



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO
DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA

**IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI
DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**

**UNA GUIDA PER GLI OPERATORI
DEGLI ASILI NIDO**



A CURA DI

Lorenza Latoni

Giuseppe Maurizio Arduino

Daniela Bulgarelli

Paola Molina

GLI AUTORI

LORENZA LATONI

Psicologa Borsista,
Agenzia Regionale Servizi Sanitari
(Aress) Piemonte

GIUSEPPE MAURIZIO ARDUINO

Psicologo ASL CN1, Responsabile Centro
Autismo e Sindrome di Asperger Mondovì e Aress Piemonte

DANIELA BULGARELLI

Assegnista di ricerca
Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi di Torino

PAOLA MOLINA

Professore Ordinario
Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi di Torino

Agenzia Regionale Servizi Sanitari del Piemonte, 2012

***il dipinto in copertina è stato realizzato da Francesco Saverio Perra
(Atelier attivato presso la Coop. Il Cortile di Mondovì)***

Il presente opuscolo è parte del Progetto dell’Agenzia Regionale dei Servizi Sanitari del Piemonte “Percorsi assistenziali nell’autismo. Dalla diagnosi precoce alla continuità della presa in carico tra età evolutiva ed età adulta” ed è stato realizzato in collaborazione con il Centro Autismo e Sindrome di Asperger di Mondovì (CN) dell’ASL CN1 e con il Dipartimento di Psicologia dell’Università degli studi di Torino.

IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO: UNA GUIDA PER GLI OPERATORI DEGLI ASILI NIDO ____ 1

Presentazione _____	4
Perché questo opuscolo? _____	4
Cos'è l'autismo? _____	6
Come si manifesta un disturbo dello spettro autistico? _____	8
Comportamenti osservabili relativi all'interazione sociale _____	8
Comportamenti osservabili relativi alla comunicazione _____	9
Comportamenti, interessi e attività ripetitivi o stereotipati _____	11
Imitazione, gioco e attività motorie _____	12
Il ruolo dell'educatrice del nido d'infanzia _____	15
Identificazione precoce dei bambini a rischio autismo _____	15
La comunicazione con i genitori _____	15
Il contributo all'attivazione di un progetto individualizzato _____	17
Gli strumenti di osservazione _____	21
Il QCSP (Questionario sulla Comunicazione Sociale Precoce) _____	21
Strumenti di screening _____	23
CONCLUSIONI _____	23
Bibliografia consigliata _____	25
Sull'autismo: _____	25
Sulla prima comunicazione adulto/bambino: _____	25
Sitografia consigliata _____	25

PRESENTAZIONE

All'interno del progetto "Percorsi assistenziali nell'autismo. Dalla diagnosi precoce alla continuità della presa in carico tra età evolutiva ed età adulta", è stata avviata nel corso del 2010 la parte del progetto con oggetto la diagnosi precoce dell'autismo e dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (detti anche Disturbi dello Spettro Autistico).

Il progetto dell'Agenzia Regionale per i Servizi sanitari (A.Re.S.S. Piemonte), in collaborazione con ASL CN1 e con il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino, ha come finalità primaria l'individuazione di soggetti a rischio prima dei 3 anni di vita, in modo da poter permettere ai Servizi sanitari specialistici di attivare un monitoraggio su ogni singola situazione, di formulare un'eventuale diagnosi in modo tempestivo e, conseguentemente, di attivare precocemente gli interventi riabilitativi necessari al bambino.

Diverse ricerche hanno dimostrato che i genitori esprimono al pediatra le loro preoccupazioni per lo sviluppo del bambino già verso i 18 mesi e talora anche prima.

Nella maggior parte dei casi, il bambino viene inviato al servizio specialistico di NPI solo tra i tre e i quattro anni e riceve una diagnosi dopo i quattro anni. La necessità di attivare interventi precoci e intensivi, che favoriscono il miglioramento nel quadro sintomatologico e lo sviluppo delle abilità che risultano deficitarie o assenti nei bambini con autismo, è stata ribadita anche dalle linee di indirizzo per i disturbi dello spettro autistico costruite ed approvate dall'Assessorato Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte nel 2009 (si veda: http://www.regione.piemonte.it/sanita/program_sanita/dip_materno_inf/dwd/dps.pdf)

La necessità di anticipare il più possibile l'età della diagnosi ha anche portato all'avvio della formazione a livello regionale dei pediatri di base, ai quali sono state fornite le indicazioni per effettuare un primo screening dei bambini durante i periodici bilanci di salute, per poi eventualmente inviare i soggetti a rischio al servizio specialistico, per un approfondimento diagnostico. Un primo volumetto rivolto ai pediatri è stato realizzato dall'A.Re.S.S., in collaborazione con l'ASL CN1 e l'Università di Torino, ed è disponibile sul sito dell'Agenzia (<http://www.aress.piemonte.it>).

PERCHÉ QUESTO OPUSCOLO?

Questo opuscolo informativo nasce dall'esigenza di fornire indicazioni precise a tutti gli operatori che, per primi, si trovano in contatto con bambini a rischio di sviluppare un disturbo dello spettro autistico.

Il primo obiettivo è quello di fornire alcuni indicatori chiari e specifici per poter riconoscere gli aspetti deficitari (soprattutto della comunicazione e dell'interazione sociale) che caratterizzano questi bambini già nei primi tre anni di vita, e che rappresentano la prima manifestazione sintomatologica osservabile. Dalle ricerche e dalle esperienze effettuate sia in Italia che in altri paesi risulta, infatti, che la maggioranza dei genitori di bambini con autismo notano anomalie nello sviluppo dei loro figli già a partire da un anno di vita; gli altri "osservatori privilegiati" di queste caratteristiche in età precoce sono, in ambito sanitario, i pediatri di base,

che eseguono i controlli di routine e, in ambito educativo-scolastico, le educatrici¹ e gli educatori dei nidi d'infanzia, che trascorrono con i bambini una buona parte della giornata.

Il ruolo delle educatrici del nido è molto importante, perché il contesto particolare in cui lavorano può permettere di cogliere meglio alcuni elementi dei Disturbi dello Spettro Autistico, attraverso l'osservazione del bambino quando entra in contatto con gli adulti e con i pari. L'ambiente del nido può infatti far emergere alcuni comportamenti relativi alla comunicazione, all'interazione sociale e agli interessi sensoriali del bambino più facilmente inquadrabili anche grazie al confronto con altri bambini di pari età, che vengono osservati in un ambiente equivalente per stimoli, giochi e situazioni interattive.

In questo opuscolo illustreremo brevemente le principali caratteristiche del Disturbo dello Spettro Autistico, facendo una sintesi dei comportamenti più frequenti ed osservabili e di tutti i principali "segni" ed indicatori di rischio che possono essere rilevati nella prima infanzia (fino ai 3 anni di vita). Il fine di questa pubblicazione non è fornire elementi esaustivi e completi agli specialisti per fare una diagnosi (che rimane un atto clinico che può essere effettuato soltanto da un medico o uno psicologo esperti) quanto, piuttosto, sensibilizzare le educatrici all'osservazione delle manifestazioni più tipiche del Disturbo e dei comportamenti e degli aspetti dello sviluppo del bambino che richiedono un approfondimento, al fine di individuare precocemente i soggetti a rischio.²

Il secondo obiettivo è quello di chiarire quali percorsi l'educatrice può e deve intraprendere, con i genitori innanzitutto, ma anche con il Pediatra di libera scelta in vista di un invio al servizio specialistico, al fine di avviare un'eventuale iter diagnostico e intervento precoce per il bambino. In particolare, ci sembra importante che le educatrici riflettano sulle modalità di comunicazione con la famiglia, e soprattutto possano far riferimento a un percorso chiaro di invio al pediatra o ad altri servizi diagnostici, in modo che le famiglie vengano adeguatamente orientate per approfondire eventuali situazioni a rischio.

Il terzo obiettivo è quello di riflettere su quali aspetti dell'organizzazione del contesto educativo l'educatrice possa intervenire, per migliorare la qualità di vita del bambino autistico nel nido. Molto spesso, infatti, alcuni aspetti della vita quotidiana al nido possono essere particolarmente problematici per un bambino con disturbi dello spettro autistico, ma gli interventi per adeguare l'ambiente alle sue esigenze e per supportare la comunicazione possono essere utili per tutti i bambini.

¹ Gli educatori del nido sono nella stragrande maggioranza educatrici: useremo quindi il termine femminile nel resto del testo

² Il concetto di rischio va inteso come probabilistico e non va confuso con quello di diagnosi: non tutti i bambini che presentano comportamenti associati con un rischio di sviluppare l'autismo lo svilupperanno, alcuni potranno avere altri disturbi, altri evolvere verso uno sviluppo tipico.

COS'È L'AUTISMO?

L'**autismo** è un Disturbo dello sviluppo psicologico del bambino causato da un disordine dello sviluppo neurobiologico, con esordio nei primi 3 anni di vita. Si è soliti parlare di **Disturbi dello Spettro Autistico** (DSA) per indicare un'insieme di Disturbi che condividono con l'autismo l'alterazione delle capacità di relazione e di comunicazione e la presenza di comportamenti ripetitivi e stereotipati.

I disturbi dello spettro autistico sono molto più frequenti di quanto si riteneva in passato e, attualmente, sono aumentate le conoscenze e le ricerche su questa patologia: ciò ha favorito una migliore individuazione dei soggetti a rischio in età precoce da parte dei clinici e una maggior sensibilizzazione di genitori, insegnanti ed educatrici a porre attenzione ad alcuni specifici problemi legati allo sviluppo del bambino.

La **prevalenza** (*proporzione di individui di una popolazione che, in un dato momento, presentano un disturbo o malattia*) del disturbo autistico è di almeno un caso su 1000 nella forma più grave e tipica, ma se si considera l'intero spettro delle possibili forme sintomatologiche meno tipiche o più sfumate, i dati epidemiologici internazionali indicano una prevalenza per i disturbi dello spettro autistico di 3-6 su mille, con punte, in alcune ricerche recenti nordamericane, di 1 su 110.

In Regione Piemonte è stato accertato un dato di prevalenza in età evolutiva (0-18 anni) di circa 2.9 soggetti su mille, con una punta di 4.2 su mille nella fascia 6-10 anni.

Una definizione sintetica dei disturbi dello spettro autistico può essere ripresa dalle *Linee guida per insegnanti ed educatori*, a cura di Renato Cerbo³:

"I disturbi dello spettro autistico sono una categoria di disturbi dello sviluppo, caratterizzata da menomazioni qualitative dell'interazione e della relazione sociale, difficoltà nell'acquisizione e nell'uso di abilità convenzionali di comunicazione e linguaggio, da un repertorio ristretto di interessi, spesso accompagnato da un estremo bisogno di coerenza e prevedibilità nelle routine della vita quotidiana"

Questi Disturbi sono stati definiti utilizzando la metafora dello spettro di luce riflessa da un prisma ottico, per rendere conto delle differenti sfumature che possono assumere: possiamo avere, ad un estremo, bambini non verbali con autismo, grave ritardo mentale, e problemi neurologici e, all'altro estremo, bambini intelligenti, che parlano e in alcuni casi mostrano abilità eccellenti in alcune aree. Al quadro comportamentale possono inoltre essere o meno associate patologie di carattere medico.

Riassumiamo nel BOX 1 i **criteri diagnostici** della classificazione internazionale del DSM-IV (Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali), che il clinico deve trovare soddisfatti per poter effettuare la diagnosi anche in età precoce; lo schema è un riferimento basilare per coloro che si occupano della diagnosi e della valutazione dei bambini (medici e psicologi), tuttavia riassume in modo sintetico tutte le caratteristiche di un disturbo autistico, che possono essere osservate da qualsiasi persona (un genitore, un insegnante o un'educatrice).

³http://www.fondazioneilcireneo.it/images/stories/pubblicazioni/linee_guida_per_insegnanti_ed_educatori.pdf

BOX 1 : CRITERI DIAGNOSTICI DEL DSM-IV

**Un totale di 6 o più item da (1), (2) e (3),
con almeno 2 item da (1) e almeno un item sia da (2) che da (3)**

1) Compromissione qualitativa dell'interazione sociale, manifestata da almeno 2 dei seguenti item:

- a) marcata compromissione nell'uso di svariati comportamenti non verbali come: contatto di sguardo, espressione mimica, posture corporee, gesti che regolano l'interazione sociale
- b) incapacità di sviluppare relazioni con i coetanei adeguate al livello di sviluppo
- c) mancanza di ricerca spontanea della condivisione del divertimento, di interessi o di obiettivi con altre persone (per es. mancanza del mostrare, portare, indicare)
- d) mancanza di reciprocità sociale o emotiva

2) Compromissione qualitativa della comunicazione manifestata da almeno 1 dei seguenti item:

- a) ritardo o totale mancanza dello sviluppo del linguaggio parlato (non accompagnata da alcun tentativo di compensazione attraverso modalità alternative di comunicazione come gesti o mimica)
- b) in soggetti con linguaggio adeguato, marcata compromissione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione
- c) uso di linguaggio stereotipato e ripetitivo o linguaggio eccentrico
- d) mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei o di giochi di imitazione sociale adeguati al livello di sviluppo

3) *Pattern* comportamentali, interessi e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati, come manifestato da almeno 1 dei seguenti item:

- a) dedizione assorbente ad uno o più tipi di interessi ristretti e stereotipati, anormali o per intensità o per focalizzazione
- b) sottomissione del tutto rigida e non funzionale a specifici rituali o *routine*
- c) manierismi motori stereotipati e ripetitivi (sfarfallamento delle mani o delle dita, movimenti complessi di tutto il corpo)
- d) persistente preoccupazione per parti di oggetti.

I comportamenti indicati nel Box 1 devono essere presenti *entro i tre anni* di età. Nelle pagine seguenti verranno evidenziati i comportamenti sintomatici che con più probabilità è possibile osservare fin dai primi anni di età.

COME SI MANIFESTA UN DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO?

Per un'educatrice che si trova ad osservare il bambino nel contesto del nido, potrebbe essere utile suddividere per aree le caratteristiche dei comportamenti che vengono tipicamente messi in atto dai bambini con Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) in età precoce, e che possono essere più facilmente osservabili (Interazione Sociale, Comunicazione, Stereotipie, Gioco e Imitazione). Cercheremo quindi, nelle pagine seguenti, di fornire una panoramica sulle tipologie di comportamenti che l'operatore può osservare nella sua pratica quotidiana.

È molto importante tenere a mente che molti dei comportamenti qui sotto evidenziati possono comparire (e a volte compaiono regolarmente) nello sviluppo tipico: quello che differenzia lo sviluppo del bambino a rischio sono invece la persistenza di questi comportamenti, ben oltre la normale età di comparsa, e la loro pervasività, tale da limitare le normali attività relazionali e di gioco del bambino.

COMPORAMENTI OSSERVABILI RELATIVI ALL'INTERAZIONE SOCIALE

L'autismo viene spesso definito sinteticamente come un deficit "sociale", in quanto molte delle significative carenze e difficoltà di questi bambini riguardano l'area dell'interazione sociale, della reciprocità e della condivisione, sia con i coetanei che con gli adulti.

Già nei primi anni di vita è possibile osservare una compromissione nell'uso dello sguardo (il bambino non guarda negli occhi, sembra "guardare attraverso", evita attivamente il contatto visivo), del sorriso sociale, della mimica facciale (i bambini con autismo sono talvolta amimici, o hanno un limitato repertorio di espressioni facciali dirette all'altro, oltre che dei principali gesti sociali e comunicativi).

Inoltre, si evidenzia uno scarso interesse alla ricerca dell'altro, una minore responsività alle stimolazioni dell'adulto già in età precoce, ed una minor propensione ad essere calmati con le coccole e all'essere consolati. In molti casi si osserva la mancata capacità anticipatoria dell'essere presi in braccio: il bambino con sviluppo tipico, in genere, a partire dai 6 mesi circa, protende le mani e le braccia verso chi lo sta per prendere in braccio, o per mostrare il desiderio di essere preso in braccio; nel bambino con autismo, questa modalità può essere assente, deficitaria o assai meno frequente. In alcuni casi il bambino mostra resistenza al contatto fisico o all'essere preso in braccio. In molti bambini con DSA (ma non in tutti) manca la spinta naturale verso la socialità ed è scarsa la propensione (innata, nel bambino con sviluppo tipico) a ricercare il contatto e ad avvicinarsi alle altre persone.

Quando vengono avvicinati dagli altri bambini possono mostrare scarso interesse, prediligendo l'attenzione verso gli oggetti inanimati piuttosto che verso gli esseri umani. Risulta quindi molto difficile, per tali bambini, sviluppare relazioni ed amicizie con i coetanei: in alcune situazioni, si osserva la totale assenza di iniziativa nel prendere contatto con gli altri; in altre, pur mostrando interesse per gli altri bambini, la relazione non si instaura a causa dell'incapacità o immaturità nelle aperture e nelle risposte sociali; è difficile osservare, nei bambini con autismo, momenti di divertimento condiviso, di gioco effettuato in compagnia o di semplici attività svolte con altri bambini per il piacere intrinseco dello "stare insieme"; anche la capacità di offrire o di richiedere conforto agli altri (che si può osservare molto spesso nei gruppi di bambini molto piccoli) è spesso deficitaria o assente.

Nel contesto del nido, per tutti i motivi sopraelencati, un bambino a rischio autismo potrebbe apparire isolato, poco interessato agli altri e ai loro giochi; potrebbe estraniarsi e non partecipare alle attività di gruppo, ritirarsi per molto tempo in angoli solitari, magari giocando in

modo stereotipato e ripetitivo con gli stessi oggetti, mostrandosi assente e “lontano”; oppure il bambino potrebbe correre senza meta per la stanza, sfarfallare le mani e fissarsi in alcune stereotipie motorie senza prestare alcuna attenzione per coloro che gli stanno intorno.

È importante sottolineare che, in un contesto tipicamente sociale come il nido d’infanzia, con la presenza di un numero cospicuo di bambini pressoché coetanei e di numerose stimolazioni ambientali, i comportamenti atipici nell’area dell’interazione sociale dovrebbero essere piuttosto evidenti e riscontrabili dagli operatori dei nidi, soprattutto nei casi di autismo; è importante osservare con attenzione il comportamento dei bambini, per non confondere un bambino timido e semplicemente inibito, che in alcuni momenti non desidera il contatto con gli altri o ne è impaurito, da un bambino che non instaura nessun contatto perché **non è in grado** di instaurare una relazione, non possedendo gli strumenti cognitivo-relazionali necessari e le abilità sociali, innate nel resto dei bambini.

COMPORAMENTI OSSERVABILI RELATIVI ALLA COMUNICAZIONE

Nell’area della comunicazione, il deficit riguarda sia la comunicazione verbale che quella non verbale: ci riferiremo pertanto alle caratteristiche riscontrabili da circa un anno fino ai 3 anni (e anche successivamente).

Nel bambino con autismo sembra essere mancante o notevolmente deficitaria l’intenzionalità comunicativa, ossia tutta una serie di azioni, gesti e, nei bambini verbali, parole, volte ad attirare l’attenzione dell’altro, a condividere stati emotivi o, più semplicemente, finalizzati a esprimere curiosità verso l’ambiente o per le persone circostanti o a richiedere esplicitamente ciò che si desidera (ad esempio un gioco, un cibo o un altro oggetto di interesse). Per effettuare tutte queste operazioni il bambino con sviluppo tipico mette in atto molti comportamenti osservabili spesso durante la giornata: ad esempio, indica ciò che desidera, coordinando lo sguardo verso l’adulto a cui vuole fare la richiesta; oppure indica un oggetto o una situazione che lo colpisce e lo interessa particolarmente, anche soltanto col fine di condividerla piacevolmente con l’adulto (o il compagno); se il linguaggio è già stato sviluppato, il bambino può utilizzare, insieme alle modalità non verbali, espressioni come: “Guarda!” o “Vieni a vedere....”, “Hai visto?”, oppure denominare ciò che desidera (per esempio, un gioco). Ancora, i bambini utilizzano molto precocemente, già nel secondo semestre di vita, le espressioni emotive dei genitori o delle persone familiari per regolare il proprio comportamento (*riferimento sociale*): per esempio, si voltano verso il genitore per vedere la sua reazione di fronte a un adulto sconosciuto.

Tutti questi comportamenti comunicativi (e di interazione sociale) volti a richiamare l’attenzione dell’altro e a condividere interesse per qualcosa, sono esempi di una capacità più complessa, **l’intersoggettività**. Questa capacità ha una funzione indispensabile nel regolare l’interazione sociale, ed è tipicamente deficitaria nei bambini con disturbi dello spettro autistico. Il BOX 2 riassume le caratteristiche dell’intersoggettività, l’età in cui si sviluppa e le modalità in cui si presenta nei bambini a sviluppo tipico.

Rispetto all’area della comunicazione e del linguaggio, come già detto, il bambino con autismo ha difficoltà ad appropriarsi dei codici che servono a comunicare; tali codici riguardano anche la componente non verbale: si osservano pertanto anomalie nell’uso dello sguardo, della postura, dei gesti e di tutte quelle modalità espressive che le persone utilizzano abitualmente insieme al linguaggio. Molti bambini con autismo non svilupperanno mai il linguaggio verbale ed avranno notevoli difficoltà di compensazione del linguaggio attraverso l’utilizzo di gesti convenzionali (tale caratteristica li differenzia in modo peculiare dai bambini con assenza o con altre difficoltà di linguaggio). In alcuni bambini sono presenti soltanto alcune vocalizzazioni atipiche, non dirette all’altro, spesso ripetute come forma di autostimolazione.

BOX 2. INTERSOGGETTIVITA'

L'intersoggettività nello sviluppo tipico

L'intersoggettività primaria è la capacità del bambino di entrare in una relazione diretta di tipo espressivo, emotivo e corporeo con la persona che si occupa di lui. Questa relazione è fatta di contatti, di sguardi, di contatto fisico, di scambi vocali in cui ciò che conta non è tanto il significato delle parole ma la tonalità affettiva che viene trasmessa (si parla di *baby talk* per indicare il modo con cui il genitore parla con il bambino piccolo).

Un elemento importante è la reciprocità, la capacità cioè di rispondere in modo reciproco alle espressioni, ai gesti e al contatto fisico dell'altro. Un'altra capacità importante è quella di alternanza dei turni, che permette al bambino di interagire con un adulto supportivo "come se" stessero dialogando, molto prima che il bambino sviluppi una qualsiasi capacità di comprendere o di produrre il linguaggio verbale.

L'intersoggettività secondaria si afferma intorno ai 9 mesi (ma compare anche prima) e riguarda la capacità del bambino di entrare in relazione con l'altro condividendo con lui l'interesse per una terza cosa o persona. Implica quindi la capacità di attenzione condivisa. Compare in questa fase la capacità del bambino di attirare l'attenzione dell'adulto su qualcosa che a lui interessa, indicandola per poterla ottenere (indicare richiestivo) oppure portando o indicando la cosa stessa per "farla vedere" al genitore (indicare dichiarativo). Nel bambino a sviluppo tipico questi due utilizzi del gesto di indicare (per "richiedere" e per "mostrare") compaiono entrambi e quasi contemporaneamente.

Sviluppo dell'intersoggettività nel bambino con autismo

Intersoggettività primaria

Il bambino può non guardare l'adulto, non mostrare reciprocità alle comunicazioni (parole, gesti, contatto fisico) dell'altro, evitare il contatto.

Intersoggettività secondaria

Il bambino, pur mostrando delle aperture verso l'adulto (lo guarda, mostra reciprocità), non riesce a condividere con l'altro un interesse (un gioco, un'attività) e a collaborare alle sue proposte. Ha difficoltà a seguire le indicazioni e i gesti dell'adulto. Non cerca l'attenzione dell'adulto per mostrargli ciò che sta facendo o lo interessa. Raramente indica per fare una richiesta, e più spesso le richieste vengono fatte con modalità che non implicano la comunicazione: per esempio, il bambino guida la mano del genitore (o la spinge) verso ciò che desidera. La mancanza di attenzione condivisa è uno dei deficit tipici del bambino con autismo.

Quando il linguaggio è presente, mostra in genere alcune anomalie nella prosodia⁴, nell'intonazione (utilizzo monotono e monocorde del tono di voce) e nella forma: spesso è ripetitivo e stereotipato, può essere presente gergofasia (linguaggio non comprensibile), ripetizione di ciò che viene detto dall'interlocutore (ecolalia immediata), oppure di frasi udite in

⁴ La prosodia è la "musicalità" del linguaggio, data dall'intonazione delle parole, dal ritmo con cui le si pronuncia, dalla durata che si attribuisce ad ogni sillaba, ecc. Il bambino con autismo può avere difficoltà nell'esprimersi prosodicamente e quindi parlare in un modo che risulta "piatto" o "robotico".

precedenti occasioni (ecolalia differita) e dette in contesti inadeguati. Anche la comprensione del linguaggio può essere limitata.

Un'altra caratteristica spesso citata, che però è poco significativa per i bambini che frequentano il nido è la cosiddetta inversione pronominale. Si tratta di una caratteristica che compare universalmente nello sviluppo, ma nei bambini a rischio permane a lungo, molto oltre l'età appropriata: il bambino può usare la seconda o la terza persona per indicare se stesso, dicendo, al posto dell'io, il proprio nome e il verbo in terza persona ("Andrea mangia..", "Andrea va a casa..", invece che "Io mangio..", "Io voglio andare a casa"), oppure il verbo in seconda persona ("Vuoi il succo" invece che "Voglio il succo"), e confondono in generale il significato e l'uso dei pronomi personali. Come detto in precedenza, per l'età del nido d'infanzia, questa caratteristica può essere parte dello sviluppo tipico.

Uno dei comportamenti più frequenti e caratteristici dei bambini con disturbi dello spettro autistico può emergere durante una semplice prova, che avviene assai spesso nella vita quotidiana e consiste nell'osservare la risposta del bambino quando viene chiamato per nome; il bambino con autismo tende a non voltarsi quando viene chiamato e spesso non si rivolge, guardandolo, a chi lo chiama. Ciò avviene, spesso, anche dopo tentativi ripetuti. Ed è per questo motivo che per alcuni di questi bambini viene sospettata inizialmente la sordità.

Sembra, inoltre, che non si attivi lo stesso meccanismo di risposta all'udire la voce umana presente nei bambini con sviluppo tipico fin dai primi mesi di vita. In età precoce, i bambini con autismo mostrano, in particolare, difficoltà di attenzione alla voce umana e scarsa comprensione del linguaggio verbale, anche per semplici comandi e ciò si può notare a diversi livelli. I bambini con autismo possono non rispondere o rispondere a caso a semplici domande che prevedono solo un "Sì" o un "No" in risposta; oppure possono avere difficoltà ad eseguire richieste semplici come "Vieni qui!" o "Dammi"; o ancora possono avere difficoltà ad effettuare una semplice scelta tra due alternative proposte: per esempio, ad una domanda come "Vuoi il panino o il gelato?", rispondono in modo ecolalico con l'ultima parola udita, in questo caso "gelato", anche se la loro scelta non corrisponde alla parola.

È proprio per questa incapacità a comunicare che spesso i bambini con autismo mettono in atto di una serie di comportamenti problematici (urla, autolesionismo, aggressività, crisi di pianto, eccetera), dovuti principalmente alle difficoltà nel comprendere ciò che viene detto o chiesto, o nell'incapacità a comunicare i propri bisogni, le proprie esigenze o i propri desideri.

COMPORAMENTI, INTERESSI E ATTIVITÀ RIPETITIVI O STEREOTIPATI

I comportamenti e i movimenti ripetitivi e stereotipati, di più facile osservazione, rappresentano tuttavia un gruppo di caratteristiche e sintomi che compaiono spesso *dopo* i 2 anni o comunque tendono ad accentuarsi *dal terzo anno in poi*. Anche se tali caratteristiche possono non essere quindi rilevate in tutti i casi di autismo nel periodo del nido, è importante fornire alcune indicazioni per saperle riconoscere.

Per quanto concerne le stereotipie e i movimenti bizzarri più tipici nei bambini con autismo è possibile osservare, in età precoce, alcuni particolari movimenti: con le mani (come lo sfarfallio, il farle girare continuamente oppure muoverle rapidamente davanti agli occhi e al viso); correre continuamente in modo afinalistico oppure girare ripetutamente su se stessi; camminare sulle punte dei piedi; dondolarsi per lungo tempo; rotolarsi a terra; assumere posture bizzarre o insolite, ecc.

Gli interessi ripetitivi e prolungati possono manifestarsi anche nei bambini più piccoli con DSA, ad esempio nell'uso singolare di alcuni oggetti: ad esempio, essi fanno girare continuamente le ruote di una macchinina o qualsiasi cosa circolare; mettono in fila ed allineano

con precisione giochi o oggetti diversi (mostrando preoccupazione e fastidio intensi quando vengono spostati); osservano a lungo le cose che girano o i riflessi della luce; seguono tutti i contorni delle stanze o degli oggetti; e, in generale, mostrano un interesse ossessivo per parti non funzionali di giochi ed oggetti, per un limitato numero di stimoli, per particolari insoliti (fili, pulsanti, bottoni, rotelline, elastici, parti del corpo, ecc.). Emergono spesso anche interessi sensoriali insoliti per luci, riflessi, odori o sapori; i bambini in questi casi osservano in modo assorbente alcuni particolari, oppure leccano, assaggiano o annusano gli oggetti. In altri casi, mostrano invece reazioni eccessive (di fastidio, di ansia) quando sono esposti ad alcuni stimoli: possono chiudere gli occhi di fronte a certi stimoli luminosi o tapparsi le orecchie in presenza di alcuni suoni o rumori, anche non particolarmente disturbanti, che per gli altri passano inosservati.

Alcuni di questi bambini mostrano infatti una certa *iporeattività* o *iperreattività* ad alcuni stimoli uditivi: in alcuni casi, sembrano ignorare o non sentire alcuni suoni, in altri sembrano essere particolarmente sensibili a suoni e rumori forti o particolari (motori, elettrodomestici, e altro ancora), tappandosi con forza le orecchie, e mostrando una vera e propria "sofferenza".

Anche la stimolazione tattile può creare fastidio. In alcuni bambini con DSA si osserva una iporeattività o iperreattività al tatto: e ciò si nota nella preferenza per alcuni abiti e tessuti particolari o la repulsione per altri, la tendenza a toccare per auto-stimolazione (o al contrario, a non voler toccare assolutamente) alcune superfici e/o materiali.

Anche il repertorio di attività, confrontato con quello dei coetanei, risulta più povero e meno organizzato; il bambino appare interessato a poche cose, sempre uguali, non mostra immaginazione e tende ad innervosirsi se interrotto mentre esegue le sue routine o mentre effettua la ripetizione compulsiva di sequenze di attività più o meno elaborate (in base all'età e al livello di sviluppo).

IMITAZIONE, GIOCO E ATTIVITÀ MOTORIE

Alcune aree di abilità, che nel bambino tipico si sviluppano e si consolidano nei primissimi anni di vita, possono risultare compromesse nel caso dei bambini con DSA. Un'altra area spesso deficitaria nei bambini a rischio di autismo è quella dell'*imitazione*.

La risposta empatica e l'imitazione sono due potenti strumenti di comunicazione fin dai primi giorni di vita: anche nei neonati di poche ore o di pochi giorni si è dimostrata la capacità di imitare semplici movimenti facciali (come per esempio fare la lingua), e la condivisione empatica del sorriso o del pianto sono presenti molto precocemente. A metà del primo anno compaiono forme intenzionali di imitazioni di semplici schemi motori e di gesti, che nei mesi successivi si articolano e complessificano, fino ad arrivare alle prime forme di imitazione differita (imitazione di schemi motori, azioni o espressioni a distanza di tempo).

Nei bambini con autismo la capacità di imitare può mancare o essere gravemente compromessa (anche in età più matura) soprattutto per quanto riguarda le espressioni facciali, ma anche i movimenti del corpo; tale difficoltà è strettamente connessa al deficit di reciprocità sociale (capacità di rispondere in maniera reciproca alle espressioni del proprio interlocutore), che si osserva nel bambino con un disturbo dello spettro autistico. La ricerca e le recenti scoperte sui neuroni specchio hanno fornito una possibile spiegazione di questa difficoltà: pare che nei bambini con autismo siano infatti mal funzionanti questi circuiti neurali che rendono possibile al bambino di "simulare" mentalmente un'azione o uno stato d'animo osservato negli altri.

In questa sede ci sembra importante sottolineare questo aspetto, poiché durante le attività di gioco e di interazione, che vengono proposte frequentemente nel contesto del nido d'infanzia, potrebbero facilmente evidenziarsi difficoltà imitative (ad esempio si pensi a canzoncine, "balletti" e giochi di gruppo in cui i bambini vengono invitati ad eseguire tutti insieme gli stessi movimenti, a effettuare giochi di alternanza ecc.). Una mancata o ridotta partecipazione a queste

attività può peraltro essere presente anche in bambini timidi o in inibiti e non può quindi essere considerata sempre indicativa di un rischio evolutivo

Il **gioco** è una parte fondamentale e tipica della vita del bambino piccolo e vedere i bambini giocare ed interagire tra loro durante le ore di permanenza al nido è sicuramente una delle situazioni più frequenti che si presentano all'educatrice, pertanto dovrebbe essere in quest'area che ci si può concentrare nell'osservare e valutare l'eventuale presenza di comportamenti "strani" o particolari. Riferendoci in particolare ai bambini di un anno e mezzo o due, è necessario innanzitutto osservare le modalità di interazione con i coetanei: il bambino si avvicina agli altri bambini? Tende ad isolarsi? Preferisce concentrarsi sugli oggetti? Non partecipa ai giochi di gruppo? Non risponde agli altri quando lo chiamano e gli fanno delle proposte?

Queste caratteristiche di isolamento, di non-ricerca attiva del contatto e del divertimento ludico con altri bambini è un primo indicatore di difficoltà relazionali; oltre a questo, è fondamentale soffermare l'attenzione anche sulle modalità funzionali di gioco, notando se il bambino utilizza i giocattoli in modo appropriato (ad esempio se fa correre una macchinina oppure fa soltanto girare ripetutamente le ruote fissandole), se predilige ripetere più volte la stessa operazione con alcuni oggetti, come sbatterli per terra, farli girare, metterli in fila in modo ossessivo, oppure se mostra un attaccamento eccessivo verso un oggetto o la parte di un oggetto.

Un caratteristica tipica dei bambini con DSA è l'incapacità di giocare in modo simbolico all'età in cui gli altri bambini lo fanno; questa abilità compare in genere nel secondo anno e in questi bambini può essere molto limitata o comparire molto più tardi. E' utile quindi verificare se e quali modalità di gioco simbolico vengono messe in atto (ad esempio attraverso semplici giochi di finzione, come usare una banana al posto della cornetta del telefono, fare finta di dare da mangiare a una bambola, far "parlare" tra loro dei pupazzi, ecc.).

Un altro ambito su cui è utile centrare l'attenzione è quello delle **abilità motorie**: i bambini con autismo, in alcuni casi, mostrano particolari abilità in determinate attività motorie (ad esempio, nella capacità di stare in equilibrio o nella motricità fine), in altri, presentano un impaccio motorio o alcune difficoltà specifiche: possono esserci difficoltà di coordinazione occhio-mano e nelle coordinazione e programmazione motoria (per esempio, risulta difficile, in alcuni casi, anche per i bambini più grandi, pedalare sul triciclo, salire e scendere le scale alternando i piedi, correre in modo coordinato).

Un'annotazione va fatta sul *temperamento* dei bambini con autismo, che possono risultare meno attivi dei coetanei, a volte ipotonici e con scarsa attivazione motoria, soprattutto diretta verso l'altro; l'umore può essere monocorde o piatto; a volte invece, come abbiamo detto in precedenza, si mostrano marcatamente reattivi ad alcuni stimoli sensoriali e più tendenti all'iperattività e all'eccitabilità. Ovviamente la tipologia di temperamento è determinata da innumerevoli fattori e le caratteristiche sopraelencate non possono essere – da sole – considerate indicatori primari di questo disturbo, se non concomitanti con altri comportamenti tra quelli decritti. Nel Box 3 vengono riassunte le principali caratteristiche dei bambini con DSA ad un anno e a due - tre anni di vita.

**BOX 3. SINTOMI CHE DIFFERENZIANO I BAMBINI DA 0 A 3 ANNI CON AUTISMO
DAI COETANEI A SVILUPPO TIPICO E CON ALTRI RITARDI EVOLUTIVI^{5*}**

	PRIMO ANNO	SECONDO E TERZO ANNO
INTERAZIONE SOCIALE	Limitato sorriso sociale	Contatto oculare anomalo
	Bassa frequenza di sguardi alle persone	Bassa frequenza di sguardi alle persone
	Scarso interesse nei giochi di interazione	Scarso interesse nei giochi di interazione
	Limitato riferimento sociale (secondo semestre)	Limitato riferimento sociale
	Limitata capacità di anticipare quando si viene presi in braccio (secondo semestre)	Limitato interesse verso gli altri bambini
	Soddisfazione nello stare da solo	Limitato spettro di espressioni facciali
		Limitata condivisione di emozione/piacere
		Limitato gioco funzionale
		Assenza gioco di far finta
	Limitata imitazione motoria	
COMUNICAZIONE	Scarsa risposta a nome (secondo semestre)	Scarsa risposta a nome
	Bassa frequenza di sguardi verso oggetti presentati da altri	Incapacità di condividere interessi (es. attraverso indicare, dare, mostrare)
		Fallimento nella risposta a gesti comunicativi (es. indicare, dare, mostrare)
		Uso del corpo degli altri come strumento
		Bassa frequenza di comunicazione verbale o non verbale
		Vocalizzazioni anomale
COMPORAMENTI STEREOTIPATI E SCHEMI RIPETITIVI	Avversione al contatto sociale	Manierismi delle mani e delle dita
		Uso inappropriato degli oggetti, eccessivo portare oggetti alla bocca
		Giochi e interessi ripetitivi
	Inusuali comportamenti sensoriali (sensibilità eccessiva o inesistente ai suoni, ai tessuti, ai sapori e agli stimoli visivi)	Inusuali comportamenti sensoriali (sensibilità eccessiva o inesistente ai suoni, ai tessuti, ai sapori e agli stimoli visivi)

⁵ Tabella adattata dal testo: *Autismo e disturbi dello sviluppo* Vol. III, F. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D. Cohen; trad. italiana a cura di E. Micheli, 2008.

IL RUOLO DELL'EDUCATRICE DEL NIDO D'INFANZIA

In presenza di un bambino che desti preoccupazioni in relazione a possibili indicatori di rischio per i disturbi dello spettro autistico, come descritti più sopra, l'educatrice del nido può giocare il suo ruolo in modi diversi.

In primo luogo, con l'osservazione sistematica dei bambini, che permette non solo di identificare e chiarire le situazioni ritenute a rischio, ma soprattutto monitorare il modo in cui i comportamenti dei bambini si sviluppano, e quindi come il bambino sta crescendo.

Inoltre, nei casi diagnosticati, nel supporto ai genitori e all'intervento educativo/terapeutico: si tratta di una competenza cruciale, che richiede grande attenzione e delicatezza, perché i genitori sicuramente vivono un momento difficile e l'educatrice è una delle figure che meglio può supportarli nel percorso educativo/terapeutico, collaborando in rete con gli operatori sanitari che hanno in cura il bambino.

Infine, nel riflettere sul proprio intervento educativo, individualizzandolo in relazione agli specifici bisogni dei bambini, e nell'organizzare un ambiente educativo adeguato anche per i bambini con questo tipo di problematiche.

IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI BAMBINI A RISCHIO AUTISMO

Come abbiamo visto, la diagnosi e l'intervento precoce nei casi di bambini con autismo sono fondamentali, e il nido è un contesto privilegiato per identificare precocemente i segnali di rischio nei bambini. In primo luogo, avendo a disposizione alcune conoscenze di base sia sullo sviluppo tipico che su quello atipico, le educatrici possono, come abbiamo sottolineato in precedenza, essere di grande aiuto nell'osservazione del comportamento del bambino: l'educatrice può notare caratteristiche che si esplicano in modo più conclamato al nido (sia relative a situazioni di gioco che nell'interazione di gruppo, con coetanei o adulti), oppure atteggiamenti e comportamenti che i genitori fanno più fatica ad individuare (soprattutto nei casi in cui si tratta del primo figlio e non si hanno esempi frequenti di comportamento di altri bambini).

In questi casi, è importante che l'educatrice si dia il tempo di monitorare con un occhio di attenzione cosa fa il bambino anche facendo riferimento agli indicatori riportati nel Box 3, prima di giungere a conclusioni affrettate rispetto alla presenza di possibili problematiche. Osservare sistematicamente il bambino richiede che l'educatrice identifichi alcuni comportamenti salienti nello sviluppo nella prima infanzia e dedichi regolarmente un po' di tempo per verificare se questi comportamenti si presentano o meno, o si evolvono nell'arco di 2-3 mesi. In particolare, occorre prendere in considerazione sistematicamente gli aspetti relativi allo sviluppo della comunicazione, in tutte le dimensioni che possono essere deficitarie nelle situazioni a rischio per l'autismo e che abbiamo sopra esaminato: l'interazione sociale, il gioco (e soprattutto il gioco simbolico), l'intersoggettività e l'attenzione condivisa, lo sviluppo della comunicazione gestuale e poi del linguaggio. L'uso di strumenti specifici può essere di supporto all'educatrice e nelle pagine seguenti verrà presentato, in particolare, un questionario che può essere utilizzato come guida per l'osservazione della comunicazione e dell'interazione sociale.

LA COMUNICAZIONE CON I GENITORI

Un contributo importante da parte delle educatrici è quello che può essere dato al sostegno e alla comunicazione con i genitori. Come detto in precedenza, spesso i genitori percepiscono comportamenti problematici nel loro bambino già a un anno, un anno e mezzo di vita: la diagnosi però, e quindi l'inizio dell'intervento terapeutico, avviene molto più tardi, perché

difficilmente queste ansie dei genitori trovano dei canali adeguati ad accoglierle. In altri casi, invece, i genitori non percepiscono i problemi, sia per inesperienza sia perché riconoscere un problema nello sviluppo del proprio bambino è difficile e scatena ansie che portano a negare o sottovalutare la percezione che li allarma.

In questo senso il contributo dell'educatrice del nido è importantissimo: può non solo osservare il bambino e sottolineare precocemente gli indicatori di rischio, ma soprattutto supportare il genitore sia nel riconoscere le problematiche del bambino sia nell'intraprendere i passi necessari presso i servizi che possono farsi carico del problema ed effettuare la diagnosi e il successivo intervento terapeutico.

Il primo passo che l'educatrice deve mettere in atto, che del resto è comune all'esperienza con tutti i bambini e le famiglie del nido, è la costruzione di un rapporto di fiducia con i genitori, basato sul rispetto e il riconoscimento reciproco: se il genitore è già preoccupato in relazione allo sviluppo del proprio bambino, l'instaurarsi di un rapporto reciproco di fiducia potrà basarsi sulla condivisione di osservazioni e ansie, eventualmente ridimensionando quelle esagerate; se il genitore non percepisce i problemi, occorrerà affiancarlo delicatamente, dando il tempo necessario alla costruzione del rapporto di fiducia, ma nello stesso tempo aiutandolo a vedere il bambino in relazione agli altri bimbi della stessa età e a far emergere i problemi.

La comunicazione relativa a tematiche così delicate, dovrà avvenire in un contesto adeguato: l'educatrice dovrà ritagliarsi uno spazio tranquillo e dedicato a questo incontro, evitando una comunicazione frettolosa al momento dell'arrivo o del saluto, e dovrà cercare di veicolare alcuni messaggi. Innanzitutto, che l'obiettivo delle educatrici e dei genitori è comune ed è il bene del bambino; e che la rilevazione precoce di eventuali problematiche di sviluppo è sempre fondamentale perché garantisce più alte possibilità di intervento e recupero, dove esso è possibile. Sarà importante curare la scelta delle parole giuste, avendo in mente l'obiettivo di non spaventare il genitore o di non aumentare le possibilità di una negazione del problema (ad esempio, evitare termini come patologia, o le etichette di patologie di cui non si può essere sicure, perché la diagnosi spetta comunque a uno specialista, ecc.). È importante che in questo incontro l'educatrice sia pronta a dare al genitore alcune informazioni operative su come sia possibile muoversi per un approfondimento diagnostico, come specificato più avanti. Questo aspetto è importante, per fare sì che l'incontro non si configuri solo come un "dare una cattiva notizia", senza offrire prospettive costruttive di intervento.

L'educatrice dovrà comunque tenersi pronta a ricevere una reazione negativa da parte del genitore, una negazione del problema, ecc., e non dovrà vivere questa reazione come un non-riconoscimento delle sue competenze professionali, ma come una reazione più che comprensibile: è facile che il genitore abbia già a sua volta colto aspetti che lo preoccupano ma che abbia paura e difficoltà ad affrontare il problema. L'educatrice, in questo caso, deve comunque tenersi aperta alla comunicazione con il genitore, dicendo che sarà a disposizione in qualsiasi momento a parlare, se egli ne abbia desiderio. È possibile che dopo alcuni giorni di riflessione ed elaborazione del colloquio, il genitore sia più disponibile e si farà avanti con l'educatrice solo se non si sarà sentito giudicato come "insensibile al problema" o come "cattivo genitore" e percepirà l'educatrice come aperta e disponibile. Un aspetto che può complicare la comunicazione dei dubbi dell'educatrice si presenta quando la famiglia del bambino provenga da un ambiente socio-culturale deprivato oppure semplicemente lontano rispetto alla nostra cultura. In questi casi può essere utile inviare la famiglia al Servizio Sociale del territorio e rivolgersi a questo per chiedere la disponibilità di un mediatore culturale. Oppure, in accordo con i genitori, parlarne con il pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale.

La relazione di reciproca fiducia e rispetto è qualcosa che si instaura caso per caso, e non esistono strategie universalmente efficaci: è però possibile utilizzare alcuni strumenti e modalità di intervento per essere meglio attrezzati in questo difficile compito. Un primo aspetto importante è non cadere nella trappola di etichettare la situazione come "un problema del

bambino” o un “problema della famiglia”, e vedere invece nel genitore un alleato a cui chiedere l’aiuto per risolvere problemi che spesso l’educatrice stessa incontra nella gestione quotidiana del bambino: in questo modo si costruisce più efficacemente l’alleanza col genitore in funzione del “bene del bambino” ed è possibile compiere pian piano i passi necessari ad affrontare il problema.

Un altro utile strumento di dialogo può essere l’osservazione sistematica, condivisa con i genitori: per esempio, chiedendo di compilare lo stesso questionario al nido e in famiglia, e discutendo assieme le osservazioni, anche confrontando il comportamento del bambino con quello degli altri bimbi della stessa età. Questa condivisione può aiutare i genitori già disponibili a leggere i bisogni particolari del proprio bambino, e aiutare invece a riconoscerli quelli che faticano a farlo.

Un secondo aspetto importante del supporto alla famiglia è l’informazione sui servizi a disposizione sul territorio; per questo, è importante che gli operatori del nido abbiano informazioni sulle strutture sanitarie e sul percorso diagnostico e terapeutico disponibile del territorio di residenza. Di prassi, sarebbe opportuno che l’educatrice invii i genitori dal pediatra di libera scelta o dal medico di medicina generale, che potrà fare un eventuale invio ai servizi specialistici. In alcuni casi (per esempio, se non è presente un pediatra di libera scelta), l’invio potrebbe essere fatto direttamente al servizio specialistico (per informazioni, consultare il sito: http://www.regione.piemonte.it/sanita/program_sanita/dip_materno_inf/assneuro.htm).

La richiesta al servizio sanitario (pediatra, medico di medicina generale o servizio specialistico) andrà sempre fatta dal genitore; potrebbe essere molto utile che l’educatrice fornisca al genitore una breve relazione scritta, sul comportamento del bambino al nido, da consegnare al sanitario che vedrà il bambino.

Infine, l’educatrice può essere un supporto importante per la famiglia che affronta un problema angosciante come quello relativo alle difficoltà di sviluppo del proprio bambino. Nel caso del bambino autistico, poi, l’intervento terapeutico è necessariamente affiancato da una serie di indicazioni ai *caregiver* che si occupano quotidianamente del bambino: il coinvolgimento delle educatrici in questo percorso è assolutamente vitale.

IL CONTRIBUTO ALL’ATTIVAZIONE DI UN PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Come accogliere un bambino con problemi legati all’autismo? Anche una volta superati tutti i problemi di segnalazione e attivata la procedura terapeutica, le educatrici si pongono questa domanda in relazione a una duplice dimensione: da un lato, la collaborazione con le strutture terapeutiche, che spesso chiedono modalità di lavoro e di intervento con i bambini che si fatica a comprendere, o che sono atipiche rispetto alla condotta educativa, o difficili da realizzare nel contesto di vita di gruppo; dall’altro, si pone il problema della riorganizzazione dell’ambiente in relazione alle esigenze di quel bambino specifico e della convivenza di tutti i bambini.

Un bambino con difficoltà dello sviluppo e, in particolare, con un disturbo dello spettro autistico, richiede alle educatrici un impegno ancor più costante, in cui è necessario aver acquisito alcune nozioni di base e alcune conoscenze specifiche del problema, per meglio rispondere alle esigenze del bambino e non trovarsi impreparati di fronte a problemi di comportamento o situazioni inattese o particolari.

Se nel nido è presente un bambino con autismo, bisogna quindi valutare al meglio quali possono essere gli ambienti o le attività (tra quelle proposte e preventivate per tutti i bimbi) che lo aiuteranno a relazionarsi meglio con i coetanei, a stimolarlo nella comunicazione e a prevenire ed evitare comportamenti problematici. Tutto ciò è possibile attraverso:

- un'attenta osservazione delle abilità, delle difficoltà e di tutte le caratteristiche peculiari del bambino con autismo: in questo senso, possono essere di grande aiuto le griglie strutturate di osservazione (vedi più oltre, la parte sugli strumenti), che permettono di monitorare nel tempo l'evoluzione del bambino, in quanto consentono di osservarne i progressi in una cornice costante;
- una stretta collaborazione ed un dialogo attivo con i genitori e con la famiglia: la condivisione con i genitori sia dei progressi sia dei momenti difficili è fondamentale, per non trascurare nessun particolare del comportamento del bambino e dei suoi bisogni speciali;
- una stretta collaborazione con gli operatori sanitari del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e/o di Psicologia che prenderanno in carico il bambino: infatti, anche l'educatrice ha un ruolo importante nel fornire informazioni utili per la diagnosi e per la progettazione dell'intervento, in quanto ha la possibilità di effettuare osservazioni quotidiane sul bambino, in un contesto particolarmente stimolante, in cui ci sono scambi comunicativi, attività di gruppo e occasioni di interazione e di gioco con i coetanei.

L'integrazione del bambino con autismo nella realtà educativa del nido inizia proprio da queste premesse ed è la base per permettere, successivamente, un buon inserimento nella scuola dell'infanzia e una programmazione chiara ed efficace dell'intervento sia a casa che al nido.

Partiamo dalle modalità di intervento individualizzato. Perché la diagnosi precoce abbia significato dovrà essere accompagnata da un intervento precoce: pianificare questo compito spetterà in primo luogo ai servizi sanitari, che avranno però bisogno di avvalersi anche del contributo delle educatrici e dei genitori.

BOX 4. RUOLO DELLA SCUOLA IN ETÀ PRESCOLARE NEL CASO DELL'AUTISMO⁶

Considerando l'età, il livello di sviluppo e la natura del problema, l'"ambiente scolastico" (Nido e Scuola dell'Infanzia) rappresenta uno spazio particolarmente utile per "completare" il progetto. L'"ambiente scolastico", infatti, permette di trasferire, in un contesto di incontro e confronto con i coetanei, il lavoro programmato per l'attenzione congiunta, la capacità di usare simboli, la comunicazione e la modulazione degli stati emotivi. Affinché tale spazio possa assumere una valenza terapeutica è, tuttavia, necessario che gli operatori della scuola vengano coinvolti attivamente nel progetto. Si ripropone ancora una volta la necessità di definire, a monte dei contenuti dell'intervento, la strutturazione del contesto all'interno del quale tali contenuti vanno poi inseriti. Il coinvolgimento degli operatori dell'ambiente scolastico deve avvenire ad opera degli operatori del Servizio attraverso incontri periodici, nell'ambito dei quali vanno discussi una serie di aspetti generali che riguardano il bambino, le sue modalità relazionali, i suoi stili comunicativi e le caratteristiche del suo modo di rispondere alle sollecitazioni esterne. Nel mettere al corrente gli operatori scolastici degli obiettivi terapeutici individuati negli altri contesti (Servizio-Famiglia), si definiscono quelli realizzabili all'interno dell'"ambiente scolastico".

Per il clinico, l'aiuto dei genitori e degli operatori che vedono il bambino tutti i giorni, è indispensabile per avere un quadro più completo della situazione, ed è estremamente utile per integrare le osservazioni fatte in ambulatorio. Anche se nel nido d'infanzia non è prevista,

⁶ *Linee Guida della Società Italiana di Neuro-Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2005*

dall'attuale normativa, la presenza dell'insegnante di sostegno, abbiamo ritenuto utile fornire alcune informazioni che possono consentire alle educatrici di rendere più individualizzato l'intervento educativo con questi bambini. In alcuni casi potrebbe essere necessaria, a questo scopo, la presenza dell'assistente comunale (ai sensi della Legge 104/92) a supporto delle educatrici. Nel Box 4 vengono riportate alcune indicazioni, tratte dalle Linee Guida della Società Italiana di Neuro-Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA, 2005), sul ruolo della scuola dell'infanzia e del nido, nel caso di bambini con autismo.

L'intervento specifico, seguendo le indicazioni dei terapeuti, non esaurisce però il compito dell'educatrice. Non solo l'educatrice del bambino, ma tutto il gruppo di lavoro, può e deve comunque attivarsi rispetto all'ultimo aspetto del compito che compete loro: ri-pensare come "gestire il bambino" nella quotidianità, per preservare la qualità della sua esperienza al nido, il benessere suo, degli altri bambini e delle educatrici stesse.

Questo aspetto è pertinenza del nido, sia che il genitore riconosca le problematiche del bambino e condivida un percorso diagnostico e terapeutico, sia che questo non sia (ancora) possibile. A questo fine, l'educatrice deve riflettere su come possa lei interagire funzionalmente con il bambino ("Questo bambino risponde alle mie comunicazioni? A che condizioni contestuali?, cfr. BOX 5) e come possa organizzare spazi, materiali e attività quotidiane in funzione delle competenze cognitive e comunicative che il bambino ha, oppure in funzione delle difficoltà del bambino in certi specifici momenti della giornata ("Ci sono momenti della giornata in cui il bambino manifesta più disagio, urla oppure si isola? Da quali aspetti sono caratterizzati questi momenti rispetto alla numerosità del gruppo di bambini, al tipo di materiali in gioco, al tipo di attività svolta?"). Rispetto a questo compito, di nuovo l'uso dell'osservazione sistematica può essere uno strumento utile per identificare come muoversi.

Alcune indicazioni generali, certo non esaustive, possono essere date, per predisporre un ambiente adatto e un progetto educativo che tenga conto delle necessità di questi particolari bambini: e molti degli accorgimenti e dell'attenzione educativa necessaria per loro possono essere utili per il benessere e lo sviluppo di tutti i bambini!

Vogliamo sottolineare solo due aspetti: quello della **predicibilità** dell'esperienza e delle condizioni in cui può essere sollecitata e **supportata la comunicazione**.

Un passaggio graduale ed esplicito alle routine quotidiane del nido, evitare cambiamenti improvvisi della routine giornaliera, mantenere ambienti e persone riconoscibili e un alternarsi riconoscibile di essi, possono essere di grande aiuto all'adattamento del bambino autistico, che spesso reagisce negativamente a modifiche delle sue abitudini e routine. Ma si tratta di modalità importanti per tutti i bambini, che hanno bisogno di punti di riferimento stabili per inserirsi nell'ambiente nuovo.

Inoltre, come abbiamo visto prima, molte delle reazioni negative del bambino autistico possono essere comprese con l'assenza di strumenti per comunicare i propri bisogni e intenzioni, che fa sì che l'unica modalità di espressione diventino il pianto e l'esternazione anche violenta del proprio disagio. È quindi necessario creare delle condizioni in cui sia facilitata al massimo la comunicazione, per permettere anche all'adulto di mettere in atto le strategie per sollecitare la comunicazione e l'attenzione condivisa elencate più sopra: un ambiente neutro, non rumoroso, non sovraccarico di stimolazioni; un'organizzazione che garantisca la stabilità di piccoli gruppi di bambini e che eviti i gruppi troppo grandi, gli ambienti indifferenziati, le routine frettolose e caotiche; sono sicuramente un buon contesto per i bambini con disturbi dello spettro autistico ma ... lo sono sicuramente anche per tutti i bambini!

BOX 5. ESEMPI DI SEQUENZE DI INTERAZIONE ATTIVABILI ⁷

1. Agganciarsi ad attività effettuate dal bambino, anche in maniera non intenzionale, ripetendole, per cominciare ad avviare un processo di condivisione di attività.
2. Stabilire una condivisione di affetti (cercando il suo sguardo e sorridendogli).
3. Attivare sequenze di interazione sociale, mediante canali privilegiati (per esempio, contatto fisico fra bambino ed educatore, coordinato con gesti e vocalizzazioni).
4. Attirare l'attenzione a stimoli anticipatori di tali eventi piacevoli (quali, guardo, mimica, postura e/o vocalizzazioni che vengono poi seguiti da esperienze che il bambino ha mostrato di gradire).
5. Stimolare l'imitazione di azioni semplici.
6. Utilizzare "spettacoli" interessanti (per esempio, palloncini gonfiabili o bolle di sapone) per "catturare" l'attenzione del bambino ed operare su tali "spettacoli" per stimolare il bambino a richiedere che l'altro faccia qualcosa per lui.
7. Arricchire, nel corso delle sequenze sopra accennate, il repertorio di comportamenti comunicativi, anche se inizialmente finalizzati al solo scopo di richiedere l'aiuto dell'altro (sguardo, gesti, vocalizzazione).
8. Attirare l'attenzione del bambino su eventi, spettacoli o oggetti attivati dall'educatore.
9. Rinforzare comportamenti intenzionali utilizzati dal bambino per dimostrare un suo interesse.
10. Arricchire, nel corso delle sequenze di attenzione congiunta, il repertorio di comportamenti comunicativi, che in questo caso assumono il significato di condividere con l'operatore un comune fuoco di interesse (dallo sguardo ai gesti e, infine, alla verbalizzazione).
11. Stimolare giochi di finzione di complessità progressivamente crescente.
12. Inserirsi progressivamente nel gioco di finzione.

⁷ *Linee Guida della Società Italiana di Neuro-Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2005*

GLI STRUMENTI DI OSSERVAZIONE

IL QCSP (QUESTIONARIO SULLA COMUNICAZIONE SOCIALE PRECOCE)

Il Questionario della Comunicazione Sociale Precoce (QCSP: Molina, 2011) è stato pensato per rilevare le competenze comunicative che si sviluppano tipicamente nei bambini dai 2 ai 30 mesi di età. Esso rileva le principali modalità comunicative non verbali e l'emergere delle prime parole, proponendo 98 comportamenti che il bambino può mettere in atto mentre interagisce con l'adulto, durante situazioni che quotidianamente si presentano anche al nido (cantare una filastrocca, fare il solletico, chiedere aiuto per uscire da una situazione spiacevole, lettura di libretti, ecc.).

Non si tratta di uno strumento di screening dei disturbi dello spettro autistico, ma di uno strumento di osservazione dello sviluppo comunicativo e sociale dei bambini piccoli. Tuttavia, proprio perché valuta molti degli aspetti che sono deficitari o atipici nei bambini autistici, può essere un'utile guida all'osservazione da parte dell'educatrice e alla percezione chiara di possibili condotte problematiche.

Il QCSP infatti valuta tre dimensioni cruciali della competenza comunicativa:

- l'**interazione sociale**, relativa a tutti quegli scambi interattivi in cui il focus di interesse non è tanto l'oggetto, quanto il fare qualcosa con un'altra persona (canzoncine, solletico, cucù, gioco di scambio, gioco simbolico, ecc.);
- l'**attenzione congiunta**, relativa invece a tutti quegli scambi che hanno come scopo condividere un focus di attenzione su un evento o un oggetto con qualcun altro (indicare immagini, seguire lo sguardo dell'altro, ecc.);
- la **regolazione del comportamento**, relativa a tutti quei comportamenti che hanno lo scopo di far fare qualcosa all'altro (chiedere aiuto per uscire da una situazione spiacevole, per far funzionare un oggetto, ecc.) e ai comportamenti che il bambino mette in atto per rispondere alle richieste dell'adulto ("Vieni qui!", "Prendi la bambola", ecc.).

Si tratta della maggior parte degli elementi che sono coinvolti nella diagnosi del disturbo dello spettro autistico, che appunto si caratterizza, come abbiamo visto in precedenza, come una difficoltà principalmente nell'area della condivisione comunicativa e dell'intersoggettività.

Inoltre, il QCSP permette (ed è l'aspetto specifico che lo contraddistingue rispetto ad altri questionari) di rilevare il ruolo che il bambino riveste nella comunicazione: il bambino cioè **inizia** una comunicazione ("usa un gesto per chiedere di far uscire un oggetto da una scatola"), **risponde** alla comunicazione dell'adulto ("La guarda e fa segno di sì o di no con la testa se lei chiede se vuol continuare") o **mantiene** la comunicazione per più turni ("Se lei mostra col dito più immagini, guarda più immagini successivamente"). Si tratta di un elemento importante, perché può aiutare a differenziare bambini che, per motivi temperamentali, non prendono particolari iniziative nell'interazione, ma sono in grado di rispondere e di mantenere la comunicazione che viene loro rivolta, da bambini, come avviene nel caso del disturbo autistico, che non solo non iniziano attivamente la comunicazione, ma hanno anche difficoltà a rispondere adeguatamente.

Infine, il QCSP valuta a quale livello di complessità cognitiva il bambino mette in atto le sue comunicazioni, in produzione e comprensione:

- livello 1 (semplice): il bambino comunica usando vocalizzazioni, pianto, sorriso o movimenti corporei singoli e non coordinati; si gira verso la fonte di un suono; è una modalità tipica dei bambini sotto i 4 mesi di età;

- livello 2 (complesso): il bambino coordina due comportamenti comunicativi (vocalizza e guarda; guarda e sorride) sia in iniziativa che in risposta; usa movimenti corporei per iniziare, mantenere o rispondere (agitare le braccia e le gambe guardando l'adulto); si presenta dai 6-7 mesi, ed è la modalità tipica nei bambini dai 7 ai 12-13 mesi di età;
- livello 3 (convenzionale gestuale): il bambino comincia a comprendere e a usare gesti convenzionali ("ciao", gesto di indicazione); è in grado di capire le comunicazioni verbali dell'adulto, a patto che esse siano accompagnate da gesto e da suggerimenti contestuali ("dammi il bicchiere" usando il gesto e avendo il solo bicchiere di fronte a sé); compare nel secondo semestre del primo anno, e diventa la modalità preponderante nel semestre successivo;
- livello 4 convenzionale verbale: il bambino comincia ad usare le prime parole singole ("pappa", "mamma") e comprende comunicazioni verbali ma accompagnate solo da gesto o da facilitatori situazionali; questa modalità comunicativa, che si accompagna a quella gestuale, è tipica a partire dai 15-18 mesi;
- livello 5 (simbolico): il bambino comincia ad usare la combinazione di parole, è in grado di capire comunicazioni solo verbali e a-contestuali, e mette in atto il gioco simbolico; può iniziare già intorno all'anno e mezzo, ma diventa tipica a partire dai 22-24 mesi.

Le indicazioni di età tipica dell'emergere di una certa complessità cognitiva dei comportamenti comunicativi sono indicative e vanno contestualizzate nel modo globale che ha il bambino di comunicare. Ad esempio, alcuni bambini iniziano a parlare dopo i 24 mesi, ma il fatto che comprendano comunicazione verbali a-contestualizzate e producano gioco simbolico è indicatore di uno sviluppo del tutto nella norma. Le differenze individuali sono inoltre enormi in questa fascia di età, e un'indicazione di una certa età media può voler dire che il singolo bambino raggiunge la competenza a età molto diverse.

L'articolazione del questionario in diversi livelli di sviluppo permette, nel caso specifico dei disturbi dello spettro autistico, di cogliere non solo la presenza o l'assenza delle competenze espressive, gestuali e linguistiche adeguate all'età, ma anche la capacità o meno di utilizzarle a scopi comunicativi, che è il nucleo centrale del deficit in questo tipo di patologia.

Che uso farne all'interno del nido, e in particolare nei casi di disturbi dello spettro autistico? La compilazione del questionario richiede in media 15-20 minuti, e può essere svolta dall'educatrice in un momento tranquillo, quando ad esempio i bambini dormono. L'educatrice dovrà segnare solo i comportamenti che ha visto fare al bambino nella settimana precedente alla compilazione. Quando non si è certi che il bambino metta in atto alcuni comportamenti, è possibile osservarlo nei 2-3 giorni successivi, avendo in mente quei comportamenti in particolare e terminare quindi la compilazione dopo questo tempo di osservazione. Si tratta quindi di uno strumento molto agile ed efficace, compatibile con il lavoro non certo semplice richiesto agli adulti nel nido.

Il QCSP può essere utilizzato come uno strumento per realizzare osservazioni sistematiche al nido con varie finalità, e tra esse anche il monitoraggio delle competenze comunicative di bambini che destano preoccupazione all'educatrice. Un aspetto importante che differenzia l'osservazione spontanea da quella svolta "scientificamente" è la definizione chiara di quali comportamenti si vogliono osservare: utilizzare il QCSP permette di avere un bacino di comportamenti chiaramente definiti e contestualizzati. Utilizzare sempre il medesimo strumento permette inoltre di ripetere le osservazioni più volte, a distanza di tempo, ma avendo sempre lo stesso bacino di comportamenti di interesse. Questo aspetto è fondamentale perché, come abbiamo detto precedentemente, quando l'educatrice ha un sospetto circa lo sviluppo di un bambino, la prima cosa che deve fare è prendersi 2-3 mesi di tempo per monitorare se questo bambino effettivamente presenta un rallentamento o un blocco di sviluppo, oppure se evolve nel tempo le sue competenze comunicative.

Utilizzare poi uno strumento definito come il QCSP può creare un lessico comune tra il gruppo di educatrici della sezione, e tra le educatrici e i genitori: infatti, lo strumento è pensato per essere compilato facilmente anche da loro. Questo permette un confronto non solo tra colleghe, quindi, ma anche tra le educatrici e i genitori: esiste sempre l'eventualità, infatti, che il bambino presenti grosse differenze tra i comportamenti che mette in atto al nido e a casa (ad esempio, ci sono bambini che nel contesto di grande gruppo non parlano mentre a casa lo fanno).

Inoltre, la compilazione del questionario QCSP si può utilizzare anche come base per un confronto con il pediatra, non basato solo su "impressioni" o osservazioni estemporanee, ma su dati obiettivamente raccolti rispetto a comportamenti che riflettono le acquisizioni comunicative principali che il bambino solitamente raggiunge nei primi due anni e mezzo di vita.

Per poter disporre dello strumento, per la sua elaborazione e la sintesi dei risultati, è possibile contattare l'Università di Torino, Facoltà di Psicologia, prof.ssa Molina, e-mail: paola.molina@unito.it

STRUMENTI DI SCREENING

Questo volumetto è rivolto alle educatrici dei nidi d'infanzia e non si propone quindi di fornire informazioni dettagliate circa l'uso di strumenti di screening, che possono essere utilizzati da operatori sanitari, come per esempio i pediatri, durante i loro periodi bilanci di salute. Tuttavia può essere utile fare qualche cenno su questi strumenti, alcuni dei quali disponibili anche su Internet.

Negli ultimi vent'anni sono stati messi a punto diversi strumenti di screening per l'individuazione precoce di bambini con autismo. Due di questi strumenti, molto utilizzati a livello internazionale, sono le scale Chat e M-Chat. La Scala CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) è uno strumento di screening dello sviluppo comunicativo e sociale messo a punto nel 1992 da Baron Cohen, Allen e Gillberg nel Regno Unito, per individuare i bambini a rischio di autismo a partire dai 18 mesi. La CHAT è divisa in due parti: la prima parte è costituita da 9 domande relative al comportamento del bambino che il medico fa ai genitori; la seconda parte è composta da 5 item che vanno compilati dal pediatra sulla base dell'osservazione del comportamento del bambino in situazioni specifiche. Sulla base delle risposte può essere fatta una stima del livello di rischio: alto o lieve rischio di autismo, rischio per altri problemi di sviluppo. La CHAT è stata successivamente modificata e ampliata da Robins, Fein, Barton e Green, nella M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers), un questionario che viene proposto ai genitori con 23 domande.

Sia la Chat che l'M-Chat prevedono l'osservazione dei modi con cui il bambino gioca, comunica e interagisce con gli altri. Tra i comportamenti "critici" che vanno osservati ci sono la presenza, a partire dai 18 mesi, del gioco di finzione, della capacità di indicare per fare delle richieste e per attirare l'attenzione dell'altro su qualcosa, e di quella di seguire l'indicazione dell'adulto. Questi strumenti e altri analoghi potrebbero essere compilati con la collaborazione dei genitori e delle educatrici dei nidi, come parte del percorso di valutazione del pediatra o dello specialista.

CONCLUSIONI

In conclusione, possiamo affermare che l'educatrice del Nido d'infanzia può avere un ruolo importante nella segnalazione di bambini a rischio evolutivo sul versante della comunicazione e della relazione. La possibilità di evidenziare comportamenti indicativi di un possibile rischio di autismo o di altri disturbi dello sviluppo psicologico pone l'educatore del Nido nella posizione di osservatore privilegiato, insieme al pediatra di libera scelta. Il Nido rappresenta uno dei primi contesti sociali in cui il bambino si trova ad interagire con altri coetanei o quasi coetanei e ciò può consentire l'emergere di difficoltà nelle aree della comunicazione e dell'interazione, difficili da rilevare in altri contesti.

La diffusione dell'informazione sull'autismo e gli altri Disturbi dello Spettro Autistico e delle conoscenze relative alle manifestazioni precoci di questi disturbi potranno favorire in futuro l'anticipazione dell'età di diagnosi e, conseguentemente, l'avvio di trattamenti precoci ed intensivi con esiti migliori.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

SULL'AUTISMO:

Greenspan S.I. e Wieder S. (2007). *Trattare l'autismo*, Milano: Cortina.

Rogers S., Dawson G. (2010). *Early Start Denver Model. Intervento precoce per l'autismo*. Torino: Omega.

SINPIA - Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (2005). *Linee guida per l'autismo. Diagnosi e interventi*. Trento: Erickson.

Società italiana di Pedagogia Speciale (2008). *Integrazione Scolastica degli alunni con disturbo dello spettro autistico. Documento di indirizzo*. Trento: Erickson.

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

SULLA PRIMA COMUNICAZIONE ADULTO/BAMBINO:

De Giorgi, L. (1995). *L'acquisizione del linguaggio come processo di interazione sociale*. Il Segnalibro: Torino

Molina, P. (2012), Progettare e sperimentare strumenti di lavoro per gli educatori. In B. Ongari (Ed.), *Prospettive di ricerca e spunti di formazione*. Erickson: Trento

Molina, P., Arati, L., Bulgarelli, D., Siena, C., Spinelli, S. (2008). L'utilizzo del questionario QCSP per la formazione degli educatori. in P. Molina (Ed.). *Infanzia e servizi nella ricerca educativa* (109-124). Bergamo: Junior

Stern, Daniel N. (1989). *Le prime relazioni sociali: il bambino e la madre*. Roma: Sovera Multimedia

SITOGRAFIA CONSIGLIATA

Azienda Sanitaria Locale CN1, *Autismo e Disturbi dello spettro autistico*.
<http://autismo.aslcn1.it>

Istituto Superiore di Sanità (2011). *Disturbi dello spettro autistico*.
<http://www.iss.it/auti/index.php?lang=1>

Istituto Superiore di Sanità (2011). *Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti*. Sistema Nazionale Linee Guida ISS.
http://www.snlg-iss.it/lgn_disturbi_spettro_autistico.

Regione Piemonte (2009), *Autismo e Disturbi pervasivi dello sviluppo*
http://www.regione.piemonte.it/sanita/program_sanita/dip_materno_inf/dwd/dps.pdf

Per informazioni, indirizzi e numeri di telefono dei servizi specialistici di Neuropsichiatria Infantile e Psicologia dello Sviluppo del Piemonte consultare il sito:

[HTTP://WWW.REGIONE.PIEMONTE.IT/SANITA/PROGRAM_SANITA/DIP_MATERNO_INF/ASSNEURO.HTM](http://www.regione.piemonte.it/sanita/program_sanita/dip_materno_inf/assneuro.htm)