

*Gli eserciti si schierano. Le alleanze si consolidano, i comandanti si mostrano sulle alture circondati da valenti strateghi. Mentre rimbano i tamburi sotto le mura m'intrufolo qua e là a controllare le armi per la tenzone...
Son queste che trovo spuntate.
Non spetterebbe a me dirlo. Il momento è inopportuno, il nemico è agguerrito, i soldati fremono inquieti. I generali in rassegna sferzano i guerrieri che si mostrano pronti...
"Un sano ottimismo lo posso capire ma il trionfalismo dei capi, no."
Faccio il fabbro. Appartengo a questo esercito mio malgrado. Decido per mestiere cosa effettivamente taglia, regge o è spuntato. A volte mi limito a una limatura. Altre volte non basta nemmeno il martello per raddrizzare la cattiva fattura, la ruggine si camuffa, ricompare. Accendete la fornace...C'è un esercito intero, armato d'insensatezza, pronto a crollare.*

da Diari dalle Guerre Sante. - I Crociata - Ciullo d'Acquanera (1255).

A proposito di libri. Ho visto recentemente a Bologna, durante un convegno, alcune insegnanti che acquistavano il libro di Lucio Moderato; un bel pacchetto di oltre cinquecento pagine. Mi è venuto in mente che ne avevo elaborato una lettura critica a suo tempo ma l'avevo lasciata nel cassetto per rispetto ad un amico e perché avrei giurato che il testo aveva già in sé un meccanismo di decomposizione veloce. Visto che i volumi grossi attirano forse è il caso di scriverne.

Il Modello Superability, sottotitolo, *Un approccio globale alle disabilità intellettive, ai disturbi pervasivi dello sviluppo, e all'autismo*, di Lucio Moderato, per la collana *Psicologia Apprendimento Disabilità - Vannini Editoria Scientifica*. (65.00 €)

Si dice che la professione del CRITICO sia confortevole.

Si rischia poco. Si danno giudizi (comunque opinabili) sul lavoro di altri, stando comodamente seduti ad una scrivania, senza dover dimostrare nulla. È anche vero che le recensioni sono uno spasso da scrivere e da leggere specie se negative, ma a tutelare l'autore, l'esperto di turno nel nostro caso, vige il detto che *"anche l'opera più mediocre ha un suo valore, una sua anima"* sempre migliore del giudizio che riceve.

C'è critico e critico. C'è chi giudica dal punto di vista estetico, chi analizza la coerenza tra contenuto e propositi, chi invece giudica in modo utilitaristico per evitare ad altri di smarrirsi, di perder tempo prezioso. C'è poi chi, come me, oltre a conoscere personalmente l'autore (e pertanto quasi obbligato a gratificarne l'opera, avendo avuto l'onore di saggiarla tra i primi proprio per apprezzarne l'intento) vorrebbe scoprire, indicare e difendere, tra il *mare magnum* del pubblicato, le opere di valore.

Il testo che vi sto per riassumere e commentare certo vorrebbe prospettare novità assolute. Vi anticipo che purtroppo per molti versi risulta datato. Il detto, "*Grandi soluzioni possono celarsi in chiunque*", non sembra proprio avverarsi in questo caso. Il nuovo che illumina o che rivoluziona è ancora altrove.

Sono comunque convinto che l'autore riconoscerà l'onestà intellettuale con cui lo si misura non come uomo e professionista validissimi ma come teorico di abilitazione. Non siamo qui per apprezzare romanzieri ma per risolvere urgentemente un problema enorme e sfiancante, l'autismo dei nostri figli. Una cosa gli riconosco. Sa prendersi cura dei gravi e ottiene da loro attenzione e partecipazione. Questo traguardo rispetto al nulla di abilitativo a cui sono abbandonati pressoché ovunque, è, grazie a lui, un avanzamento impensabile ma raggiunto. Un avanzamento che però non soddisfa in pieno. Cercare di più è obbligo. Si legge, valuta e scrive per capire... per insegnare a dubitare di tutto. Lo scopo è perseguire e pretendere la soluzione dell'autismo. Non possiamo semplicemente rinnovare alleanze con operatori ed esperti per spirito di sopravvivenza, di unità, fratellanza. Questa assertività ostinata, accontentandosi di quanto passa il convento, non ha prodotto granché. Tutti sono convinti che restare positivi porterà piano piano a risolvere limiti e difficoltà educative, diffondendo uno schema condiviso ed entusiasmante dove non si pratica... ma dopo trent'anni di belle parole, incontri e punteggi ECM non vedo niente di interessante che riguardi propriamente gli autistici. Restare tra i pochi che indicano costantemente quanto il re sia nudo rende giustizia alla continua ingiustizia che abbiamo sotto gli occhi. Chiamiamoci fuori dalle mura della Città Santa dell'Autismo. Lì si celebrano riti e si stringono sempre più strette intese formali mentre i nostri figli restano esclusi dal tempio, in cellette ben strutturate per accoglierli autistici e mantenerli tali a vita... mentre il tempio continua ad ingigantire e ad impreziosirsi di parate e chierici acclamanti i vecchi celebranti e nuove strutture-bruttare. Ci consiglino morigeratezza ma il pianto in gola

impedisce di declamare penitenze e scuse per tornare ad appartenere a un mondo che non ha mai aiutato i nostri figli a sconfiggere le loro difficoltà infinite. Rifiutare quel mondo in ogni sua forma e rappresentante e questo perché, fatto questo, si riesce ad intravedere come non averne bisogno.

Tiziano Gabrielli

Nel 2008 esce, di **Lucio Moderato**, *Il Modello Superability*, sottotitolo, *Un approccio globale alle disabilità intellettive, ai disturbi pervasivi dello sviluppo e all'autismo*, per la collana *Psicologia Apprendimento Disabilità - Vannini Editoria Scientifica*. (65.00 €)

Il testo di 508 pagine è diviso in tre parti.

La prima teorica, puntualizza concetti definiti essenziali.

La seconda descrive genericamente, *Modalità Operative*.

La terza, *Strumenti di lavoro*.

Segue un *Allegato* con protocolli operativi per migliorare il modello proposto (*all'interno di strutture abilitative*, si precisa) (ndr. ???).

L'autore ha la competenza e il diritto di appartenere al ristretto gruppo di conosciuti "abilitatori" italiani. Ci ha messo il naso nell'abilitazione e la faccia. La sua umanità, la sua professionalità trova la miglior espressione nei casi più gravi, nelle situazioni limite. Questa speciale esperienza abilitativa (formazione Teacch) trova respiro e ragionevolezza "misurabili" nei suoi libri e in questo, sunto di una vita di studi e miglioramenti, sperimentazione e ricerca, li trova a partire dal **CAPITOLO 6**, mentre nei capitoli introduttivi incentrati sulla base teorica, per com'è trattata, non ci sembra possibile ritrovare un pensiero organizzato e significativo.

Le spiegazioni, pur con qualche intuizione fra le righe, restano di tipo tradizionale oppure irrisolte. Di conseguenza la validità del libro potrebbe prendere più corpo nella dimensione pragmatica, abilitativa della seconda parte. Purtroppo l'intento di rendere tutto "misurabile" riduce il progetto pragmatico a un profilo eccessivamente ingombrante e rigido. Analizzeremo il contenuto con precisione per entrambe le parti.

Il testo inizia con una breve **PRESENTAZIONE** in cui si tenta di spiegare il *Modello Superability (MS)*, con qualche contraddizione (pag 13; ...il *Modello* si adatta a tutto, al contrario della *tecnica* che *si applica e funziona solo in certe situazioni*... E poco dopo, ...**il Modello Superability è una tecnica abilitativa**...). Dovrebbe l'autore decidersi. O è tecnica ed indicare le situazioni specifiche in cui funziona, oppure, per contro, spiegare perché il suo MS non è tecnica ma "modello" appunto (come dice il titolo) e dunque si applica a tutto.

L'**INTRODUZIONE** s'impegna in una suggestiva descrizione del termine **disabilità** (...si nasce *tutti totalmente disabili*, si acquisiscono molte e diverse abilità nella vita, alcune delle quali si perdono quando si diventa anziani, aggravando in questo modo la iniziale disabilità). Lettura pregevole. Purtroppo contraddetta un istante prima, dove si afferma l'esatto contrario: "*handicappati*" non si nasce, si diventa (?). Forse anticipava il concetto dello scaturire di limiti con l'invecchiamento oppure i due termini (disabilità - handicap) non sono considerati sinonimi; oppure ancora il termine *handicap* è riferito all'esito da

manca di abilitazione... ma nessuna di queste ipotesi viene confermata. Si nasce disabili e non si nasce handicappati.

Anche le interpretazioni generali della *disabilità intellettiva*, permangono confuse nel testo. Le etichette *Ritardo intellettivo* e *Disabilità intellettiva*, sono certamente ben comprese nelle loro specificità dall'autore, ma succede che tale distinzione venga palesemente meno in molte esemplificazioni testuali. Ad esempio, le anticipazioni del *target abilitativo*, che poco hanno a che fare con i *Disturbi pervasivi dello sviluppo* (DPS) e molto con il *Ritardo mentale* (RM), evidenziano una tipica lentezza nell'apprendere. Proprio per poter utilizzare la sua proposta abilitativa espressa in MS anche alle persone con DPS, Moderato usa un contenitore più ampio che oltre alla sindrome autistica e similari, contenga altre situazioni che si accompagnano con RM. Il contenitore comune diventa la *disabilità intellettiva*. Per i DPS si torna nella contraddizione di Totò del "*non lo nacqui ma lo diventai*" a pag. 17. ...*la lesione cerebrale, non ha distrutto abilità, idee, processi logici, strutture mentali... ma semplicemente ritardato la "naturale" acquisizione delle stesse.*

Argomento questo poco illuminato e illuminante che, nella confusione con cui si risolve, sottende l'idea che nei Disturbi dello Spettro Autistico (al pari di altri danni cerebrali) sotto sotto, dentro, nel profondo, ci sia una psiche funzionante, un tutto nella norma, da esprimere, recettivo ed espressivo, razionale e interessante che si forma o viene a galla naturalmente anche se in modo assai lento e impreciso. Questo retaggio interpretativo, secondo noi critici, affonda l'autismo (che non riconosce un danno cerebrale specifico) nella sua stessa definizione psico-introiettiva o di blocco psicodinamico-psicoanalitico da cui da anni tenta un affrancamento, ovvero lo affonda in una psiche balbettante ma normale a cui la sindrome semplicemente impedisce l'espressione.

L'Autismo, quintessenza della straniatura, del rifiuto di relazione, comunicazione e del ritardo evolutivo psico intellettivo, sembra potersi risolvere, nella visione di Moderato, in una semplice abilitazione "accelerante" fenomeni psichici già sotto traccia ma lenti. Questa personalissima idea generale è ripresa di seguito nel testo ma per essere, anziché spiegata, confutata. Avremmo pertanto preferito maggiore coerenza o chiarezza espositiva ed interpretativa delle evidenti contraddizioni, specie in parti di libro che di solito si leggono sempre, quelle iniziali.

Dovrebbe essere fondamentale inoltre, quando si parla di *disabilità intellettive*, fare un'attenta differenziazione, in particolare se si includono in questa etichetta o contenitore, i Disturbi Generalizzati dello Sviluppo (DGS). Ogni assembramento in contenitori unici è rischioso perché vige l'opinione che il ritardo intellettivo (RM) sia morbosità a parte con una propria individualità nosografica e clinica, ed eventualmente associata, ovvero sovrapposta al Disturbo Autistico. Alcuni studi inoltre evidenzerebbero che la gravità dell'autismo condiziona al peggio penetranza ed espressione del RM evidenziando che quest'ultimo possa esserne direttamente influenzato (si arriverà a pensare che possa essere una diretta conseguenza? RM che nel caso dei DPS avrebbe quindi una sua specificità).

Altra affermazione contenuta nella prima parte di MS e coerente all'uso di un unico contenitore, alias *disabilità intellettiva*, ma purtroppo ancora poco chiara, è: "*l'unica differenza tra tipicità e disabilità è il più lungo tempo di apprendimento*".

Ci viene detto con ciò che le persone disabili intellettivamente, sia per Ritardo Intellettivo (Mentale RM), che con Autismo (che diventano sottogruppi della Disabilità Intellettiva),

rispetto ai "normodotati", avrebbero bisogno di "più tempo per apprendere".

Crediamo criticamente che la maniera di apprendere dei disabili intellettivi sia molto diversa da quella dei normodotati. Siamo convinti, a differenza di Moderato, che ci siano grandi differenze nel *modo di funzionare mentalmente*; differenze evidenti rispetto ai tipici ma anche tra le varie disabilità intellettive.

Confondere Disabilità Intellettiva (in cui possiamo includere molte situazioni diverse) con Ritardo Intellettivo (RM) è già grossolano. In talune condizioni di disabilità intellettiva infatti (DPS per esempio), una volta conosciute e sfruttate adeguatamente le *modalità di funzionamento* tipico, l'accelerazione temporale degli *apprendimenti* potrebbe divenire pressoché pari alla normodotazione.

L'Autore torna a spiegarci che per i disabili intellettivi, l'appreso (l'apprendibile) resta *minore in quantità e qualità*, per più ragioni:

- scarsa *capacità attentiva*,
- scarsa durata di questa.
- *minor modulabilità* rispetto agli eventi e
- *carente o assente elaborazione astratta-speculativa* del significato e delle implicazioni dell'esperienze fatte e delle abilità apprese.

Poi l'autore si ripropone in questa strana ipotesi: ciò che differenzia normalità e disabilità intellettiva è il *rallentamento del tempo di apprendimento*.

Questa base teorica non sufficientemente argomentata per essere sostenibile e accolta, serve all'autore per introdurre l'analisi delle *variabili ambientali* e delle *modalità d'insegnamento*, la cui modulazione sarebbe, secondo Moderato, capace di modificare i *tempi di apprendimento* (e qui introduce il concetto di *ripetitività- riproposizione dell'esercizio*. – a pag. 17. ... *per affermare che è proprio la necessità di ripetizione che determina la differenza tra un soggetto con disabilità intellettiva e un soggetto a sviluppo tipico...*). Moderato risolve la lentezza di apprendimento con la ripetitività?

Non siamo di fronte ad un avanzamento abilitativo. Nuove tecniche di apprendimento o di potenziamento della memoria. Siamo nell'unificazione di tutto. Siamo nell'antico testamento abilitativo: la ripetizione come leva che solleva la disabilità.

Resta poco o per nulla credibile che la *ripetitività* sia obbligatoriamente elemento essenziale per l'apprendimento per il disabile intellettivo, anche se caratteristica assai comune nelle pratiche abilitative più diffuse.

Probabilmente se nella pratica abilitativa riuscissimo ad ottenere per ogni singolo stimolo/ proposta da insegnare-apprendere, sufficiente attentività, chiarezza, pertinenza contestuale e potenza dello stimolo (piacere), rispettando adeguatezza e contestualità degli item da svolgere, coerentemente commisurati al livello già raggiunto dal caso, il successo nell'apprendere sarebbe garantito. I tempi di apprendimento (e la ritenzione dell'informazione) potrebbero (crediamo) accelerare ma... avvicinarsi alla normodotazione? Siamo infatti convinti che altre discriminanti e fattori, oltre quelli presentati da Moderato, influenzino (oltre alla ripetitività) e intervengano obbligatoriamente nell'apprendimento e nella ritenzione delle nozioni apprese (memoria). E' pur vero che come afferma Moderato c'è un *rallentamento nell'apprendere* ma crediamo

che oltre al cattivo funzionamento del sistema mente ci sia anche un limite tecnico. Come abbiamo visto: attentività, ottenuta e mantenuta, chiarezza di proposta, richiesta commisurata, successo, vantaggio, piacere...sono connotati della proposta, per raggiungere i quali si rende necessario impiegare più tempo non tanto nell'insegnamento vero e proprio (seppure anch'esso ingessato dalle dette necessità) ma nella sua preparazione. Il che rallenta. NON "ritarda" la mente ma l'apprendere (forse). Quello che è sicuro è che rende semplicemente più complesso il lavoro da fare prima e durante. Complicazione pedagogica. Come siamo a capacità pedagogica generale? Risorse, strumenti, personale dedicato e competente... minimo. Aumentano i tempi a sfavore di quelli specifici dell'insegnamento stesso. È quindi colpa degli insegnanti e non della disabilità, l'eventuale ritardo dell'apprendimento.

Siamo anche convinti che *la ripetitività*, più che rendere efficaci gli interventi educativi (come afferma Moderato), risulti interessante in situazioni specifiche (stabilito che il target di MS siano i DPS) semplicemente perché compatibile e sovrapponibile al *funzionamento mentale patologico* o disfunzionamento dei DPS. Purtroppo la ripetitività oltre a costituire un attrezzo che si adatta bene a ciò che c'è, è contemporaneamente UN LIMITE. Può essere usata vantaggiosamente per avviare apprendimenti (routine ad esempio) perché rispecchia e sfrutta il modo di disfunzionare autistici e, pertanto, è accettata dalla persona con queste caratteristiche, ma resta strumento povero per capire e apprendere, o addirittura possibile ulteriore meccanismo di RM anziché di apprendimento consapevole.

Nei DPS la ripetitività non antagonizza il disfunzionamento e quindi contrasta l'intervento abilitativo da effettuare che dovrebbe mirare all'affrancamento dal disfunzionamento.

Nel nostro ragionamento oltretutto, contrariamente a quanto fa Moderato, si evidenziano più dimensioni abilitative. Da una parte le competenze intellettive e della vita comune e dall'altra il disfunzionamento di base della sd. Moderato non le distingue, le unifica in un sol problema, affrontandolo con un solo strumento, la ripetitività. A ben vedere invece la dimensione cognitivo-intellettuale (di cui si parla nella stragrande maggioranza dei testi e anche in questo) e il disfunzionamento tipico delle disabilità in esame (DPS) sono due cose diverse. Ci si concentra sul RM e si dimentica il disfunzionamento tipico, dimensione quest'ultima mai affrontata in modo sistematico ma solo in emergenza quando questa assume aspetti gravi ed intollerabili. Passi che il dis-dunzionamento sia trascurato nell'andamento quotidiano. Nemmeno la tradizione abilitativa distingue le due dimensioni abilitative ma afferma che risolvendo la prima automaticamente si migliora la seconda. Si vuol credere che gli strumenti intellettivi estinguano le modalità problematiche. Il ragionamento è "insegno competenze e dò una alternativa alla comunicazione inespressa, alla volontà nascosta, contenuta nei CP." Purtroppo questo non è assolutamente vero. Abbiamo migliaia di autistici molto intelligenti e verbali ma comunque gravissimi. Le due dimensioni non sono la stessa cosa.

Moderato resta nella tradizione abilitativa e continua ad occuparsi di RM suo *primum movens* in rispetto alla sua esperienza. La sua proposta abilitativa non prova ad andare oltre ma si estende a nuove categorie di problematiche. In altre parole l'INTERVENTO ABILITATIVO TRADIZIONALE (di cui peraltro non si discute la validità sino a nuova proposta) si preoccupa primariamente di "ATTIVARE IL PENSIERO" senza contrastare le

tipiche modalità di disfunzionare della sd, modalità che deprimono le conquiste della mente fino ad impedirne l'uso funzionale.

Cosa dice la tradizione? La proposta o stimolo vengono somministrati sino a memorizzazione dello scambio, richiesta/risposta in attesa che maturi qualcos'altro. In abilitazione questo "altro" resta poco chiaro (*cuspidi* di GREER) e a comparsa autonoma. Noi invece crediamo tutto vada sapientemente abilitato. Torniamo alla modalità di somministrazione reiterata di Moderato, reiterata sino a che *l'out put* risulti coerente.

Modalità che abbiamo detto aderisce (al) e perpetua perennemente il funzionamento patologico di questi soggetti, schiacciati dal disfunzionamento nella *ripetitività*, nella routine, nelle adesività, nei controlli ambientali per la non flessibilità, e che memorizzano sì quanto insegnati in modo ripetitivo ma nello stesso identico modo con cui memorizzano ciò che occasionalmente si ripete più volte nella loro vita. Memorizzano ogni insegnamento e persino le sue generalizzazioni, secondo lo stesso meccanismo patologico di funzionare e performare con cui la sd si esprime: la ripetizione. Il rischio è che anche l'appreso resti infine non funzionale. Questo limite non è rilevato nel testo. Moderato lascia intuire che il pensiero, la consapevolezza del gesto, verrebbero dopo... ma questa qualità essenziale, durante la procedura curriculare di memorizzazione (ripetitività) è richiesta, se richiesta, ad un livello minimo. Ciò che prevale è la memorizzazione del gesto in risposta alla richiesta o allo stimolo, visto come competenza conclusa.

È pure vero che casi gravissimi, abbandonati al loro disfunzionamento per anni, che riescono con tale modalità ad acquisire competenze sono già una conquista meravigliosa, indipendentemente dalla qualità di quanto espresso. Questo è il terreno fertile e rispettabilissimo di Moderato. Ribadiamo che secondo noi la modalità di insegnamento "ripetizione" può essere un *escamotage* utile (nei casi gravissimi e persino negli altri ma solo inizialmente... per ottenere stabilità, competenze routinarie, accesso ad un'attentività altrimenti episodica e sfuggente. Utilizzabile in esordio abilitativo, certamente ma solo finché non si individuerà una nuova strategia abilitativa altrettanto efficace.

La ripetitività ha in sé il concetto di procedura (schema ripetitivo che si segue come sequenza memorizzata). Il rischio è che questi pazienti imparino pertanto "procedure" senza comprenderne in pieno o dominarne il senso (esecuzione vuota per reclutamento mnemonico della procedura). D'altra parte la memoria procedurale (il tipo di memoria che si impara ad es. quando si va in bicicletta; competenza questa che una volta appresa non si dimentica più, anche se non si pratica) è una dimensione di "memoria" che come altre forme di questa (memoria a breve e lungo termine, spaziale ecc.) sembra conservata nelle persone con autismo. Abbiamo un problema abilitativo in meno ma resta molto altro da risolvere.

Anche il concetto "*sono tutti diversi*" più volte proposto nel testo (pag. 16-22) è l'estremizzazione di una medicina psichiatrica obbligatoriamente descrittiva che, costretta a misurarsi con la sola sintomatologia, più che con la specificità di danno o di meccanismo causale e patologico in gran parte sconosciuti, si concentra su quanto riferito al paziente che diventa specificità come *ansia, angoscia, rabbia, sensazione di minaccia, eccessiva generosità, paure, allucinazioni...* estrapolando "genericità negative" da personalità complesse commiste di normalità e possibile patologia, suddividendo il quadro e il trattamento in

nuclei diversi.

Nel caso delle persone con DPS si assiste ad un doppio inganno.

Da una parte si abbandona il criterio inclusivo, sì clinico ma che da ristretto a *relazione e comportamento* (entrambi con tipicizzazioni precise), sposta l'attenzione su una molteplicità dei sintomi, perdendo di vista i criteri fondanti. Entra di tutto nell'indagine, come in psichiatria.

Il secondo imbroglio è che si curano come psichiatrici e si educano come ritardati. Hanno individualmente poche competenze e qualche sintomo psichiatrico.

Il disfunzionamento autistico o disfunzionamento di sistema, comune, trasversale, ricorrente, tipico della sd. è altra cosa. Esso viene considerato come inamovibile, inaffrontabile, irrisolvibile. La psichiatria tradizionale che non si occupa del ritardo mentale, dell'alienato mentale, non riconosce il disturbo di sistema (il disfunzionare) ma interviene esclusivamente su alcuni sintomi ideativo comportamentali e solo quando oltremodo "negativi" ma questa volta, la descrizione dei sintomi la fa l'osservatore e pressoché mai il protagonista, nemmeno negli asperger. Curioso no?

Purtroppo, la mancanza di dati organici o funzionali più specifici (per questo si parla di sindromi), permette, una volta inclusi in una diagnosi, di considerare i sintomi come entità singole (nucleari) e raramente si mantiene una visione d'insieme omogenea e coerente ai criteri inclusivi. Anziché concentrare l'attenzione su ciò che accomuna si tende a produrre una infinita diversificazione di casi e soluzioni possibili.

Il disfunzionamento nel suo meccanismo generale scompare nell'inclusione diagnostica e diventa parte integrante della personalità dell'individuo certificato che si differenzia per nuclei sintomatici individuali, bersaglio di terapia o trattamento occasionale, mai continuo. Le molteplici manifestazioni possibili vanno trattate solo se superano un livello soglia: la tolleranza decisa dall'osservatore ambiente per ambiente, situazione per situazione. Si cura il singolo sintomo solo estemporaneamente quando disturba oltre un certo limite e finché si manterrà oltre un certo limite, sotto il quale cessa di avere importanza e non ottiene più attenzione.

C'è il disfunzionamento ed è un dato di fatto inalienabile. Senza soluzione. Il difetto resta anche a fine abilitazione.

Ci si occupa delle competenze. Pedagogia. Non sono un problema medico. I medici non torneranno ad intervenire fino a quando il problema non diventerà psichiatrico. La tendenza a moltiplicare le distinzioni nell'individualità del caso (autismi) e a distinguere sottogruppi secondo i criteri più vari, travalica la lettura complessiva e la cautela della medicina classica causando complicazioni nosografiche, diagnostiche e terapeutiche sempre più difficili da calmierare. Spalava il portone all'approccio farmacologico psichiatrico.

Tornando alla pedagogia speciale, non si comprende come sia invincibile l'idea, nelle difficoltà e nel ritardo intellettivo, che l'individualizzazione terapeutica (nello specifico educativa), implichi un approccio unico e specifico per ogni caso mentre questo è del tutto inverosimile. La scuola non fa un percorso formativo diverso per ogni singolo alunno. Nè esistono insegnamenti condivisi da adattare su ciascuno. Le equazioni di primo grado sono così qui come in Australia. L'incongruo espresso nella disabilità intellettiva vale

usando anche per altre forme morbose, ad esempio il *diabete*, che certo non ha a che fare con la psicologia e psicopatologia dell'individuo pensante, ma ha la sua costellazione variabilissima di sintomi, durata e gravità, tanto da rendere i casi diversissimi tra loro, senza che questo rilievo prenda la valenza assoluta che nel nostro caso prende. Anche nel diabete la terapia è individualizzata seppure assolutamente comune e universale per prescrizioni e farmaci usati. Poco senso ha la solita distinzione tra malattia e sindrome quando pressoché tutti i casi di DPS, indipendentemente dalla terapia individuale che hanno ricevuto, nel loro esito risultano infine sovrapponibili per non raggiunta autonomia o mancato recupero o compenso nell'età adulta.

Il "sono tutti diversi" (pertanto assurdo e persino controproducente per assicurare un'attendibilità di approccio medico/di-abilitativo universalmente condivisibile), sarebbe concetto da abbandonare. Il rischio è LA CREDIBILITÀ CHE POSSA DAVVERO ESISTERE UN APPROCCIO ABILITATIVO SPECIFICO PER CIASCUN CASO.

E ancora meno accettabile, secondo noi critici a differenza dell'autore, è che la *Medicina* e la Sanità possano o debbano limitarsi a svolgere un ruolo profilattico (?????) e diagnostico, nonché di organizzazione sanitaria.

Non siamo d'accordo perché, proprio per tale deroga di competenza (la ri-abilitazione non era dimensione squisitamente medica?), si assolve arbitrariamente da responsabilità terapeutiche la categoria medica, depotenziandone significato e ruolo.

Non si comprende nemmeno perché, la puntuale e condivisibile spiegazione di un più corretto uso del termine *abilitazione*, anziché *riabilitazione* (e per traslazione, *educazione a ri-educazione*), per quanto riguarda le disabilità intellettive, fatto dall'autore, venga poi trascurata nella prosecuzione del testo di Moderato.

Il concetto di *GLOBALITÀ DEL MODELLO* (pag. 18-56) vorrebbe caratterizzare il contenuto del testo MS (*approccio globale* in sottotitolo) ma anziché trovare esposizione sensata, si esaurisce nel *comprendere diverse aree di intervento* e nell'utilizzare le *principali metodologie d'insegnamento* (*Teacch - ABA*). L'autore lascia solo intuire altre implicazioni interessanti di questo aggettivo (pag. 59) ma non le spiega coerentemente.

Il termine *globalità*, invero di grande valore semantico, resta vuoto e giustapposto senza una base teorica convincente. Colloquiando con noi, contrappone *globalità* (delle competenze come insieme) alla ricorrente *segmentazione* di esse, connotando di limitatezza certi interventi abilitativi preordinati. Anche questa spiegazione non ci accontenta, perché lo stesso definire le *abilità-comportamenti meta*, si presta comunque sempre ad una *segmentazione* abilitativa. Per quanto attiene alla sua critica della *segmentazione*, non si comprende oltretutto perché poi proponga un metodo (MS) fondato sull'algoritmo delle attività, ovvero sulla loro *segmentazione* per eccellenza.

Globale significa per noi critici che l'intervento dovrebbe assicurare al paziente un compenso/affrancamento complessivo che riguardi il disfunzionare, il comprendere, le capacità esecutive, il piacere di relazionarsi e sperimentare pianificando e apprendendo in sempre maggior autonomia. Un risultato armonioso finale. Comunque armonioso che riguardi ogni possibile sistema funzionale.

Si corre invece il rischio che anche questo modello (MS) si limiti ad un castello più o meno grande di abilità cognitive e comportamentali (anche se coerenti e utili) inficiabili però dal disfunzionamento... al punto di non produrre vantaggio per nessuno dopo tanto specifico lavoro. L'intervento tradizionale privilegia dunque le competenze intellettive, compartimentando ed eleggendo alcune abilità, quelle essenziali e utili, come mete da raggiungere e fissare. Questo approccio, diciamo noi, non è più così interessante (peraltro anche in questo testo a pag. 59, appaiono sommarie intuizioni di questo concetto) perché l'abilitazione dovrebbe concentrarsi soprattutto sull'avviare capacità complesse che fluidifichino e autonomizzino partecipazione e apprendimento.

Dovrebbe diventare essenziale ASSOCIARE all'insegnamento di strumenti generali di conoscenza (le attuali evoluzioni in campo abilitativo insegnano attentività, discriminazione, riconoscimento, imitazione, espressione, ecc -, mediante l'uso di molteplici attività per le quali non è necessariamente richiesto una partecipazione in consapevolezza - *insegno qualcosa di pratico o di cognitivo finché quel qualcosa è stato appreso* - poi attendo sua elaborazione è il comparire di "cuspidi" o competenze complesse che scaturiscono spontaneamente, occasionalmente), *UNA ABILITAZIONE DEL DIFETTO NEL FUNZIONAMENTO MENTALE*. Non dovrebbe interessare più che il soggetto sappia *allacciarsi la scarpa* o che *riconosca il rombo*, come prodotto di una attività da insegnare dall'inizio alla fine, secondo una metodologia, ma che:

- 1) offra una attentività pronta e condivisa; che sappia la persona stessa coinvolgerci, interferire e comunicare; che sappia imitarci spontaneamente impegnandosi in ciò che facciamo; che avvii un suo modo di occupare se stesso in attività di apprendimento in autonomia; che sappia divertirsi in adeguatezza senza bisogno di controlli; che conceda il controllo ambientale a chi gli si propone per condividere esperienze e relazione; che diventi flessibile stimolo e pronto ad ogni evenienza, che sappia attendere e offrire il suo aiuto a chiunque. Queste "cuspidi" sono oggetto di insegnamento (ABA) ma pur restando "materia da apprendere" (in quanto mancante) debbono uscire da schemi didattici già sperimentati (strutturati e incidentali) e spostarsi in una dimensione nuova, ragionata, consapevole, profondamente spontanea e autodeterminata. Bisogna uscire definitivamente da schematismi di somministrazione e procedure esecutive mnemoniche... a cui ci si continua ad affidare.
- 2) si occupi del disfunzionamento sempre. Che lo riconosca, lo distingua, lo contrasti attivamente. Che lo contenga al punto da autogestirlo a piacere, affrancandosene.

ovvero che ogni "autistico" riesca infine a pensare in proprio a ciò che gli stiamo chiedendo, anche se non sa cosa rispondere o cosa fare esattamente...

INSEGNARE A PENSARE È CIÒ CHE CI INTERESSA. Useremo tutto per farlo. Qualsiasi abilità, *item, curricula, programma, tecnica e metodo scritto e soprattutto da scrivere*, si renda utile, secondo i contesti. Con questi scopi e in questo modo intervento diventa **GLOBALE** perché libera l'individuo nella sua globalità, attraverso mille attività e attivazioni per e attraverso apprendimenti diversione un compenso armonioso è adeguato. *La pesca non è più con l'amo ma con la rete. Si pesca tutto, anche il poco buono, anche*

se un po' di pesce scappa. Lo scopo è insegnare a pescare.

Purtroppo l'autore, che sappiamo non distante dalle più moderne interpretazioni, rimane in MS ancora fortemente condizionato dalla sua formazione e dalla necessità di non scavalcare nessuno. Infatti non riesce a liberarsi dal concetto di "abilità-comportamento, meta" che sembra caratterizzare la sua operatività (pag.73) e che lo condiziona ovunque, anche nella dimensione teoretica. Noi continueremo a dire che: L'abilità non risolve. Nè condiziona al meglio o più di tanto il contrasto, l'affrancamento dal dis-funzionamento. C'è bisogno di una abilitazione specifica che si occupi di questo, estesa perciò anche a questa specifica dimensione.

Stessa influenza limitante ha per lui l'Analisi Funzionale e il rapporto tra comportamento/ambiente.

Interessante nel *I CAPITOLO* la troppo breve disamina storica sulle disabilità. Propone una sintesi delle intuizioni di Edoardo Séguin (1866) un allievo del dottor Itard (ndr. *Il ragazzo selvaggio*), di cui enfatizza modernità e intuito "...per insegnare ad un idiota, un educatore deve possedere un metodo che prenda le mosse da quello che il bambino ha già appreso e sia finalizzato alla possibilità, per quanto piccola, di portarlo a sapere quanto gli sarà possibile imparare." Il MS di insegnamento si occupa "su una buona diagnosi, in modo da poter scegliere, caso per caso, adeguati strumenti educativi". L'autore evidenzia pertanto l'arretratezza del progresso pedagogico attuale.

Conclude operativamente, contro i pregiudizi diffusi, citando Ingalls (1978) che enfatizzò l'opportunità di intervenire con *alte aspettative*. Mentre il concetto abilitativo forse più interessante è quello di "coltivare nei propri figli il *desiderio di apprendere* stimolandoli al meglio".

L'autore anticipa in questo capitolo, all'ombra di grandi del passato, il costrutto teorico del suo testo, GLI EFFETTI DELL'AMBIENTE SUL COMPORTAMENTO E VICEVERSA. Se la validità dell'affermazione sarebbe riassumibile nella frase *L'ABILITAZIONE È PROPORZIONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI STIMOLI NELL'UNITÀ DI TEMPO*, l'autore invece sembra più preoccupato ad enfatizzare il valore di *ANTECEDENTI, COMPORTAMENTI, CONSEGUENZE, SITUAZIONI...* (che tratterà a pag. 56) peraltro usuali strumenti delle tecniche abilitative più conosciute. Conferma, nel frattempo, il primato degli interventi educativi e abilitativi (pag. 30), *prodotti e/o mantenuti dall'ambiente circostante (si torna al Teacch)*.

Definisce l'INTELLIGENZA come, abilità utile all'adattamento di ogni individuo alle più diverse situazioni ambientali e il RITARDO MENTALE come incapacità di comportamenti adattivi.

Abbiamo dunque più definizione che si intersecano tra loro.

L'abilitazione cognitiva diventa per lui, presupposto per un ottimale interazione e capacità sociale.

È ancora: *intelligenza come capacità adattiva all'ambiente e alle sue proposte. In tale ottica, si eviterebbe, secondo l'autore, di mettere in relazione diretta, univoca ed irreversibile, il deficit biologico o la carenza organica causale, con l'origine delle disabilità comportamentali.* Anche questo concetto resta confuso.

Poca chiarezza viene mantenuta nell'argomentare di *sviluppo psicologico* e *disabilità* rapportate agli *interventi abitativi/educativi*. Gli spunti individuati, più che chiarire l'argomento, sono usati per giustificare l'approccio di tipo comportamentale-ambientale, enfatizzando l'efficacia degli stimoli che precedono il comportamento e le variazioni di questo al variare delle conseguenze ambientali.

Tutto sembra ruotare intorno alle competenze adattive e all'ambiente nel suo divenire. (pag. 36) "*SCOPO DELLA RIEDUCAZIONE È, PERTANTO QUELLO DI FORNIRE IL NUMERO MAGGIORE DI ABILITÀ (COGNITIVE/ADATTIVE) POSSIBILE, PER DIMINUIRE CONTEMPORANEAMENTE LO STATO DI DISABILITÀ.*"

L'intelligenza di una persona con ritardo mentale diventa per l'autore il *risultato/prodotto delle operazioni educative/abitative compiute su di lei* (pag. 38). Anche qui l'autore mostra il fianco di un approccio abilitativo desueto. Il protagonista (il pz) resta in un ruolo passivo, di recettore da riempire.

Le modalità di apprendimento sono descritte secondo tre parametri principali: *ritmo di apprendimento, interazione ambientali, capacità di ritenzione in rapporto alla stimolazione.*

Si ribadisce il concetto che *il risultato dell'apprendimento non differisce tra persone normodotate e con disabilità. In altre parole entrambe le persone utilizzano la competenza appresa allo stesso modo. Ciò che cambia è il TEMPO NECESSARIO PER L'APPRENDIMENTO.*

A noi sembra che questo concetto non sia pertinente alla disabilità intellettiva e tanto meno autistica. Per le ragioni dette sopra non è un mero problema di ritmo di apprendimenti. Nè, una volta posseduti, è identico l'uso funzionale che ne viene fatto o il modo. Conseguentemente anche il risultato ritentivo, di elaborazione, integrazione, implementazione, speculazione oggettiva, intorno a quanto appreso è radicalmente diverso. Spunto di ulteriore differenziazione forte tra le due situazioni, (e più che *capacità ritentiva* preferiremmo si usasse *consolidarsi delle competenze apprese*) il differente comportamento nel tempo di competenze (a seconda del tipo di competenze) e dunque la *non stazionarietà dello stato raggiunto*, conseguente all'interruzione dell'intervento abitativo tradizionale o al vuoto propositivo a cui non si accompagna un utilizzo costante ed adeguato di quanto appreso, figurarsi una implementazione. Sino ad oggi interruzione dell'abilitazione e prolungata cessione in autonomia di gestione producono regressione.

Nel *II CAPITOLO* si affronta il *Metodo Scientifico* e la *Programmazione individualizzata dell'intervento abilitativo/educativo*. Nel tentativo di dare scientificità a quanto proposto (modello replicabile) si parte dalla necessità di una *diagnosi* secondo criteri standard condivisi ed accurati (ICD-10 DSM-IV).

Secondo noi questo criterio non è sufficiente. La *diagnosi medica* dovrebbe prevedere un *assessment* completo, non solo neurologico ma sistemico ed inoltre dovrebbe essere previsto un esame psicologico-evolutivo con diretta valutazione del dis-funzionamento autistico. Sarebbe necessario in questa fase standardizzare anche le valutazioni da somministrare (test psicoevolutivi – intellettivi e del disfunzionamento nel suo divenire) ai pazienti, per formulare diagnosi iniziale e sue conferme nel tempo. Valutazioni iniziali, scadenziata e in progress dovrebbero essere tarate anche su ogni intervento.

L'autore invece sposta le *valutazioni* nella fase iniziale ovvero definizione delle strategie di intervento (educativo) e in una dimensione successiva squisitamente pedagogica (pag. 42 *per replicare un modello di intervento veramente efficace è necessario considerare i seguenti fattori:*

1. oggettività di quanto si osserva – strumenti di valutazione validati e certi –

2. valutazione di BASE LINE/follow up. e cita i test CAPIRE e SAPERE (ndr. scientificamente corretti ma certamente non universali).

3. La definizione di singole abilità, per una diagnosi basata sulle capacità funzionali del soggetto.

Questo approccio sarebbe sufficiente ad identificare oggettivamente i singoli obiettivi abitativi. Secondo l'autore, farebbe uscire dalla vaghezza l'identificazione dell'abilità necessarie alla riduzione della condizione di svantaggio e disabilità... (quale???) Gli operatori devono attivarsi per insegnare, attraverso idonee procedure, tutte le ABILITÀ che possono ridurre lo stato di svantaggio. In un PROGRAMMA ABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO non si parlerà più di autonomia personale ma bisognerà definire questa in termini operativi ponendo l'obiettivo "si insegna a infilarsi i vestiti, a togliersi le scarpe ecc."

4. replicabilità degli interventi in situazioni e tempi diversi, che l'autore suggerisce fondandola sulla necessità di verifica dei risultati e sull'intervento strutturato.

Queste quattro caratteristiche garantiscono (secondo l'autore) un "forte" (?) programma educativo/abilitativo individualizzato, un'efficace presa in carico globale (? ?), un intervento "competente", generalista, multimetodologico, multifattoriale, multidisciplinare, di estremo rigore scientifico, di assoluta replicabilità... Qualità queste essenziali per l'accreditamento... (ndr. Dimenticato nulla?).

Il legame tra educazione/abilitazione, integrazione e inclusione sociale viene confermato dall'autore. Anche il legame tra risorse e risultati viene enfatizzato. Si passa all'esempio di successi abitativi con MS.

Si delineano brevemente le basi fondanti dell'intervento abilitativo secondo il "comportamento operante". Indispensabili spiegazioni riguarderanno il III Capitolo. Il programma abilitativo individuale prevede competenze di autonomia personale, conoscenze cognitive di base, forme di comunicazione, competenze motorie... mentre, le classiche attività occupazionali permetteranno la generalizzazione di quanto appreso, fungendo da mezzo, non da fine ultimo delle competenze (ndr. intuizione meritevole di sviluppo).

L'autore conclude enfatizzando l'importanza di una continuità razionale ed operativa tra abilitazione e gestione espressa nel centro e fuori (rete di intenti e operatività), con speciale attenzione a quanto avviene in casa.

III CAPITOLO. Come abbiamo detto vengono qui spiegati con grande chiarezza e utilità concetti abilitativi come *rinforzo*, primario e secondario, positivo e negativo, come *prompting* (facilitazione); *chaining* (concatenamento); strumenti indispensabili per una buona operatività.

Affronta qui l'argomento Comportamento Problematico (ciò che osta il progetto). Purtroppo, in linea con l'interpretazione internazionale dei *comportamenti problema*, l'autore include in questo contenitore etichetta anche le *stereotipie* e propone per entrambi i tipi di comportamento (ostativo e stereotipie), l'*analisi e funzionale* (AF) che studia gli *antecedenti fisici ed ambientali* e le *conseguenze* di un comportamento emesso, per comprenderne il senso e, se necessario, modificarlo favorevolmente.

La farraginosità di quanto proposto non solo da Moderato a proposito dell'Analisi Funzionale, sta nelle contraddizioni. Vedremo.

Come già detto non solo Moderato mescola stereotipie e atti di evitamento (tra cui rispettivamente quelle ostative all'abilitazione e quelli alla convivenza).

Lucio usa una definizione utilitaristica di *stereotipia* (mentre secondo noi riguarda pensieri e atti ripetitivi MAI FUNZIONALI) con frasi come "*questi comportamenti hanno, in origine, una intrinseca ragione d'essere*" (e Moderato per spiegare fa un esempio biologico: *prurito = grattarsi*, che è manifestatamente una manovra funzionale e che quindi nulla avrebbe a che fare con le *stereotipie*. Secondo il suo ragionamento, un autistico si gratta originariamente perché ha prurito mentre quest'atto, quando diventa stereotipia, perde la sua funzione. Anche per lui dunque la stereotipia non è funzionale ma non riesce ad ammetterlo. Posticipa il rilievo. Saltellare, fare domande insaziabili, sbattere le mani in aria, annusare i piedi della gente per strada, resta originariamente funzionale(?). Lui come noi intende come *stereotipia* (il grattarsi) quando questo fare è vistosamente non (più) funzionale e conclude come "*il soggetto tenda ad usare questi comportamenti per attirare l'attenzione su di sé...*" (pag.72) (manovra ora nuovamente funzionale e che implicherebbe una efficace *teoria della mente*; lo faccio perché lui pensi che ho un desiderio; oppure, una *comunicazione volontaria*. Siamo alle solite, una dimensione intellettuale nella norma ma sotto traccia. Ma ahimè, altre contraddizioni "*non si può mai parlare di volontà o di intenzionalità da parte del soggetto*". A sua discolpa la stessa confusione è appannaggio di autori famosi specializzati in Analisi Funzionale. Sarebbe tempo che l'AF fosse attentamente valutata.

È risaputo che per noi, a differenza che per l'autore in esame, non esiste alcuna ragione fisica o ambientale "indispensabile" per l'avvio di emissioni stereotipate, perché da "tutto" possono scaturire (leggere definizione e spiegazione di *stereotipia*¹ e

¹ *Stereotipia - comportamento stereotipato* - Adesività = FUNZIONAMENTO STEREOTIPATO

MODALITÀ patologica SPONTANEA, SUBENTRANTE, PERDURANTE, PERVASIVA POVERA, RIPETITIVA, SEMPRE PRIVA DI FUNZIONALITÀ, che si esplica ANCHE IN SOLITUDINE o in privazione di stimoli, mediante ATTIVITÀ INTELLETTIVE (prima di tutto e comunque), E/O MOTORIE, E/O SENSORIALI, VARIE, singole o associate. Assume l'aspetto di habitus intellettivi reiterati, adesività, schemi comportamentali stereotipati, o semplici stereotipie. Questo stato pervasivo determina complessivamente scarsa flessibilità sino a rigidità comportamentale, routine intellettive ed esecutive ritualizzati e tutelate con attività di controllo patologico anche molto importanti. L'impatto sociale ed individuale è difforme a seconda della gravità-pericolosità espressa della stereotipia o del comportamento stereotipato in esame, ma il significato clinico è sempre identico, indipendentemente dal criterio socioemotivo usato.

comportamenti problema in Out Aut² Gabrielli T. ; Cova P. Vannini ed. Scient. 2010). Pertanto diventa inutile individuare, con una AF continua, uno stimolo o un meccanismo che si attiva ovunque e che si ripropone continuamente .

Potremmo generalizzare con una unica AF, il seguente schema:

STEREOTIPIA o COMPORTAMENTO PROBLEMA

- STEREOTIPIA.

Una volta compreso che il meccanismo si ripete senza particolari stimoli avviati (trigger), tutto lo può avviare, tra gli altri anche in solitudine (comportamento quindi non operante sull'ambiente). Particolari, dettagli accidentali che precedono o seguono l'emissione non portano spiegazioni valide del meccanismo che le sostiene e rende inutile ogni nuova AF. La si fa per modificare l'ambiente? tolgo lo stimolo trigger. Non risolvo l'emissione... che utilizzerà altri stimoli. Nè esistono CONSEQUENZE che potrebbero rinforzare maggiormente la produzione di *stereotipie*. Le conseguenze ambientali offerte occasionalmente o d'abitudine da chi circonda l'attore (a domanda, risposta) non modificano la stereotipia che ripresenta identica domanda (insaziabile) indipendentemente dalla risposta. La non funzionalità della domanda appare evidente e ancor più incongruo cercare con una analisi quello che non c'è. Rimuovere semplicemente la risposta ambientale non risolve le nuove emissioni di stereotipia o altre stereotipie. Le stereotipie ri-compaiono comunque (anche in solitudine), senza bisogno di rinforzo, senza risentire di rinforzo. Supponiamo che ad ogni emissione l'operatore intervenga con un rinforzo (caramella) si giungerà al punto che la caramella viene rifiutata ma la stereotipia continua. Altro esempio. Flapping: gli metto in mano un tamburo perché batta. Cambierà stereotipia. Gli dò da portare una borsa per parte. Cercherà luci mobili muovendo ritmicamente la testa. La stereotipia si interrompe ottenendo attentività sufficiente ad aderire a proposte adattive (si deve uscire dal disfunzionamento)

COMPORTAMENTO PROBLEMA

Per noi anche i *comportamenti problema 2* non richiedono l'applicazione continua dell'AF, perché costituiscono quell'insieme di attività di evitamento, di fuga, di opposizione all'adattivo e hanno tutti un unico scopo: ripristinare il disfunzionamento ovvero le condizioni utili per l'emissione di *stereotipie, adesività, routine, controlli ambientali, ecc.*

Messi in atto per questo, si interrompono con l'avvio-lasciapassare del disfunzionamento appena abbandonato o impedito (emissioni stereotipate e sue varianti) .

I comportamenti problema tutelano il disfunzionamento (per noi riassunto nel termine

² *comportamento problema*: Ogni tipo di comportamento operante volto ad evitare l'adattivo a favore del patologico. Ogni comportamento operante che contrasta il risveglio nell'adattivo . Manifesta il distacco fastidioso dal disfunzionare (dal funzionamento stereotipato). Comportamento operante patologico FUNZIONALE in senso patologico (non adattivo come si è soliti pensare) rivolto all'AMBIENTE (inteso come PERSONE che circondano il disabile) perché è da questo che il disabile si attende conseguenze al suo operare. ATTO VOLONTARIO, CONSAPEVOLE che introduce un controllo sull'ambiente. Protegge e mantiene la condizione patologica stereotipata., la regola, rissa, l'adesività.

Si interrompe e si conclude con l'accesso a stereotipie o a comportamenti stereotipati, ad adesività. Qualsiasi CP si conclude favorendo o riconsegnando il pz ad una stereotipia conosciuta o alla migliore condizione ambientale per aderire ad una nuova.

Una volta avviato l'intervento abilitativo sulle stereotipie, i comportamenti stereotipati, l'adesività, la rigidità comportamentale la sua emissione diventa progressivamente minore sino ad estinguersi, assumendo, in stadi avanzati dell'abilitazione, aspetti sempre più sfumati (fuga, accelerazione nell'esecuzione e conclusione dei compiti,) ed adeguati (rifiuto esplicito e piccoli capricci). In tale fase sarà più facile prendere il controllo del l'emissione, stoppandola sul nascere con richieste attentive in adeguatezza. Non ha dunque senso (oltre alla scarsissima efficacia di tali approcci) affrontarli direttamente, isolandoli dall'obiettivo generale, demolire le stereotipie con proposte adattive.

FUNZIONAMENTO STEREOTIPATO, "stereotipie" o "comportamento stereotipato" "adesività", condizione trasversale, pervasiva, attrattiva, magnetica, riaffiorante e funzionalmente dominante nella sindrome in questione.

La libera permanenza in adesività, routine, stereotipie, anziché ridurre la produzione per noia o logoramento, ne accentua l'uso e il segnale di questo è l'aumento o l'emissione di comportamenti problema.

Poiché l'essenziale, l'interruzione delle stereotipie e dei comportamenti stereotipati, le adesività, i controlli ambientali, si ottiene attraverso l'introduzione - recepimento di proposte (stimoli) nell'unità di tempo, non è necessario occuparsi d'altro. L'affermarsi di una progressiva disponibilità a non aderire alle stereotipie, riduce fino ad annullare i comportamenti problema. Riduce progressivamente gravità, frequenza delle stereotipie. Sono due modalità comportamentali patologiche che non necessitano dunque di trattamento diretto. Si risolvono con l'abilitazione.

Per spiegare la costruzione di nuovi comportamenti (abilità) a partire dai comportamenti disadattivi, l'autore di MS spiega le tecniche dello *shaping* (modulazione o accomodamento per approssimazione successiva). **Gli esempi riferiti rispettano il tipico fraintendimento visto sopra tra abilità-comportamento meta.**

L'autore dimentica da una parte, che il comportamento meta (da ottenere) scaturisce (per definizione di tale tecnica) da un comportamento sgradito, a cui l'analisi funzionale ha dato il senso "meta" (ci si chiede perché dovendo insegnare comunque "abilità" - es. imparare a mangiare adeguatamente - spreco tempo ad interpretare un comportamento assurdo emesso, intorno a mezzogiorno, davanti un tavolo imbandito che interpreto come desiderio-richiesta-opportunità di voler mangiare, o che voglio patate...) Insegnerò abilità e basta, usando le migliori strategie. Trascurerò ogni comportamento non interessante o disadattivo (CP come rifiuto dell'adattivo) ... senza bisogno di fare l'Analisi Funzionale di ogni comportamento aberrante.

Se il *target* è eliminare il comportamento disadattivo perché interpretarlo, usarlo, sovrastimarlo? Lo si fa per sapere cosa vuol dire o fare il paziente? Allora il pz pensa, sente, capisce... (?) perché lo fa? Gli basta prendere un pezzo di pane o indicare gli spaghetti.

Se invece il *target* diventa l'interpretazione dell'operatore e questa coincide con un'abilità-comportamento essenziale, perché perdere tempo? Insegno abilità. Parto da quelle essenziali e via...

Perché poi, usare un metodo per approssimazione (*shaping*) se ne ho uno pronto efficacissimo (MS) per insegnare abilità. L'idea che esistano due, o più, strategie abilitative per conseguire identico risultato (abilità - comportamento) secondo noi, anziché ampliare le possibilità di applicazione, inficia l'autorevolezza per il modello da proporre, il Modello Superability.

La famiglia, la sua formazione sono gli argomenti del **IV CAPITOLO**. In esso la professionalità e l'umanità dell'autore sono lodevoli. L'argomento poteva comunque esaurirsi nell'auspicare una **FORMAZIONE OBBLIGATORIA** a carico di ogni care-giver,

compresi i familiari.

Il *CAPITOLO V* conclude la prima parte.

L'approccio neuro-ri-abilitativo, ricco di agganci, spiegazioni e definizioni, sottolinea l'importanza della stimolazione ambientale (eco sistema ricco di contenuti educativi) che renda minore e ritardi l'espressione clinica e neuro patologica del danno. Cenni di neuroanatomia e conclusioni anatomo-patologiche varie, riguardanti il ritardo mentale associato o meno ad altre sindromi, anziché convalidare quanto proposto, poco si abbina coerentemente con le conclusioni abilitative che si vorrebbero sostenere.

A proposito del TRATTAMENTO FARMACOLOGICO (pag. 121), come PARTE INTEGRANTE DELL'APPROCCIO AL DISABILE INTELLETTIVO, l'autore (nel rispetto delle linee guida AAMR) si allinea, pur confermando come la psichiatria, con il suo bagaglio clinico-terapeutico, male si adegui al ritardo mentale. Ma qui si parla di DPS e a riconferma di quanto detto precedentemente Moderato non esce dagli schemi farmacologici tradizionali. È assertivo per convinzione oppure per ovvie ragioni. Deve lavorare. La tradizionale descrizione sintomatologia psichiatrica nel suo incongruo assimilare comportamenti tipici del DPSe persino del RM con gravi ed incontenibili espressioni psicopatologiche (a cui fa seguito il relativo trattamento farmacologico ablativo), ha una sua storia di incompatibilità, pesantezze e assurdità. Avremmo preferito che l'autore, in nome di un migliore approccio al Ritardo Mentale e ai DPS, quello abilitativo del MS, giungesse a prendere definitive distanze dalle consuetudini più inveterate della psichiatria. Considerare infatti che un *comportamento problema* (e si fa una commistione confusiva di comportamento problematico CP e CB o *challenging behavior*) sia punto di partenza per costruire la diagnosi "psichiatrica" (e per inadeguatissimi trattamenti farmacologici) e non piuttosto un semplice dato per una BASE LINE abilitativa di quel paziente (e qui siamo nell'approccio tradizionale che colloca il target una volta superato un livello soglia che lo qualifica tale), ci sembra un allineamento incondizionato. Crediamo infatti che anche per gli adulti più gravi, il solo un approccio abilitativo, (in deprivazione progressiva dei farmaci usati in via sedativa comportamentale, quindi **sempre dopo un periodo di attenta e prolungata gestione preliminare, psicoeducativa comportamentale**), possa far emergere quanto rarissimi siano in realtà i casi a doppia diagnosi (del tipo RM e disturbi psicotici schizofrenici). Anche le condotte autolesive (Self Injurious Behaviour =SIB) tipiche del RM (mai minacciano alla propria sopravvivenza), poco hanno a che fare, per modalità, durata e caratteristiche, con le forme di pertinenza psichiatrica (es. autolesionismo intimistico; o elaborato se ostentato; istinto suicidario). Secondo l'autore, anche qui allineato, la possibilità di una diagnosi psichiatrica precisa decresce con l'aumentare della gravità del ritardo mentale, (pag.123). Secondo noi invece, succede così perchè con esso ha poco che fare. Per le ragioni dette (arbitrario allargamento dei criteri inclusivi alle categorie psichiatriche), ci dissociamo completamente dalle considerazioni di tipo farmacologico presentate nel testo, specie quelle riguardanti i sintomi descritti come *disturbi del tono dell'umore, i disturbi psicotici, fobici, ossessivo-compulsivi* e soprattutto per i *comportamenti problematici* di cui l'analisi funzionale, come testimoniato dall'autore e come ci si sarebbe

dovuti attendere, non riesce a trovare ragione. L'intervento farmacologico per tentativi (fino al raggiungimento di massimo dosaggio e poi sostituzione con un altro) dimostra l'arretratezza di tale proposta.

Un approccio integrato tra abilitazione e farmacologia (in attesa di dati integrati per ora inesistenti) sembra risentire, nonostante una cautela conclusiva, di un retaggio culturale di altri tempi (terapia psichiatrica sintomatologia prioritaria).

Queste considerazioni evidenziano inoltre la criticità del passaggio della presa in carico tra la neuropsichiatria infantile e la psichiatria degli adulti. Criticità che riguarda la difformità di diagnosi, difformità di approccio al paziente, difformità di lettura dei sintomi, sovrapposizione di inquadramenti patologici estremamente difformi, e univoca tipologia di trattamento farmacologico, scarsa competenza in ambito abilitativo "attivo" psicopedagogico comportamentale. Un grande guaio di cui non si parla mai.

Dimostra inoltre l'insensatezza di trattare sintomi che nella stragrande maggioranza dei casi del ritardo mentale, diminuirebbero sino a scomparire già con l'avvio di un intervento abilitativo.

Essendo l'autore uno dei protagonisti questa certezza, non comprendiamo tanta assertività passiva verso il vecchio pensare.

Ed eccoci al *VI CAPITOLO*, la pratica finalmente.

Abbandonando un piano teorico poco sostanzioso ed inessenziale, che per tanti tratti ci sembra totalmente da rivedere, l'autore inizia a parlare interessante.

La parte seconda, MODALITÀ OPERATIVE, inizia con il PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO.

L'autore, tra i pochi che se ne siano accorti, mette in evidenza come sarebbe fondamentale un'integrazione pratica fra VALUTAZIONE e PROGRAMMAZIONE DELL'INTERVENTO abitativo. Poter intersecare operativamente infatti la condizione esaminata (individualità) con una delle fasi di un progetto abitativo (generalità), espletato per mezzo di *continuum* gerarchicamente organizzati, riguardanti abilità – comportamenti meta, e sfuggendo così al limite di perseguire esclusivamente un *cluster* di abilità preordinate secondo un ordine e una classifica (metodo ABA)

L'ipotesi espressa poi di PARTIRE DAL BASSO (livello funzionale) anziché dal punto esatto individuato dalla valutazione, ri-avanzando progressivamente, sembra un po' contraddittoria, ma invece corretta nella pratica. E logica conseguenza il principio di gerarchia degli apprendimenti, dai prerequisiti in su e non un procedere a casaccio.

La VALUTAZIONE FUNZIONALE, preconfezionata (checklist di 401 item), anch'essa secondo un *continuum* gerarchicamente organizzato, dovrà identificare le ABILITÀ acquisite, mancanti, emergenti, per un PROGRAMMA ABITATIVO INDIVIDUALIZZATO (checklist di 557 item). Si apprendono ABILITÀ da utilizzare per partecipare ad ATTIVITÀ (occasione per imparare - allenare, abilità). Le attività complesse vengono scomposte in operazioni più semplici da eseguire, secondo un concatenamento utile a completare l'attività proposta. L'algoritmo/task-analisis è un facilitatore.

L'ipotesi di una "ricetta" per cucinare un'abilità, attraverso l'uso e l'associazione di *generalizzazioni* per competenze già apprese (non da apprendere ex novo), ci sembra

idealmente tollerabile anche per l'autismo grave. Ma non per tutti i DPS. Certamente la strutturazione a tavolino di questo patrimonio conoscitivo ci appare più come limite della proposta che vantaggio. Ma è una nostra opinione.

L'apprendimento migliore secondo l'autore si ottiene nella strutturazione e nella ripetitività. La psico-educazione strutturata (ripetitività - prevedibilità) proposta nel testo fonda se stessa sull'apprendimento di ABILITÀ secondo criteri tipici dell'esperienza accumulata dall'autore nel RITARDO MENTALE grave. Queste proposte, accessibili ad autistici adulti gravi secondo uno schema occupazionale e abilitativo anziché squisitamente cognitivo (forse troppo pretenzioso), non ci sembrano invece così direttamente trasferibili a piccoli e giovani con autismo (indipendentemente dalla gravità), per molteplici ragioni. L'esecuzione di attività complesse è nei DPS possibile, anche senza segmentazione, una volta attivate competenze di base come la DISCRIMINAZIONE, l'IMITAZIONE, la COMPrensIONE e la CAPACITÀ ESECUTIVA, ESPRESSIONE... non c'è sempre bisogno di ricorrere a scomposizioni innaturali, che potrebbero essere apprese, riprodotte e fissate, proprio nella loro segmentazione e nel loro carattere procedurale, anziché nell'essenza, significato, utilità, vantaggio dell'attività nella sua globalità.

Altro grave limite in quanto proposto è il non "obbligatorio" rispetto della CONTESTUALITÀ degli insegnamenti-apprendimenti, secondo noi invece interessante per le difficoltà tipiche della sd all'astrazione, all'elaborazione, implementazione, pianificazione, autodeterminazione e per una migliore e più rapida comprensione e gestione in autonomia.

Parte terza, strumenti di lavoro. I

Il programma SAPERE (sistema analisi programmazione educativa nella ritardo evolutivo) e quindi specifica dei DPS.

aree: per requisiti di socializzazione, comunicazione, abilità motorie, abilità di cura della persona, abilità cognitive, abilità logiche didattiche, abilità logico matematica, abilità di lettura, abilità di scrittura.

La LEGENDA a pagina 150 spiega meglio l'uso della VALUTAZIONE rispetto alla presentazione in Allegato 1.

A pagina 437 abbiamo allegato 2 con degli esempi operativi di attività (segmentate) la cui esecuzione è ordinata per immagini.

Nell'allegato 3 il Modello Superably come applicato in centro di cura.

In **Allegato 4** alcuni **PROTOCOLLI OPERATIVI**.

Noi ci discostiamo soprattutto dall'approccio descritto in questo allegato. Conforme alle modalità tradizionali di accoglimento e di inclusione dei disabili intellettivi nei centri di presa in carico residenziale, perpetua un vecchio approccio (tipico dell'emergenza e della mancanza di abilitazione pregressa significativa), e di fatto del tutto inadeguato alle esigenze di benessere e di abilitazione dei soggetti accolti.

(pag. 469 P01) il protocollo per accogliere l'utente (anche se sotto lo sguardo discreto o celato da parte della famiglia) va riscritto. Secondo noi andrebbe disgiunto nettamente l'incontro degli operatori con la famiglia da quello con l'utente, a cui non serve nessuna

visita alla struttura e tanto meno ricevere il relativo regolamento, ma piuttosto richiederebbe un inserimento strutturato, progressivo, in adeguatezza, comprendendo e apprendendo cosa vi dovrà accadere, ambiente per l'ambiente. Apprendere modalità piacevoli di permanenza e di utilizzazione in adeguatezza dei singoli spazi (quasi in maniera indipendente alle abilità a possedute), per il proprio benessere e per quello degli altri, impedisce l'avvio di spontaneità patologiche e di controllo ambientale poco coerenti agli scopi detti.

(pag. 474 P02.2) la presenza di un obiettivo riguardante i comportamenti problema all'interno delle aree di valutazione colloca la proposta nella tradizione. Noi non crediamo all'utilità di un approccio diretto al comportamento problema, pur consapevoli della scarsa chiarezza esistente nell'ambiente psichiatrico e psicopedagogico non solo in ambito di definizione-diagnosi, ma anche terapeutico.

(pag. 479 P03) È incredibile come, argomentando di autismo, si trovi naturale confrontarsi continuamente con i disagi della famiglia, e degli operatori. Quando si parla di *diabete*, a nessuno viene in mente l'ansia della mamma o lo *stress* del fratellino. Si danno dei consigli e si presume che questo sia sufficiente. Nell'autismo invece si dà per scontata una enorme difficoltà nella convivenza ma non si rileva mai il fatto che i consigli degli esperti evidentemente non sono così esaustivi ed utili a risolvere il problema o più semplicemente che si naviga nel buio pre quanto attiene ad una sua gestione efficace. Le riprove di questo pregiudizio e gap volutamente misconosciute sono molte e tra le ultime proprio l'evidente sbilanciamento d'interesse, di attenzione a favore di chi sta intorno a questi disabili più che su loro e su quanto potrebbero smentire questi retaggi e mode. Aumentano le proposte che tutelano i secondi più che l'abilitazione dei diretti interessati. Questo atteggiamento non produce soluzione al problema ma aumento esponenziale dei bisogni.

Questa sezione ne è un tipico esempio. si parla di *comportamenti problema* come di qualsiasi comportamento che crei una situazione percepita come tale dall'ambiente, un disagio soggettivo (dell'osservatore) vissuto da chi è a contatto con il disabile (l'osservato che assume gioco forza i disagi interiori attribuitigli). Gradi diversi di disagio dunque essendo questo soggettivo. Si invoca tanto OGGETTIVITÀ NELL'OSSERVAZIONE, nella valutazione del protagonista in difficoltà per poi arrendersi a qualsiasi soggettività delle comparse. Il comportamento problema può diventare qualsiasi espressione inadeguata secondo gli ambienti in cui ci si trova oppure in base alla sensibilità degli astanti. È curioso (p. 480) che un simile criterio divenga *uno strumento formidabile di valutazione*. Si passa da un livello scientifico ad uno psico-dinamico: si interpreta il comportamento, si cerca la comunicazione nascosta (il qualcosa che serve, la funzione specifica). Si spalanca un mondo fantastico e opinabile. Le cattive abitudini degli abilitatori (dare significato alle proprie sensazioni, routine e comodità) diventano caratteristiche patologiche dei pazienti.

In conclusione il libro in esame risulta vecchio, per operatori vecchi. Un *maltinga* dove si confondono, come è tipico del mondo dell'autismo, idee che funzionano, intuizioni discrete, pregiudizi e nefandezze. Tutto in questo mondo si mescola, si dice e si

sente, tanto da rendere difficili persino le indispensabili distinzioni.

Non essendo noi esperti in *ritardo mentale* non possiamo sapere se, su questo tipo di pazienti, la proposta potrebbe restare interessante. Confermo che il lettore, non beneficiando della competenza professionale ma soprattutto umana dell'autore, rischia di considerare quanto proposto nel testo come *valido per qualsiasi disabilità intellettiva*, compreso l'autismo.

Noi, ci dissociamo grandemente da questa interpretazione.

Il primo capitolo del tutto inutile, il secondo generico, il terzo e l'allegato per tanti versi stucchevole dal punto di vista abitativo.

Non è un libro consigliato a chi si vuole occupare di Autismo in modo intelligente ed efficace.

Faccio un solo esempio.

Valutazione scolastica. Non evidenzio il test usato di proposito.

Un ragazzino di sette anni, verbale (tralascio il livello evidenziato dal test logopedico), che possiede alcune competenze (A,B,C...) e altre in emergenza (S; D; P; T...); zero in Q (es. **non riconosce i colori**) e Z (es. non riconosce il significato della negazione. **Non indica chi non...**).

Conoscete qualcuno che abbia un programma abilitativo per insegnare Q e Z? Forse sì. ABA ce l'ha certamente. Il MS pure. Conoscete programmi che completino S; D... partendo da dove lui si è arenato? Eccellente. Idem come sopra per ABA e MS. Beati voi che siete fiduciosi.

Sono sicuro che gli operatori migliori, indipendentemente dal quadro tratteggiato, riprenderanno il loro lavoro da capo, con iter consueto, il giorno dopo, a tavolino, rapporto uno a uno. Si ricomincerà proponendo un'attività preferita, poi si lavorerà su una nuova, poi su quelle possedute, generalizzandole magari; si introdurranno due o tre item abbastanza pertinenti, alcuni esercizi in più per implementare quelle in emergenza. S'introdurranno pochi nuovi esercizi, semplificati, difforni tra loro, per quelle carenti... ecc. Non esiste un approccio diverso. Magari non serviva somministrare un test così esteso per capire cosa si doveva fare... e poi, più che una somministrazione si compilano le domande come fossero un sunto di quanto sappiamo di quel ragazzo o di quanto ci viene detto di lui. Difficilmente si testa la competenza. Una a una.

Per riprendere il discorso si useranno identiche procedure (intenzionalmente o meno), sia per gli obiettivi nuovi e vecchi (si cambiano gli esercizi ma assai più raramente si modificano le procedure di somministrazione), secondo il metodo usato e la tecnica che è risultata più soddisfacente per ottenere altre competenze. Si dimentica che i nostri ragazzi imparano i metodi ancor prima delle

domande in esso contenute. Sanno come aggregate la risposta ma spesso senza alcuna consapevolezza di quanto sta succedendo. Molti, dei pochi, metodi con programmi abilitativi esistenti sono un susseguirsi di esercizi con lo scopo di insegnare qualcosa. Pochissimi metodi con programmi abilitativi si preoccupano di insegnare attraverso competenze le *modalità di apprendere* (es. *fare la coppia, imitare l'altro, riconoscere, eseguire, ecc.*) e il modo di pensare la risposta, la soluzione.

(La situazione che ho auspicato è rara, credetemi. E' nella maggior parte dei casi, teoria. Un bel sogno, vi assicuro. Magari la scuola avesse queste chiarezze e volontà abilitative.)

Anche se questo sogno si dovesse avverare l'intervento abilitativo fatto su quel ragazzo sarebbe comunque insoddisfacente.

Vi elenco le ragioni di un così netto giudizio.

- 1) Costruire competenza su competenza, usando qualsiasi metodo, alla fine costruisce (forse) un castello di competenze. Per tanto che si faccia, il castello risultante sarà limitato, stucchevole e facilmente compartimentato. Queste competenze, per utili che possano essere, resteranno (per il funzionamento mentale degli autistici e per le caratteristiche metodologiche educative disponibili) sempre un po' ingessate, non solo poco fluide ma poco collegabili tra loro; sempre poco utilizzate appropriatamente in autonomia e spontaneamente. Generalizzate bene come competenza (es. riconoscono il cavallo, ovunque e sotto qualsiasi forma) ma sempre parti di un insieme che risulta infine mal collegato. Non parteciperanno emotivamente o meno pretenziosamente, con attenzione ma solo dopo richiesta, ad una corsa ippica. Spontaneamente parte poco o nulla che non sia codificato già nell'appreso. Questo in fase avanzata migliora e si intravedono frutti più interessanti ma purtroppo acerbi. Bisogna elaborare una abilitazione specifica che risolva questi problemi nei compensi ottenuti.
- 2) Le competenze che costituiscono le *top ten* di rito, restano tipicamente scolastiche. L'abilitazione usuale trascura infatti il resto della vita e degli ambienti, oppure tende a secondarizzare quanto in essi dovrebbe avvenire, come fossero competenze subordinate a quelle apprendibili a tavolino.
- 3) L'abilitazione programmata, a scuola o presso i modernissimi centri semiresidenziali (che spesso si limitano ad effettuare una replica pomeridiana di quanto effettuato a scuola, il mattino) avvia competenze generalmente *curricolari* scolastiche (es. riconoscimento forme; colorazione; numerazione; alfabetizzazione; lettura...).
- 4) Quando si impegnano ad insegnare autonomie (es.) rischiano di promuovere proposte decontestualizzate, secondo modalità luoghi

e tempistica che spesso confonde il piccolo paziente. Oltre a confonderlo, introducono un ritardo prassico, che non è tipico dell'autistico.

- 5) Anche la segmentazione di una competenza-attività (es. vestirsi: esercizio pag. Togliersi una maglia, come descritto nel Modello Superabilità ed Vannini, 2008), è spesso una sciocchezza per gli autistici. La loro difficoltà non è principalmente esecutiva, ma attentiva. Anziché apprendere più facilmente la competenza apprendono la segmentazione della competenza (manovra uno; due; tre, ecc.). Segmentazione da cui si libereranno (forse) dopo mesi che praticano la stessa manovra in successione, Identico risultato si otterrà semplicemente dicendo *togliti la maglia*, mostrando come si fa ed eseguendolo con lui, un paio di volte. Facendo l'algoritmo quanto tempo abilitativo avremo perduto?
- 6) Sono controproducenti anche gli eccessi di competenza. Le super-competenze. Spessissimo sono conseguenza dell'adesività, della ripetitività, entrambe costanti espressioni patologiche della sd. Un eccesso di capacità nel disegnare case, è limitativo se si accompagna ad una mancanza completa di autonomia domestica e sociale. Sarebbe inoltre interessante testare quanta patologia ci sia dentro quella produzione artistica (nel senso di malcelata permanenza nella dimensione autistica più greve; la stereotipia).

La **globalità** dell'intervento (nel senso di apertura all'autonoma costruzione di una dimensione personale condivisibile del vivere) se intesa come sequela di competenze (dominate e a disposizione dell'individuo che le possiede) resta in tal senso comunque una chimera (per tante conoscenze apprese ne restano altre da apprendere per raggiungere la globalità).

In realtà ogni abilitazione dovrebbe puntare non su un insieme di competenze (anche utili) ma sull'acquisizione di una perdurante, facile attentività, piacere nel partecipare, condividere, osservare, comprendere, decidere...cosa apprendere e cosa usare- anche se poco in adeguatezza. Questo permetterà un'inclusione e un'integrazione interessante ed educatrice, per tutti.

Il pz abilitato dovrebbe saper avviare attenzione congiunta, felicità condivisa, partecipazione attiva alle proposte e spontanea adesione alle opportunità ambientali coerentemente. Imitazione spontanea, motivazione a relazionarsi, a comunicare, a condividere, non come condizione conclusiva di un iter abilitativo senza fine, più auspicato che reale. Non ci interessa un estratto conclusivo di singole competenze ben espresse, ma un gusto del vivere quale costante *target* abilitativo.

Fare un'abilitazione *step by step*, (pescare con l'amo un pesce alla volta) finché il pesce è nel cesto, è un errore abilitativo perché rallenta

e riduce l'abilitazione possibile, la impoverisce e le basi teoriche di tale meccanismo sono superate.

Si pesca invece con la rete. Dobbiamo pescare globale, ampio, molte competenze insieme, perché non sono le competenze il nostro *target* privilegiato ma la capacità di apprendere in autonomia e in modo indipendente, liberi dal disfunzionare (che non è target abilitativo secondario), godendo dell'esperienza e dello stato di normalità conquistato per quel momento .

La molteplicità di proposte, ci fornisce e ci obbliga all'uso di strategie abilitative che catturino, che mantengano alta l'attenzione, giustificando la motivazione a stare fuori dalla condizione autistica, a stare con noi, a godere di noi e trovare il piacere di vivere insieme la vita, al di fuori dell'autismo. Ovvio che il funzionamento autistico, sempre e totalmente patologico, tenderà costantemente a riprendere la supremazia. E' una guerra di logoramento. Un giorno si avanza e uno si retrocede, per ricominciare.

Decidete subito. O vi armate in tale senso o perderete. Ma prima di decidere siate ben consapevoli che l'entità della perdita è molto più pesante di quanto prospettate.

Moltissime attività diversificate, proposte brevemente, in modo irregolare...altrimenti: distrazione, difficoltà a coinvolgere, evitamento, fuga...

Incontrate le prime difficoltà, che dipendono dalla scarsa chiarezza di quanto richiesto (verbosità, confusione, contraddittorietà, non contestualità, astrazione...), molti operatori tendono a semplificare o rallentare gli esercizi, ripetendosi all'infinito.

Si segmentano le attività solo se sono realmente complesse ma in tal caso la segmentazione riguarda l'insegnamento e non la competenza nel suo insieme che può comunque essere portata a termine senza il diretto coinvolgimento del bambino che comunque ne osserva lo sviluppo sino alla fine, specie se questa ha un suo flusso funzionale evidente. Ciò a cui mirare è il 100% del successo per quanto richiesto o proposto. Si prepara prima, si mantiene una velocità pari alla normodotazione. Le attese sono giustificate solo se la persona che avete davanti, sta effettivamente elaborando, pensando come rispondervi, ecc. Altrimenti sono un errore abilitativo. Non puntate all'attività ma al piacere della stabilità, di effettuarla, di rispondere, di aderirvi. Altrimenti...Tutto peggiora. Il controllo viene perduto. Prevale quello introdotto dal paziente. Si manifesta l'autismo.

Tutto si complica. Il lavoro viene sospeso. Le inutili giustificazioni, le opinabili interpretazioni degli operatori si sprecano.

Il pz evade dal mondo che vorremmo proporgli, si immerge in produzioni patologiche (altro che antecedenti o conseguenze) vecchie

e nuove e se distolto tardi o in modo improprio reagirà con un comportamento problematico reattivo, disadattivo, fino a riprodursi nel solito disfunzionare, in stereotipie comportamentali o quadri sovrapponibili seppure più complessi.

Nelle SDA il lavoro tradizionale passa sempre attraverso l'insegnamento di procedure. Procedure utili, ma procedure. Ogni metodo abilitativo che funzioni nel DSA è procedurale.

Attenzione i pazienti apprendono sia le competenze che il metodo per insegnarle (abbiamo visto sopra l'esercizio n,).

Attenzione però a non restare chiusi nella procedura.

Verificate sempre la qualità del pensiero esecutivo, della comprensione della richiesta e della risposta avuta. Variate le proposte continuamente. Non riempite i vuoti del vostro lavoro abilitativo con sogni e illusioni. Si tramuteranno in incubi.