

# Abilitazione e Riabilitazione

# ARe

*Anno XXI N. 2 2012*

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

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

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



## Centro Paolo VI

*Onlus - Organizzazione non lucrativa di utilità sociale*

**Comitato scientifico**

Alessandro Antonietti

Giuseppe Cetta

Ettore Cima

Maurizio De Negri

Paola Di Blasio

Aldo Galeazzi

Marisa Giorgetti

Paola Iannello

Pierluigi Postacchini

Daniela Traficante

Giuseppe Vico

**Comitato di redazione**

Gianluigi De Agostini

Cesare De Paoli

Roberta Fanzio

Maurizio Pilone

**Segretaria di redazione**

Giuliana Lucente

**Direttore responsabile**

Vittorio Moro

**Co-coordinatore scientifico**

Cesare Albasi

**Coordinatore scientifico**

Pier Luigi Baldi

## NOTE DELLA REDAZIONE

- La rivista comprende tre sezioni:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- La rivista è distribuita gratuitamente.

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

# A e R - Abilitazione e Riabilitazione

Anno XXI - N. 2 - 2012

## INDICE

### STUDI E RICERCHE

PIER LUIGI BALDI, ORIETTA MELONE, SILVIA ROSA

Un'indagine sulla memoria di lavoro visivo-spaziale  
di giovani adulti con disabilità cognitiva..... pag. 7

MARISA GIORGETTI, ROBERTA SALA

La sindrome non verbale: proposta di un training  
“motorio-visuospatiale” ..... pag. 19

FERRUCCIO DEMAESTRI

La musicoterapia presso il “Centro Paolo VI” di Casalnoceto:  
una storia lunga trent'anni (1982-2012) ..... pag. 55

### ESPERIENZE DI LAVORO

SIMONA BORELLI, LORELLA MANTOAN

L'intervento educativo ..... pag. 67

ORIETTA MELONE

“ Raccontami!”  
(Alcune osservazioni sulla rielaborazione di un testo scritto)..... pag. 77



## **STUDI E RICERCHE**



## UN'INDAGINE SULLA MEMORIA DI LAVORO VISIVO-SPAZIALE DI GIOVANI ADULTI CON DISABILITÀ COGNITIVA

PIER LUIGI BALDI\*  
ORietta MELONE\*  
SILVIA ROSA\*\*

**Riassunto.** *Ad un gruppo di giovani adulti, disabili intellettivi (Q.I. medio pari a 52), che avevano già partecipato a nostre ricerche sulle funzioni mestiche, sono state presentate quattro prove di memoria visivo-spaziale. I risultati hanno messo in luce rimarchevoli difficoltà da parte della quasi totalità dei partecipanti, difficoltà nettamente superiori a quelle evidenziate dagli stessi soggetti nei compiti di memoria dei nostri precedenti lavori.*

**Parole-chiave:** *memoria di lavoro, visuospatialità, disabili cognitivi, giovani adulti.*

### 1. Premessa

I disturbi visivo-spaziali sono stati comunemente visti come difficoltà che causano un'errata valutazione degli aspetti spaziali dell'esperienza visiva (Benton, 1985) o come una forma di compromissione nella percezione delle relazioni spaziali (Newcombe, Rateliff, 1989).

Secondo Benton (1985), "i deficit visuospatiali si possono definire come disordini che determinano un'erronea stima degli aspetti spaziali fra diversi oggetti, che riguardano il rapporto tra la persona e l'oggetto, le relazioni stesse fra diversi oggetti e l'orientamento degli stimoli, associata ad una corrispondente caduta nella capacità di memoria e di pensiero spaziale".

La visuospatialità costituisce una fondamentale componente del modello della memoria di lavoro (*working memory*), elaborato inizialmente da Alan Baddeley e Graham Hitch (1974). È noto che Baddeley e Hitch proposero un modello tripartito della *working memory*, costituito da un "esecutivo centrale", consistente in un sistema attenzionale supervisore che controlla il flusso delle informazioni, da un "loop fonologico", preposto

---

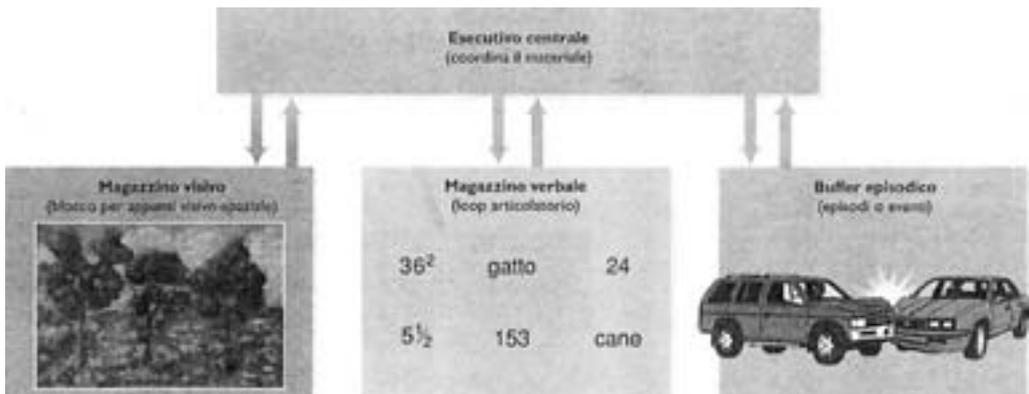
\* Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano

• Educatrice professionale, "Centro Paolo VI" di Casalnoceto

•\* Psicologa, "Centro Paolo VI" di Casalnoceto e Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano

alla processazione delle informazioni verbali, e da un “blocco (o taccuino) visuospaziale”, responsabile dell’elaborazione e della fissazione di immagini visive. Vari anni dopo, esattamente nel 2000, Baddeley ha articolato maggiormente il suo modello, proponendo un nuovo modulo, definito *episodic buffer*, le cui informazioni sarebbero costituite da episodi o eventi, rappresentati attraverso una codifica multimodale (cfr. fig.1).

Fig.1 – Il modello della *working memory* di Baddeley (2000)



Fonte: Feldman, 2008, p.185

Secondo i ricercatori che se ne sono occupati, il costrutto “memoria di lavoro” (di cui esistono vari modelli oltre a quello a cui abbiamo ora fatto riferimento), sarebbe in grado di dar conto con maggiore efficacia, rispetto alla “memoria a breve termine”, delle evidenze emerse dagli studi sul funzionamento mnestico.

Partendo dalla memoria di lavoro visuospaziale, Cornoldi et al. (1997) propongono una spiegazione delle difficoltà proprie della cosiddetta *sindrome non verbale* (SNV) nei termini di un deficit di analisi dell’informazione visiva spazialmente distribuita e dell’incapacità da parte del relativo “taccuino” di trattenere le informazioni al fine di poterle elaborare. Tale incapacità non sarebbe tanto di tipo passivo quanto di elaborazione attiva dei contenuti.

E’ stato il neuropsicologo canadese Rourke (1989; 1995) a richiamare per primo l’attenzione della comunità scientifica su quella che ha definito “sindrome non verbale” contraddistinta da “una tipologia di disordini, caratterizzata da un forte divario, nel punteggio di QI, fra componenti verbali e non verbali” (Cornoldi et al., 1997), con implicazioni sul piano socio-emotivo.

Attraverso l’analisi delle prestazioni, dei comportamenti e le valutazioni neurologiche

di soggetti con questo disturbo, Rourke ne ha individuato 10 caratteristiche essenziali (Cornoldi, 1999):

1. problemi percettivi e tattili, che interessano soprattutto l'emisoma sinistro;
2. difficoltà di coordinazione visuo-motoria;
3. deficit visuo-spaziali;
4. problemi in compiti cognitivi e sociali non verbali;
5. buona memoria verbale meccanica;
6. difficoltà in matematica a fronte di prestazioni accettabili in lettura e scrittura, fatta eccezione per il grafismo;
7. difficoltà di adattamento a situazioni sociali nuove;
8. verbosità;
9. deficit di giudizio sociale;
10. significativa discrepanza fra QI verbale (più alto) e QI di performance (più basso, sotto la media).

Come si può osservare, le difficoltà sono varie e comprendono abilità sociali, con un coinvolgimento emotivo che in adolescenza può esitare in problemi comportamentali gravi, in particolare di tipo depressivo (tuttavia questo dato richiede ulteriori conferme, come riferisce Cornoldi, 1999). Il disturbo non verbale avrebbe inoltre una ricaduta negativa su diverse materie scolastiche.

Nel caso dei partecipanti alla nostra ricerca, nella totalità disabili cognitivi, abbiamo osservato molte delle caratteristiche elencate da Rourke, soprattutto notevoli difficoltà di memorizzare le localizzazioni spaziali degli stimoli. Tuttavia i deficit osservati si inseriscono e “sfumano” in un più vasto quadro di problemi sia cognitivi che comportamentali, per cui siamo dell'avviso che per tali persone non si possa propriamente parlare di “sindrome non verbale”, quanto di un ampio e pervasivo deficit cognitivo-intellettuale, che implica anche difficoltà di codificare materiale visuospatiale, difficoltà che contribuiscono a compromettere un'adeguata gestione della vita di ogni giorno.

## **2. Obiettivi e ipotesi**

Questo studio si è posto l'obiettivo di studiare la memoria di lavoro visivo-spaziale di un gruppo di giovani adulti, che presentano forme di disabilità intellettiva di grado medio e medio-lieve. Tutto il gruppo aveva partecipato in precedenza a nostre ricerche sulle capacità di memoria e aveva acquisito, quanto meno parzialmente, la capacità fare uso di strategie di codifica sia intelligenti (categorizzazione del materiale da memorizzare, formazione di immagini mentali che comprendessero l'insieme o sottoinsiemi delle figure proposte, elaborazione semantica degli stimoli e relativa costruzione di semplici racconti) che meccaniche (ripetizione subvocalica); taluni soggetti avevano mostrato

l'abilità di trasferire tali strategie a nuovi compiti e di utilizzarle nelle attività quotidiane. Considerata la ricaduta positiva che la memoria visivo-spaziale ha sulla vita di ogni giorno (capacità rappresentative spazialmente adeguate, orientamento nel proprio spazio abitativo e in quello della propria località di residenza, velocità di ritrovamento di oggetti, in particolare oggetti personali) e preso atto della scarsa efficienza nei suddetti compiti mostrata da coloro a cui si è chiesto di partecipare a questa ricerca, si è deciso di valutarne le prestazioni in alcune prove da noi realizzate, in modo da conoscerne con maggiore precisione l'entità dei deficit e da impostare successivi programmi volti a far acquisire maggiori competenze. Abbiamo ipotizzato che sarebbero emerse difficoltà non particolarmente gravi, tali da far presagire significativi miglioramenti delle *performance* a seguito di specifici *training*.

### 3. Metodo

#### 3.1. Partecipanti

Un gruppo di 11 giovani adulti, 7 maschi e 4 femmine, di età variante dai 21 ai 28 anni (età mediana: 26 anni), alcuni con disabilità cognitiva di grado medio, altri di grado medio-lieve (Q.I. medio: 52)

#### 3.2. Materiale e procedura

Sono stati proposti quattro diversi compiti in sedute individuali, uno per seduta. Un compito, da noi definito "scacchiera" (cfr. allegato n.1) consisteva nell'indicare su una griglia, suddivisa in quadrati, tutti uguali fra loro, la dislocazione dei quadrati anneriti della stessa griglia, mostrata precedentemente; si partiva da una griglia con due quadrati anneriti e, in caso di risposta esatta, si passava a una nuova griglia, con tre quadrati anneriti; per ogni successo, i quadrati anneriti aumentavano di un'unità; se si verificava un errore, veniva presentata una nuova griglia con lo stesso numero di annerimenti, in posizioni diverse rispetto alla precedente. Due insuccessi consecutivi comportavano l'interruzione della prova. La distribuzione degli annerimenti era casuale. Il punteggio era dato dal numero di quadrati anneriti della struttura riprodotta in modo esatto prima dell'interruzione. In questa, come nelle altre prove, la durata della presentazione del materiale da memorizzare era lasciata alla discrezione dei partecipanti; si è pensato di non prestabilire i tempi di esposizione degli stimoli, poiché nel corso di un pretest si è notato che tale procedura era ansiogena e sostanzialmente ininfluenza sui risultati. Nei quattro compiti si è seguito lo stesso metodo di presentazione del materiale e di assegnazione del punteggio. La seconda prova, denominata "armadio" (cfr. allegato n.2) è consistita in un compito simile al precedente, reso più concreto dal fatto che ogni riquadro rappresentava uno spazio di un armadio; anche in questo caso si partiva da

due oggetti situati in due spazi diversi e si aumentava progressivamente il numero degli oggetti e, quindi, il numero degli spazi occupati. Il terzo compito, “labirinto astratto” (cfr. allegato n.3) era costituito da un insieme di 25 quadrati equamente spazati uno rispetto all’altro, tra i quali era stata tracciata una linea spezzata; al soggetto veniva richiesto di riprodurre con una matita la linea su un foglio uguale; si iniziava da una linea formata da due segmenti e, in caso di risposta esatta, si procedeva ogni volta allungando di un segmento la linea stessa; in caso d’errore si proponeva una linea formata dallo stesso numero di segmenti; ogni nuova linea era diversa dalla precedente. Il quarto compito, “labirinto con alberi” (cfr. allegato n.4), era in tutto simile al terzo; aggiungeva soltanto un elemento di concretezza, poiché era formato da alberi anziché da quadrati. Le quattro prove sono state presentate in sequenza randomizzata fra i soggetti; ogni partecipante è stato sottoposto a ciascuna prova a una distanza di tempo non inferiore ai due giorni dalla precedente, per evitare effetti di affaticamento e di interferenza proattiva.

### 3.3. Analisi statistica

Sui risultati ottenuti alle quattro prove sono state condotte l’analisi delle componenti principali e la *cluster analysis* (metodo *average linkage*).

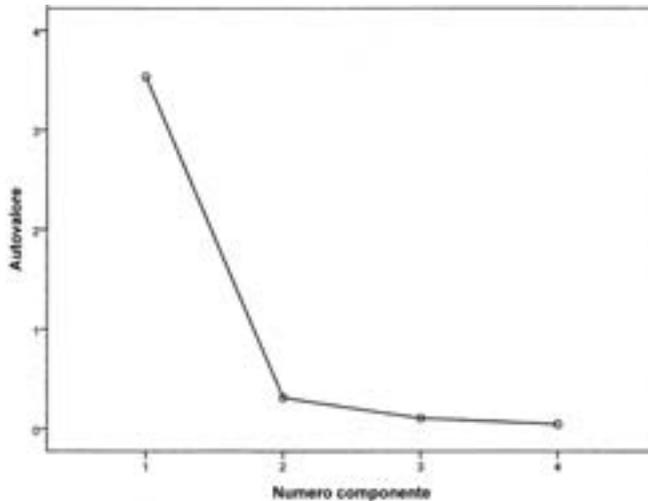
### 3.4. Risultati

L’analisi delle componenti principali ha evidenziato una prima componente con autovalore pari a 3.54, in grado di spiegare l’88% ca. della variabilità dei dati (cfr. tab.1 e fig.1). Nella suddetta componente sono altamente saturate i quattro compiti, che dimostrano così un elevato grado di omogeneità tra loro, omogeneità riconducibile, a nostro parere, alla dimensione visuospaziale che ci siamo proposti di valutare. Come si può osservare in tab.1 e in fig.1, gli autovalori delle altre componenti, così come le rispettive percentuali di varianza spiegata, non sono degni di nota.

Tab.1 – Analisi delle componenti principali. Percentuali di varianza spiegata

Componente	Autovalori iniziali			Pesi dei fattori non ruotati		
	Totale	% di varianza	% cumulata	Totale	% di varianza	% cumulata
1	3,535	88,364	88,364	3,535	88,364	88,364
2	,312	7,805	96,169			
3	,107	2,671	98,841			
4	,046	1,159	100,000			

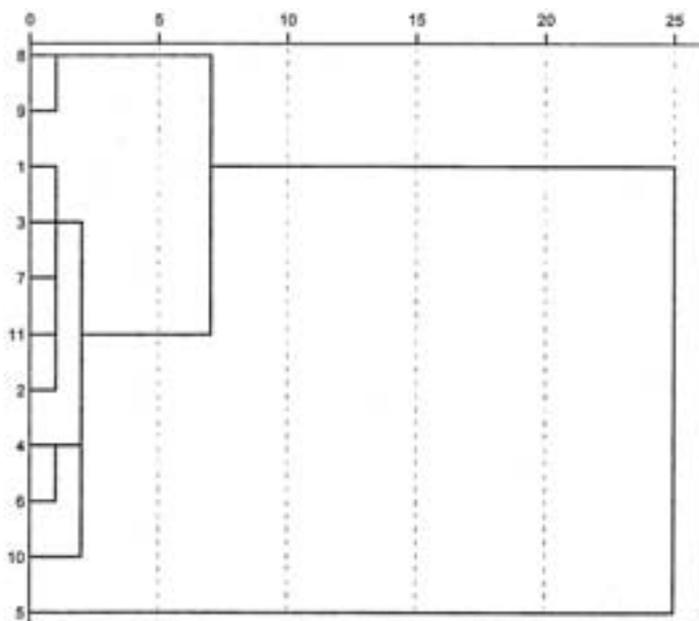
Fig.2 – Analisi delle componenti principali. Grafico decrescente degli autovalori



La *cluster analysis* mostra il programma di agglomerazione dei soggetti nei due cluster (tab. 2) e le “distanze” tra i partecipanti sulla base delle loro prestazioni (fig. 2); nella stessa figura si nota che, dei tre partecipanti che si scostano in modo chiaro dal resto del gruppo, è soprattutto uno che fa registrare una rilevante distanza da tutti gli altri, i quali rivelano rimarchevoli difficoltà prestazionali.

Tab.2 – *Cluster analysis*: programma di agglomerazione (N = 11)

Stadio	Cluster accorpati		Coefficienti	Stadio di formazione del cluster		Stadio successivo
	Cluster 1	Cluster 2		Cluster 1	Cluster 2	
1	8	9	,000	0	0	9
2	1	3	,000	0	0	6
3	7	11	1,000	0	0	4
4	2	7	1,500	0	3	6
5	4	6	3,000	0	0	7
6	1	2	3,000	2	4	8
7	4	10	5,500	5	0	8
8	1	4	6,933	6	7	9
9	1	8	23,000	8	1	10
10	1	5	94,800	9	0	0

Fig.3 – Dendrogramma della *cluster analysis* (N = 11)

#### 4. Conclusioni

Innanzitutto è opportuno sottolineare le notevoli difficoltà incontrate dalla quasi totalità dei partecipanti, eccezion fatta per un solo caso, per cui la nostra ipotesi, sulla base della quale i soggetti da noi esaminati non avrebbero messo in luce “difficoltà particolarmente gravi”, non è stata confermata. I punteggi raggiunti sono stati generalmente molto bassi, soprattutto nelle due prove che richiedevano di riprodurre una linea spezzata (“labirinto astratto” e “labirinto con alberi”), dove sono stati assegnati zero punti in cinque casi al “labirinto astratto” e in quattro casi alla prova “labirinto con alberi”. Si è qualche volta avvertito il rischio che l’insuccesso comportasse situazioni di destabilizzazione emotiva, prevenute dallo sperimentatore con diversi accorgimenti, fra cui la rassicurazione che la prova appena interrotta era da considerarsi “difficile per tutti” e che non comportava alcun giudizio sulle capacità della persona che l’aveva eseguita, oppure la prosecuzione della seduta con proposte di tipo ludico o con semplici attività manuali.

A nostro avviso, i ripetuti insuccessi sono stati determinati in misura significativa dalla difficoltà di applicare opportune strategie di codifica al materiale proposto; nessun tipo di codifica “intelligente”, che i partecipanti avevano precedentemente appreso, si

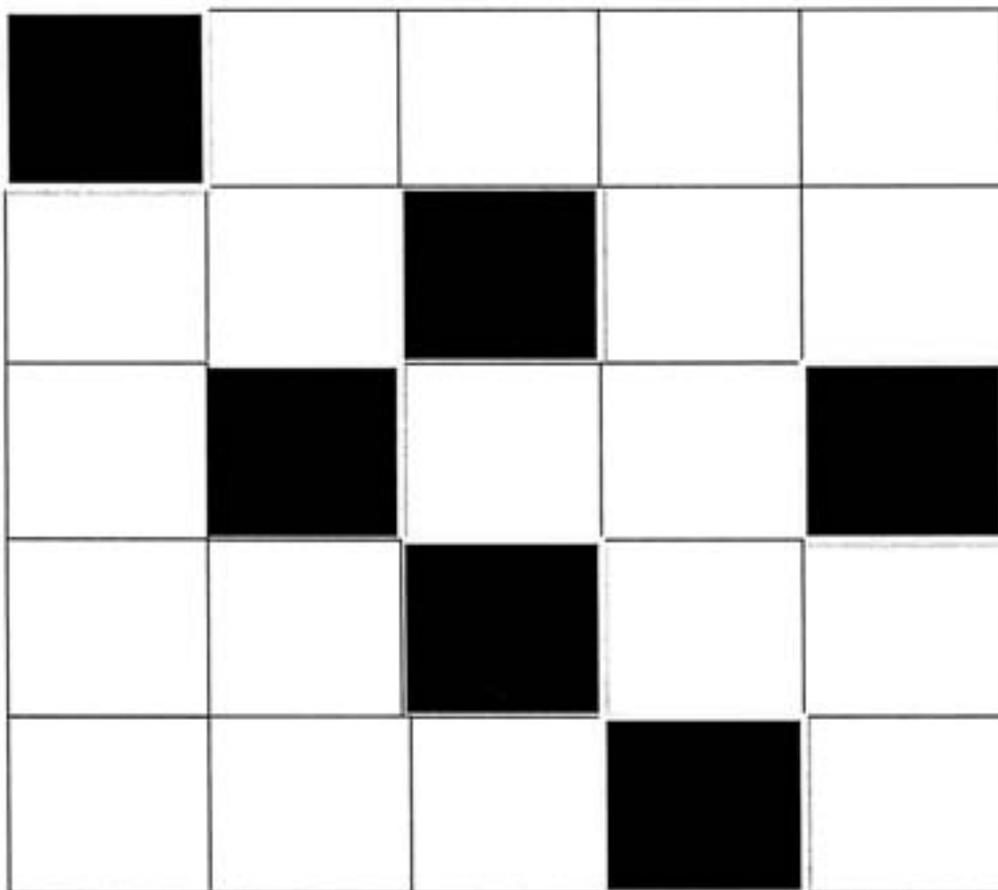
prestava ad essere utilizzata nel presente esperimento. Questa ipotesi è suffragata dal fatto che l'unico partecipante che ha totalizzato punteggi buoni alle prove "scacchiera" e "armadio" e discreti al "labirinto astratto" e al "labirinto con alberi" (ricordiamo che in queste ultime due si trattava di riprodurre una linea spezzata su un foglio simile a quello della prova), ha trovato una modalità di codifica, non sappiamo se casualmente o meno, funzionale alle caratteristiche degli stimoli da memorizzare, strategia consistente nell'applicare ad essi un sistema di coordinate alfanumeriche (ad es.: A1, C4, F3, ecc.), simile alla procedura che permette di individuare un determinato luogo su una carta geografica. A seguito di nostre domande al termine dell'esperimento, nessuno dei soggetti ha riferito di aver utilizzato tale procedura; le risposte ricevute ci fanno propendere per l'uso di una procedura puramente meccanica, consistente nel tentativo, purtroppo mal riuscito, di "ricordare le posizioni in cui si trovavano gli oggetti" *tout court*. Ne segue che si cercherà di impostare un *training* di utilizzo di coordinate alfanumeriche, come quello seguito dall'unico partecipante che ha conseguito buoni risultati; tale strategia ci sembra la più opportuna per rispondere a stimoli come quelli da noi proposti.

### **Bibliografia**

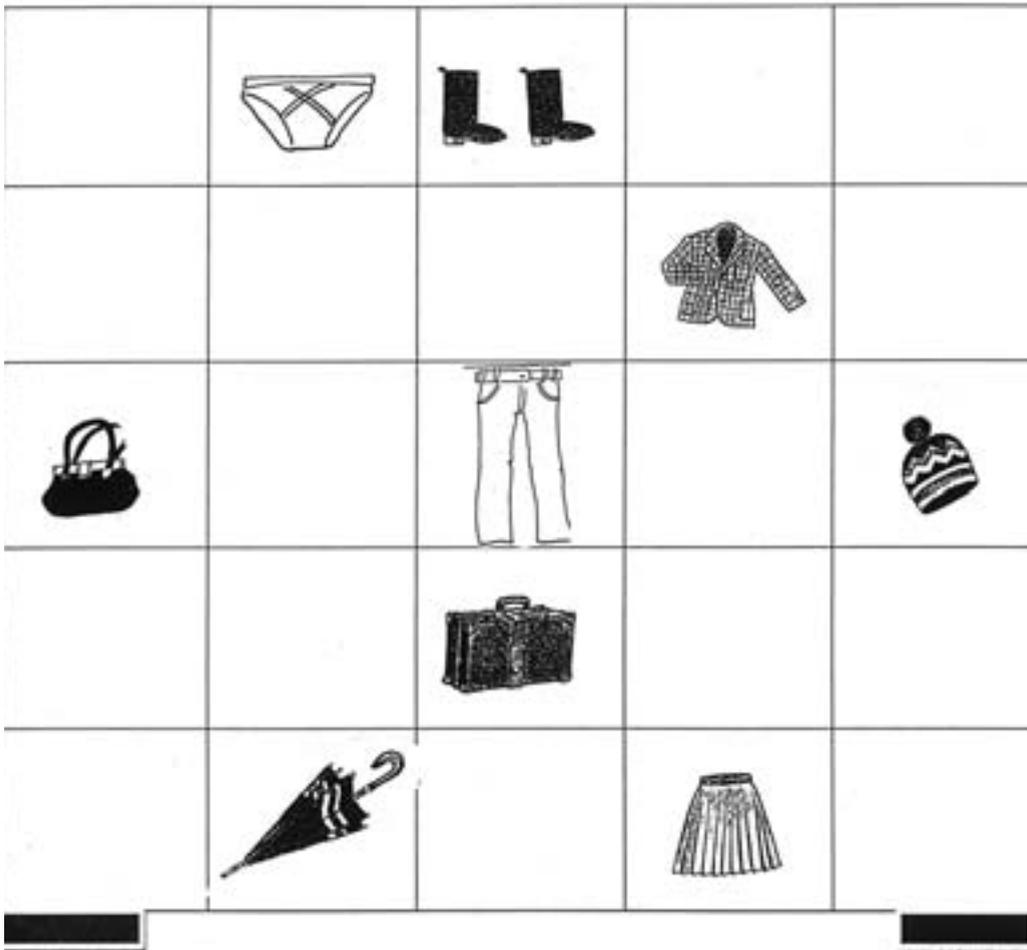
- Baddeley, A. D. (2000), The episodic buffer. A new component of working memory? *Trends in Cognitive Science*, 4, 417-423.
- Baddeley, A., D., Hitch, G. (1974), Working memory. In G.H. Bower (ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (vol.8, 47-89). New York: Academic Press.
- Benton, A. L. (1985), Some problems associated with neuropsychological assessment. *Bulletin of Clinical Neuroscience*, 50, 11-15.
- Cornoldi, C. (1999), *Le difficoltà di apprendimento a scuola*. Bologna: Il Mulino.
- Newcombe, F., Ratcliff, G. (1989), Disorder of Visuospatial Analysis. In *Handbook of Neuropsychology*, vol.2, 333-56.
- Cornoldi, C., Friso, G., Giordano, L. et al. (1997), *Abilità visuo-spaziali*. Trento: Erickson.
- Rourke, B. P. (1989), *Nonverbal learning disabilities. The syndrome and the model*. New York: The Guilford Press.
- Rourke, B. P. (1995) (ed.), *Syndrome of nonverbal learning disabilities: Neurodevelopmental manifestations*. New York: The Guilford Press.

**Allegati**

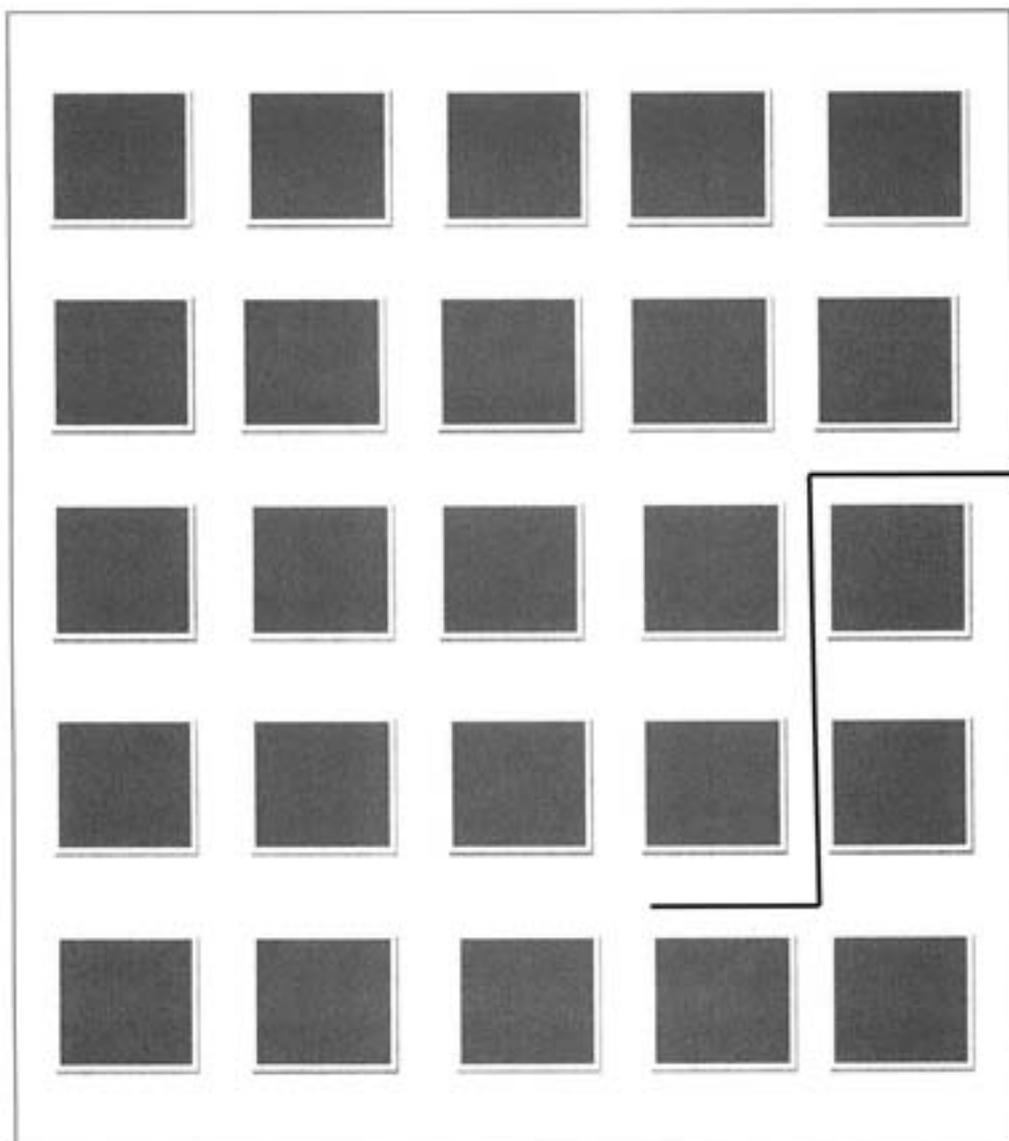
Allegato 1 – Scacchiera



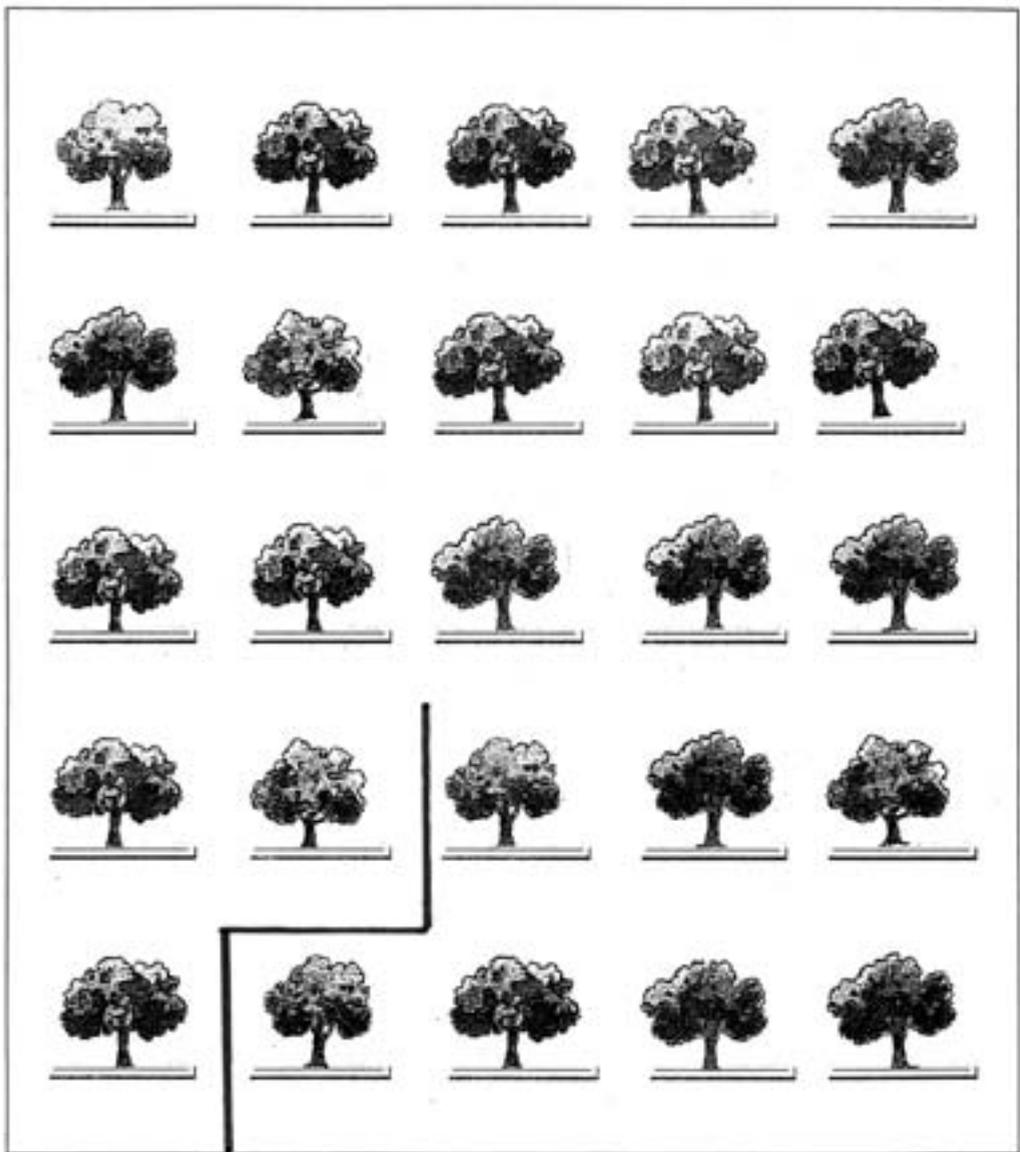
## Allegato 2 – Armadio



Allegato 3 – Labirinto astratto



## Allegato 4 – Labirinto con alberi



## LA SINDROME NON VERBALE: PROPOSTA DI UN *TRAINING* “MOTORIO-VISUOSPAZIALE”

MARISA GIORGETTI\*

ROBERTA SALA\*

**Riassunto.** *Il contributo intende porre in evidenza la complessità dei quadri clinici Disturbo di Sviluppo della Coordinazione Motoria (Developmental Coordination Disorder: DCD), e Sindrome Non Verbale (Nonverbal Learning Disability: NLD), per individuare aree di compromissione assimilabili tra loro. Si intende altresì proporre un percorso d'intervento rivolto a bambini con difficoltà riconducibili al Disturbo d'Apprendimento Non Verbale. Le attività del training sono state selezionate con riferimento alle evidenze di ricerca circa le aree maggiormente compromesse, mentre il contesto d'attuazione, così come la modalità di conduzione del percorso operativo, sono stati calibrati in funzione delle esigenze quotidiane di benessere dei bambini.*

**Parole-chiave:** *Disturbo non verbale; training; bambini.*

### 1. Ariosto ragazzo (s)composto

Ariosto è un ragazzino come tanti altri, spensierato, con gli stessi gusti e interessi dei suoi coetanei. Quest'anno frequenta la prima classe della scuola secondaria di primo grado. Alle sette il papà lo sveglia, anche se sarebbe il caso di dire che tenta di svegliarlo più volte ... Ariosto, che preferirebbe decisamente starsene nel suo bel lettuccio caldo e accogliente, piuttosto che andare a scuola, lentamente si alza. Lo scenario che gli si presenta davanti agli occhi è lo stesso della sera prima: l'album da disegno per terra, un calzino appeso alla lampada (chissà l'altro dov'è...), figurine sparse sul pavimento, il suo libro preferito... “dove diavolo lo avrò messo?” si domanda Ariosto in un primo sprazzo di lucidità. Facendosi largo tra una sedia fuori posto e altri oggetti non ben identificati, Ariosto si trascina in bagno. Svestirsi, lavarsi, poi rivestirsi: mission impossibile, soprattutto se fuori c'è la mamma che bussa in continuazione urlando che si sta facendo tardi! Per non parlare poi, appunto, del vestirsi, con tutti i dubbi che

---

\* Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano

balzano alla mente: è meglio infilare prima la testa o le braccia? E se si parte da quest'ultima, occorre infilare prima il braccio destro o prima il braccio sinistro? Quando sarà il turno della testa? Quando poi l'operazione sembra completata con successo, ecco che la mamma gli farà notare che non ha controllato l'etichetta e che quindi si è messo la maglietta al rovescio; oppure, che i bottoni della camicia non sono appaiati all'asola giusta; o, ancora, che i calzini sono diversi.

E' ora di preparare la cartella, ma il tempo a disposizione è ormai davvero poco, con il papà che inizia a spazientirsi ("Te lo dico sempre di preparare la cartella alla sera!" è il suo rimprovero giornaliero). Ariosto infila il raccoglitore blu, l'astuccio e i libri alla rinfusa, tanto, anche se controlla sul diario, non si capisce mai nulla dei suoi "scarabocchi"! Lo dicono tutti che non è capace di gestire le sue cose, di organizzare il materiale in modo chiaro e secondo criteri ben definiti, di trascrivere in maniera corretta sul diario tutte le informazioni che servono. A volte si sbaglia, scrivendo i compiti del lunedì nello spazio del martedì; oppure mette delle note a cavallo tra due caselle e fa confusione sugli orari e i giorni della settimana. Del resto, tabelle, grafici e piani di lavoro non sono mai stati il suo forte, come quando occorre spostare oggetti seguendo certe indicazioni e stando dentro ad un casellario. Da piccolo era una frana nel gioco dell'oca, ora anche suo fratello Dante, di ben tre anni più piccolo di lui, lo batte a giocare a dama! Per non parlare dei videogiochi! Finché si tratta, però, semplicemente di giocare, pazienza ... ma quando il problema ha a che fare con le normali azioni di vita quotidiana che tutti quanti sono in grado di compiere, chi più chi meno, la faccenda diventa più complessa da gestire.

E' giunta l'ora di fare la colazione. Per puro miracolo il cartone del latte non si rovescia! E' sempre così, basta girarsi un po' nello spazio ristretto della cucina, che sembra che tutto debba cascare in terra. Papà intanto è lì che aspetta impaziente perché deve andare al lavoro.

Finalmente si arriva a scuola. Ariosto si appresta a raggiungere la propria classe e a prendere posto al proprio banco. Ah, povero banco, se potesse parlare! Da pulito e ordinato che era, ben presto si trasforma in un infernale campo di battaglia. Quaderni che si rovinano al momento dell'estrazione dalla cartella, matite e penna che sembrano dotati di una loro anima dispettosa e che "decidono" di cadere e ricadere all'infinito, l'album da disegno ... dov'è finito l'album da disegno? Poco importa, tanto questa è l'ora di matematica.

Come è difficile incolonnare i numeri! Sembra che debbano sempre mischiarsi tutti insieme, che nessuno possa stare al suo posto. E' chiaro cosa sono le unità, le decine e le centinaia, però poi è difficile fare le operazioni. Naturalmente, i risultati vengono sempre sbagliati, non c'è una operazione giusta neanche per

sbaglio e, è proprio il caso di dire con precisione matematica, arriva l'ennesimo brutto voto. Per fortuna che dopo c'è per due ore la prof. De Sanctis di Italiano, Storia e Geografia! Ariosto pensa che lei sia l'unica in grado di capirlo, certamente più di tutti gli altri professori, ma pensa anche che questo sia dovuto al fatto che a lui piacciono molto le sue materie, soprattutto se si tratta di ricordare i fatti storici o di ripetere certi brani dell'antologia. Leggere gli piace, in particolare i racconti dove si narrano le vicende di supereroi che devono affrontare imprese indicibili, come gli esploratori e gli avventurieri che si lanciano alla conquista di territori impervi e misteriosi. E' sempre stato così, fin dalla scuola primaria dove la maestra lo chiamava spesso per ripetere le poesie ad alta voce o semplicemente per riferire cosa aveva letto durante le vacanze estive o invernali. L'unica cosa che lo manda letteralmente in tilt di questa materia è quando la prof. si ostina a proporre quelle mappe con tante sfere e tante frecce che indicano le relazioni ... L'idillio scolastico dura purtroppo molto poco, perché si avvicina sempre di più l'incubo della sua vita: l'ora d'arte! Ma procediamo per gradi, perché prima c'è il tanto sospirato intervallo. "Devo cercare Antonietta, la bidella" – dice Ariosto tra sé e sé – "Lei è tanto gentile e sicuramente mi dà una mano ad aprire il pacchetto dei cracker. So già che potrei farcela, ma poi mi volano dappertutto...! Terminata la merenda e scambiate le consuete quattro chiacchiere suona la campana. E ora di riprendere quella maledetta copia dal vero della rosa, a cui la prof. Pastellini di arte tiene particolarmente. Osservare il modello, tentare un approccio con la matita, riprodurre linee curve, cancellare, poi cancellare, poi ancora cancellare fino quasi a formare un buco nel foglio e poi, quando tutto sembra finito nel modo migliore, andare dalla prof. per ricevere la faticosa e puntuale sentenza: "E' un pasticcio, è tutto da rifare!". Questa volta però rimane sorpreso, perché la prof., che non brilla certo in simpatia, esclama: "Ah, ma guarda ... pensavo di aver chiesto la copia di una rosa e invece mi sono sbagliata: era la copia di una patata!". Ariosto non è convinto fino in fondo di aver capito il commento della professoressa e se ne ritorna al suo posto con tante domande e poche risposte. Le ore di scuola procedono in modo lento e faticoso. "Per fortuna – pensa Ariosto – non mi devo fermare in mensa, altrimenti chissà che disastro: doversi mettere in fila (quando una fila da due è già formata, Ariosto fa sempre fatica ad individuare al volo il posto dove andare a mettersi), cercare di non rovesciare l'acqua dai bicchieri, mangiare senza far cadere le posate o il tovagliolo, finire a tempo con gli altri. Meno male che mamma e papà hanno deciso diversamente!". Ariosto quindi torna a casa, precisamente in quella dei nonni. La nonna lo coccola, lo stravizia, lo fa sentire davvero un genio come quando gli chiede un consiglio su tante cose ... solo una volta si è pentita di avergli chiesto qualcosa,

per l'esattezza quando si è fatta aiutare a piegare le lenzuola. Un cinema! Lei che tirava da una parte e Ariosto che non capiva dove doveva girarsi, se unire il lembo di destra con l'angolo di sinistra, quale braccio alzare e quando tirare ... insomma, tutto si era concluso con il lenzuolo lungo e disteso in terra! Però la nonna non glielo aveva fatto pesare, semplicemente si era limitata a sorridergli, a dirgli che era bravo in tante altre cose e, successivamente, ad astenersi dal chiedergli di compiere imprese per lui assolutamente impossibili. Era l'unica a non chiedergli cose che si sapeva che non sarebbe stato in grado di compiere.

Dopo una pausa, per lui troppo breve, davanti alla TV, Ariosto si accinge ad affrontare l'incubo dei compiti. Naturalmente, i problemi sono gli stessi incontrati a scuola, quindi non occorre descriverli. Intanto la mente di Ariosto oscilla verso un'altra direzione, dando peso e forma ad un altro spauracchio della sua vita: gli allenamenti di basket! Ecco, quella invece è una decisione che, se fosse stato al posto di mamma e papà, non avrebbe mai preso. Com'è difficile per lui! Ora stanno imparando il cosiddetto "terzo tempo": passo con palleggio, un passo, un altro passo, poi si flette una gamba, con l'altra ci si dà la spinta per il salto e contemporaneamente, con il corpo proteso in avanti, si tira a canestro. Quando Francesco, l'allenatore, gli chiede di farlo, lui regolarmente perde il conto dei passi, alza la gamba sbagliata e tira da tutt'altra parte. Francesco all'inizio sembra affrontare il problema armato di pazienza, tenta persino di insegnargli un trucco che per gli altri è utilissimo, ma per lui non lo è, e cioè di pensare al movimento prima di eseguirlo, di prepararlo nella sua mente come se lo stesse vedendo. "Visualizza!" – lo esorta Francesco, ma lui, Ariosto, in questo modo va ancora più in crisi: "Bella roba! Non so neanche da che parte incominciare ..." dice tra sé e sé. Alla fine Francesco perde l'iniziale pazienza e sbotta: "Sei proprio come un elefante in un negozio di cristalli!", tra le risate generali dei suoi compagni di corso. "Mah, chissà cosa avrà voluto dire" – pensa dubbioso Ariosto – "elefanti che stanno nei negozi ... cristalli che sicuramente si rompono ... ma cosa diavolo vuol dire? Cosa c'entro io con queste cose? A volte Francesco usa delle frasi che io proprio non capisco ... Però gli altri sì, perché ridono!" Ecco, anche questo è un problema! Ariosto un pochino sa di non essere all'altezza delle situazioni, di muoversi in modo goffo, di essere scoordinato, di travolgere oggetti e persone quando si sposta, però questo non giustifica le derisioni dei compagni, che in certe circostanze lo prendono di mira, scimmiottandolo e facendogli il verso. Lui sa anche di essere un po' permaloso, ma di fronte a queste cose si indispettisce di più e poi si rattrista profondamente. Ci sono poi delle volte che gli scherzi non li capisce al volo e, addirittura, è il suo amico Vittorio a fargli notare che lo stanno prendendo in giro. Succede proprio

così: ci sono certi momenti in cui non è sempre chiaro cosa si stanno dicendo gli altri, i gesti che usano per comunicarsi qualcosa, i doppi sensi e le frasi dette con ironia. Che mondo complicato! Meglio non farsi troppe domande, ignorare gli "amici" che in spogliatoio lo stanno imitando; meglio concentrarsi sulla borsa, se no poi chi la sente la mamma a casa quando si accorge che manca la solita, faticosa scarpa!

Torna a casa e si accorge subito che l'umore non è del tutto alle stelle. C'è qualcosa di strano nell'aria: la mamma sembra più paziente e comprensiva del solito; gli chiede come è andata la giornata, se dalla nonna ha mangiato, se è stanco... insomma, quasi gentile ma anche un po' preoccupata. Terminata la doccia, sente che il papà, appena tornato dal lavoro, chiede alla mamma quando sarebbe stato il colloquio con gli insegnanti e come mai avessero deciso di convocarli. La giornata si conclude così, con uno strano silenzio a tavola, con ancora un po' di TV, disteso comodo sul divano intanto che il fratellino Dante gioca con il Nintendo (questa cosa fa un po' arrabbiare Ariosto, che è sempre più invidioso del suo talento nello scalare i punti della classifica in quel gioco che va tanto di moda adesso tra i ragazzi della sua età ...).

Il resto è storia degli adulti, che riguarda sicuramente Ariosto ma che non ha più a che fare con lui direttamente e in prima persona. Durante il colloquio richiesto dalla scuola, la coordinatrice di classe, prof. Volpini, descrive alla famiglia il comportamento del ragazzo, il suo modo di approcciarsi ai compiti e all'apprendimento in genere, soffermandosi in modo chiaro ed esplicito sulle sue difficoltà scolastiche, legate non solo ai brutti voti conseguiti nelle discipline (matematica, scienze, arte, educazione tecnica ed educazione motoria in primis), ma anche e soprattutto ai problemi che Ariosto incontra nell'organizzazione del materiale scolastico e nella gestione del tempo e del metodo di lavoro: Ariosto è disorganizzato, è lento e impacciato, perde gli effetti personali, dimentica il materiale necessario per poter svolgere il compito o assistere ad una normale lezione, non sta al ritmo della classe; in più, la sua grafia è spesso indecifrabile. Il papà tenta di minimizzare il tutto adducendo motivazioni legate al fatto che anche lui era così da piccolo, che però con il tempo è migliorato, al punto tale che oggi è apprezzato per la sua precisione e meticolosità nel lavoro. La professoressa tuttavia, in modo garbato ma incisivo, fa notare che le difficoltà di Ariosto precludono il successo scolastico, impedendogli di raggiungere gli obiettivi previsti, e che tutto questo incide profondamente sulla sua autostima e sulla sua motivazione. Soprattutto negli ultimi tempi, i professori hanno notato che Ariosto sembra più stanco del solito e che appare un po' depresso. Il loro suggerimento è di chiedere una valutazione presso un centro specialistico, in modo

da poter capire meglio il problema, da individuarne le cause e, in particolare, da trovare strategie educative e didattiche che possano aiutare Ariosto ad affrontare l'apprendimento e la vita scolastica in maniera adeguata e soddisfacente.

La mamma di Ariosto, che si dimostra convinta e particolarmente preoccupata per le difficoltà del figlio, si dichiara d'accordo, mentre il papà appare perplesso e si riserva un tempo per poterci riflettere e prendere una decisione al riguardo.

## **2. Funzioni cognitive coinvolte in bambini goffi e impacciati**

Il racconto vivace e a tratti caricaturale di Ariosto può rappresentare bene la quotidianità di bambini che si “muovono” nel proprio spazio di vita con impaccio e in modo goffo, come se fossero sempre “altrove”. Sono quei bambini che, come Ariosto, mostrano un quadro clinico complesso in cui disfunzioni motorie persistenti, oltre le tappe di sviluppo, interferiscono con normali attività di vita quotidiana e spesso sono aggravate in età scolare da problematiche legate agli apprendimenti.

Le operazioni grosso-motorie e di coordinamento eseguite da questi bambini sono poco fluide e mai sufficientemente pianificate tanto da caratterizzarsi, proprio come per Ariosto, in scarse abilità sportive o nei giochi con la palla o saltare o andare in bicicletta. Questi bambini tendono a essere goffi nella deambulazione e predisposti a far cadere oggetti o urtare ostacoli.

A livello di abilità fini-motorie, l'esecuzione di alcune azioni come, per esempio allacciarsi le scarpe, abbottonarsi, scrivere, ricalcare, disegnare, colorare rispettando i margini di una figura o ritagliarla richiedono tempi lunghi per essere apprese e, anche quando ciò avviene, permane la lentezza esecutiva. Le prestazioni di questi bambini in prove standardizzate che valutano l'integrazione visuo-motoria; in prove quali VMI (Visual-Motor Integration) (Beery e Buktenica, 2000) sono significativamente al di sotto della media (Telzrow e Bonar, 2006).

Le difficoltà di coordinazione motoria spesso si accompagnano, per questa tipologia di bambini, a problematiche a carico di altre funzioni cognitive come le abilità percettive e visuo-spaziali. La prima consente di esplorare in modo accurato un campo visivo: vedere un oggetto e osservarne le caratteristiche (colore, forma, ecc.). La seconda si avvale dell'analisi dell'informazione visiva per individuare e riconoscere relazioni tra elementi che si collocano in uno spazio: quanto un oggetto è distante da noi e qual è il percorso da compiere per raggiungerlo.

Quest'abilità è strettamente connessa alla consapevolezza di percepire se stessi nel “dove” dello spazio e in prossimità fisica con altri oggetti. Un'adeguata percezione ed autopercezione nello spazio consente di orientarsi e muoversi

autonomamente in ambienti ampi, ma conosciuti. In questo caso, il percorso che un bambino compie per andare dalla propria classe alla palestra o dalla propria casa alla scuola diventa uno "spazio" sempre più gestibile autonomamente, nel quale non ci si può perdere.

Se rilevante è la relazione tra l'informazione visiva e l'azione, nondimeno lo è l'impatto che la componente visuo-spaziale ha sugli apprendimenti di materie come la matematica, le scienze, la geografia ed il disegno (Rourke, 1989; Strang e Rourke, 1983), discipline che richiedono ed implicano la manipolazione di informazioni visive o la lettura di tabelle e grafici o, nelle materie di studio, la comprensione di testi che richiedono una rappresentazione spaziale. Nello specifico per la matematica e la geometria le ricadute non riguardano solamente l'allineare, l'incolonnare i numeri, il riconoscere i simboli matematici o le figure geometriche, ma anche la possibilità di avere una rappresentazione mentale della quantità o la possibilità di manipolare, ruotare mentalmente figure piane per cogliere caratteristiche specifiche.

In questo ambito disciplinare l'esemplificazione grafica di concetti o di postulati non facilita l'acquisizione, ma la complica dal momento che il codice udivo rimane per questi soggetti il codice preferenziale e la spiegazione verbale la strategia maggiormente facilitante anche se con la progressiva astrattezza dei concetti le difficoltà aumentano non potendo completamente compensare utilizzando le buone competenze di memoria verbale. Alcuni studi (Myklebust, 1975; Rourke, 1989), hanno evidenziato, infatti, come punto di forza di questi soggetti, l'abilità nell'apprendimento di materiale verbale. L'uso di un buon linguaggio formalmente corretto che riproduce le informazioni verbali ascoltate, talvolta dissimula la comprensione del messaggio profondo veicolato dalla forma verbale, che non è compreso o immediatamente accessibile. In altri termini il significato del "detto" rimane aderente al significato reale dei referenti dei termini che il linguaggio usa. Ecco perché questi bambini, come Ariosto, non colgono gli aspetti inferenziali dei discorsi o le espressioni metaforiche. In questo senso la pragmatica della comunicazione veicolata attraverso il linguaggio e molti altri indicatori analogici (come appunto il "non detto esplicito") sono problematici negli scambi relazionali con adulti e pari.

Le implicazioni della comunicazione rendono svantaggiati questi soggetti che non sempre sono consapevoli degli effetti che l'uso di espressioni comunicative dirette ed esplicite possono suscitare nei loro interlocutori e a loro volta non sempre colgono il significato delle comunicazioni che a loro sono dirette.

A questo punto ci si può chiedere: quale sarà la competenza sociale percepita di un ragazzino come Ariosto, che deve gestire le relazioni con i pari? Il gruppo dei

coetanei, infatti, può essere un giudice severo e poco incline alla benevolenza e a non accettare nel “gruppo” chi è percepito come diverso. Le caratteristiche comportamentali rilevate in Ariosto espongono questi ragazzini ad essere derisi o, peggio, essere oggetto di bullismo (Tanguay, 2006) proprio per mancanza di abilità sociali e interpersonali.

Il non percepire e decodificare in modo adeguato i segnali di natura sociale come i volti, le espressività fisiche delle emozioni, gli indizi metacomunicativi o l’uso dell’ironia (Liddell e Rasmussen, 2005; Petti, Voelker, Shore e Hayman-Abello, 2003; Semrud-Clikeman e Glass, 2008) hanno ricadute significative sulla competenza sociale. Queste problematicità sono in parte da attribuirsi alle difficoltà che questi soggetti hanno a livello visuoperceptivo, che impedisce loro di cogliere i complessi stimoli di natura sociale. Alcuni dati di ricerca (Cummins, Piek e Dyck, 2005; Wisdom, Dyck, Piek, Hay e Hallmayer, 2006) hanno, infatti, mostrato che soggetti con basse prestazioni visuoperceptive avevano anche prestazioni significativamente inferiori a quelle dei soggetti di controllo in compiti di riconoscimento delle emozioni nei volti e in compiti di cognizione sociale.

Rilevare la componente sociale del funzionamento cognitivo di questi soggetti inevitabilmente porta a riflettere e ad evidenziare le ricadute che queste difficoltà hanno sull’autopercezione e il valore di sé, costituendo un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi internalizzanti in adolescenza, periodo in cui lo scambio relazionale tra pari assume una maggiore rilevanza (Steinberg e Monahan, 2007). La derisione o i continui rimproveri o i rifiuti provenienti dall’ambiente sociale per le scarse competenze di coordinazione motoria e per le incomprensioni negli scambi comunicativi producono, infatti, vissuti di frustrazione e un senso di fallimento che possono associarsi a disagi emotivi. In un lavoro di Armesano e Giofrè (2011) è stata analizzata la relazione tra basso indice visuospatiale e la presenza di disagio emotivo in un ampio campione di ragazzi (202 soggetti), frequentanti le classi I, II e III della scuola secondaria di primo grado. I risultati emersi da questa ricerca sembrano supportare l’esistenza di una relazione tra basse abilità visuospatiali e la presenza di tratti depressivi e confermano i dati presenti in letteratura, relativi a tale associazione (Casey et al., 1991; Myklebust, 1975; Rourke, 1989).

### **3. Ariosto, un ragazzino solo in difficoltà? Categorie nosografiche e questioni aperte**

Quando si osservano comportamenti e modi di fare come quelli messi in evidenza per Ariosto cosa si può pensare? Quali i dubbi o le perplessità di genitori ed insegnanti? Perché Ariosto è così?

Le risposte possibili, fornite soprattutto dai genitori, in genere, fanno appello a caratteristiche personali riconoscibili da sempre: "E' sempre stato così...." o "Fin da piccolo ha sempre fatto fatica a...." cui però non hanno mai dato particolare rilevanza fino a quando l'inserimento nella scuola primaria ha portato in primo piano le ricadute sugli apprendimenti. Gli insegnanti conoscono bene questi alunni che sono sempre gli ultimi a cambiarsi in palestra o a vestirsi per uscire da scuola; a mensa mangiano impugnando male forchetta e coltello, mentre in classe i tempi per il copiare dalla lavagna sono interminabili e gli esiti dei loro elaborati sono poco decifrabili.

Il quadro che emerge è quello di un disturbo che afferisce a categorie diagnostiche distinte a seconda che siano maggiormente marcate le componenti di coordinamento motorio o quelle di tipo visivo e spaziale. Nel primo caso si ha l'espressività sintomatica del Disturbo di Sviluppo della Coordinazione Motoria (Developmental Coordination Disorder: DCD), nel secondo caso si fa riferimento al quadro clinico della Sindrome Non Verbale (Nonverbal Learning Disability: NLD), così come descritta da Rourke (1987). A questo riguardo più autori (Mamen, 2007; Mammarella, Pazzaglia e Cornoldi, 2007; Rourke, 2009) suggeriscono di non confondere l'espressività sintomatica del DCD, soprattutto in età scolare, e quella della NLD, anche se l'analisi dei due quadri clinici (DCD, NLD) presenta delle aree di sovrapposizione.

Dall'osservazione dei fenotipi cognitivo-comportamentali e della linea di sviluppo del DCD - quando non si ha una compensazione delle difficoltà nelle tappe di crescita successive - e della NLD, si possono individuare numerosi punti di concordanza, tra i quali:

- Difficoltà di percezione tattile (O'Brien, Williams, Bundy, Lyons e Mittal, 2008).
- Difficoltà nell'apprendimento della scrittura, per quanto riguarda le componenti grafo-motorie (Rosenblum e Livneh-Zirinski, 2008).
- Difficoltà in compiti di memoria a lungo termine e di memoria di lavoro con materiale visuospatiale (Cornoldi, Dalla Vecchia e Tressoldi, 1995; Mammarella e Cornoldi, 2005).
- Disturbi a livello visuoperceptivo, che si ripercuotono nella capacità di

decodificare segnali di natura sociale, quale l'espressione facciale delle emozioni.

- Scarse competenze a livello sociale, con difficoltà nel rapporto coi pari e conseguenti ricadute sul piano dell'autostima, sia nel DCD (Green *et al.*, 2006; Schotorst *et al.*, 2007) sia nella NLD (Semrud-Clikeman *et al.*, 2010).
- Lievi difficoltà in compiti di cognizione sociale quali i compiti di Teoria della Mente e di riconoscimento delle emozioni facciali, sia nei bambini con DCD (Cummins *et al.*, 2005; Wisdom *et al.*, 2006) sia nei bambini con NLD (Petti *et al.*, 2003; Semrud-Clikeman e Glass, 2008).
- Scarse competenze a livello sociale, con difficoltà nel rapporto coi pari e conseguenti ricadute sul piano dell'autostima, sia nel DCD (Green *et al.*, 2006; Schotorst *et al.*, 2007) sia nella NLD (Semrud-Clikeman *et al.*, 2010).
- Lo sviluppo affettivo-comportamentale mostra per le due categorie tendenze evolutive simili: in prima infanzia e in età scolare possono prevalere disturbi esternalizzanti, in adolescenza si evidenziano maggiormente disturbi internalizzanti, quali la depressione, sia nel DCD (Green *et al.*, 2006; Poletti, 2009; Schotorst *et al.*, 2007) sia nel NLD (Rourke *et al.*, 1989; Semrud-Clikeman *et al.*, 2010).

(modificato da Poletti, 2011)

Non è infrequente quindi che bambini con DCD persistente, nel corso dello sviluppo manifestino altri disturbi in comorbidità. Se l'osservazione clinica di un ragazzino come Ariosto mostra evidenze e specificità riferibili a entrambe le categorie nosografiche la questione che si pone a livello diagnostico è la funzionalità di etichette cliniche discrete proposte dagli attuali manuali diagnostici. In altri termini analizzando le aree di sovrapposizione e le aree di differenza clinica tra queste due etichette diagnostiche (DCD e NLD) la questione posta in un articolo di Poletti (2011) è chiedersi se il modello di NLD proposto da Rourke, tenendo conto dell'ampia eterogeneità di questi quadri, sia adeguato per descrivere il fenotipo cognitivo comportamentale dei bambini e degli adolescenti con DCD persistente e complicatosi con lo sviluppo. Attraverso una rassegna ragionata di recenti evidenze empiriche e proposte teoriche, Poletti (2011) cui si rinvia il lettore per un approfondimento, evidenzia da un lato le dinamiche neurocognitive e comportamentali simili nei due quadri clinici,

dall'altro la necessità di un'attenta valutazione neuropsicologica per definire delle comorbidità con diagnosi, soprattutto, di ADHD e di DSA.

La questione posta non è di poco conto se, nonostante l'interesse che questi profili cognitivi hanno sollecitato, si tiene conto che la classificazione diagnostica della quarta revisione del DSM-IV-Tr (APA, 2000) e la decima revisione dell'ICD-10 (OMS, 1992) includono il DCD, ma non fanno esplicito riferimento alla NLD. In altri termini, i principali manuali diagnostici riconoscono le manifestazioni sintomatologiche della NLD, ma non le riconducono a espressioni tipiche di un particolare disturbo. Questa situazione si ritrova anche nel panorama italiano per il quale il Disturbo dell'Apprendimento Non Verbale (DANV) è considerato alla stessa stregua di un disturbo specifico dell'apprendimento, pur non trovando una sua definizione, ad esempio, nel documento ufficiale sui disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) della *Consensus Conference*. Ciò significa che anche per il DANV sono indicati criteri diagnostici analoghi a quelli utilizzati per gli altri DSA, in altre parole assenza di fattori di esclusione per i disturbi specifici dell'apprendimento che comprendono condizioni di handicap, ritardo cognitivo, o fattori esterni come inadeguato insegnamento o carenze dell'ambiente socioculturale.

Di certo la sindrome non verbale così come l'ha descritta e identificata Rourke (1989, 1995) presenta un quadro di funzionamento ampio dai contorni indefiniti con caratterizzazioni trasversali a molti tipi di disturbo, di cui solo alcuni rientrano nella categoria dei DSA.

Le caratteristiche generali del fenotipo cognitivo-comportamentale della NLD, proposte da Rourke, sono riassunte qui di seguito:

1. deficit bilaterale della percezione tattile, più marcata nella parte sinistra del corpo;
2. deficit bilaterale nella coordinazione psicomotoria;
3. deficit delle abilità visuospatiali;
4. difficoltà nel processare nuove informazioni; riflette la tendenza a utilizzare procedure già automatizzate non considerando i feedback ambientali;
5. difficoltà nel *problem solving* non verbale, nella formazione di concetti e ipotesi nuove;
6. senso distorto del tempo;
7. ben sviluppate abilità verbali di tipo automatico (lettura di singole parole – *spelling*) associate a difficoltà di comprensione del testo (ingravescenti con lo sviluppo);
8. verbosità, con tematiche ricorrenti, con difficoltà nei nuclei semantici e negli aspetti pragmatici del linguaggio;

9. deficit nelle operazioni aritmetiche e nella comprensione del testo a dispetto di buone abilità di lettura di singole parole e di *spelling*;
10. deficit a livello sociale (percezione, giudizio ed interazioni con gli altri), che possono portare a isolamento e ritiro sociale. Solitamente sopraffatti dalla gestione delle situazioni nuove, con tendenza all'ansia e, in casi estremi, e al panico. Alta probabilità di sviluppare forme internalizzate di psicopatologia (soprattutto depressione) in tarda infanzia o in adolescenza.

Da queste indicazioni lo stesso Rourke e collaboratori, più recentemente hanno stabilito una serie di criteri diagnostici differenziandoli per fasce d'età, tenendo conto delle tappe evolutive e delle prestazioni scolastiche senza, tuttavia, mai definire esattamente quali siano i processi o le componenti che nei soggetti NLD siano maggiormente danneggiati (per un approfondimento ed aggiornamento si veda il sito [www.nld.bprourke.ca](http://www.nld.bprourke.ca)). Anche se non vi sono ancora dei criteri standardizzati per la diagnosi del DANV, quelli maggiormente utilizzati, per ordine decrescente di importanza sono: 1) discrepanza tra QI Verbale e QI di Performance di almeno 15 punti ponderati; 2) organizzazione visiva; 3) memoria visiva; 4) abilità percettive; 5) percezione di gestalt; 6) abilità grafomotorie; 7) *problem solving*; 8) ragionamento non verbale; 9) motricità; 10) concetti matematici (da Mammarella, Cornoldi e Pazzaglia, 2007).

In assenza di una categoria diagnostica riconosciuta e condivisa dalla comunità scientifica, si impone un'attenzione particolare in fase di valutazione clinica per raccogliere non solamente i riscontri forniti dalle prove-test, ma dalla storia di vita e di sviluppo del soggetto per poter meglio definire il quadro clinico di riferimento. Come abbiamo già accennato il DANV può essere confuso o avere delle comorbidità con altri disturbi di tipo prassico, attentivo o, ancora, la sindrome di Asperger (Volkmar e Klin, 2001). La necessità di una diagnosi differenziale ha sollecitato gruppi di ricercatori italiani a "isolare il caso del disturbo specifico di apprendimento, identificando una meglio definita categoria diagnostica rappresentata da bambini o ragazzi che rientrano nei criteri di inclusione e di esclusione dei DSA, ma che presentano una fisionomia ben definita, rappresentata da aree linguistiche relativamente preservate e aree visuospatiali deficitarie" (Mammarella, Cornoldi e Pazzaglia, 2007, pag.127). Le ricerche condotte da questo gruppo di ricerca (Mammarella, Cornoldi, 2005; Mammarella, Cornoldi, Pazzaglia et al. 2006; Mammarella, Pazzaglia, 2010) hanno indagato nello specifico le prestazioni di gruppi clinici di soggetti DANV con gruppi di controllo normodotati su compiti di memoria di lavoro visuospatial, assumendo come modello di riferimento il modello di Cornoldi e Vecchi (2003).

Questo prevede un continuum di attività che pongono ad un estremo compiti di memoria visiva passiva (memorizzazione di informazioni) e, all'altro estremo, compiti di memoria visiva attiva (elaborazione, controllo e manipolazione di stimoli). I risultati ottenuti hanno permesso di cogliere i processi che sottendono le diverse tipologie di compiti e di cogliere, per confronto dei due campioni di soggetti, le diversificazioni che caratterizzano i soggetti con DANV. Gli esiti di ricerca sicuramente potranno meglio rispondere a una domanda di definitezza e di precisione di quadri clinici che per molti versi sono ancora sfumati.

Avvicinarsi alla tipizzazione di un quadro clinico consente di porre dei criteri per l'individuazione dei DANV, ma ciò lascia ancora ampio margine alle ipotesi sull'eziologia di questi disturbi. Anche se non si intende entrare nel merito di una questione altrettanto problematica, qui basti accennare a studi che concordano nel ritenere questi quadri clinici dipendere da una precoce compromissione, da intendersi come mancato sviluppo o danno della sostanza bianca cerebrale, cioè dei fasci di fibre mielinizzate che connettono tra loro diverse aree corticali e sottocorticali (Hadders-Algra, 2003).

#### **4. La "filosofia" dell'intervento: il modello bio-psico-sociale**

Un modello di intervento finalizzato a potenziare le funzioni visuo-motorie-spaziali carenti, affinché possa essere considerato efficace e funzionale, in termini di incisività nelle strategie adottate e di forza di generalizzazione delle competenze sviluppate, non può ridursi ad un mero repertorio, per quanto strutturato e metodologicamente ben articolato, di proposte e di stimoli, ma deve necessariamente contenere in sé delle possibilità applicative che possano essere ricondotte alle azioni di vita quotidiana. Da qui la necessità di conciliare l'attenzione al singolo soggetto, ovvero alla persona con il suo quadro di funzionalità carenti ricollegabili ad un disturbo specifico o ad una difficoltà generalizzata di vario tipo, alla relazione che egli ha con il suo abituale contesto di educativo e sociale.

A tal proposito, la prospettiva bio-psico-sociale che ha ispirato il modello ICF rappresenta non solo un significativo punto di confronto in termini di linee epistemologiche di riferimento, ma anche un indispensabile contenitore entro il quale collocare metodologie di intervento che intendano mantenere una significativa impronta contestualista ed ecologico-funzionale (Soresi, 2001).

Prima di tutto, spendiamo, a scopo introduttivo, due parole su questo strumento. L'ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*, 2001) è un documento emanato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità,

nella sua versione di bozza preliminare, nel 1997, con l'intenzione dichiarata di uniformare i criteri di valutazione della salute e degli ambiti ad essa collegati, come l'educazione e il lavoro.

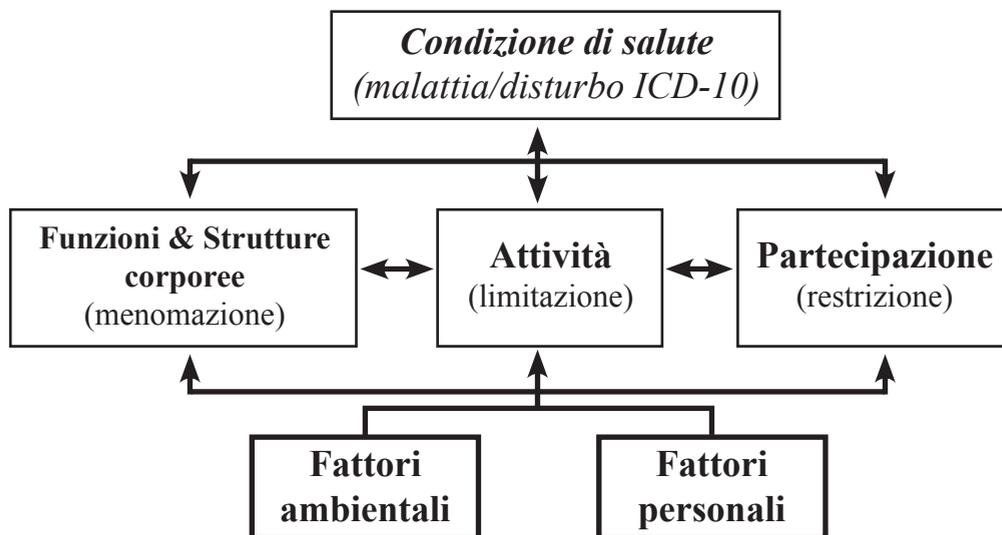
In particolare, l'ICF si articola su due dimensioni portanti:

- la dimensione del funzionamento organico e delle strutture anatomiche;
- la dimensione delle attività e dei livelli di partecipazione.

Nella prospettiva di questo strumento, il focus dell'attenzione si sposta dalle conseguenze della malattia (ICDH) alle componenti costitutive della salute. A questo proposito è soprattutto l'analisi della seconda dimensione (attività e livelli di partecipazione) quella che, dal nostro punto di vista del potenziamento cognitivo-strumentale e dell'inclusione sociale, rappresenta il polo innovativo di maggiore spessore. Analizziamo il modello ICF in una forma semplificata rispetto a come si è soliti visualizzarlo (fig. 1).

La persona che manifesta una particolare menomazione, ovvero un disturbo/malattia classificabile lungo la dimensione del funzionamento organico e della struttura anatomica, può presentare più o meno limitazioni nelle attività che normalmente le persone conducono ed è più o meno coinvolgibile in situazioni di vita (livelli di partecipazione). Ciò che fa sì che la partecipazione possa avere luogo o meno nei modi desiderati è dato dai fattori contestuali, di tipo ambientale e personale, che possono agire da inibitori o da facilitatori nel processo di integrazione della persona. Aiutiamoci con un esempio di Ianes (Ianes, 2004). Immaginiamo queste due situazioni, che in partenza si presentano molto diverse (capacità): un bambino con un repertorio comunicativo-linguistico molto limitato e un altro bambino con buone capacità, sempre nella stessa area. Vediamo come i fattori contestuali possono agire da facilitatori o da barriere, permettendo o inibendo la *performance*.

Fig.1 - Il modello biopsicosociale nella classificazione ICF



Tab.1 - Il ruolo dei fattori contestuali nella traduzione della capacità in *performance* (adattamento da Ianes, 2004)

CAPACITA'	FACILITATORE	PERFORMANCE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacità articolatorie verbali non presenti</li> <li>- Linguaggio espressivo assente</li> <li>- Capacità nulla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tavola di comunicazione con simboli</li> <li>- Persona in grado di decodificare i simboli (fattori contestuali ambientali positivi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Performance comunicativa espressiva adeguata sui bisogni di base</li> </ul>
CAPACITA'	BARRIERE	PERFORMANCE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacità verbali buone</li> <li>- Linguaggio espressivo adeguato</li> <li>- Buone capacità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fattore contestuale personale negativo: forte ansia sociale in presenza di estranei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Performance comunicativa espressiva deficitaria sul versante della partecipazione sociale, con estranei o persone poco familiari</li> </ul>

Dalla visualizzazione del modello (fig.1) sembrerebbe che la zona sul lato destro della figura, che riguarda appunto i livelli di attività e di partecipazione, sia la zona effettivamente sensibile ad un possibile intervento e, quindi, suscettibile di mediazione. I fattori ambientali e personali mediano la relazione tra la persona, abile o diversamente abile, e il suo contesto di riferimento, favorendone o limitandone i livelli di attività e di partecipazione.

Ritornando al nostro Ariosto (tab.2), a fronte di discrete competenze sul piano linguistico-narrativo, supportate da un forte interesse del ragazzo che va in quella direzione, occorrerebbe mettere a punto delle strategie che partano da questi aspetti di natura sequenziale e che assumono sicuramente un ruolo di facilitatori, riducendo al massimo la presenza di mappe concettuali o di altri stimoli figurati che implicano l'attivazione simultanea di diversi schemi visivi e di azione (barriere).

Tab.2 - Esempificazione di fattori contestuali relativi al caso di Ariosto e trasformazione in capacità in performance (adattamento da Ianes, 2004)

CAPACITA'	FACILITATORE	PERFORMANCE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buone capacità di lettura</li> <li>- Discrete capacità di rievocare verbalmente gli elementi principali e secondari di un racconto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rilettura</li> <li>- Rievocazione di parole-chiave</li> <li>- Ripetizione orale di sequenze</li> <li>- Scelta di brani tratti da romanzi di avventure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Performance comunicativa espressiva incrementata rispetto alle capacità di partenza</li> </ul>
CAPACITA'	BARRIERE	PERFORMANCE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buone capacità di lettura</li> <li>- Discrete capacità di rievocare verbalmente gli elementi principali e secondari di un racconto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso di mappe concettuali</li> <li>- Ricostruzione attraverso il riordinamento di vignette</li> <li>- Ansia sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Performance comunicativa espressiva decrementata o inibita rispetto alle capacità di partenza</li> </ul>

Senza entrare per ora nello specifico dei contenuti, sulla base dei principi espressi dal modello ICF, quali sono i requisiti che un *training* potenziativo dovrebbe presentare? Proviamo a tratteggiarne qualcuno, come segue:

- L'evidenza o forza contestuale, in termini di effettiva capacità del *training* di sfruttare tutte le componenti ambientali che possano offrire, in modo intenzionale ed organizzato, opportunità di incrementare le capacità e di trasformarle in *performance*, grazie alla mediazione di fattori ambientali e sociali di supporto, siano essi di natura fisico-strumentale o di natura sociale (organizzazione del *setting* di lavoro, intervento dei soggetti di pari o differente età/livello, ecc.).
- La flessibilità applicativa, che implica la possibilità di alternare le proposte in funzione delle aree d'interesse della persona, di variare le attività pur attenendosi alle coordinate metodologiche individuate, di sospenderle o di modificarne l'ordine di presentazione.
- La ricaduta funzionale, che comporta la necessità di elaborare proposte tali da garantire la possibilità di estendere la richiesta in altri contesti di lavoro e, soprattutto, da favorirne lo sviluppo di competenze spendibili nella vita di tutti i giorni. Ad esempio, saper individuare le regolarità e le alternanze in una catena di stimoli visivi (ritmi visivi), può essere attuato sia attraverso la presentazione di esercizi a tavolino mirati allo scopo, sia attraverso attività quotidiane che implichino l'allineare elementi o mettere in ordine (es. stendere i panni seguendo un ordine preciso, su istruzione verbale o con la presentazione di un modello).

## **5. Proposta di un percorso di potenziamento**

Le evidenze, fin qui riportate sulla complessità di quadri clinici come il DCD e il DANV, mostrano che le difficoltà possono esprimersi attraverso gradi differenti di compromissione a motivo sia delle aree di sovrapposizione, sia di quelle di differenziazione.

Il rilevare i singoli aspetti deficitari senza riferirli al quadro diagnostico complessivo può pregiudicare anche la prospettiva dell'intervento. Fermo restando che buona regola è predisporre un intervento che sia il più possibile mirato alla riabilitazione delle funzioni di base carenti, è altresì vero che le caratteristiche così articolate del disturbo richiedono di costruire un progetto di intervento a partire da almeno due considerazioni: l'età del bambino e l'emergenza prioritaria. Quanto più il bambino è piccolo, tanto più saranno le funzioni di base (memoria, memoria procedurale di atti motori, attenzione,

percezione) a essere il focus dell'intervento, proprio per le ricadute che queste hanno sugli apprendimenti successivi. Con ragazzini più grandi o preadolescenti le emergenze possono essere, da una parte le richieste scolastiche per la comprensione di concettualizzazioni più astratte, dall'altra il ritiro dagli scambi relazionali con i pari o l'avversione per situazioni nuove. Le traiettorie di lavoro non si escludono a vicenda, anzi l'integrazione è auspicabile per migliorare le problematiche che questi bambini e ragazzi incontrano nella vita.

A partire da queste considerazioni, quando è stato pensato il percorso di potenziamento che qui presentiamo, è prevalsa la motivazione a lavorare con i tanti non ben definiti "Ariosto" che vivono tra i banchi di scuola e in famiglia, senza avere una diagnosi che li definisca, ma che sono però "s-composti" e con difficoltà scolastiche.

Il progetto dunque non si rivolge ad un gruppo "clinico", ma è indirizzato a bambini di età compresa tra gli 8 e 11 anni; inoltre si pone come obiettivo prioritario quello di stimolare i processi motori e visuospaziali che sono alla base dello sviluppo di molte abilità specifiche di tipo scolastico (leggere, scrivere e far di conto), ma anche funzionali alla vita di tutti i giorni (sapersi muovere con precisione ed efficacia, sapersi organizzare, autoregolarsi). Inoltre il progetto intende mettere in primo piano almeno due condizioni di attuazione irrinunciabili:

- il gruppo come sfida per lavorare con questa tipologia di bambini;
- la dimensione ludica e narrativa delle attività che non sono proposte solamente attraverso schede carta-matita.

Queste condizioni decontestualizzate da un *setting* riabilitativo vero e proprio, hanno consentito di ampliare l'orizzonte entro cui pensare e proporre le attività di gioco-lavoro, con attenzione agli aspetti motivazionali, di coinvolgimento personale e reciproco tra i partecipanti, in assenza di qualsiasi tipo di riferimento a compiti scolastici.

La metodologia operativa prevede, infatti, di attivare situazioni interpersonali (di coppia o piccolo gruppo) di scambio e cooperazione attraverso le quali il corpo in movimento e l'azione pratica, agita o immaginata, da esperire in gruppo, sono i pre-testi per guidare la discussione e far emergere:

- Le abilità implicate nel "fare" dell'esperienza attivata.
- Un approccio di riflessione sulle funzioni cognitive coinvolte.
- La riflessione sulle ricadute che questo "fare" o "fare con la mente" può avere nelle attività quotidiane e in quelle scolastiche.
- Una tipologia di "lavori" verso i quali trasferire le abilità individuate.

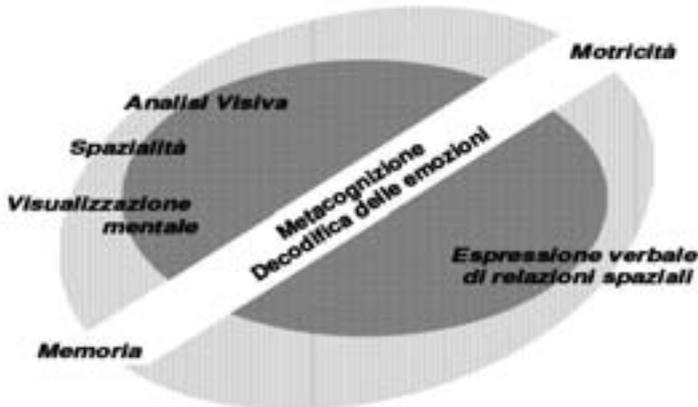
La cornice narrativa<sup>1</sup> è il filo rosso che coinvolge un eroe dei nostri giorni - un ragazzino di nome Ariosto – che, intrepido, a volte anche scoraggiato, affronta le sfide più disparate a casa, a scuola, in una città non identificata, in cui le insidie si celano dietro ogni angolo. Le attività consistono in proposte di gioco cooperativo, piacevoli e divertenti, attraverso le quali il gruppo di bambini ha la possibilità di cimentarsi in prove necessarie per accedere ai livelli successivi di compiti più complessi. Le attività, dunque, strutturate sotto forma di percorso, permettono di raggiungere, attraverso passaggi intermedi, la meta ambita. La componente di sfida presente nella storia, unita al gioco cooperativo di squadra, fanno sì che i bambini mettano in gioco le loro abilità strategiche, legate ad aspetti relativi alla coordinazione motoria (prove che richiedano precisione, forza e armonia del gesto), all’orientamento spaziale (leggere mappe, eseguire percorsi) e all’organizzazione temporale (riprodurre messaggi in codice su ritmi), ecc.

Le attività proposte si riferiscono alle aree di funzionamento che nei quadri complessi di DANV e DCD risultano essere carenti. Lo schema riportato in fig.2 tiene conto anche di una possibile articolazione tra le varie funzioni, evidenziando, da un lato, le funzioni visive e spaziali (spazialità, analisi visiva e visualizzazione mentale), dall’altro, le competenze di comprensione e di espressione verbale di relazioni spaziali (espressione verbale di relazioni spaziali). A “cerniera” tra le due macroaree di competenza di base sono state indicate la metacognizione e la decodifica delle emozioni, a indicare la necessità di una riflessione sul proprio modo di operare e di apprendere, rimanendo in ascolto anche del proprio modo di “sentire” se stessi e gli altri dal punto di vista emozionale, al fine di prestare attenzione alla tonalità emotiva personale e riconoscere quella degli altri partecipanti. Sullo sfondo, ma soprattutto alla base di questi processi sono stati indicati la motricità e la memoria, come due fattori che contribuiscono alla costruzione dell’esperienza “del mondo” e dell’imparare.

---

<sup>1</sup> Il racconto da cui si è preso spunto per proporre la cornice narrativa è “Una giornata come le altre” tratto e modificato da *Analogie e metafore. Analisi di testi narrativi* di Antonietti, Bianchi, Giorgetti, Edizioni Erickson, 2002.

Fig.2 – Schema delle funzioni, a cui si riferiscono le attività del percorso di potenziamento



Se un bambino guarda un oggetto che lo incuriosisce, ma non gli è permesso di avvicinarsi ad esso, di quest'oggetto potrà chiedere il nome, immaginare il suo funzionamento, riconoscerne il colore e forse la consistenza e poco altro. Ma se questo bambino può raggiungere quest'oggetto, prenderlo in mano, guardarlo, esplorarlo nelle sue parti, allora la sua esperienza si arricchisce di molte informazioni che gli consentiranno di sapere molte più cose di questo oggetto e di fare maggiori ipotesi su quale possa essere il suo funzionamento. Le azioni e il ricordo delle azioni in sequenza consentono di costruire schemi d'azione da mettere alla prova nell'esplorazione dell'ambiente circostante (Rourke, 1995). Al fine di presentare le attività che compongono il percorso di potenziamento per ciascuna funzione che compone lo schema, sarà riportata a titolo d'esempio la tipologia delle attività ad essa riferita.

### 5.1. Motricità

- Globale
- Segmentale
- Fine

Nell'atto motorio si ritrovano tutti gli aspetti dell'apprendimento della realtà: attraverso l'azione e l'uso del corpo il bambino apprende il "mondo delle cose" e stabilisce relazioni tra queste. Inoltre chiedersi "dove sono...." è inscindibile dal domandarsi anche "chi sono....". In altri termini, il mondo delle cose e degli

altri fa maturare la propria identità e la propria autonomia, consente di muoversi e mettersi in relazione. La rappresentazione propriocettiva di questi bambini può essere sollecitata attraverso il riconoscimento su di sé e sugli altri di porzioni del proprio corpo. Nello specifico le attività previste si riferiscono allo schema corporeo, all'integrazione tra emiparte destra e sinistra e alla simmetria del proprio corpo o di oggetti rappresentati. Per questa sezione sono previsti:

- Gioco in coppia di riproduzione di movimenti a specchio (“fà esattamente come me, stando attento alle parti del corpo che muovi”);
- gioco dello scultore (rivisitazione a livello segmentario del gioco delle belle statuine per il quale la statua inizialmente è un compagno e poi una rappresentazione grafica). Secondo la necessità, le varianti possono diventare maggiormente complesse e prevedere composizioni con più di un soggetto;
- gioco della zanzara che si sposta (Batteria Piaget-Head: test di orientamento destra-sinistra; per es. “con la mano sinistra tocca l'orecchio destro” ...);
- gioco individuale sul riconoscimento destra e sinistra su oggetti e persone poste in uno spazio fisico, prima e successivamente rappresentato su foglio (es., tavola del Lego: “Togli la casa che si trova a destra della torre”).

## 5.2. Memoria

- Memoria sequenziale
- Memoria spaziale
- Memoria simultanea

La memoria è un fattore coinvolto in modo rilevante in questi quadri clinici e per il quale si dispongono dati di ricerca che meglio definiscono le specificità delle componenti e sottocomponenti della memoria che ne sono implicate. La memoria procedurale (o memoria implicita) è la memoria di come si fanno le cose e di come si usano gli oggetti. La perdita o un deficit di questo tipo di memoria rende difficili attività quotidiane come il vestirsi o il lavarsi. Dal punto di vista neuropsicologico i bambini di età scolare con DCD o NLD mostrano prestazioni mediamente inferiori ai soggetti di controllo sia nei compiti di memoria a lungo termine, sia nei compiti di memoria di lavoro, con materiale verbale e con materiale visuospatiale (Alloway, 2007). Più precisamente è stata presa in considerazione la memoria di lavoro visuospatiale (MLVS) nelle sue sottocomponenti: la componente *visiva o statica* (per il riconoscimento della forma degli oggetti e delle loro caratteristiche percettive) e la componente *spaziale o dinamica* (relativa al mantenimento temporaneo di movimenti e sequenze di movimenti). Il coinvolgimento di queste componenti della memoria di lavoro visuospatiale (MLVS) nella comprensione dei deficit cognitivi dei soggetti con

NLD sembra essere ormai consolidato, (Cornoldi, Dalla Vecchia e Tressoldi, 1995; Cornoldi, Rigoni, Tressoldi e Vio, 1999; Mammarella e Cornoldi, 2005a, 2005b; Mammarella, Pazzaglia, 2010). L'individuazione di questi due processi cognitivi distinti, uno visivo e uno spaziale, ha orientato la scelta delle attività che prevedono compiti sia statici, sia dinamici:

- Compiti in cui è dato un modello grafico astratto da memorizzare per un breve tempo; una volta tolto il modello, il bambino lo deve riprodurre graficamente.
- Compiti spaziali simultanei, dove le posizioni sono presentate simultaneamente e l'ordine di riproduzione non è importante. Per esempio è mostrata una matrice composta da un numero variabile di caselle alcune delle quali sono annerite. Dopo un breve tempo di esposizione si fornisce ai bambini un'identica matrice con la consegna di annerire lo stesso numero di caselle nella medesima posizione.
- Compiti spaziali sequenziali, dove le posizioni sono presentate in modo seriale e l'ordine di riproduzione è importante. Analogamente alla precedente attività, su una matrice di caselle bianche sono posti in sequenza delle *fiche* su alcune caselle (il numero delle *fiche* aumenta man mano la prestazione dell'intero gruppo di lavoro raggiunge i punteggi-soglia stabiliti). Al bambino è chiesto di annerire le caselle, rispettando la sequenza d'ordine presentata. A tale scopo le varianti delle attività sono presentate tramite software opportunamente costruito, in cui un omino si muove dentro un labirinto. Al bambino è chiesto, dopo una breve presentazione, di riprodurre il percorso seguito dall'omino. In questa versione le variabili manipolabili sono: la rapidità di movimento dell'omino e la complessità del labirinto.

Per questa sezione è stato previsto l'utilizzo delle attività riportate nel cd-rom BVS (*Batteria per la valutazione della memoria visiva e spaziale*, di Mammarella, Toso, Pazzaglia, Cornoldi, 2008), valido strumento non solo di potenziamento, ma altresì funzionale all'analisi delle prestazioni dei singoli soggetti per evidenziarne i punti di forza e di debolezza.

### 5.3. Spazialità

- Riferimento a sé
- Riferimento alla relazione tra gli oggetti
- Riferimento alla rappresentazione grafica (coordinate, griglie, tabelle ecc.)

Le attività previste per questa sezione sono articolate e non tutte ugualmente calibrate su un'unica funzione che le sottende, poiché coinvolgono più abilità. Per spazialità è stata qui considerata una dimensione fisica o rappresentata, che si frappone tra punti nello spazio da percorrere o stimare o rappresentare. Le attività previste si riferiscono alle sottocategorie qui di seguito riportate:

*Direzionalità:*

- Dettato spaziale. Attraverso indicazioni di orientamento spaziale, fornite tramite codice verbale orale, il bambino esegue, su un foglio quadrettato, le indicazioni ascoltate ("và su di un quadretto, poi và a destra di altri due quadretti, và giù di tre ...cosa avete ottenuto?")

*Distanza:*

- *Il fotografo Punto Di Vista.* Quest'attività prevede che i concetti di "vicino", "lontano" siano riferiti di volta in volta al punto di vista di qualcuno o di qualcosa. Il bambino, avendo come indizio solamente le foto che questo fotografo ha scattato, deve riconoscere il punto di vista da cui è stata scattata la foto. Pertanto questi concetti topografici (lontano-vicino) sono presentati in modo da sollecitare nei bambini un decentramento, funzionale a cogliere la relazione spaziale tra quanto riprodotto dalla foto e da dove potrebbe essere stata scattata. A titolo d'esempio, se la foto riporta la luna nello sfondo scuro dell'universo quale fotografo Punto Di Vista potrebbe averla scattata? Chi potrebbe dire: "È vicina a me oppure è lontanissimo da me?"
- *Scommettiamo ....!* Quest'attività, come la precedente, richiede, oltre che di immaginare, anche di stimare distanze. Al bambino è richiesto di dire, per es. "Quanti passi ci vogliono perché tu possa raggiungere la porta dal posto dove sei ora?", "Quanti passi deve fare il tuo compagno per raggiungere la porta?"

*Percorsi/labirinti:*

- Pollicino Pollicione (gioco computerizzato con download gratuito - <http://vbscuola.it>). L'attività da eseguirsi a video di un PC prevede una serie di labirinti distinti in due livelli di difficoltà: più facili (Pollicino) e più difficili (Pollicione). Con le frecce direzionali della tastiera del computer, il bambino dovrà uscire dal labirinto. Anche per quest'attività le componenti funzionali attivate sono riferite a visualizzazione, pianificazione e destrezza manuale nell'attivare la freccia direzionale, usando le tre dita della mano in rapida frequenza.

*Ritmi visuo-spaziali:*

- Quest'attività richiede di riprodurre semplici ritmi con oggetti concreti,

da mettere in sequenza, rispettando un ordine ritmico da riconoscere in un modello grafico presentato. (costruzione di collane con materiali vari, rispettando la sequenza grafica proposta; stendere su una cordicella delle sagome di indumenti, sulla base di una sequenza proposta a livello grafico ... e la proposta può coinvolgere due sottogruppi di bambini che lavoreranno contemporaneamente, sfidandosi a vicenda).

- Analogamente alla precedente proposta, questo gioco prevede la versione-sfida, a tempo di riproduzione di semplici ritmi visivi presentati al computer, (<http://giochi.tuttogratis.it/giochionline/gioco/jewelry-design2.html>).
- Attività di algoritmi visuo-spazio-temporali. La specificità di questa proposta consiste nell'abbinare, ad un oggetto o a un simbolo, un gesto (es., triangolo rosso-battito di mani; quadrato giallo-salto su posto; cerchio verde-soffiare) Al bambino si richiede di "leggere" la sequenza di questo strano spartito e di riprodurne il ritmo. A completamento quest'attività si può prevedere il "dettato" gestuale. In altri termini si chiede al bambino di ricostruire la sequenza di simboli, corrispondenti ai gesti, su un foglio di carta sulla base dell'osservazione dell'adulto che li ripropone in sequenza.

#### 5.4. Analisi visiva

- Statica
- Dinamica

Le attività di questa sezione fanno riferimento alle capacità visive che potrebbero essere carenti nei bambini cui ci rivolgiamo e fanno riferimento a proposte di training come *Abilità Visuospaziali* (Cornoldi, Friso, Giordani, Poli, Rigoni e Tressoldi, 1997) o a prove utilizzate in fase diagnostica come il test di percezione visiva (test TPV, Hammill, Pearson e Voress, 1993).

Se l'analisi visiva delle informazioni non fornisce ai processi cognitivi successivi un prodotto efficace, molto accurato e in tempi rapidissimi, l'esito finale potrebbe risentirne negativamente.

L'analisi dell'informazione visiva si avvale di più componenti: l'attenzione visiva, la correttezza delle fissazioni, la sequenzialità dei movimenti oculari, così come il riconoscimento di configurazioni visive, la discriminazione figura-sfondo, la costanza della forma, che sono coinvolti negli apprendimenti scolastici di base. Le relazioni tra queste componenti sono difficili da isolare e da valutare in termini di peso relativo, in funzione delle richieste o degli stimoli.

Per questa sezione, le attività richiedono pertanto la capacità di individuare figure celate in configurazioni più complesse dimostrando competenza nel discriminare contorni e analizzare dettagli e l'abilità di concepire la permanenza delle figure

geometriche e delle loro caratteristiche anche se rappresentate in modo diverso. Tali attività sono state articolate come segue:

*Percezione di forme:*

- Percezione di forme diversamente orientate, da proporre attraverso schede.
- Figure nascoste da ri-cercare. Data una forma target, si chiede al bambino di cercarla all'interno di un'immagine che presenta diversi livelli di complessità.
- Riconoscimento e associazione di oggetti raffigurati con le rispettive ombre.
- Scheda illustrata graficamente (la rappresentazione prima è pittorica, poi astratta), in cui sono riportati vari oggetti o elementi che sono da individuare tra un set di possibilità date anche se percettivamente diversi, per esempio a prescindere dalla dimensione o dall'orientamento.

*Attenzione ai particolari:*

- Giochi/schede tipo "aguzza la vista"
- giochi/schede tipo "somiglianze e differenze"

*Analisi sequenziale visiva:*

- I percorsi ingarbugliati. Dato un groviglio di linee (che possono essere fili di lana di un gomitolo o fili dei palloncini che si sono aggrovigliati), il bambino deve ricalcare con il pennarello il capo del filo e percorrerlo per ricongiungerlo al suo oggetto corrispondente.
- Schede attentive. Data una stringa di simboli e/o lettere e/o numeri, (matrici più o meno complesse per numerosità di simboli o per la distanza e disposizione degli stessi) è fatta richiesta al bambino di fare un segno tutte le volte che si trova il simbolo/lettera/numero uguale al target. Le stringhe possono essere omogenee (solo lettere, solo numeri, solo simboli grafici) o miste.

### *5.5. Visualizzazione mentale*

- Integrazione visuo-cinestetica
- Ricomposizioni di immagini mentali

Questa sezione propone attività che hanno lo scopo di attivare nel bambino la capacità di costruire e trasformare mentalmente rappresentazioni di tipo visivo. Le immagini mentali sono infatti rappresentazioni di tipo viso-spaziale che ci si costruisce nella mente richiamando oggetti, eventi precedentemente visti o combinando, inventando nuove figure o scene.

Per la scelta delle attività di questa sezione abbiamo fatto riferimento anche ad alcune sezioni (scomposizioni mentali e rotazioni mentali) del percorso operativo dal titolo *Pensare le immagini* (Benedan, Antonietti, 1997).

*Riconoscimento percettivo e immagini mentali:*

- La tua schiena per una lettera. Lettere, numeri, simboli, oggetti “disegnati” ovvero tracciati con un dito da un bambino sulla schiena di un compagno per poi richiedere a quest’ultimo di nominare quanto disegnato. Le forme o i simboli variano per complessità.
- Compiti stereognosici. Si predispongono delle forme in un sacchetto di stoffa leggera e scura. Si chiede al bambino di toccare il contenuto del sacchetto e di riconoscere attraverso il tatto cosa in esso è contenuto per denominarlo o disegnarlo.
- Compiti di rotazione mentale. Ai bambini in coppia si propone una serie di schede che hanno come richiesta comune quella di immaginare mentalmente la rotazione di alcuni oggetti mobili, per riprodurre su un foglio la diverse posizioni che l’oggetto ruotato assume.
- Il progetto Lego. Questo lavoro da svolgere in coppia propone pannelli di lego che riportano delle semplici costruzioni (torri, riquadri di varia dimensione). Ai bambini sono fornite tre rappresentazioni grafiche in 3D che intendono riprodurre il modellino in lego osservato da tre angolazioni. Le coppie devono indovinare la rappresentazione corretta.

*Anticipazione mentale e pianificazione visuo-motoria:*

- Proiettare su una parete un’immagine familiare schermata. A poco a poco si sfila il pannello che nasconde l’immagine in modo che compaia una parte dell’oggetto rappresentato; si chiede ai bambini (suddivisi in due squadre) di formulare ipotesi e poi si procede mostrando maggiori dettagli; vince la squadra che per prima scopre l’oggetto nascosto.
- Tamgram. Questa proposta si esegue in coppia e prevede due step successivi: il primo fornisce un modello da riprodurre in cui sono visibili i tagli tra i pezzi accostati del tamgram; il secondo livello prevede che il modello sia senza la facilitazione dei tagli.
- Origami. Si propone un modello da costruire mostrando e verbalizzando in modo puntuale la sequenza delle piegature. I bambini osservano. Successivamente è fornita loro una scheda in cui sono riportati graficamente i passaggi necessari per ottenere il modello. La richiesta è di produrre in modo accurato l’oggetto.
- Sokoban ovvero il “custode del magazzino” (<http://www.game-sokoban.com/>). Si tratta di un videogioco in cui il giocatore deve spingere delle casse (ma una alla volta) in un labirinto, visto dall’alto con degli ostacoli. Una variante a questa proposta è un altro videogioco: Tetris, nella versione classica o tridimensionale.

### *5.6. Espressione verbale di relazioni spaziali*

- Fase IN – decodificare comandi verbali
- Fase OUT – comunicare verbalmente riferimenti spaziali
- Integrazione visuo-verbale

Si ha motivo di credere, anche se al riguardo i dati di ricerca sono ancora pochi, che i processi di natura visuo-spaziale siano implicati nella comprensione e riproduzione di testi che descrivono relazioni spaziali tra gli oggetti (Rigoni, Cornoldi e Alcetti, 1997). Per le attività di questa sezione sono stati selezionati alcuni brani e alcuni quadri d'autore. Per i brani, ai bambini è stato chiesto di riprodurre graficamente il testo o ri-posizionare, su un disegno già predisposto, le figure degli oggetti nominati nel brano. La procedura e alcuni stimoli sono stati ripresi dal lavoro di ricerca condotto da Rigoni, Cornoldi et al (1997). Per i quadri sono state scelte opere che riproducevano in modo chiaro gli oggetti, nelle quali fosse ben definibile la relazione spaziale tra gli elementi (ad es. nature morte di Caravaggio o Cézanne – Fiasque, verre et poterie). A un solo bambino del gruppo è consentito visionare un quadro e di descrivere oralmente tutti gli elementi raffigurati con la consegna di comunicare più informazioni possibili affinché i restanti membri del gruppo siano in grado di riprodurlo il più possibile uguale all'originale che solamente alla fine dell'attività sarà mostrato a tutti. Le “opere” di tutti i bambini saranno oggetto di analisi in cui ognuno potrà dare la propria valutazione riconoscendo l'adeguatezza o meno della disposizione, dimensione e relazione tra gli oggetti.

### *5.7. Decodifica delle emozioni*

- Espressione
- Riconoscimento
- Verbalizzazione

Si è già fatto riferimento alle caratteristiche dei soggetti con NLD, che avrebbero difficoltà nella percezione degli aspetti non verbali legati a contenuti emotivi quali ad esempio espressioni facciali e gesti (Petti, Voelker, Shore e Hayman-Abello, 2003). Le attività di questa sezione utilizzano tutti i tipi di codici – espressivo/corporeo, visivo, verbale – per promuovere la conoscenza, prima, delle etichette verbali delle emozioni e dei sentimenti, poi, per il loro riconoscimento sugli altri e su se stessi. Numerosi sono gli strumenti cartacei e non, che sono disponibili per potenziare la competenza di riconoscere le emozioni (cfr., ad es., il *cd-rom* dal titolo: “L'ABC delle mie emozioni: Giochi e attività per l'educazione razionale-emotiva”, Di Pietro, 2008), anche se in questo caso l'attenzione è stata posta sia sugli indizi visivi, sia sulle risonanze che espressioni verbali, linguisticamente

identiche, possono sollecitare nell'interlocutore a partire dalle tonalità, appunto emotive, con le quali sono pronunciate.

- Nel gioco le "Emozioni hanno le gambe corte" s'invitano i bambini a cimentarsi a essere degli attori per esprimere .....o ad essere dei poeti per dire..... o dei collezionisti per fare una raccolta differenziata di emozioni rappresentate.
- Nel gioco "Cosa avrà voluto dire ...." ai bambini è chiesto di formulare ipotesi sulle conseguenze emotive che un evento mostrato (o rappresentato tramite un filmato) può aver provocato in un personaggio che a quell'evento reagisce dicendo delle frasi connotate emotivamente (v. Giochi e attività sulle emozioni, Di Pietro, Dacomo, 2007).

### 5.8. *Metacognizione*

- Consapevolezza
- Uso di strategie

Più che una sezione di lavoro è un approccio trasversale a tutte le attività, dal momento che al termine di ciascuna proposta esercitativa o gioco si è ritenuto opportuno riservare un tempo per gli "spunti di riflessione". Un po' tempo è riservato a pensare alle strategie che sono state attivate per lo svolgimento del compito ed eventualmente a quelle che si sarebbero potuto utilizzare. La dimensione di gruppo sicuramente offre la possibilità di condividere e confrontarsi sui vari modi di affrontare compiti e sfide e consente di "riconoscersi" nell'altro e di "appuntarsi" in un ipotetico diario le strategie che sembrano essere maggiormente funzionali. Al termine delle attività i bambini sono anche invitati a esprimere una propria autovalutazione rispetto alla gradevolezza dell'attività, al grado di difficoltà percepito, alle personali aspettative rispetto alle prestazioni.

## 6. **Note conclusive**

La proposta operativa presentata è il tentativo di raccogliere in un unico percorso una serie di attività che hanno lo scopo di potenziare le funzioni cognitive che sono state individuate dalla letteratura come deficitarie in bambini con un DANV. L'esigenza di chiarire il quadro nosografico di questi bambini ha inevitabilmente posto la questione della sovrapposizione con l'espressività sintomatica di altri quadri clinici, quali il Disturbo di Sviluppo della Coordinazione (DCD) o i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA). Nello specifico di questo progetto d'intervento sono state utilizzate prioritariamente quelle funzioni di base a livello motorio, visivo e spaziale su cui pare convergere sia il DANV sia

il DCD, tralasciando attività specifiche associate all'integrazione motoria e ai contenuti disciplinari propri dell'apprendimento scolastico. Questa scelta è in funzione di due riflessioni: la prima parte dall'ampia disponibilità di programmi d'intervento "ad hoc" per singole abilità. Basti pensare alle proposte operative per promuovere l'apprendimento di discipline scolastiche o per l'intervento abilitativo di bambini con difficoltà/disturbi di lettura, scrittura, *problem solving*, comprensione del testo, produzione di testi scritti ecc.

La seconda riflessione muove dall'esigenza clinica di poter disporre di un percorso unitario, che preveda attività che siano strettamente associate tra loro e in connessione con l'espressività del DANV. E' un tentativo, forse un po' pretenzioso, di raccogliere e ordinare le tante attività, alle quali il clinico pensa quando incontra bambini che mostrano debolezze nelle aree visuo-spaziali o la cui storia di sviluppo e le prove diagnostiche inducono a una ipotesi di DANV. Infatti nello strutturare questo percorso sono stati richiamati i programmi di intervento disponibili, che vanno a lavorare su molteplici aspetti in cui bambini con NLD possono risultare deficitari. Tra questi sono da ricordare *Abilità Visuospaziali* (Cornoldi, Friso, Giordani, Poli, Rigoni e Tressoldi, 1997): un *training* riabilitativo distinto in 10 aree per bambini dagli 8 ai 13 anni; *Allenare le abilità visuo-spaziali* (Andrich Miato, Miato, 2008): il *training* è proposto attraverso un software che propone, sotto forma di giochi e di test classici, una serie di esercizi che stimolano la percezione visiva (la rotazione di figure, la riproduzione di un tracciato, la ricostruzione di un'immagine o di una fotografia, l'orientamento di configurazioni visive e l'organizzazione spaziale); strutturato in 3 livelli di difficoltà, il programma richiede ai bambini della scuola primaria di cimentarsi in una sfida con se stessi per migliorare il proprio tempo e punteggio; oltre alle dieci aree del programma sono presentati altri giochi, quali l'origami, il sudoku, la dama, gli scacchi, i cruciverba. Più recente è il software di Fastame, Antonini (2011) dal titolo: *RECUPERO IN... Abilità visuo-spaziali*. Questo percorso è rivolto a bambini della scuola primaria e a ragazzi della secondaria di primo grado. Le attività/gioco sono ambientate nelle profondità marine e, tra le attività, sono previste la comprensione di testi contenenti informazioni topografiche.

Con riferimento ai più recenti modelli della memoria di lavoro visuo-spaziale sono stati pubblicati *BVS-Corsi* (Mammarella, Toso, Pazzaglia, Cornoldi 2008), che valuta la memoria di lavoro visuospatiale e, come strumento applicativo, *Memoria di lavoro visuo-spaziale* (Mammarella, Toso, Caviola, 2010), Quest'ultimo programma propone un'ampia scelta di attività distinte in tre macro-aree: memoria visiva, memoria sequenziale e memoria simultanea.

Ciascuna macro-area è a sua volta articolata in modo da contenere attività che vanno ad agire sia sulla memoria passiva (attenzione e memoria immediata e ricordo di informazioni) che sulla memoria attiva, richiedendo quindi al bambino di elaborare in vario modo gli stimoli presentati, prima di fornire una risposta.

Le proposte operative sono varie, articolate e molto focalizzate su specifiche funzioni cognitive e queste risorse di lavoro sono state considerate e previste anche nel nostro progetto di intervento. Di questo ci preme precisare alcuni aspetti che a nostro parere sono dei punti di forza. Innanzi tutto l'intervento non è rivolto al singolo soggetto ma a un piccolo gruppo di bambini che assomigliano un po' al nostro Ariosto e che sono coinvolti in un'esperienza laboratoriale a cadenza settimanale per qualche mese. Il contesto in cui ciò avviene è uno spazio attrezzato che consente sia di muoversi nello spazio che di trovare in questo tavoli e sedie, in cui operare a seconda delle proposte operative. La presenza di più bambini crea, inevitabilmente, una dinamica relazionale ricca e al tempo stesso complessa e carica di significati emotivi, che l'operatore sarà chiamato a gestire. Questo aspetto è però da valorizzare con tale tipologia di bambini, per i quali una situazione di gruppo centrata sulle problematiche, di cui sono portatori, può rappresentare uno spazio ideale per mettersi alla prova. Lo spazio di incontro e di attività mirate può diventare una vera e propria "palestra", in cui il bambino può riportare le problematiche incontrate nella vita quotidiana (in una prospettiva *everyday life*), confrontarsi con gli altri e raggiungere maggiori livelli di consapevolezza e autonomia personale. Inoltre la complessità del quadro clinico, in assenza di specifiche cadute in alcune aree di funzionamento, favorisce un intervento condotto su più fronti: sulle componenti deficitarie, sulle strategie che permettono al soggetto di affrontare i compiti con la consapevolezza sia delle proprie difficoltà che delle proprie risorse, sulle aree di apprendimento direttamente interessate dal disturbo.

Infine sono da richiamare anche dei punti di fragilità di questo progetto, che, proprio in quanto tale, non ha avuto, fino ad ora, una sua compiuta realizzazione. Le attività proposte non sono mai state presentate nella loro unitarietà e pertanto non si hanno riscontri, non tanto sull'efficacia delle singole attività, bensì sulla praticabilità e ricaduta dell'intero percorso. Inoltre se ci fosse un globale beneficio e/o benessere, questi potrebbero essere solo riferiti all'esperienza soggettiva in sé, senza ulteriori specificazioni. E' anche vero che i destinatari di questo lavoro non costituiscono un gruppo clinico e che il miglioramento della qualità della vita e del benessere scolastico, qualora vi fosse, sarebbe già un ottimo risultato.

## Bibliografia

- Alloway, T.P. (2007), Working memory, reading and mathematical skills in children with developmental coordination disorder. *Journal of Experimental Child Psychology*, 96, 20-36.
- Andrich Miato, S., Miato, L. (2008), *Allenare le abilità visuo-spaziali, 10 giochi per migliorare le strategie di apprendimento*. Trento: Edizioni Erickson.
- Antonietti, A., Bianchi, M. P., Giorgetti, M. (2002), *Analogie e metafore. Analisi di testi narrativi*. Trento: Edizioni Erickson.
- Arnesano, D., Giofrè, D. (2011), Autopercezioni di abilità e disagio in ragazzi con basse abilità visuospatiali. *Psicologia Clinica Dello Sviluppo*, XV, 2, 471-478.
- Beery, K.E., Buktenica, N.A. (2000), *Developmental Test of Visual-Motor Integration*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Benedan, S., Antonietti, A. (1997), *Pensare le immagini. Schede per lo sviluppo della visualizzazione mentale*. Trento: Edizioni Erickson.
- Casey, J.E., Rourke, B.P., Picard, E.M. (1991), Syndrome of nonverbal learning disabilities: Age differences in neuropsychological, academic, and socioemotional functioning. *Development and Psychopathology*, 3, 329-345.
- Cornoldi, C., Vecchi, T. (2003), *Visuo-spatial working memory and individual differences*. Hove: Psychology Press.
- Cornoldi, C., Dalla Vecchia, R., Tressoldi, P.E. (1995), Visuo-spatial working memory limitation in low visuo-spatial high verbal intelligence children. *Journal of Child Psychology and Child Psychiatry*, 36, 1053-64.
- Cornoldi, C., Friso, G., Giordani, F. et al. (1997), *Abilità visuo-spaziali: intervento sulle difficoltà non verbali dell'apprendimento*. Trento: Edizioni Erickson.
- Cornoldi, C., Rigoni, F., Tressoldi, P.E. et al. (1999), Imagery deficits in nonverbal learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 32, 48-57.
- Cummins, A., Piek, J.P., Dyck, M.J. (2005), Motor coordination, empathy and social behavior in school-aged children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47, 437-442.
- Di Pietro, M. (2008), *L'ABC delle mie emozioni: Corso di alfabetizzazione socio-affettiva*. Trento: Edizioni Erickson.
- Di Pietro, M., Dacomo, M., (2007), *Giochi e attività sulle emozioni, Nuovi materiali per l'educazione razionale-emotiva*. Trento: Edizioni Erickson.
- Fastame, M.C., Antonini, R. (2011), *Recupero in... Abilità visuo-spaziali*. Trento: Edizioni Erickson.
- Green, D., Baird, G., Sugden, G. (2006), A pilot study of psychopathology in Developmental Coordination Disorder. *Child: Care, Health and Development*, 32, 741-750.

- Hammill, D. D., Pearson, N. A., Voress, J. K. (1993), *Test di Percezione Visiva e Integrazione Visuo-Motoria (TPV)*. Trento: Edizioni Erickson.
- Ianes, D. (2004), *La diagnosi funzionale secondo l'ICF*. Trento: Edizioni Erickson.
- Liddell, G.A., Rasmussen, C. (2005), Memory profile in children with nonverbal learning syndrome. *Learning Disability Research and Practice*, 20, 137-141.
- Mamen, M. (2007), *Understanding non verbal learning disabilities: A commonsense guide for parents and professionals*. London: Jessica Kingsley.
- Mammarella, I.C., Cornoldi, C. (2005a), Sequence and space: The critical role of a backward spatial span in the working memory deficit of visuospatial learning disabled children. *Cognitive Neuropsychology*, 22, 1055-1068.
- Mammarella, I.C., Cornoldi, C. (2005b), Difficulties in the control of irrelevant visuo-spatial information in children with visuo-spatial learning difficulties. *Acta Psychologica*, 118, 211-228.
- Mammarella, I.C., Pazzaglia, F., Cornoldi, C. (2007), Disturbi dell'apprendimento non verbale (visuospatiale). In C. Cornoldi (a cura di), *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
- Mammarella, I. C., Cornoldi, C., Pazzaglia, F. et al. (2006), Evidence for a double dissociation between spatial-simultaneous and spatial-sequential working memory in visuospatial (Nonverbal) learning disabled children. *Brain & Cognition*, 62, 58-67.
- Mammarella, I. C., Pazzaglia, F. (2010), Visual perception and memory impairments in children at risk for Nonverbal learning disabilities. *Child Neuropsychology*, 16, 564-576.
- Mammarella, I.C., Toso, C., Caviola, S. (2010), *Memoria di lavoro visuo-spaziale, attività per il recupero e potenziamento*. Trento: Edizioni Erickson.
- Mammarella, I.C., Toso, C., Pazzaglia, F. et al. (2008), *BVS - Batteria per la valutazione della memoria visiva e spaziale*. Trento: Edizioni Erickson.
- Myklebust, H.R. (1975), *Progress in learning disabilities (vol. 3)*. New York: Grune & Stratton.
- Mandich, A., Buckolz, E., Polatajko, H. (2003), Children with developmental coordination disorder (DCD) and their ability to disengage ongoing attentional focus: More on inhibitory function. *Brain and Cognition*, 51, 346-356.
- O'Brien, J.C., Williams, H.G., Bundy, A. et al. (2008), Mechanism that underlie coordination in children with developmental coordination disorder. *Journal of Motor Behavior*, 40, 43-61.
- Petti, V.L., Voelker, S.L., Shore, D.L. et al. (2003), Perception of nonverbal emotion cues by children with nonverbal learning disabilities. *Journal of*

*Developmental and Physical Disabilities*, 15, 23-36.

Poletti, M. (2009), Comorbidità psicopatologica nel Disturbo di Sviluppo della Coordinazione Motoria. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 29, 154-163.

Poletti, M. (2011), Disturbo di Sviluppo della Coordinazione Motoria e Sindrome Non Verbale: esistono aree di sovrapposizione clinica? *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, XV, 3.

Rigoni, F., Cornoldi, C., Alcetti, A. (1997), Difficoltà nella comprensione e rappresentazione di descrizioni visuospatiali in bambini con disturbi non-verbali dell'apprendimento. *Psicologia Clinica Dello Sviluppo*, I, 2.

Rosenblum, S., Livneh-Zirinski, M. (2008), Handwriting process and product characteristics of children diagnosed with developmental coordination disorders. *Human Movement Science*, 27, 200-214.

Rourke, B.P. (1987), Syndrome of nonverbal learning disabilities: The final common pathway of white matter disease-dysfunction? *Clinical Neuropsychologist*, 1, 209-234.

Rourke, B.P. (2009), Syndrome of non verbal learning disabilities: Respice, adspice, prospice. *Atti del XVIII Congresso Nazionale AIRIPA*, La Spezia.

Rourke, B.P. (1989), *Non verbal learning disabilities: The syndrome and the model*. New York: Guilford Press.

Rourke, B.P. (1995), *Syndrome of non verbal learning disabilities: Neurodevelopmental manifestations*. New York: Guilford Press.

Rourke, B.P., Tsatsanis, K.D. (2000), Syndrome of nonverbal learning disabilities and Asperger syndrome. In A. Klin, F. Volkmar, S.S. Sparrow (eds), *Asperger syndrome*. New York: Guilford Press.

Schothorst, P.F., Swaab-Barnevald, H., Van Engeland, H. (2007), Psychiatric disorders and MND in non-handicapped preterm children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 439-448.

Semrud-Clikeman, M., Glass, K. (2008), Comprehension of humour in children with nonverbal learning disabilities, reading disabilities and without learning disabilities. *Annals of Dyslexia*, 58, 163-180.

Semrud-Clikeman, M., Walkowiak, J., Wilkinson, A. et al. (2010), Direct and indirect measures of social perception, behavior and emotional functioning in children with Asperger's syndrome, Nonverbal learning disability, or ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 509-519.

Soresi, S. (2001), Riflessioni a margine della seconda edizione della classificazione Internazionale delle menomazione, disabilità e degli handicap. *Giornale Italiano delle Disabilità*, 1, 1, 55-22.

Steinberg, L., Monahan, K.C. (2007), Age differences in resistance to peer influence. *Developmental Psychology*, 43, 1531-1543.

Strang, J.D., Rourke, B.P. (1983), Concept-formation/non-verbal reasoning abilities of children who exhibit specific academic problems with arithmetic. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 33-39.

Tanguay, P.B. (2006), *Difficoltà visuospatiali e psicomotorie. Interventi per la sindrome non verbale*. Trento: Edizioni Erickson.

Volkmar, F.R., Klin, A. (2001), Sindrome d'Asperger e disturbi dell'apprendimento non verbale. In E. Schopler, G.B. Mesibov, L.J. Kuncze (eds), *Sindrome di Asperger, Autismo High-functioning* (9 –108). Trento: Edizioni Erickson.

Wisdom, S.N., Dyck, M.J., Piek, J.P. et al. (2006), Can autism, language and coordination disorders be differentiated based on ability profiles? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 178-186.

**LA MUSICOTERAPIA  
PRESSO IL “CENTRO PAOLO VI” DI CASALNOCETO:  
UNA STORIA LUNGA TRENT’ANNI (1982-2012)**

FERRUCCIO DEMAESTRI\*

*Non cesseremo mai di esplorare  
E la fine delle nostre esplorazioni  
Sarà arrivare al punto di partenza  
E per la prima volta conoscere quel luogo.*

**T.S. Eliot**

### **1. Premessa**

La mia esperienza presso il “Centro Paolo VI” di Casalnoceto ha avuto inizio nel 1988, quando sono stato contattato dal suddetto “Centro”, per valutare la possibilità di un mio interesse, in qualità di musicista, nei confronti della musicoterapica e della sua applicazione in ambito riabilitativo. Qui ho incontrato per la prima volta il dott. Manarolo, che da alcuni anni aveva iniziato a proporre l’approccio musicoterapico presso questa struttura riabilitativa, seguendo una casistica composta prevalentemente da bambini e ragazzi tra i 7 ed i 18 anni che presentavano diagnosi di ritardo mentale medio, medio grave e grave, associato a psicosi o autismo. L’allora “Centro Medico Psico-pedagogico Paolo VI” proponeva la musicoterapia come forma di psicoterapia a mediazione non-verbale centrata sull’impiego del suono e della musica come facilitatori della comunicazione e della relazione. L’approccio utilizzato da Manarolo per la casistica suddetta prevedeva l’integrazione di tecniche attive e recettive all’interno di un *setting* specifico sovrapponibile a quello descritto da Rolando Benenzon nel suo “Manuale di Musicoterapia” edito in Italia nel 1984. Cito direttamente dalla tesi di laurea in Medicina e Chirurgia di Manarolo (1984) la definizione di musicoterapia del Prof. G.P. Guaraldi, a quei tempi direttore della Clinica Psichiatrica dell’Università di Modena:

*“Per musicoterapia s’intende il ricorso ad esperienze musicali attive (in cui si*

---

\* Musicista, Musicoterapista “Centro Paolo VI” di Casalnoceto. Formatore e Supervisore AIM.

*produce musica, coltivando l'espressione creativa individuale o di gruppo in una prospettiva di comunicazione socializzante) oppure passive (in cui predomina l'ascolto o l'assunzione di stimoli ritmico/musicali). Queste esperienze sono finalizzate al recupero, alla risocializzazione, all'integrazione sociale di persone (bambini e/o adulti) affetti da handicap di diverso tipo che ne limitano l'esperienza relazionale e sociale. L'esercizio o la pratica di queste attività è intesa non solo come approfondimento e perfezionamento di un momento esclusivamente tecnico e rieducativo, ma anche e soprattutto come ricerca ed individuazione di soluzioni che permettono un'effettiva integrazione sociale di chiunque emarginato. In quest'accezione la musicoterapia può essere uno strumento a disposizione delle varie metodiche psicoterapiche, di cui può costituire una parte integrante e, talvolta, addirittura insostituibile, essendo un mezzo di comunicazione non verbale in grado di concorrere alla determinazione ed al successivo consolidamento di tali particolari forme di relazioni interpersonali."*

Su questi presupposti, volti ad offrire al disabile grave opportunità di comunicazione e relazione, l'équipe clinica del "Paolo VI", coordinata dal dott. Ettore Cima sostenuto dal fondatore del centro Mons. Francesco Remotti, decise d'inserire la musicoterapia come forma di trattamento riabilitativo a valenza relazionale. Sempre in quegli anni si posero le basi per la creazione di un servizio che oggi conta trent'anni di attività continua, distribuita sull'orario dell'intera settimana lavorativa. In questo contributo cercherò di tracciare le linee principali di questa storia, soffermandomi prevalentemente sugli sviluppi metodologici della disciplina musicoterapica e sulle necessità di modulazione incontrate nell'applicazione delle tecniche specifiche in rapporto ai cambiamenti della casistica ospitata negli anni presso il Centro Paolo VI.

## **2. Il primo periodo: dal 1982 al 1992**

Durante questo decennio, l'attività di musicoterapia ha conosciuto un importante periodo di assestamento sul piano strutturale, organizzativo e metodologico. La definizione di un *setting* fu consentita dal trasferimento del "Centro Paolo VI" da Caldirola (sempre in provincia di Alessandria) all'attuale struttura di Casalnoceto. Parallelamente a questo spostamento in termini geografici ed all'adattamento in termini architettonici degli spazi necessari per avviare un'attività musicoterapica, si sono definiti i ruoli dei professionisti impegnati nel trattamento quotidiano degli ospiti, ovvero un medico psichiatra con funzione di supervisore ed un musicista entrambi formati in ambito musicoterapico presso il corso quadriennale di musicoterapia di Assisi.

Come evidenziato in precedenza, la casistica trattata era costituita prevalentemente da soggetti che presentavano quadri di ritardo mentale (medio, medio-grave e grave) associati a psicosi o autismo. Pertanto la metodologia utilizzata, attingeva largamente all'impostazione benenzoniana, ai concetti di Iso (identità sonora), di regressione, di oggetto intermediario, esposti dall'autore argentino nei suoi scritti di quegli anni, condivisi dai tecnici del settore sia a livello nazionale che internazionale.

Il *contesto* non verbale benenzoniano forniva agli ospiti del "Paolo VI", importanti opportunità di relazione consentendo di sviluppare aree di potenzialità comunicativa anche nei casi più gravi, attraverso il suono e la musica. Gli studi di matrice neurobiologica di Mauro Mancia (1989) sulla peculiarità della vita fetale (soprattutto da un punto di vista emotivo-relazionale) e le suggestive riflessioni di Franco Fornari (1984), desunte dall'ambito psicoanalitico, offrivano spunti d'integrazione con quello che più tardi venne riconosciuto come "modello Benenzon" (precisamente nel 1999, durante il convegno mondiale di musicoterapia tenutosi a Washington) e fornivano importanti riferimenti teorici per la strutturazione dell'intervento. Assieme a questi riferimenti, l'impianto metodologico del servizio di musicoterapia considerava la relazione primaria tra madre e bambino come paradigma di riferimento per la formulazione dell'intervento musicoterapico e per la lettura interpretativa delle dinamiche relazionali tra paziente e musicoterapista.

Tra i principali riferimenti teorici utilizzati da Manarolo a integrazione del modello musicoterapico ricordiamo Winnicott, Klein, Bion, Freud, Anzieu, Kohut. Sempre in questo periodo fu realizzata una prima cartella di valutazione musicoterapica all'interno della quale raccogliere le osservazioni principali relative al rapporto tra il paziente trattato e l'esperienza sonoro/musicale sia in termini di fruizione-produzione, sia nell'ambito della relazione con l'altro. Tale cartella clinica musicoterapica fu inserita, al pari di quella di altri approcci riabilitativi (logopedia, fisioterapia, psicomotricità, ecc.), all'interno della cartella clinica generale degli ospiti trattati. Ritengo questo passaggio operato dall'*équipe* clinica del "Paolo VI" molto importante: alla musicoterapia fu riconosciuto un ruolo ed una specificità equiparabile al ruolo ed alla specificità di altre discipline riabilitative utilizzate tradizionalmente nella riabilitazione e nella cura del disabile psicofisico.

Per quanto riguarda la mia esperienza, dal 1988 iniziai a frequentare settimanalmente, a titolo informativo e formativo, l'ambulatorio di musicoterapia seguendo come osservatore le sedute, filmandole e stendendo protocolli d'osservazione secondo il metodo dell'osservazione diretta partecipe (Brutti,

Scotti,1982), confrontandomi puntualmente con Manarolo sugli sviluppi del lavoro: dai dati dell'osservazione, alla loro interpretazione e contestualizzazione teorica. La frequenza del corso di formazione presso il "Centro Educazione Permanente" della *Pro Civitate Christiana* di Assisi iniziò dopo due anni, nel 1990. Ritengo importante evidenziare come la possibilità di svolgere osservazioni nel *setting* ed entrare in contatto con la casistica preliminarmente al percorso di formazione abbia svolto un ruolo fondamentale per la comprensione delle caratteristiche del lavoro, dei suoi limiti e potenzialità, oltre a consentirmi di raggiungere una maggiore consapevolezza rispetto alle caratteristiche del mio stile espressivo e relazionale generale e in rapporto all'utenza trattata. Questo passaggio preliminare di conoscenza credo sia fondamentale per chi, provenendo da ambiti formativi e/o professionali (nel mio caso gli studi accademici musicali) "lontani" dalle realtà cliniche da trattare, decide d'intraprendere un percorso legato all'impiego delle metodiche musicoterapiche nel vasto campo della relazione d'aiuto.

### **3. Dal 1992 al 1997**

Durante questo periodo, all'interno del servizio di musicoterapia avvennero alcuni cambiamenti di metodo e di casistica. Per quanto riguarda l'impostazione teorico-metodologica del lavoro, importanti spunti giunsero dai contributi del prof. Pier Luigi Postacchini (1991), che integrava ulteriormente le idee benenzoniane e gli spunti psicodinamici con le teorizzazioni di Daniel Stern (1991) inerenti allo sviluppo dell'intersoggettività nella relazione primaria madre-bambino e, soprattutto, al concetto di sintonizzazione affettiva che divenne in quegli anni fondamentale al fine di offrire alla disciplina musicoterapica riferimenti condivisibili con il mondo scientifico. Il contributo di Postacchini proponeva inoltre elementi d'integrazione desunti dagli studi e dalle ricerche di Giorgio Moretti (1991), mirati allo studio delle competenze d'apprendimento nel disabile psicotIntellettivo, partendo dall'analisi della struttura neuropsicologica di base, dall'osservazione del funzionamento degli analizzatori sensoriali e dalle possibili acquisizioni correlate alle peculiarità cognitivo-affettive di ogni individuo incontrato.

Sempre secondo le linee di pensiero dell'autore, le caratteristiche delle produzioni sonoro-musicali del paziente e del musicoterapista, erano analizzate utilizzando il concetto di fonosimbolismo (Dogana, 1983). L'impostazione del trattamento, in termini di progettazione ed applicazione, si differenziava inoltre negli ambiti *preventivo, riabilitativo e terapeutico*.

Questi approfondimenti, in termini di riferimenti concettuali e terminologici, furono importanti per quanto riguarda la mia esperienza formativa e professionale. Grazie al contributo di Postacchini si definivano i campi d'azione nei settori preventivo e riabilitativo per la disciplina musicoterapica; questa diversificazione consentì e consente tuttora di:

- offrire percorsi formativi in musicoterapia anche e soprattutto a persone formate in ambiti diversi da quello clinico (musicale, educativo-pedagogico, ad esempio).
- sviluppare a livello nazionale significativi progetti di prevenzione, riabilitazione e cura all'interno delle istituzioni scolastiche, presso centri di riabilitazione ed ospedali, diversificando l'approccio in base alle esigenze dell'utenza e delle strutture.

Queste esperienze (in fase embrionale in quegli anni) sono ritrovabili nei loro sviluppi ancora oggi e costituiscono ormai una tradizione consolidata e diffusa sul territorio italiano. Seguendo queste linee di pensiero, il servizio di musicoterapia del "Centro Paolo VI" in quegli anni ebbe la possibilità di trattare, sul piano riabilitativo, alcuni soggetti sordi. Da quest'opportunità si generò una specifica metodologia indirizzata alla rieducazione dei parametri della percezione uditiva (Schindler, 1992), secondo un'ottica riabilitativa che pur considerando fondamentale la relazione con il paziente, prevedeva proposte strutturate con la finalità di stimolare determinate competenze. L'approccio musicoterapico del "Paolo VI" si arricchì, offrendo agli utenti risposte calibrate per disturbi specifici, in questo caso un deficit sensoriale uditivo. Si creava pertanto, all'interno dell'offerta riabilitativa musicoterapica, un approccio "misto ed integrato" centrato su questi due aspetti principali:

- Un approccio prettamente relazionale, volto alla ricerca di competenze espressive e comunicative residue nella persona trattata, da accogliere, ampliare e valorizzare ed "armonizzare" (Postacchini, 1991).
- Un approccio attento alla riabilitazione di competenze percettive e cognitive legate al suono ed alla musica, attingendo oltre che ai riferimenti teorici elencati in precedenza, anche al campo delle metodiche storiche dell'educazione musicale (Orff, 1974; Dalcroze, 1921; Gordon, 1990; ecc).

#### **4. Dal 1997 al 2005**

Durante questo periodo la casistica ospitata dal “Centro Paolo VI” si differenziò ulteriormente. I gruppi-famiglia nei quali erano ospitati i pazienti furono trasformati in unità operative, secondo direttive regionali che prevedevano modificazioni strutturali e organizzative profonde, e divennero veri e propri reparti così suddivisi:

- Unità Gravi Cerebropatie;
- Unità Terapeutica Disagi Neuropsichici;
- Unità Turbe Neuropsichiche;
- Gruppo Autismo.

Grosse novità investirono l'intera struttura in termini organizzativi e funzionali. A tutti i professionisti fu richiesto uno sforzo in termini di adattamento e di formazione, per accogliere e trattare le nuove patologie. Si trattava di ripensare globalmente il proprio lavoro adattando e modificando ciò che per tradizione era proposto agli ospiti in termini di metodologia: osservazione, valutazione, trattamento e verifica.

Per la musicoterapia si trattava inoltre di approfondire le conoscenze in ambito neurologico e neuropsicologico, affacciandosi essa al complesso campo delle neuroscienze soprattutto negli aspetti concernenti le ricerche sulle caratteristiche della fruizione musicale e sulla sua influenza in termini di attivazione e funzionalità cerebrale. In questi anni le ricerche dell'équipe del prof. Rizzolatti sui neuroni specchio integrarono ulteriormente l'impostazione del lavoro riabilitativo musicoterapico fornendo elementi di chiarificazione e lettura degli eventi comunicativo-relazionali osservati in seduta all'interno delle dinamiche d'improvvisazione e dialogo sonoro non-verbale.

L'unità turbe neuropsichiche acquisite, secondarie a eventi traumatici in prevalenza di carattere neurologico (adulti ed anziani che presentavano esiti di trauma cranico oppure di ictus) e l'unità terapeutica disagi neuropsichici (costituita in prevalenza da adolescenti affetti da disturbi di personalità e disturbi post traumatici da stress) sicuramente costituivano le novità più significative per il “Paolo VI”.

Il servizio di musicoterapia accolse questo cambiamento adattando le proprie metodologie. Per quanto riguarda l'unità turbe neuropsichiche, l'approccio relazionale fu ampliato ed arricchito con proposte rieducative e riabilitative, in prevalenza mirate al potenziamento delle seguenti abilità:

- potenziamento dell'attenzione;
- potenziamento delle competenze di percezione uditiva;
- attivazione e sviluppo di competenze di coordinazione motorio-ritmiche;
- recupero/attivazione di abilità residue di tipo espressivo-musicale.

Per quanto concerne l'unità terapeutica disagi neuropsichici l'approccio fondava (e fonda tuttora) le proprie radici nella matrice benenzoniana integrata a riferimenti concettuali di tipo semiologico musicale, sociologico, artistico-estetico ed educativo. Ai ragazzi incontrati in musicoterapia viene offerto un percorso centrato globalmente sui seguenti aspetti:

- ascolto-accoglienza dei bisogni espressivi in campo musicale degli ospiti
- valorizzazione dell'identità musicale del singolo e del gruppo;
- acquisizione e sviluppo di competenze musicali specifiche;
- integrazione personale e sociale delle esperienze e del percorso svolto.

## **5. Dal 2005 al 2012**

La musicoterapia è utilizzata per il trattamento degli ospiti in età evolutiva di tutta la struttura sia a regime residenziale sia ambulatoriale. La casistica trattata è costituita prevalentemente da soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico e da adolescenti ospiti delle comunità terapeutiche. In alcuni casi è stato attuato un percorso di trattamento per i bambini dell'ambulatorio e per i genitori soprattutto nella delicata fase di separazione e adattamento del bambino agli spazi e ai *setting* riabilitativi.

Sfruttando le peculiarità del *setting* musicoterapico si è osservata in questi anni una particolare predisposizione da parte di bambini autistici, di età compresa tra i due ed i quattro anni, ad accettare ed adattarsi a proposte sonoro/musicali semistrutturate in ambito ludico-musicale condivise in una fase iniziale del lavoro con le figure parentali di riferimento e con il musicoterapista.

Concludo con alcune riflessioni che ritengo importanti e che sostengono quotidianamente il mio operare:

- L'importanza di un continuo confronto con gli specialisti ed i clinici responsabili dei casi trattati consente di mantenere aggiornate le proprie competenze ed entrare in un processo di costante arricchimento formativo.
- Nel confronto con colleghi esperti d'altre discipline riabilitative, finalizzato all'integrazione delle competenze e delle differenti prospettive di lavoro, la musicoterapia ancora oggi fornisce un punto di vista originale per la visione globale del paziente.
- Il "Centro Paolo VI" dal 1991 al 2006 mi ha consentito di confrontarmi settimanalmente con Manarolo per pianificare al meglio il lavoro. Ritengo importante l'essere stato seguito in supervisione musicoterapica costantemente.
- La possibilità di seguire, come formatore, tirocinanti in musicoterapia (ad oggi più di 80) mi ha consentito di rendere dinamico il lavoro, arricchendo ed arricchendomi di competenze, in alcuni casi polimorfe, tipiche di chi affronta percorsi formativi musicoterapici.

In calce a queste considerazioni, volte a intendere la disciplina musicoterapica come ambito d'intervento complesso in continua evoluzione, riprendo il pensiero di un altro autore che ritengo fondamentale, Loredano Matteo Lorenzetti (1989), che affermava già alla fine degli anni '80 che la musicoterapia, intesa come disciplina centrata sulle peculiarità espressive e comunicative dell'essere umano, doveva vivere, crescere e svilupparsi seguendo un costante iter di complessità, riscontrabile in un operare dinamico (dalla presa in carico a tutte le fasi del trattamento) ed integrato in senso trasversale multidisciplinare. Da molti anni seguo queste linee di pensiero considerandole spunti irrinunciabili nella strutturazione di un percorso che pone al centro l'unicità della persona. Procedo nella convinzione che, come artisti formati in musicoterapia, abbiamo l'obbligo di "...avvicinare in punta di piedi.." la persona che soffre assumendo un atteggiamento d'ascolto sensibile e creativo, orientato a valorizzarne la storia e l'originalità.

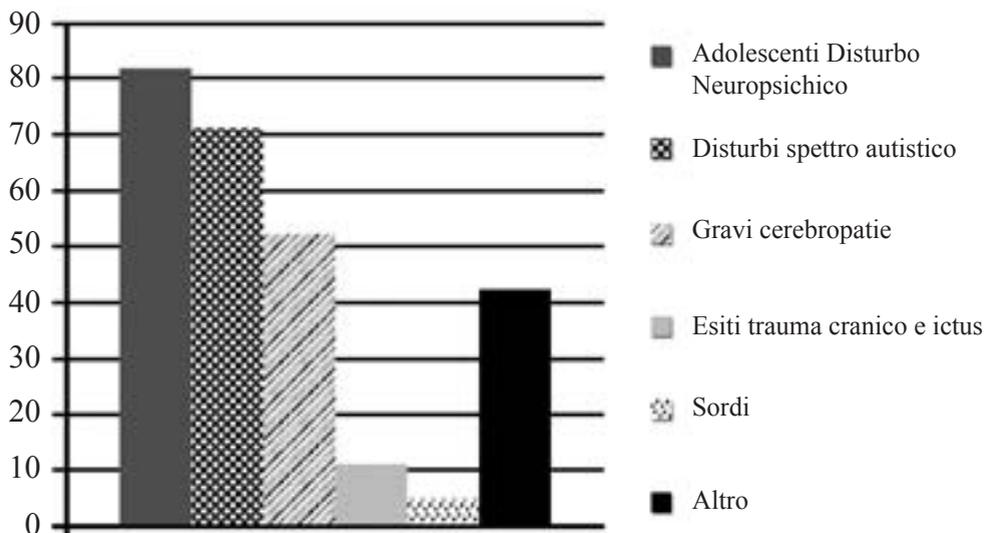
**Appendice: alcuni dati**

Dal 1982 al 2012 presso il “Centro Paolo VI” di Casalnoceto sono state trattate, in ambito musicoterapico, 263 persone.

La durata media di un intervento è stata di 2-3 anni.

Il trattamento più breve è stato di 5 sedute, il più lungo di 9 anni.

Di seguito un grafico, che illustra la distribuzione di frequenza delle patologie trattate:



## Bibliografia

- Anzieu, D. (1987), *L'io pelle*. Roma: Borla.
- Benenzon, R.O. (1984), *Manuale di musicoterapia*. Roma: Borla.
- Benenzon, R.O. (1997), *La nuova musicoterapia*. Roma: Phoenix.
- Bion, W. (1972), *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando.
- Brutti, C., Scotti, F. (1981), *Quaderni di psicoterapia infantile* (n. 4). Roma: Borla.
- Cano, C. (1985), *Simboli sonori*. Milano: Franco Angeli.
- Dogana, F. (1983), *Suono e senso*. Milano: Franco Angeli.
- Fornari, F. (1984), *Psicoanalisi della musica*. Milano: Longanesi & C.
- Gaita, D.(1991), *Il pensiero del cuore*. Milano: Bompiani.
- Imberty, M. (1986), *Suoni emozioni significati*. Bologna: Clueb.
- Lorenzetti, L.M. (1989), *Dall'educazione musicale alla musicoterapia*. Padova: Zanibon.
- Lorenzetti, L.M. (a cura di) (1983), *Autismo psicosi infantili e musica*. Assisi: Cittadella Editrice.
- Manarolo, G. (1984), *L'utilizzazione della musica nell'ambito dei programmi di trattamento dei disturbi psichici: rassegna della letteratura e presentazione di un'esperienza personale*. (Tesi non pubblicata).
- Manarolo, G. (1996), *L'angelo della musica*. Torino: Omega.
- Manarolo, G.(2006), *Manuale di musicoterapia*. Torino: Cosmopolis.
- Mancia, M. (1989), *Sull'esperienza musicale: riflessioni neurofisiologiche e psicoanalitiche*. In C. Balconcini, G. Manarolo, R. Rossi, F. Scarsi, *Musicoterapia e turbe psichiche*. Genova: Co.Ri.Graf.
- Nordoff, P., Robbins, C. (1982), *Musicoterapia per bambini handicappati*. Milano: Franco Angeli.
- Orff, G.(1974), *Musicoterapia Orff*. Assisi: Cittadella Editrice.
- Postacchini, P.L.(1991), *La musicoterapia*. Roma: Carocci.
- Postacchini, P.L.(2006), *In viaggio attraverso la musicoterapia*. Torino: Cosmopolis.
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C. (2006), *So quel che fai, il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Schindler, O., Mari, N. (1992), *Il canto come tecnica la foniatria come arte*. Padova: Zanibon.
- Stefani, G. (1985), *La competenza musicale*. Bologna: Clueb.
- Stern, D.(1987), *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati-Boringhieri.
- Winnicott, D.W. (1974), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando Editore.

## **STUDI E RICERCHE**



## L'INTERVENTO EDUCATIVO NELL'AUTISMO

SIMONA BORELLI\*

LORELLA MANTOAN\*

### 1. Introduzione

L'autismo è un disturbo complesso che si manifesta precocemente, prima dei tre anni d'età. I segni distintivi per la diagnosi sono le anomalie nell'acquisizione delle capacità di comunicazione, di interazione e di gioco.

Il decorso dei disturbi dello spettro autistico (DSA), come sostenuto dalle linee-guida nazionali della SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza), dipende in buona parte dalla precocità e dalla specificità degli interventi abilitativi attivati in età evolutiva. E' stato infatti dimostrato che interventi precoci e intensivi, basati su metodiche validate dalla ricerca internazionale, consentono importanti miglioramenti e una significativa riduzione della disabilità.

Vengono usate una varietà di tecniche per incrementare le competenze educative e di autonomia, per migliorare la qualità della vita delle persone con autismo o con disturbi dello spettro autistico.

### 2. Valutazione psicoeducativa

Al fine di predisporre un progetto d'intervento che tenga conto delle abilità e potenzialità del soggetto, con obiettivi di lavoro ben formati e calibrati, viene effettuata una valutazione iniziale con l'obiettivo di individuare punti di forza e di debolezza del soggetto.

La valutazione educativa viene effettuata nell'arco di quattro sedute di 45 minuti ciascuna, in una stanza strutturata con materiali diversi, preparati a vista (altro materiale è pronto nelle scatole o nell'armadio).

---

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

Le modalità di osservazione sono le seguenti:

- **Contesto:** si tratta di creare le condizioni per permettere al soggetto di attivare e sperimentare le risorse adeguate per integrarsi all'ambiente, inteso sia in senso fisico che sociale e per poterlo meglio usare per i propri scopi incidendo così sulla realtà. Sperimentare successi, per questi bambini, sia si fronte ad una iniziativa spontanea (desidero e riesco a ottenere) sia di fronte a una richiesta dell'altro, è sicuramente un ottimo rinforzo! L'educatore osserva come il soggetto esplora ed utilizza l'ambiente, verso quali materiali mostra interesse, come li usa; ad es., nel caso di bambini con DGS (disturbo generalizzato dello sviluppo) si evidenziano spesso stereotipie, rituali, comportamenti oppositivi.
- **Approccio:** si valuta la risposta del soggetto: l'educatore interferisce nelle attività del soggetto, facendogli una richiesta o semplicemente toccandolo o interrompendo un'attività, e si valutano le reazioni. C'è una richiesta implicita e indiretta di collaborazione.
- **Richiesta verbale:** si fanno richieste dirette di tipo verbale, semplici (ad esempio, "dammi, prendi, guarda...") e si controlla l'eventuale manifestazione d'ansia non solo "da esposizione" ma anche "da prestazione". E' opportuno che il linguaggio sia semplice, con informazioni facilmente decodificabili. In questo modo si valutano le capacità di adeguamento, di interazione, di disponibilità alla richiesta, di esecuzione.
- **Strategie di facilitazione:** l'educatore ha anche il ruolo di facilitatore; egli cioè, osservando, elimina o riduce al minimo la presenza di stimoli "disturbanti" per il soggetto, al fine di diminuire l'ansia che spesso i bambini affetti da autismo manifestano. La facilitazione, messa in atto dall'operatore (sia mediante *prompt* fisici, sia per mezzo di *prompt* verbali) ha lo scopo di agire come *start*, permettendo l'avvio del movimento, determinando maggior stabilità nel movimento, segnalando la parte del corpo da utilizzare, creando maggior attenzione al compito, favorendo maggior consapevolezza del gesto rallentandolo e facendo sì che il suo ritmo sia costante. Talvolta vengono utilizzate, a sostegno e quali ulteriori rafforzatori, immagini o, meglio, vengono strutturate sequenze minime delle attività che danno continuità al compito e contribuiscono ad interrompere i comportamenti interferenti.

L'osservazione permette di avere un'idea del bambino relativa alle sue difficoltà, alle modalità di acquisizione delle informazioni, al suo agire. Il profilo finale fotografa una situazione di partenza e dà indicazioni circa le priorità riabilitative,

oltre che sulle abilità emergenti da utilizzare per favorire nuovi apprendimenti; inoltre permette di aver chiare le strategie migliori e più efficaci per ciascun soggetto.

### **3. Ruolo dell'educatore**

L'educatore professionale redige la valutazione psicoeducativa e collabora, in équipe clinica, con il neuropsichiatra, lo psicologo, i terapisti, gli altri educatori, gli insegnanti, alla definizione degli obiettivi prioritari di intervento.

L'educatore professionale, con gli altri terapisti dell'équipe, è chiamato a condividere e partecipare attivamente alle scelte educative, perseguendo gli obiettivi individuati dall'équipe interdisciplinare. Le attività concrete, che si attuano seguendo il programma d'intervento, non devono far dimenticare la dimensione relazionale: i bambini tutti, ed in particolar modo i soggetti artistici, devono percepire la presenza e l'interesse dell'educatore per essere sostenuti e motivati. Occorre creare un ambiente empatico con il bambino attraverso giochi e attività che lo coinvolgano e lo motivino a stare seduto e a guardare negli occhi; in questo senso anche il tempo è uno strumento fondamentale: deve essere adattato alle diverse prestazioni individuali.

In particolare, l'educatore deve prendere in considerazione le inclinazioni e i desideri dell'utente per la costruzione del progetto individuale, tutelando la persona e riconoscendone diritti e bisogni.

L'educatore deve mantenere la giusta distanza relazionale tra sé e l'utente, per salvaguardare l'efficacia dell'intervento educativo e per mantenere il proprio equilibrio personale; l'educatore professionale ha inoltre il dovere di migliorare la qualità del proprio lavoro, utilizzando strumenti come la formazione e la supervisione.

In seguito l'équipe clinico-riabilitativa stende il progetto di intervento individualizzato, il cui scopo generale è insegnare in via prioritaria le singole abilità necessarie per l'esecuzione corretta delle abilità (Moderato 2010). L'approccio si basa sull'insegnamento di quelle abilità che il soggetto può poi estendere ed utilizzare in tutti i contesti di vita quotidiana che richiedano il possesso di abilità discriminative, fini-motorie, logico-deduttive, ecc.

Per quanto riguarda la terapia psicoeducativa, l'intervento prevede:

- Prevedibilità, strutturazione dello spazio e del tempo e dei compiti in base al modello T.E.A.C.H. (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) (Schopler *et al.*, 1995, 1998).

- Utilizzo di strategie di C.A.A. (Comunicazione Aumentativa Alternativa), come supporto al linguaggio ricettivo ed espressivo.
- Attività di potenziamento delle abilità iniziali possedute, indagate attraverso valutazione con lo strumento “PEP-R” (Psychoeducational Profile-Revised) ed eventuali griglie di osservazione.
- Attività di stimolazione dell’intersoggettività (Micheli e Xaiz, 2001) e delle abilità sociali complesse.
- Tecniche cognitivo- comportamentali.

#### **4. Caso clinico**

Francesco, 11 anni.

#### **MOTIVO DELL’INVIO**

Iperattività, comportamenti problematici.

#### **DIAGNOSI**

In chiave ICD10 è ipotizzabile una diagnosi di “disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato”, con aspetti importanti di iperattività.

#### **VALUTAZIONE INIZIALE, effettuata nel mese di luglio 2010**

##### **Strumenti utilizzati**

- PEP-R, per determinare i livelli di abilità prestazionale nelle varie aree
- VAP-H
- SCHEDE DI VALUTAZIONE ABILITA’ DI AUTONOMIA
- Test STA-DI
- Scala CARS

Alla VAP-H emergono tratti significativi di iperattività, impulsività e deficit di autocontrollo; si rilevano alcuni aspetti di autoaggressività e difficoltà relazionali di base. In chiave ICD-10 è ipotizzabile una diagnosi di “disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato”, con aspetti importanti di iperattività.

In base al test STA-DI è ipotizzabile un quadro autistico di gravità media, con 14 punti al test.

La CARS propone un quadro di autismo di grado medio con 37,5 punti.

Il profilo psicoeducativo, indagato tramite PEP-R, presenta un quadro prestazionale globale intorno ai 18 mesi, con un possibile sviluppo, “valutato sulle emergenti”, fino a 26 mesi.

Si riportano in dettaglio i punteggi ottenuti nelle singole aree:

Imitazione: 1 item superato, corrispondente ad un'età prestazionale di 8 mesi (emergenti 10 item, corrispondenti a 32mesi).

Percezione: raggiunti 5 item, pari a 12 mesi (emergenti 7 item, pari a 49 mesi)

Motricità fine: raggiunti 9 item, pari a 29 mesi (emergenti 3 item, pari a 39 mesi)

Motricità globale: raggiunti 10 item, pari a 27 mesi (emergenti 2 item, pari a 33 mesi)

Coordinazione occhio-mano: raggiunti 6 item, pari a 33 mesi (emergenti 2 item, pari a 40mesi)

Aspetto cognitivo: raggiunti 6 item, pari a 17mesi (emergenti 8 item, pari a 32 mesi)

Aspetto verbale: nessun item superato, pari a 6 mesi (emergenti 0 item, pari a 6 mesi)

TOTALE: superati 37 item, pari a 18 mesi (emergenti 32 item, pari a 26 mesi).

## PROGETTO D'INTERVENTO A MEDIO TERMINE (1 ANNO)

1. Sulla base delle valutazioni e delle osservazioni svolte vengono identificate le seguenti *finalità generali* nell'ambito dello sviluppo e del potenziamento delle autonomie, delle competenze comunicative e relazionali e della riduzione dei comportamenti problematici. In particolare:

- ridurre iperattività e comportamenti stereotipati o fuori compito (ad es. leccare);
- stabilizzare il comportamento e la collaborazione al compito;
- potenziare il linguaggio ricettivo e l'esecuzione su comando verbale;
- potenziare la capacità di indicare;
- potenziare il contatto oculare e l'attenzione al compito;
- potenziare le capacità di comunicazione verbale ed extraverbale;
- spogliarsi, vestirsi, fare la doccia, lavarsi mani e denti in maggiore autonomia;
- favorire l'interazione e l'attenzione condivisa;
- migliorare l'uso funzionale degli oggetti;
- garantire la frequenza scolastica.

2. Nell'ambito dell'*intervento psicoeducativo*, le aree attivate sono:

- area della percezione;
- area dell'imitazione;
- area della motricità fine;
- area della motricità globale;
- coordinazione oculo-manuale;
- area cognitiva;
- area verbale;
- prerequisiti dell'apprendimento.

3. *Interventi di terapia ambientale* (con frequenza quotidiana):

- riduzione dei comportamenti-problema;
- consolidamento di *routine* quotidiane;
- autonomia personale.

4. *Altri interventi*:

frequenza scolastica	(4 volte la settimana)
piscina	(2 volte alla settimana)
riabilitazione psicosociale all'esterno	(frequenza quotidiana)
neuropsicomotricità	(1 volta la settimana)
logopedia	(1 volta la settimana)
trattamento psicoeducativo	(2 volte la settimana).

Per meglio evidenziare gli obiettivi specifici, abbiamo utilizzato la seguente tabella:

Tab.1- Obiettivi specifici

Autonomia personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imparare ad apparecchiare e sparecchiare il proprio posto</li> <li>- Consolidare l'abilità di svestirsi</li> <li>- Incrementare l'abilità di infilarsi la maglia</li> <li>- Imparare a lavarsi le mani</li> <li>- Imparare a lavarsi i denti</li> </ul>
Imitazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Battere su imitazione</li> <li>- Imitare azioni per produrre suoni</li> <li>- Toccare parti del corpo su imitazione</li> </ul>
Percezione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scoprire giocattoli</li> <li>- Seguire con lo sguardo</li> <li>- Recuperare oggetti caduti</li> <li>- Recuperare premi sotto una tazza</li> </ul>
Abilità fini-motorie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bolle di sapone</li> <li>- Svitare coperchi dei barattoli</li> <li>- Esercizi per le dita</li> <li>- Tirare cordicelle</li> <li>- Esercizi con le mani</li> <li>- Mollette da bucato</li> </ul>
Coordinazione oculo-manuale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impilare anelli</li> <li>- Impilare cubi</li> <li>- Cubi in un barattolo</li> <li>- Mollette da bucato</li> <li>- Propedeutica al disegno</li> <li>- Gioco di costruzioni meccaniche</li> <li>- Modellare plastilina I</li> <li>- Modellare plastilina II</li> <li>- Parti di un tutto</li> <li>- Usare le molle</li> <li>- Disegnare linee orizzontali</li> <li>- Disegnare cerchi</li> </ul>
Abilità cognitive	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appaiare oggetti d'uso comune</li> <li>- Appaiare oggetti d'uso comune II</li> <li>- Appaiare figura e oggetti</li> <li>- Semplice attività di smistamento</li> <li>- Localizzare oggetti</li> <li>- Appaiare figure</li> <li>- Riconoscere ciò che si può mangiare e bere</li> <li>- Capire frasi costituite da due parti</li> <li>- Comprendere funzioni</li> <li>- Appaiare forme</li> </ul>

Nel mese di settembre 2011 è stata condotta una nuova valutazione dei livelli di abilità prestazionale, utilizzando la PEP-R.

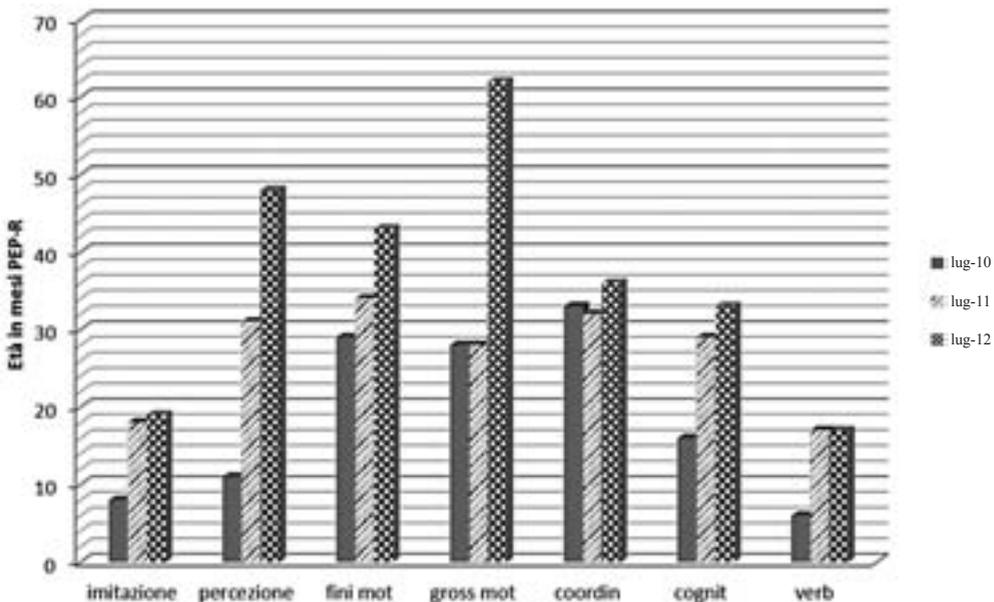
Il profilo psicoeducativo di Francesco ha presentato un quadro di sviluppo prestazionale globale intorno ai 28 mesi, con un possibile sviluppo valutato sulle “emergenti”, a 40 mesi.

Sono stati confermati gli *obiettivi specifici* di lavoro nell’area della autonomia personale ed è stato aggiornato il programma di lavoro, con nuovi *obiettivi specifici* in tutte le aree T.E.A.C.H. previste dal programma per le fasce di età successive, in quanto esauriti tutti gli obiettivi previsti dal primo programma di intervento del luglio 2010.

Nel mese di aprile 2012 sono state riconfermate le finalità del progetto ed è stato aggiunto, quale obiettivo prioritario per sostenere ed incrementare gli scambi comunicativi, il potenziamento dell’uso delle immagini.

Si allega grafico riassuntivo dell’andamento nell’arco dei due anni.

Fig.1 – Andamento delle prestazioni di Francesco da luglio 2010 a luglio 2012



---

## **Bibliografia**

Micheli, E., Xaix, C. (2001), *Gioco ed interazione sociale nell'autismo*. Trento: Erickson.

Moderato, D.L. (2010), *Relazione tenuta al convegno Autismi; dai bambini agli adulti*. Riva del Garda.

Schopler, E. *et al.* (1995), *Strategie educative nell'autismo*. Milano: Masson Italia.

Schopler, E., Mesibov, G. B. (1998), *Apprendimento e cognizione nell'autismo*. Milano: Mc Graw-Hill Italia.

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



**“RACCONTAMI!”**  
**(alcune osservazioni sulla rielaborazione di un testo scritto)**

ORIETTA MELONE\*

La lettura di racconti e di fiabe rientra ormai da parecchio tempo nel repertorio di proposte all'interno del mio laboratorio cognitivo-espressivo, frequentato da disabili psichici adulti. Leggere un racconto diventa strumento importante sotto i seguenti aspetti:

- **Relazionale:** nell'esperienza condivisa della lettura e dell'ascolto, educatore e paziente entrano in sintonia reciproca attraverso una narrazione di fatti, che prende vita tra le righe del testo e offre occasione costruttiva di scambio interpersonale.
- **Emotivo:** leggere una storia ad un soggetto, osservarne la partecipazione e ascoltarne la rievocazione consente di esplorare le sue emozioni più intime ma anche, e soprattutto, di contenerle e assegnare ad esse un nome, di rassicurarlo e di fornirgli spiegazioni.
- **Cognitivo:** la lettura offre al soggetto un canale alternativo di conoscenza, oltre all'esperienza diretta; favorisce la comprensione di sé e del mondo che lo circonda; allarga la mente alla scoperta e all'esplorazione; sviluppa l'immaginazione, la fantasia, la creatività, la curiosità; amplia la memoria; potenzia le capacità logiche e di astrazione.
- **Linguistico:** la lettura stimola lo sviluppo del linguaggio, arricchisce il vocabolario, migliora la qualità lessicale.
- **Comunicativo:** leggere non “ai” soggetti ma “con” i soggetti potenzia un interscambio di segnali espressivi tra educatore e paziente.

L'esperienza di lavoro che mi accingo a descrivere ha visto la partecipazione di quattro soggetti con diverso tipo di diagnosi, tutti di genere maschile. Il metodo di lavoro, da me seguito, è stato il seguente:

---

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

- lettura ad alta voce di un racconto destinato alla prima infanzia, di media lunghezza;
- breve riassunto da parte mia della vicenda narrata;
- proposta a ciascuno dei partecipanti di produrre un elaborato scritto (oppure orale, trascritto da me, nel caso in cui il paziente non sia stato in grado di scrivere), sulla base di quanto ascoltato.

Anche se guidata dal racconto, la persona ha sempre un grande spazio soggettivo di immaginazione e interpretazione, ad esempio nell'attribuire un significato proprio alle espressioni dei personaggi o nell'immaginare una parte di storia non udita. Il racconto inoltre, diventando un'occasione piacevole di svago, lascia trapelare emozioni, sentimenti ed esperienze di ciascuna persona

Ecco di seguito il racconto da me scelto e sul quale il piccolo gruppo si è impegnato:

### **ROBY E LA VOLPE**

*Roby, mamma e papà avevano lasciato la grande città dove erano sempre vissuti ed erano andati ad abitare in campagna. Vi abitavano solo da una settimana, ma Roberto già sentiva la mancanza di tutte le cose che, in città, aveva amato. Era così silenzioso il luogo ove ora vivevano: il loro villino e, in fondo alla strada, una fattoria. Niente altro!*

*- Quando ci saremo ambientati, tra qualche tempo, vedrai che ti farai degli amici - gli aveva detto la mamma. - La campagna è bella!*

*E aveva mostrato a Roby le illustrazioni di animali di campagna: un porcospino, dei topi di campo e una volpe.*

*Roby osservò che la volpe assomigliava in qualche modo ad un cane con la coda molto più folta e disse che gli sarebbe piaciuto vederne una al naturale.*

*- Dovrai aspettare parecchio- disse il babbo. - Le volpi escono solo al buio ed è raro che si riesca a vederle.*

*- E perché? - domandò Roby.*

*- Perché la gente, i fattori in particolar modo, non amano le volpi che, per mangiare, rubano le galline.*

- E dove vivono le volpi?- domandò Roby.

*Il babbo indicò un punto oltre il giardino.*

- Lassù in quel boschetto sul fianco della collina - disse. - Vivono in tane, come i conigli.

*Un pomeriggio la mamma condusse Roby sulla collina a cogliere le prime primule e le violette e capitò di vedere qualche tana di volpe.*

*Ben pesto fu tempo di fare ritorno a casa: il sole stava per tramontare e, quando ebbero raggiunto il sentiero, già calava dietro la collina colorando di rosa e d'oro le nuvole.*

- Sbrighiamoci! - disse la mamma

- Non ce la faccio. Sono stanco - mormorò Roby. E dovettero così percorrere lentamente la stradina che conduceva a casa.

- Quasi ci siamo - disse la mamma alla fine. - Un'altra curva soltanto...

*All'ultima curva, tuttavia, notarono qualcosa proprio in mezzo al sentiero. Si fermarono e rimasero sbalorditi.*

- Oh, - bisbigliò la mamma - credo che sia una volpe!

*Roby si sentì in preda ad una viva eccitazione: desiderava molto potersi avvicinare, per osservare meglio l'animale che, in quel momento, sembrava non essersi accorto di loro e continuava a muoversi cautamente lungo il sentiero mentre Roby e la mamma, con altrettanta cautela, lo seguivano.*

*Di tanto in tanto la volpe si fermava e si guardava attorno; allora anche Roby e la mamma si fermavano, riprendendo il cammino solo quando anche l'animale si rimetteva in movimento. Ma una volta giunti nei pressi dell'ingresso della fattoria, ecco che la volpe, all'improvviso, scomparve attraverso il buco di una siepe.*

*Trafelato, Roby corse a casa per riferire al babbo dell'accaduto ed il babbo pensò che forse sarebbe stato meglio telefonare al fattore ed avvisarlo che una volpe in quel momento stava insidiando il suo pollaio.*

*Il fattore ringraziò il babbo ed il mattino successivo, accompagnato dai suoi bambini, venne ad invitare Roby ed i suoi genitori a visitare la fattoria.*

*Così Roby si fece ben presto amico dei bambini del fattore e si sentì molto orgoglioso quando seppe che, pur essendo sempre vissuti in campagna, essi non avevano mai visto una volpe. Roby, che in campagna ci stava da una settimana soltanto, ne aveva già vista una!*

*- Mi piace vivere in campagna – disse improvvisamente.*

*La mamma sorrise.*

*- In fondo pensavo anch' io che ti sarebbe piaciuto ...una volta che ti fossi abituato - confessò.*

### **Gli elaborati prodotti dai quattro partecipanti**

D.G. (diagnosi: ritardo mentale di media gravità; schizofrenia)

***Roby va con la mamma a fare un giro nel bosco e vede una volpe che entra nel pollaio e cerca di mangiare le galline. Il fattore, che vuol dire contadino, cerca di farla uscire dal pollaio e se non esce le spara con il suo fucile da caccia. Il babbo di Roby telefona al fattore ogni volta che vede una volpe e lui per ringraziarlo invita a casa sua Roby, mamma e papà. A casa del fattore ci sono i suoi bambini che fanno amicizia con Roby: giocano, fanno i compiti insieme e merenda con la crostata di marmellata di albicocche. A Roby piace vivere in campagna perché mangia cose più genuine. I bambini del fattore non hanno mai visto una volpe mentre Roby l' ha vista. E' contento e adesso gli piace stare in campagna.***

F.B. (diagnosi: ritardo mentale di media gravità; sindrome schizotipica)

***C' era una volta un ragazzo che si chiamava Roby e che è andato a vivere in campagna con i genitori. Un giorno esce e va a fare una passeggiata con la mamma. Ad un certo punto vede un animale che assomiglia ad un cane e di colore rosso. La mamma dice: "E' una volpe!". Roby la vuole vedere da vicino perché gli piacciono le volpi ma non riesce perché scappa veloce e va in un pollaio. Siccome il fattore non vuole le volpi perché mangiano le sue galline, appena tornano a casa la mamma lo dice al papà che telefona al fattore per avvisarlo. Il giorno dopo Roby è invitato a casa del fattore e diventa amico dei***

*suoi bambini. Mangiano la pizza fuori, sotto il portico e, di secondo, prosciutto cotto e contorno di piselli. Alla fine un gelato con panna montata e poi Roby va a casa, guarda la tv e va a letto molto contento.*

P. M. (diagnosi: ritardo mentale di grado medio da cerebropatia perinatale)  
*Roby è un bambino e va con la mamma a fare un giro in campagna. Vede una volpe che entra in un pollaio ma il fattore non vuole. La volpe vive in una tana e quando ha fame mangia le galline. Diventa buio e la mamma vuole tornare a casa ma Roby fa i capricci e vuole fermarsi per vedere la volpe da vicino così aspettano ma non la vedono più. A casa il papà chiama il fattore e gli dice che la volpe è nel suo pollaio .*

A.A. (diagnosi: ritardo mentale di media gravità, encefalopatia non specificata e disturbo di personalità non altrimenti specificato)  
*Roby, mamma e papà vanno a vivere in campagna. Roby non vuole stare in campagna. Un giorno va a fare una passeggiata con la mamma e mentre sono su una stradina vedono una volpe rossa con una coda grossa. Roby vuole avvicinarsi ma la volpe scappa e va in un pollaio. Ha fame e vuole mangiare le galline del fattore. La mamma vuole tornare a casa perché è quasi buio ma Roby aspetta di vedere ancora la volpe. A casa la mamma dice che una volpe è andata nel pollaio del fattore e il papà telefona al fattore che lo ringrazia e invita Roby a casa sua per fargli conoscere i suoi bambini .*

### Commento

Questa esperienza mi è parsa molto interessante per diversi motivi. Innanzi tutto per il tipo di rapporto che si è venuto a creare tra i soggetti, contrassegnato da una relazione di scambio e di lavoro in gruppo, raramente riscontrabile nel quotidiano, che probabilmente si realizza nell’ambito di esperienze di questo tipo, dove si richiede al singolo non solo la rielaborazione di argomenti di interesse comune (vicenda narrata nel testo), in modo da sviluppare alcune riflessioni personali, ma anche, implicitamente, di stabilire rapporti più significativi e maturi con i compagni. Inoltre l’ascolto del racconto è utile per permettere ai partecipanti di riconoscere nessi logici tra gli avvenimenti, tra cui relazioni di causa-effetto, di sviluppare la capacità di ampliare i propri orizzonti, assumendo il punto di vista altrui e, non da ultimo, di creare collegamenti tra il proprio vissuto e gli avvenimenti raccontati. Attraverso la narrazione di un racconto si offre l’opportunità, anche a soggetti adulti, di aumentare la durata dei tempi

di attenzione, si contribuisce a migliorare l'attitudine all'ascolto, nonché a potenziare il linguaggio verbale. Dedicando anche soltanto una quindicina di minuti al giorno a fiabe, favole, racconti si stimola la memorizzazione di parole nuove e l'arricchimento del vocabolario con nuovi termini e nuove strutture frasali. Nel caso di questo racconto, i partecipanti hanno acquisito la conoscenza di cinque nuovi termini.

Eccoli in ordine di comparizione nel testo letto:

**babbo** (papà); **fattore** (contadino); **sbalordito** (sorpreso); **eccitazione** (agitazione); **trafelato** (molto stanco); **orgoglioso** (particolarmente soddisfatto di sé).

Si nota una certa diversità tra i vari elaborati: più ricchi di dettagli e fantasiosi quelli dei soggetti con diagnosi di psicosi, più aderenti al testo originale e meno creativi quelli dei partecipanti con disabilità su base organica. Inoltre, mentre i primi hanno manifestato una vivacità di pensiero più marcata, i secondi si sono mostrati meno spontanei e meno sciolti nell'esposizione. In sintesi, considero questa esperienza positiva non solo per il successo che ha riscosso nel piccolo gruppo di lavoro ma anche per la mia formazione, in quanto ho potuto rendermi conto ancora una volta che proposte come questa sono molto utili sul piano relazionale e arricchiscono le competenze cognitive delle persone che si hanno in carico.





ISSN 1827-5842

*Finito di stampare nel mese di dicembre 2012  
da Guardamagna Editori in Varzi (PV)*