



Proposta Linee Guida Autismo e Scuola





LINEE DI INDIRIZZO

Disturbi dello Spettro Autistico e Scuola

USR-CAMPANIA

a cura di

L. Franzese, A. Frolli

coadiuvati dal gruppo di lavoro:

M. Amato, A. Bosco, A. Cavallaro, A. Ciriello, E. Fucci, R. Gervasio, M. Landolfo,

M. Minopoli, P. Pisciotta, M. Rossi Doria, L. Ranieri, M. Ruscello, A. Vairo



INDICE

Introduzione

Parte 1 - Che Cos'è l'Autismo

- a. Definizione e Caratteristiche Cliniche
- b. Etiologia e Sviluppo del Disturbo
- c. La Diagnosi

Parte 2 - Il Panorama degli Interventi

- a. Approcci Comportamentali ed Approcci Evolutivi
- b. Le LG dell'ISS e l'Efficacia degli Interventi
- c. Gli Interventi Educativi Comportamentali
- d. Il Ruolo del PEI

Parte 3 – Le Strategie di Intervento

- a. Incrementare le Abilità
- b. Decrementare i Comportamenti Problema
- c. Prevedere l'Autonomia
- d. La Classe come Risorsa

Le linee guida rappresentano uno strumento di indirizzo e si compongono di suggerimenti operativi indispensabili per garantire una risposta adeguata ai bisogni degli studenti affetti da Autismo, alle famiglie che li assistono e agli operatori scolastici. Negli ultimi anni vi è stato un incremento esponenziale dei casi di Autismo, se consideriamo le stime statunitensi, si è passati da una prevalenza di 1/150 del 2000, ad una prevalenza di 1/68 del 2012 ed infine ad una prevalenza di 1/59 del 2014 (Baio et al., 2018).

La scuola rappresenta, insieme alla famiglia, la principale agenzia educativa e l'ambiente naturale dove, gli alunni, possono potenziare le proprie abilità sociali, comunicative e cognitive nel rispetto della creatività individuale e della propria originalità. Il concetto di inclusione cui tendono le linee guida pone il diritto alla qualità della vita come una premessa e non l'obiettivo.

Il fine ultimo del processo inclusivo è fornire ai diversi alunni in base alle proprie esigenze educative, la possibilità di crescita come persone autonome e socialmente integrate.

Ogni alunno è un mondo ed ognuno ha una propria originalità che va coltivata e sviluppata perché la diversità rappresenta una risorsa e non una limitazione.



Amarti è...

*...quando piove forte e guardi il mare allora vedi gli
opposti dell'amore e nel mezzo, lì, trovo te che sei già
parte di me se e solo se questo è amare...*

*...quando il vento ti spinge altrove e sento un impulso
ad andare avanti per ore e ad ogni costo andrò verso
di te se quello che ho sei solo tu senza ragione.*

*Mamma di Luca,
Eroe che combatte la sua
battaglia contro l'Autismo*

Definizione del Disturbo e Caratteristiche Cliniche

Definizione del Disturbo. I Disturbi dello Spettro Autistico rappresentano un gruppo eterogeneo di disordini ad esordio in età evolutiva, che presentano un'espressività clinica variabile fra soggetto e soggetto e, nello stesso soggetto, nel corso del tempo. Tuttavia, a fronte di questa marcata variabilità clinica, esistono comunque delle caratteristiche comuni che consentono di individuare un nucleo sintomatologico sufficientemente definito: compromissione della comunicazione-sociale cui si associa una scarsa flessibilità dei processi di pensiero. In campo clinico la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico viene realizzata attraverso l'uso di due manuali diagnostici comunemente adottati dalla comunità scientifica internazionale: l'**International Classification of Diseases (ICD)** dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità*, quasi giunto all'undicesima edizione (**ICD-11**), e il **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)** dell'*American Psychiatric Association (2013)*, giunto invece alla quinta edizione (**DSM-5**). Il DSM-5, il manuale attualmente più usato, ha abolito tutte le sottocategorie riportate nelle precedenti edizioni ed individua un'unica grande macrocategoria, i Disturbi dello Spettro Autistico (ASD), al fine di favorire una maggiore chiarezza ed immediatezza della diagnosi (Wing, Gould, & Gillberg, 2011).

Infatti, mentre nella precedente edizione (DSM-IV-TR) veniva individuata una macrocategoria, Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, ed una serie di sottocategorie (tab.1) i cui confini erano molto sfumati e non sempre ben definiti, ciò non avviene più nel DSM-5 dove l'unica diagnosi categoriale possibile è quella di Disturbo dello Spettro Autistico (Mazefsky e tal., 2013).

Disturbo Autistico
Disturbo Disintegrativo della Fanciullezza
Sindrome di Asperger
Sindrome di Rett
Disturbo Pervasivo NAS (non altrimenti specificato)

tab.1 Sottocategorie Disturbi Pervasivi dello Sviluppo

Rispetto alla precedente edizione il DSM-5, non solo ha abolito questa suddivisione in sottocategorie, ma ha anche rinunciato alla distinzione fra una compromissione qualitativa della interazione sociale e una compromissione qualitativa della comunicazione verbale e non verbale, considerate come due aree funzionali distinte. L'interazione sociale e la comunicazione verbale e non verbale vengono, infatti, considerate dal DSM-5 come due aree strettamente correlate in termini funzionali, neurobiologici e clinico evolutivi e pertanto fuse in un'unica dimensione: la "comunicazione-sociale".

Il DSM-5 inoltre ha anche cercato di mediare l'approccio categoriale, proprio dei manuali diagnostici, con quello dimensionale, proprio della psicopatologia clinica. In tal senso al clinico viene richiesto non solo di fare diagnosi utilizzando l'etichetta esclusiva di Disturbo dello Spettro Autistico (ASD), ma altresì deve attribuire un livello di severità alla compromissione della comunicazione-sociale, del repertorio di attività ed interessi, delle abilità adattive e del funzionamento cognitivo. Nello specifico per ognuna di queste dimensioni vengono individuati 3 livelli di severità. Si passa, infatti, da un livello 1 che si riferisce ad una situazione "lieve" ad un livello 3 che definisce una situazione di "particolare gravità".

Infine, il DSM-5 colloca i Disturbi dello Spettro Autistico (ASD) nel capitolo (tab.2) definito con la denominazione di Disordini del Neurosviluppo (*Neurodevelopmental Disorders*).

Disabilità Intellettiva
Disturbi dello Spettro Autistico
ADHD
Disturbi Specifici dell'Apprendimento
Disturbi della Comunicazione e del Linguaggio
Disturbo della Coordinazione Motoria

tab.2 Disordini del Neurosviluppo

La caratteristica chiave di questo capitolo del DSM-5 è rappresentata dal fatto che tutti e sei i disordini non sono riconducibili ad una causa specifica e nota ma piuttosto rappresentano l'espressione di una disorganizzazione precoce dei processi di formazione del cervello con particolare riferimento alle tappe della sinaptogenesi (formazione delle sinapsi) e del successivo perfezionamento della connettività encefalica. Pertanto, tali disordini esordiscono nelle prime fasi di sviluppo con manifestazioni che si modificano progressivamente nel tempo e si presentano spesso in associazione fra loro. Infatti, la comorbidità tra i diversi Disordini del Neurosviluppo è un'evenienza molto frequente.

Punti Chiave

- (a) Esiste un'unica Categoria - i Disturbi dello Spettro Autistico (ASD)*
- (b) Gli ASD presentano compromissione nell'area della Comunicazione/Sociale e nell'area della Flessibilità degli Schemi di Pensiero*
- (c) Per avere una diagnosi completa va indicato il livello di compromissione delle diverse dimensioni*
- (d) Gli ASD rientrano nel Capitolo clinico dei Disordini del Neurosviluppo*
- (e) I Disordini del Neurosviluppo possono presentarsi in comorbidità tra loro*



Caratteristiche Cliniche. Il DSM-5 individua fondamentalmente due nuclei disfunzionali “centrali” che conferiscono specificità ai disturbi dello Spettro Autistico (ASD): (a) una compromissione qualitativa della Comunicazione/Sociale e (b) un’alterazione qualitativa del Repertorio di Attività ed Interessi che riflette una Rigidità dei Processi di Pensiero (tab.3).

Il deficit qualitativo e persistente nella **Comunicazione/Sociale (a)**, espresso in diversi contesti e non spiegabile attraverso un ritardo generalizzato dello sviluppo, si deve manifestare attraverso tutti e tre i seguenti punti:

1. *Deficit nella Reciprocità Socio-Emotiva* che va da un approccio sociale anormale e insuccesso nella normale conversazione (botta e risposta) attraverso una ridotta condivisione di interessi, emozioni, percezione mentale e reazione fino alla totale mancanza di iniziativa sociale.

2. *Deficit nei Comportamenti Comunicativi non Verbali* usati che va da una scarsa integrazione della comunicazione verbale e non verbale, attraverso anomalie nel contatto oculare e nel linguaggio del corpo, o deficit nella comprensione della comunicazione non verbale, fino alla totale mancanza di espressività facciale e gestualità.

3. *Deficit nella Creazione e Mantenimento di Relazioni* appropriate al livello di sviluppo (non comprese quelle con i genitori e/o caregiver); che vanno da difficoltà nell’adattare il comportamento ai diversi contesti sociali attraverso difficoltà nella condivisione del gioco immaginativo e nel fare amicizie fino all’apparente assenza di interesse per le persone.

Invece per il pattern di **Comportamenti, Interessi o Attività Ristretti e Ripetitivi (b)** devono essere presenti almeno due dei seguenti punti:

1. *Linguaggio, Movimenti o Uso di Oggetti Stereotipati o Ripetitivi*, come semplici stereotipie motorie, ecolalia, uso ripetitivo di oggetti, o frasi idiosincratiche.

2. *Eccessiva Fedeltà alla Routine, Comportamenti Verbali o non Verbali Riutilizzati o Eccessiva Riluttanza ai Cambiamenti*: rituali motori, insistenza nel fare la stessa strada o mangiare lo stesso cibo, domande incessanti o estremo stress a seguito di piccoli cambiamenti.

3. *Interessi altamente Ristretti e Fissati, Anormali in Intensità o Argomenti*: forte attaccamento o interesse per oggetti insoliti, interessi eccessivamente persistenti o circostanziati.

4. *Iper o Ipo-reattività agli Stimoli Sensoriali o Interessi Insoliti verso Aspetti Sensoriali dell'Ambiente*: apparente indifferenza al caldo/freddo/dolore, risposta avversa a suoni o consistenze specifiche, eccessivo annusare o toccare gli oggetti, attrazione per luci o oggetti roteanti.

(a) Comunicazione/Sociale (necessari per la diagnosi 3 su 3)

1. **Compromissione Reciprocità Socio/Emotiva**
2. **Compromissione Comportamenti Comunicativi non Verbali**
3. **Compromissione dell'Iniziativa e del Mantenimento delle Relazioni**

(b) Interessi ed Attività Ristretti e Ripetitivi (necessari per la diagnosi 2 su 4)

1. **Comportamenti Stereotipati**
2. **Rituali e Routine Eccessivi**
3. **Interessi Ristretti**
4. **Alterazioni Sensoriali**

tab.3 Criteri Diagnostici DSM-5

Va segnalato che quando parliamo di Spettro dell'Autismo includiamo situazioni cliniche che vanno dal basso funzionamento (LF - Low Functioning) all'alto funzionamento (HF - High Functioning). Mentre nelle situazioni a medio/basso funzionamento la diagnosi avviene generalmente entro i primi tre anni di vita, nei

soggetti ad alto funzionamento spesso la diagnosi è misconosciuta fino all'età scolare.

Punti Chiave

- (a) Nel DSM-5 le dimensioni diagnostiche sono due: Comunicazione/Sociale E Repertorio di Attività ed Interessi*
- (b) Gli ASD possono variare in base alla severità dei sintomi da HF a LF*
- (c) Le situazioni a medio/basso funzionamento (LF) sono diagnosticabili nei primi anni di vita*
- (d) Le situazioni ad alto funzionamento (HF) vengono diagnosticate in età Scolare perché il quadro clinico è più sfumato*

Eziologia e Sviluppo del Disturbo

Eziologia. I Disturbi dello Spettro Autistico (ASD) rappresentano Disordini del Neurosviluppo complessi ad eziologia multifattoriale. Si tratta cioè di disordini neurobiologici dove fattori genetici ed ambientali spiegano nel loro insieme la genesi del disturbo.

Da un punto di vista storico si è passati da un'ipotesi psicogena ormai abbandonata, che individuava quale causa del disturbo l'eccessiva "freddezza" genitoriale, ad un'ipotesi neurobiologica dove per lo più in soggetti geneticamente predisposti fattori ambientali vari sono capaci di slantizzare la sintomatologia. Peraltro, negli ultimi anni le recenti scoperte epigenetiche hanno consentito di dimostrare che molti geni subiscono processi regolativi sotto l'influenza di fattori ambientali, ciò contribuirebbe ulteriormente a sostenere un'ipotesi di sviluppo della patologia di tipo multifattoriale.

Punti Chiave

- (a) L'autismo è un disordine neurobiologico e non ha origini psicogene;*
- (b) Non esiste il gene dell'autismo, per lo più si parla di una predisposizione Genetica;*
- (c) Oggi sono sempre più frequenti le ricerche di epigenetica (ambiente che influenza l'espressione dei geni);*
- (d) Anche l'ambiente gioca un ruolo importante sia in maniera diretta (Inquinamento/Mutazioni Genetiche e/o Fattori Ambientali/Vulnerabilità) o indiretta (Fenomeni Epigenetici di Regolazione di Geni del Neurosviluppo).*

Sviluppo del Disturbo. Nel primo anno di vita la compromissione sociale è tipicamente espressa dal deficit del contatto oculare; infatti, i genitori riferiscono una globale difficoltà ad agganciare il loro piccolo con particolare riferimento alla “presenza di uno sguardo fisso quasi assente, nel complesso molto sfuggente”. In questa fase evolutiva il bambino può manifestare anche un'insofferenza per il contatto fisico espressa con comportamenti di evitamento corporeo. Particolarmente frequenti sono, infine, le alterazioni delle espressioni mimiche con povertà del sorriso sociale o per contro con espressioni eccessive ed acontestuali (riso eccessivo e non aderente al contesto, pianto non correlato a situazioni reali, etc.). Tali comportamenti risultano nel complesso privi di funzione di segnalazione. Infine, nel primo anno di vita appare rallentato lo sviluppo della comunicazione mimico-gestuale con alterata emergenza di gesti deittici elementari come l'allungare il braccio o l'indicare (pointing). I gesti rappresentativi, come ad esempio fare ciao con la manina, risultano invece totalmente assenti (tab.4).

(a) Interazione Sociale

- 1. Deficit Contatto Oculare**
- 2. Sfuggenza Fisica**
- 3. Alterazione Espressioni Mimico-Facciali (Sorriso, Pianto e Collera)**

(b) Comunicazione

- 1. Scarsa Intenzionalità Comunicativa**
- 2. Rallentata Emergenza Gestii Deittici (Allungare il Braccio, Pointing, Etc.)**
- 3. Assenza Gestii Rappresentativi**

tab.4 Segnalatori Primo Anno di Vita

Nel corso del secondo anno, il deficit comunicativo-sociale diventa sempre più esplicito (tab.5). Il bambino si isola frequentemente e sembra aggirarsi fra gli altri come se non esistessero; nel complesso non risponde al proprio nome e non richiede la partecipazione dell'altro ai suoi giochi. L'altro, infatti, non viene realmente individuato quale partner privilegiato per la condivisione di attività ed interessi, ma risulta spettatore passivo e per lo più viene utilizzato in maniera strumentale dal bambino. Frequenti in tal senso sono comportamenti quali prendere la mano dell'altro ed utilizzarla come strumento, direzionare il corpo dell'altro o parti di esso per ottenere oggetti, etc. Nel secondo anno di vita, il deficit del linguaggio diventa maggiormente evidente e non risulta vicariato da alcun compenso efficace mimico-gestuale.

La mancanza del linguaggio, unitamente al deficit sociale, rappresenta il più frequente campanello di allarme per il genitore, che descrive allo specialista il proprio bambino con espressioni del tipo: quando lo chiamo non risponde, non esegue istruzioni semplici o complesse, se impegnato nel fare qualcosa potrebbe restare lì per ore ed ore senza neanche accorgersi di me. Tali comportamenti rappresentano l'espressione età dipendente del deficit della Comunicazione/Sociale. Le casistiche internazionali segnalano che nel 70-85% dei

casi il linguaggio vien recuperato, tuttavia possono permanere alcune alterazioni specifiche: gergolalie fluenti inintelligibili (suoni gergali che simulano conversazioni, ma che non sono comprensibili); ripetizione di frasi o parole ascoltate nell'immediato (ecolalia immediata); ripetizione di parole frasi memorizzate precedentemente (ecolalia differita); stereotipie verbali; ipostrutturazione frastica.

Nel secondo anno di vita appaiono, inoltre, evidenti i comportamenti appartenenti alla seconda dimensione propria dell'Autismo: alterazione del Repertorio di Attività ed Interessi. Nello specifico iniziano ad evidenziarsi: (1) una dedizione assorbente ad uno o più tipi di interessi ristretti e stereotipati, anomali o per intensità o per focalizzazione; (2) la sottomissione del tutto rigida ad inutili abitudini o rituali specifici (selettività e ritualizzazione); manierismi motori stereotipati e ripetitivi (stereotipie). A tali anomalie può associarsi un'alterazione sensoriale espressa come ipo o iper reattività agli stimoli sensoriali (visivi, uditivi, tattili e dolorifici - Zwaigenbaum et al., 2015).

(a) Comunicazione/Sociale

- 1. Uso Strumentale dell'Altro**
- 2. Scarsa o Nulla Iniziativa Sociale**
- 3. Povertà del Linguaggio e della Comunicazione non Verbale**

(b) Repertorio Attività ed Interessi

- 1. Interessi Assorbenti e Ripetitivi**
- 2. Tendenza alla Ritualizzazione ed alla Selettività**
- 3. Stereotipie (Sfarfallare, Leccare, Dondolarsi, Etc.)**
- 4. Ipo/Ipersensibilità Sensoriale**

tab.5 Segnalatori nel Secondo Anno di Vita

Va segnalato, infine, che in molte forme ad alto funzionamento generalmente non si evidenzia ritardo del linguaggio ed il deficit sociale appare molto sfumato, per cui il quadro clinico resta misconosciuto per anni fino all'età scolare. Infatti, è verso

i sette/otto anni che tali situazioni cliniche vengono intercettate in virtù delle seguenti caratteristiche: tiepidezza sociale, scarsa adeguatezza delle strategie di problem solving sociale, alterazioni semantico-pragmatiche (limitazione del linguaggio metaforico, incapacità di contestualizzazione sociale del linguaggio, incoerenza della mimica, inversioni pronominali, etc.), appiattimento e bizzarrie della modulazione prosodica (tono della voce rigido e piatto). Questi casi venivano segnalati nel DSM-IV-TR come soggetti con Sindrome di Asperger, ma oggi con il DSM-5 rientrano nel capitolo più generale dei Disturbi dello Spettro Autistico.

Punti Chiave

- (a) I Disturbi dello Spettro Autistico presentano generalmente un esordio nei primi tre anni di vita;*
- (b) Esistono Segnalatori Specifici nel primo e nel secondo anno di vita (tab.4/5);*
- (c) Esistono forme ad alto funzionamento molto sfumate diagnosticabili intorno ai 7/8 anni.*

La Diagnosi

La diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico rappresenta l'apice di un processo complesso (fig.1) che prevede il coinvolgimento di un'equipe multidisciplinare composta (Neuropsichiatra infantile, Psicologo, Logopedista, TNPEE, Educatore, pedagogo).

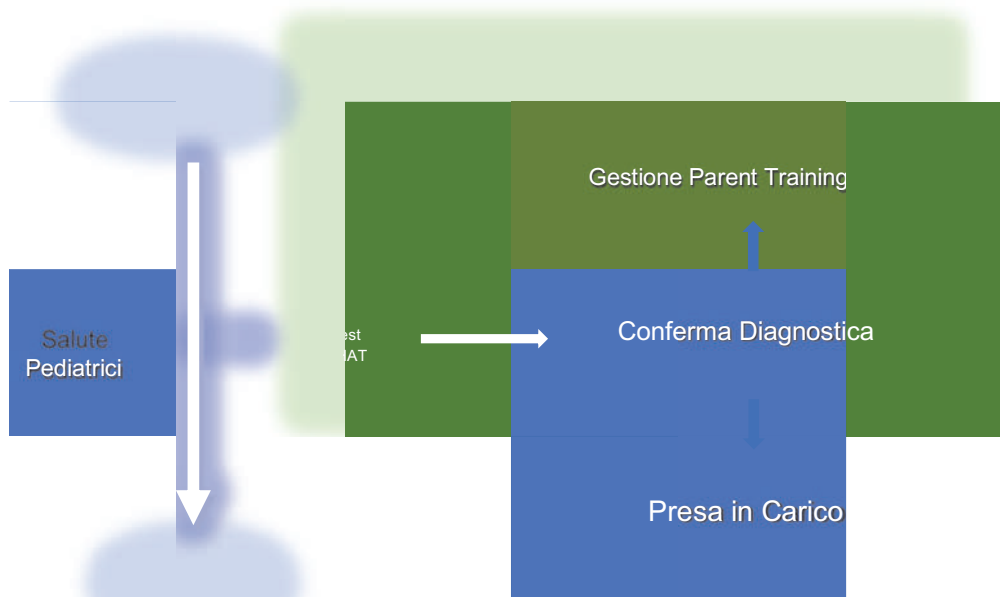
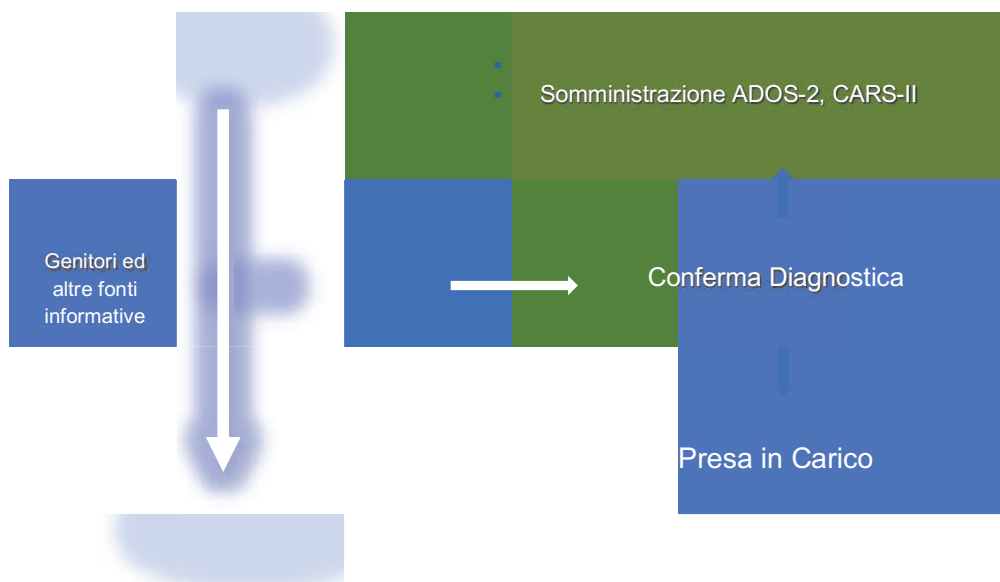


fig.1 Diagnosi di Autismo

Il processo diagnostico parte dall'insorgenza dei sospetti genitoriali e dai periodici bilanci di salute svolti dal pediatra di famiglia; tuttavia, anche le insegnanti possono essere considerate operatori di primo livello per la registrazione del rischio di Autismo. Infatti, laddove fallisca l'individuazione del rischio di Autismo da parte del pediatra, la scuola rappresenta una risorsa vicariante: l'insegnante ha un contesto di osservazione costante e privilegiato del bambino che evidenzierà nel gruppo dei pari la tendenza all'isolamento, scarso coinvolgimento, povertà delle strategie comunicative ed interessi atipici. Il sospetto può essere confermato dalla somministrazione di Test Screening scaricabili on-line tra cui la CHAT, l'M-CHAT, la Q-CHAT, etc. Si tratta per lo più di questionari di autosomministrazione che consentono di quantificare il rischio per un Disturbo dello Spettro Autistico. Il

passaggio successivo è la conferma diagnostica che avviene attraverso l'intervento di un'equipe di secondo livello composta da figure multiple e che hanno maturato una convalidata esperienza in campo di Autismo. La multidisciplinarietà dell'Equipe è fondamentale per la diagnosi clinica e l'inquadramento funzionale e consente di avviare una rapida presa in carico. Esistono attualmente strumenti standardizzati che aiutano il clinico alla diagnosi. Si tratta o di interviste semistrutturate somministrate ai genitori o di scale di gioco strutturate somministrate ai bambini. Il protocollo di base (fig.2) prevede i seguenti passaggi:

- a) Incontri rivolti ai genitori per la raccolta anamnestica, la somministrazione dell'ADI-R e delle Vineland-ABS-II (VABS-II);
- b) Incontri rivolti al/la bambino/a per l'osservazione di gioco libero, la somministrazione dell'ADOS-2, delle CARS-II e di eventuali test di livello (Scale Griffiths, Scale Laiter, Etc.).



La valutazione potrà infine essere integrata dalla somministrazione di test utili alla definizione funzionale tra cui il PEP-3, il VB-MAPP, l'ABLLS-R, Etc. Peraltro, gli strumenti funzionali consentiranno ai clinici di elaborare specifici piani di intervento e di monitorare il percorso del bambino, anche attraverso l'avvio di processi di Parent Training.

Va, infine, sottolineato che la scelta di una struttura di secondo livello si rende necessaria anche per il completamento dell'iter diagnostico strumentale (EEG, Indagini Genetiche, Indagini Metaboliche, Eventuale RM-Encefalo).

Punti Chiave

- (a) La Diagnosi è un processo complesso e composito che parte dal sospetto dei genitori;*
- (b) Gli operatori di primo livello (Pediatri ed Insegnanti) devono intercettare il rischio di Autismo;*
- (c) La Diagnosi deve essere effettuata da un'equipe multidisciplinare di II livello (Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Logopedista, TNPEE, Pedagogista);*
- (d) La Diagnosi deve essere supportata dalla somministrazione di strumenti standardizzati: ADI-R, V-ABS-II, ADOS-2, CARS-II.*

Approcci Comportamentali ed Approcci Evolutivi

Il panorama nazionale ed internazionale degli interventi proposti per l'Autismo risulta ampio e particolarmente variegato. Una distinzione fondamentale si pone tra Approcci Concettuali, Modelli di Intervento e Strategie Operative. Nello specifico con il termine di Approccio Concettuale ci si riferisce alla filosofia di base, ossia al pensiero portante che guida quel filone di interventi; con il termine di Modello di Intervento ci si riferisce, invece, ad una raccolta sistematica di Strategie Operative che caratterizzano quel Modello e che muovono nell'ambito di un Approccio di fondo individuato come assunto concettuale di base; il termine Strategie Operative, infine, si riferisce alle procedure pratiche ed operative che vengono messe in campo per lavorare con l'uno o l'altro bambino.

Gli Approcci Concettuali di base si suddividono in due grosse categorie: Approcci Comportamentali ed Approcci Evolutivi. Mentre i primi hanno come assunto di base la modificazione del comportamento; invece i secondi individuano nelle atipie dello sviluppo un target specifico per i soggetti con Autismo e pertanto suggeriscono di sfruttare le atipie di sviluppo per adattare l'ambiente al soggetto. Semplificando potremmo dire che negli Approcci Comportamentali il target è il comportamento che può essere insegnato e modificato, pertanto l'attenzione è maggiore nell'adattare il soggetto all'ambiente cercando di "normalizzarne" i comportamenti; negli Approcci Evolutivi il target è la diversità tra lo sviluppo tipico e lo sviluppo atipico del soggetto con Autismo, che pur migliorando resterà autistico e pertanto ad un certo punto l'ambiente dovrà riequilibrarsi per migliorarne la qualità di vita.

Uno dei miti che per molti anni ha frequentemente dominato il panorama

scientifico nazionale è che “gli approcci comportamentali non si fondano sulla relazione, sono troppo rigidi e pertanto finiscono con il robotizzare il soggetto con Autismo”. Tale falso mito costituisce un’inesattezza in quanto tutti gli approcci sia quelli evolutivi che quelli comportamentali devono necessariamente fondarsi sulla relazione; peraltro comportamentale non va inteso come sinonimo di strutturato e privo di relazione così come evolutivo non va inteso come sinonimo di relazionale e naturalistico. Tutti gli approcci hanno come chiave di volta la relazione ed in entrambi i casi possiamo riscontrare Modelli di Intervento Strutturati e Modelli di Intervento Naturalizzati. Va, infine sottolineato che negli ultimi anni trovano ampia diffusione Modelli di intervento misti individuati come Neocomportamentali o Neoevolutivi.

Punti Chiave

- (a) Gli Approcci Concettuali rappresentano l’orientamento filosofico concettuale di base che guida i Modelli di Intervento;*
- (b) I Modelli di intervento rappresentano raccolte sistematiche di Strategie Operative che muovono sotto specifici Approcci;*
- (c) Le Strategie Operative sono le procedure pratiche messe in campo;*
- (d) Gli Approcci possono essere Comportamentali se hanno come target l’insegnamento di comportamenti e Evolutivi se hanno come target l’adattamento alle atipie di sviluppo proprie dei soggetti con Autismo;*
- (e) Gli Approcci Comportamentali non coincidono con l’assenza di relazione in quanto la relazione è essenziale per entrambi gli Approcci;*
- (f) In entrambi gli Approcci possono essere individuati Modelli di Intervento Strutturati e Modelli di Intervento Naturalistici.*

Le Linee Guida dell'ISS e l'Efficacia degli Interventi

Le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità individuano tra gli interventi ad alta evidenza scientifica quelli ispirati ai principi dell'Applied Behavior Analysis (Analisi Comportamentale Applicata, ABA). L'ABA è una scienza che trasforma i principi dell'Analisi Sperimentale del Comportamento in procedure che vengono applicate sistematicamente per incrementare i *comportamenti socialmente significativi* (Bear, Wolf & Risley, 1968; Cooper, Heron & Heward, 2007). Schematicamente esiste un livello epistemologico (filosofico), cioè il Comportamentismo, al di sotto del quale vi sono poi due livelli scientifici: l'Analisi Sperimentale del Comportamento, ovvero la ricerca sperimentale di base che si occupa di identificare le leggi che governano nell'apprendimento i rapporti tra individuo ed ambiente, e l'Analisi Comportamentale Applicata, ovvero la scienza applicativa che trasforma in procedure efficaci per il cambiamento le leggi identificate dall'analisi sperimentale (fig.3).

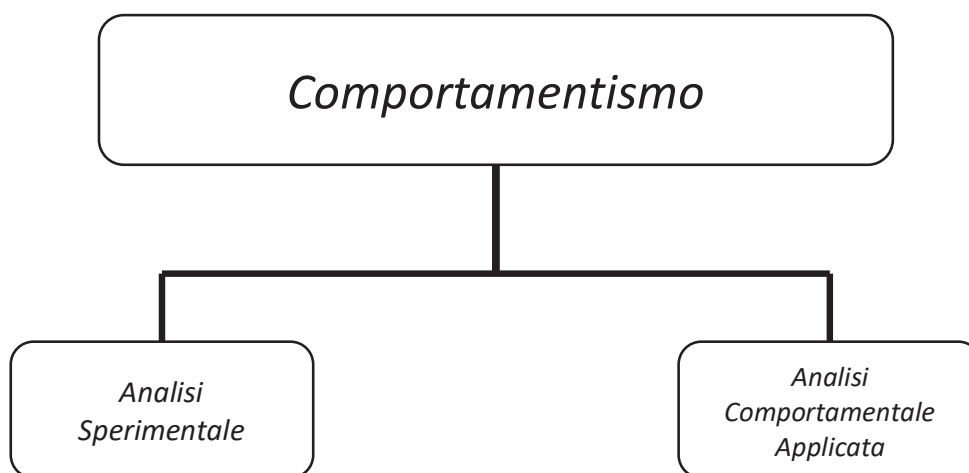


fig.3 Comportamentismo ed ABA



Essendo una scienza naturale, essa prevede l'uso di una logica sperimentale per identificare le variabili responsabili dei cambiamenti nel comportamento. Caratteristica comune a tutte le scienze naturali è la sistematica osservazione, registrazione e misurazione dei fenomeni studiati: nel caso dell'ABA il fenomeno oggetto di studio da registrare e misurare è il comportamento umano. Peraltro, ciò che contraddistingue l'ABA è la possibilità di rispondere ai criteri di previsione e controllo. Tutte le scienze esatte (la fisica, la matematica, la chimica, etc.) rispondono a tali criteri, nel senso che partendo da leggi specifiche è possibile controllando alcune variabili prevedere la modifica di altre: ad esempio basterà modificare l'inclinazione di un piano per variare e prevedere la modifica di velocità di una sfera che vi rotola sopra. Nel caso dell'ABA l'unità di analisi è data dalla triade Antecedente - Comportamento - Conseguenza (Antecedent/Behavior/Consequence = ABC), laddove variando gli antecedenti e le conseguenze (manipolando quindi l'ambiente) è possibile modellare nuovi comportamenti prevedendone lo sviluppo, la stabilizzazione e la successiva generalizzazione.

Tale scienza trova diversi settori applicativi: l'educazione di soggetti con sviluppo neurotipico, l'insegnamento in soggetti con disordini comunicativo-sociali, la psicologia del lavoro, la psicologia di mercato, etc. Tuttavia, l'Autismo rappresenta sicuramente il filone di maggiore interesse applicativo ed ha visto proliferare nel corso degli ultimi cinquant'anni diversi modelli di intervento (fig.4). In tale panorama vanno presi in considerazione almeno tre modelli di lavoro: DTT, Incidental Teaching ed ABA/VB. Il Discrete Trial Teaching (DTT) o apprendimento per prove distinte si riferisce ad un approccio maggiormente strutturato che in gran parte corrisponde al modello di intervento indicato come efficace da Lovaas. In questo modello il Rinforzo è Estrinseco (cioè viene scelto dall'istruttore), i Prompt (cioè gli aiuti) possono essere anche molto intrusivi, la sessione di insegnamento viene

guidata dall'istruttore ed il rinforzo ha alta contingenza con il comportamento corretto.

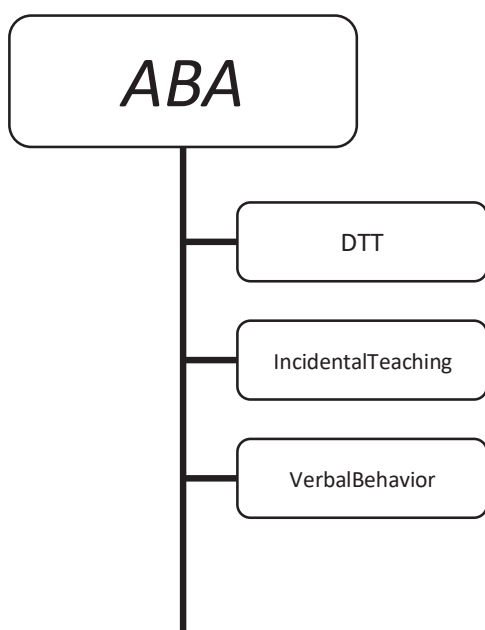


fig.4 Alcuni Modelli ABA

Nell'Incidental Teaching (Insegnamento Incidentale) la motivazione del bambino diventa prioritaria: infatti, il lavoro appare meno strutturato, l'istruttore segue la motivazione e le aspettative del bambino, il rinforzo è intrinseco ed i prompt meno artificiali e vincolanti. Nell'ambito dell'Incidental Teaching rientrano diversi modelli tra cui il PRT, il NET, etc. Il Verbal Behavior (ABA/VB), invece, rappresenta quell'approccio ABA teso soprattutto all'insegnamento dei comportamenti verbali (vocali e non vocali, come anche segni o immagini).

Nell'ambito dell'ABA/VB si fondono insegnamenti strutturati ed apprendimenti incidentali al fine di fornire procedure atte a migliorare le abilità di comunicazione funzionale del soggetto. Indipendentemente dal modello, un approccio fondato sui principi dell'ABA prevede alcune caratteristiche di base:

1. insegnamento sistematico di piccole unità misurabili di comportamento;
2. compiti da apprendere individuati sulla base del profilo di sviluppo, delle scelte e delle preferenze individuali del bambino al fine di favorire un apprendimento *low cost* (massima resa minimo sforzo);
3. scomposizione degli apprendimenti in piccole tappe insegnate ciascuna in sessioni di ripetute e ravvicinate.

Nel complesso il bambino viene guidato a dare risposte semplici, sistematicamente incorporate in repertori di risposte appropriate all'età attraverso suggerimenti (prompting) e conseguenze che funzionano efficacemente da rinforzo.

Nello specifico le Linee Guida dell'ISS del 2011 identificano tre livelli di Efficacia: Evidenza di efficacia, Presumibile Efficacia, Non dimostrata Efficacia; ciò significa che a tutt'oggi esistono interventi che potrebbero avere una significatività ma di cui non è stata ancora sufficientemente documentata l'efficacia. Nella tab.6 sono riportate le principali evidenze di efficacia.

Intervento	Evidenze di Efficacia	Presumibilmente Efficace	Non dimostrata Efficacia
ABA/DTT	X		
ABA/NET	X		
PRT	X		
ESDM	X		
TEACCH		X	
DIR		X	

tab.6 Evidenze di Efficacia Trattamenti LG ISS 2011

Il PRT e l'ESDM sono rispettivamente due modelli di intervento neocomportamentale il primo e neoevolutivo il secondo. In questa prospettiva teorica il Pivotal Response Training (PRT) si colloca come intervento fondato sui principi dell'ABA di carattere neocomportamentale per la matrice naturalistica e perché basato su un lavoro di incidental teaching. Il PRT, infatti, si differenzia ampiamente dalle sessioni di

apprendimento strutturate (DTT) perché basato sulla cattura e la ricerca della motivazione del bambino in ambiente naturale. Questo elemento spiega una migliore generalizzazione delle abilità nuove, un aumento delle risposte spontanee e una rapida riduzione dei comportamenti problematici. Inoltre, in tale modello è prevista un'ampia gerarchizzazione evolutiva dei comportamenti da insegnare (Koegel & Koegel, 2006; Koegel et al., 2017). L'Early Start Denver Model (ESDM) rappresenta invece un modello neoevolutivo che per gli apprendimenti strutturati può avvalersi del DTT o del PRT a seconda del funzionamento del bambino, ma che punta soprattutto a colmare i deficit di Emozionalità Congiunta, di Imitazione e di Gioco Simbolico individuati quali fattori chiave dei bambini con Autismo in fase precoce. A tal fine diventa fondamentale poter utilizzare la classe come spazio di insegnamento ed il coetaneo come modello di gioco e di prime abilità sociali (Dawson et al., 2010). Tra gli Early Intervention va annoverato anche il PACT che dal 2011 ha raccolto una serie di evidenze e prevede un massivo coinvolgimento delle famiglie sotto forma di Parent Coaching (Pickles A. et al., 2016). Infine, tra gli interventi di presunta efficacia vengono annoverati il DIR/Floortime (Greenspan & Wieder, 2008) e il TEACCH (Mesibov, Shea & Schopler, 2005). Il primo vede nelle alterazioni sensoriali del bambino un punto di accesso per la costruzione della relazione; il secondo segnala la strutturazione spazio/temporale quale strategia efficace per ovviare al deficit di prevedibilità del soggetto Autistico o con Ritardo Mentale Medio/Grave.

Punti Chiave

- (a) Gli Interventi che presentano una maggiore evidenza di efficacia sono quelli ispirati all'ABA;*
- (b) L'ABA rappresenta una scienza naturale sotto di essa si sviluppano modelli, quali il DTT, il NET, l'ABA/VB);*
- (c) Altri Modelli di Intervento indicati come efficaci sono l'ESDM e il PRT.*

Gli Interventi Educativi Comportamentali

L'Autismo rappresenta un disordine neurobiologico e comportamentale complesso caratterizzato da una serie di eccessi comportamentali (per lo più comportamenti problema da decrementare ed estinguere) e da una serie di difetti comportamentali (abilità carenti che vanno insegnate e modellate attraverso una serie di interventi mirati). Indipendentemente dal Modello di Intervento e dall'Approccio di Riferimento a livello internazionale è ormai riconosciuta la necessità di un approccio educativo all'Autismo e non di una sola assistenza riabilitativa.

L'Autismo si configura come un disordine caratterizzato da una caduta della reciprocità sociale e della referenza sociale e tale deficit spiega la caduta degli apprendimenti propria di questi soggetti. È ormai documentato che nell'Autismo per il 70-80% dei casi possiamo parlare di un'intelligenza nella norma, laddove ciò che condiziona invece la caduta degli apprendimenti è il deficit sociale. Infatti, la maggior parte dei nostri apprendimenti avviene per imitazione, rinforzo sociale, e mediazione sociale: ciò spiegherebbe le cadute ed i ritardi maturativi con profili di competenze disarmonici propri dei bambini autistici. Possiamo affermare che il soggetto con Autismo apprende in maniera autoreferenziale e quindi apprende soltanto ciò che lo attrae e che peraltro non sempre ha valenza socialmente significativa.

Queste considerazioni hanno favorito lo sviluppo di Modelli Educativi quali Modelli di Intervento prevalenti per i disturbi dello Spettro Autistico: in tale prospettiva più che di paziente autistico possiamo parlare di studente autistico che presenta esigenze educative speciali. Da un punto di vista comportamentale tali concetti

trovano pieno riconoscimento. L'ABA, quale scienza naturale, prevede diversi settori di applicazione e quello riservato all'Autismo è quello dell'Educazione Speciale e non solo quello clinico (fig.5).

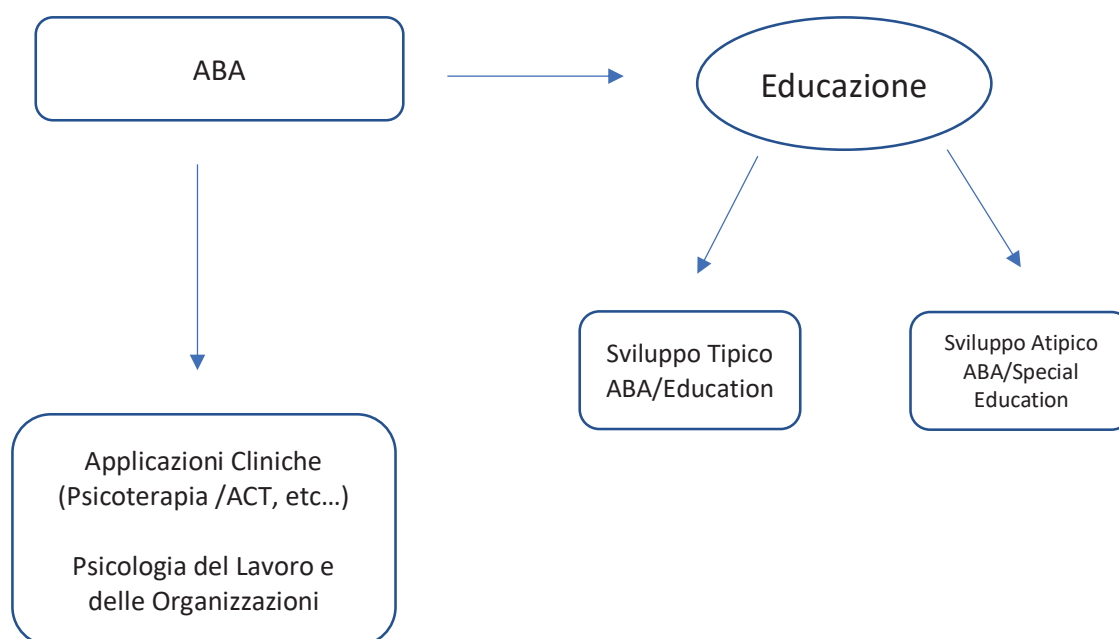


fig.5 Settori di Applicazione ABA

Pertanto, l'Intervento Educativo Comportamentale o Educazione Speciale ispirata ai principi dell'ABA prevedrà quali spazi di applicazione soprattutto casa e scuola, ossia i luoghi propri dell'educazione. Solo un approccio di questo tipo potrà garantire una più veloce stabilizzazione degli apprendimenti, un'efficace generalizzazione dei comportamenti appresi nei diversi contesti di vita ed una prevenzione allo sviluppo di comportamenti disadattivi derivanti soprattutto da scelte pedagogiche incoerenti.

Punti Chiave

- (a) L'Autismo è una sindrome comportamentale che richiede un complesso Intervento Educativo che possa coinvolgere Scuola/Casa;*
- (b) L'ABA per soggetti Autistici si traduce in Strategie di Educazione Speciale;*
- (c) Un Intervento Educativo Comportamentale prevedendo il coinvolgimento Scuola/Casa consente un'efficace stabilizzazione ed una rapida generalizzazione degli apprendimenti oltre a consentire di prevenire Comportamenti Problema.*

Il Ruolo del PEI

Il Piano Educativo Individualizzato (PEI) è uno strumento fondamentale per le insegnati e rappresenta un mezzo di crescita per l'alunno con Autismo. A livello internazionale quando si parla di PEI non ci si riferisce ad uno strumento ad uso esclusivo dell'insegnante di sostegno, ma al piano di lavoro educativo che accompagnerà lo studente autistico in tutti i contesti di vita. Questa prospettiva traduce due esigenze fondamentali: (a) gli obiettivi, di un alunno in genere ed a maggior ragione di un alunno con Autismo, non sono esclusivamente obiettivi didattici (accanto a quelli didattici vanno inseriti anche quelli educativi riferibili al comportamento sociale, alla comunicazione, alla regolazione del comportamento ed alle autonomie di vita) e (b) la realizzazione di un Intervento Educativo Comportamentale deve necessariamente coinvolgere tutte le figure del processo educativo. In Italia il PEI nasce dai seguenti passaggi: diagnosi funzionale, profilo dinamico funzionale, orientamento rispetto alle attività, ai materiali e ai metodi di lavoro più opportuni, valutazione dell'esito (raggiungimento degli obiettivi).

La diagnosi funzionale, intesa come bilancio dei punti di forza e dei punti di debolezza espressi nelle diverse aree di competenza del bambino/ragazzo con Autismo, rappresenta il primo passaggio fondamentale per l'articolazione del PEI. A questa segue poi il piano dinamico funzionale inteso come visualizzazione dinamica (e non statica) delle potenzialità di apprendimento dell'alunno, finalizzata ad individuare gli obiettivi raggiungibili. Individuati gli obiettivi si potrà poi procedere alla scelta delle strategie ed alla creazione/individuazione dei materiali, programmando infine le verifiche per il raggiungimento degli obiettivi. Alla luce di quanto detto valgono le seguenti considerazioni espresse in tab.7.

1. **La diagnosi funzionale deve essere frutto del confronto e di un lavoro di Equipe, prevedendo la collaborazione tra tutte le figure coinvolte nella presa in carico del soggetto;**
2. **La traduzione in piano dinamico funzionale deve avvenire attraverso un bilancio delle potenzialità di apprendimento del soggetto, considerando 5 aree per la scelta degli obiettivi (area dell'interazione sociale, area della comunicazione, area della regolazione del comportamento, area delle abilità di vita quotidiana, area delle skill accademiche/didattiche);**
3. **Le strategie utilizzate devono prevedere non solo l'acquisizione di apprendimenti, ma anche la generalizzazione e devono essere pensate nell'ambito di un curriculum che tenga conto della strutturazione dell'alunno come persona sociale da includere ed integrare;**
4. **Obiettivi e Strategie vanno condivisi con la famiglia e le figure terapeutiche deputate all'intervento extrascolastico;**
5. **La verifica degli obiettivi è un processo che va altresì condiviso con l'intera Equipe che segue il soggetto con Autismo**

tab.7 Indicazioni per un PEI efficace

Accanto al PEI si pone il Progetto di Vita, al fine di evitare cristallizzazioni e polarizzazioni eccessive su obiettivi che non muovono nell'ottica dell'indipendenza ma restano come frammenti didattici di apprendimento. Questa associazione PEI/Progetto di Vita consente di pensare allo studente non solo in quanto tale, ma come appartenente a contesti diversi dalla scuola (e non per questo ristretti alla sola famiglia). In questa prospettiva l'insegnante deve poter vedere lo studente come una persona che può crescere, che può diventare adulto incluso capace di avere autonomie personali, domestiche ed anche lavorative. La prospettiva del Progetto di Vita è quella di suddividere gli obiettivi in due grossi raggruppamenti:

1. **Obiettivi Specifici** (a breve e medio termini) propri della fase e della progettazione educativo/didattica del momento;
2. **Obiettivi Evolutivi** (a lungo termine) che consentono di vedere sempre lo studente nella sua interezza e nella prospettiva di crescita verso l'età adulta.

Punti Chiave

- (a) *Il PEI è uno strumento curricolare che accompagna il soggetto con Autismo nei suoi contesti di vita;*
- (b) *Un buon PEI deve prevedere la cooperazione ed integrazione dei contesti di Vita favorendo crescita della persona e non solo abilità accademiche;*
- (c) *Il PEI deve prevedere obiettivi evolutivi ed obiettivi specifici nella prospettiva di accompagnamento al Progetto di Vita.*

Incrementare le Abilità

Il nostro stile di apprendimento prevede una forte componente sociale; infatti ognuno di noi ha appreso e continua ad apprendere per imitazione, per rinforzo sociale, per condizionamento sociale. I bambini sviluppano la capacità di referenza sociale come abilità guida nell'apprendimento già intorno agli 8 mesi e questo processo diventa subito un cardine per la discriminazione ed i diversi apprendimenti: in altre parole ogni apprendimento è fortemente condizionato da un punto di vista sociale.

La referenza sociale rappresenta un circuito omeostatico importante per la specie, in quanto velocizza ogni forma di apprendimento e consente il trasferimento di esperienze anche non vissute direttamente migliorando così di generazione in generazione l'adattamento all'ambiente.

Negli studenti con autismo la componente sociale appare inficiata e l'alunno appare imprigionato in uno stile di apprendimento altamente autoreferenziale: esiste lui, i suoi bisogni, le sue necessità e l'altro è solo uno spettatore passivo potenzialmente spendibile per il soddisfacimento dei propri interessi. Tuttavia, la letteratura recente ci mostra che la percentuale di soggetti con Autismo che presenta deficit cognitivo associato risulta inferiore al 20%, documentando un'intelligenza conservata nella stragrande maggioranza dei casi. Infatti, i soggetti con Autismo più che presentare un QI inferiore alla norma mostrano un profilo altamente disarmonico con isole di ipercompetenza ed aree di deficit. Tale quadro pone l'insegnante di fronte a due considerazioni:

1. Il soggetto con Autismo rappresenta una sfida perché può apprendere, in quanto le risorse cognitive risultano spesso conservate;
2. Il soggetto con Autismo per apprendere necessita di strategie educative e didattiche specifiche e personalizzate;
3. Se un soggetto con Autismo non progredisce, verosimilmente le strategie di insegnamento potrebbero non essere adeguate.

La pedagogia comportamentale offre per l'incremento delle abilità delle regole che hanno una valenza generale per tutti gli studenti e di maggior rilievo per quelli affetti da Autismo. In questa prospettiva i fattori che regolano l'apprendimento sono 5 (tab.8).

1. **La Motivazione, che può essere intrinseca all'attività proposta o comunque correlata ad una gratificazione finale, è il cardine dell'apprendimento e pertanto va sempre mantenuta alta;**
2. **La scelta dei Materiali Didattici (Stimoli) che devono essere chiari, non confusivi e salienti per gli obiettivi specifici di apprendimento;**
3. **Gli Obiettivi Specifici di Apprendimento che devono essere alla portata dell'alunno non troppo complessi non troppo elementari perché anche in questo caso rischiano di annoiare lo studente. In caso di difficoltà ad individuare obiettivi perché apparentemente troppo complessi l'insegnante potrà frammentare gli obiettivi ed utilizzare una task analysis;**
4. **Gli Aiuti devono servire ad evitare di contattare l'errore favorendo un apprendimento più fluido ed una riduzione di frustrazione derivante dall'insuccesso;**
5. **La Gratificazione finale deve essere adeguata rispetto alle aspettative dello studente e mai data per scontato.**

tab.8 Regole per favorire un apprendimento fluido

A fronte di un apprendimento che fallisce dobbiamo chiederci: l'alunno era sufficientemente motivato, gli stimoli di apprendimento erano chiari e salienti, gli obiettivi sono stati scelti in maniera adeguata rispetto al potenziale dell'alunno e proposti in modalità corretta, gli aiuti necessari sono stati forniti ed infine quale gratificazione ne ha ricavato l'alunno.

Punti Chiave

- (a) Gli alunni con Autismo hanno buone capacità di apprendimento ma presentano alta autoreferenzialità e frequenti errori di discriminazione legati alla povertà della referenza sociale;*
- (b) Per insegnare correttamente nuove abilità e reindirizzare i comportamenti autistici devono essere verificati i cinque elementi chiave dell'insegnamento (tab.8);*
- (c) Per favorire un corretto processo di apprendimento gli obiettivi vanno considerati non solo in stabilizzazione, ma anche in generalizzazione e mantenimento;*
- (d) Se un alunno con Autismo apprende troppo lentamente, verosimilmente non sono sotto controllo tutte le variabili del l'apprendimento e va semplicemente corretto l'insegnamento.*

Decrementare i Comportamenti Problema

Il termine Comportamento Problema (CP) viene utilizzato per indicare un comportamento disfunzionale che può essere dannoso per l'individuo o per l'ambiente che lo circonda. Da un punto di vista formale i CP possono essere classificati e raggruppati in tre grosse categorie: (a) comportamenti che arrecano



danno e costituiscono un pericolo per Sé, l'Altro e/o l'Ambiente (**comportamenti auto/etero-aggressivi**); (b) comportamenti che ostacolano l'apprendimento o limitano le interazioni sociali (**comportamenti stereotipati o autostimolatori**); (c) comportamenti che rappresentano una stigmatizzazione sociale (**comportamenti bizzarri**). Un CP, oltre a presentare un aspetto formale (topografia), presenta sempre anche una funzione di mantenimento: si tratta del quid (perché) che mantiene e governa il CP, consentendo ad esso di strutturarsi e generalizzarsi nei diversi contesti di vita. L'Analisi Funzionale rappresenta lo strumento più efficace per la gestione ed il decremento dei comportamenti disfunzionali. Essa si fonda sull'assunto che l'individuazione della funzione di mantenimento consente di individuare procedure corrette di estinzione dei CP. Tuttavia, la gestione dei processi di Analisi Funzionale può essere complicata dal fatto che spesso un CP può avere diverse topografie e stessa funzione di mantenimento (**classe funzionale di CP**) o viceversa può avere topografie sovrapponibili ma funzioni differenti (**classe topografica di CP**). La prima situazione risulta più semplice da gestire in quanto lavorando su una sola funzione possono essere estinti più comportamenti, mentre nella seconda l'estinzione risulta complicata dalla necessità di interventi multipli su più funzioni. Generalmente uno studente con Autismo non trattato correttamente può presentare simultaneamente classi topografiche e funzionali di CP, richiedendo interventi complessi e che necessitano di un'alta coerenza pedagogica. Le principali classi funzionali individuate per i CP sono:

1. *Fuga ed Evitamento*: si tratta di comportamenti mediati socialmente a rinforzo negativo, nei quali il soggetto agisce un comportamento per evitare od interrompere un compito e/o un'attività;

2. *Attenzione Sociale*: si tratta di comportamenti mediati socialmente a rinforzo positivo, nei quali il soggetto agisce un comportamento per guadagnarsi l'attenzione dell'altro;
3. *Accesso al Tangibile*: si tratta di comportamenti mediati socialmente a rinforzo positivo, nei quali il soggetto agisce un comportamento per guadagnarsi un rinforzo tangibile;
4. *Rinforzo Automatico*: si tratta di comportamenti a rinforzo automatico, nei quali il comportamento si automantiene e si autorinforza (per lo più autostimolazioni e/o stereotipie).

Nella tab.9 vengono riportati i passaggi gradualmente che devono essere effettuati per un corretto intervento.

1. **Costruire una Rete Educativa intorno al Soggetto con CP, che coinvolga tutte le figure educative (genitori, terapisti, insegnanti, supervisore);**
2. **Costruire un elenco grezzo di CP per scegliere nel gruppo su quale intervenire in ordine di priorità;**
3. **Utilizzare il criterio del danno (i comportamenti auto/etero-aggressivi hanno la priorità) e la valutazione dell'intensità, durata e frequenza come parametro aggiuntivo;**
4. **Allenare il gruppo a riconoscere, descrivere e registrare il CP;**
5. **Attivare procedure atte ad effettuare la Baseline e l'Analisi Funzionale (Diari con registrazione degli Antecedenti/Comportamento Conseguenza; Questionari Specifici ed Analisi Sperimentale con Evocazione del CP);**
6. **Individuazione di procedure atte all'intervento di decremento/estinzione del CP: intervento proattivi (basati sugli antecedenti) ed interventi reattivi (basati sulle conseguenze);**
7. **Monitoraggio dell'Intervento ed attivazione di procedure di incremento di Comportamenti Sostitutivi.**

tab.9 Regole per la gestione dei CP



Considerazioni utili per un corretto approccio ai CP sono:

1. Il 70-80% dei CP ha una valenza comunicativa e compensa la carenza di strategie comunicative. Infatti, molti CP sostituiscono il vuoto lasciato dalla carenza di comunicazione: tra le strategie maggiormente efficaci per il decremento e la prevenzione dei CP vanno annoverati gli interventi proattivi di insegnamento di abilità verbali vocali (ABA/VB per insegnamento di comportamenti vocali) ed i programmi di Comunicazione Aumentativa/Alternativa (CAA) (Carr & Durand, 1985).
2. Un intervento efficace deve prevedere anche l'insegnamento di Comportamenti Sostitutivi, altrimenti al termine dell'intervento di estinzione del CP, insorgerà un nuovo comportamento parimente disfunzionale.
3. Alcuni CP possono insorgere, soprattutto in quei soggetti in cui all'Autismo si associa Ritardo Mentale, a causa di un deficit marcato di prevedibilità: in tal caso agende visivi e supporti che favoriscono strutturazione spazio/temporale possono migliorare il funzionamento adattivo globale.
4. Nei comportamenti di Fuga ed Evitamento oltre all'estinzione ed alla prevenzione del CP è importante interrogarsi sul perché il soggetto "fugge" l'apprendimento e le attività proposte (rivalutazione dei 5 elementi chiave per l'insegnamento).
5. I soli interventi Reattivi (cioè basati sulle conseguenze) risultano inefficaci se non associati ad interventi proattivi (cioè basati sugli antecedenti). Peraltro, gli interventi di Punizione (soprattutto di Punizione Positiva ossia aggiunta di stimoli aversivi) risultano poco etici e vanno riservati a quei casi che sono in serio pericolo o che mettono in serio pericolo la vita altrui attraverso CP auto/etero-aggressivi.

Punti Chiave

- a. I CP rappresentano un'evenienza frequente e non appaiono mai in assenza di una funzione di mantenimento;
- b. Un intervento ottimale prevede diverse fasi (tab.9), ma soprattutto parte dalla formazione di una rete educativa coesa e dall'assunto della coerenza pedagogica (Scuola e Casa cooperano in sintonia e sinergia utilizzando le stesse strategie);
- c. Lavorare sulla Comunicazione (ABA/VB e CAA) previene e riduce i CP;
- d. LA sostituzione funzionale del CP con un Comportamento Adattivo è uno dei punti cardine dell'Intervento.

Prevedere l'Autonomia

Un soggetto con Autismo presenta un deficit di discriminazione e di referenza sociale, per cui spesso non riesce a discriminare i comportamenti socialmente significativi da quelli marcatamente autoreferenziali. Tuttavia, il nostro funzionamento adattivo si erge sui comportamenti socialmente significativi, sul problem solving sociale e sulla capacità di discriminare gli stimoli sociali salienti da quelli marcatamente autoreferenziali.

Nelle prime fasi di intervento con un alunno con Autismo è necessario costruire la relazione e condizionarsi positivamente, per poi cercare di raggiungere un corretto *controllo educativo*. Una volta raggiunto il controllo educativo l'insegnante deve lavorare per consentire allo studente di diventare autonomo nell'apprendimento socialmente significativo, facendo sì che "impari ad imparare".



Prevedere l'autonomia, in questa prospettiva, non significa solo lavorare sulle autonomie del soggetto ma significa soprattutto rendere l'alunno con Autismo capace di apprendere da solo: l'obiettivo non è l'intervento a vita, ma l'autonomia di apprendimento e di vita. Suggerimenti utili per favorire lo sviluppo di abilità di apprendimento autonomo sono:

1. Prevedere programmi di Intervento che consentano una rapida generalizzazione, prevedendo schemi di rinforzo non troppo rigidi, ma il passaggio rapido sotto il controllo di contingenze naturali;
2. Evitare che i format di insegnamento siano esclusivamente strutturati, mediando con format incidentali ed ecologici (i format strutturati stabilizzano i comportamenti, mentre quelli incidentali ne favoriscono soprattutto la rapida generalizzazione e l'efficace mantenimento);
3. Insegnare al bambino sin dalle prime fasi dell'Intervento a rispondere a stimoli multipli, evitando procedure troppo rigide e mono-target di insegnamento;
4. Migliorare costantemente la motivazione del soggetto, favorendo un costante ampliamento degli interessi, delle abilità di gioco e sfruttando il gioco stesso come vettore di insegnamento e generalizzazione;
5. Aumentare le abilità di auto-regolazione, auto-gestione ed auto-monitoraggio, migliorando la consapevolezza del proprio comportamento e delle conseguenze che esso produce;
6. Incrementare le competenze di auto-iniziazioni, favorendo la spontaneità e l'iniziativa in comportamenti sociali come il gioco condiviso e la conversazione.

Punti Chiave

- a. La Scuola deve prevedere l'autonomia dei suoi studenti in tutti i casi e pertanto deve favorire la capacità di imparare in maniera autonoma;
- b. Rendere autonomo uno studente con Autismo significa favorire che "impari ad imparare", liberandosi di vincoli e sovrastrutture di apprendimento;
- c. Per favorire l'autonomia di apprendimento bisogna evitare programmi eccessivamente strutturati, prevedere un apprendimento multistimolo e con rapida generalizzazione, favorire un costante ampliamento delle preferenze, migliorare i processi di auto-regolazione, auto-monitoraggio, e di auto-iniziazione.

La Classe come Risorsa

La classe per un alunno con Autismo può e deve diventare una risorsa; a tal fine è fondamentale chiarire chi fa cosa e come. Va sottolineato che per sfruttare la classe come risorsa il primo assunto che deve guidare il PEI e la Scuola è che l'alunno con Autismo **"non è dell'Insegnante di Sostegno"**, ma come tutti gli altri alunni, appartiene alla classe e la gestione deve interessare anche le insegnanti di base per promuovere lo sviluppo della socializzazione, della relazione della comunicazione, degli apprendimenti.

In tale prospettiva, andrà prevista una gradualità di gestione. In un primo momento il rapporto 1:1 e l'insegnamento anche per sessioni individuali potranno essere uno strumento funzionale al miglioramento del funzionamento adattivo globale dello studente. In questa fase, l'insegnante di sostegno (ed eventualmente l'educatore e/o l'assistente all'autonomia o alla comunicazione) mirerà



soprattutto al raggiungimento del controllo educativo, al miglioramento della relazione interpersonale ed allo studio ed ampliamento delle preferenze del bambino. Una volta migliorate le competenze adattive e comunicative di base del bambino sarà necessario rendere l'alunno capace di apprendere in una modalità multistimolo e di cogliere le istruzioni fornite al gruppo. Obiettivo ulteriore sarà migliorare il rapporto con i pari, favorendo prima un lavoro in piccolo gruppo e successivamente in gruppi allargati. In questa fase l'insegnante di base e quello di sostegno si interscambiano cooperando per la guida e l'inserimento dell'alunno nel gruppo dei pari e per la gestione della classe nella sua globalità. Il passaggio successivo sarà la sperimentazione di strategie di Peer Tutoring e di Cooperative Learning che arricchiranno il bagaglio sociale dell'Alunno con Autismo e dell'intera classe.

In questo processo si potranno prevedere graduali livelli di lavoro che migliorano le capacità di apprendimento autonomo e socialmente mediato: rapporto 1:1, gruppo di livello; gruppo eterogeneo; didattica laboratoriale.

Chi insegna deve avere chiaro come insegnare e cosa insegnare. La scelta degli obiettivi e dei materiali rappresentano due momenti fondamentali. Gli obiettivi potranno essere quelli minimi del PEI e prevedere testi semplificati nelle prime fasi; potranno divenire successivamente quelli della classe, essere supportati dal pdp come nelle forme ad alto funzionamento e prevedere testi normali adattati o l'utilizzo di strategie compensative/dispensative; nei casi con migliore evoluzione, infine, si potranno raggiungere anche personalizzazioni delle fonti e navigazione costruttivista con autoselezione del materiale di lavoro favorendo lo sviluppo della creatività.

Le strategie utilizzate potranno essere quelle dell'Analisi Applicata del Comportamento (Rinforzo, Fading, Prompting, Shaping, Chaning, etc.) soprattutto nelle prime fasi; successivamente, lo sviluppo di capacità di auto-regolazione



dovranno portare il soggetto allo sviluppo di abilità di auto-monitoraggio ed auto-istruzione; infine, si potrà tendere al potenziamento delle abilità metacognitive (ossia non solo utilizzo le mie funzioni cognitive, ma imparo a riflettere anche su di essere e sulle mie strategie di apprendimento potenziandole). Da ultimo la regolazione del comportamento dovrà essere sempre considerata come elemento cruciale da monitorare e sviluppare, prevenendo i comportamenti disfunzionali. Graduando l'intervento si potrà anche arrivare a lavorare attraverso attività di empowerment socio-affettivo, comunicativo e sulla soluzione dei conflitti.

Punti Chiave

I materiali da prima semplificati saranno poi omogenei con quelli della

con Auti



Bibliografia Essenziale

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis 1. *Journal of applied behavior analysis*, 1(1), 91-97.
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., ... & Durkin, M. S. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(6), 1.
- Carr, E. G., & Durand, V. M. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of applied behavior analysis*, 18(2), 111-126.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., ... & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), e17-e23.
- Greenspan, S., & Wieder, S. (2008). DIR®/Floortime™ Model. *The International Council on Developmental and Learning Disorders*.
- Koegel, R. L., & Koegel, L. K. (2006). *Pivotal response treatments for autism: Communication, social, & academic development*. Paul H Brookes Publishing.



- Koegel, R. L., Koegel, L. K., Vernon, T. W., & Brookman-Frazee, L. I. (2017). Pivotal Response Treatment for Individuals with Autism Spectrum Disorder. *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*, 290.
- Mazefsky, C. A., McPartland, J. C., Gastgeb, H. Z., & Minshew, N. J. (2013). Brief report: Comparability of DSM-IV and DSM-5 ASD research samples. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(5), 1236-1242.
- Mesibov, G. B., Shea, V., & Schopler, E. (2005). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. Springer Science & Business Media.
- Pickles A, Le Couteur A, Leadbitter K, Salomone E, Cole-Fletcher R, Tobin H, Gammer I, Lowry J, Vamvakas G, Byford S, Aldred C, Slonims V, McConachie H, Howlin P, Parr JR, Charman T, Green J. (2016). Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *Lancet*
- Wing, L., Gould, J., & Gillberg, C. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-V: better or worse than the DSM-IV?. *Research in developmental disabilities*, 32(2), 768-773.
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Stone, W. L., Yirmiya, N., Estes, A., Hansen, R. L., ... & Kasari, C. (2015). Early identification of autism spectrum disorder: recommendations for practice and research. *Pediatrics*, 136 (Supplement 1), S10-S40.