltre, riferiscono i genitori: «*è come se non amasse essere abbracciato*», non tende le braccia per essere accolto da mamma e papà, oppure, addirittura, sfugge alle loro coccole. E quando i genitori, usando una certa determinazione, vogliono accarezzarlo e coccolarlo, appare indifferente al loro affettuoso contatto, per cui non si adagia sul corpo dell'adulto, ma resta come un peso morto. In questi bambini anche il sorriso è scarso e così la mimica, che tende ad essere fissa o non aderente al contesto e priva pertanto di funzione di segnalazione.

Vi sono però dei momenti nei quali il bambino ride o sorride oppure si agita disperatamente, piange e va in collera, senza un apparente motivo. Queste sue manifestazioni emotive non appaiono, ad un esame superficiale, aderenti al contesto di vita e, quindi, sono ritenute, come vedremo in seguito a torto, come prive di vera comunicazione con gli altri.

TRA I 18 E I 30 MESI i bambini con Disturbo Autistico mostrano più chiaramente il loro isolamento e il loro rifiuto del rapporto interpersonale: non segnalano gli oggetti e le persone, per cui non rispondono con lo sguardo e non indicano, quando sono loro rivolte le classiche domande: «*Dov'è papà? «Dov'è la mamma?» « Dov'è la nonna?*».

È molto difficile, inoltre, attirare la loro attenzione. Sfuggono o non reagiscono adeguatamente alle modulazioni espressive dei familiari che cercano di stimolare la loro reazione, mentre le loro capacità di imitazione sono assenti o molto scarse.

La madre, ma anche gli altri adulti, sono usati come strumento per ottenere quanto desiderato: ad esempio, per avere il cibo o gli oggetti in quel momento voluti. Mentre vi può essere una marcata mancanza di consapevolezza dei sentimenti altrui e indifferenza all'allontanamento della madre.

Notevole è la difficoltà ad avere un'attenzione condivisa con gli altri, da cui discende l'espressione usata dagli insegnanti che questi bambini *«vanno per conto proprio»*, nel senso che si muovono nella classe e negli apprendimenti senza seguire alcuna regola.

Sia in classe che nella sua casa, il bambino può presentare una scarsa esplorativà, nel senso di una chiusura sensoriale con limitazioni importanti dell'area vitale (se non, addirittura, retrazione coatta a vivere in un angolo della casa o dell'ambiente dove abitualmente si trova).

Inoltre, questi bambini sembrano indifferenti alle lodi e alle gratificazioni; allo stesso modo con il quale sembra non abbiano per loro un preciso significato i rimproveri e i castighi.

Può essere presente una mancanza di reciprocità sociale o emotiva (per es., non partecipare attivamente a semplici giochi sociali (cucù-settete), preferire attività solitarie o coinvolgere altri in attività solo come strumenti o aiutanti "meccanici"

Spesso la consapevolezza che questi bambini hanno degli altri è notevolmente compromessa. Possono essere incuranti degli altri bambini (inclusi i fratelli), possono non avere idea dei bisogni degli altri o non accorgersi del malessere di un'altra persona.

Molte persone con disturbo dello spettro autistico di grado lieve sentono la necessità di "calcolare" cognitivamente ciò che è intuitivo per gli altri e spesso questo provoca ansia sociale.

«Il rapporto del bambino autistico con le persone è assai particolare. Egli non ha verso di esse uno sguardo in alcun modo interessato, passa loro accanto senza cercare di stabilire una comunicazione; le relazioni che egli può talvolta stabilire sono frammentarie, egli sceglie l'altro ma non ha né partecipazione, né scambio. Non mostra alcuna reazione alla scomparsa dei genitori, e sembra ignorarli».

Ajuriaguerra J.

«Il bambino "si aggira" fra gli altri come se non esistessero; tende ad isolarsi; quando chiamato non risponde; non richiede la partecipazione dell'altro nelle sue attività, né lo rende partecipe […]; utilizza l'altro in maniera strumentale per l'appagamento delle esigenze del momento».

«…il rapporto non è mai o quasi mai completamente assente: esso tuttavia è limitato sempre – o quasi sempre a richiedere (qualcosa o qualche azione) e non a condividere (interessi, bisogni, emozioni)».

«…Alcuni bambini autistici, ad esempio, non solo non rifiutano il contatto fisico, ma anzi lo ricercano attivamente, ma con modalità inappropriate, e spesso dispensano baci a persone viste per la prima volta o ad estranei. Altri ancora manifestano un attaccamento morboso ed esclusivo nei confronti della figura materna, o comunque di una figura privilegiata».

Militerni R.

E allora si parla, sia di bambini inaccessibili a qualsiasi rapporto sociale, bambini passivi, che tendono ad isolarsi, ma in grado di interagire quando adeguatamente sollecitati, sia di bambini attivi ma bizzarri, capaci di prendere l'iniziativa nell'interazione sociale, ma in maniera inopportuna, enfatica ed inappropriata.

«Questi diversi profili: inaccessibile, passivo o attivo ma bizzarro, non variano solo da bambino a bambino ma, in uno stesso bambino, possono alternarsi nel corso del suo sviluppo».

In definitiva, per quanto riguarda il linguaggio e la comunicazione sociale, le osservazioni dei vari autori ci danno un quadro non univoco di questo disturbo. Il quale:

- non è uguale negli anni;
- non è uguale nei bambini che hanno la stessa diagnosi;
- non è uguale in momenti diversi della stessa giornata;
- non è uguale nello stesso bambino quando si relaziona con persone diverse.

Pertanto, se è vero che i problemi più gravi nell'ambito della comunicazione e dell'interazione sociale si riscontrano nei soggetti con Disturbo Autistico, anche in questi bambini, a secondo della gravità del disturbo, queste difficoltà possono essere di **grado lieve, medio, grave, gravissimo.**

Per cui troviamo ad un estremo dei minori con Disturbo Autistico che hanno

discrete relazioni con uno o più adulti, ma non con i coetanei, mentre all'altro estremo, possiamo trovare bambini che hanno solo minime capacità relazionali, anche con gli adulti che dovrebbero essere molto vicini a loro, come ad esempio i genitori.

QUALI SONO I SINTOMI PER DIAGNOSTICARE L'AUTISMO DA UN PUNTO DI VISTA CLINICO (non strumentale)?

Nell'area del linguaggio e della comunicazione si notano:

- deficit grossolani nello sviluppo del linguaggio
- linguaggio assente o limitato a poche parole
- incapacità nel comprendere e modulare la comunicazione non verbale: le espressioni del viso, la postura del corpo, il tono della voce
- comunicazione ricca ma minuziosa, stereotipata, ripetitiva e spesso non contestuale
- Forme espressive verbali (se presenti) caratterizzate da ecolalie, stereotipie, inversione di pronomi, enunciati incomprensibili
-

Nell'area dell'interazione sociale si osservano:

- Deficit nell'empatia cognitiva o affettiva
- Incapacità nel costruire, mantenere o capire le relazioni sociali
- Carenza globale di reattività nei confronti di altre persone
- Mancato o inadeguato raggiungimento di altre abilità non verbali, autonomie, comportamenti sociali e capacità di adattamento.
- Aggressività verso se stessi o altre persone (tale aspetto non è sempre presente)

Nell'area degli interessi ristretti e stereotipati e attività ripetitive si possono riscontrare:

- Interessi ristretti e perseguiti con grande energia
- Movimenti stereotipati (battere le mani, schioccare le dita, dondolarsi, buttarsi a terra, oscillare)
- Reazioni bizzare a vari aspetti dell'ambiente
- Percezioni sensoriali personali e inconsuete

Le difficoltà nei bambini con autismo vanno dalla mancanza di attenzione condivisa, manifestata attraverso **mancanza di pointing** (indicare), **mostrare, o portare e condividere oggetti di interesse, non seguire lo sguardo dell'altro** (triangolazione) – a un repertorio di gesti inferiore a quanto ci si aspetterebbe per l'età di sviluppo.

Le **difficoltà nello sviluppare, mantenere o comprendere le relazioni** riguardano l'abilità nell'adattare il comportamento ai diversi contesti sociali, condividere il gioco di fantasia, usare ironia, sarcasmo o bugie bianche, e fare amicizie fino all'apparente assenza di interesse verso i pari.

SU COSA LAVORA IL TERAPISTA?

Il percorso abilitativo/riabilitativo è specifico per ogni bambino, studiato su misura per ogni caso particolare.

Tuttavia si possono elencare i punti principali su cui verte la terapia:

- Contatto oculare
- Capacità attentive e percettive
- Utilizzare le conoscenze che il bambino possiede per abilitare quelle deficitarie
- Gestione del comportamento (Crisi e comportamenti problema)
- Lavoro sulla motricita fine e grossolana
- Favorire le forme espressive
- Potenziare la comunicazione (verbale e linguaggio, quando possibile)
- Apprendimenti scolastici
- Supporto alla famiglia
- Supporto alla scuola

Il terapista sulla base della situazione di partenza analizza le possibilità del bambino, i punti su cui lavorare e gli obiettivi da raggiungere per migliorare la qualità della sua vita e per dargli strumenti necessari affinché possa applicare ciò che impara alla vita di tutti i giorni.

COSA POTREBBE SUCCEDERE SE NON SI INTERVIENE?

I disturbi emotivi e socio-relazionali possono emergere nel contesto scolastico, a partire dalla scuola dell'infanzia, o comunque in ambienti di socializzazione extra familiari.

Non di rado sono gli insegnanti a portarli all'attenzione dei genitori che spesso si trovano di fronte a descrizioni incongruenti rispetto all'esperienza che hanno dei propri figli.

Laddove questi campanelli d'allarme non vengano colti o sottovalutati è serio il rischio che la situazione degeneri in patologia, in quanto tali segnali potrebbero cronicizzare nel tempo.

Il rischio è quello di cadere in un circolo vizioso: le difficoltà di interazione sociale comportano l'esclusione dai rapporti sociali e questo non farà altro che alimentare e rinforzare la modalità antisociale propria del bambino (con seguente chiusura in se stesso).

Si potrebbero manifestare situazioni patologiche più complesse, quali:

- Disturbod'ansia;
- Disturbo depressivo.

(vedi opuscolo **DIFFICOLTÀ DELLA SFERA EMOTIVA**)

INTERVENTO PRECOCE PER BAMBINI CON AUTISMO

"Fino a poco tempo fa l'autismo era considerato una condizione senza speranza e incurabile; oggi, secondo i dati provenienti dalla ricerca, l'intervento comportamentale, iniziato quando il bambino ha un'età compresa fra i 2 e i 5 anni, può avere un impatto positivo, significativo e duraturo."

Maurice C., Green G. & Luce S. C

È una condizione da cui non si può guarire, ma su cui si può intervenire.

L'**identificazione precoce** rappresenta una sfida importante poiché apre delle possibilità di presa in carico a un'età dove alcuni **processi di sviluppo possono ancora venire modificati**.

Le ricerche che valutano gli effetti di un intervento precoce mostrano che i bambini beneficiari di tali interventi presentano dei progressi significativi sul piano cognitivo, emotivo e sociale.

COSA DEVE FARE IL GENITORE PRIMA DURANTE E DOPO?

PRIMA:

Ogni genitore dovrebbe essere sensibilizzato all'osservazione del comportamento del proprio bambino fin da piccolo.
Osservandolo nella spontaneità potrà cogliere eventuali campanelli d'allarme e segnalarli all'attenzione di un neuropsichiatra infantile che saprà approfondire

DURANTE:

Al momento della presa in carico presso un centro riabilitativo e per tutto l'arco della terapia il genitore è continuamente chiamato a monitorare attraverso l'osservazione il comportamento del proprio bambino e a sostenere il lavoro riabilitativo in corso seguendo consigli e indicazioni fornite dal personale riabilitativo.

DOPO:

Al termine del percorso terapeutico il genitore non deve far altro che continuare a monitorare il comportamento del proprio figlio in tutti i contesti di vita e a comunicare eventuali cambiamenti sia in positivo che in negativo allo specialista di riferimento.

NOTA BENE:

Gli argomenti di questo opuscolo sono molto delicati e di difficile trattazione, il nostro è solo un tentativo di avvicinarvi a una materia complessa e multiforme, vi invitiamo, se interessati, ad approfondire l'argomento in un colloquio.

BIBLIOGRAFIA

R. Militerni, *Neuropsichiatria infantile,* **Napoli, Editore Idelson Gnocchi, 2004**

J. Ajuriaguerra (DE), *Manuale di psichiatria del bambino***, Milano, Masson**

G. Vivanti, *La comprensione del linguaggio nell'Autismo***, in "Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza", 2009**

PROGRESSI S.R.L.
VIA LAGO DI MISURINA, 12, 00019, VILLA ADRIANA, TIVOLI (RM)
Tel. 0774 1840343 I WhatsApp 348 1352808
www.progressietaevolutiva.it - info@progressietaevolutiva.it

IL PERCORSO CON PROGRESSI:

Perché fare un PRIMO COLLOQUIO?

Su vostra iniziativa personale, su suggerimento del pediatra o della scuola, potete richiedere un **PRIMO COLLOQUIO**. È lo strumento attraverso il quale avviene il primo approccio al tuo caso specifico, si tratta di un **INCONTRO INFORMALE** in cui potrai esporci tutti i tuoi dubbi sulle difficoltà del tuo bambino o su ciò che di strano hai riscontarto nei suoi comportamenti. La responsabile del centro ti guiderà nella comprensione del problema e nella scelta dell'intervento terapeutico che più si adatta alle sue esigenze.

La PRESA IN CARICO:

Il paziente e la famiglia incontrano il Referente di settore che presenta loro il Centro, l'Equipe riabilitativa affidataria ed il piano orario delle visite e delle valutazioni necessarie per la compilazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

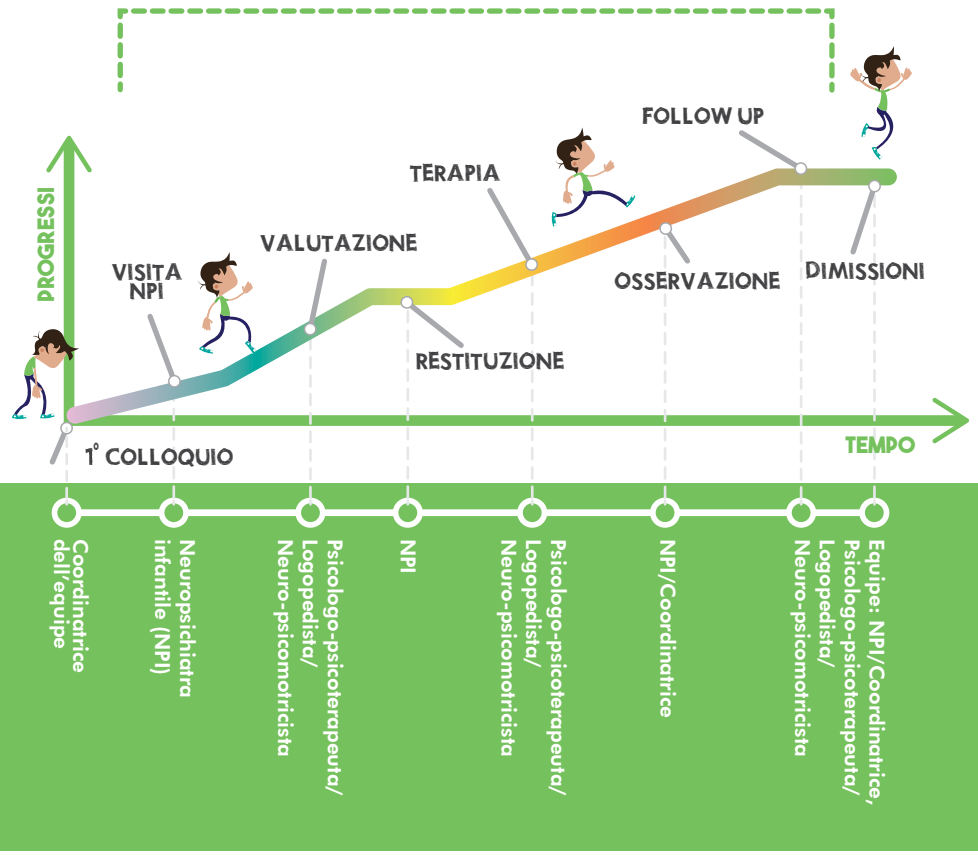
Per ogni processo eseguito all'interno delle sedi del Centro PROGRESSI, opera una Equipe riabilitativa multidisciplinare, espressione di diverse professionalità, che compongono il Gruppo di Lavoro ed assumono un importante ruolo nell'organizzazione, nella programmazione, nella supervisione e sostegno del progetto riabilitativo.

Il progetto riabilitativo individuale (PRI) è volto al recupero dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana.

IL PROGETTO RIABILITATIVO è quindi lo strumento per **"progettare il ciclo riabilitativo"**, viene elaborato dall'equipe interdisciplinare insieme con il bambino e la sua famiglia, ha un responsabile che è il Neuropsichiatra Infantile con la supervisione della direzione Sanitaria.

L'elaborazione di un progetto coinvolge diverse professioniste in varie fasi:

1. la **VISITA SPECIALISTICA** del Neuropsichiatra Infantile attraverso cui il NPI formula una diagnosi o orienta un sospetto clinico e pone indicazione ad ulteriori approfondimenti clinici e/o valutativi.
2. la **VALUTAZIONE** volta a identificare i problemi, le lore cause e le aree di miglioramento, consta di una serie di INCONTRI VALUTATIVI, che prevedono OSSERVAZIONE, somministrazione di TEST e QUESTIONARI, tali incontri possono coinvolgere il neuropsichiatra infantile, lo psicologo, il terapista della neuro-psicomotricità e il logopedista, questi specialisti lavorano in equipe per avere una visione globale del problema e delle strategie da mettere in atto nell'intervento riabilitativo.
3. la **RESTITUZIONE**, è un colloquio con i genitori in cui si condivide la definizione degli obiettivi elaborata sull'esito delle valutazioni specialistiche con la delineazione dei tempi previsti per raggiungerli e i rispettivi indicatori di esito (ovvero parametri o scale cliniche che misurano e dimostrano il livello di raggiungimento degli obiettivi)
4. la **TERAPIA** si prepara su un PROGETTO RIABILITATIVO e può essere effettuata uno a uno con la terapista (logopedista-tnpee)/psicologa di riferimento, o in terapie di gruppo, il *PERCORSO È PERSONALIZZATO* e cucito su ogni nostro paziente, tenendo conto dei punti di forza e debolezza emersi durante l'osservazione e la valutazione standardizzata. La/il terapista/psicologa/o programma delle attività di potenziamento delle aree deficitarie e accompagna il giovane paziente in ogni suo piccolo progresso.
5. il **FOLLOW UP**, durante l'attuazione del PRI è previsto un monitoraggio -Osservazione- per potere modificare e adattare il progetto ad eventuali cambiamenti e nuove esigenze del bambino. La verifica finale permette di valutare il raggiungimento degli obiettivi e l'efficacia del PRI. Durante il follow up *(CONTROLLO PERIODICO)* si aggiornano i genitori sull'andamento della terapia, il/la terapista informa i genitori sugli obiettivi raggiunti e quelli nuovi prefissiati, il tipo di lavoro svolto e il tipo di lavoro che si andrà a fare nella continuazione della terapia. Vengono somministrati dei test standardizzati che, insieme alla valutazione clinica, permettono di quantificare i miglioramenti del bambino nelle diverse aree



Le DIMISSIONI

Alla scadenza del progetto, l'equipe riabilitativa, valutati gli esiti e la sussistenza o meno di criteri di accesso agli interventi riabilitativi, decide il rinnovo del trattamento, con le modalità e i tempi ritenuti opportuni, oppure la dimissione del paziente. La valutazione deve essere espressa sempre dall'Equipe Riabilitativa mediante una relazione che motivi la proposta di sospensione o di rinnovo/ modifica del progetto.

Nel Centro operano diverse figure professionali (l'Equipe riabilitativa multidisciplinare), espressione di diverse competenze professionali che assumono un importante ruolo nell'organizzazione, nella programmazione, nella supervisione e nel sostegno del processo riabilitativo in atto.

Perché è importante lavorare in EQUIPE?

Quando in un bambino riscontriamo una difficoltà, un disturbo, una disabilità, raramente questa si manifesta in un solo ambito, che sia:
del linguaggio,
neuro-motorio,
visuo-spaziale,
emotivo,
comportamentale,
socio relazionale,
dell'apprendimento...

Molto più spesso abbiamo bisogno di intervenire su diversi aspetti in maniera sinergica e coordinata;

per questo Progressi lavora in Equipe

La nostra è un'equipe che si coordina e collabora per rispondere ad ogni esigenza, con l'obiettivo di stimolare e potenziare lo sviluppo del bambino nella sua globalità.

Progressi si avvale della collaborazione di:

- Neuropsichiatra infantile,
- Logopedisti,
- Terapisti della Neuro-psicomotricità,
- Tutor agli apprendimenti,
- Psicologi e Psicoterapeuti con competenze specifiche,
- Pedagosti,
- Osteopata,
- Nutrizionista,
- Musicoterapeuta

L'EQUIPE RIABILITATIVA ha il compito di:

1. effettuare le valutazioni di ingresso (visita medica specialistica, valutazioni funzionali iniziali);
2. definire, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine;
3. programmare le azioni e determinare le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;
4. verificare periodicamente la validità degli interventi programmati e valutare i risultati ottenuti (visite mediche intermedie, valutazioni funzionali intermedie, riunioni d'equipe con discussioni caso, osservazioni in terapia, GLH);
5. redigere il Progetto Riabilitativo o Cartella Clinica con lo scopo di monitorare l'evoluzione e le modificazioni della difficoltà, del disturbo o della disabilità;
6. redigere le Valutazioni Finali (visita medica specialistica finale, valutazioni funzionali finali).
7. Promuovere l'integrazione scolastica (diagnosi, funzionale, GLH), il coordinamento con referenti esterni e i contatti con i servizi sociosanitari del territorio.

L'Equipe riabilitativa, durante la "discussione del caso" (Riunione d'equipe), una volta concluse le valutazioni necessarie alla definizione della diagnosi, individua i trattamenti necessari alla riabilitazione del paziente, attraverso la stesura del programma riabilitativo.

Il Responsabile del P.R. - ad avvenuta Riunione d'Equipe/Elaborazione progetto - effettua il Colloquio di Restituzione del Progetto ai familiari o agli affidatari del paziente e condivide gli obiettivi a breve, medio e lungo termine.

COSA SI INTENDE PER ALLEANZA TERAPEUTICA?

Per ALLEANZA TERAPEUTICA noi di Progressi intendiamo
la condivisione di obiettivi e
la definizione di compiti reciproci ben precisi tra:

* paziente * terapisti/terapeuti * scuola * famiglia

La **terapia**, che sia logopedica, neuropsicomotoria, psicologica, soprattutto quando riguarda i bambini (da zero a diciotto anni), diviene un **lavoro collaborativo** tra tutti i soggetti coinvolti.

IL BAMBINO, L'EQUIPE RIABILITATIVA, LA SCUOLA E LA FAMIGLIA
devono essere tutti attivi nei loro ruoli!

Tutti gli elementi di questa unione clinica, ognuno con le propria storia evolutiva, i propri ruoli, le proprie capacità e i propri sforzi, sono chiamati a sentirsi coinvolti nel percorso terapeutico, divenendo di estrema importanza proprio nella **costruzione dell'alleanza** e nella **conduzione di un progetto riabilitativo** che possa essere fonte di Progressi.

L'ALLEANZA rappresenta un **fattore terapeutico** con grande capacità di indirizzare e collaborare al buon esito del trattamento, configurandosi come un nucleo concettuale e clinico **di estrema rilevanza**.

Il sistema cooperativo è il migliore per il mantenimento di buoni livelli di alleanza, in cui il piccolo paziente, il/i terapista/i, la scuola e la famiglia lavorano insieme per il conseguimento di obiettivi condivisi.

TABELLA COMPARATIVA: Differenze di approccio alla riabilitazione

	SERVIZI	GRANDI CENTRI CONVENZIONATI	TERAPISTA AUTONOMA CHE RICEVE A DOMICILIO	STUDIO/CENTRO DI PROFESSIONISTI AUTONOMO NON AUTORIZZATO	Progressi
PRESA IN CARICO	1° Colloquio con coordinatrice dell'equipe e inquadramento caso specifico	✗	✓	✓	✓
	Visita Neuropschiatrica Infantile (se necessaria) con NPI interna all'equipe che seguirà il bambino durante tutto il percorso	✓	✗	✓ (non interno)	✓
	Tempi di attesa per l'attivazione della terapia	indefiniti	definiti	definiti	**immediata**
	Definizione del PRI (Progetto riabilitativo individuale) e condivisione con la famiglia	✓	✗	✗	✓
SVOLGIMENTO	Turnover delle figure terapeutiche	alto	?	?	**prossimo a zero**
	Osservazione DURANTE il ciclo terapeutico da parte del Neuropschiatra interno	✗	✗	✗	✓
	Riunione di follow up finale con Famiglia Neuropsichiatra e Terapiste convolte, con analisi dei miglioramenti e discussione sull'avanzamento.	✓	No equipe	?	✓
	Flessibilità su scelta orario e spostamento terapie	✗	?	?	✓
	Segreteria disponibile 12 ore al giorno per spostamenti, avvisi o altre esigenze	✗	✗	?	✓
MATERIALE E STRUMENTI	Cartella clinica digitale per la famiglia che può trovare tutti i documenti relativi alla terapia comodamente da casa	✗	✗	✗	✓
	Materiale (DIARIO) per gli "appunti del genitore", per un monitoraggio più approfondito dei Progressi, (OPUSCOLI) per guidare il genitore durante il ciclo riabilitativo	✗	✗	✗	✓
	Download di Applicazione (app) per comunicare, interagire, scaricare materiale o avere quadro aggiornato sullo svolgimento del PRI	✗	✗	✗	✓
	Materiale per rafforzamento del lavoro extra terapia (a casa)	✗	✗	✗	✓
RISPETTO NORMATIVA	Autorizzazione sanitaria Regionale	✓	✗	✗	✓
	Presenza del Direttore sanitario	✓	✗	✗	✓
	Valutazioni convalidate dalla ASL per rimborsi	✓	✗	✗	✓
	Rispetto della normativa nazionale di Autorizzazione sanitaria	✓	✗	✗	✓
	Supervisione della ASL locale e Controlli continuativi degli standard e dei requisiti minimi e del personale impiegato	✓	✗	✗	✓
	Conformità agli standard di sicurezza degli spazi, ricambio aria, pulizia, barriere architettoniche e conformità dei locali alle normative antincendio.	✓	?	?	✓
SERVIZIO FINANZIARIO	Possibilità di sviluppare nel tempo il pagamento del PRI	✗	?	?	✓
	Possibilità di ottenere rimborsi da assicurazioni convenzionate.	✓	✗	✗	✓
	Supporto per richieste agevolazioni e rimborsi previsti dalla legge	✗	?	?	✓

APPUNTI...

APPUNTI...