



**ISTITUTO COMPRENSIVO  
"G. Cardelli" –  
Mosciano Sant'Angelo(TE)**

# **DI SPENSA**

*del CORSO DI FORMAZIONE*  
**"DISABILITÀ E INTEGRAZIONE  
SCOLASTICA :  
AUTISMO E DISTURBI  
PERVASIVI DELLO SVILUPPO.**

**17 Aprile 2007**

Relatore: Dott. **Renato Cerbo**  
Neuropsichiatra infantile. L'Aquila

**19-20-21 Aprile 2007**

Relatrice: Dott.ssa **Laura Bertolo**  
Centro Studi Erickson

*A cura di*

*Prof.ssa* **Maria Di Cesare**

*Dott.ssa* **Adriana Sigismondi**

## **SOMMARIO**

PREMESSA .....	5
INTRODUZIONE.....	6
-disturbo dell'interazione sociale;.....	7
STORIA .....	14
LE CAUSE .....	15
Segni.....	18
Teorie.....	22
Riva .....	24
Visconti .....	25
NEURONI A SPECCHIO.....	26
INCIDENZA.....	27
PERCORSO CLINICO.....	28
IL DISTURBO GENERALIZZATO DELLO SVILUPPO.....	31
STRUMENTI .....	33
STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE FUNZIONALE.....	38
AUTISMO E DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO CHE FARE?.....	40
IL LINGUAGGIO.....	46
I COMPORTAMENTI PROBLEMA.....	63
-CHE FUNZIONE HA IL TAL COMPORTAMENTO?.....	65
-IN QUALI OCCASIONI SI MANIFESTA?.....	65
-QUALI SONO I COMPORTAMENTI ALTERNATIVI POSSIBILI?.....	65
PER RIASSUMERE .....	69

## **Indice delle slide**

Slide 1.....	10
Slide 2.....	12
slide 3 Classificazione .....	13
Slide 4 Cause .....	15
Slide 6 Problematiche associate.....	16
Slide 7 SEgni .....	18
Slide 8 Altri segni .....	19
Slide 9 Cognizione.....	20
Slide 10 Presa in carico .....	21
Slide 11 Teoria della mente .....	22
Slide 12 Deficit di coerenza centrale .....	23
Slide 13 Ozonoff.....	24
Slide 14 Riva .....	25
Slide 15 Visconti .....	25
Slide 16 Neuroni specchio .....	26
Slide 17 Dapretto .....	26
Slide 18 Eopidemiologia .....	27
Slide 19 Promozione .....	28
Slide 20 Percorso clinico .....	28
Slide 21 Segnalazione .....	29
Slide 22 Trattamento .....	30
Slide 23 Disturbi.....	31
Slide 24 Categorie valutative .....	32
Slide 25 Valutazione Funzionale .....	32
Slide 26 Strumenti .....	33
Slide 27 DSM IV .....	34
Slide 28 ADOS .....	34
Slide 29 CARS .....	35
Slide 30 Valutazione Normativa.....	35
Slide 31 Strumenti valutazione .....	36
Slide 32 Scale Wechsler .....	36
Slide 33 Leiter-R .....	37
Slide 34 Valutazione Funzionale .....	38
Slide 35 PEP 3 .....	38
Slide 36 AAPEP .....	39
Slide 37 Vineland .....	39
Slide 38.....	40
Slide 39 Punti di forza .....	41
Slide 40 educazione strutturata.....	42
Slide 41 Inefficacia normali sistemi educatici.....	43
Slide 42 Sistemi che favoriscono integrazione .....	43
Slide 43 strutturazione .....	44
Slide 44.....	45
Slide 45.....	45
Slide 46 Parole sociali .....	47
Slide 48.....	47

Slide 47 Comunicazione .....	48
Slide 49.....	49
Slide 52 Addizioni .....	49
Slide 54 sottrazioni .....	50
Slide 55.....	50
Slide 56.....	51
Slide 50 Facilitatore .....	52
Slide 51 Numero .....	52
Slide 57 sequenze .....	53
Slide 64.....	53
Slide 65.....	54
Slide 58.....	54
Slide 59.....	55
Slide 62.....	55
Slide 63.....	56
Slide 60.....	56
Slide 61.....	57
Slide 66.....	57
Slide 67.....	58
Slide 68.....	58
Slide 69.....	59
Slide 70.....	59
Slide 71.....	60
Slide 72.....	60
Slide 73.....	61
Slide 74.....	61
Slide 75.....	62
Slide 76.....	62
Slide 77.....	63
Slide 78.....	64
Slide 79.....	65
Slide 80.....	66
Slide 81.....	66
Slide 82 Tecniche .....	67
Slide 83 da buttare .....	68
Slide 84.....	69
Slide 85.....	69
Slide 86.....	70
Slide 87.....	70
Slide 88.....	71
Slide 89.....	71

## PREMESSA

*Il corso autismo e disturbi pervasivi dello sviluppo vuole offrire ai docenti , operatori e genitori una maggiore consapevolezza sulla natura e le implicazioni educative dell'autismo . Varranno presentate riflessioni in merito alle questioni che riguardano la valutazione e la diagnosi e le strategie di intervento finalizzate alla promozione dell'apprendimento, dello sviluppo sociale , della comunicazione e di adeguate modalità comportamentali.*

## **AUTISMO E DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO**

### **INTRODUZIONE**

#### **Dottor RENATO CERBO**

L'autismo è una patologia che ha alla base un grave disturbo del funzionamento mentale e relazionale. Che sia di origine genetica o acquisita, l'esordio è molto precoce, entro i primi tre anni di vita, periodo in cui il bambino normale sviluppa le fondamentali potenzialità di apprendimento e di contatto con la realtà che lo circonda.

I disturbi dello spettro autistico da oltre trent'anni sono oggetto di studi scientifici e fino ad oggi molti progressi sono stati compiuti per confermare che le cause sono molteplici, che la sindrome è diversa da individuo a individuo per la varietà e la gravità dei sintomi presenti, che si tratta di una patologia che durerà per tutta la vita.

All'interno di questa categoria diagnostica si trovano soggetti molto diversi tra loro, con gradi di disabilità sociale e cognitiva estremamente diversificati. Si va infatti, da un estremo in cui prevale la componente deficitaria collegata a un ritardo mentale grave, ad un altro limite, in cui la sintomatologia assume i caratteri più vicini al disturbo della personalità, con livelli intellettivi nella norma.

Anche le capacità comunicative sono estremamente variabili, con soggetti privi di linguaggio e gravi deficit di comprensione ed altri con buone capacità. L'alterazione sempre presente, in maniera maggiore o minore, è quella relativa all'interazione sociale.

Oggi la conoscenza di questa patologia è maggiore rispetto a trent'anni fa quando era fuorviata da teorie nelle quali l'autismo era visto come una scelta, come se il bambino avesse la possibilità di governare gli stati emotivi, il desiderio di comunicare.

Oggi sappiamo che questi bambini hanno un grande bisogno di esprimere le emozioni, ma sono in difficoltà nel trovare le modalità, i canali per entrare in rapporto biologico con gli altri.

Molti di questi bambini, nascono con una difficoltà neurobiologica che abbiamo avuto difficoltà a riconoscere, forse perché abbiamo risentito di una cultura nella quale l'aspetto psichico spirituale è separato dal corpo.

Oggi sappiamo che c'è il cervello sociale, ossia il cervello limbico, intermedio tra il funzionamento della parte arcaica e la corteccia, che governa gli stati emotivi.

**L'autismo è quindi una difficoltà a entrare nel mondo degli altri, una difficoltà a leggere e vedere l'altro.**

Piuttosto che fermarci ai sintomi, oggi abbiamo capito che ci sono vari gradi di autismo.

Bollea diceva che l'autismo andava considerato specularmente al ritardo mentale.

Ciò ha fatto affinare gli strumenti diagnostici: infatti vi sono strumenti che riescono a identificare con precisione il grado di autismo.

L'autismo parte da una difficoltà non nella funzione di tipo cognitivo, ma nella funzione che ha a che fare con la triade:

- disturbo dell'interazione sociale;**
- disturbo della comunicazione;**
- disturbo dell'attività e degli interessi.**

*-disturbo dell'interazione sociale;*

Si parte da un disturbo dell'interazione sociale, ci si chiude nei processi di simbolizzazione e in particolare di comunicazione, ci si restringe al punto da non poter più entrare nel mondo degli altri, nel mondo delle rappresentazioni condivise.

La prevalenza certa del disturbo autistico è di 1 caso su 1000 nella forma grave e tipica, ma se si considera l'intero spettro e quindi le forme meno tipiche si può arrivare fino a 6 casi su 1000.

*Tutti i bambini con DSA hanno in comune una **difficoltà di base in 2 aree fondamentali** quali la **capacità di attenzione congiunta o sociale o condivisa**, su cui si fonda l'abilità del bambino di condividere l'attenzione e le emozioni, di esprimere intenti e di impegnarsi in interazioni sociali reciproche.*

*E' ormai dimostrato che i bambini candidati a sviluppare varie forme di autismo, hanno fin dai primi mesi di vita, una scarsa attenzione alle espressioni facciali delle persone, per cui non sviluppano reciprocità e sintonia nelle interazioni precoci con conseguente compromissione della **capacità di usare simboli**, su cui si fonda la comprensione del significato espresso attraverso gesti convenzionali, parole e forme verbali più avanzate, l'abilità di impegnarsi nell'uso appropriato di oggetti di uso sociale e nel gioco simbolico e di finzione.*

*Il processo di simbolizzazione che inizia già dal primo anno di vita con acquisizioni, sia in comprensione che espressione, di gesti a significato, come l'indicazione per richiedere o il mostrare un oggetto oppure il gioco simbolico e di finzione con oggetti di uso comune, ha uno sviluppo continuo e graduale dal linguaggio non verbale al linguaggio verbale e da questo al pensiero interno, alla base della consapevolezza di sé nella relazione con l'altro.*

La letteratura riporta casi di autismo che hanno scritto libri e ci hanno fatto capire molto del loro mondo che dobbiamo imparare a conoscere.

Il primo compito della scuola è conoscere questa patologia, purtroppo stiamo indietro perché si tratta di un disturbo complesso, pervasivo, che investe tutte le aree dello sviluppo. Teoricamente una persona che riesce a trattare l'autismo sa trattare "tutto" perché nell'autismo ci sono: -difficoltà cognitive, -ritardo mentale, -disturbi del linguaggio, -di comprensione, -le difficoltà comportamentali, -i problemi di pianificazione motoria, -il problema

attentivo, -il problema della memoria alta per alcuni aspetti ma bassissima nelle memoria di lavoro, -difficoltà di letto-scrittura, di calcolo...

E poi...ogni bambino è diverso dall'altro....

**IL NUCLEO UNICO E' LA DIFFICOLTA' DI CAPIRE GLI ALTRI E DI IDENTIFICARSI CON GLI ALTRI.**

Attualmente l'approccio all'autismo è notevolmente cambiato: oggi si sa che una condotta riabilitativa impostata precocemente può migliorare le condizioni del soggetto e che l'intervento psicoeducativo di tipo globale è quello che può dare i risultati più soddisfacenti.



Slide 1

## RELAZIONE

Dott. ssa **LAURA BERTOLO**

Il corso intende fornire alcune indicazioni teoriche per la programmazione di interventi educativi ed attività educativo-didattiche mirate che vadano incontro ai problemi specifici presentati da alunni con autismo e gravi problemi della comunicazione.

### **DISORDINI PERVASIVI DELLO SVILUPPO**

Sono disturbi caratterizzati da anomalie qualitative delle interazioni sociali e delle modalità di comunicazione, un repertorio limitato, ripetitivo, stereotipato di interessi e attività.

Tutti coloro che sono affetti da un disturbo pervasivo hanno caratteristiche della personalità che non gli permettono di rapportarsi al mondo come farebbe chi non ha questo disordine.

La parola chiave è " QUALITA'" da rapportarsi su tre pilastri:

- **comunicazione;**
- **interazione sociale;**
- **interessi.**

Questi pilastri sono fondamentali per la vita delle persone che abitano il pianeta terra.

Il fenotipo caratteristico di questi ragazzini riguarda:

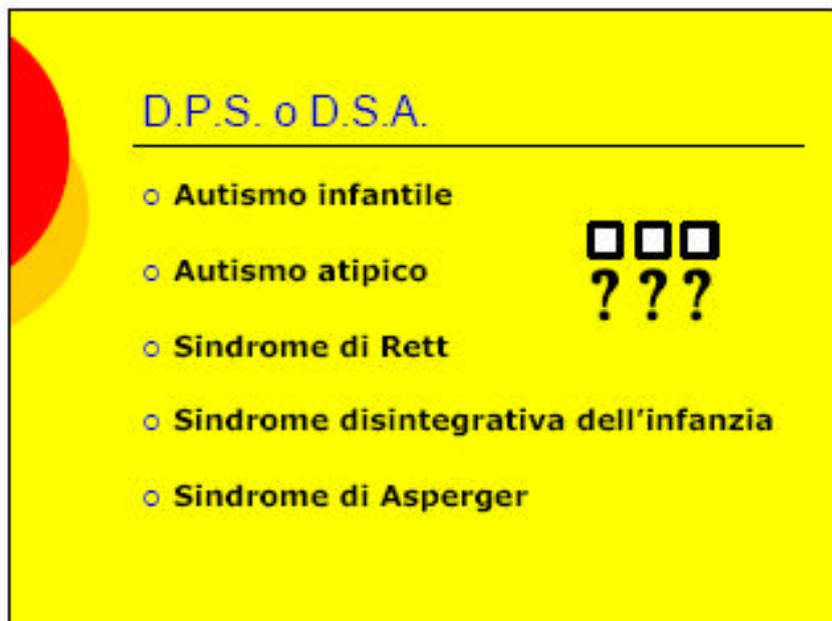
- relazioni sociali ed empatia;
- comunicazione , linguaggio ed immaginazione;
- comportamenti;
- flessibilità mentale e range di interessi: questi sono anomali, ripetitivi e stereotipati.

Parleremo di disturbi pervasivi dello sviluppo o disturbi dello spettro autistico.

Fanno parte dei disturbi dello spettro autistico:

- disturbo autistico ,
- sindrome di Kanner,
- autismo infantile tipico
- autismo atipico ,
- disturbo generalizzato dello sviluppo ,
- disturbo pervasivo dello sviluppo ,
- sindrome da alterazione globale dello sviluppo psicologico ,
- disturbo disintegrativo dello sviluppo o dell'infanzia,
- sindrome da iperattività associata a ritardo mentale e a movimenti stereotipati ,
- disarmonia dello sviluppo , disarmonia evolutiva psicotica ,
- psicosi infantile , psicosi precoce deficitaria , psicosi simbiotica ,

- disturbo di Asperger,
- disturbo di Rett,
- disturbo comunicativo-relazionale,
- disturbo multisistemico dello sviluppo.



Slide 2

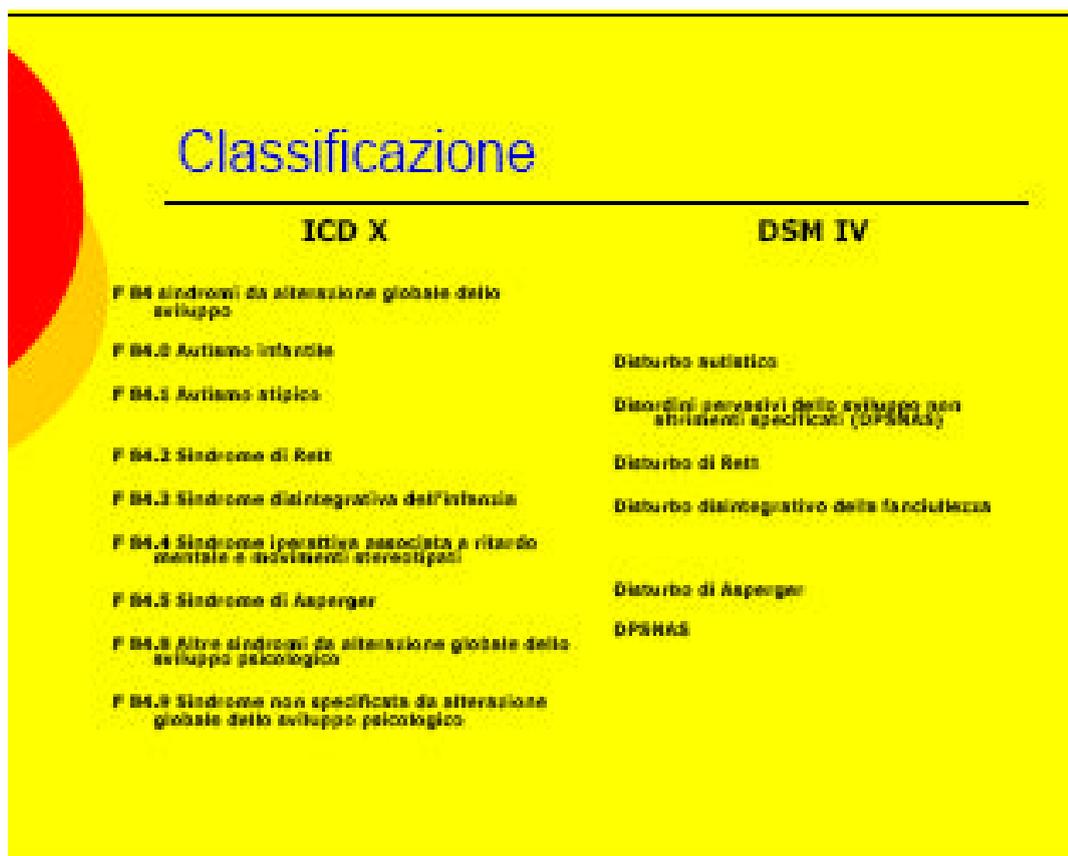
Tutte queste sindromi fanno parte di un unico contenitore .

Spesso vengono usate etichette differenti, ad esempio autismo, disturbo autistico, disordini dello spettro autistico..... ecc che rimandano allo stesso tipo di disturbo.

Lo stesso disturbo può essere chiamato in maniera differente perché esistono almeno due manuali di riferimento che permettono di orientarci attraverso i sintomi e inquadrare la patologia.

Nell' ICD 10 sono usati termini come "sindromi da alterazione globale dello sviluppo" che è un contenitore, all' interno dello stesso cassetto possiamo avere più diagnosi qualitativamente differenti.

Utilizzando il DSM IV troviamo " disturbo autistico" al posto di " autismo infantile", "disturbo pervasivo "al posto di" autismo atipico", "disturbo disintegrativo della fanciullezza" al posto di "sindrome disintegrativa dell' infanzia" .



ICD X	DSM IV
F 84 sindromi da alterazione globale dello sviluppo	
F 84.0 Autismo infantile	Disturbo autistico
F 84.1 Autismo atipico	Disturbi pervasivi dello sviluppo non altrimenti specificati (DPPIVA)
F 84.2 Sindrome di Rett	Disturbo di Rett
F 84.3 Sindrome disintegrativa dell'infanzia	Disturbo disintegrativo della fanciullezza
F 84.4 Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati	
F 84.5 Sindrome di Asperger	Disturbo di Asperger
F 84.8 Altre sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico	DPPIVA
F 84.9 Sindrome non specificata da alterazione globale dello sviluppo psicologico	

slide 3 Classificazione

I termini sono importanti per accordarsi su che cos' è il disturbo che ha il ragazzino.

Quello di cui parleremo non è una patologia che viene diagnosticata sulla base di un unico segno, ma è un lungo lavoro che porta poi a impostare un percorso riabilitativo e abilitativo.

I manuali servono a fare diagnosi e quindi lo stesso ragazzino, partendo da termini differenti, viene valutato con gli stessi criteri.

## STORIA

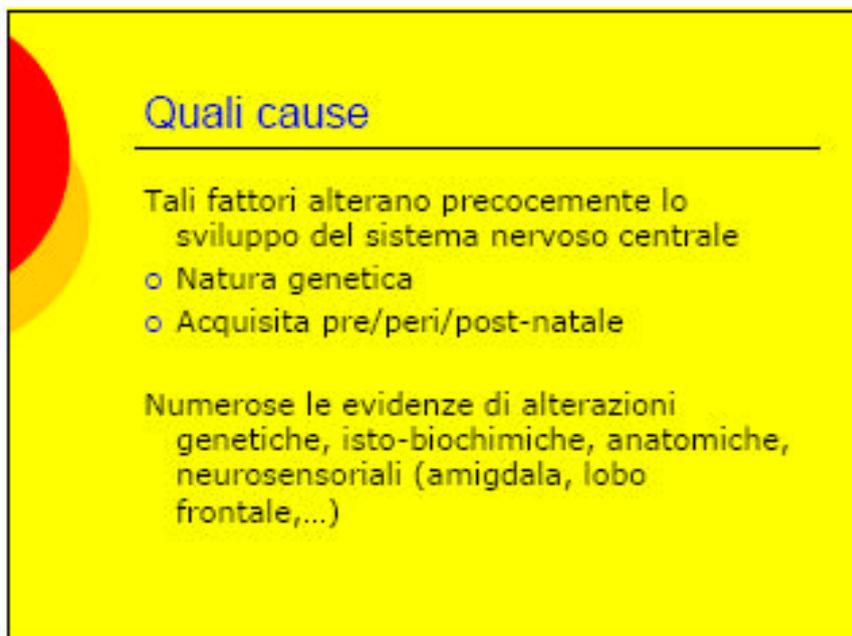
Kanner isola nel 1943, 11 casi e riconosce in loro caratteristiche ricorrenti tali da definire una sindrome, nel 1966 **Lotter fa entrare il concetto di ritardo mentale** mentre nel 1943 **Kanner aveva evidenziato il ritiro sociale in questi ragazzini.**

Per Lotter si possono avere all' interno della sindrome persone con ritardo mentale più o meno grave fino ad arrivare a persone con capacità normali, ciò evidenzia un problema non solo di qualità ma anche di tipo quantitativo.

Nel 1979 viene introdotto **il concetto della triade** che riguarda i tre pilastri che questa sindrome colpisce :interessi, relazione, comunicazione .

Nel 1980 viene inclusa tra le categorie diagnostiche e nel **1987 compare nel DMS III-R** come sindrome effettiva.

## LE CAUSE



**Quali cause**

---

Tali fattori alterano precocemente lo sviluppo del sistema nervoso centrale

- o Natura genetica
- o Acquisita pre/peri/post-natale

Numerose le evidenze di alterazioni genetiche, isto-biochimiche, anatomiche, neurosensoriali (amigdala, lobo frontale,...)

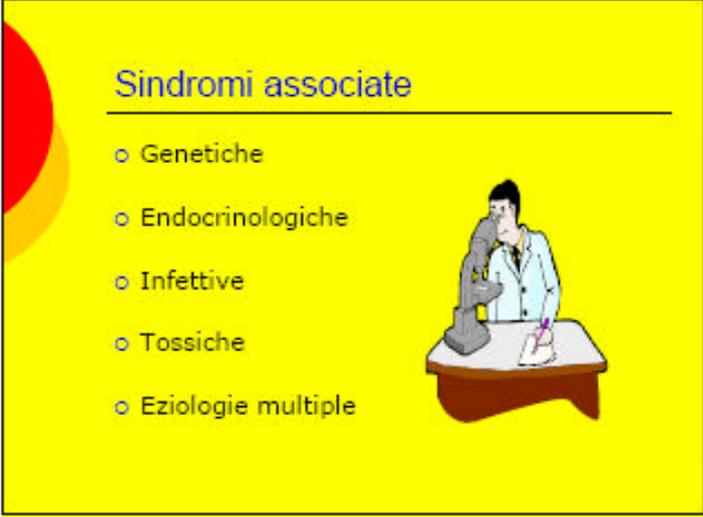
### Slide 4 Cause

Quanto c'entra la mamma nel disturbo autistico?

#### **La mamma non c'entra niente**

I disturbi pervasivi dello sviluppo hanno origine neurobiologica : vi sono fattori che alterano lo sviluppo del sistema nervoso centrale. Tali fattori possono essere di natura genetica o acquisita nel periodo pre-peri-post-natale.

Sono numerose le alterazioni di tipo genetico , biochimico , anatomico , neurosensoriale a livello del lobo frontale, dell' amigdala ecc.....



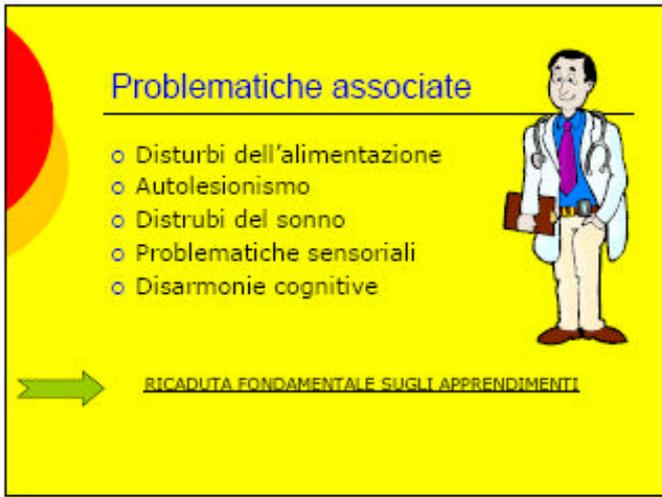
### Sindromi associate

- o Genetiche
- o Endocrinologiche
- o Infettive
- o Tossiche
- o Eziologie multiple



Spesso ragazzini così complessi hanno altre "grane", spesso sono associate sindromi:

- genetiche;
- endocrinologiche;
- infettive;
- tossiche.



### Problematiche associate

- o Disturbi dell'alimentazione
- o Autolesionismo
- o Disturbi del sonno
- o Problematiche sensoriali
- o Disarmonie cognitive



➡ RICADUTA FONDAMENTALE SUGLI APPRENDIMENTI

**Slide 5 Problematiche associate**

All' interno del disturbo si associano diverse problematiche, ad esempio sono frequenti i disturbi dell' alimentazione: questi ragazzini sono selettivi mangiano solo determinati cibi cucinati sempre allo stesso modo.

Sono presenti disturbi nel sonno: dormono poco e in modo non profondo.

Hanno condotte autolesioniste: si infliggono morsi, lesioni .

Spesso vi sono problematiche sensoriali: sono disturbati da stimoli acustici, ad esempio al suono della campanella possono avere una reazione emotiva elevata.

Può essere presente una disarmonia cognitiva , cioè hanno abilità particolari e settoriali.

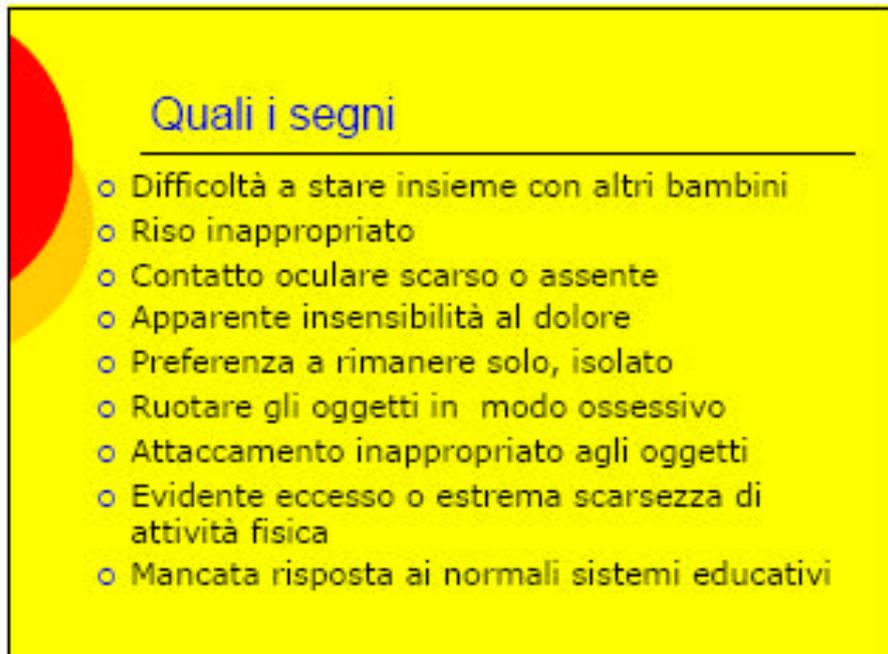
Se queste sono le problematiche associate la ricaduta sugli apprendimenti è fondamentale.

I segni sono tantissimi:

**-Difficoltà a stare insieme ad altri bambini**, soprattutto in età precoce questa cosa non è molto visibile, ma piu' si va avanti piu' è facile che vi siano bambini che preferiscono giochi solitari a giochi di gruppo. Ad esempio nei primi mesi della scuola dell'infanzia il bambino tenderà a fare un gioco solitario; questo non è però un segno che rimanda in maniera automatica alla diagnosi.

In psicopatologia da un solo segno non si può inferire la diagnosi e nemmeno sulla base di alcuni segni; ma ci vuole un protocollo diagnostico estremamente rigoroso.

## Segni



Slide 6 SEgni

- **Riso inappropriato:** sono bambini che improvvisamente e senza motivo scoppiano a ridere...

- **Contatto oculare scarso o assente.** Chi di voi conosce persone con ansia, sa che questo è un segno comunissimo, ma non per questo si tratta di un soggetto autistico.

- **Apparente insensibilità al dolore.** Quanti ragazzini arrivano al pronto soccorso con diagnosi di maltrattamento e magari hanno cicatrici, i bambini artistici si fanno male, hanno insensibilità al dolore.

- **Preferenza a rimanere solo, isolato.**

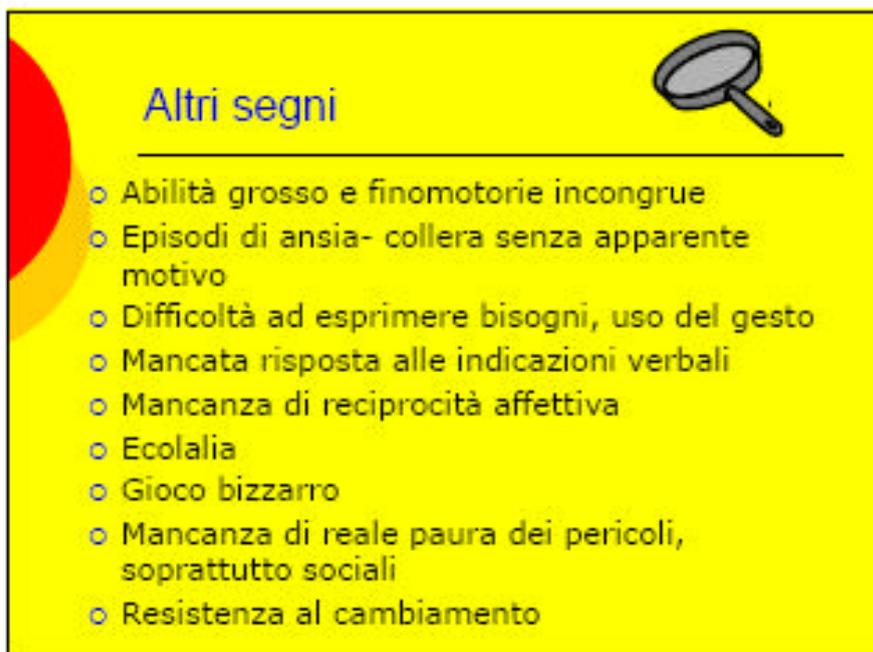
- **Ruotare gli oggetti in modo ossessivo.** E' un segno molto conosciuto, questi bambini non usano i giochi in maniera funzionale, sono affascinati in particolare dalle macchinine o da altro oggetto che portano lateralmente sotto l'occhio e poi fanno girare.

- **Attaccamento inappropriato all'oggetto.**

- **Evidente eccesso o estrema scarsità di attività fisica.**

- **Mancata risposta ai normali sistemi educativi.**

Altri segni riguardano le difficoltà di coordinazione oculo-motoria .



**Altri segni**

- Abilità grosso e finomotorie incongrue
- Episodi di ansia- collera senza apparente motivo
- Difficoltà ad esprimere bisogni, uso del gesto
- Mancata risposta alle indicazioni verbali
- Mancanza di reciprocità affettiva
- Ecolalia
- Gioco bizzarro
- Mancanza di reale paura dei pericoli, soprattutto sociali
- Resistenza al cambiamento

**Slide 7 Altri segni**

Possono comparire episodi di ansia – collera senza apparente motivo, è presente una difficoltà ad esprimere i bisogni .

C' è una mancanza di reciprocità affettiva, ciò non significa che questi bambini non sono affettuosi ma mancano della capacità di esprimere tale sentimento.

**Il linguaggio** quando è presente può essere **ecolalico**, cioè vengono ripetute parole o frasi senza senso . L' ecolalia può essere immediata o differita nel tempo.

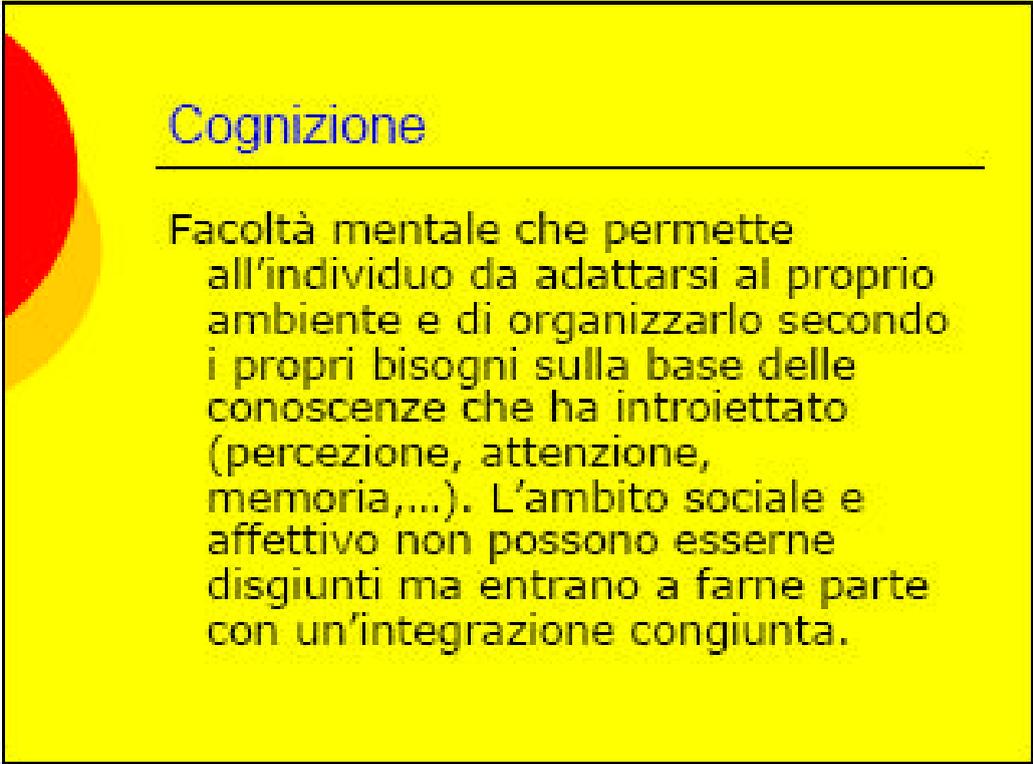
Altro segno è la **mancanza di reale paura dei pericoli, soprattutto sociali**: questi bambini magari non si avvicinano ai burroni, ma attraversano la strada senza guardare perché questa è un abilità che deriva dalla conoscenza del nostro mondo, per loro non è richiamabile quella che è la legge sociale che sta dietro alla capacità di

attraversare. Sembrerebbe che la mancanza della paura dei pericoli sia per pericoli veicolati da regole di gruppo.

**E' presente una marcata resistenza al cambiamento:** provate a far cambiare strada per andare a scuola.....

Questi segni possono essere profondi o lievi, vi possono essere ragazzini con tutti i sintomi, o ragazzini che ne hanno solo tre.

Un altro concetto di cui tener conto è il concetto di cognizione che è alla base della nostra conoscenza, della nostra capacità di adattare le informazioni che ci vengono dal mondo, coglierle, sfruttarle per riuscire a stare al mondo.



**Cognizione**

---

Facoltà mentale che permette all'individuo da adattarsi al proprio ambiente e di organizzarlo secondo i propri bisogni sulla base delle conoscenze che ha introiettato (percezione, attenzione, memoria,...). L'ambito sociale e affettivo non possono esserne disgiunti ma entrano a farne parte con un'integrazione congiunta.

**Slide 8 Cognizione**



Slide 9 Presa in carico

**Con tutti i segni presenti non possiamo non prevedere un presa in carico che non sia globale!**

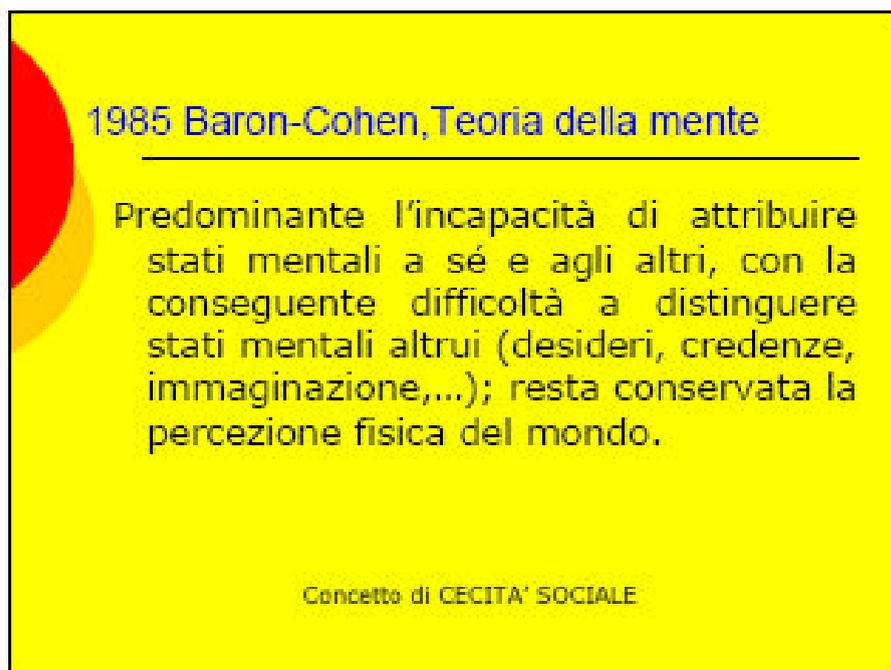
- L'intervento deve essere basato su un programma educativo-riabilitativo individuale che nasce da una valutazione globale del soggetto.
- A partire dal profilo di punti di forza e punti di debolezza del soggetto, ne vengono sviluppate le potenzialità per compensarne le disabilità.
- Le famiglie e gli insegnanti devono essere attivamente coinvolte nell'effettuazione del programma.
- Gli obiettivi di intervento, pur essendo diversi per ogni soggetto, devono interessare le aree chiave della comunicazione, socializzazione, e del comportamento adattivo.

- Il piano educativo deve preparare il soggetto alla vita adulta, e prevedere programmi mirati alla generalizzazione e al mantenimento delle abilità acquisite.
- Il programma deve prevedere periodiche valutazioni e aggiustamenti del piano educativo-riabilitativo.

## **Teorie**

Le teorie servono perché danno strumenti di lavoro. Esse sono riuscite a dare informazioni rispetto ad alcuni punti, sintomi, segnali.

La prima teoria di cui bisogna conoscere l' esistenza è la teoria di Baron- Cohen.



**1985 Baron-Cohen, Teoria della mente**

---

Predominante l'incapacità di attribuire stati mentali a sé e agli altri, con la conseguente difficoltà a distinguere stati mentali altrui (desideri, credenze, immaginazione,...); resta conservata la percezione fisica del mondo.

Concetto di CECITA' SOCIALE

### **Slide 10 Teoria della mente**

Lui parla di questi ragazzini come soggetti che hanno una cecità di tipo sociale, non capiscono le cose svincolate al livello sociale.

Nel 1994 Frith parla di deficit di coerenza centrale.



**1994 Frith,**  
**Deficit di coerenza centrale**

---

Sarebbe carente la capacità di integrare informazioni diverse a differenti livelli e non verrebbe data priorità alla comprensione del significato, quindi si manifestano difficoltà:

- Generalizzare
- Percezione
- Attenzione

Percezione del mondo come frammentato

**Slide 11 Deficit di coerenza centrale**

Secondo Frith vi sono persone che hanno una visione del mondo come frammentata , molti di questi ragazzini sono infastiditi da videogiochi , uso del computer , televisione .

Nel 1995 Ozonoff parlò di un deficit nelle funzioni esecutive

1995 Ozonoff,  
Deficit nelle funzioni esecutive

---

Lobo frontale.

- Pianificazione degli obiettivi
- Controllo degli impulsi
- Inibizione di risposte predominanti ma inappropriate
- Organizzazione nella ricerca
- Flessibilità di pensiero e azione

Interessi stereotipati e deficit di pianificazione

**Slide 12 Ozonoff**

I ragazzini che hanno sintomi come interessi stereotipati o deficit di pianificazione hanno un malfunzionamento del lobo frontale.

Da queste teorie derivano diverse modalità riabilitative.

**Riva**

Nel 2003 arriviamo a Riva secondo cui le difficoltà dipendono da una disconnessione di rete, cioè i deficit si collocano in zone cerebrale differenti, quindi a essere disturbata è la connessione tra queste zone.



Slide 13 Riva

### **Visconti**

A Riva viene incontro Visconti che postula un problema al lobo temporale e in particolare al giro fusiforme, al lobo frontale e al cervelletto

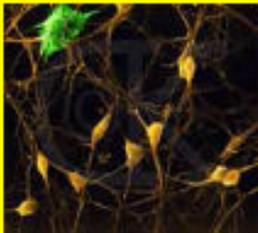
	Localizzazione	Deficit conseguente
Lobi frontali	<ul style="list-style-type: none"><li>o Ipofrontalità</li><li>o Cort. front. mediale sn</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Deficit fx esec</li><li>o Teoria mente</li></ul>
Lobo temporale	<ul style="list-style-type: none"><li>o Giro fusiforme</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Deficit ric. visi</li><li>o Deficit ric. sesso e emozioni</li></ul>
Lobo limbico	<ul style="list-style-type: none"><li>o Ippocampo e amigdala</li><li>o Ipoatt. Amigdala e iperattivaz. Giro temporale sup. bil.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Mancanza empatia</li><li>o Manc. Immaginaz.</li><li>o Memoria episodica personale</li><li>o Debole coerenza centrale</li></ul>
Cervelletto	<ul style="list-style-type: none"><li>o Iper o ipoplasia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Mancanza modulazione di attività complesse motorie, cognitive, emozionali e sociali</li></ul>

Slide 14 Visconti

## NEURONI A SPECCHIO.

Nel 2005 c'è la teoria dei NEURONI A SPECCHIO.

2005 V. Gallese, I neuroni a specchio



Da un lato si "accendono" quando le scimmie compiono un'azione, ad esempio prendere un oggetto, dall'altro si attivano in maniera simile quando l'animale vede un altro individuo (scimmia o uomo) fare lo stesso gesto.

Ipotesi  
il meccanismo regola anche la percezione estetica delle opere d'arte. Emozionarci per un balletto o rabbrivire ascoltando un brano di musica sono probabilmente frutto del meccanismo di simulazione scatenato dai neuroni specchio.

Slide 15 Neuroni specchio

2006, M. Dapretto

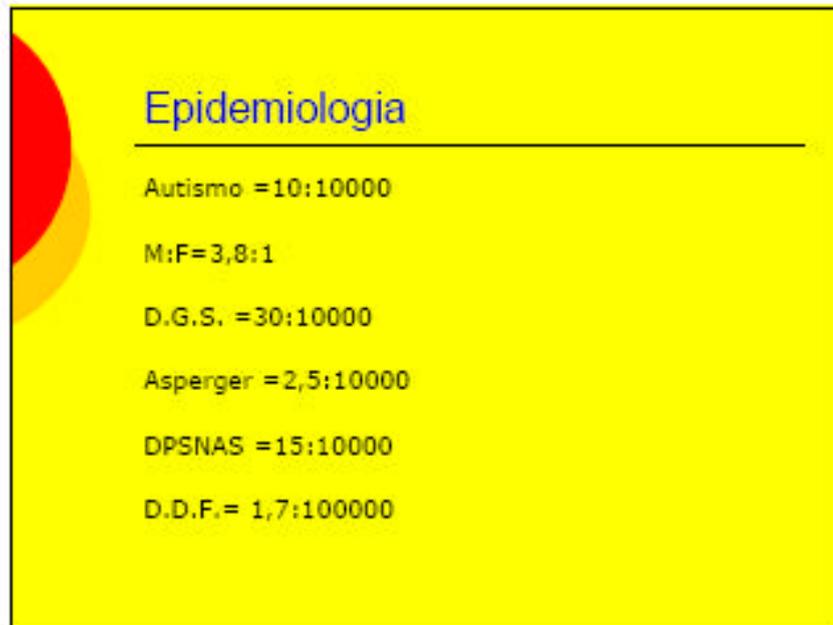


Ci basta percepire un sentimento su un volto o accorgerci che la mano di un altro viene sfiorata per simulare una sensazione corrispondente all'interno del nostro cervello. Sono i neuroni specchio che si attivano, esattamente nelle stesse aree cerebrali di chi vive l'esperienza in prima persona".

...potrebbe spiegare il perché del deficit sociale che caratterizza gli autistici... malattia come un cattivo funzionamento dei neuroni specchio

Slide 16 Dapretto

## INCIDENZA



### Slide 17 Epidemiologia

L'autismo ha un'incidenza di 10 a 10000, c'è una prevalenza di maschi rispetto alle femmine. Sembra che nelle patologie ad esordio in età evolutiva siano più colpiti i maschi .

Per assicurare una salute a questi bambini non si può che non avere un'attenzione a tutte le componenti: -la famiglia

-la scuola

-la città

-i servizi territoriali sanitari e sociali

-l'ospedale

## PERCORSO CLINICO



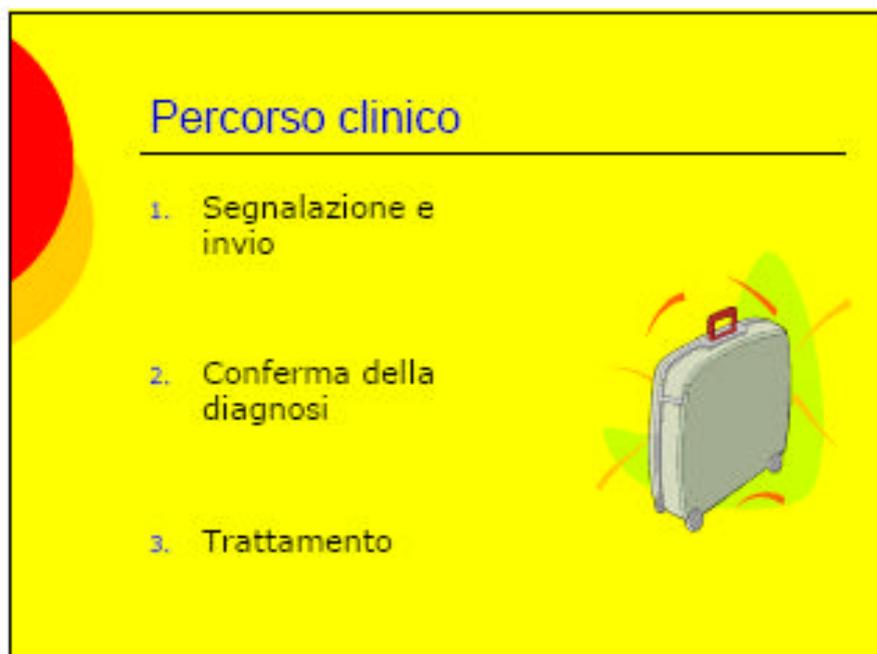
Promozione della salute

- La famiglia
- La scuola
- La città e l'ambiente
- I servizi territoriali sanitari e sociali
- L'ospedale



Frejaville, 2001

Slide 18 Promozione



Percorso clinico

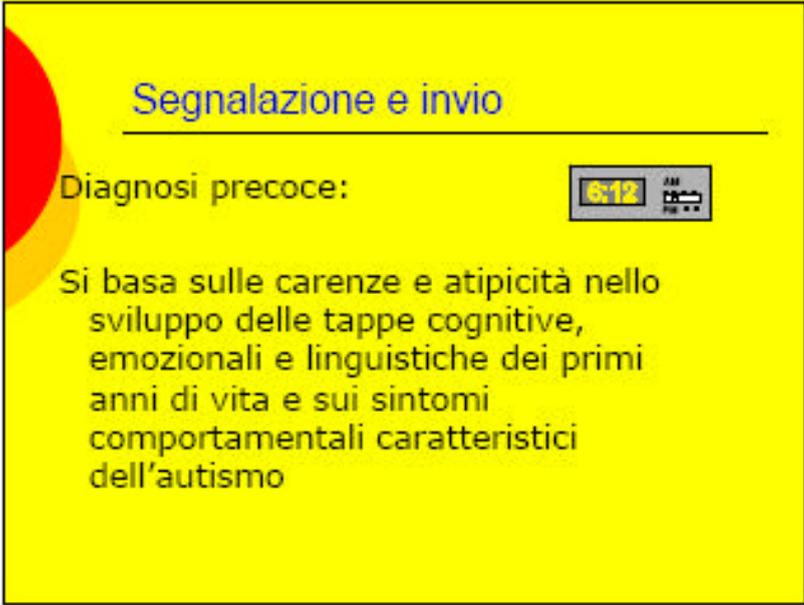
1. Segnalazione e invio
2. Conferma della diagnosi
3. Trattamento



Slide 19 Percorso clinico

Potete assistere a due situazioni: un bambino che ha già una diagnosi o dover inviare un bambino.

Il percorso prevede la segnalazione, la diagnosi, il trattamento.



The slide has a yellow background with a red and orange circular graphic on the left. The title 'Segnalazione e invio' is in blue. Below it, 'Diagnosi precoce:' is in black. To the right is a small digital clock showing '6:12' and a small icon of a building. The main text describes the basis for early diagnosis: 'Si basa sulle carenze e atipicità nello sviluppo delle tappe cognitive, emozionali e linguistiche dei primi anni di vita e sui sintomi comportamentali caratteristici dell'autismo'.

**Slide 20 Segnalazione**

Il fatto che un bambino venga segnalato non significa che la diagnosi venga poi confermata.

La segnalazione e l'invio devono essere il piu' precoci possibili; vi sono strumenti che ai pediatri permettono di fare l'invio. I segnali sospetti riguardano la specificità degli stadi di sviluppo ossia cose che dovrebbero essere acquisite o che invece non sono presenti, soprattutto il linguaggio e la comunicazione non verbale ma anche le tappe di sviluppo emotivo.

La diagnosi deve essere di tipo clinico e di tipo funzionale. Molte malattie comorbili con questo disturbo hanno evoluzione lenta.



**Trattamento**

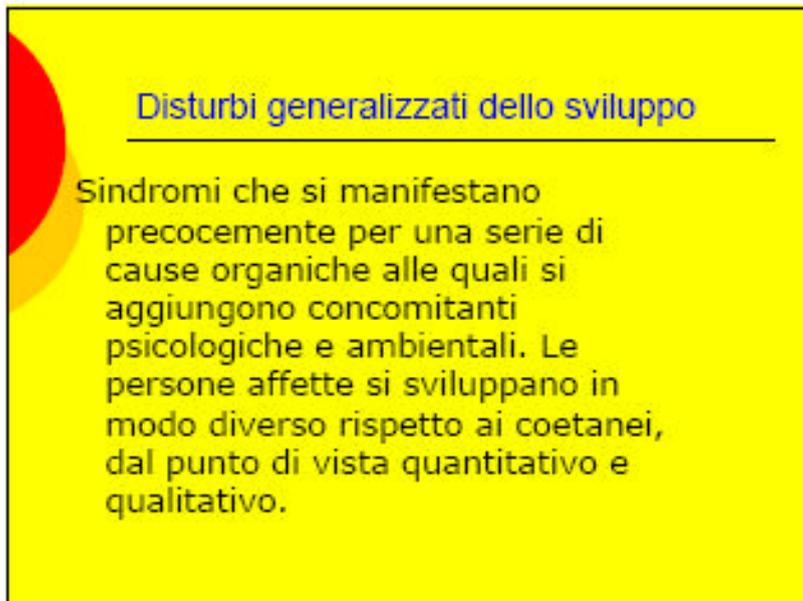
- Intervento precoce
- Età scolare
- Adolescenza
- Età adulta
- Trattamento farmacologico

The slide features a yellow background with a red and orange circular graphic on the left. A small illustration on the right shows a hand holding a pencil and a button.

**Slide 21 Trattamento**

Il trattamento dipende dalla diagnosi clinica fatta secondo l'ICF.  
L'intervento deve essere differenziato a seconda della diagnosi e delle fasce d'età, è inoltre opportuna una rivalutazione costante , almeno bimestrale.

## **IL DISTURBO GENERALIZZATO DELLO SVILUPPO.**



**Disturbi generalizzati dello sviluppo**

Sindromi che si manifestano precocemente per una serie di cause organiche alle quali si aggiungono concomitanti psicologiche e ambientali. Le persone affette si sviluppano in modo diverso rispetto ai coetanei, dal punto di vista quantitativo e qualitativo.

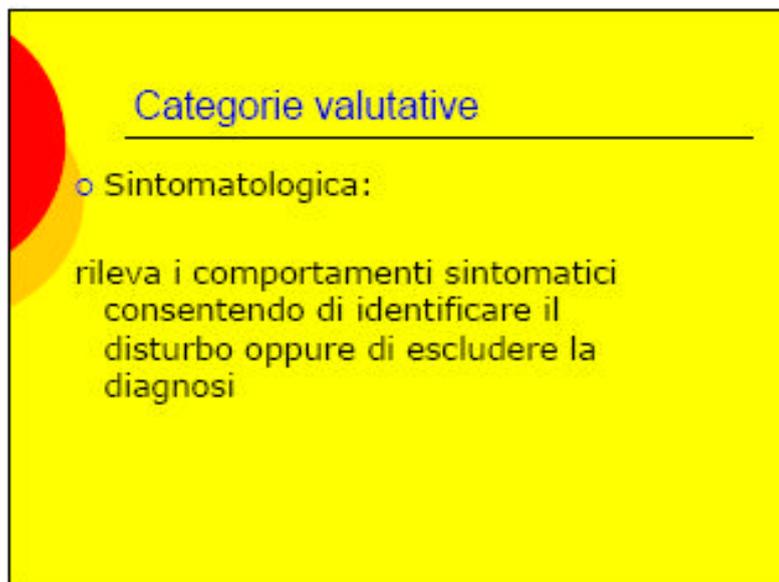
Slide 22 Disturbi

I DSA sono sindromi che si manifestano precocemente per una serie di cause organiche alle quali si aggiungono concomitanti psicologiche e ambientali. Le persone con DSA si sviluppano in modo diverso rispetto ai coetanei, da un punto di vista quantitativo e qualitativo. Le aree colpite sono:

- -relazione sociale e reciproca
- -comunicazione verbale e non verbale
- -repertorio limitato di interessi e attività

Gli strumenti prevedono indagini sulle tre aree.

La valutazione è di tipo sintomatologico e funzionale.

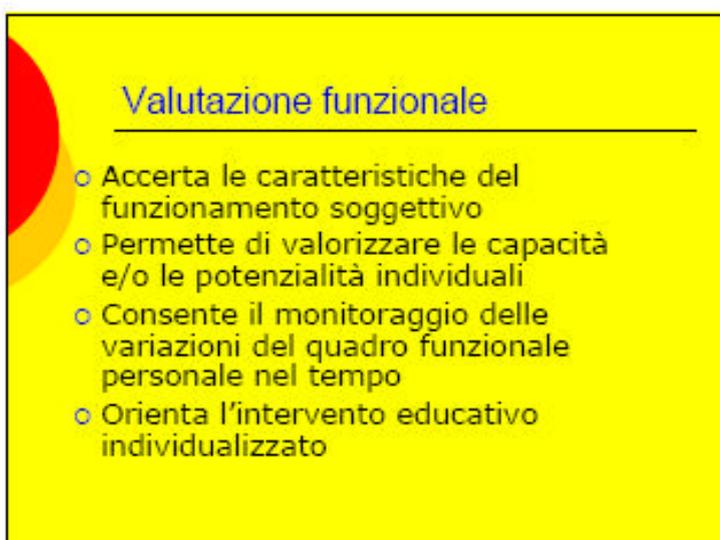


### Categorie valutative

- o Sintomatologica:  
rileva i comportamenti sintomatici consentendo di identificare il disturbo oppure di escludere la diagnosi

**Slide 23 Categorie valutative**

La valutazione sintomatologia rileva i comportamenti sintomatici e consente di identificare il disturbo oppure di escludere la diagnosi.



### Valutazione funzionale

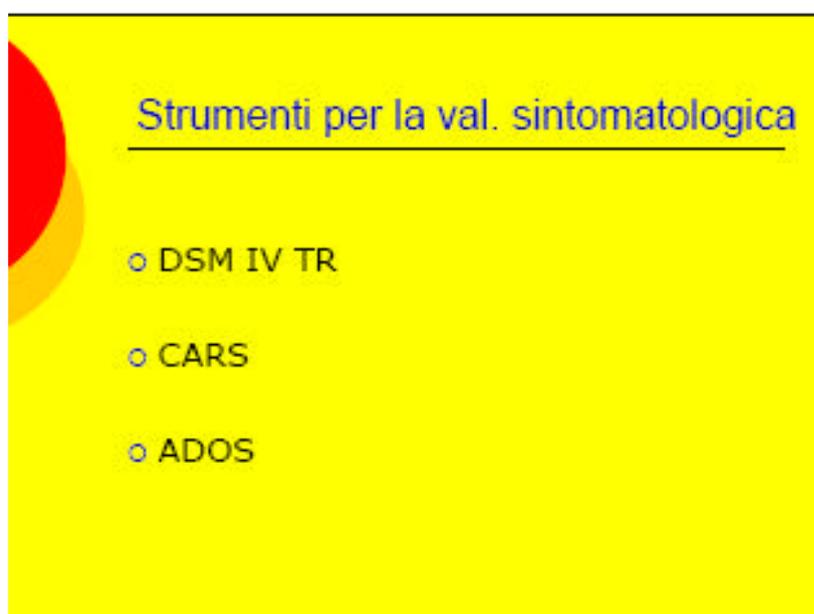
- o Accerta le caratteristiche del funzionamento soggettivo
- o Permette di valorizzare le capacità e/o le potenzialità individuali
- o Consente il monitoraggio delle variazioni del quadro funzionale personale nel tempo
- o Orienta l'intervento educativo individualizzato

**Slide 24 Valutazione Funzionale**

La valutazione funzionale accerta le caratteristiche del funzionamento soggettivo, permette di valorizzare le capacità o le potenzialità individuali, consente il monitoraggio delle variazioni del quadro funzionale e personale nel tempo, orienta l'intervento educativo individualizzato

## **STRUMENTI**

Gli strumenti per effettuare una valutazione sintomatologia sono:



Slide 25 Strumenti

- Il **DSM IV** è un manuale diagnostico che racchiude tutti i sintomi divisi in patologie;
- il **CARS** è usato in età pediatrica
- l'**ADOS** abbraccia tutte le età, ma non può essere usata se non è presente il linguaggio verbale

## DSM-IV

---

Le diagnosi dei disturbi con insorgenza nell'età evolutiva.



Slide 26 DSM IV

## A.D.O.S.

---

- o Tutte le età (no ad adolescenti e adulti non verbali)

Dà una misura dello spettro dei disturbi riconducibili all'autismo non dipendente dal linguaggio

Slide 27 ADOS

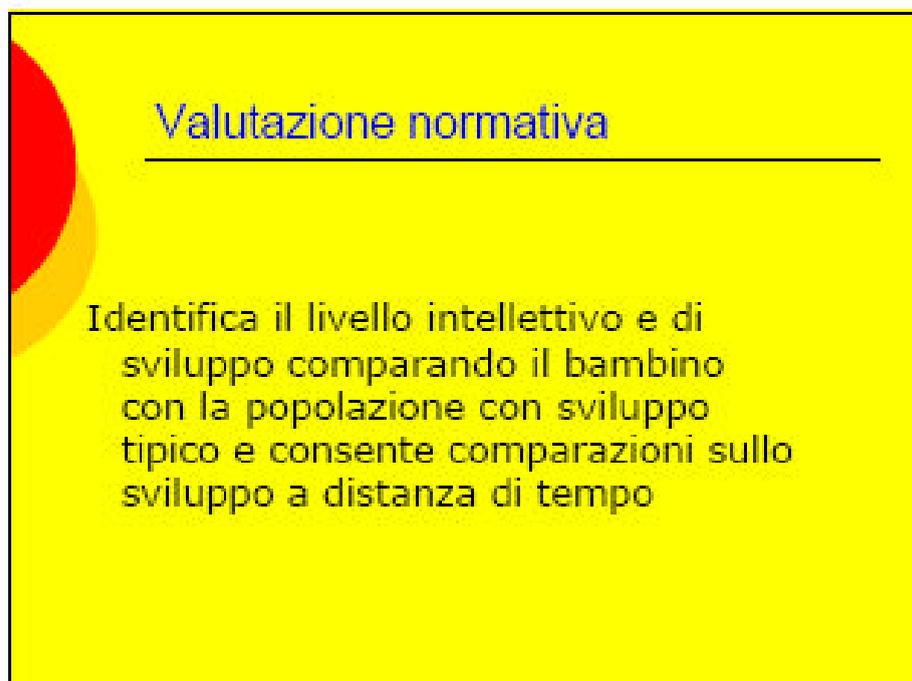


**C.A.R.S.**

---

Scopo:  
Dare punteggi ai comportamenti  
senza ricorrere a spiegazioni  
casuali.

**Slide 28 CARS**



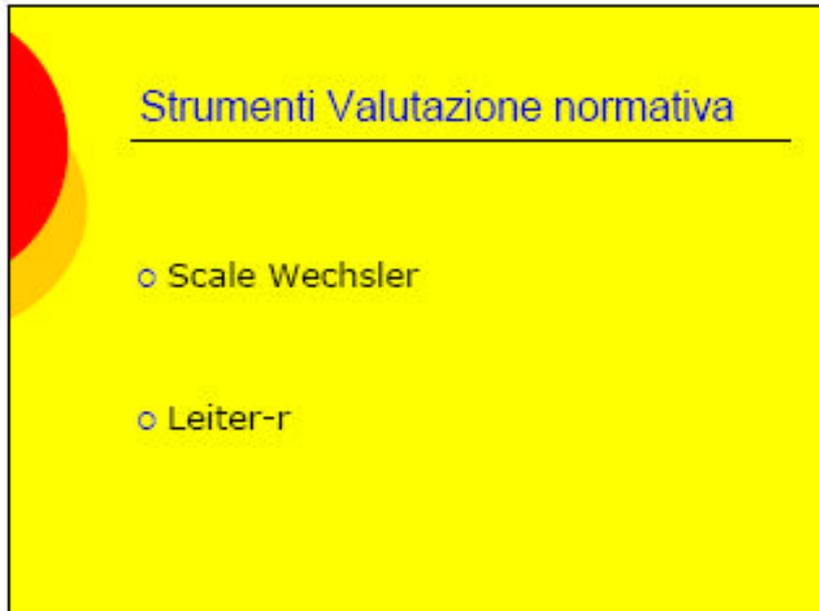
**Valutazione normativa**

---

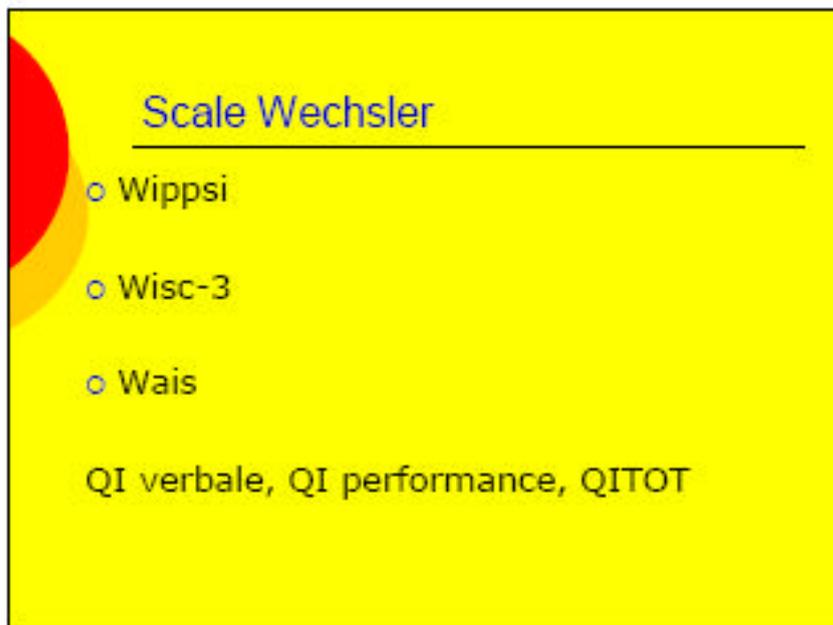
Identifica il livello intellettivo e di  
sviluppo comparando il bambino  
con la popolazione con sviluppo  
tipico e consente comparazioni sullo  
sviluppo a distanza di tempo

**Slide 29 Valutazione Normativa**

## La valutazione normativa fornisce il quoziente intellettivo di sviluppo



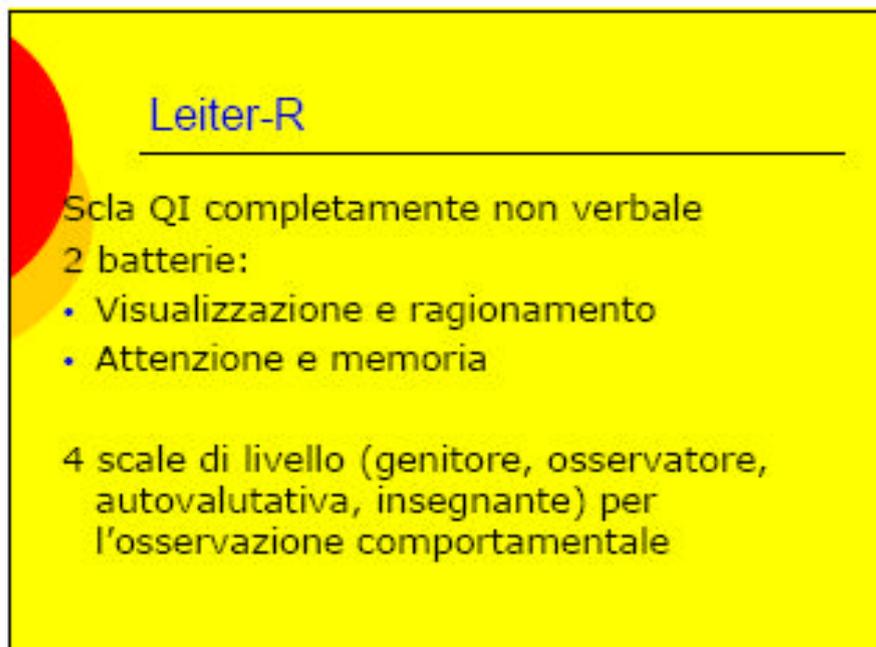
Slide 30 Strumenti valutazione



Slide 31 Scale Wechsler

Per La valutazione del QI possono essere utilizzate le scale Weschker ,  
ma più utile è la scala Le iter-R , scala d intelligenza completamente

non verbale che è adatta ai soggetti con autismo anche a basso funzionamento perché non richiede la comunicazione verbale tra l'esaminatore e il soggetto



**Leiter-R**

---

Scala QI completamente non verbale  
2 batterie:

- Visualizzazione e ragionamento
- Attenzione e memoria

4 scale di livello (genitore, osservatore, autovalutativa, insegnante) per l'osservazione comportamentale

**Slide 32 Leiter-R**

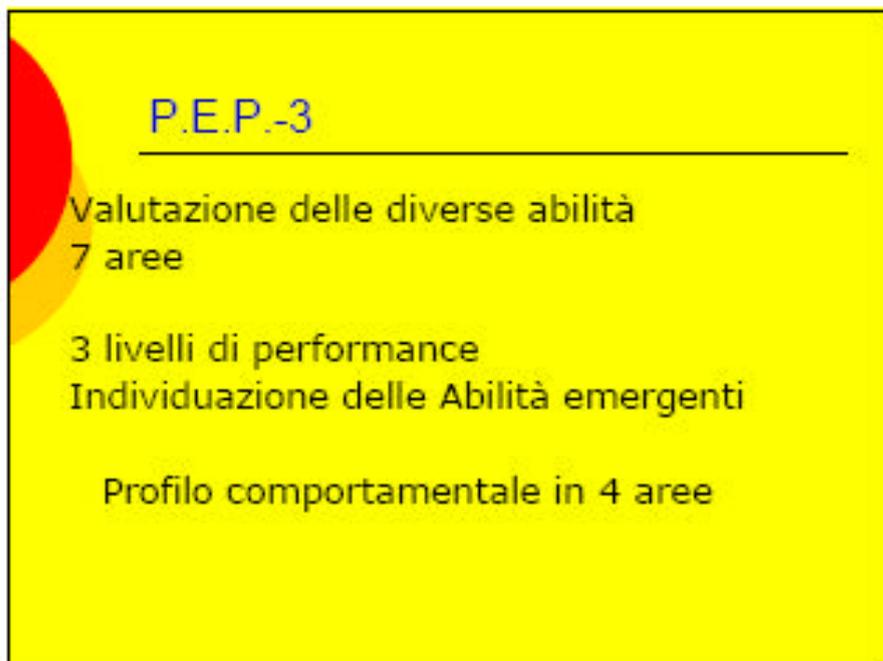
## STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE FUNZIONALE



Valutazione funzionale

- o PEP-R
- o AAP.E.P
- o Vineland

Slide 33 Valutazione Funzionale



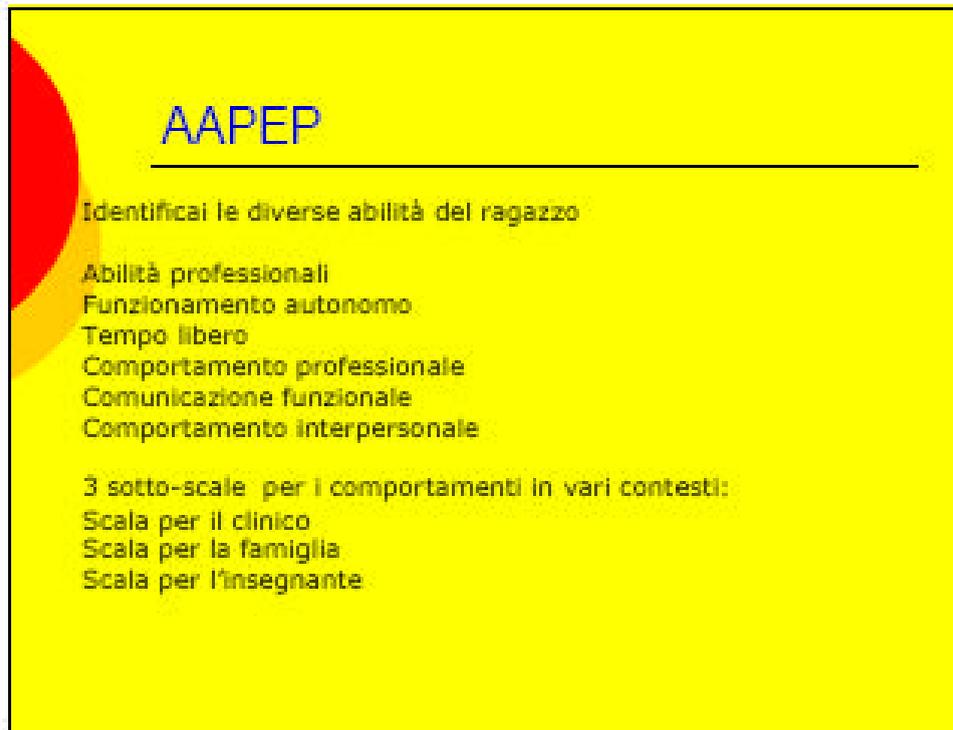
P.E.P.-3

Valutazione delle diverse abilità  
7 aree

3 livelli di performance  
Individuazione delle Abilità emergenti

Profilo comportamentale in 4 aree

Slide 34 PEP 3

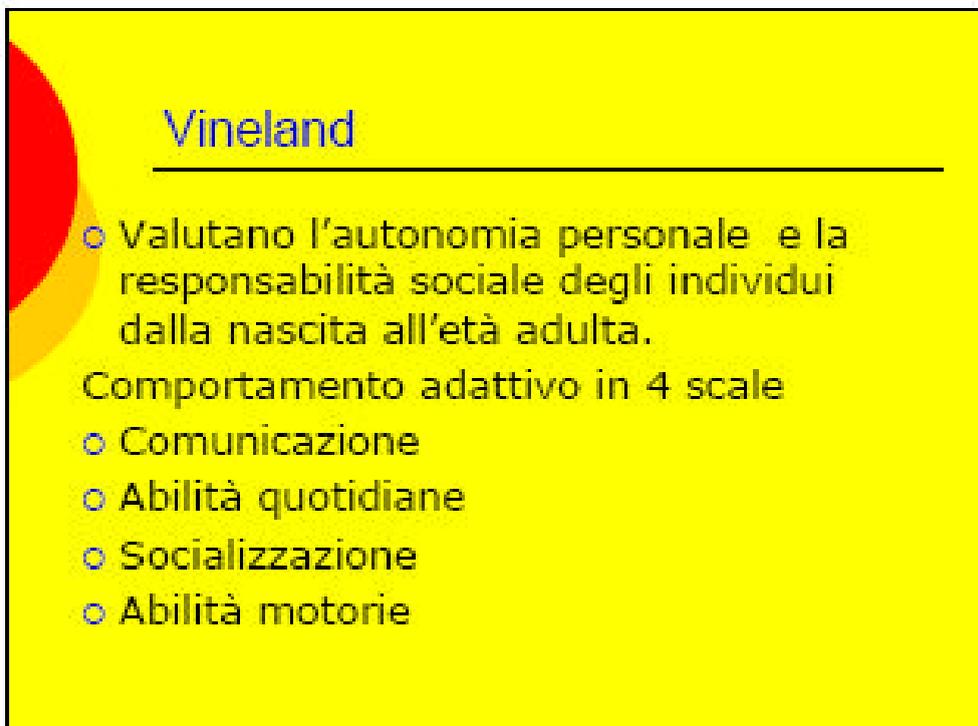
A yellow rectangular slide with a red and orange circular graphic on the left side. The title 'AAPEP' is written in blue at the top, underlined. Below it, the text is as follows:

Identificai le diverse abilità del ragazzo

Abilità professionali  
Funzionamento autonomo  
Tempo libero  
Comportamento professionale  
Comunicazione funzionale  
Comportamento interpersonale

3 sotto-scale per i comportamenti in vari contesti:  
Scala per il clinico  
Scala per la famiglia  
Scala per l'insegnante

**Slide 35 AAPEP**

A yellow rectangular slide with a red and orange circular graphic on the left side. The title 'Vineland' is written in blue at the top, underlined. Below it, the text is as follows:

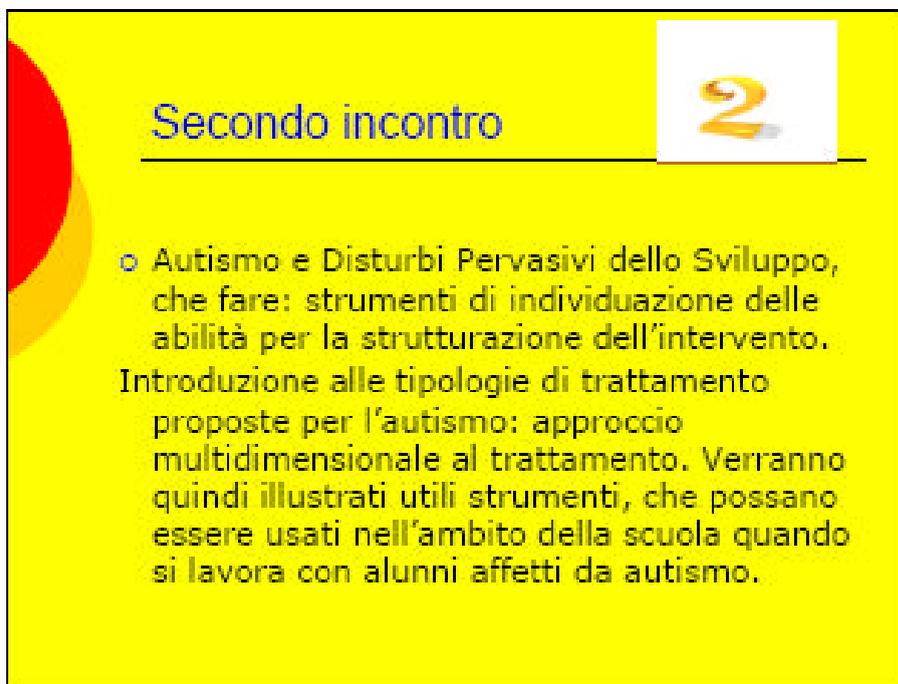
○ Valutano l'autonomia personale e la responsabilità sociale degli individui dalla nascita all'età adulta.

Comportamento adattivo in 4 scale

- Comunicazione
- Abilità quotidiane
- Socializzazione
- Abilità motorie

**Slide 36 Vineland**

## **AUTISMO E DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO CHE FARE?**



Secondo incontro

- o Autismo e Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, che fare: strumenti di individuazione delle abilità per la strutturazione dell'intervento.

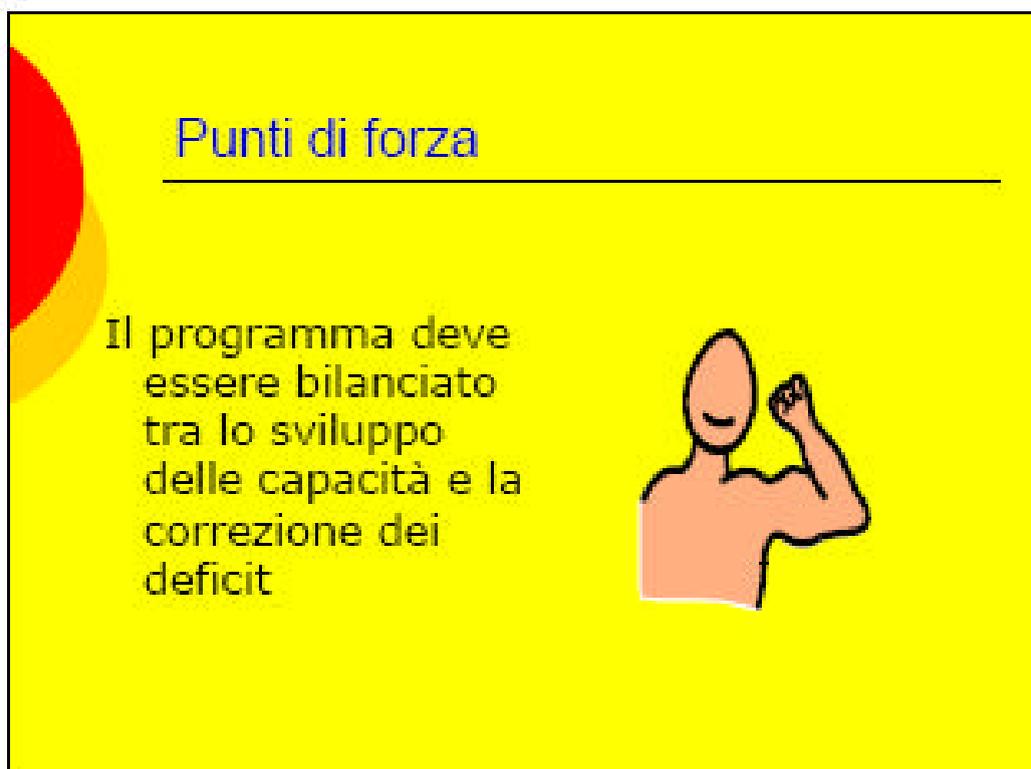
Introduzione alle tipologie di trattamento proposte per l'autismo: approccio multidimensionale al trattamento. Verranno quindi illustrati utili strumenti, che possano essere usati nell'ambito della scuola quando si lavora con alunni affetti da autismo.

### Slide 37

L'autismo non è definito a caso come disturbo pervasivo in quanto compromette il funzionamento globale del soggetto. Ne consegue che anche l'intervento deve essere quanto più possibile pervasivo.

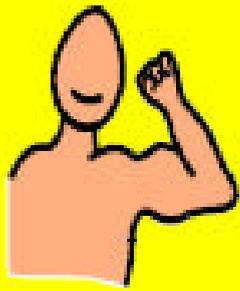
Non esiste una cura definitiva per l'autismo e gli unici interventi la cui efficacia sia sostenuta dall'evidenza scientifica sono gli interventi di tipo psicoeducativo e riabilitativo, e, in una certa misura, alcuni interventi di tipo farmacologico.

Gli interventi devono essere condotti secondo alcuni criteri (National Research Council, 2001):



## Punti di forza

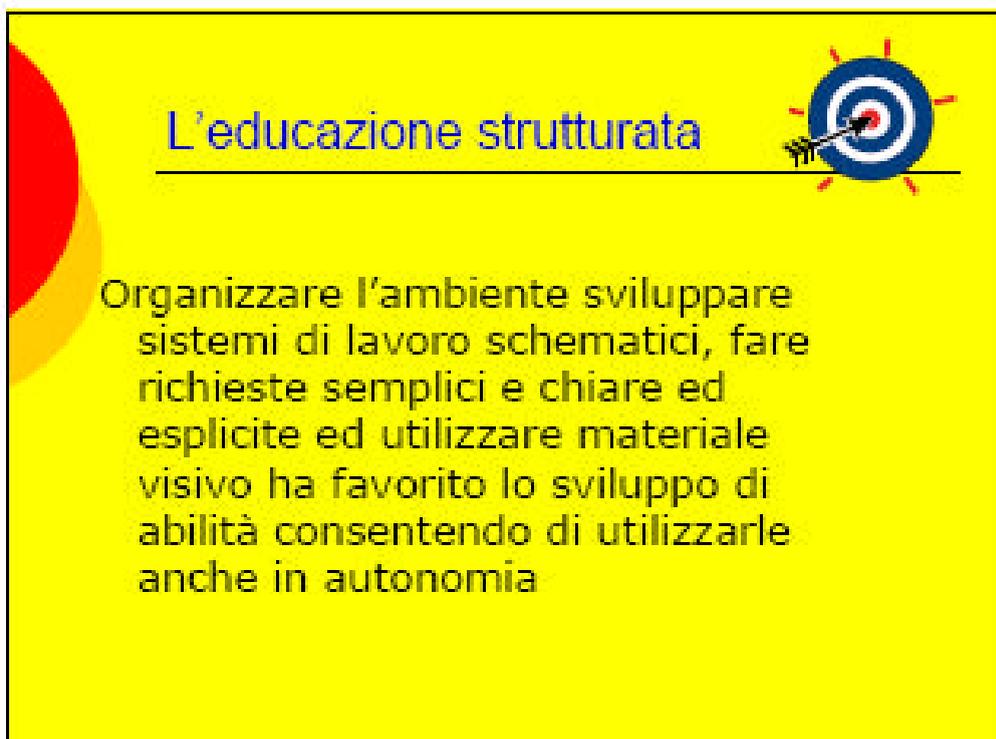
Il programma deve essere bilanciato tra lo sviluppo delle capacità e la correzione dei deficit



### Slide 38 Punti di forza

- I bambini devono avere accesso all'intervento in età precoce non appena sussista il forte sospetto di diagnosi di autismo.
- Il programma deve essere intensivo, con un impegno di almeno 25 ore settimanali;
- L'intervento deve essere basato su un programma educativo-riabilitativo individuale che nasce da una valutazione globale del soggetto.
- A partire dal profilo di punti di forza e punti deboli del soggetto, ne vengono sviluppate le potenzialità per compensarne le disabilità.
- Le famiglie e gli insegnanti devono essere attivamente coinvolte nell'effettuazione del programma.
- Gli obiettivi di intervento, pur essendo diversi per ogni soggetto, devono interessare le aree chiave della comunicazione, socializzazione, e del comportamento adattativo.

- Il piano educativo deve preparare il soggetto alla vita adulta, e prevedere programmi mirati alla generalizzazione e mantenimento delle abilità acquisite.
- Il programma deve prevedere periodiche valutazioni e aggiustamenti del piano educativo-riabilitativo.



**L'educazione strutturata**

Organizzare l'ambiente sviluppare sistemi di lavoro schematici, fare richieste semplici e chiare ed esplicite ed utilizzare materiale visivo ha favorito lo sviluppo di abilità consentendo di utilizzarle anche in autonomia

**Slide 39 educazione strutturata**

La finalità del progetto terapeutico è quella di favorire l'adattamento del bambino al suo ambiente, il migliore possibile in rapporto alle specifiche caratteristiche del suo essere autistico. Ciò, al fine di garantire una soddisfacente qualità di vita al soggetto e all'intero sistema famiglia.

### Caratteristiche che impediscono l'efficacia dei normali sistemi educativi

- o Difficoltà di comunicazione
- o Compromissione interazione sociale
- o Turbe sensoriali e iperselettività
- o Assenza forza coerenza centrale
- o Cecità mentale
- o Deficit dell'imitazione
- o Deficit nella generalizzazione
- o Difficoltà nell'autoregolazione temporale
- o Iperattività-ipoattività
- o Stereotipie



da Raffin

#### Slide 40 Inefficacia normali sistemi educativi

Per realizzare questo adattamento in modo ottimale è necessario fare un doppio lavoro: migliorare le capacità del soggetto e modificare le caratteristiche dell'ambiente in cui vive.

### Caratteristiche dei sistemi educativi che favoriscono l'apprendimento e l'integrazione

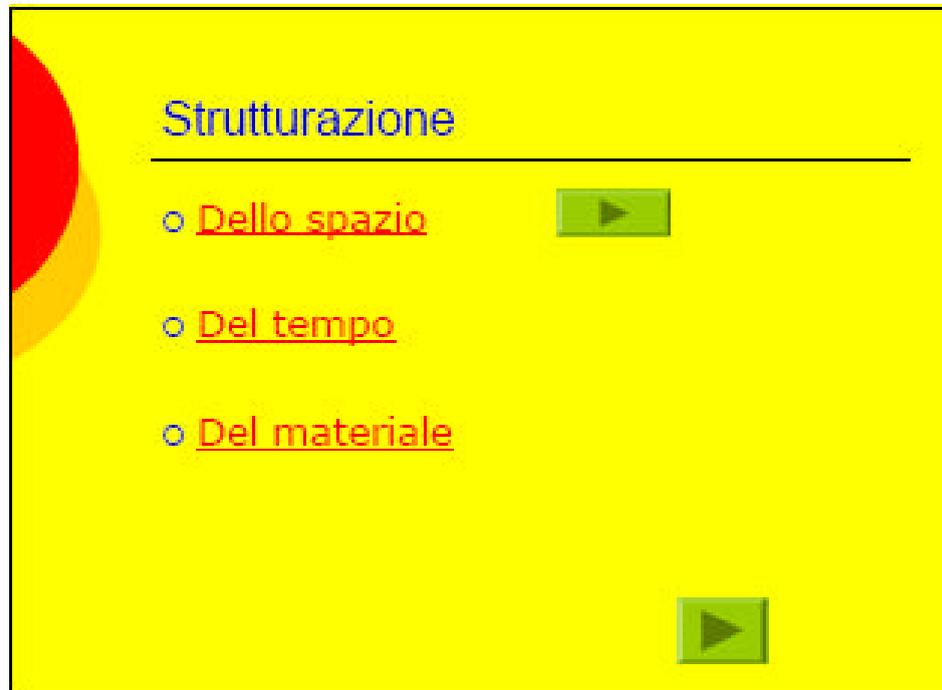
- o Ambiente strutturato
- o Schema temporale
- o Livelli contenuti di stimolazione sensoriale
- o Comunicazione aumentativa
- o Precisa valutazione funzionale dell'allievo
- o Programmazione individualizzata
- o Conoscenza di strategie e tecniche di insegnamento strutturato
- o Conoscenza di strategie e tecniche per la risoluzione dei comportamenti problema



da Raffin

#### Slide 41 Sistemi che favoriscono integrazione

Ad esempio stabilire aree e confini visivamente evidenti e coerenti con le varie attività permette agli alunni di identificare le attività che si svolgono in quel determinato luogo.

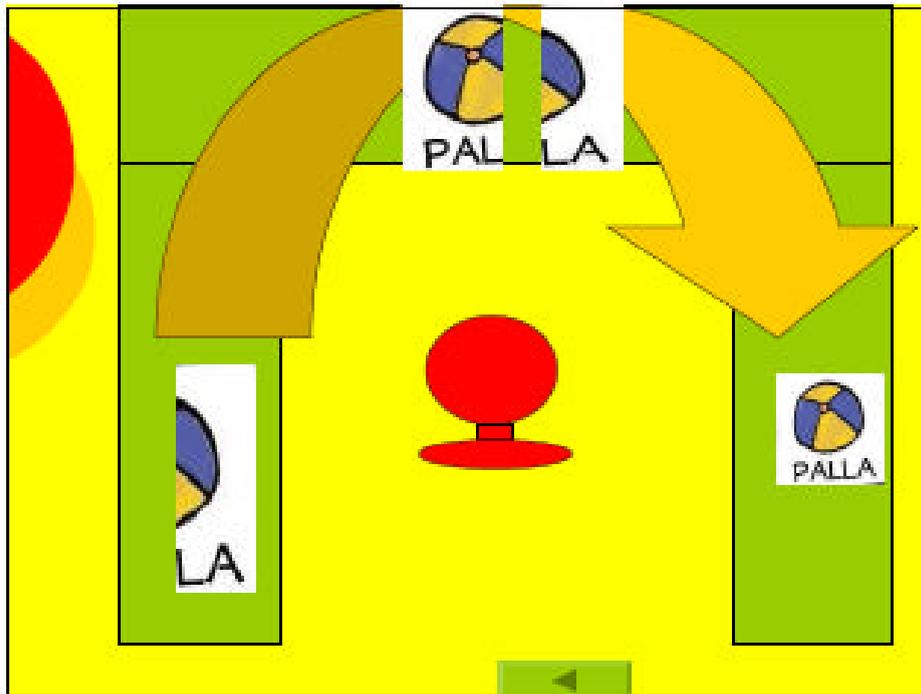


**Slide 42 strutturazione**

In questo modo è possibile passare da una percezione disorganizzata dell'ambiente a una visione dello spazio definita da pochi elementi associati a determinati eventi in modo prevedibile. Un ulteriore accorgimento è la riduzione degli stimoli distraenti e non pertinenti alle attività di apprendimento.

Chiarificare l'ambiente significa ridurre l'ansia e prevenire i problemi di comportamento, e questo garantisce una base ancora più solida per l'apprendimento.

Anche le caratteristiche sensoriali del soggetto sono da tenere in considerazione nella predisposizione dell'ambiente di lavoro. Ad esempio un soggetto con ipersensibilità uditiva può apprendere soltanto in un ambiente predisposto per ridurre al minimo le fonti di suono non pertinenti alle attività di apprendimento.



Slide 43

Oltre a una strutturazione dello spazio i soggetti con autismo traggono vantaggio da una strutturazione del tempo in modo da rendere prevedibile ad esempio l'inizio e la fine di un'attività.

**Concetti base**

- Tempo
- Durata
- Manipolazione
- Assistenza diretta
- Dimostrazione
- Ripetizione costante
- Segnalazione
- Pantomima
- Direttive verbali
- Rinforzo positivo
- Rinforzo sociale
- Time out
- Disapprovazione sociale

Slide 44

Schopler e colleghi (1995) hanno sviluppato la strategia degli schemi temporali: si tratta di schemi in cui una serie di oggetti, fotografie, disegni, o parole scritte permettono di far visualizzare al soggetto la successione delle attività della giornata.

## **IL LINGUAGGIO**

Il linguaggio ha diverse funzioni comunicative:

**-richiesta:** la persona comunica il desiderio che qualcuno gli dia un oggetto, che compia un'azione per lui, o gli dia il permesso di prendere un oggetto o fare qualcosa.

L'aspettativa che si crea è che questo accada immediatamente.

**-cercare attenzione:** la persona esprime il desiderio di avere l'attenzione di un'altra persona, quando ancora non l'ha ottenuta.

**-rifiutare:** la persona rifiuta un oggetto offerto, rifiuta un'azione di un'altra persona o rifiuta di obbedire a una richiesta.

**-commentare:** la persona indica le proprie caratteristiche o di altre persone o di oggetti che sono immediatamente evidenti a colui che ascolta, e che si riferiscono all'ambiente circostante.

**-dare informazioni:** la persona dice ad un'altra qualcosa che essa ancora non conosce.

Questo può consistere nel raccontare un'esperienza propria o di un altro che è accaduta in passato e che ci si aspetta accada in futuro.

Può anche comportare il rispondere a domande per fornire a chi le pone risposte che ancora non conosce.

**-chiedere informazioni:** la persona esprime il desiderio che qualcuno gli dia le informazioni di cui ha bisogno o che vuole

**-esprimere sentimenti:** la persona esprime le proprie sensazioni fisiche o emotive come ad esempio "mi piace " o "non mi piace"

**-parole sociali**



## Parole sociali

"Ciao!"

"Addio"

"Grazie"



Slide 45 Parole sociali



## La comunicazione è necessaria

**Non possono**

comunicare non è che non vogliono!

Slide 46

Nell'autismo viene a mancare l'intenzionalità comunicativa. Il bambino autistico non può comunicare, ha difficoltà con tutto ciò che è comunicazione.



Slide 47 Comunicazione

E' necessario:

- adattarsi alle caratteristiche del singolo bambino;
- comunicare partendo dalla situazione attuale;
- utilizzare un linguaggio chiaro e concreto ;

## Messaggi

- Chiari
- Nulla di sottinteso
- Abbassare l'espressività del linguaggio

**Slide 48**

- parlare lentamente ed in modo scandito, a bassa voce, in modo deciso;
- aiutare il bambino nella comprensione attraverso dimostrazioni;
- utilizzare canali comunicativi alternativi (supporti visivi, guida fisica, esempio dei coetanei);

## Le addizioni

The slide illustrates the concept of addition through two visual examples. The top example shows a sequence of boxes containing the numbers 3, a plus sign (+), 2, an equals sign (=), and a blank space. The bottom example shows three green circles: the first contains three black dots, followed by a plus sign (+), a second circle containing two black dots, an equals sign (=), and a final circle containing five grey squares. This visualizes the equation 3 + 2 = 5.

**Slide 49 Addizioni**

### Le sottrazioni

3 - 2 = 1

3 - 1 = 2

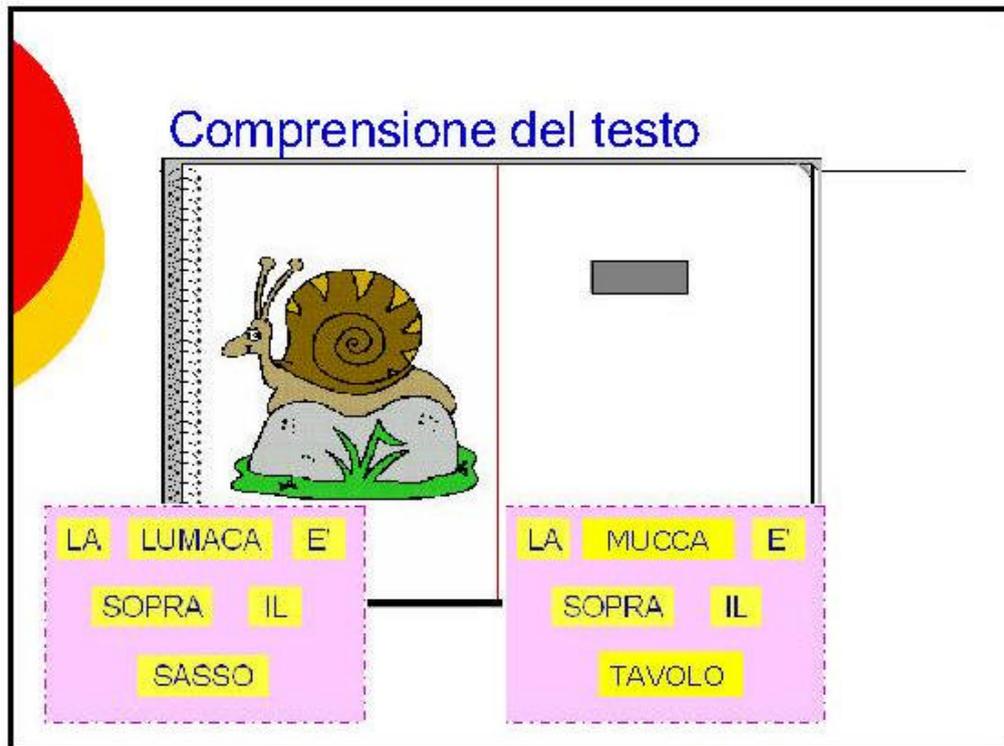
Slide 50 sottrazioni

- associare le parole a oggetti reali, immagini e fotografia;

### Comprensione del testo

LA LUMACA E'  
SOPRA IL  
SASSO

Slide 51



Slide 52

- evitare domande astratte o generiche;
- verificare che il bambino abbia capito e ripetere le istruzioni;
- utilizzare stimoli comunicativi in maniera "ridondante";
- dare tempo al bambino per rispondere secondo le sue capacità;
- non anticipare le risposte;
- chiudere i circoli comunicativi rinforzando la richiesta del bambino;
- aiutare i coetanei a decifrare comportamenti atipici e poco prevedibili.



## Facilitatore

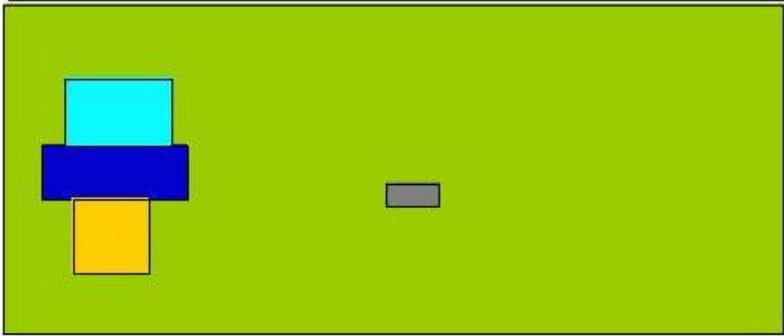
---

Una qualsiasi persona che assume la responsabilità nel supportare gli sforzi comunicativi, gradualmente si ritirerà cercando di responsabilizzare il paziente per fargli assumere un ruolo più attivo.

Slide 53 Facilitatore

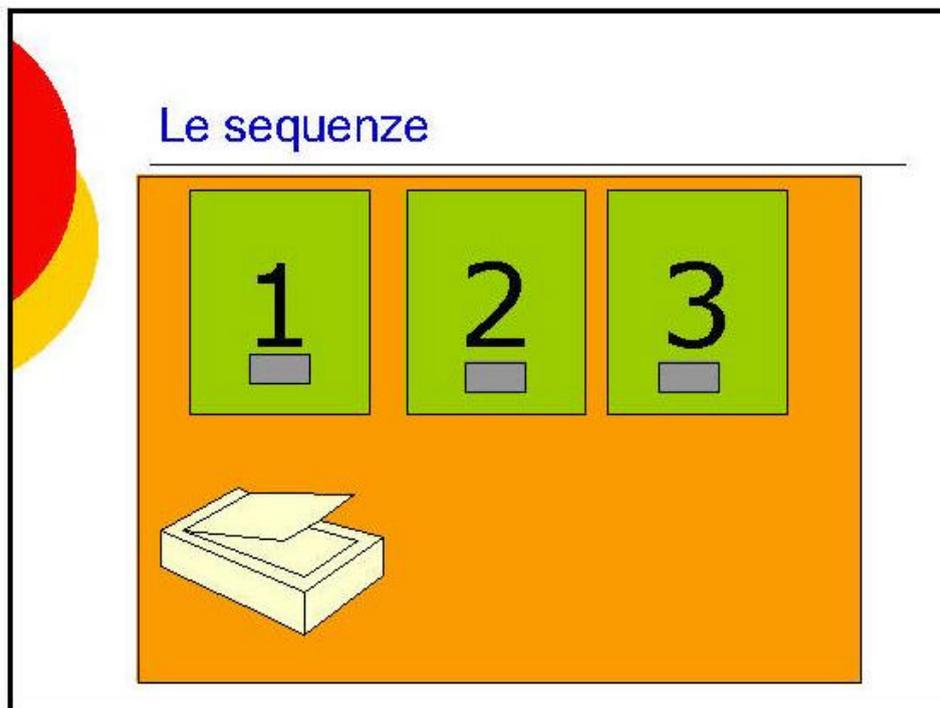


## Quantità- numero



3

Slide 54 Numero



Slide 55 sequenze



Slide 56

## La comunicazione per immagini

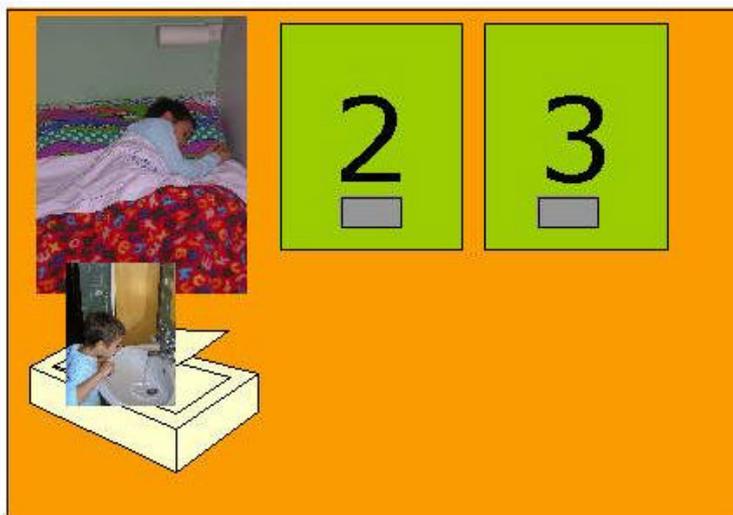
---

Gli cambia  
completamente la  
qualità della vita!

Slide 57

## Le sequenze per l'autonomia

---

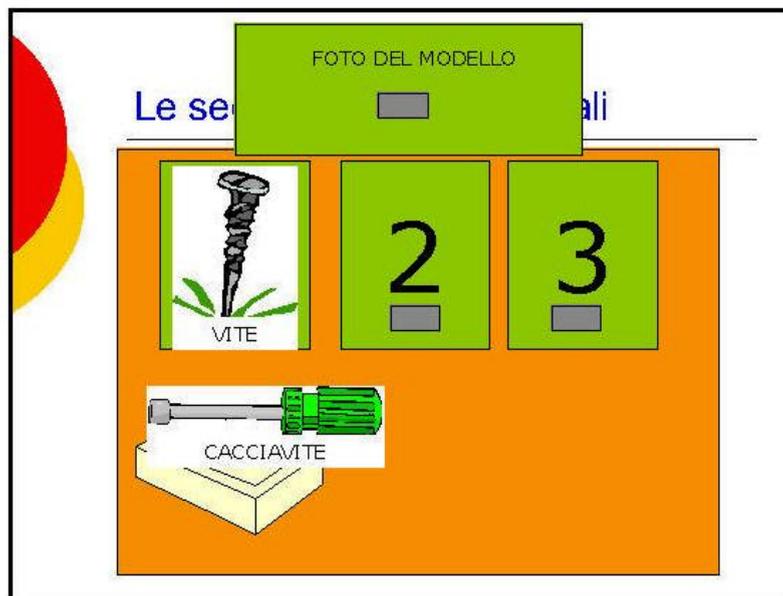


Slide 58



ù

Slide 59



Slide 60



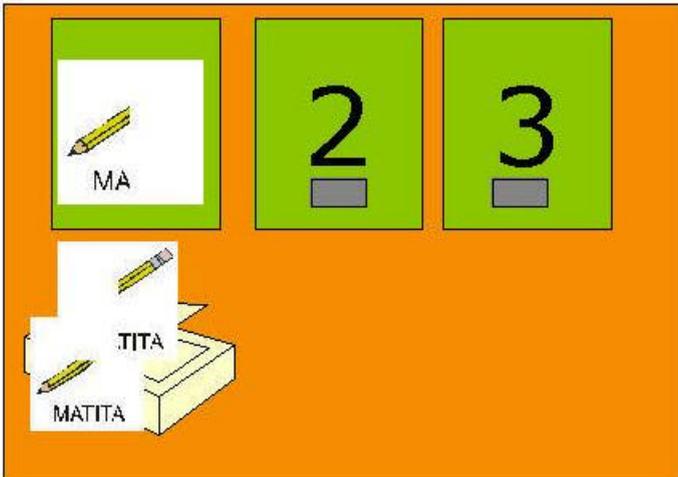
---

Il linguaggio verbale è  
solo UNO dei possibili  
codici comunicativi

Slide 61



Le sequenze a scuola



Slide 62



Slide 63

**TUTTAVIA**



Slide 64



## C.A.A.

---

Ogni comunicazione che sostituisce, potenzia o integra il linguaggio verbale fa parte della comunicazione aumentativa ed alternativa.

Slide 65



## Intervento

---

- o Abilità che possiede
- o Strategie di mantenimento che le figure esterne possono mettere in atto
- o Pensare alle potenzialità e non ai deficit

Slide 66

## Strumenti

Dare lo strumento è solo il primo passo per incrementare la comunicazione e l'autonomia della persona con autismo.



Slide 67

## Sistemi simbolici grafici



- Picture Communication Symbols (PCS) 1400 simboli traduzione in italiano
- Pictogram Ideogram Communication (PIC) 409 simboli su sfondo nero in italiano
- Blissymbols 2200 con possibilità di espansione in italiano

Slide 68

## Scelta

---

Momento cruciale che deve evolversi ed adattarsi alle diverse situazioni di vita della persona.

Slide 69

18

## PER GRADI

---



Slide 70

## Uso dei simboli

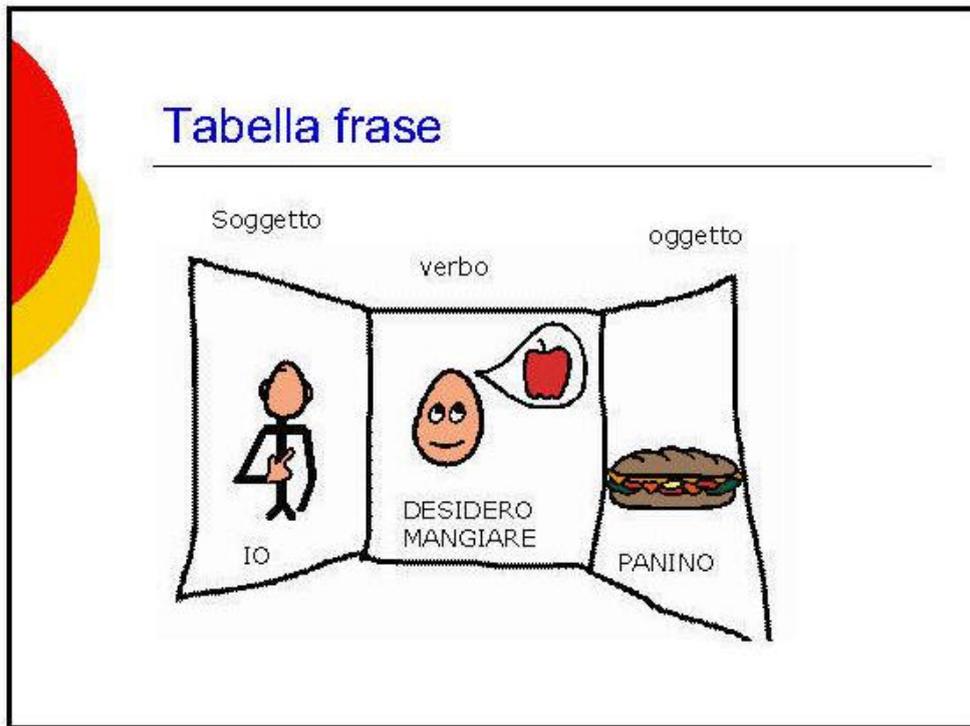
Organizzato seguendo le regole grammaticali comunemente applicate nella lingua italiana in modo da costruire proposizioni comprensibili a chiunque dal momento che su ogni simbolo è riportata la parola corrispondente.

Slide 71

## Tabella frase



Slide 72



Slide 73



Slide 74



## Come decidere

---

Fare una descrizione (neutra) operativa dei problemi tramite una Griglia di osservazione

- Per 2 settimane
- Massimo 3 comportamenti
- Tutti osservano, ma ognuno per se



Slide 75

### ***I COMPORTAMENTI PROBLEMA***

Eric Schoper definisce i problemi di comportamento come la punta dell'iceberg dell'autismo . L'unico modo per affrontarli è comprendere la parte immersa nell'acqua, quella non immediatamente visibile, cioè il significato comunicativo e motivazionale del comportamento disturbante



## Come decidere

---

Fare una descrizione (neutra) operativa dei problemi tramite una Griglia di osservazione

- Per 2 settimane
- Massimo 3 comportamenti
- Tutti osservano, ma ognuno per se



### Slide 76

Per comprendere il significato di un comportamento problematico è necessario raccogliere informazioni dettagliatamente sul comportamento stesso (quando si verifica, in presenza di quali persone, quando non si verifica, ecc. ) e sugli eventi che lo precedono (cause scatenanti) oppure lo seguono (rinforzi)

Bisogna chiedersi :

**-CHE FUNZIONE HA IL TAL COMPORTAMENTO?**

**-IN QUALI OCCASIONI SI MANIFESTA?**

**-QUALI SONO I COMPORTAMENTI ALTERNATIVI  
POSSIBILI?**



Tecniche di primo livello

---

Rinforzamento  
positivo di  
qualsiasi  
emissione di  
comportamen  
to corretto.



Slide 77

E' bene sapere che i comportamenti problema servono perciò è difficile  
eliminarli, bisogna invece sostituirli.

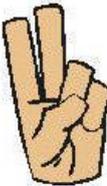


## Tecniche di secondo livello

Rinforzamento  
positivo di  
qualsiasi  
emissione di  
comportamento  
corretto

+

**Estinzione del  
comportamento  
problema**



Slide 78



## Tecniche di terzo livello

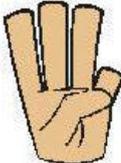
Rinforzamento positivo di  
qualsiasi emissione di  
comportamento corretto

+

Estinzione del comportamento  
problema

+

**punizione**



Slide 79



## Tecniche

- Time -out: interrompere per breve tempo immediatamente dopo il c.p. una situazione gratificante per il bambino.
- Ipercorrezione: costringe il soggetto a compiere una serie di azioni fastidiose come conseguenza immediata del c.p.;
- Blocco fisico: immediatamente dopo il c.p., "immobilizzare" il soggetto per alcuni minuti,

### Slide 80 Tecniche

La finalità principale sarà quella di ridurre la frequenza dei comportamenti negativi e incrementare i comportamenti positivi.

E' possibile individuare tre livelli di tecniche:

**-tecniche positive**

**-tecniche positive e frustrazione**

**-tecniche positive e frustrazione e punizione.**

Si ha il rinforzo positivo quando si da' qualcosa al soggetto, mentre se si toglie qualcosa si ha un rinforzo negativo.

La punizione consiste nel far seguire al comportamento negativo una risposta spiacevole o togliere un rinforzo positivo

**In generale per ridurre i comportamenti problematici bisogna:**

- rendere il più possibile prevedibili gli avvenimenti;
- fare maggiore attenzione ai cambiamenti di routine o attività;
- permettere al bambino di evitare certe attività non piacevoli;
- partire dai suoi interessi particolari;
- rinforzare il comportamento adeguato seguendo le preferenze del bambino;
- permettere momenti di riposo e di scarico della tensione;

- rassicurarsi che il bambino sia in condizioni di benessere fisico e che non abbia dolore, fame , sonno, sete, caldo, ecc. ;
- rassicurarsi che non si stia annoiando ;
- rassicurarsi che non vi siano nell'ambiente stimoli disturbanti per il bambino (ad esempio rumori eccessivi o particolari) ;

mettere slide p20 " ultima "da buttare"



## Da buttare

- Ore perse non facendo niente
- Ore perse facendo cose non appropriate
- Il danno deriva da: apprendere comportamenti disfunzionali/ non fare ciò che si sa essere utile
- No all'attesa!
- No a singole ore di terapia!
- No alla frase : "Lei faccia la mamma" !
- No alla frase: "Ma deve stare in classe con gli altri!"

Micheli, 2007

Slide 81 da buttare

## PER RIASSUMERE



# RIASSUMIAMO

---

## Spettro Autistico

Slide 82



## Punti fermi

---

- o Origine neurobiologica
- o Individuazione precoce
- o Presa in carico globale
- o Centralità della persona
- o Intervento psicoeducativo
- o Trattamento intensivo

Slide 83

Micheli, 2007

### Va da se...

---

- Insegnare abilità per ridurre la disabilità
- Insegnare abilità per migliorare la qualità della vita
- Modificare l'ambiente per aiutare la persona disabile a viverci
- Insegnare abilità per "cavarsela"
- Arte e scienza

Slide 84

### Linee guida: ciò che sappiamo sull'intervento Psicoeducativo

---

- L'intervento intensivo e precoce può essere estremamente efficace
- L'intervento deve essere un insegnamento pensato e programmato e non estemporaneo
- E' necessario adattare il modo di insegnare al peculiare modo di funzionare di un bambino autistico

*(adattato da Schreibmann, 2000)*

Slide 85



Tel. 800-844052  
www.erickson.it

## Riferimenti 1

---

- o *L'autismo*, U.Frith; Ed. La terza
- o *La comunicazione spontanea nell'autismo*, Schopler; Erickson
- o *L'ABC delle emozioni*, Di Pietro; Erickson
- o *Autismo e intervento educativo*, Powell, Jordan; Erickson
- o *Sviluppare le relazioni nei disturbi autistici*, Gastein vol1-2; Erickson
- o *Autismo e competenze cognitive emotive*, Pinelli; Erickson
- o *La valutazione iniziale delle abilità dell'handicappato*, Ianes; Erickson
- o *Autolesionismo, stereotipie, aggressività*, Ianes; Erickson
- o *Intervento cognitivo nei disturbi autistici e di Asperger*, De Meo, Vio, Maschietto; Erickson
- o *Imparo a tagliare con le forbici*, Klein; Erickson
- o *Imparo a leggere l'orologio*, Erickson
- o *Usare l'euro*, Erickson

**Slide 86**



## Riferimenti 2

---

- o Regione Emilia Romagna, "Dossier: assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico", 2004
- o Brandi, Bigagli "Neuroni specchio e autismo", Quaderni del dipartimento di Linguistica-Università di Firenze, 2004
- o Società italiana di Neuropsichiatria infantile (NPI), "Linee guida per Autismo", 2005
- o T. Peters, H. Declerq: "Teacch: un programma educativo strutturato per l'integrazione di persone autistiche e con gravi disturbi della comunicazione" Atti corso formazione, 2000
- o C. Raffin "Training intensivo: i disturbi generalizzati dello sviluppo", atti 2002

**Slide 87**