

Scuola Italiana di Pedagogia e Psicologia

S.I.P.P.

Master in Pedagogia Clinica

Il Pedagogista Clinico e il progetto pedagogico:

un intervento individualizzato per affrontare
le difficoltà di attenzione e iperattività
di Mattia.

Laura Orlandi

Indice

INTRODUZIONE.....	4
CAPITOLO 1. Pedagogia e Pedagogia Clinica.....	7
1.1 Nascita del termine pedagogia.....	8
1.2. La pedagogia come scienza.....	10
1.3 L'oggetto di studio della pedagogia e della pedagogia clinica.....	12
1.4. Il pedagogista clinico.....	15
CAPITOLO 2. Il Progetto pedagogico: lo strumento cardine della professione del pedagogista clinico.....	18
2.1 Il progetto Pedagogico: cos'è e chi se ne occupa.....	18
2.2 La visione ecologica del progetto pedagogico.....	23
2.3 La famiglia nel progetto pedagogico.....	25
2.4 Alla base del progetto pedagogico: la capacità di riflessione del pedagogista clinico.....	27
2.5 La relazione pedagogica per un buon progetto pedagogico.....	28
2.6 Le azioni del pedagogista: la messa in pratica del progetto pedagogico.....	30
2.7 Le fonti di informazione: diagnosi, colloqui, osservazioni empiriche.....	31
2.7.1 Il colloquio anamnestico e pedagogico.....	32
2.7.2 L'osservazione.....	34
2.7.3 Tipi di osservazione utilizzati dal pedagogista clinico.....	37
2.8 L'analisi dei bisogni e del contesto.....	41
2.9 Metodi e tecniche nel progetto pedagogico.....	43
2.10 Tempi e verifica dei risultati.....	44
CAPITOLO 3. Il disturbo da deficit di attenzione, iperattività e impulsività.....	45
3.1 L'ADHD.....	45
3.2 Il trattamento cognitivo comportamentale.....	47
3.3 Il trattamento farmacologico.....	50
3.4 Il trattamento CO.CLI.TE.....	50
3.5 La Pet Therapy.....	53
3.6 L'intervento psicomotorio.....	53
3.7 L'intervento sull'autostima.....	54
3.8 L'intervento per potenziare le funzioni esecutive.....	55
3.9 L'intervento scolastico.....	56
CAPITOLO 4. Il progetto pedagogico: una proposta educativa per Mattia.....	58
4.1 Progetto pedagogico di Mattia.....	58

4.2	Presentazione del bambino e del suo contesto di vita.....	59
4.3	L'osservazione libera su Mattia.....	63
4.4	L'osservazione in situazione programmata.....	65
4.5	Sintesi delle osservazioni.....	66
4.6	Rilevazione dei punti di forza e di debolezza.....	68
4.7	Gli obiettivi del progetto pedagogico per Mattia.....	69
4.8	Metodologie per Mattia : il percorso pedagogico, il Parent Training, la token economy, il percorso psicomotorio.....	73
4.9	Il percorso psicomotorio.....	74
4.10	Il percorso con il pedagogo clinico.....	75
4.11	L'utilizzo della tecnica comportamentale della "token economy".....	77
4.12	La verifica dei traguardi raggiunti.....	78
	Conclusioni.....	79
	BIBLIOGRAFIA.....	82

“Il bambino custodisce in sé stesso le energie necessarie per la sua affermazione”.

M. Mencarelli

“Il teorico può solo costruire le proprie teorie su ciò che il clinico ha fatto ieri. Domani a causa di queste teorie, il clinico farà qualcosa di diverso” .

Gregory Bateson

INTRODUZIONE

Questo elaborato ha lo scopo di delineare le peculiarità professionali e gli strumenti adottati dal pedagogista clinico (figura che si è andata ad affermare in Italia a partire dagli anni '70) nel suo intervento di aiuto alle persone in ogni momento della loro vita.

Nella società odierna, complessa e imprevedibile nei cambiamenti, si sente il bisogno di riscoprire la figura del pedagogista, professione antica, forse tra le più antiche nel panorama delle scienze dell'educazione, capace di rispondere a sfide nuove e sempre più complesse grazie alla interdisciplinarietà con la quale analizza e si pone domande su eventi, fatti, persone.

Il pedagogista clinico studia con metodo empirico i bisogni educativi e formativi della persona, rilevandoli attraverso l'osservazione pedagogica e il dialogo pedagogico, componendo un progetto coerente con la persona e il suo contesto di vita.

Nel progetto pedagogico, strumento specifico e distintivo della pratica clinica del pedagogista clinico, troviamo il soggetto e il suo personale bisogno di educazione e formazione rilevato con metodo osservativo.

Il sapere del pedagogista clinico ha fondamenti nelle scienze pedagogiche e nella filosofia.

Dalle scienze pedagogiche prende i saperi sull'educazione mentre dalla filosofia prende la riflessione e il porsi domande.

La professione del pedagogista clinico basa il suo lavoro su strumenti specifici (il progetto pedagogico, il dialogo pedagogico, la relazione pedagogica, l'osservazione empirica) che si sono affermate negli ultimi decenni e che hanno dato spessore e corpo alla professione, riuscendo ancora di più a definirla in modo specifico rispetto ad altre professioni in aiuto alle persone.

Il pedagogista clinico può essere considerato come un'evoluzione della figura del pedagogista; già nel lavoro di illustri autori quali Maria Montessori, R. Agazzi, J. M. Itard, (ne citiamo solo alcuni), che non si definivano pedagogisti clinici, si ritrova un metodo che affianca alle conoscenze e alle riflessioni pedagogiche l'intervento sul campo e gli stessi hanno utilizzato l'aspetto clinico praticato attraverso attente osservazioni e analisi sull'età infantile ed hanno gettato quindi solide basi metodologiche per il lavoro che oggi svolge il pedagogista clinico.

La figura del pedagogista clinico sconta ancora poca bibliografia specifica, anche se i

contributi di pedagogisti clinici come P. Crispiani, R. Massa, F. Blezza, S. Matteoli hanno contribuito a definirne meglio l'ambito di intervento e applicazione.

Mentre il pedagogista può essere definito come colui che si fa carico dell'educazione per studiarla, teorizzarla e condurvi meta-discorsi, il pedagogista clinico predilige un lavoro sul campo, dove tutte le variabili in gioco sono fatte oggetto di studio, analisi, osservazione per comprendere e conoscere, riflettere e agire.

In realtà a ben vedere una netta suddivisione non esiste, le contaminazioni tra pedagogista e pedagogista clinico ci sono, e come accennato in precedenza il pedagogista clinico trova le fondamenta dei propri metodi in quegli autori che hanno applicato il metodo clinico in qualità di pedagogisti. Inoltre il pedagogista in tempi passati ha teorizzato su pratiche educative da lui direttamente sperimentate, basti pensare ai lavori di Maria Montessori, R. Agazzi, M. J. Itard. Quello che si può affermare degli attuali metodi propri del pedagogista clinico è che si avvalgono di un'operatività multidisciplinare, e che seguono una visione globale del soggetto riuscendo quindi a rispondere alle esigenze di formazione dopo attenta analisi volta alla reale conoscenza di fatti, eventi, comportamenti. Il pedagogista clinico individua una traiettoria educativa, che si compone di azioni per giungere a cambiamenti possibili nell'uomo in ogni sua fase della vita.

Il lavoro del pedagogista non è slegato da quello di altri professionisti della sfera delle relazioni di aiuto, ma intreccia e coordina con il suo sapere pedagogico l'azione di più soggetti.

Il progetto pedagogico, seguendo una visione ecologica, non descrive un rapporto di aiuto esclusivo e chiuso tra pedagogista e persona ma inserisce i vari cambiamenti ipotizzati in cornici relazionali più ampie, prevedendo anche interventi di altra natura.

Una figura, quella del pedagogista clinico (come anche quella del pedagogista), attenta alla persona, in costante ascolto delle esigenze educative e formative, in grado di raccordare il suo operato insieme a quello di altri professionisti per realizzare appieno le potenzialità del soggetto, potenzialità e nuovi equilibri che il pedagogista, data la sua natura clinica, è in grado di rilevare.

L'azione del pedagogista clinico è ben scandita nella progettazione del Progetto pedagogico che non è solo un elenco di meri intenti educativi ma sono azioni coerenti con le esigenze della persona o del gruppo.

Il progetto pedagogico ha un suo iter ben definito, i passaggi sono caratterizzati dalla necessità di riflettere e analizzare ogni nuova informazione che ci giunge dalla realtà che stiamo osservando, tra un passaggio e l'altro ci sono tempi fisiologici necessari alla riflessione del pedagogista clinico. Tempi che, riprendendo la definizione di “spazio mentale” come introdotta nel manuale di De Vio, Lo Presti (2014), necessitano al professionista (in questo caso lo psicologo) per elaborare, sintetizzare, analizzare le informazioni. Questo è lo stesso spazio mentale di cui necessita il pedagogista clinico per giungere a una sintesi dei bisogni educativi della persona.

Di seguito si cercheranno di definire i principali passaggi che conducono il pedagogista clinico a realizzare il progetto pedagogico, si riporta la storia di Mattia, un bambino di prima elementare con diagnosi di ADHD e un possibile intervento pedagogico che possa rispondere alle sue esigenze tenendo conto del suo contesto di vita.

La rispondenza delle azioni educative per Mattia è resa, come si cerca di dimostrare nell'elaborato, dallo stesso iter che porta alla nascita del progetto pedagogico, iter “diagnostico” caratterizzato da una visione globale, sistemica, ecologica, empirica volta alla riflessione costante che adotta metodologie coerenti a livello pedagogico per il soggetto.

Lo stesso progetto pedagogico pensato per Mattia è stato sviluppato conformandosi a criteri di flessibilità per meglio rispondere a eventuali nuove esigenze che il bambino può manifestare, non prevedendo quindi azioni scandite in modo rigido ma ambiti entro i quali agire con Mattia e per Mattia, garantendo quel grado di flessibilità che ci permette di accogliere eventuali sopraggiunte fragilità, stanchezze, insicurezze del bambino, accogliendo anche eventuali traguardi raggiunti in modo più rapido.

CAPITOLO 1. Pedagogia e Pedagogia Clinica.

1. 1 Nascita del termine pedagogia.

Per comprendere come si è arrivati oggi a parlare della professione del pedagogista clinico, ormai affermata in molti ambiti educativi e sanitari, è bene ripercorrere brevemente la storia che ci ha condotti alla nascita di questa figura specifica, sia per l'importante base dei saperi su cui si fonda sia per le difficoltà incontrate e che ancora oggi talvolta sconta.

La radice etimologica del termine pedagogia è ben lontana da ciò che la pedagogia è diventata nel corso dei secoli passati ed è tuttora.

Oggi la pedagogia è una scienza dell'educazione e come tale è autonoma e non può essere confusa con l'educazione, anche se ne fa il suo oggetto di riflessione e ricerca e ha creato professioni in aiuto alle persone specifiche come il pedagogista e il pedagogista clinico.

Prima ancora della pedagogia clinica c'era la pedagogia, una scienza che ancora oggi si occupa della persona e non come erroneamente si pensa e si pensava, guardando alla sua radice etimologica, una disciplina che si occupa solo dell'educazione dei bambini.

Sicuramente la pedagogia ha avuto una particolare attenzione al fanciullo, il secolo del novecento è stato ridefinito il secolo della scoperta dell'infanzia.

Prima del Novecento l'infanzia veniva spesso considerata un momento transitorio della persona, nel quale il bambino doveva essere accompagnato il più velocemente possibile verso l'età adulta, con il Novecento e le importanti riflessioni di autori come M. Montessori, già citata, diventa un periodo da scoprire, da arricchire in esperienze e da rispettare.

La pedagogia si fa quindi paladina della scoperta dei bisogni del bambino, la sua radice etimologia la aiuta in questo, infatti in greco la parola pedagogia è composta da pais (fanciullo) e agoghe (condurre), i due termini insieme significano "condurre il fanciullo", un'attività che suggerisce l'azione di accompagnare in modo servile nella vita i fanciulli.

Si comprende bene che la sua origine non ha nulla a che fare con una scienza, probabilmente quando la pedagogia è nata non pensava di farsi scienza, di diventare una disciplina, di far crescere una professione che agisce sul campo (il pedagogista clinico) ma piuttosto la sua iniziale finalità era di discutere con un fare concreto e pratico su come l'adulto poteva occuparsi del fanciullo delle famiglie benestanti.

E' proprio la sua radice che rimanda a compiti ed azioni concrete allontanandoci dall'idea di una disciplina che riflette, volta a conoscere, teorizzare e anche pronta a soverchiare idee e principi che si dimostrano superati perché non più attuali a livello educativo in una società in continua trasformazione.

Ripercorrendo brevemente la storia della parola pedagogia possiamo far risalire la sua nascita agli scritti di Euripide che nel V sec. a.c. utilizzava il termine pedagogia riferendosi all'allevamento della prole e in particolare alle conoscenze che servivano ai giovani nella vita quotidiana impartite da un pedagogo.

Successivamente come sostiene Genovesi (2009) con la parola Pedagogia si è iniziato a indicare le pratiche che i servi svolgevano nei confronti dei figli delle famiglie padronali. Quando nasce la pedagogia cerca di far fronte ai problemi pratici della cura dei figli delle famiglie abbienti, il pedagogo doveva sorvegliarli e accudirli affinché non faticassero e avessero tutto ciò che gli occorreva.

Almeno inizialmente il pedagogo non aveva funzioni educative ma solo servili, la conoscenza veniva impartita da altre figure, i maestri.

Ecco uno dei motivi per i quali possiamo supporre che la pedagogia ha avuto difficoltà a presentarsi come altra, rispetto a discipline a cui si ispira, come la filosofia, e soprattutto come autonoma e non sostituibile con altre discipline come per esempio l'educazione.

La sua base non sembra nobile, ma servile.

Il termine latino "paedagogia" ribalta invece questa visione e la eleva ad arte nobile, quindi non più servile, l'accezione è migliorativa dello stato della pedagogia, il suo significato ora diventa "condurre stando alla testa, impartendo ordini, regole" (Blezza F. pag. 17, 2008).

Tuttavia, anche se il termine latino sembra rinnovare in una luce più nobile il significato di pedagogia, mantiene sempre un'idea di pedagogia che per nulla la identifica a una scienza.

L'incertezza che aleggia sull'ambito di studio, di riflessione e di ricerca della pedagogia sembra in parte proprio riconducibile alle sue origine epistemiche.

Con un inizio di questo tipo è ben chiaro come l'intento di diventare scienza non nasca subito, ma inizia quando si evolve, fino a quando inizia a ribadire la sua alterità rispetto alle discipline umanistiche.

Tuttavia quando la pedagogia si eleva, non cambia nome, forse anche per la difficoltà a trovare un termine che la esplicitasse al meglio, così viene mantenuto il nome iniziale,

pedagogia, ma questo etimo ha giocato, e forse ancora gioca, un ruolo negativo nel far sì che la pedagogia si imponesse come scienza autonoma con una sua specificità e alterità, il cui campo di applicazione non è definibile a priori.

Il termine nella sua accezione originaria non ha ingabbiato il cammino della pedagogia, né è infatti un esempio l'evoluzione attuale della figura del pedagogo, oggi anche pedagogo clinico.

Nel corso dei secoli si è passati da una figura che rispecchiava più o meno fedelmente il significato etimologico del termine pedagogia a una figura con ben altre pretese e aspirazioni che non siano solo mere azioni concrete, che utilizza metodologie fatte proprie.

Importanti sono stati i contributi di illustri pedagogisti del passato che hanno dato importanza all'infanzia, assumendola come età della vita con proprie specificità, su cui riflettere, su cui fare attente osservazioni e proposte educative idonee a una crescita rispettosa dell'essere bambino e non frettolosa nel far diventare adulti i giovani bambini.

La svolta avviene con l'interesse verso l'infanzia, emblematico è il titolo dato al libro di Maria Montessori "La scoperta del bambino" che ha comportato una svolta scientifica della pedagogia, che ha assunto come oggetto di studio l'infanzia con le sue peculiarità ed esigenze ponendosi domande filosofiche, sociologiche, psicologiche e pedagogiche poiché all'epoca il bambino era considerato un soggetto da far crescere il prima possibile, senza alcun diritto o specificità. Possiamo quindi sostenere che la prima idea germinale di pedagogia clinica nasca proprio nel Novecento con le pratiche dei pedagogisti di allora che con fare clinico si ponevano domande di conoscenza per agire con in modo efficace.

1.2. La pedagogia come scienza.

La pedagogia ha sgombrato nel tempo il campo dall'equivoco che pedagogia ed educazione fossero le stesse cose ed è riuscita nel corso dei secoli a definirsi scienza tra le scienze dell'educazione.

Possiamo oggi affermare che la pedagogia ha come oggetto di studio l'educazione ma non è assimilabile all'educazione, non si può confondere con essa perché la assume per le sue riflessioni.

La pedagogia si occupa di riflettere su tutti i bisogni educativi delle persone e non solo

dell'educazione in ambito scolastico, il suo oggetto di studio è ampio e non inquadrabile nell'educazione più diffusa e tradizionale che è quella scolastica o quella che ha affiancato quella familiare.

Difficile dire se nasca prima l'educazione o la pedagogia.

A differenza di altre discipline umanistiche come la psicologia, la sociologia e l'antropologia il percorso che l'ha condotta a definirsi come scienza autonoma non è stato semplice, sovente la sua identità è stata scambiata con altre discipline, altre volte invece si è ritenuto che i suoi campi di applicazione fossero ristretti e ben identificabili con azioni concrete volte a risolvere problemi specifici.

Il ruolo che la pedagogia ha dovuto ricoprire per un lungo tempo è stato quello di disciplina funzionale a risolvere le problematiche della crescita e a rispondere a esigenze di istruzione e formazione dovendo individuare le strategie migliori per far fronte a specifiche difficoltà.

Questa idea fa supporre che in assenza di problematiche legate alla maturazione, crescita e identità del soggetto non vi sia ragione d'essere della pedagogia.

Per essere scienza la pedagogia deve poter "teorizzare l'educazione..." (Genovesi, 2015, pag.17) senza dover costantemente avere ricadute concrete.

Deve poter condurre riflessioni, fare filosofia sull'educazione, problematizzarla in uno stato di continua tensione verso nuove idee.

Questo è vero nella sua veste di scienza che teorizza, ma in molti ribadiscono anche un ruolo che non è solo di teorizzazione, di astrazione pura, che tuttavia l'ha aiutata a diventare scienza ma ha anche una natura sperimentale, che ha reso possibile far diventare la pedagogia una professione che si fa carico, si prende cura della persona; un ulteriore passaggio in avanti della pedagogia come disciplina che è scienza ma anche professione.

La pedagogia ha quindi natura duplice è scienza dell'educazione e professione, che tuttavia non teorizza solo ma se ne prende cura.

Molti pedagogisti hanno compiuto sperimentazioni importanti e non solo teorizzazioni, altri invece hanno solo teorizzato.

Da un lato quindi una pedagogia che riflette in modo scientifico, dall'altro una pedagogia che risponde in modo concreto ed efficace alle sfide di crescita di ogni soggetto in ogni età della propria vita.

Per potersi definire scienza deve poter riflettere anche senza che vi siano ricadute specifiche,

senza che vi sia un problema specifico da affrontare.

In caso contrario se si pensasse alla pedagogia come disciplina che si occupa di problemi specifici rischierebbe di non avere ragione d'essere senza una problematica specifica.

Ancora oggi i mass media faticano a parlare di pedagogia riconoscendole la sua corretta natura e i suoi compiti e la confondono con la didattica, con l'istruzione, con la scuola e la confinano nel solo ambito scolastico e la identificano con le azioni per risolvere problemi dell'infanzia o dell'adolescenza.

Gli stessi lavori condotti da pedagogisti famosi possono far pensare a una disciplina che non è scienza ma che si occupa di specifiche situazioni e ha ragion d'essere se tali condizioni esistono.

Il primo impedimento per l'affermazione della pedagogia come scienza autonoma e altera rispetto alle altre discipline delle scienze dell'educazione è proprio il nome stesso, tuttavia non è l'unica ragione che ci spinge a ripensare a tutte le difficoltà che la pedagogia ha vissuto nei secoli.

L'elevazione della pedagogia al rango di scienza ha permesso seppur ancora con parecchi fraintendimenti di superare l'idea che la pedagogia è una disciplina pratica, esclusivamente concreta ma con una componente metafisica.

La pedagogia è riuscita a diventare scienza quando ha finalmente assunto:

- uno statuto epistemologico (modelli e teorie che la legittimino);
- un campo di applicazione;
- un oggetto di studio.

Il suo statuto epistemologico che sono le teorie e i saperi che legittimano l'esistenza della pedagogia.

Il suo campo di applicazione è l'educazione della persona.

Il suo oggetto di studio è il soggetto nei suoi bisogni di maturazione ed esigenze espressive.

1.3 L'oggetto di studio della pedagogia e della pedagogia clinica.

L'oggetto di scienza della pedagogia è l'educazione come "entità astratta" come "ideale perseguibile" (Genovesi, 2005).

La pedagogia essendosi elevata, come si è detto non senza fatica, a rango di scienza ha un suo

specifico oggetto di ricerca che è l'educazione della persona, senza un oggetto di studio qualsiasi disciplina non può elevarsi a rango di scienza.

Questa scienza si interroga costantemente sui principi sui quali si delinea l'educazione ed è costantemente pronta a ribaltare questi principi assunti verso una nuova conoscenza pedagogica. L'educazione non è un oggetto dato da osservare e studiare ma riflette i cambiamenti costanti della società pertanto costantemente alla ricerca di nuovi principi.

Nel manuale di Genovesi lo specifico oggetto di studio della pedagogia è "l'educazione come suo oggetto da trattare nel modo in cui le scienze trattano i loro oggetti, come idee che si vanno via via perfezionando..se ne studiano i meccanismi che le strutturano e se ne verificano le modalità con cui ..si rapportano con il reale, ..." (Genovesi, pag. 69, 2005).

L'oggetto di studio della pedagogia, così come avviene per ogni altra scienza, non è un oggetto costante, immutabile ma in continua trasformazione che necessita di riflessioni e contributi che proprio la pedagogia sa dare.

La pedagogia fondando il suo oggetto di studio nell'educazione punta a migliorare la qualità della vita del soggetto, partendo da riflessioni astratte che la realtà concreta andrà di volta in volta a implementare per arrivare a nuove riflessioni.

Studiando le idee e creando riflessioni astratte sull'educazione dell'uomo si rende autonoma, il passaggio successivo è quello di concretizzare le idee ma sempre in un'ottica di costante tensione volta a riflettere sull'educazione.

La persona è sempre al centro della ricerca al fine di adottare una progettualità sulla persona e per la persona, una progettualità che può interessare tutta l'esistenza del soggetto, sempre ponendolo in una posizione attiva.

Secondo Frabboni "la pedagogia è "sempre disponibile a rifondare la propria teoria della conoscenza, mettendo in soffitta i suoi modelli epistemologici quando si coprono di incrostazioni..." (Frabboni, Wallnofer, 2015, pag. 15), ciò significa mettere continuamente in discussione la conoscenza pedagogica in uno stato di continua ricerca.

La conoscenza sull'uomo per la pedagogia non può essere che fatta in modo globale, la persona è vista nella sua complessità corporea, affettiva, cognitiva, estetica, valoriale e etico-sociale, l'obiettivo della pedagogia non è insegnare e indottrinare un soggetto rispetto a canoni condivisi ma ridefinire continuamente bisogni e necessità nonché traguardi della persona, contestualizzandoli.

Se parliamo di pedagogia clinica l'oggetto di studio si fa ancora più specifico.

E' sempre la persona e il suo bisogno di educazione, ma la persona diventa ora "quel specifico soggetto", la riflessione parte da una conoscenza approfondita della persona, del suo contesto di vita, delle sue abilità, conoscenze, competenze e va a investigare i suoi particolari modi di essere e agire.

Gli studi di autori come Itard o Montessori si basano sulla scoperta della singola persona, è il termine clinico a definire con maggiore precisione su cosa si deve soffermare lo sguardo del pedagogo clinico e con quali mezzi e strumenti educativi intervenire efficacemente.

Se noi affianchiamo il termine clinico a quello di pedagogia troviamo una modalità di aiuto alla persona fondata sulla riflessione educativa partendo dall'osservazione dell'individuo. Clinico non vuol dire medico, lo sguardo del pedagogo clinico non deve cadere sui sintomi per arrivare a una diagnosi, ma deve partire dal soggetto, dalle sue manifestazioni per poi arrivare a comprendere quei sintomi e darne una risposta attraverso le pratiche educative.

Secondo Crispiani (2001) il termine clinico "non significa sanitario, né patologico, bensì atto di studio, analisi, diagnosi, progettazione e intervento portato in modo ravvicinato e diretto alla singolare individualità delle persone "(pag. 29, 2001).

Non più solo una riflessione o ricerca pedagogica ma un agire concreto rivolto alla persona nel suo contesto di vita, volto ad attivare nuove disponibilità di performance e di capacità di autorealizzazione.

E' con l'autore M. J. Itard che abbiamo una vera svolta verso la pedagogia clinica e il suo oggetto di studio.

J.M. Itard, medico e pedagogo, orienta sempre di più i suoi studi sull'educazione dell'uomo mettendo in relazione sviluppo della persona ed educazione che oggi è un elemento importante nelle teorie pedagogiche.

Itard propone:

- osservazione diretta, empirica e consapevole del fanciullo;
- osservazione in condizioni sia spontanee che provocate;
- redazione di una diagnosi funzionale completa, su tutte le funzioni del soggetto;
- elaborazione di un progetto educativo per mete/obiettivi ed ipotesi di lavoro (Crispiani, 2001).

Secondo Itard l'osservazione clinica è necessaria perché gli eventi e le esperienze di ognuno

di noi non sono prevedibili, si distanziano da ogni possibile schema e previsione.

Il metodo dell'osservazione clinica consente proprio di vedere tutte quelle peculiarità che differenziano tra loro gli uomini, che da un'analisi frettolosa e imprecisa non potrebbero essere colti.

I principali paradigmi teorici e professionali che l'autore definisce e che vengono considerati precedenti della pedagogia clinica sono:

- 1) la distinzione tra organico-funzionale, ogni patologia ha una base biologica e una comportamentale, dimensioni che devono essere entrambe tenute in considerazione;
- 2) l'educabilità, dei soggetti attraverso azioni adeguate;
- 3) la centralità dell'osservazione teorizzata e praticata dall'autore, che attraverso intuizioni e interpretazioni elabora i dati desunti dalle osservazioni;
- 4) il primato corporeo e sensoriale rispetto a quello cognitivo;
- 5) l'ecologia che suggerisce un approccio integrato all'intera personalità e quindi la presa in carico di tutta la persona nelle sue funzioni percettive, linguistiche, motorie, sensoriali, linguistiche, affettive, emotive, relazionali;
- 6) la clinicità, che comporta un'osservazione empirica, globale, orientata quindi a vedere il singolo caso condotta anche ricorrendo a valutazioni soggettive ed intuizioni dello stesso pedagogista;
- 7) il corredo tecnologico consistente in materiali utili per l'azione educativa con i quali possiamo predisporre l'ambiente;
- 8) la pedagogia scientifica che deriva da una formazione bio-medica e dall'approccio educativo;
- 9) la progettualità condotta dopo un'attenta osservazione.

Nella progettualità si definiscono gli obiettivi che ci vengono costantemente monitorati (Crispiani, pag.37-38, 2001).

Alcuni di questi assunti della pedagogia itardiana sono stati ripresi dalla pedagogia che nell'ultimo secolo si è andata a definire clinica.

Molti di questi assunti sono diventati dei veri capi saldi nel definire la figura professionale, in particolare, la centralità dell'osservazione, la visione ecologia², la clinica e la progettualità, tutti elementi che ritroviamo nel progetto pedagogico utilizzato dal pedagogista clinico oggi.

1.4. Il pedagogista clinico.

Il pedagogista clinico è una figura professionale poliedrica che opera nell'ambito educativo e formativo, dai saperi plurimi, la cui formazione riprende le discipline filosofiche, educative, psicologiche e trae la sua specificità andando ad operare dove è necessaria una multidisciplinarietà.

La visione del pedagogista clinico mette tutti i sistemi relazionali in interdipendenza tra di loro, rifiutando tutti quegli interventi singoli e frammentati, che rispondono più a una logica di contrasto al sintomo che una presa in carico completa del soggetto, tipica del mondo medico.

Il sintomo nell'esperienza di disagio o di difficoltà della persona è trattato come una delle tante manifestazioni della persona, sicuramente degno di maggiore attenzione, ma non sufficiente per definire la persona stessa che è altro rispetto ai sintomi di disadattamento che può manifestare, e per questo il sintomo è osservato al pari di altre peculiarità della persona o del gruppo.

La riflessione pedagogica viene fatta sulla persona nella sua globalità dopo attenta analisi empirica, questa riflessione nasce se il professionista è dotato di una vera e propria intelligenza pedagogica, quella discussa dall'autore Bruner, riferita agli insegnanti che possiamo estendere anche al pedagogista clinico.

Oltre all'intelligenza pedagogica il pedagogista clinico necessita di: una profonda conoscenza delle leggi che regolano lo sviluppo umano, competenze relazionali, competenze di ascolto ed empatia.

Il pedagogista clinico lavora sul campo, opera nelle relazioni di aiuto attraverso un sapere poliedrico volto a riflettere sull'educazione dell'uomo attraverso un'attenta analisi empirica della persona e delle sue funzioni, delle sue manifestazioni affettive al fine di giungere alla identificazione del miglior percorso educativo, legittimato da dati scientifici desunti da diverse fonti di informazioni che ci raccontano chi è e di cosa ha bisogno la persona.

Principale caratteristica del pedagogista clinico è quella di riflettere pedagogicamente per arrivare a un'operatività educativa che sia la più rispondente ai bisogni reali della persona.

Il sapere del pedagogista clinico non è solo teorico e di ricerca ma soprattutto volto a produrre cambiamenti significativi nella vita e nelle capacità di azione del soggetto.

Tradizionalmente il pedagogista clinico, così come il pedagogista, scontano di importanti

ritardi nell'essere riconosciuti come figure autorevoli, efficaci, in grado di mostrare altri punti di vista con cui affrontare i problemi educativi, rispetto alle figure professionali più note come il medico, lo psicologo, l'educatore, l'insegnante.

Ad oggi però il riconoscimento sembra ormai avvenuto e la figura del pedagista clinico interviene sempre più spesso con metodo e autorevolezza, portando una personale visione per far fronte a difficoltà già esistenti o occupandosi di azioni di prevenzione.

Secondo l'autore Crispiani (2001) il cambiamento è avvenuto a seguito di una più forte presenza del pedagista clinico nelle strutture che si occupano di salute mentale (ASL, consultori ecc...), nella maggiore consapevolezza culturale e scientifica di educatori e pedagisti, nello sviluppo di nuovi bisogni educativi e didattici.

Il pedagista o pedagista clinico è in grado di osservare l'andamento delle funzioni della persona, valutandone il livello raggiunto, le disarmonie e i disequilibri e teorizzando nonché prevedendo possibili traiettorie di sviluppo e modalità con le quali raggiungerle.

Ne deriva, da un così grande compito, la necessità di una formazione ampia del pedagista, volta alla ricerca continua di conoscenza, di nuovi interrogativi e nuovi punti di vista sulla persona.

La figura del pedagista si forma tra i banchi universitari, che già dotano lo specialista di una propria natura specifica per poi continuare con percorsi di specializzazione e una continua e ampia formazione attingendo la conoscenza anche da altri ambiti che sono le scienze dell'educazione e le scienze psicologiche.

Terminato il percorso universitario e la conseguente specializzazione in pedagogia clinica il professionista è in grado di:

- condurre un'analisi della situazione oggetto della sua attenzione e riflessione;
- proporre interventi progettuali;
- controllare in itinere l'andamento degli interventi e la loro efficacia e rispondenza alla situazione.

In Italia la facoltà che conduce alla professione di pedagista è quella della classe LM 85 Scienze Pedagogiche alla quale si accede dopo 3 anni in scienze della formazione.

La formazione del pedagista continua con le scuole di specializzazione post universitarie che rilasciano la qualifica e/o specializzazione in pedagogia clinica.

CAPITOLO 2. Il Progetto pedagogico: lo strumento cardine della professione del pedagogo clinico.

2.1 Il progetto Pedagogico: cos'è e chi se ne occupa.

Definire cosa si intende per progetto pedagogico non è semplice, questo perché nei manuali di pedagogia ed educazione è più frequente trovare ampie definizioni di progetto educativo piuttosto che di progetto pedagogico.

Il termine progetto pedagogico ha in sé un termine largamente utilizzato nel parlare quotidiano, ovvero progetto, il cui significato è spesso confuso con altro, usato per indicare, erroneamente la programmazione o la pianificazione di azioni e attività scolastiche.

Nel linguaggio comune quando si utilizza il termine progetto si ritiene siano sufficienti delle semplici elencazioni di azioni e strumenti da adottare per un singolo o per un gruppo di persone, ritenute valide per affrontare quel dato deficit piuttosto che per aiutare la persona a maturare in modo armonioso le sue funzioni.

Lo stesso termine pedagogia che si affianca a progetto è spesso utilizzato per indicare solo il lavoro che si fa con l'infanzia, questo a causa della sua etimologia.

I due termini uniti insieme possono, per le ragioni indicate al capitolo precedente, essere di difficile comprensione e svuotati dei loro reali contenuti perché utilizzati in modo errato e inflazionato nel linguaggio comune.

Tuttavia oggi il progetto pedagogico è uno strumento solido e strutturato, che legittima le sue azioni empiricamente dato che senza un'attenta osservazione non può esserci progetto pedagogico ma solo mere intenzionalità difficili da giustificare.

Il termine progetto (da pro-iacio) indica "l'oggetto lanciato in avanti, del quale in qualche modo prevediamo la curva di traiettoria" (Pavone M., 2014), per estensione possiamo dire che facciamo un'ipotesi sostenuta da dati scientifici che ci consentono di prevedere cosa è possibile raggiungere con e per la persona oggetto della nostra riflessione.

I dati scientifici su cui ci baseremo saranno le condotte, le funzioni psico-motorie, i comportamenti affettivi, emotivi e relazionali del soggetto, le competenze linguistiche e cognitive, di cui si ha un'immediata disponibilità, la previsione sarà fatta in base a questi dati, avendo una congrua e approfondita conoscenza dello sviluppo del soggetto.

La previsione, se giunge avendo seguito l'iter per la formulazione del progetto pedagogico,

sarà la più rispondente alle possibilità reali della persona in quel momento, non dovrà peccare né in eccesso, ipotizzando traguardi di difficile realizzazione, né peccare in difetto prevedendo limitate trasformazioni; dovrà essere il più possibile veritiera, e per essere tale dovrà essere stata condotta un'attenta osservazione sulle abilità di cui disponiamo ora.

Il pedagogista clinico con il progetto pedagogico differenzia il suo intervento rispetto a quello degli altri professionisti del campo psico educativo e mostra una visione differente e originale della persona.

All'interno del progetto pedagogico troviamo "la persona", ovvero il singolo con le sue peculiarità e specificità, visto dal professionista nella sua interezza e globalità, troveremo: i suoi bisogni, le sue motivazioni, le sue funzioni, le sue criticità e le sue potenzialità.

La proposta educativa elaborata nel progetto pedagogico è legittimata dalla stessa visione globale che sia ha della persona, nasce da attente valutazioni fondate su dati rilevati empiricamente, non può essere una tra le tante possibili vie educative ma deve essere la più inerente le necessità di quel dato soggetto.

Per essere certi che la proposta educativa-pedagogica rivolta al soggetto sia la più rispondente al suo benessere e alle sue necessità di sviluppo lo stesso progetto pedagogico prevede momenti di verifica per accertarsi che il diritto all'educazione e alla formazione sia realmente perseguito.

L'intervento del pedagogista clinico non è settoriale ma cerca di rispondere alle esigenze educative globali della persona, vede la persona nella sua interezza, poiché il pedagogista o pedagogista clinico ha una solida base sullo sviluppo motorio, linguistico, cognitivo ed affettivo-emotivo della persona.

Le azioni pedagogiche vengono valutate in base alla storia personale, alle potenzialità presenti, alle risorse attivabili e al contesto del soggetto e non considerando solo sintomi e deficit presenti o qualche idea generica di come dovrebbe essere la persona.

Il progetto pedagogico nasce nel momento in cui si cerca di creare una sintesi tra la riflessione sull'educazione, che è tipica della pedagogia e le osservazioni empiriche sul soggetto, considerando le sue funzioni, le sue necessità e disponibilità.

La proposta pedagogica non nasce subito, non può essere elaborata in fretta seguendo un'idea generica di educazione, di bambino o persona, con soluzioni che possono essere adattate ai più.

Il progetto pedagogico può essere rivolto a singoli o a gruppi, la sua finalità è di predisporre azioni rispondenti a esigenze di prevenzione di forme di disagio o di supporto alla crescita armoniosa della persona o del gruppo.

Si legge in Mencarelli che “l’educazione comporta sempre un progettare; ma il progetto non è l’educazione”, la riflessione pedagogica ci porta, seguendo varie fasi a momenti di analisi e sintesi, a domandarci quale sia la migliore educazione date le variabili, i bisogni, le criticità, i fattori protettivi e di rischio della persona, ne consegue una formazione vasta del pedagogo clinico.

E’ il progetto pedagogico che legittima un dato progetto educativo, ed è l’osservazione empirica che spiega il progetto pedagogico.

Le azioni educative che si individuano nel progetto sono pensate secondo una logica che segue teorie e principi pedagogici.

Ogni azione deve essere giustificabile in base allo stesso progetto pedagogico, i mezzi e i metodi devono essere pertinenti agli obiettivi e integrati tra loro e con l’obiettivo generale che si vuole raggiungere.

Nel progetto pedagogico è necessario evitare le ridondanze negli interventi o gli interventi prescritti considerando solo il sintomo e non le altre funzioni della persona.

Lo stesso progetto pedagogico testimonia la volontà del pedagogo clinico di andare al di là del disturbo, riconoscendolo sicuramente come debolezza e criticità del soggetto, ma non assumendolo come caratteristica principale che sostanzia il soggetto e lo definisce.

Il soggetto è definito da altre abilità e competenze e non dai sintomi della patologia o del disturbo.

Il sintomo è affrontato all’interno di una cornice più ampia, valutando quelle variabili che possono determinare una evoluzione in positivo o in negativo del disturbo e agendo su di esse per migliorare anche altri ambiti di vita.

Rispetto a sintomi e disturbi simili i progetti pedagogici di più soggetti non potranno apparire identici proprio perché nel progetto si vedono le peculiarità della persona, del suo fare ed essere e del contesto che la accoglie.

Le azioni pensate all’interno del progetto vengono programmate per rispondere in tempi il più possibili certi agli obiettivi individuati calibrati sulla persona.

Non avremmo solo obiettivi generali ma soprattutto obiettivi specifici.

Il tempo è un altro aspetto importante nel progetto pedagogico insieme a una corretta valutazione empirica.

La variabile tempo è quella che ci consente di fare delle previsioni su traguardi che ci si aspetta di raggiungere in un tempo stabilito, questo fa sì che sia più facile valutare se le azioni pedagogiche stanno avendo i risultati ipotizzati.

Il pedagogista clinico deve essere in grado di scandire le azioni nel progetto pedagogico.

Le rotte, le direzioni dell'azione educativa sono determinate da una serie di analisi che il pedagogista fa direttamente sul soggetto e sull'ambiente relazionale .

Nel progetto pedagogico verrà dato spazio, a seconda dell'età del soggetto alle:

- abilità relazionali;
- bisogni educativi;
- bisogni affettivi;
- apprendimenti di base;
- apprendimenti strumentali;
- competenze visuo-spaziali;
- competenze di motricità fine;
- autonomia;
- capacità espressive;
- benessere psico-fisico;
- abilità motorie.

Tutti questi ambiti di osservazione sono considerati nel progetto pedagogico ma alcuni avranno la precedenza su altri nell'essere maturati, ci si aspetta che le abilità maturate abbiano significative influenze anche su altri ambiti di sviluppo, considerando che la visione del pedagogista clinico è sulla globalità della persona.

Il progetto pedagogico è personale o di gruppo, può riferirsi a un unico soggetto o a più soggetti accomunati da un' esigenza simile, ha una dimensione altamente operativa ma anche di riflessione, in parte anche visionaria, perché individua un obiettivo da raggiungere di cui oggi non si ha ancora disponibilità, ma si è certi di raggiungere.

Si sa dove si vuole arrivare partendo da ciò che è già disponibile.

Il progetto ha una natura quasi prospettiva, orientata al futuro e ha una sua intenzionalità e cerca di rispondere alle domande “per chi è quel progetto pedagogico?”, “perché lo si fa in

quel modo?” e “come può avvenire la crescita e lo sviluppo della abilità del soggetto?”.

Nel progetto pedagogico il bambino è accolto per quello che è, per ciò che porta, sa essere e sa fare, per questo il progetto cerca di proporre un'educazione integrale e unitaria del soggetto.

Il progetto pedagogico è un'analisi della situazione di partenza che contempla più aspetti per arrivare a nuovi equilibri della persona sempre partendo da ciò che è ora e da quello che può, desidera diventa.

La persona, adulta o bambina, è vista come soggetto attivo, si prevedono esperienze congruenti alla sua natura e alle sue attuali disponibilità e a quelle future attese, le azioni devono essere motivanti e gratificanti.

Affinchè si rispettino i fondamenti pedagogici che vedono il soggetto in modo olistico portatore di propri bisogni e necessità, che devono essere armonizzati ma non eliminati al fine di una migliore adattabilità nella società, utili possono essere le parole di Zavalloni che pur non rivolgendosi direttamente ai pedagogisti sostiene che ci deve essere “disponibilità a vivere empaticamente il rapporto con lui...l'obiettivo è quello di favorire l'autodeterminazione del soggetto” (Mencarelli, 1987, pag. 330).

Il progetto pedagogico non nasce per caso come si è già detto ma segue un iter e si compone di:

1)ANALISI DEI BISOGNI DELLA PERSONA della persona, in un'ottica olistica e relazionale per arrivare a definire degli obiettivi specifici e generali programmati nel tempo che possono essere ridefiniti qualora la necessità lo richieda o qualora siano intervenute nuove variabili.

2)ANALISI DEL CONTESTO relazionale e socio-economico.

3)OBIETTIVI GENERALI CHE SI VOGLIONO RAGGIUNGERE, sono le nostre traiettorie, poche chiare e dai risultati verificabili.

4)OBIETTIVI SPECIFICI che servono a declinare l'obiettivo generale in più dimensioni

5)METODOLOGIE UTILIZZATE, sono le tecniche e i metodi con i quali vogliamo condurre il soggetto verso un maggior benessere e una migliore crescita.

6)TEMPI E LUOGHI, il tempo scandisce le azioni del pedagogo e i luoghi in cui avvengono le azioni diventano degli importanti contenitori per far agire il soggetto in modo autonomo.

7)VALUTAZIONE dei risultati, anche in itinere è il modo in cui il pedagogo clinico mantiene la sua riflessione critica in modo costante sulle azioni previste per la persona.

Tutti questi momenti rendono il percorso pedagogico uno strumento che conduce a nuove funzionalità ed equilibri psico-motori del soggetto o del gruppo, ogni fase deve essere trattata con massima serietà, impegno e professionalità.

2.2 La visione ecologica del progetto pedagogico.

Nel progetto pedagogico la visione ecologica del bambino è al centro della riflessione.

La visione ecologica consiste nel riflettere assumendo un punto di vista vasto, allargandolo al contesto di vita relazionale della persona.

Ogni persona è il frutto di dinamiche relazioni complesse, gli aspetti biologici si mescolano con gli aspetti ambientali e l'influenza è reciproca, ogni ambito biologico e ambientale gioca un ruolo importante nel definire la persona.

Il soggetto è infatti la risultante di un insieme di relazioni ed esperienze con l'altro e con l'ambiente fisico.

Il rapporto persona – ambiente è continuamente in divenire, spesso con frequenti e importanti nuovi equilibri. La persona non è soggetto passivo nella relazione con l'ambiente ma soggetto attivo, interprete ed esecutore di nuovi equilibri.

Il pedagogo clinico osservando la relazione, conduce la persona o il gruppo a realizzare sempre nuovi equilibri funzionali ai bisogni e integrati con il contesto.

L'approccio ecologico amplia la visione globale che si ha del soggetto, poiché le varie dimensioni della persona (cognitiva, motoria, percettiva, linguistica, espressiva, creativa) sono viste all'interno di strutture più ampie, che sono le relazioni con la famiglia d'origine, i pari, la scuola, gli altri ambienti di socializzazione.

Non solo si osservano le dinamiche soggetto – ambiente ma anche le dinamiche tra i singoli sistemi, per esempio famiglia – scuola.

L'approccio ecologico mette al centro della sua riflessione la relazione tra soggetto, gruppo e ambiente.

I sistemi sono interconnessi e si influenzano a vicenda.

Affinché il bambino o il soggetto evolva, maturi le abilità disponibili, trovi una propria

autodeterminazione è necessario considerare non solo attitudini e capacità, motivazioni, bisogni e desideri ma anche risorse e fattori di rischio dell'ambiente in cui vive che potranno essere determinati nella risoluzione o nell'accentuazione di una problematica.

Nell'ottica ecologica, che è quella assunta dal pedagogista clinico l'interazione soggetto ambiente è fatta oggetto di attento studio, perché molteplici sono le variabili che possono determinare l'evolvere in positivo o in negativo di una disturbo nel soggetto.

Il soggetto non è visto in modo isolato e solitario ma gli viene riconosciuta la capacità di influenzare l'ambiente con il proprio temperamento, le proprie motivazioni e attitudini e di esserne influenzato a sua volta.

Si comprende che gli equilibri sono continuamente messi in discussione, determinando processi di sviluppo della persona orientati verso nuovi traguardi oppure determinando situazioni di stallo e di regressione.

Ogni soggetto a cui è orientato il progetto pedagogico potrà beneficiare di un intervento mirato a sviluppare le sue potenzialità sia che ci si trovi di fronte a un soggetto con disabilità sia che ci si trovi di fronte a soggetti con difficoltà transitorie.

Il progetto pedagogico prevede che si segua una logica scientifica, volta a valutare caso per caso per realizzare interventi funzionali.

Nella visione ecologica il soggetto è posto al centro di un sistema complesso fatto di scambi e relazioni che influenzano il suo sviluppo.

Lo sviluppo della persona non dipende solo dalle sue attitudini e capacità di partenza ma da quel complesso e intricato sistema di relazioni che possono agevolare o inibire l'evoluzione della persona, la sua capacità di autodeterminarsi e di sviluppare appieno le proprie abilità.

La visione ecologica considera determinante per lo sviluppo della persona l'interazione persona ambiente. Ciò significa che nel progetto educativo non si contemplan solo le azioni per la persona, ma anche azioni sull'ambiente affinché possa accogliere, sostenere ed educare nel modo più efficace il soggetto.

Il pedagogista clinico quindi ha l'importante compito di individuare una traiettoria partendo dai bisogni della persona, perseguirla in modo efficace ma graduale, coinvolgendo quei soggetti che con le loro azioni possono essere determinanti per lo sviluppo e l'autodeterminazione della persona.

Secondo l'autore P. Crispiani nei criteri dell'osservazione clinica si deve seguire un approccio

ecologico di I° livello che interessa la persona nella sua totalità, una condotta deve essere osservata andando ad investigare anche le altre funzioni poiché corpo e mente sono in stretta relazione tra loro e si influenzano.

Nell'osservazione ecologica di II° livello il comportamento è descritto considerando anche i fatti che sono avvenuti prima e le relazioni che intercorrono con l'ambiente. La visione con il livello ecologico di II livello si allarga ,si amplia consentendo al pedagogo clinico di vedere consequenzialità e spiegazioni dei fatti che con un' osservazione meno globale e allargata non si sarebbero colti.

2.3 La famiglia nel progetto pedagogico.

Nel progetto pedagogico la famiglia riveste un ruolo importante in quanto è il luogo nel quale il soggetto fa le prime esperienze di relazione, trova supporto, protezione e contenimento ma può essere il luogo dove le difficoltà si fanno più acute e invalidanti.

La famiglia è una fonte di informazioni per ricostruire la storia del soggetto soprattutto quando il soggetto verso il quale rivolgiamo le nostre attenzioni è un bambino o ha difficoltà psichiche.

Nella famiglia possiamo ritrovare fattori protettivi e fattori di rischio che possono contenere o aggravare il disagio della persona.

Nel manuale di Di Blasio (2005) si sostiene che nelle famiglie esistono fattori di rischio e di protezione, quest'ultimi in grado di contrastare gli effetti negativi dei fattori di rischio.

I fattori protettivi possono compensare i risultati dei fattori di rischio, promuovendo un miglior adattamento e la maturazione nel soggetto della capacità di resilienza, ovvero la capacità di adattarsi in modo positivo nonostante le condizioni avverse, la capacità di affrontare e superare le avversità, la capacità di resistere allo stress e alle avversità, la capacità di apprendere da situazioni difficili e negative.

Tra i fattori di rischio più significativi possiamo indicare le situazioni di povertà cronica, di maltrattamento e abuso.

Tutti questi fattori, di rischio e protezione, caratterizzano le famiglie e la risposta che la famiglia dà in situazioni di stress e avversità.

La famiglia nella visione sistemica è vista come un partner educativo, una risorsa

indispensabile per la buona riuscita del percorso educativo del soggetto.

Nel progetto pedagogica la famiglia è presente come risorsa da attivare per il benessere e la crescita della persona.

Soprattutto quando siamo in presenza di handicap, patologie gravi e invalidanti, deficit intellettivi, la famiglia deve essere adeguatamente informata sui sintomi, sulla diagnosi e sulle valutazioni cliniche, sulle terapie educative, psicologiche, comportamentali necessarie per accrescere il benessere del soggetto.

L'analisi del contesto nel progetto pedagogico ci consente di calibrare al meglio l'azione educativa tenuto conto di tutte quelle influenze esterne, principalmente messe in atto dalla famiglia, che possono supportare o far fallire un progetto pedagogico.

Se si comprende il contesto nel quale operare, le dinamiche esistenti tra i componenti del gruppo, si potranno ottenere i migliori risultati possibili date le potenzialità intrinseche del soggetto e le disponibilità relazionali del contesto.

I benefici che derivano dal poter condividere l'azione educativa possono essere così elencati:

maggior costanza nell'intervento educativo;

maggior condivisione delle pratiche educative;

omogeneità tra gli stili educativi;

diffusione di metodi e tecniche efficaci per la persona;

migliore relazione tra i famigliari;

possibilità di raggiungere i risultati in tempi consoni al progetto pedagogico.

Quando in una famiglia abbiamo un soggetto con difficoltà si innestano nuove dinamiche relazionali sia interne alla famiglia sia esterne.

La famiglia può ridurre le occasioni di incontro con altri famigliari o amici, riducendo i contesti nei quali fare esperienze di conoscenza e relazione, ciò a discapito del benessere dei singoli soggetti provocando spesso cadute significative nelle relazioni tra i coniugi o tra genitori e figli.

La famiglia attuale risulta molto complessa, dalle risposte sempre personali, talvolta inaspettate e non prevedibili, per poterla comprendere il pedagogo clinico ha bisogno di riconoscergli la sua specificità e questo può essere ben illustrato nel progetto pedagogico che può prevedere azioni con ricadute positive sull'ambiente di vita, volte a migliorare il benessere del soggetto.

2.4 Alla base del progetto pedagogico: la capacità di riflessione del pedagogo clinico.

Alla base del progetto pedagogico c'è la conoscenza del bambino, dei rapporti che lo legano alla realtà ambientale, dei fattori di rischio e protezione che operano sulle sue risorse.

L'intelligenza pedagogica è al pari dell'empatia un'abilità che si apprende con l'esperienza e con una certa predisposizione, difficile essere empatici verso gli altri se non c'è una forte volontà e propensione alla conoscenza, all'ascolto, al mettere in dubbio i propri pregiudizi o comunque a saperli controllare per amore della conoscenza dell'altro.

L'intelligenza pedagogica, proposta da Bruner, è intesa come la capacità degli insegnanti di capire l'alunno e quanto è a livello pedagogico utile per il bambino, questa capacità può essere estesa alla figura del pedagogo clinico, poiché anche quest'ultimo è alla ricerca della comprensione profonda di chi ha di fronte.

La capacità di riflessione consente al pedagogo, insieme a una buona base scientifica sull'infanzia e più in generale sull'evoluzione dell'uomo, di assumere un atteggiamento critico sull'educazione.

Nel suo progettare il pedagogo, con solide basi teoriche, deve poter argomentare ogni azione educativa che ritiene indispensabile per quel soggetto in quel dato momento.

Si è già parlato dell'importante contributo che la pedagogia dà alla pratica del pedagogo clinico che associa all'osservazione scientifica un'approfondita riflessione e sintesi di dati emersi dall'analisi.

Nel Manuale di Mencarelli M. "Infanzia progetto pedagogico" si parla di intelligenza pedagogica come condizione per poter dar vita a un processo educativo che consente al pedagogo o al pedagogo clinico, all'educatore o all'insegnante di riflettere con accuratezza su ciò che si ha davanti, ovvero sulla persona e i suoi bisogni.

Il pedagogo clinico necessita di una preparazione ampia, approfondita, articolata, che possa favorire la valutazione e il ragionamento in termini di bisogni educativi.

L'intelligenza pedagogica consente al pedagogo clinico di percepire la difficoltà, formulare ipotesi e scegliere quella confermata dall'analisi dei dati, realizzare l'intervento, verificare i risultati ottenuti.

Occorre un buon senso di realtà, un'analisi approfondita del contesto, una volontà a

ridiscutere se necessario gli obiettivi e le ipotesi, la capacità di sostenere il lavoro e di documentare quanto svolto.

E' necessario che il pedagogista clinico si domandi costantemente chi è la persona verso la quale indirizziamo il nostro intervento, quali sono le risorse educative già disponibili, quelle da potenziare e le nuove da attivare.

2.5 La relazione pedagogica per un buon progetto pedagogico.

La relazione pedagogica è una relazione d'aiuto fondata sui bisogni educativi della persona.

La relazione di aiuto è stata definita da Rogers come “una relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità e il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato.

L'altro può essere un individuo o un gruppo” (Blezza F. , pag. 101-102, 2018).

Questo tipo di relazione è tipico della professione dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'educatore ma anche del pedagogista o pedagogista clinico che si presenta come altro e diverso rispetto a quel tipo di professione che fonda la relazione di aiuto in senso terapeutico.

La caratteristica della relazione d'aiuto definita pedagogica è il fatto che sia basata sul dialogo, su tutto ciò che è conscio della persona.

Nella relazione pedagogica si parlerà di:

- divenire della persona;
- bisogni di cura;
- bisogni educativi;
- bisogni affettivi;
- bisogni motori, linguistici e cognitivi;
- attivazione di risorse per l'autodefinizione e l'autodeterminazione;
- progetto di vita;
- esperienze significative.

Nel dialogo pedagogico si cerca di far emergere idee e progetti e di verificarne insieme la fattibilità rispetto alle risorse presenti e assenti della persona.

Il dialogo pedagogico nella relazione di aiuto sarà condotto in modo differente a seconda che la relazione è condotta con un minore o con un adulto.

Con il bambino piccolo il dialogo sarà più un dialogo condotto con modalità affettive, domande semplici, affermazioni per maturare in lui/lei fiducia, benessere, autostima.

Il dialogo sarà condotto attraverso uno sguardo attento e complice, il contatto fisico sarà una modalità preferita, una semplice carezza, un tocco leggero, un abbraccio potranno essere di aiuto nell'incoraggiare il bambino, nel rafforzarli l'autostima, nel fargli capire che sta andando nella giusta direzione, che può farcela o che se è necessario insistere ha il nostro supporto e incoraggiamento.

Un dialogo pedagogico più centrato sugli aspetti non verbali della comunicazioni.

Con l'adulto il dialogo invece si baserà più su narrazioni e riflessioni, non dovrà però mancare l'aspetto non verbale dell'accoglienza, lo sguardo attento, non giudicante, la vicinanza fisica ma non invadente saranno degli utili strumenti per rafforzare la relazione pedagogica.

Il dialogo pedagogico con l'adulto o il bambino si basa su aspetti consci e non inconsci come avviene nella terapia.

La relazione però non beneficerà solo di momenti dialogici ma anche di momenti operativi nei quali il pedagogo supporta attivamente la persona, pensiamo alle difficoltà di apprendimento dove è necessario aiutare il soggetto a comprendere il proprio stile di apprendimento, ad attivargli conoscenze di metacognizione, o quegli interventi dove attiviamo risorse di autonomia e di saper fare della persona, il dialogo potrà essere interrotto da attività specifiche ma quello che caratterizzerà questi momenti sarà il costante ascolto del pedagogo nel rilevare anche il non detto del soggetto, per esempio attraverso il non verbale, espressioni di stanchezza, di timore nell'affrontare un compito, di malessere generale o piacevolezza nell'affrontare per esempio compiti che prima potevano apparire difficili

Si osserveranno le espressioni facciali, le posture del corpo, come la persona si colloca nello spazio rispetto a noi o all'attività che deve fare, unite alle parole della persona.

Il pedagogo, forte della sua conoscenza teorica ed empirica, si pone in una posizione di ascolto, di non giudizio, di reale comprensione del significato delle parole e degli atteggiamenti della persona, per fare questo non può essere un mero osservatore che rileva e indica segni che ritiene più significativi ma deve porsi in una posizione attiva attraverso colloqui nei quali fare domande esplorative e investigative, osservazioni sul campo nel quale entrerà in contatto attraverso una comunicazione verbale, mimica, basata su una prossemica pensata al soggetto; anche il suo registro comunicativo del pedagogo clinico potrà variare in

base alla persona che ha di fronte.

Non c'è un vero e proprio inizio della relazione pedagogica anche se possiamo farlo risalire al primo incontro, quando il pedagogo accoglie le figure significative nella vita della persona o incontra la persona stessa. Il primo contatto, che è in genere telefonico, segna il primo step nella relazione pedagogica.

2.6 Le azioni del pedagogo: la messa in pratica del progetto pedagogico.

L'ambito di azione del pedagogo clinico è assai ampio perché vari sono gli eventi, i fatti, le problematiche che interessano la persona su cui il pedagogo clinico compie riflessioni per comprendere quale agire educativo è il migliore possibile.

Per raggiungere a questo risultato il pedagogo clinico osserva, studia i fenomeni, teorizza i processi evolutivi del soggetto o del gruppo. In pratica le sue azioni si possono così elencare:

- osservazione del caso clinico;
- osservazione delle risorse della famiglia;
- osservazione delle risorse dell'ambiente extra familiare;
- analisi delle diagnosi o certificazioni;
- scelta accurata di spazi, materiali, tempi.

Nel manuale di Crispiani "Pedagogia clinica della famiglia con handicap" (2008) si legge un elenco di azioni dirette e indirette di aiuto alla causa pedagogica:

- restituzione della diagnosi;
- trattamento educativo/riabilitativo;
- mediazione familiare;
- mediazione di coppia;
- parent training;
- consulenza e orientamento familiare;
- monitoraggio dell'attività scolastica;
- orientamento scolastico e professionale;
- adattamento

Tra le azioni indirette:

- mediazione con la scuola e i servizi socio-sanitari;

- individuazione e cura dei sussidi e ausili;
- formazione dei genitori;
- adattamento e cura degli ambienti domestici ed esterni.

Tutte queste azioni sostanziano l'agire del pedagogista clinico, azioni spesso molto diverse tra di loro condotte su un soggetto o più soggetti, su strumenti o oggetti.

Non tutte le azioni saranno presenti nei progetti pedagogici ma solo quelle più rispondenti alle necessità della persona o gruppo.

2.7 Le fonti di informazione: diagnosi, colloqui, osservazioni empiriche.

Il pedagogista clinico per sostenere la fondatezza delle azioni che individua e declina nel progetto pedagogico deve poterle giustificare su dati emersi durante la raccolta delle informazioni desunte da fonti dirette (osservazioni in situazione o strutturate) o indirette (colloqui con le figure adulte di riferimento per il soggetto, lettura di diagnosi).

Queste due fonti permettono al pedagogista clinico di predisporre un piano di intervento ad hoc, pensato per supportare la persona nel suo percorso di autodeterminazione e riflessione personale in coerenza con il processo di sviluppo e maturazione della persona.

Come appare evidente questi strumenti non sono di esclusivo retaggio del pedagogista clinico ma vengono utilizzati anche nella pratica psicologica.

L'azione conoscitiva portata avanti dal pedagogista è talvolta simile a quella dello psicologo, con conseguenti disagi nel definire in modo netto il confine tra le due figure.

Forse l'aspetto che meglio differenzia il pedagogista clinico dallo psicologo è il voler investigare gli aspetti consci e verificabili, di cui si ha immediata evidenza, lasciando alla psicologia tutti gli aspetti inconsci dell'agire.

Una netta demarcazione degli ambiti di intervento e dei metodi diagnostici non è possibile perché entrambe le discipline nascono da saperi condivisi, la riflessione filosofica e le scienze umane sono alla base sia della pedagogia che della psicologia.

La lente con cui lo psicologo guarda al soggetto è differente da quella utilizzata dal pedagogista, quest'ultimo vede l'interezza della persona e si pone domande di formazione sull'individuo. Lo psicologo si pone in ascolto degli aspetti inconsci dell'agire della persona e supporta il soggetto nel dare nuovi significati a esperienze e vissuti trascorsi.

Tra gli strumenti diagnostici in uso al pedagista troviamo:

- 1) l'osservazione clinica;
- 2) il colloquio clinico;
- 4) l'uso di scale di livello come check list o questionari valutativi;
- 5) sintesi del profilo della persona.

2.7.1 Il colloquio anamnestico e pedagogico.

Il colloquio è una fonte indiretta di informazioni sulla persona di cui si avvale il pedagista clinico così come altre figure impegnate professionalmente nelle relazioni di aiuto.

Il colloquio può essere definito come “un processo interattivo che ha luogo tra almeno due persone, in quanto l'interazione è finalizzata al conseguimento di un obiettivo predeterminato” (Del Corno f., Lang M., 2013, PAG. 95).

Il primo colloquio, in ogni professione di aiuto, è decisivo per la continuazione della relazione, per poterlo condurre è necessario avere competenze specifiche perché il rischio che si abbandoni la relazione di aiuto prima ancora di essere riusciti a definire la richiesta è molto alto.

Quando il pedagista clinico incontra i genitori del soggetto che verrà seguito o la persona stessa, se autonoma e in grado di poter prendere in autonomia scelte che la riguardano, si innestano una serie di aspettative in entrambi i soggetti, è importante che le energie, l'attenzione e gli intenti dei due interlocutori convergano sullo stesso obiettivo che sia chiaro fin da subito quali ruoli devono essere giocati, quali competenze devono essere messe in campo (es. competenze genitoriali, professionali ...), cosa ma soprattutto cosa non potrà fare il professionista, sicuramente non potrà esserci una delega totale nei confronti del pedagista che non potrà né sostituirsi ai genitori né sostituirne al soggetto nella sua ricerca di miglior benessere e crescita.

Già durante il primo incontro si riesce a definire almeno in linea generale una iniziale situazione di partenza e il contesto di riferimento, si inizia a definire il problema, mentre si scartano già alcune ipotesi.

Durante un colloquio si cerca di chiarire il contesto di vita della persona, le sue abitudini, i sintomi di disagio, gli aspetti salienti della storia medica e di relazione della persona.

Può essere condotto con le figure significative che si occupano del soggetto (genitori e

insegnanti) o con la persona stessa se l'età e la maturità lo consentono.

Il colloquio consente al pedagogo di iniziare una relazione significativa con chi si occupa della persona attraverso una condivisione verbale di informazioni determinanti che saranno integrate con altre informazioni desunte attraverso altre fonti per la comprensione del funzionamento della persona.

Le stesse prime informazioni desunte dal colloquio possono risultare utili durante i primi incontri con il soggetto da osservare, sapremo infatti già qualche indizio sulla tua vita affettiva, emotiva, relazionale.

Durante il colloquio investigheremo su questi ambiti:

- storia clinica e personale del soggetto;
- principali fasi dello sviluppo raggiunte (competenze linguistiche, emotive, motorie, relazionali);
- competenze sociali e autonomie raggiunte;
- preferenze alimentari, ritmi del sonno;
- frequenza scolastica;
- principali esperienze;
- adulti che si occupano del bambino e relazioni tra di loro.

Le regole che governano e dirigono un buon colloquio pedagogico sono molto simili ai colloqui anamnestici tra paziente e clinico.

Le competenze che il pedagogo clinico deve avere per assicurarsi le migliori condizioni per incontri basati sulla collaborazione e la comunione di intenti sono:

- sapersi presentare agli interlocutori, in modo chiaro definendo campo di intervento e funzioni proprie del pedagogo clinico;
- accogliere il soggetto senza giudizi;
- saper focalizzare il problema principale;
- riconoscere le modalità comunicative del soggetto;
- conoscere le proprie modalità comunicative;
- saper controllare gli errori della comunicazione;
- saper formulare in modo chiaro e comprensibile obiettivi in linea con il vissuto e l'ambiente relazionale del soggetto.

Per concludere possiamo dire che per affrontare un buon colloquio pedagogico è necessario

che il pedagogista clinico possieda capacità empatiche, di ascolto, competenze nel controllare e riconoscere i propri pregiudizi, desiderio di conoscenza, capacità di rilevare segni di disagio nella persona che affronta il colloquio.

2.7.2 L'osservazione.

L'osservazione è uno strumento di conoscenza della persona utilizzato dal pedagogista nel suo lavoro di clinico.

L'osservazione è un aspetto centrale della professione del pedagogista che legittima le azioni educative individuate nel progetto pedagogico e prese a favore della persona di cui ci si sta occupando.

Quando osserviamo in ambito pedagogico è necessario utilizzare un approccio clinico, ovvero conoscitivo, che attraverso il contatto diretto con il soggetto ci permetta di arrivare a formulare ipotesi su come impostare il lavoro partendo dai processi di sviluppo e di funzionamento della persona così come ci appaiono durante l'osservazione.

L'osservazione pedagogica mira a un obiettivo pratico, aiutare la persona nel suo processo di sviluppo, partendo dal soggetto, da quello che sa fare e che può imparare.

E' proprio la tecnica dell'osservazione che consente al pedagogista di procedere con efficacia verso i traguardi che ci si è prefissati, traguardi pensati per quella determinata persona, valutati dopo un'attenta analisi dei bisogni del soggetto rispetto a una necessità di crescita e di migliore adattabilità al contesto sociale di riferimento.

Senza questo importante passaggio le azioni a favore della persona, intraprese dal pedagogista non sarebbero sufficientemente giustificate e si rischierebbe di adottare metodi e tecniche solo perché è presente per esempio un disturbo conclamato (dislessia, disortografia, disprassia, deficit dell'attenzione...) perdendo però di vista la persona i suoi punti di forza e le sue motivazioni.

Chi osserva con presupposti clinici lo fa con intenzionalità, curiosità e libero il più possibile da pregiudizi.

Il pedagogista pur partendo da ipotesi che può già formulare in fase di colloquio anamnestico con il genitore necessita di un'ulteriore fonte di informazione che è proprio l'utilizzo dell'osservazione.

L'osservazione si differenzia dal semplice guardare poiché ha una finalità precisa, conoscere

realmente la persona e cogliere quegli elementi del suo comportamento che ci possono orientare nella progettazione pedagogica.

L'osservazione è uno strumento utilizzato da molte altre figure professionali, anche l'insegnante, l'educatore, lo psicologo e altri professionisti della sfera psico-medica-educativa con le quali il pedagogo entra frequentemente in contatto utilizzano lo strumento dell'osservazione, la condivisione di questo importante strumento getta una base comune su cui impostare una riflessione congiunta con gli altri professionisti, frequentemente infatti scuola, famiglia e professionisti riescono ad osservare la stessa frequenza e intensità con le quali si manifesta per esempio un disturbo.

Non è solo un'impressione, ma una constatazione di un comportamento ripetuto che ha ripercussioni negative sul benessere e adattabilità del soggetto.

Talvolta invece la capacità osservativa del pedagogo e la possibilità di condividere un punto di vista più scientifico con altre figure di riferimento per il bambino consente di cambiare prospettiva rispetto a quello che si è visto o si è pensato di vedere fino a quel momento. riuscendo a vedere comportamenti e atteggiamenti in una luce differente.

Osservare per il pedagogo non è solo una pratica, una modalità per condurre al meglio il lavoro di aiuto ma un'abilità che si acquisisce con costanza e impegno e con voglia di conoscenza e comprensione, mettendo al bando pregiudizi e giudizi di facile logica.

I principi di una buona osservazione sono gli stessi che guidano il lavoro di altri professionisti.

Per poter pensare a un buon progetto educativo il pedagogo deve poter contare su una buona conoscenza del bambino, dei rapporti che lo legano alla sua realtà familiare e sociale (scuola, gruppo dei pari, amici).

La conoscenza non può essere astratta ma specifica su quel bambino, andando a investigare con cura e pazienza tutte quelle competenze possedute e tutte quelle risorse attivabili anche dal soggetto stesso.

Il pedagogo è chiamato a capire cosa è utile per quella persona, per quel bambino, adolescente, adulto contestualizzando il bisogno alla realtà storica e culturale in cui vive.

L'osservazione per essere condotta in modo professionale deve abbandonare la logica del colpo d'occhio, dell'apparenza, andando a cogliere quegli aspetti che potrebbero non essere visibili, spesso resi comprensibili osservando ciò che è successo prima dell'evento.

Mencarelli nell'indicare il processo che porta alla valutazione educativa sostiene che “ si osserva (cioè si valuta) per comprendere (non per giudicare), si comprende per progettare; si progetta per educare” (Mencarelli, 1987, pag. 272).

Al pedagista che deve osservare vengono richieste capacità emotivo-relazionali molto importanti, come per esempio l'essere empatici per essere pronti a cogliere tutte le condotte, le azioni e i linguaggi della persona.

Se ci concentriamo sulle capacità osservative del pedagista nei confronti dell'infanzia, possiamo sostenere che osservando un bambino il professionista dovrà cogliere e analizzare l'aspetto motorio del comportamento, l'aspetto relazionale, le manifestazioni affettive, i linguaggi verbali, non verbali, gestuali utilizzati, l'aspetto cognitivo, le capacità artistiche.

Per fare ciò il pedagista è legittimato a utilizzare scale di valutazione dello sviluppo globale della persona, test, check list.

Un'osservazione assai ampia che permette al pedagista di vedere quel bambino e non un bambino generico senza imbrigliare il ragionamento in un semplice distacco da ciò che è nella normalità e ciò che invece ci si discosta.

Per poter giungere a delineare un buon progetto pedagico non possiamo astenerci da un'osservazione accurata della persona che rilevi risorse, debolezze, rapporti con la realtà familiare e sociale.

Cosa osservare? Il cosa osservare riguarda gli aspetti della condotta del bambino o dell'adulto, inerenti la motricità, il linguaggio, l'espressività, la gestualità, la mimica e aspetti più cognitivi come la memoria, la capacità di elaborare le informazioni, le abilità verbale e non verbali, inoltre si osserveranno in base all'età le capacità scolastiche acquisite.

L'osservazione sarà quanto più scientifica quanto più riuscirà a descrivere la condotta del soggetto senza arrivare a etichettare.

Nell'ultimo periodo si parla spesso di readiness, cioè di disponibilità del bambino ad apprendere, il pedagista deve riuscire a cogliere tale disponibilità attraverso l'osservazione.

Per cogliere tutti gli aspetti della persona lo strumento indispensabile al lavoro del professionista è l'osservazione che dovrà essere sistematica condotta sia con test e schede di valutazione sia con annotazioni quotidiane su quanto fatto insieme durante l'incontro, potranno essere fatti oggetto di osservazione anche prodotti grafico pittorici.

Per riflettere sul progetto pedagico del bambino indicando obiettivi, tempi, modi, risorse da

utilizzare in base alle specifiche necessità del bambino è necessaria una sistematica osservazione del comportamento del bambino.

Per poter osservare si deve acquisire un atteggiamento interiore “ di rispetto e di sospensione del giudizio nei confronti di quanto si viene osservando, un atteggiamento che si tradurrà poi in una presenza sul campo discreta, non intrusiva” (Baumgartner, 2008).

L’osservazione servirà per conoscere il soggetto e proporre un progetto pedagogico il più rispondente alle sue esigenze di maturazione ed espressione personale, ma servirà anche per mettere in discussione e individuare nuove direzioni pedagogiche, inoltre servirà per verificare l’efficacia delle azioni pedagogiche sul bambino.

E’ l’autore Bruner che parla di intelligenza pedagogica come capacità di capire “qui e ora nel concreto della specificità realtà...quanto è pedagogicamente utile e necessario” (Mencarelli, 1987, pag. 271).

L’idea di intelligenza pedagogica proposta da Bruner rimanda a un ragionamento complesso che il pedagogo deve fare, la complessità dell’osservare nega la possibilità che l’osservazione consista in un semplice guardare, se è necessaria un’ intelligenza pedagogica per cogliere e capire significa che devono essere messi in atto processi cognitivi complessi da parte del pedagogo, ci deve essere intenzionalità, capacità di fare ipotesi, capacità di cogliere elementi poco noti, capacità di rilevare gli eventi in sequenza individuando influenze e consequenzialità, ma anche capacità di contrastare pensieri semplicistici.

2.7.3 Tipi di osservazione utilizzati dal pedagogo clinico.

L’osservazione che più frequentemente viene utilizzata dai professionisti in campo educativo è quella spontanea che è tuttavia estemporanea e non programmata, utilizzata senza una particolare domanda che la governa, dove si coglie solo quello che macroscopicamente appare e che può essere assunto come causa principale di altre manifestazioni che possono invece non avere nulla a che fare con quanto osservato.

Nel manuale di Baumgartner E. (2008) si legge che l’osservazione spontanea “coglie fenomeni macroscopici e vistosi, ignorando fenomeni meno visibili ma non meno significativi; conduce a generalizzazioni indebite perchè non controllano la frequenza, l’intensità e le circostanze di un determinato comportamento; stabiliscono collegamenti causali anche là dove non esistono. L’associazione tra due fenomeni può essere del tutto

estemporanea e non determinata da una spontanea relazione (Baumgartner, 2008, pag. 16).

Seppur più semplice da realizzare per lo specialista, è tuttavia meno accurata, meno significativa nei fenomeni osservati, e comporterebbe delle azioni meno efficaci.

Il progetto pedagogico non può basarsi solo su osservazioni spontanee per loro stessa natura spesso poco attendibili per i motivi elencati in precedenza.

E' bene che il pedagogista opti per altre forme di osservazione, oltre all'osservazione spontanea che tuttavia mostra più criticità che aspetti positivi.

Rispetto alle possibili modalità di osservazione esistenti, il pedagogista clinico utilizza l'osservazione indiretta dove si valutano le disponibilità e i punti di debolezza del soggetto, partendo dalle informazioni che ci vengono riferite nei colloqui con i genitori o con le figure significative nella vita della persona, attraverso la lettura di documenti di vario genere come diagnosi, valutazioni di altri specialisti, attraverso l'osservazione di materiale prodotto dalla stessa persona come scritture private, disegni, e l'osservazione diretta condotta sul soggetto.

L'osservazione diretta può essere in situazione o predefinita.

L'osservazione diretta in situazione prevede che:

- non vengono proposte attività prestabilite;
- si svolge nell'ambiente di vita;
- osserva comportamenti e competenze spontanee;
- osserva competenze globali;
- fornisce informazioni sulle relazioni interpersonali;
- permette di valutare le modalità di partecipazione alle proposte dell'ambiente.

Questo può avvenire nello studio del professionista o nella classe.

Lo specialista presente nella stanza avrà il compito di accogliere il soggetto osservando come si muove nell'ambiente, come si distacca dalla figura che lo ha accompagnato, come si rapporta con la figura che lo ha accompagnato, come si rapporta con lo specialista e con quali canali comunicativi, quali sono i canali comunicativi più utilizzati con l'altro e durante le attività che svolge, si osserverà anche il tempo di attenzione, le capacità di movimento globale e fine, lo sviluppo del linguaggio e l'aspetto emotivo relazionale.

L'osservazione in ambiente predefinito necessita di una predisposizione della situazione da parte del pedagogista che dovrà compiere delle scelte in base al contesto, alle attività da proporre, agli strumenti da utilizzare, per esempio se vogliamo valutare il livello di

preparazione della letto scrittura sceglieremo brani consoni all'età del bambino, materiale scritto per permettergli di scrivere qualche frase e vedere come viene condotto il gesto grafico.

Nell'osservazione predefinita il professionista sceglie con cura oggetti da far trovare e la loro collocazione, avrà scelto adeguatamente il materiale da proporre per esempio materiale per le prove di scrittura e lettura, calcolo e comprensione, o memoria e attenzione, capacità di ragionamento e di memoria di lavoro, competenze visuo - spaziali.

Gli strumenti che consentono al pedagogo di registrare i risultati dell'osservazione consentendo di confrontare i dati in momenti diversi del progetto educativo del soggetto sono: test, check list, diari, compilazione di scale di sviluppo.

Il lavoro del pedagogo per giungere alla stesura del progetto educativo non è ancora giunto al termine.

Infatti, sarà necessaria un' ulteriore rivalutazione delle informazioni desunte dalle molteplici fonti disponibili (colloqui anamnestici, osservazioni in situazione e strutturate) questo permetterà allo specialista di arrivare alla sintesi del profilo della persona, un ulteriore passo avanti verso l'idea di progetto pedagogico.

Il pedagogo quando raccoglie le informazioni deve aver chiaro come può essere compiuta l'osservazione , chi dovrà osservare e cosa dovrà osservare.

Sul come dovrà essere compiuta l'osservazione il pedagogo deve seguire una visione il più possibile olistica, globale e non mirata a confermare un'ipotesi che inizialmente può essere stata formulata., l'osservazione dovrà essere condotta con oggettività, prevedendo momenti di riflessione e di valutazione di quanto osservato.

Sul cosa osservare l'ambito è assai vasto e comprende la persona nella sua globalità includendo ogni possibile manifestazione del proprio essere. Ne consegue una formazione sulla persona da parte dello specialista in pedagogia clinica assai vasta e completa.

La sua attenzione dovrà ricadere su più ambiti di sviluppo, si dovrà considerare:

- lo sviluppo del linguaggio
- lo sviluppo motorio
- le competenze comunicative – relazionali
- le abilità sociali
- le autonomie raggiunte

- le capacità cognitive

La formazione del pedagista per compiere l'osservazione deve essere solida e multidisciplinare.

Sul chi osservare ci si riferisce al soggetto che il pedagista prende in carico ma questa osservazione dovrà comunque prendere in considerazione le possibili e molteplici variabili che possono intervenire nel determinare o inibire un comportamento, lo sguardo del pedagista dovrà allargarsi a tutte quelle possibili variabili che possono influenzare il comportamento del soggetto.

L'osservazione pur essendo uno strumento che è bene utilizzare in modo sistematico e organizzato, è pur sempre una pratica che quotidianamente accompagnerà il lavoro del pedagista, che in costante tensione conoscitiva cercherà di scoprire le nuove disponibilità del soggetto.

Ma tra un'osservazione spontanea e un'altra il pedagista deve poter contare anche su pratiche di osservazione più sistematiche per poter contare su dati certi, su valutazioni verificabili, su dati non confutabili e non attribuite a semplici supposizioni, a causalità che non esistono, a ragionamenti apparentemente logici e lineari ma che non rispecchiano la complessità del fare, dell'agire dell'essere del soggetto.

Oppure può utilizzare le osservazioni dirette, come quelle naturalistiche, che si dovranno differenziare da quelle occasionali per il fatto che dovranno essere programmate nel tempo.

L'osservazione naturalistica ha lo scopo di descrivere il comportamento spontaneo del bambino in differenti contesti, può essere condotta nello studio del professionista, a casa, o a scuola.

L'osservatore non parteciperà alle attività ma osserverà quanto accade, il comportamento, la gestualità, l'espressività del bambino.

Le finalità sono esplorative e descrittive e consentono di fare ipotesi che verranno poi confermate o ritratte.

Questo tipo di osservazione ha dei rischi, infatti le informazioni recuperate spesso sono quantitativamente elevate, infatti l'osservazione è generalizzata in assenza di ipotesi specifiche sulla problematica da osservare.

Inoltre se l'osservazione è condotta in ambiente diverso dalla stanza del professionista ci possono essere variabili intervenienti difficili da isolare o controllare.

Basti pensare alle difficoltà che può incontrare un pedagogo nell'osservare un bambino di età prescolare nel suo ambiente scolastico dove sono presenti altri bambini, adulti, dove l'ambiente è spesso rigidamente predisposto.

L'osservazione possiamo sostenere che dura tutto il tempo in cui il bambino è preso in carico dallo specialista, ma sarà sovente un'osservazione spontanea, accanto lo specialista utilizzerà osservazioni più sistematiche e mirate.

Quando vengono condotte delle osservazioni è necessario che il professionista sappia riconoscere e controllare i suoi eventuali pregiudizi, infatti è richiesto allo specialista la sospensione del giudizio che è possibile se ci si attiene alla sequenza dei fatti, così come si sono svolti e non su come possono apparire, se gli eventi vengono registrati in diversi momenti e in differenti periodi.

L'osservazione ci induce a vedere comportamenti, atteggiamenti in modo diverso da quello che usualmente cogliamo, proprio perché ci consente di analizzare le relazioni che esistono tra comportamento osservato e gli eventi che lo precedono, il comportamento degli altri e il contesto in cui si verifica e la frequenza con la quale si verifica.

Ciò che diventerà importante nell'osservazione non saranno solo le problematiche ma soprattutto gli elementi, eventi fatti che li determinano o li rafforzano.

Ogni progetto educativo acquista proprietà pedagogiche se muove da una profonda conoscenza delle risorse, potenzialità, bisogni e resistenze del bambino o del soggetto preso in carico.

Il bambino reale verso il quale indirizzeremo il nostro intervento sarà il bambino che ci porta la sua cultura, le sue abitudini, le relazioni affettive ed emotive che vive, il contesto nel quale è inserito e il suo temperamento.

2.8 L'analisi dei bisogni e del contesto.

Per poter arrivare a una conoscenza della persona è necessario servirsi di più fonti dirette e indirette che spaziano dai colloqui con i genitori o le figure significative che si occupano della persona, alle pratiche osservative condotte con rigore e sistematicità al fine di avere dati confrontabili nel tempo e il più possibile oggettivi. Si possono utilizzare anche test e questionari, diagnosi e relazioni stilate da professionisti dell'area medico-psicologica-educativa che ci raccontano la storia clinica del soggetto.

In questa analisi recupereremo informazioni importanti sul bambino e sul suo contesto di vita. Ne emergerà un profilo coerente con i vissuti e le caratteristiche della persona e del suo contesto di vita che verrà delineato nella sintesi del profilo del soggetto, da cui partire per definire le azioni pedagogiche da attuare per la persona.

L'elaborazione del profilo del soggetto, resa possibile dalla sintesi delle informazioni, è un momento importante che giunge dopo una serie di passaggi conoscitivi condotti dal pedagogo.

La sintesi non può essere redatta in fretta, né può emergere per rispondere in modo immediato a una eventuale emergenza, né i dati possono essere desunti senza una qualche riflessione pedagogica.

La sua elaborazione necessita di tempi di riflessione, di integrazione dei dati recuperati da più fonti.

Per arrivare alla sintesi il pedagogo avrà bisogno di predisporre uno spazio mentale entro il quale ci sarà l'elaborazione e la rivalutazione di dati desunti da più fonti.

I risultati ottenuti saranno il frutto di un attento recupero di tutte le informazioni in possesso del pedagogo, integrate con le conoscenze pedagogiche che ne derivano dall'aver studiato lo sviluppo della persona.

Nel manuale di De Vio, Lo Presti (2014) riferito all'iter diagnostico, si legge che lo psicologo clinico necessita di uno spazio mentale entro il quale condurre le proprie riflessioni, questa considerazione, a mio avviso, può essere estesa anche al lavoro del pedagogo clinico, anch'egli non lavora in emergenza e necessita di tempi per la riflessione e la conoscenza per arrivare a valutare, confrontare e mettere insieme dati.

I fattori che determinano lo sviluppo della persona non sono solo biologico ma anche ambientali e nella sintesi dovranno essere considerati.

Per individuare i punti di forza e di criticità del soggetto i dati raccolti devono essere confrontati al fine di arrivare a individuare dati certi sulle competenze della persona e su quelle aree che hanno subito un arresto nel processo di sviluppo maturativo.

Desumeremo i punti di forza e debolezza da: diagnosi, colloqui anamnestici, prove standardizzate di performance, osservazioni cliniche.

2.9 Metodi e tecniche nel progetto pedagogico.

La scelta metodologica è un momento importante nella creazione del progetto pedagogico e riguarda tutte quelle tecniche e strumenti che orientano gli obiettivi del pedagogista clinico, che dovranno essere utilizzati in modo flessibile e adattati alle esigenze del bambino.

La metodologia proposta nel progetto pedagogico si deve fondare sulla conoscenza che ci deriva dall'aver recuperato le informazioni tramite i colloqui e le osservazioni.

Le tecniche e i metodi devono essere già conosciuti dal pedagogista clinico che le propone, infatti è necessario che il professionista conosca già punti di forza e di debolezza delle tecniche e metodologie da proporre.

Ci deve essere coerenza tra ciò che si è osservato e analizzato e quello che si decide di proporre e soprattutto ci deve essere coerenza pedagogica tra i vari interventi che si attueranno per e con il soggetto.

Il progetto pedagogico è in grado di argomentare la scelta di un metodo o di una tecnica per ottenere come obiettivo il miglior sviluppo possibile della persona.

Attraverso il metodo o la tecnica traccio la via per arrivare ai miei fini che sono i fini di educazione e maturazione che lo stesso soggetto o gruppo ci hanno permesso di definire dopo l'osservazione.

Un metodo non può essere adottato nel progetto pedagogico perché valido per quel sintomo che la persona mostra, ma deve essere valido per sostenere il processo di benessere e crescita dati quei sintomi e disagi e considerate le peculiarità della persona.

Nel progetto pedagogico possiamo utilizzare più metodi e tecniche se la finalità li giustifica, evitando un'eccessiva frammentazione delle azioni che comporterebbero a un agire educativo disorganizzato.

Il progetto pedagogico deve essere circostanziato, cioè calibrato su quel bambino, su quella

persona, su quel gruppo con itinerari scanditi anche da metodi e tecniche calati su situazioni precise.

La conoscenza profonda del soggetto è necessaria al fine di determinare i migliori metodi e tecniche che ci permetteranno di raggiungere quei fini, nel progetto deve essere chiaro perché si sceglie quel metodo, quest'ultimo in coerenza con gli altri eventualmente adottati.

Se per esempio riteniamo che il bambino abbia bisogno di un intervento psicomotorio non ci dovremmo dimenticare di andare ad esplorare altri ambiti legati alla relazione, all'affettività, all'autonomia del soggetto, agli apprendimenti oppure se riteniamo di dover condurre un percorso sulle difficoltà di apprendimento è possibile che sia necessario anche l'intervento del logopedista e dovrebbe quindi valutare gli interventi anche nell'ottica della sostenibilità da parte del bambino di più interventi insieme, calibrati in base alle risorse attentive e alle disponibilità del soggetto.

Quando si discute di metodi si intendono delle esperienze riuscite che applicate hanno ottenuto buoni risultati per esempio in ambito pedagogico-educativo.

Il pedagogo che nella redazione del progetto educativo indica metodi e tecniche da seguire ne deve avere una buona conoscenza, deve conoscerne limiti e pregi e ipotizzare la rispondenza di quel metodo rispetto alla persona verso la quale si proporrà.

I metodi quindi quando si decide di proporli devono essere suffragati da un ragionamento pedagogico che lo si desume dal progetto pedagogico stesso.

Ogni tecnica o metodo deve riuscire a sviluppare il potenziale educativo della persona.

2.10 Tempi e verifica dei risultati.

Il progetto pedagogico vede la persona o rileva una necessità da affrontare in ottica preventiva nel qui e ora.

Ciò che vuole realizzare è perseguibile in tempi e modalità abbastanza certe.

Le azioni devono poter essere scandite nel tempo in sequenze certe ma non rigide.

Utilizzando test, scale di valutazioni e check list il pedagogo è in grado nel tempo di valutare le evoluzioni del comportamento e del benessere della persona secondo items che mostrano frequenza e livello delle abilità acquisite. I dati possono essere rivalutati nel tempo, mostrando una linea di tendenza di fondo, si potrà valutare se il comportamento ha mostrato

una regressione oppure un'evoluzione migliorativa o peggiorativa della condizione della persona, oppure potremmo indicare la presenza di items che prima erano assenti ma che ora invece sono acquisiti.

Un momento importante della verifica dei risultati è quello del colloquio con i genitori nel quale andremo a riferire traguardi raggiunti nel percorso con lo specialista ma riceveremo anche feedback di quanto raggiunto in classe e a scuola.

CAPITOLO 3. Il disturbo da deficit di attenzione, iperattività e impulsività.

3.1 L'ADHD.

La diagnosi di ADHD è una diagnosi clinica basata su conclusioni a cui giunge il clinico dopo aver osservato il bambino e preso informazioni da fonti multiple come i colloqui con i genitori e le informazioni che si recuperano da fonti indirette come i questionari da compilare che indicano la frequenza con la quale un comportamento si manifesta. La diagnosi è quindi derivata da una serie di riflessioni, valutazioni fatta su conoscenze che si hanno sul bambino e sul suo funzionamento.

Nel DSM V la caratteristica principale del disturbo da deficit di attenzione e iperattività è “un persistente pattern di disattenzione e/o iperattività -impulsività che interferisce con il funzionamento e lo sviluppo”.

Chi manifesta disattenzione tende a distrarsi dal compito, ha scarsa perseveranza, ha scarse capacità di concentrazione.

L'iperattività invece si manifesta con comportamenti motori ritenuti eccessivi e poco controllati, spesso è presente un'eccessiva verbosità e la tendenza a parlare anche in situazioni non adeguate.

L'impulsività si manifesta con azioni svolte in modo frettoloso, immediate che possono essere considerate pericolose per la persona o per gli altri.

Da un punto di vista pedagogico è bene che il clinico sappia quali sono le caratteristiche principali con le quali il deficit si manifesta, il pedagogo dovrà essere in grado di integrare gli elementi presenti nella diagnosi con quelli osservati, è necessario quindi che le caratteristiche dell'ADHD così come sono elencate nel manuale statistico diagnostico di

riferimenti per i clinici siano conosciute.

Il DSM V elenca i seguenti sintomi per la disattenzione:

- il bambino non riesce a prestare attenzione per i particolari o commette errori di distrazione...;
- spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco ...;
- spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente ...;
- spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici;
- spesso evita, prova avversione, o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto;
- spesso perde gli oggetti necessari per i compiti o le attività;
- spesso è facilmente distratto dagli stimoli estranei;
- spesso è sbadato nelle attività quotidiane;

Sintomi inerenti l'iperattività e l'impulsività:

- il bambino spesso muove con irrequietezza mani o piedi o si dimena sulla sedia;
- spesso lascia il proprio posto a sedere in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto;
- spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui è fuori luogo;
- spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo;
- è spesso "sotto pressione" o agisce come se fosse "azionato da un motore";
- spesso parla troppo;
- spesso "spara" le risposte prima che le domande siano state completate;
- spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno;
- spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti.

Alcuni di questi sintomi si manifestano in tenera età ma è facile che siano semplice interesse del bambino per il movimento piuttosto che un vero e proprio sintomi che anticipa la comparsa del disturbo.

In genere l'ADHD si diagnostica con più precisione durante i primi anni della scuola primaria. In età prescolare i sintomi più evidenti sono legati all'iperattività mentre le disattenzione spesso sono scambiati per normali disinteresse e scarsa motivazione al fare o all'ascoltare. Durante la scuola primaria invece si tende a dare maggiore importanza alla disattenzione perché comporta una difficoltà di apprendimento e la conseguenza che

determinate conoscenze strumentali possono stentare ad essere acquisite. Ovviamente anche il comportamento motorio è fatto oggetto di osservazione, perché anch'esso determina una perdita di concentrazione e una maggiore difficoltà ad adattarsi ai ritmi e alle attività scolastiche.

3.2 Il trattamento cognitivo comportamentale.

Dopo che la diagnosi è stata fatta il bambino può essere preso in carico di differenti specialisti, tra cui psicologi, psicomotricisti e pedagogisti clinici.

Riportiamo alcuni principali trattamenti cognitivo comportamentali che hanno ottenuto buoni risultati nelle situazioni di disattenzione e iperattività conclamate.

Riportare queste tecniche ci è utile per riflettere sulle possibili strategie e metodologie che il pedagogista clinico può ritenere utile da inserire nel Progetto educativo sia nel caso in cui la tecnica è proposta dallo stesso pedagogista, sia che invece la tecnica è proposta all'interno di un percorso psicologico ad approccio per esempio cognitivo o comportamentale.

Bisogna infatti ricordare che compito del pedagogista è anche quello di raccordare il proprio operato con quello di altri specialisti.

Riportiamo brevemente alcune tecniche comportamentali ritenute dalla comunità scientifica valide per il trattamento dell'ADHD.

Le tecniche comportamentali possono essere inerite all'interno di un approccio più ampio alla persona e ai sintomi che il comportamento manifesta.

Esistono due principali tecniche comportamentali, quelle che aumentano la probabilità di emissione di un comportamento e quelle che riducono la probabilità di emissione di un comportamento. Il rinforzamento, lo Shaping, il Chaining, il Prompting, la Guida Fisica, il Matching, il Fading rientrano nella categoria delle tecniche che aumentano la probabilità che un comportamento si manifesti, si cerca di rafforzare e incoraggiare un comportamento ritenuto positivo.

L'Estinzione, la Desensibilizzazione Sistemica, l'Arresto del Pensiero, il Flooding, il Time-Out, il Costo della Risposta, l'Overcorrection, sono invece tecniche comportamentali che riducono la probabilità che un comportamento considerato indesiderato si manifesti.

Consideriamo alcuni di queste tecniche.

Il Rinforzamento aiuta il soggetto a riproporre nel tempo un comportamento ritenuto positivo. Il bambino compie un comportamento positivo e a seguire si verifica un evento gratificante per il bambino stesso. Un rinforzatore può essere il denaro o nella token economy degli oggetti dati simbolicamente. I rinforzatori possono essere positivi se dopo l'emissione del comportamento segue una ricompensa che premia il soggetto o rinforzatori negativi che a seguito dell'evento che cessano a mano a mano di esistere se il comportamento positivo viene reiterato. Sicuramente può risultare difficile trovare i rinforzatori adatti, non si potrà usare per soggetti della stessa età per esempio gli stessi rinforzatori perché devono essere scelti in base ai desideri e alle motivazioni del soggetto, oppure devono essere scelti considerando l'età, un rinforzatore che può gratificare un bambino di 6 anni può infecenon sortire alcun effetto su un ragazzo di 14 anni.

I rinforzatori vanno quindi scelti caso per caso dopo un'attenta osservazione e conoscenza della persona.

Altra tecnica è quella della Token Economy, assai diffusa e conosciuta spesso utilizzata in modo errato o approssimativo ma che possiamo affermare ha entusiasmato insegnanti ed educatori ed è stato spesso utilizzata anche in modo grossolano e impreciso.

Token economy significa "economia a gettoni", il rinforzo dato è simbolico e fa da ponte tra il comportamento che si vuole rinforzare e l'erogazione del rinforzo.

E' una sorta di sistema di scambio, devono essere definiti preliminarmente i comportamenti da rinforzare, ogni volta che si manifestano il bambino guadagna un token, quali comportamenti sono da eliminare che se manifestati comportano un costo della risposta e infine quali rinforzatori possono essere ottenuti una volta che si accumulano un certo numero di token.

I token pur non avendo in sé nessun valore materiale permettono però di arrivare a soddisfare un desiderio (es. andare al cinema, ottenere un gioco nuovo, poter stare di più al parco...) .

I rinforzatori dovranno essere pensati e scelti in base alle caratteristiche del soggetto, alla sua età, ai suoi gusti.

Un'altra tecnica comportamentale è il costo della risposta , anch'esso uno strumento valido per i soggetti con ADHD se personalizzato in base alle caratteristiche del bambino.

E' una tecnica utilizzata per far diminuire in maniera sensibile i comportamenti di iperattività e distrazione.

Vengono dati al bambino alcuni gettoni all'inizio dell'attività o a inizio giornata, se i comportamenti che vogliamo inibire non si manifestano durante l'attività al bambino rimangono i gettoni dati all'inizio senza nessuna decurtazione.

I gettoni saranno scambiati con qualcosa di gradito al bambino e concordato in precedenza.

Se le regole non vengono rispettate durante l'attività o la giornata al bambino vengono decurtati dei gettoni. Il bambino vedrà visivamente calare la quantità di gettoni che gli sono stati dati a inizio attività.

Questa è una tecnica che viene descritta come “semplice” in realtà chi la utilizza può incappare in una serie di errori, tra i più frequenti:

- si scelgono premi non attraenti o adatti all'età del bambino;
- i premi vengono concessi con tempistiche sbagliate, i gettoni devono essere sottratti subito e il premio deve arrivare in tempi certi;
- i genitori e gli insegnanti utilizzano in modo differente e/o errata la tecnica, creando confusione nel bambino e vanificando l'intento educativo;

Oltre alle tecniche comportamentali sopra elencate, esistono altre tecniche cognitive in aiuto nei percorsi per l'ADHD.

Una delle tecniche più efficaci è il “training di autoistruzione verbale”, che aiuta i bambini ad essere più efficaci nelle difficoltà di problem solving e nelle attività di vita quotidiana, ambiti nei quali la disattenzione e l'impulsività nelle risposte può comportare dei deficit.

Il training si compone di 8 steps:

1. Scelta del compito
2. Modeling cognitivo (suddivisibile a sua volta in 6 fasi)
3. Guida esterna esplicita
4. Autoistruzioni esplicite
5. Modeling di autoistruzioni esplicite ridotte
6. Pratica nell'autoistruzione esplicita ridotta
7. Modeling di autoistruzioni implicite (interne)
8. Pratica nell'autoistruzione implicita

Si sceglie un compito che necessita di abilità di problem solving e attenzione prolungata, con il modeling l'operatore ripete il ragionamento che il bambino potrebbe compiere per arrivare alla soluzione, nella terza fase si applica la strategia, nella quarta fase si monitorano i

progressi fatti durante la risoluzione del compito, nella quinta fase ci si dà un'autovalutazione dei traguardi fatti, nella quinta e sesta fase si può decidere di usare un'altra strategia se quella inizialmente scelta non ha dato buoni risultati.

Nell'ultima fase è il bambino da solo che prova con una guida esterna.

3.3 Il trattamento farmacologico

Il trattamento farmacologico non è mai proposto come unica strada per limitare i comportamenti iperattivi e impulsivi del bambino soprattutto in situazioni di comportamenti particolarmente pericolosi per l'incolumità fisica del bambino e di chi gli sta accanto. È sempre necessario che il trattamento farmacologico sia affiancato da un approccio pedagogico o educativo, ma non è vero il contrario, molti bambini o adolescenti o adulti con sindrome ADHD possono essere coinvolti in trattamenti educativi o psicologici senza che gli vengano somministrati farmaci.

Frequentemente il trattamento farmacologico è proposto insieme a un trattamento cognitivo-comportamentale o trattamento psicomotorio o educativo.

È inefficace e altamente sconsigliato trattare l'ADHD solo con farmaci psicostimolanti o antidepressivi. Il trattamento farmacologico può apportare significativi miglioramenti nella capacità di controllare i movimenti impulsivi e migliorare l'attenzione.

Il trattamento farmacologico porta a ridurre i comportamenti di impulsività o iperattività e a migliorare i tempi di attenzione ma non "curano" né riportano il soggetto a uno stato di "normalità". L'effetto è quello di ridurre quantitativamente i sintomi e di ridurre la frequenza e l'intensità con la quale i sintomi si presentano ma non a farli scomparire del tutto.

Quando è presente una comorbilità tra ADHD e il comportamento dirompente i medici possono prescrivere degli antipsicotici che è ritenuta la terapia ad oggi più efficace nel trattamento dell'ADHD con vari studi e ricerche condotti negli ultimi 60 anni che hanno confermato i risultati.

La durata della terapia farmacologica varia da soggetto a soggetto ed è prescritta da un medico o dal neuropsichiatra.

Il pedagogo clinico nell'analisi generale della situazione del soggetto deve considerare anche la presenza di terapie farmacologiche, senza, ovviamente prescriberle né consigliarle,

proprio perché l'intervento del pedagogista clinico è educativo e non medico.

3.4 Il trattamento CO.CLI.TE.

Nel manuale di Crispiani (2005) si legge che alla base del trattamento c'è una visione cognitivista improntata sui "processi di organizzazione/coordinamento del pensiero e del suo agire in ogni ambito, dal motorio al percettivo al simbolico", e si riconosce una natura "cognitiva, neurobiologica e unitaria della sindrome. La visione della difficoltà è unitaria e cosicché anche il piano di intervento proposto.

L'organizzazione del pensiero e delle azioni si fonda su una buona maturazione delle funzioni percettivo e motorie per arrivare alla funzione simbolica.

La modalità di osservazione del soggetto e dei suoi tratti è di natura clinica poiché riconosce ed osserva le singolarità della persona per poter adattare il trattamento.

La natura educativa del trattamento si basa sulla presa in carico globale della persona in una prospettiva globale ed ecologica del soggetto con le sue caratteristiche e criticità nonché sul contesto di vita.

Il sistema CO.CLI.TE che si occupa del disturbo di attenzione e iperattività e impulsività

Il trattamento prevede azioni e fasi. Le azioni sono distinguibili in dirette e indirette. Le azioni dirette potenziano le funzioni motorie, percettive, emotive, affettive, intellettive, linguistiche e sociali, operative)

Le azioni indirette predispongono l'ambiente fisico e le relazioni, in ottica di prevenzione.

Le fasi per poter adottare nel migliore dei modi le azioni sono:

- Primo colloquio
- Accoglienza
- Diagnosi
- Progetto educativo
- Restituzione della diagnosi ed el progetto educativo
- Relazione con la scuola ed altri ambienti
- Trattamento
- Monitoraggio.

Il trattamento, parte centrale della presa in carico del soggetto, prevede delle azioni dirette che

potenziano gli aspetti cognitivi e dinamici dell'apprendimento potenziando per il potenziamento delle funzioni percettive, linguistiche, operative, sociali, motorie, affettive, intellettive), queste azioni sono:

Azione 1, autoanalisi, narrazione e biografia che utilizza la narrazione e la metacognizione per investigare pensieri e credenze del bambino con ADHD sulla sua disattenzione, iperattività e impulsività. Spesso i soggetti con ADHD hanno idee disorganizzate e frammentarie sulle proprie difficoltà e su come possono essere percepite dall'esterno, questo tipo di azione li aiuta a dare un ordine alle loro credenze.

L'azione 2: autoistruzione e gestione mentale si ispira alla metacognizione e alla pratica della gestione mentale di La Garanderie aiuta il bambino a evocare e a darsi autoistruzioni e ad autoverbalizzare immagini, parole, figure, gesti che vengono evocate con tecniche di autoistruzione.

L'azione 3 riguarda la motricità e il rilassamento mirano a un maggior controllo del corpo utilizzando ancora la metacognizione.

Il soggetto si dà autoistruzioni verbali e le evoca. Si alternano le attività di motricità, di rilassamento generale e di controllo dell'attenzione.

L'azione 4 riguarda i processi percettivi, che nell'adhd sono compromessi in quanto il soggetto non è del tutto in grado di inibire i distrattori, focalizzare l'attenzione sui particolari, percepire gli aspetti globali e muoversi fluidamente tra il tutto e la parte.

L'azione 5 sui processi sequenziali e la velocità propone schede dove più azioni cognitive vengono compiute insieme, per esempio si lavora simultaneamente su percezioni e verbalizzazione.

L'azione 6 riguarda la comprensione del testo si promuove la ricerca e la riscrittura di parole.

Le azioni indirette coinvolgono la scuola per aiutare gli alunni con adhd a realizzare percorsi scolastici volti al successo e all'inclusione.

Si va ad agire sull'ambiente scolastico, in particolare si strutturano gli spazi, gli ambienti, i tempi, si scelgono materiali e sussidi stimolanti si cerca la cooperazione scuola-famiglia, ci si attiva per le emergenze. Lo spazio è in grado di accentuare il problema del bambino con adhd è bene eliminare gli stimoli distraenti. Il tempo è un altro fattore importante, le attività devono essere organizzate in sessioni brevi per evitare che il bambino sia costantemente distratto vista la sua problematica. Altro elemento importante sono i materiali che devono essere scelti con

cura, per attirare l'attenzione del bambino e soprattutto al fine che la mantenga devono essere accattivanti. I materiali non devono essere iperstimolanti, devono essere ben visibili e collocati in un luogo in modo ordinato.

Questo tipo di trattamento ha il merito di considerare ogni funzione umana, come se ognuna di esse contribuisse alla diminuzione dei sintomi dell'adhd o li ampliasse.

3.5 La Pet Therapy.

E' un intervento assistito con gli animali o zooterapia, l'uomo e l'animale entrano in relazione con la finalità di portare beneficio fisico e psichico nell'uomo che dovrà assistere e curare un animale definito "domestico".

L'intervento ha una valenza terapeutica riabilitativa ma anche educativa questo tipo di intervento utilizzato in diverse situazioni di deficit e patologie si è rivelato utile nelle situazioni di ADHD.

L'intervento può essere distinto in tre diverse categorie:

- la terapia assistita con gli animali;
- l'educazione assistita con gli animali.

La terapia assistita con gli animali ha finalità terapeutiche e presuppone una prescrizione da parte del medico o dello psicologo. E' una terapia personalizzata, e si adatta alle esigenze del soggetto.

L'educazione assistita con gli animali ha finalità educative e mira a creare benessere emotivo nel soggetto, questo tipo di intervento si utilizza nei casi di ADHD con buoni risultati.

L'attività assistita con gli animali ha natura ludica, la persona entra in relazione con l'animale prendendosene cura.

Si hanno benefici a livello psico affettivo, emotivo e si favoriscono le abilità sensoriali.

La pet therapy con soggetti con ADHD può essere condotta tenendo però in considerazione alcuni elementi importanti come: il livello di autonomia del soggetto, l'interesse del bambino nei confronti dell'animale, la necessità che lo psicologo insieme al bambino siano supportati da un operatore che si occuperà solo dell'animale. E' importante che i genitori siano adeguatamente informati sull'attività di pet therapy, su quali sono le finalità e i benefici attesi.

3.6 L'intervento psicomotorio.

E' un intervento che si sostanzia nel permettere alla persona di scoprire le potenzialità del corpo, in modo globale e segmentario, attraverso azioni libere che esprimono l'essere della persona.

Nel percorso psicomotorio si può lavorare sugli aspetti propriocettivi e esterocezionali, sulla capacità di dosare forza ed energia, nella capacità di compiere gesti il più possibile fluidi, nella possibilità di compiere esperienze di rilassamento e distensione. regolare forza e allenare la concentrazione in un fare in un agire della persona che è vista nella sua globalità. Con l'intervento psicomotorio si ritiene che ogni apprendimento, ogni sviluppo cognitivo passi e possa essere migliorato se si lavora attraverso il corpo, con il movimento con la gestualità libera, con l'espressione più completa del corpo.

Anche l'ADHD può essere trattata con interventi psicomotori volti a rafforzare la propriocezione e l'esterocezione della persona su di sé e sul mondo.

Agendo attraverso il corpo si traggono molteplici benefici di distensione corporea, di maggiore disponibilità a recepire e selezionare i messaggi che provengono dall'ambiente.

Importante sarà per il soggetto trovare strategie motorie più adatte ad aggiustarsi alle richieste dell'ambiente. Il percorso psicomotorio rifiuta ogni intervento prestrutturato e volto a sviluppare una funzione alla volta. Ogni esperienza è volta a maturare più funzioni insieme e lo fa in modo coordinato.

Nei percorsi psicomotori si rifiutano ogni intervento di addestramento attraverso esercizi ripetitivi e impersonali.

3.7 L'intervento sull'autostima.

L'autostima viene definita come "la discrepanza tra sé ideale e sé reale" (Edizioni Galton) misura il grado di preoccupazione che il soggetto ha sulla discrepanza su ciò che è e ciò che vorrebbe essere.

La difficoltà che incontrano molti bambini nel rispondere alle richieste e alle aspettative della società si ripercuote sulla loro autostima aumentando la discrepanza su ciò che sono e ciò che vorrebbero essere.

Il bambino con disattenzione e iperattività spesso fallisce, viene rimproverato, colpevolizzato per un comportamento sbagliato e inadattivo.

I continui richiami possono minare l'autostima del bambino, che può sentirsi inadeguato, incapace, tipicamente nel descriversi i bambini utilizzano l'aggettivo "cattivo", perché possono sentirsi tali.

Utile sarà attraverso il dialogo pedagogico porre domande semplici e dirette volte a investigare l'idea che il bambino ha di sé, delle proprie capacità.

Si potrà chiedere: con quali aggettivi ti potresti descrivere?, sai riconoscere le tue emozioni? Quali sono i tuoi punti di forza? In cosa vorresti migliorare? Come reagisci quando sbagli? Riesci a collaborare nel gruppo?

Domande che saranno calibrate a seconda dell'età e del carattere del bambino o adolescente.

3.8 L'intervento per potenziare le funzioni esecutive.

Nel disturbo ADHD per potenziare le funzioni esecutive di memoria e attenzione dobbiamo prevedere training, ovvero percorsi di potenziamento, di circa 3 mesi con almeno due incontri la settimana, per almeno 20-30 minuti, prevedono la possibilità di riproporre il ciclo più volte a seconda delle necessità.

Il kit per L'ADHD di Vio e Tressoldi, 2016 propone le seguenti attività:

Attività 1: rimanere concentrato sul compito segnalando ogni volta la comparsa di uno stimolo target.

Possiamo utilizzare carte, figurine, immagini varie, il bambino deve alzare la mano ogni volta che vede comparire lo stimolo target.

Attività 2: percepire il ritmo del tempo durante un'attività piacevole.

Il bambino deve stimare il tempo che trascorre dall'inizio dell'attività fino al termine dato dallo stop dell'operatore.

ATTIVITA' 3: imparare a modulare il tono della voce.

Proponiamo un testo, una poesia o una filastrocca. Coloriamo il testo di tre colori differenti, ogni colore corrisponderà a un modo di leggere il testo, a voce alta, con tono normale, in modo silenzioso.

ATTIVITA' 4: individuare una sequenza di stimoli target in una matrice.

Il bambino dovrà trovare all'interno di una matrice uno stimolo target per esempio composto da una coppia di lettere, in seguito chiediamo al bambino di ricercare quello stesso stimolo in

modo più veloce nel testo e successivamente proporremo target più lunghi per esempio di 3 o 4 lettere.

ATTIVITA' 5: individuare uno stimolo target in una matrice di stimoli.

La matrice è formata da figure il bambino deve trovare la figura nel più breve tempo possibile.

ATTIVITA' 6: individuare uno stimolo target in una sequenza di stimoli uditivi.

Ogni volta che il bambino sente una parola target deve alzare la mano.

ATTIVITA' 7: descrivere i comportamenti attuati durante un compito.

Il bambino racconta fase dopo fase come ha svolto un'attività.

ATTIVITA' 8: utilizzare lettere o numeri per creare figure.

Lettere e numeri si trasformano in altro, il bambino può includerli in altre composizioni o disegnarci intorno per creare nuove figure.

ATTIVITA' 9: individuare una sequenza in una matrice di stimoli simili.

Gli stimoli della matrice sono molto simili tra di loro e riuscire a distinguerli può essere difficile. A mano a mano che il bambino diventerà più bravo gli chiederemo di svolgere l'esercizio più in fretta.

ATTIVITA' 10: generare delle combinazioni alternative soggetto-verbo.

Il bambino è chiamato ad associare a un determinato verbo alcuni possibili soggetti e a un soggetto alcuni possibili verbi.

ATTIVITA' 11: INDIVIDUARE UNO STIMOLO TARGET IN UNA MATRICE DI STIMOLI PERCETTIVAMENTE SIMILI.

Gli stimoli sono molto simili tra di loro, il bambino dovrà osservare uno stimolo target e ritrovarlo nella matrice.

ATTIVITA' 12: INDIVIDUARE UNO STIMOLO TARGET IN UNA MATRICE DI STIMOLI IDENTICI MA CON UN DIVERSO ORIENTAMENTO NELLO SPAZIO.

La matrice è composta da oggetti identici orientati in modo diverso, il bambino dovrà trovare nella matrice tutti gli oggetti con orientamento identico.

ATTIVITA' 13: individuare uno stimolo target orientato diversamente rispetto agli altri stimoli identici sul piano percettivo.

Il bambino deve cerchiare le immagini orientati in modo diverso.

ATTIVITA' 14: RICORDARE IN ORDINE INVERSO SEQUENZE DI PAROLE DI

CRESCENTE LUNGHEZZA.

Il bambino deve ricordare una sequenza di parole in ordine inverso.

3.9 L'intervento scolastico.

La maggior parte dei bambini con diagnosi o sintomi simili all'ADHD manifestano importanti difficoltà di adattamento alle regole scolastiche, con una conseguente difficoltà nel raggiungimento delle competenze scolastiche. E talvolta difficoltà sociali e relazionali.

L'apprendimento a causa di disattenzione e non procede di pari passo con quello della media della classe con conseguente frustrazione da parte del bambino e senso di inefficacia da parte del genitore. Diventa indispensabile un approccio integrato che riunisca le buone pratiche educative e psicologiche adottate dai diversi soggetti che le mettono in pratica. Famiglia, scuola, terapisti, pedagogisti che si occupano del bambino devono raccordarsi per riuscire a vedere il bambino e non solo i suoi comportamenti disfunzionali e dirompenti.

Il pedagogo clinico può diventare una figura chiave che si fa carico di mettere in rete in un'ottica condivisa le informazioni sul bambino, anche all'interno del Progetto educativo e per il raggiungimento di fini condivisibili e realizzabili per quel bambino e il suo contesto.

Tra le tecniche più efficaci che possono essere adottate in ambito scolastico c'è la contingency contracting di stampo comportamentale.

La contingency contracting è una tecnica comportamentale, che si basa su un accordo contrattuale tra alunno e insegnante.

Si stabiliscono i comportamenti da tenere in classe e i conseguenti benefici che l'alunno può trarre dalla messa in atto di questi comportamenti.

Rispetto alla token economy non ci sono rinforzatori secondari, potrebbe intercorrere un lasso di tempo maggiore tra comportamento positivo pattuito e beneficio atteso e concordato, questa procedura potrebbe essere utilizzata con bambini di età superiore ai 7 anni che possano accettare di più l'attesa della ricompensa.

Se in classe viene utilizzata questa tecnica bisogna stare attenti a non incorrere in errori che possono determinare il fallimento della tecnica.

CAPITOLO 4. Il progetto pedagogico: una proposta educativa per Mattia.

4.1 Progetto pedagogico di Mattia

Di seguito si riporta il progetto pedagogico indirizzato a Mattia, bambino di prima elementare con diagnosi di ADHD e disturbo oppositivo provocatorio.

Il progetto pedagogico per Mattia nasce da un'attenta osservazione delle caratteristiche del bambino, delle specificità del suo contesto di vita familiare e scolastico e dalle relazioni che intercorrono tra scuola e famiglia.

L'ambiente è un elemento importante nel determinare le possibilità di evoluzione o involuzione di un disturbo, se si vuole supportare Mattia nel suo percorso di crescita è indispensabile considerare il suo ambiente di vita e tutti quei condizionamenti che direttamente o indirettamente, in modo cosciente o incosciente producono nella sua vita un peggioramento dei sintomi oppure determinano una regressione dei sintomi a beneficio di nuove potenzialità che Mattia potrà meglio esprimere.

Per arrivare a elaborare il progetto pedagogico per Mattia che è progetto di vita, è stato necessario:

- prendere tempo, (ovvero tempo di riflessione, analisi, valutazione di dati desunti da differenti fonti);
- incontrare i genitori per recuperare informazioni utili per comprendere meglio Mattia;
- condurre attente osservazioni, libere e strutturate, per cogliere condotte e atteggiamenti del soggetto;
- condurre colloqui anamnestici volti a investigare con tatto le varie dimensioni di vita del soggetto, le esperienze significative, i traguardi di sviluppo raggiunti, gli aspetti medici dei sintomi presentati, bisogni e preferenze di Mattia;
- rilevare i punti di forza e debolezza della persona, al fine di arrivare a comprendere quali funzioni devono essere attivate, quali potenziate, quali invece assunte come date e da cui partire nel nostro lavoro con e per Mattia;
- condurre un'analisi del contesto di vita, per capire quali risorse esterne possono essere attivate a beneficio della persona, quali fattori di rischio e protezione caratterizzano il contesto relazione della persona;

- leggere diagnosi e certificazioni.
- individuare le metodologie migliori, non tanto per affrontare il disturbo, quanto per permettere al soggetto di maturare;
- elaborare una sintesi esplicativa del profilo del soggetto;
- prevedere tempi certi di verifica .

Le varie fasi hanno permesso l'elaborazione del progetto pedagogico per Mattia.

4.2 Presentazione del bambino e del suo contesto di vita.

Le informazioni riportate sono state desunte dai colloqui con i genitori e dalla lettura della diagnosi di ADHD e di disturbo oppositivo provocatorio di Mattia, un bambino di sei anni.

Nella diagnosi consegnata dai genitori si legge che Mattia ha “un disturbo da deficit di attenzione e iperattività, variante combinata iperattivo-impulsivo ed inattentivo, ed esordio precoce, con disturbo oppositivo provocatorio, con marcata interferenza sul funzionamento scolastico, sociale e familiare”.

Mattia nel momento del primo colloquio con i genitori frequenta la prima elementare, in una scuola pubblica a pochi metri dalla sua casa.

Ha una sorella più piccola che ha 4 anni, Mattia vive con entrambi i genitori ed è spesso accudito dai nonni paterni quando i genitori lavorano, mentre i nonni materni abitano fuori Italia.

Ha frequentato il nido e la scuola dell'infanzia privata.

Fin da quando era piccolo, già durante i primi bagnetti, i genitori notavano uno stato di continua agitazione, pianto spesso difficile da calmare e suzione incostante dai ritmi poco prevedibili. Sonno irregolare tra notte e giorno ma qualitativamente buono.

Sonno, veglia e suzione erano spesso irregolari e non prevedibili.

Spesso come raccontano i genitori, il pianto era difficile da associare a bisogno di cure, di nutrizione o necessità di sonno.

Alla nascita il parto è stato pretermine, il bambino pesava circa 3200gr.

Durante il periodo del nido e poi della scuola dell'infanzia le insegnanti e le educatrici rilevavano in modo simile condotte motorie impulsive, tendenza ad annoiarsi e protestare quando c'era da stare seduti, tendenza a non rispondere alle domande o a ripetere

frequentemente richieste o a porre insistentemente delle domande, tendenza a lanciare oggetti e a sorridere divertito subito dopo.

I rimproveri venivano mal accettati, la tendenza del bambino era di rispondere con secchi “no”, ad alzare la voce ripetendo la frase “non è vero”, a punirsi fisicamente tirandosi i capelli o gettandosi per terra urlando.

Le prime parole sono comparse intorno ai due anni, la mamma straniera parlava in casa alternando lo spagnolo all’italiano.

Durante lo sviluppo del linguaggio non ci sono state immaturità fonologiche, i suoni della lingua sono stati appresi e vengono pronunciati correttamente.

Ha iniziato a camminare intorno ai 12 mesi, è passato dalla postura seduta a scivolamenti, fino alla postura diritta e alla camminata, il gattonamento non si è presentato.

Durante i tre anni nella scuola dell’infanzia le principali difficoltà riguardavano lo stare seduto insieme agli altri, seguire un racconto, rispondere alle domande delle insegnanti, posticipare i propri desideri, giocare con altri bambini nonostante capacità cognitive brillanti osservate nella capacità del bambino di fare domande logiche sulle condizioni meteorologiche, sul perché di determinati eventi, capacità visuo- spaziali adeguate all’età che gli consentivano di concludere giochi come i puzzle, le costruzioni, le piste delle macchinine in modo veloce e rapido. Già alla scuola dell’infanzia veniva rilevata la capacità del bambino di interessarsi ai numeri, alla conta a mente, al confronto di quantità, elaborando in modo autonomo e veloce alcuni fatti aritmetici, per esempio era in grado di dire se il classe c’erano più bambine o bambini, se i bambini a scuola erano di più o di meno di quelli a casa, se un numero ascoltato oralmente era più grande di un altro.

Con la crescita i genitori hanno rilevato un comportamento sempre più irrequieto ma anche ambiti di sicura competenza del bambino, per esempio riuscire a fare puzzle o costruzioni complesse, interesse per le immagini, desiderio di porre domande.

I genitori inoltre rilevavano spesso la difficoltà a condurre una semplice conversazione proprio per le continue domande che il bambino tendeva a porre e al non accontentarsi delle risposte dell’adulto.

Con l’inizio della scuola primaria le difficoltà comportamentali e relazionali si sono mostrate in modo più preponderante andando a minare le sue capacità di relazionarsi con i coetanei, e il suo comportamento motorio è apparso ancora più “differente” rispetto a quello della media

della classe, nella scuola primaria le occasioni di movimento si sono ridotte a discapito delle sue competenze relazionali e cognitive, portando il bambino ad agire continui comportamenti motori incontrollati manifestando pochi momenti di rilassamento.

I comportamenti oppositivi, la voce alta, la richiesta di risposte si sono fatte sempre più insistenti con la conseguenza di richiami continui delle insegnanti ai genitori di Mattia.

Le insegnanti tuttavia rilevano la volontà e il desiderio di stare con i coetanei, fallendo però negli approcci e perdendo facilmente la pazienza.

Gli stessi genitori sostengono che il bambino desidera andare a scuola e spesso cita alcuni compagni rispetto ad altri manifestando delle preferenze.

A casa i genitori rilevano frequenti cadute e tendenza a rapportarsi con la sorella più piccola in modo troppo energico considerata l'età della bambina.

I genitori raccontano anche della loro difficoltà a portare fuori casa il bambino per la facilità con la quale si annoia o perde la pazienza, entrando in frustrazione e gettandosi per terra, come se non riuscisse più a controllare il proprio corpo.

Sia la famiglia, sia la scuola a partire dall'infanzia, convenivano nel ritenere che il bambino avesse una memoria forte nel ricordare numeri, date, eventi, nomi e situazioni.

Mattia è autonomo nei suoi bisogni fisiologici e nella nutrizione, gestisce in autonomia le posate ma per evitare di farlo mangiare in modo troppo frettoloso è stato necessario dargli piccole porzioni.

Negli apprendimenti necessita di aiuto a scuola e a casa, sia nella comprensione delle consegne, sia nella scrittura e nel disegno, tende infatti a scrivere e disegnare molto velocemente riempiendo subito la pagina del quaderno, con caratteri grossi.

E' aiutato sia a casa che a scuola nella gestione della cartella.

Un comportamento che negli anni si è andato a ridurre è stato quello di tirarsi i capelli fino a strappare delle ciocche.

Questo comportamento non è più presente nella scuola primaria né a casa.

Le insegnanti di scuola elementare hanno instaurato con i genitori un rapporto fondato sul dialogo e si rendono disponibili a incontri con i genitori per condividere le difficoltà e le strategie educative migliori e più efficaci per il bambino.

La classe di scuola primaria è composta da 18 bambini, 5 con bisogni educativi speciali.

Genitori e nonni lamentano la difficoltà a gestire comportamenti impulsivi, talvolta

imprevedibili del bambino.

Difficile risulta anche riuscire a rispondere alle domande frequenti che il bambino pone agli adulti in modo ripetitivo fino a quando non riceve una risposta che lo tranquillizza.

Risulta necessaria rafforzare le capacità comunicative dei genitori con ricadute positive anche sui nonni per meglio accogliere e gestire le domande quando vengono fatte in modo ripetitivo e continuato.

I genitori possono contare sulla presenza dei nonni che si fanno carico anche per molte ore la settimana delle esigenze di cura del bambino. Spesso lo accompagnano a scuola e lo riprendono da scuola.

I genitori ritengono molto importante il confronto con gli specialisti che seguono il bambino e si rendono disponibili a incontri per essere aiutati a far crescere in modo più sereno Mattia.

Il contesto relazionale di Mattia si caratterizza per la presenza di molte persone adulte che si occupano del bambino, con volontà e impegno, talvolta accusando stanchezza ma con la volontà di aiutare il bambino a migliorare.

Sintesi degli incontri anamnestici con la famiglia: Mattia è accudito dai genitori e dai nonni, presenta comportamenti motori imprevedibili e impulsivi, con tendenza a non riuscire a posticipare i suoi bisogni.

Mostra interesse verso gli altri, ma le sue modalità di relazione spesso falliscono con i coetanei e gli adulti.

I genitori e le insegnanti faticano a condurre un dialogo anche di sole poche battute con il bambino e faticano a trovare strategie che possano aiutare il bambino a incanalare la sua irrequietezza motoria.

Famiglia e scuola rilevano significative abilità nella conta, nelle capacità mnemoniche e visuo spaziali. Le abilità strumentali all'apprendimento nella scuola primaria risultano deficitarie nella componente grafo-motoria, sufficienti nella capacità di leggere e comprendere brevi brani.

Nel tempo un comportamento che sembra essere sparito è la tendenza del bambino a tirarsi i capelli e a tirare quelli degli altri.

Famiglia e scuola si rendono disponibili al fine di trovare strategie educative per Mattia.

4.3 L'osservazione libera su Mattia.

La prima osservazione proposta a Mattia è stata quella libera condotta in studio.

Al fine di predisporre al meglio l'ambiente per l'osservazione libera, considerati alcuni dati che sono stati desunti dai colloqui con i genitori sono messi nella stanza alcuni giochi: puzzle, costruzioni, una casetta con pochi omini e oggetti, una pista per le macchinine, un angolo con un tavolino con cere, fogli, matite, sono state lasciate alcune palline.

Sono stati invece tolti alcuni giochi: ceste con costruzioni di diversa grandezza, cesta con le palline, contenitori con costruzioni di legno di diverso genere.

Il primo incontro è stato fissato di mattina alle 10.

Quando Mattia entra nella stanza lo fa precedendo la mamma, che prima di uscire tenta di sfilargli la giacca mentre Mattia guarda di fronte a sé, mi guarda e poi guarda la stanza, sembra noncurante di quello che la mamma vorrebbe fare, ovvero sfilargli la giacca e non appare collaborativo, le braccia sono quasi lasciate mentre il corpo procede in avanti.

Dopo che la mamma con fatica riesce a sfilargli la giacca, saluta Mattia ed esce.

Mattia mentre la mamma sta per lasciare la stanza, tentenna con il corpo, ruotando il capo velocemente in direzione della porta e poi subito in direzione della stanza.

Sembra incerto se dare attenzione alla mamma o ai giochi della stanza.

Dopo che la mamma è fuori dalla stanza, la saluta, poi mi guarda e mi chiede se può giocare. Afferra alcuni giochi, pone domande chiedendo se ho dei puzzle, dopo che gli ho risposto positivamente mi chiede dove sono, va verso i puzzle, ne prende uno afferrando la scatola solo con una mano, la scatola si rovescia, commenta con un "oh noo!" e poi si mette per terra per provare a completare il puzzle, inizialmente spargendo i pezzi per terra poi iniziando a prenderne uno alla volta dando rapide occhiate all'immagine della scatola.

Mentre velocemente assembla il puzzle come se lo avesse già fatto altre volte, mi guarda velocemente per poi tornare alla sua attività.

I suoi movimenti del capo sono veloci, mal coordinati con il busto curvo e ruotato rispetto alle gambe.

Noto che mentre dirige lo sguardo verso di me gli occhi non sono perfettamente allineati, noto un leggero strabismo, gli occhiali che porta spesso tendono a cadergli dal viso non fa nulla per risistemarsi bene, continua ad assemblare il puzzle.

Dopo aver fatto il puzzle si sdraia, rotola e si getta per terra, ridendo.

Mattia appare soddisfatto e appena terminato manda a l'aria i pezzi del puzzle con mani e piedi accennando risate.

Poi si rialza e continua a guardare i giochi, è interessato a una paletta giocattolo che utilizza per riempirla di animali che trova dentro un cesto, mentre fa questo gioco emette dei vocalizzi divertiti, talvolta nominando gli animali che prende con la paletta.

Continua il gioco per qualche minuto, alternando l'attività a domande su come mi chiamo, , dove abito, che ore sono, domande che mi ripete spesso.

Il capo non si mantiene in posizione eretta ma tende a inclinarsi verso sinistra in basso.

Spesso accenna una risata, si muove spostando il corpo per trovare nuove posizioni di equilibrio.

Tende ad alzare il tono della voce, invitato ad abbassarlo "così sento meglio quello che mi dici" ride, ripete la frase che gli ho detto abbassando il tono di voce, si butta per terra e riprende a parlare.

Mi chiede se ho alcuni giochi, dove ho comprato alcune cose della stanza, dove si trova con precisione il negozio che gli nomino, quanto è costato il gioco, mi dice che lo vorrebbe anche lui e se c'è ancora, mi chiede se il prezzo è alto o basso, mi chiede se costa di più un gioco o un altro, se ho comprato prima questo o quell'altro gioco.

Durante i giochi che sceglie mi racconta dove va a scuola, mi chiede di indovinare il nome di sua sorella, il suo gioco preferito.

Si interessa anche ai libri, gira le pagine frettolosamente e afferra i libri tenendoli con una sola mano mentre l'altra si appoggia per terra o afferra altre cose.

Legge con velocità parole e numeri anche quando la pagina non è posta proprio davanti a lui.

Quando mi rivolge delle domande tende a guardarmi, mantiene lo sguardo verso di me aspettando la risposta e incalzando la domanda, noto una difficoltà di fissazione con rotazione del capo verso sinistra.

Quando la mamma arriva Mattia le va incontro, le prende la mano e si butta per terra, vuole la sua attenzione, le chiede di andare via per andare a comprare un gioco che ha visto, la mamma gli risponde che ne ha tanti, che non glielo comprerà, che ne chiede troppi, Mattia tende a innervosirsi, si divincola dalla presa della mamma va verso la porta sbattendoci contro, scivola per terra. La mamma lo prende per mano, saluta ed escono.

4.4 L'osservazione in situazione programmata.

L'osservazione in situazione programmata è volta a osservare le abilità di base (motorie, linguistiche, visuo-spaziali, di motricità fine) e le abilità cognitive (comprensione di una semplice consegna, capacità di attenzione, memoria di lavoro, abilità visuo-spaziali e visuo percettive, abilità grafomotorie, di conta e lettura).

Tra le varie richieste fatte a Mattia:

- disegnarsi o disegnare una figura umana;
- scrivere sotto dettatura alcune parole bisillabe e trisillabe;
- leggere un frase semplice e spiegare il significato della frase;
- guardare un'immagine scelta tra varie e descrivere quello che vede;
- contare fino a 10 e oltre;
- scrivere i numeri da 0 a 20;
- scrivere i numeri sotto dettatura;
- leggere i numeri scritti;
- fare un confronto tra cifre diverse;
- continuare una sequenza grafica;
- ascoltare un ritmo e riprodurlo graficamente con dei puntini su un foglio;
- colorare una figura semplice rimanendo dentro i bordi;
- mettere nella giusta sequenza delle immagini;
- guardare un'immagine descriverla e ipotizzare quello che accadrà dopo;
- dire in quale momento della giornata siamo: es. mattina, pomeriggio, sera;
- raccontare alcune cose significative della propria scuola (es. il nome di alcuni compagni, della maestra...);
- lanciare una palla in direzione di un cesto cercando di fare canestro;
- afferrare con due mani una palla;
- stare per qualche secondo su un piede solo e poi sull'altro;
- saltare su un piede solo e poi sull'altro;
- calciare un palloncino;
- strappare una carta;
- ritagliare un' immagine di un foglio.

Dalle prove presentate a Mattia si evince che:

la rappresentazione grafica della sua figura umana è incompleta, mancano gli arti, compare la testa con occhi, bocca e naso e un corpo lungo, assenti braccia, piedi, capelli, orecchie, collo.

Il disegno appare essenziale, condotto con gesto grafico impreciso e veloce;

la lista di parole scritta in stampato maiuscolo non presenta errori ortografici ma la forma delle lettere è spesso imprecisa, con lettere che tendono ad appiattirsi e le aste a curvarsi (es. D, R) ;

l'impugnatura è immatura con presa a morso e pollice che tende in avanti;

Sa scrivere i numeri oltre il 20 e sa contare oltre il venti;

Sa fare confronti tra quantità sia quando gli vengono presentate graficamente, per esempio dati due cesti con della frutta sa riconoscere se ce ne è di più nell'uno o nell'altro, sia quando il confronto avviene tra numeri presentati verbalmente (esempio è più grande il numero 20 o il numero 18?).

. sa scrivere parole bisillabe, trisillabe, in stampato maiuscolo e brevi frasi

. la scrittura appare di grossa dimensione, con lettere ampie, spesso dalle aste inclinate, non mantiene il rigo;

Riesce a leggere un breve testo composto da qualche frasi e riesce a riassumere oralmente quanto letto;

riesce a rispondere correttamente alle domande con frasi brevi;

Per l'attenzione gli propongo un gioco con le carte, gli mostro tre immagini che pongo sul tavolo, le tengo scoperte per qualche secondo e poi le giro, gli chiedo di ricordare quello che ha visto, ricorda le immagini viste ma perde dopo poco l'attenzione sul gioco.

Durante la proposta delle prove Mattia tende ad alzarsi spesso dalla sedia, a interrompere le attività ponendo domande. Le attività devono essere proposte per tempi brevi.

4.5 Sintesi delle osservazioni.

Mattia appare autonomo, desideroso e curioso di conoscere l'ambiente che esplora in autonomia, talvolta ponendo all'adulto domande su come si utilizza il gioco se non lo conosce.

Gli scambi comunicativi con l'adulto ci sono, spesso sono caratterizzati da risposte rapide o domande frequenti e ripetitive.

L'attenzione risulta labile, i tempi dedicati alle varie attività sia scelte da lui sia da un operatore sono sufficienti spesso a conoscere in modo frettoloso l'oggetto e le sue funzionalità.

Tende a non ritornare sul gioco scelto in precedenza ma a sceglierne di nuovi.

Per alcuni giochi invece è evidente una netta preferenza, per esempio i puzzle, su cui riesce a passare un tempo più significativo rispetto alle altre attività.

La sua capacità di analisi visuo- spaziale risulta buona in alcune attività (es. puzzle) mentre insufficiente per altre (scrittura e disegno)

La motricità fine appare immatura nella presa che è caratterizzata per un impugnatura dello strumento grafico a morso, con tenuta dello strumento quasi in verticale.

Ha buona memoria per fatti ed eventi che hanno attirato la sua attenzione, sia di vita familiare che scolastica.

La memoria si fa più scarsa quando si richiedono apprendimenti scolastici (per esempio cosa è stato fatto a scuola, quale storia ha letto l'insegnante ecc...)

La modalità con cui si muove nell'ambiente appare frettolosa, talvolta impacciata, i movimenti disregolati, il tono di voce di difficile modulazione.

Il modo impacciato di muoversi non gli impedisce di afferrare, prendere, guardare, dirigersi in un punto con intenzionalità.

L'impulsività frequentemente lo porta a chiedere ai genitori di gratificarlo acquistando un nuovo puzzle o gioco.

Quando prende un gioco tende a impegnarsi da solo, raramente chiede la partecipazione dell'adulto e quando lo fa è per chiedere all'adulto di concluderlo perché si ritiene stanco.

Le abilità di base strumentali all'apprendimento scolastico risultano buone nel processamento fonologico, Mattia sa leggere e comprendere parole e frasi lette ma non quando i tempi di attenzione richiesti sono sostenuti, dopo aver letto per qualche minuto s stanca e preferisce cambiare attività.

La stanchezza nel fare queste attività è dovuta a un eccesso di energia che mette nel fare le cose, tono di voce alto, continui spostamenti sulla sedia o mentre è in piedi.

Si evince che gli apprendimenti di base non sono ancora del tutto raggiunti a causa di un'attenzione labile e di un continuo dispendio di energie.

4.6 Rilevazione dei punti di forza e di debolezza.

Dalle osservazioni in situazione e strutturata possiamo desumere i punti di forza e di debolezza di Mattia. I punti di forza sono tutte quelle abilità già disponibili, che possono essere attivate per raggiungere nuovi obiettivi. I punti di debolezza riguardano abilità che risultano mancanti o poco sviluppate su cui dobbiamo condurre un'attenta riflessione per comprendere il modo migliore al fine di renderle disponibili per il soggetto .

PUNTI DI FORZA

- Buona capacità di memoria
- Interesse per l'ambiente
- Interesse per i coetanei e l'adulto
- Preferenze per alcuni giochi e attività soprattutto se di ragionamento visuo spaziale
- Capacità di iniziare un'attività e portarla a termine in modo veloce solo se tra le sue preferite
- Interesse per i numeri
- Interesse per le quantità e i confronti tra quantità
- Spinta sociale ad essere presente nelle attività
- Desiderio di porre domande
- Capacità di iniziare un gioco o attività in autonomia
- Capacità di scrivere brevi parole, brevi frasi senza particolari errori di ortografia
- Capacità di lettura anche di brani complessi senza particolari errori fonologici
- Capacità di comprensione delle consegne se semplici e fatte richiamando la sua attenzione
- Capacità ad accettare l'abbraccio e a ricambiarlo

PUNTI DI DEBOLEZZA.

- Movimenti globale spesso rapidi, scoordinati e impulsivi.
- Difficoltà a mantenere posizioni statiche
- Difficoltà a mantenere l'equilibrio e la postura per tempi sostenuti
- Tendenza a buttarsi per terra, a saltare e correre.
- Difficoltà a fissare un punto

- Difficoltà a mantenere l'attenzione sulla lezione o sulla consegna data dall'insegnante
- difficoltà a rispondere in modo contestualizzato e all'interno di una conversazione.
- Difficoltà a controllare i gesti motori fini.
- Difficoltà a posticipare la soddisfazione di un desiderio
- Facile comparsa di noia e conseguente stato motorio impulsivo
- Verbosità e ripetizione di domande se la risposta data non lo soddisfa
- Difficoltà ad impugnare correttamente lo strumento grafico
- Tendenza ad alzare il tono di voce
- Tendenza ad abbracciare con troppa forza adulti e coetanei

4.7 Gli obiettivi del progetto pedagogico per Mattia.

Gli obiettivi da raggiungere sono quelli da realizzare tenuto conto dei punti di forza, di debolezza e del contesto di relazione di Mattia.

In base ai dati raccolti sul bambino desunti tramite momenti di contatto diretto o fonti indirette sono stati individuati degli obiettivi generali da raggiungere durante il percorso pedagogico, calibrati su Mattia e scorporati in obiettivi specifici più direttamente osservabili e valutabili, da raggiungere in tempi adeguati alle caratteristiche di apprendimento e di sviluppo di Mattia.

Gli obiettivi generali sono stati suddivisi in obiettivi specifici e sono state previste attività ad hoc.

OBIETTIVI GENERALI e SPECIFICI

Obiettivo generale: Migliorare i tempi di attenzione

Obiettivi specifici: iniziare e portare a termine giochi o attività anche tra quelli non preferite da Mattia

Attività: scelta tra alcuni giochi proposti dall'operatore che possono essere completati in tempi rapidi, con regole semplici.

Uso delle carte da gioco UNO e del memory.

Si prendono le carte UNO e si definiscono semplici regole, l'operatore gira le carte e Mattia ogni volta che vede le carte di colore rosso deve nominare ad alta voce il colore "rosso", in tutti gli altri casi non deve nominare il colore della carta.

Il gioco in questa versione semplificata verrà proposto più volte, poi si introdurranno delle varianti. Sempre con il gioco UNO si chiederà di nominare le carte con sfondo rosso, verde senza nominare le altre carte. Un'altra variante del gioco più complessa sarà quella di nominare i numeri sopra le carte UNO e per le carte con lo sfondo rosso nominare solo il colore e non il numero.

Gioco del memory, si utilizzano tre o massimo quattro coppie di carte, si girano con l'immagine rivolta verso il tavolo. Si girano due carte la volta per formare le coppie.

Sempre con gioco del memory, si prendono 4 immagini differenti, si mostrano al bambino, si nominano, poi si girano, se ne toglie una, si girano le carte rimanenti e si chiede al bambino di dire quale carta manca.

Obiettivo generale: Migliorare la capacità di selezionare dall'ambiente gli stimoli rilevanti e inibire quelli irrilevanti:

obiettivi specifici: ridurre la frequenza con la quale ci si distrae.

attività: con le carte, i giochi, i barrages.

Si propongono gruppi di immagini o oggetti dalle caratteristiche affini e si mettono oggetti o immagini estranee alla categoria, si chiede di individuare l'oggetto estraneo nel tempo più rapido possibile.

Per esempio si prendono costruzioni dello stesso colore e stessa forma, si inseriscono due costruzioni del colore degli altri ma dalla forma differente e si chiede di individuarli.

Si prendono dei giochi della stessa categoria, per esempio macchinine, animali, costruzioni e si mette un elemento estraneo che si dovrà individuare.

Con i barrages si immagini semplici e ripetute su più righe si chiede al bambino di segnare con un colore solo un'immagine tra le tante che ci sono e che sono messe in riga.

Obiettivo generale: Migliorare le capacità di ascolto di brani

obiettivi specifici: aumentare la capacità di ascolto di storie e racconti brevi.

attività: riconoscere in immagini ricche e accattivanti tutti gli elementi presenti.

leggere al bambino brani brevi e poi chiedere cosa ricorda, proponendo un disegno.

leggere brani brevi alternandosi.

Leggere un brano breve poi cercare un'immagine del libro e mostrarla al bambino,

successivamente chiudere il libro e chiedere al bambino di ricercare l'immagine spiegando poi cosa c'è disegnato.

Obiettivo generale: Migliorare la capacità di osservare alcune semplici regole sociali

obiettivi specifici: migliorare la capacità di ascolto dell'interlocutore;

migliorare la capacità di rispondere alle domande che gli vengono rivolte

Attività: si prende un'immagine e insieme si iniziano a fare delle ipotesi su chi sono i personaggi dell'immagine e cosa stanno facendo.

Con la palla, ci si tira la palla e solo chi l'ha in mano può dire quali sono i suoi cibi, cose, attività, giochi preferiti.

Obiettivo generale: ridurre i comportamenti motori incontrollati.

obiettivi specifici: ridurre i comportamento motori che possono essere pericolosi per la sua incolumità (es. gettarsi per terra).

Attività: si propongono giochi da fare dentro un tappeto entro il quale il bambino potrà muoversi ma con uno spazio che lo conterrà, l'operatore si metterà davanti a lui

Obiettivo generico: ridurre la frequenza con la quale il bambino tende ad alzare la voce.

Obiettivi specifici: cercare di formulare domande con tono di voce basso

leggere brasi o brevi brani con tono contenuto

Attività: leggere con tono alto e poi con tono basso una frase divertente

ripetere una sequenza di parole con tono alto e poi basso

ripetere parole buffe solo muovendo le labbra

chiedere a Mattia di nominare i propri compagni senza l'uso della voce,

l'operatore dovrà indovinare i nomi pronunciati.

Obiettivo generale: utilizzo dello spazio grafico in modo più regolare

Obiettivo specifico: utilizzo della riga del foglio e del quadretto da un centimetro.

Attività: si inizierà scrivendo sopra la riga e dentro i quadretti delle forme pregrafiche e dei puntini, successivamente si scriveranno le lettere in stampato maiuscolo.

Obiettivo generale: potenziare la coordinazione oculo-manuale.

Obiettivo specifico: rafforzare lo spostamento dello sguardo da sinistra a destra

Attività: si creano delle piste su posizione orizzontale e posizione verticale, si chiede al bambino di tracciare delle piste da partendo da sinistra arrivino fino a destra.

Sempre per rafforzare l'inseguimento visivo si fissa per terra un foglio di carta da pacco, si utilizzano delle cere, si propone il gioco del topo e del gatto, l'operatore è il topo che deve scappare e mentre scappa muovendosi sul foglio lascia delle tracce continue con la cera, il gatto che farà Mattia segue il topo sempre lasciando dei segno continui con la cera sul foglio. Mattia con questa attività dovrà fissare e seguire il movimento della mano dell'operatore sul foglio.

Obiettivo generale: migliorare la capacità di svolgere in autonomia semplici compiti scolastici

Obiettivi specifici: saper fare la cartella riconoscendo i libri scolastici e i quaderni

saper riempire l'astuccio

Attività: ogni due settimane portare la cartella e insieme all'operatore svuotarla e riempirla guardando cosa contiene, cosa occorre, cosa manca e cosa non serve.

Creare un cartellone dalle immagini semplici e con poche parole che scandisca le attività scolastiche della settimana e le materie da portare a scuola.

Obiettivo generale: migliorare la capacità di comprensione degli stati emotivi propri e degli altri.

Obiettivo specifico: saper riconoscere se la persona che ho davanti è felice, arrabbiata, contenta, triste per avere migliori feedback sui tentativi di relazione di Mattia.

Attività: si prendono delle immagini con solo volti di persone contente, tristi, felici ecc.. e si aiuta il bambino a nominare e riconoscere lo stato emotivo altrui e il proprio.

Si prendono delle immagini con delle azioni, per esempio un bambino che viene spinto, una persona che è seduta su una panchina ed è triste ecc... e si chiede a Mattia di descrivere ciò che accade.

Obiettivo generale: migliorare lo stato di distensione motoria.

Obiettivo specifico: favorire il rilassamento del corpo attraverso tecniche pittoriche

Attività: si presenta a Mattia del materiale da manipolare e lo si lascia giocare in libertà si

propongono dei disegni con gli acquerelli e con le cere.

Si disegnano dei tracciati scivolati chiusi con le cere e si chiede a Mattia di percorrerli con il ritmo e la velocità che preferisce.

4.8 Metodologie per Mattia : il percorso pedagogico, il Parent Training, la token economy, il percorso psicomotorio.

Le metodologie adottate per Mattia sono quelle azioni che il pedagogo clinico ha individuato nel progetto pedagogico per rendere realmente concreti gli obiettivi individuati.

IL PARENT TRAINING è un intervento rivolto ai genitori di bambini e adolescenti con disturbo da deficit di attenzione, impulsività e iperattività che ha la finalità di rendere più consapevoli ed efficaci le azioni educative dei genitori.

Il parent training composto da 10 incontri organizzati nel territorio

I cambiamenti che si verificheranno nel bambino saranno il frutto di azioni educative condivise dagli adulti di riferimento. Il coinvolgimento della famiglia e in particolare dei genitori è indispensabile per gli intenti educativi che sono stati individuati sulla base delle caratteristiche e delle esigenze di S.

Prescindere dalla relazione con la famiglia e con l'ambiente prossimo a S. significherebbe rendere vani gli interventi pedagogici e le azioni che si sono individuati.

La difficoltà relazionale di S. che si manifesta con un'importante verbosità, con la tendenza a un movimento continuo e ad attività svolte con gesti rapidi, maldestri e tempi ridotti coinvolge l'intera famiglia e la comunità.

Senza una buona ed efficace strategia che accolga i comportamenti problema e li contenga o li prevenga rischiamo di non vedere le potenzialità del bambino e i suoi ambiti di funzionamento.

Solo con il sostegno, la pratica e la consapevolezza dei genitori le azioni educative che si intendono agire potranno essere rispondenti ai bisogni di S.

I genitori di S. saranno coinvolti in un percorso di parent training all'interno di un gruppo di circa 4 coppie con figli di età e difficoltà simili. Il percorso è organizzato da un'associazione privata del territorio. Gli incontri sono guidati da una psicologa e da una psicopedagoga dell'età evolutiva.

Durante gli incontri saranno affrontati i seguenti temi: caratteristiche e definizione di cosa è la

disattenzione e l'iperattività, le difficoltà educative con i figli vivaci e disattenti, la comunicazione efficace, l'importanza delle regole nell'educazione dei bambini, la gestione delle dinamiche familiari in presenza di un bambino con adhd, la relazione con i nonni e i parenti, la gestione dei capricci, la collaborazione con la scuola e i compiti a casa.

4.9 Il percorso psicomotorio.

Nel progetto pedagogico proposto a Mattia l'aspetto motorio, percettivo e sensoriale ha un ruolo importante proprio perché i principali aspetti della condotta osservati nel bambino sono motori, utilizzati da Mattia come momento di sfogo quando le richieste cognitive sono troppo elevate o come modalità per comunicare il suo disappunto.

Il percorso psicomotorio per Mattia ha la durata di almeno 6 mesi, con un incontro la settimana presso lo studio di uno psicomotricista.

Gli incontri con lo psicomotricista si affiancheranno agli incontri con il pedagogo clinico che impegneranno Mattia due volte la settimana.

La finalità del percorso è permettere al bambino di maturare nuove disponibilità motorie che meglio gli permettano di interagire con l'ambiente in modo più efficace e finalizzato ad avere migliori prestazioni e migliori relazioni con gli adulti e i pari.

I movimenti spesso impulsivi e scoordinati osservati durante gli incontri con il bambino diventano occasioni per aiutare il bambino a percepire meglio attraverso esperienze di movimento i singoli arti del corpo e successivamente integrare e coordinare meglio le varie parti del corpo per finalizzare gesti e movimenti.

Gli incontri con Mattia sono volti a maturare le condotte globali, libere per arrivare ad avere una migliore conoscenza e successivamente padronanza dei singoli arti, per agevolare la coordinazione dei movimenti grosso-motori e di motricità fine.

Utile sarà un lavoro su:

- percezione corporea;
- percezione rispetto agli oggetti dello spazio con esperienze di aggiustamento al tempo, allo spazio, agli oggetti.

Si procederà con aggiustamenti allo spazio e successivamente al tempo.

- equilibrio e coordinazione
- capacità di dosare forza e direzione del gesto.

Il percorso psicomotorio per condurre il bambino a nuove percezioni propriocettive sarà accompagnato dal lavoro condotto dal pedagogo clinico sull'attenzione, la migliore attenzione al corpo consentirà al bambino di avere una migliore attenzione verso l'ambiente esterno.

Utile sarà condurre un lavoro sulla coordinazione oculo-manuale e la fissazione, in Mattia si è osservata una postura che tende a tenere ruotato e inclinato il capo anche nei momenti di fissazione. Necessario sarà lavorare sulla direzionalità dello sguardo e sulla fissazione.

Utile sarà investigare la lateralizzazione con giochi su forza e destrezza dei singoli arti.

Verrà dato spazio alle abilità di modulazione del tono muscolare, così da migliorare anche le capacità comunicative aiutandolo ad abbassare il tono della voce,

Il percorso verrà condotto all'inizio con incontri singoli, si valuterà in seguito la possibilità di organizzare gli incontri con Mattia insieme ad altri pari.

Il lavoro attraverso esperienze motorie è condotto in stretta collaborazione con l'intervento del pedagogo clinico.

4.10 Il percorso con il pedagogo clinico.

Parte centrale del progetto pedagogico è l'intervento del pedagogo clinico a favore dello sviluppo globale di Mattia.

Il percorso pedagogico ha la durata di almeno 6 mesi, al termine dei quali, le varie considerazioni sugli obiettivi raggiunti o mancati ci permetteranno di individuare nuove traiettorie pedagogiche per Mattia.

Le aree su cui potenziare le abilità di Mattia sono trasversali a più ambiti e per ottenere miglioramenti e traguardi è necessario consentire al bambino di maturare le nuove disponibilità cognitive, relazionali, emotive e anche scolastiche in tempi distesi ma il più possibile certi.

Il lavoro del pedagogo clinico si concentrerà su alcune principali aree:

- attenzione e concentrazione;
- controllo motorio;
- scambi comunicativi più efficaci;
- abilità scolastiche (lettura, scrittura, calcolo).

Il pedagogo clinico incontrerà Mattia due volte la settimana per 45 minuti circa, si arriverà gradualmente a un'ora di lavoro.

Durante gli incontri l'obiettivo sarà quello di ridurre la stanchezza e l'irrequietezza del bambino di fronte a situazioni nuove o a richieste di attenzione e concentrazione, per fare questo si passerà attraverso proposte di gioco per attivare l'attenzione, la concentrazione, la memoria di lavoro, il controllo motorio e inibire risposte impulsive.

Sono individuati degli obiettivi generali declinati in obiettivi specifici e relative attività volte a raggiungere i traguardi individuati.

Durante gli incontri lavoreremo su più abilità per tempi ristretti, si passerà da un'attività all'altra sia per abituare Mattia a proposte differenti, sia per aumentare in modo graduale la richiesta di maggiore attenzione e concentrazione, sia per aiutarlo a ridurre l'irrequietezza motoria a favore di una maggiore concentrazione.

Un incontro tipo potrà essere organizzato in questo modo:

- si inizia con un'attività sulla quale è caduta l'attenzione di Mattia;
- gioco sull'attenzione proposto per terra per circa 5/10 minuti, se disponibile si propone da seduto;
- gioco a tavolino con regole semplici, che saranno pensate dal pedagogo considerate le esigenze del bambino:
- attività a computer, per maturare l'attenzione, la discriminazione visuo-percettiva e l'alerta;
- si ascolteranno e leggeranno brevi brani, composti inizialmente anche da poche frasi;
- giochi motori per migliorare la coordinazione oculo-manuale, la fissazione, la precisione dei movimenti fini;

Gli incontri non seguiranno un iter prestabilito ma si cercherà di alternare le attività per adeguarsi alle caratteristiche di Mattia,

ampliare le preferenze di Mattia,

permettergli di aumentare i tempi di attenzione con proposte idonee alle sue capacità attentive;

evitare sovraccarichi cognitivi che possono comportare irrequietezza motoria.

Elemento importante nella relazione con Mattia diventa lo spazio.

Lo spazio deve essere visto come elemento di contenimento ma anche di esperienze percettive e sensoriali importanti.

Lo spazio sarà organizzato dal pedagogo clinico in modo tale da ridurre gli elementi di distrazione, favorendo l'attenzione su pochi stimoli.

Gli stimoli proposti a Mattia cercheranno di mettere insieme le esigenze di apprendimento, le difficoltà di Mattia e le sue preferenze.

Riportiamo un esempio, lo spazio proporrà a Mattia attività e giochi semplici, in numero adeguato, disposti nello spazio in modo ordinato, dove sarà facile per Mattia individuarli per far cadere più spesso la sua attenzione su quei giochi e agevolarne la familiarizzazione.

4.11 L'utilizzo della tecnica comportamentale della "token economy".

La token economy è una tecnica cognitivo-comportamentale che è stata individuata nel progetto pedagogico come tecnica utile per aiutare Mattia a ridurre alcuni comportamenti e a facilitare la comparsa di altri comportamenti graditi.

Dovrà essere utilizzata considerando i reali interessi del bambino affinché sia realmente efficace, rendendo interessante per Mattia inibire determinati comportamenti e agevolarne altri.

Le osservazioni hanno rilevato un interesse particolare verso i puzzle, anche quelli complessi, e il personaggio spider man.

A casa si utilizzerà il puzzle, a scuola un disegno del suo eroe preferito, spider man.

La modalità di proposta al bambino sarà questa:

a casa il comportamento da rinforzare sarà la capacità di parlare a voce bassa, il rinforzatore sarà la possibilità di ricevere ogni giorno 6 pezzi per completare il puzzle, dopo che si sarà verificato il comportamento desiderato, ovvero parlare con un tono di voce moderato.

Il puzzle dovrà essere costruito all'interno di una scatola o vassoio sufficientemente ampi da contenere tutto il puzzle finito, la scatola dovrà essere tolta tempestivamente dopo che il bambino avrà messo i suoi pezzetti guadagnati.

La scatola dovrà essere riposta in un luogo sicuro, lontano dalla portata del bambino, così da non vanificare il lavoro stesso che sarà fatto anche di attesa per non soddisfare subito l'esigenza di terminare il puzzle.

Sarà utile scegliere un puzzle composto da molti pezzi, non ci dovrà spaventare il fatto che un puzzle composto da tanti piccoli pezzi possa risultare complesso per un bambino di prima

elementare proprio perché Mattia ha mostrato durante le osservazioni abilità visuo - percettive mature nell'assemblare pezzi piccoli e complessi.

La possibilità di lavorare con un puzzle composto da tanti pezzi ci permetterà di osservare il comportamento da rinforzare per un periodo di tempo sufficientemente lungo per aiutare il bambino a inibire il comportamento problema (parlare con un tono di voce troppo alto).

Sarà possibile continuare a lavorare sempre con il puzzle, scegliendone uno nuovo oppure riproponendo lo stesso sempre con la finalità di lavorare sullo stesso comportamento da inibire, il tono di voce troppo alto.

A scuola invece il comportamento da rinforzare sarà quello di alzare la mano prima di alzarsi dal banco, a fine ora al bambino sarà data la possibilità di colorare una parte di un disegno preferito stampato su foglio A4, il foglio sarà tolto tempestivamente dall'insegnante.

Si consiglia di scegliere un'immagine accattivante di spider man scelta dal bambino tra alcune proposte dall'insegnante.

L'insegnante a fine lezione valuterà con il bambino se durante la mattinata ha alzato la mano prima di alzarsi dal tavolo, se questo è avvenuto Mattia avrà il disegno e potrà colorarne una parte indicata dall'insegnante, il foglio sarà tempestivamente tolto e messo in un posto lontano dalla portata del bambino.

Prima che l'insegnante e la famiglia utilizzino la tecnica, è previsto un incontro singolo con il pedagogo clinico che spiegherà come meglio proporre la tecnica e quali errori evitare.

Infatti questa tecnica non è immune da errori che frequentemente possono essere commessi sia quando si cerca di utilizzare la tecnica in modo troppo rigida sia quando si utilizza senza seguire una regola precisa.

4.12 La verifica dei traguardi raggiunti.

Per verificare che gli obiettivi individuati siano realmente realizzabili per Mattia sarà necessario annotare ad ogni incontro elementi che riterremo significativi sui feedback che Mattia ci invierà durante le nostre proposte, utile saranno i feedback che ci arriveranno dagli incontri con genitori e insegnanti.

Durante gli incontri raccoglieremo del materiale, principalmente grafico su cui anoteremo la data per poter verificare i vari cambiamenti, per esempio se l'occupazione dello spazio grafico

è più regolare, se le lettere sono eseguite in modo più preciso, se il disegno si compone di nuovi particolari.

Anche l'uso di tabelle e check list ci aiuteranno a confrontare i dati iniziali con quelli in itinere.

I quaderni scolastici saranno dei materiali da consultare spesso.

Conclusioni.

In questo elaborato si è cercato di raccontare come avviene la presa in carico del soggetto da parte del pedagogista clinico attraverso la storia di Mattia, un bambino di prima elementare con diagnosi di ADHD.

Il progetto pedagogico creato per Mattia ha come obiettivo quello di individuare le peculiarità motorie, verbali, cognitive, relazionali del bambino, assumendole come aspetti da cui partire per affrontare le criticità legate allo sviluppo cognitivo, motorio e relazionale.

La riflessione del pedagogista clinico non parte solo dai sintomi e dai segni di disagio per poterli contrastare ed eliminare, quanto piuttosto cerca di vedere tutte le condotte della persona, per poter comprendere la via migliore per garantire il massimo sviluppo possibile per quella persona.

L'obiettivo del progetto pedagogico è capire il funzionamento della persona, il suo attuale livello di equilibrio psico-motorio, emotivo-relazionale per assumere nuovi equilibri che meglio possano rispondere alle esigenze di crescita e di adattamento all'ambiente.

L'aspetto motorio in Mattia è stato visto nel progetto pedagogico come canale comunicativo da cui partire attraverso il quale il bambino manifesta sia il suo disagio (l'iperattività) ma anche le sue abilità comunicative e cognitive.

Ne è emerso così un bambino con tante disponibilità e interessi, con un'ambiente relazionale disponibile al cambiamento, in ascolto e pronto a condividere il progetto educativo pensato per Mattia.

L'osservazione empirica ha reso possibile scoprire bisogni, necessità e criticità.

L'iter che ha condotto all'elaborazione del progetto pedagogico per Mattia ha cercato di seguire un percorso di riflessione che conduce il pedagogista clinico a delineare un percorso di crescita e sviluppo personale e individualizzato basato su dati empirici e visioni globali e

sistemiche della persona.

Grazie alla visione ampia del pedagogo clinico le azioni condotte con Mattia sono state integrate con alcune azioni per la famiglia e per la scuola, in collaborazione con un'altra figura professionale che completa e integra il lavoro del pedagogo clinico, ovvero lo psicomotricista.

La relazione pedagogica con Mattia seppur ha toccato ambiti di funzionalità differenti da quelli principalmente utilizzati da Mattia non ha mai negato l'aspetto motorio preferito da Mattia, questo si evince sia nella formulazione degli obiettivi generali sia nella formulazione degli obiettivi specifici e nelle relative attività proposte.

I giochi di memoria e di attenzione sono stati proposti con modalità volte a favorire l'aspetto del movimento e ad attivare anche altre abilità come il maggior controllo del proprio corpo, una migliore percezione, un miglior equilibrio.

Importante è stato agire non solo sulla scelta delle attività ma anche dei giochi e dello spazio.

Le proposte sono state condotte in modo graduale, le attività a tavolino sono state proposte dopo altre esperienze a terra, su tappeti, in piedi, camminando o muovendosi per poi arrivare a proporre giochi e attività per tempi sempre più lunghi a tavolino.

Utile è stato intervenire sistematicamente e in modo coerente anche negli ambienti di casa, concordando piccoli interventi con i genitori per meglio predisporre lo spazio casa alle nuove conquiste di Mattia, considerando anche gli spazi vitali e le abitudini della famiglia.

Utile è stato anche poter intervenire sullo spazio classe per ridurre la distrazione e abituare il bambino al rispetto di nuove regole in modo graduale, elementi di cui hanno potuto beneficiare anche altri bambini della classe, anch'essi con fragilità nell'attenzione e nel comportamento.

Per arrivare a condividere il progetto educativo con gli altri soggetti che si prendono cura del bambino, la scuola e la famiglia, è stato necessario prevedere incontri singoli.

In questo percorso il pedagogo clinico si è assunto il compito di coordinare le varie azioni, per Mattia, dotandole di senso e progettualità.

Per fare questo si è seguito l'iter che il pedagogo clinico è tenuto ad osservare affinché le sue valutazioni pedagogiche vadano al di là della mera individuazione di sintomi e disagi, mancanti acquisizioni, deficit della persona che rischierebbero di allontanare il pedagogo dalla sua vera natura di professione educativa che riflette sulla pedagogia e agisce con metodi

educativi.

Utile è stato seguire il metodo empirico, basato su osservazioni puntuali, strutturate, attente a cogliere elementi di specificità e potenzialità della persona espresse o inesprese.

Altrettanto utile è stato condurre un'osservazione in grado di ampliare lo sguardo sui sistemi di relazione più prossimi al bambino, la famiglia, la scuola e le risorse del territorio attivabili.

Nella sintesi finale emerge più il soggetto che i sintomi della patologia, più le sue caratteristiche e capacità di adattamento e le sue performance che le conseguenze dei sintomi sulla vita relazionale e scolastica.

Ne risulta un bambino che necessita di essere visto per le sue peculiarità e condotto verso nuove acquisizioni, performance e abilità.

BIBLIOGRAFIA

Franco Frabboni, Gerwald Allnofer. *La pedagogia tra sfide e utopie*. Franco Angeli, 2015

Giovanni Genovesi. *Scienze dell'educazione e pedagogia speciali*. Carocci, 2005.

M. Mencarelli. *Infanzia progetto pedagogico*. Editrice la scuola, 1987

Maurizio Parente. *Osservare per conoscere e comprendere. La pratica osservativa nei contesti educativi per l'infanzia*.

Sandra Matteoli. *L'intervento del pedagista clinico nelle difficoltà di apprendimento*, Edizioni junior, 2010.

Marisa Pavone. *L'inclusione educativa. Indicazioni pedagogiche per la disabilità*. Armando editori, 2014.

Piero Crispiani. *Pedagogia clinica della famiglia con handicap. Analisi e strumenti professionali*. Collana di pedagogia clinica. Edizioni Junior, 2008.

Franco Blezza. *Pedagogia Professionale. Che cos'è e quali strumenti impiega e come si esercita*. Edizioni Libreria universitaria, 2018.

Piero Crispiani. *Pedagogia clinica. La pedagogia sul campo, tra scienza e professione*. Edizioni junior. Collana di pedagogia clinica. 2001.

Piero Crispiani, Catia Giaconi, M. Letizia Capparucci. *Lavorare con il disturbo di attenzione e iperattività. Dalla diagnosi al trattamento educativo*. Edizioni Junior, 2005.