Capitolo I²

Bisogni educativi speciali: una panoramica generale

1.1. Bisogni educativi speciali: i disturbi del neurosviluppo

Tra il 2002 e il 2007 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) elaborò la classificazione dell'ICF³(Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), fonte di riferimento fondamentale per l'elaborazione del concetto di Bisogni Educativi Speciali (BES). Questo modello ha abbandonato il tradizionale concetto di salute come semplice assenza di malattia, per adottare una nuova prospettiva epistemologica che considera la salute come il risultato complesso, sistemico e globale del funzionamento dell'individuo, influenzato da vari fattori come le condizioni fisiche, le strutture e le funzioni corporee, le attività personali, la partecipazione sociale, gli ambienti e i contesti personali che possono causare disagio e difficoltà; problemi relazionali come aggressività o isolamento; disturbi del linguaggio; disagio; ritardi psicomotori; scarsa autostima; disturbi dell'attenzione e ipercinesia. In questa prospettiva, si è cercato di superare la dicotomia tra normalità e patologia, per parlare invece di un continuum che va da un funzionamento equilibrato a un funzionamento instabile dell'individuo, tenendo conto dei fattori menzionati in precedenza (OMS, 2002).

Ianes (2005) ha descritto i Bisogni educativi speciali come "ogni forma di difficoltà evolutiva nell'ambito dell'educazione e/o dell'istruzione, derivante da un funzionamento problematico che comporta danno, ostacolo al benessere, limitazione della libertà e stigma sociale, indipendentemente dall'origine, e richiede un'educazione speciale individualizzata".

Il pedagogo Ianes sostiene che, se da un lato i bisogni educativi speciali hanno potuto promuovere processi di comprensione e integrazione, dall'altro è stato necessario prestare attenzione per evitare classificazioni e categorizzazioni che hanno

² Si precisa che questo capitolo e le altre sezioni dell'elaborato contengono parti liberamente tratte da studi precedenti, correttamente citati, e dalla regolamentazione e reportistica esistente sul fenomeno investigato.

³ OMS. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (CIF). Ginevra, OMS.2001

portato a stigmatizzazione, esclusione e marginalizzazione.

Come ha sostenuto Gaspari (2014), il concetto di bisogno è limitante rispetto all'ampiezza del concetto di persona come essere in continua evoluzione, con potenzialità, aspettative, pensieri e desideri.

Storicamente, il concetto di bisogni educativi speciali è stato introdotto per la prima volta in Inghilterra nel rapporto Warnock⁴ del 1978. Esso fu presentato con la finalità di sostituire il termine "handicap" con un termine che mirasse a sottolineare la necessità di un cambiamento pedagogico. In questo documento spicca l'importanza di avviare un processo di integrazione degli studenti considerati "diversi" all'interno delle scuole britanniche, attraverso un approccio inclusivo basato sull'individuazione di obiettivi educativi comuni a tutti gli studenti, indipendentemente dalle loro abilità o disabilità (Warnock Report, 1979). Successivamente, nel 2001, con lo Special Educational Needs and Disability Act⁵, è emersa l'esigenza di eludere qualsivoglia manifestazione "di discriminazione nell'ammissione degli studenti con bisogni educativi speciali nelle scuole, promuovendo la loro piena partecipazione alla vita scolastica e coinvolgendo le famiglie" (Special Educational Needs and Disability Act 2001, 2001).

In Italia, soltanto a partire dal 1998 si è cominciato a parlare di Bisogni Educativi Speciali. Una chiara definizione di BES si è ottenuta solo con l'emissione della Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012: "Strumenti d'intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica". In questo documento si sottolinea come gli studenti con BES siano stati definiti come "ogni studente che in modo continuativo o per periodi specifici può manifestare bisogni educativi speciali, sia per motivi fisici, biologici o fisiologici, sia per motivi psicologici o sociali, per i quali le scuole devono fornire risposte adeguate e personalizzate" (Direttiva Ministeriale 27 dicembre 2012).

La direttiva del 2012 ha introdotto importanti modifiche rispetto alle precedenti leggi: la legge 104/92 considerava solo gli alunni disabili con bisogni di attenzione speciale, la successiva legge 170/2010 si riferiva solo agli alunni con Disturbi

⁴Il *Rapporto Warnock* (in onore del presidente della commissione di ricerca per l'istruzione speciale Helen Mary Warnock, filosofo britannico specializzato nella filosofia dell'educazione) è un documento preparato dalla British Commission of Education nel 1978 in riferimento ai bisogni educativi speciali dei bambini. Questo scritto si basa principalmente sul modello di educazione speciale britannico.

⁵ Special Educational Needs and Disability Act (SENDA) è una legge promulgata nel 2001 e applicata in Inghilterra, Scozia e Galles per promuovere l'uguaglianza di opportunità e prevenire la discriminazione contro le persone con disabilità nell'ambito dell'istruzione.

specifici di apprendimento, la direttiva del 2012 ha ampliato l'insieme degli alunni considerati, includendo non solo gli alunni disabili o quelli con specifici disturbi congeniti o acquisiti, ma anche tutti gli alunni con difficoltà che, a differenza dei disturbi, non sono innati e non possono essere modificati con interventi mirati. La direttiva ministeriale del 27/12/2012 stabilisce che gli alunni con BES possono essere suddivisi in tre macrocategorie:

Disabilità: include tutti gli alunni che presentano una difficoltà certificata ai sensi della legge 104/1992, cioè coloro che hanno una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabile o progressiva, che comporta difficoltà nell'apprendimento, nelle relazioni o nell'integrazione lavorativa, determinando svantaggio sociale o emarginazione.

Disturbi evolutivi specifici: comprende gli alunni che presentano difficoltà che non possono essere certificate ai sensi della legge 104/92. In questa categoria rientrano i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), che sono disturbi di natura neurobiologica che possono manifestarsi in abilità specifiche dell'apprendimento scolastico, come la lettura, la scrittura o il calcolo. Questi disturbi sono riconosciuti dalla legge 170/2010, insieme ai disturbi specifici del linguaggio, ai deficit delle abilità non verbali, ai disturbi dell'attenzione e dell'iperattività, ai disturbi dello spettro autistico lieve e al funzionamento intellettivo minimo.

Svantaggio socioeconomico, culturale e linguistico: questa categoria comprende gli alunni che presentano difficoltà nell'apprendimento a causa di un ambiente svantaggiato dal punto di vista socioeconomico o di privazioni culturali o linguistiche (Direttiva Ministeriale 27 dicembre 2012, 2012).

Tutte queste situazioni presentano caratteristiche molto diverse tra loro, ma, indipendentemente dal tipo di bisogno educativo speciale, tutti hanno il diritto di ricevere un'educazione adeguata, personalizzata ed efficace rispetto alla loro condizione. Come affermava Don Milani⁶ in una lettera ad una professoressa, "non è giusto fare parti uguali tra disuguali" (Milani, 2017).

Tra i Bisogni Educativi Speciali figurano i disturbi del neurosviluppo che

⁶Don Lorenzo Milani(Firenze, 27 maggio 1923 – Firenze, 26 giugno 1967), fu un presbitero, scrittore, docente e educatore cattolico italiano. La sua esperienza pedagogica era rivolta soprattutto ai bambini poveri nella disagiata e isolata scuola di Barbiana, nella canonica della chiesa di Sant'Andrea. I suoi scritti provocarono aspre polemiche e coinvolsero la Chiesa cattolica, gli intellettuali e politici dell'epoca. Milani si oppose al servizio militare maschile (all'epoca obbligatorio in Italia); per tale motivo fu processato per apologia di reato. In primo grado venne assolto "perché il fatto non costituisce reato", mentre in appello morì prima che si giungesse a sentenza.

rappresentano una componente significativa nella sfera delle patologie neuropsichiatriche che si manifestano tipicamente nelle prime fasi dello sviluppo, anche prima dell'inizio della scuola primaria, e si caratterizzano per la presenza di deficit o alterazioni nell'acquisizione delle competenze che possono coinvolgere diverse aree di sviluppo. All'interno di questo gruppo, i deficit possono manifestarsi come compromissione generale del funzionamento, distorsioni che influenzano il funzionamento globale o deficit specifici in singole aree.

Il DSM-5 dedica una notevole attenzione alla categoria dei disturbi del neurosviluppo e utilizza la definizione di “disturbi del neurosviluppo” per descrivere “una serie di condizioni cliniche che si manifestano durante l’infanzia e che non possono essere attribuite a cause conosciute e documentabili” (DSM-5.Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2014). La gamma dei disturbi del neurosviluppo varia da limitazioni molto specifiche nell’apprendimento o nel controllo delle funzioni esecutive fino alla compromissione globale delle abilità sociali o dell’intelligenza. I disturbi del neurosviluppo spesso si manifestano in combinazione tra loro: ad esempio, individui con disturbo dello spettro autistico possono presentare anche disabilità intellettiva, e molti bambini con disturbo da deficit dell’attenzione e iperattività possono manifestare anche un disturbo specifico dell’apprendimento.

I disturbi del neurosviluppo comprendono le seguenti macrocategorie diagnostiche: disabilità intellettive, disturbi della comunicazione; disturbi dello spettro autistico; disturbo da deficit dell’attenzione e dell’iperattività; disturbo specifico dell’apprendimento; disturbi del movimento; altri disturbi del neurosviluppo.

La disabilità intellettiva è uno dei disturbi più frequenti e comprende i quadri clinici caratterizzati da significative limitazioni che investono sia il funzionamento intellettuale che il comportamento adattivo, con compromissione delle competenze sociali e di quelle necessarie a provvedere alle abituali richieste nelle attività quotidiane.⁷ Il DSM-5 fa riferimento ad un disturbo che insorge nell’età evolutiva che include deficit intellettivi e adattivi negli ambiti della concettualizzazione, della socializzazione e delle capacità pratiche.

⁷ Definizione dell ‘American Association on Intellectual and Developmental disabilities (Tassé & Grover, 2021).

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività⁸ è un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da livelli invalidanti di disattenzione-disorganizzazione⁹ e/o iperattività-impulsività¹⁰. I comportamenti impulsivi derivano sostanzialmente dall'incapacità del bambino di regolare il proprio comportamento in funzione del trascorrere del tempo, degli obiettivi da raggiungere e delle richieste dell'ambiente. Il disturbo da Deficit di attenzione e iperattività (DDAI) è un problema significativo che può avere un impatto sull'individuo stesso, sulla famiglia e sulla scuola. Questo disturbo comportamentale, inoltre, può rappresentare un ostacolo nel conseguimento degli obiettivi personali.

Il disturbo specifico dell'apprendimento¹¹ è un disturbo del neurosviluppo con esordio durante gli anni scolastici caratterizzato dalla persistente difficoltà di apprendimento delle abilità scolastiche di base nell'ambito della lettura, della scrittura e/o del calcolo, la prestazione dell'individuo nelle abilità scolastiche interessate è di gran lunga al di sotto della media per l'età o sono raggiunti livelli accettabili solo attraverso sforzi straordinari.

Un'ulteriore macrocategoria diagnostica dei disturbi del neurosviluppo comprende i disturbi del movimento ossia patologie che comportano il rallentamento motorio (forme ipocinetiche) e l'eccesso di movimento (forme ipercinetiche)¹².

I disturbi della comunicazione includono difficoltà del linguaggio¹³, dell'eloquio¹⁴ e della comunicazione¹⁵. Quando si valutano le abilità di eloquio,

⁸ Secondo i criteri del DSM-5 si distinguono tre forme cliniche per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività: inattentiva, iperattiva e combinata. Le tre forme possono alternativamente essere presenti nello stesso paziente durante la sua crescita e il suo sviluppo.

⁹ La disattenzione e la disorganizzazione si manifestano a livello comportamentale e comportano l'incapacità di mantenere l'attenzione su un compito, la mancanza di perseveranza, l'apparente mancanza di ascolto e la perdita di oggetti, a livelli inadeguati all'età o al livello di sviluppo.

¹⁰ L'iperattività e l'impulsività comporta un livello di attività eccessivo, agitazione, incapacità di rimanere seduti, intromissione nelle attività altrui e incapacità di aspettare. L'iperattività si riferisce ad un'eccessiva attività motoria in momenti in cui essa non è appropriata, o a un'eccessivo dimenarsi, a tambullamenti o loquacità. L'impulsività si riferisce ad azioni affrettate che avvengono all'istante, senza premeditazione, e che hanno un alto potenziale di danno per l'individuo.

¹¹ I disturbi specifici dell'apprendimento comprendono dislessia (caratterizzata da problemi di lettura); disgrafia e disortografia (caratterizzati da problemi nella scrittura); discalculia (caratterizzata da problemi nel calcolo) (DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2014)

¹² I disturbi del movimento comprendono il disturbo dello sviluppo della coordinazione, il disturbo da movimento stereotipato e i disturbi da tic (DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2014).

¹³ Il linguaggio comprende "la forma, la funzione e l'utilizzo di un sistema convenzionale di simboli governata da regole per la comunicazione" (DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2014).

¹⁴ Per eloquio si intende "la produzione espressiva di suoni e comprende articolazione, fluidità, voce e qualità di risonanza di un individuo" (DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2014).

linguaggio e comunicazione, è importante considerare il contesto culturale e linguistico dell'individuo per garantire una valutazione accurata (DSM-5.Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2014).

1.2. Bisogni educativi speciali: il disturbo della comunicazione sociale

La comunicazione è un aspetto essenziale della vita umana, tanto che Watzlawick sostenne che “non si può non comunicare” (Watzlawick, Beavin, Jackson, & Ferretti, 1971). Fin dalla nascita ci si trova immersi come soggetti attivi e dotati di capacità comunicative all'interno di una situazione relazionale che coinvolge le nostre primarie figure di attaccamento e, nello stesso tempo, si è inconsapevolmente coinvolti in un continuo processo di acquisizione delle regole della comunicazione e del linguaggio. La competenza linguistica è un elemento fondamentale per lo sviluppo delle abilità di interazione, pianificazione e progettazione di comportamenti che portano all'autonomia e migliorano la qualità della vita nelle relazioni sociali e affettive. Essa svolge un ruolo fondamentale anche nella trasmissione della cultura e della storia.¹⁶

Tuttavia, come accennato nel paragrafo precedente, in un soggetto possono manifestarsi disturbi della comunicazione in modo precoce e possono produrre danni funzionali permanenti.

La macrocategoria diagnostica dei disturbi della comunicazione comprende: “il *disturbo fonetico-fonologico*, il *disturbo del linguaggio*, il *disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia* e il *disturbo della comunicazione sociale*”(Biondi, 2014; Valeri & Marotta, Luigi, 2021).

Il disturbo fonetico-fonologico si caratterizza “per la persistente difficoltà nella produzione di suoni dell'eloquio, pertanto ostacola/impedisce la comunicazione verbale” (DSM-5.Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2014). Le limitazioni dell'efficacia della comunicazione provocano ripercussioni negative sulle relazioni sociali, sul rendimento scolastico o sulle prestazioni professionali. La produzione e la combinazione dei suoni sono legate sia alla corretta informazione fonologica, sia alla capacità di programmazione motoria. La letteratura evidenzia

¹⁵ La comunicazione comprende “qualsiasi comportamento verbale e non verbale che influenza il comportamento, le idee e le abitudini di un individuo. (DSM-5.Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2014)

¹⁶ <http://associazionepsy.it/disturbi-della-comunicazione/>

come i tempi di acquisizione del linguaggio siano attestabili dall'età di tre anni. Infatti, i bambini acquisiscono l'intero repertorio di consonanti che caratterizzano il lessico italiano. La stabilizzazione del sistema fonologico¹⁷ si registra all'età di quattro anni, precisamente nel momento in cui viene perfezionato l'inventario fonetico¹⁸ e si risolvono le semplificazioni fonologiche. A quest'età è ancora ammissibile un ritardo nella produzione di alcuni suoni più difficili da articolare (c, l, r, s, z, gl, gn) (Termine , Ventriglia, & Staffolani, 2020).

Il disturbo del linguaggio “è caratterizzato da difficoltà persistenti nell'acquisire e nel gestire il linguaggio non attribuibili a problemi legati all'udito o ad altre compromissioni sensoriali, a disfunzioni motorie o ad altre condizioni mediche e neurologiche. Queste difficoltà hanno esordio nelle prime fasi di sviluppo e possono riguardare sia le abilità espressive¹⁹ sia quelle recettive²⁰. Le fragilità spaziano dal vocabolario ridotto a una limitata strutturazione delle frasi a una compromissione delle abilità discorsive” (DSM-5.Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2014; Valeri & Marotta, 2021; Termine , Ventriglia, & Staffolani, 2020).

Il disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia, disturbo della comunicazione, “è caratterizzato dalla presenza di alterazioni della normale e della cadenza dell'eloquio, inappropriate per l'età e per le abilità linguistiche dell'individuo” (DSM-5.Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2014). Esse persistono nel tempo e si distinguono per il marcato e frequente manifestarsi di uno o più dei seguenti elementi: ripetizioni di suoni o sillabe, prolungamento dei suoni delle consonanti o delle vocali; interruzione di parole; blocchi udibili o silenti; circonluzioni, pronuncia di parole effettuata con eccessiva tensione fisica, ripetizione di intere parole monosillabiche. La balbuzie spesso ostacola la comunicazione: il soggetto sa cosa vorrebbe dire ma allo stesso tempo non è in grado di articolare i suoni in maniera fluente a causa di arresti, ripetizioni e/o prolungamenti di un suono che non sono facilmente controllabili con la sola volontà. Per tali ragioni la balbuzie è spesso fonte di ansia nei contesti comunicativi” (Termine , Ventriglia, & Staffolani, 2020).

¹⁷ La fonologia studia come i suoni del linguaggio si raggruppino in fonemi con la funzione di distinguere le parole tra loro nelle varie lingue.

¹⁸ La fonetica è una scienza che studia i suoni del linguaggio dal punto di vista articolatorio-acustico, uditivo e percettivo.

¹⁹ Produzione di messaggi linguistici.

²⁰ Ricezione e comprensione dei messaggi linguistici.

Il DSM-5 ha introdotto il Social/Pragmatic Communication Disorder (SPCD) o Disturbo socio-pragmatico comunicativo (DSPC) caratterizzato da una difficoltà primaria nell'uso sociale della comunicazione e del linguaggio, nel comprendere e seguire le regole sociali della comunicazione verbale e non verbale in contesti naturalistici, nel modulare il linguaggio in base alle esigenze di chi ascolta e al contesto, nel seguire le regole per la conversazione e la narrazione e nel comprendere il linguaggio implicito e il linguaggio figurato. Questi deficit comportano limitazioni funzionali in molteplici ambiti, e non sono meglio spiegati da scarse abilità negli aspetti strutturali del linguaggio o nelle competenze cognitive. Il DSPC è spesso presente nei soggetti con disturbo dello spettro autistico²¹ (DSA). Gli individui con DSA tendono ad evitare le interazioni sociali perché spesso possono avere difficoltà a interpretare le sfumature sociali, come il linguaggio del corpo, le espressioni facciali o i segnali non verbali (Valeri & Marotta, 2021).

1.3. Modelli di intervento per i disturbi socio-pragmatici comunicativi

Numerosi studi volti ad indagare le difficoltà che possono manifestare diverse dimensioni del funzionamento umano mostrano come la presenza di Bisogni Comunicativi Complessi possa avere un impatto negativo sulla produzione e la comprensione del linguaggio, l'intenzionalità comunicativa, le relazioni sociali e le attività ludiche, sin dalla prima infanzia e in qualsiasi contesto di vita (Beukelman & Mirenda, 2014; Cafiero, 2009; Costantino M. , 2011; Light, 1989; Light & McNaughton, 2014).

Queste condizioni richiedono interventi precoci, non solo di tipo terapeutico-riabilitativo ma anche educativo-didattico, al fine di promuovere l'intenzionalità comunicativa, identificare strategie, ricercare strumenti e ausili e creare più opportunità di partecipazione nella vita quotidiana attraverso forme di comunicazione diverse ma altrettanto efficaci. Di conseguenza, è importante individuare approcci che valorizzino le capacità e i punti di forza dell'individuo, sfruttando al massimo le potenzialità di tecnologie assistive (Besio S. , 2005; Light

²¹ Il DSA è una condizione che influisce sulla capacità di comunicazione sociale e sulla reciprocità emotiva, e può portare a un disagio o una difficoltà nell'interagire con gli altri.

& McNaughton, 2013; Besio, Bianquin, & Giraldo, 2020) per consentire a ciascun individuo di comunicare e partecipare attivamente in ogni contesto di vita.

Gli interventi mirati alle specifiche difficoltà socio-pragmatico comunicative hanno come obiettivo la promozione e l'insegnamento delle abilità sociali, comunicative e pragmatiche.

Tra gli interventi che possono essere specifici per bambini con Disturbo Socio-Pragmatico Comunicativo vi sono:

Social Communication intervention Project: un approccio terapeutico rivolto ai bambini con Disturbo socio-pragmatico comunicativi nel contesto della scuola che ha l'obiettivo di promuovere le abilità socio cognitive, conversazionali, meta pragmatiche e socio-emotive attraverso attività svolte all'interno del contesto scolastico;

SCERTS Model : un modello di intervento che si concentra principalmente sugli aspetti pragmatico funzionali coinvolgendo genitori, insegnanti, dell'interazione con i pari e di tutta la comunità (Prizant, Wetherby, Rubin, Laurent, & Rydell, 2006) ;

Gruppi per le competenze sociali: che promuovono l'interazione sociale con i coetanei attraverso istruzioni, role playing. I gruppi sono costituiti in genere da un numero di bambini limitati e dalla presenza di un facilitatore che può essere anche l'insegnante appositamente formato. Una tecnica che viene utilizzata dell'intervento con i gruppi è la Score SKILLS strategy, un programma centrato sulla cooperazione nel piccolo gruppo che si focalizza sulla promozione e insegnamento di specifiche abilità sociali come: condivisione di idee fai dei complimenti agli altri dare aiuto e incoraggiamenti, autocontrollo (Vernon, Schumacher, & Deshler, 1996).

Gli interventi socio pragmatico comunicativo centrati direttamente sul bambino sono: l'*Applied Verbal Behavior*, il *Pivotal Response Training* e la *Comunicazione Aumentativa e Alternativa*.

1.3.1. Gli interventi socio pragmatico comunicativi: *Applied Verbal Behavior (AVB)*

Tra i programmi comportamentali raccomandati per bambini con Disturbi comunicativo-linguistici si trova *Applied Verbal Behavior*, una forma specifica di ABA²² finalizzato allo sviluppo delle abilità comunicativo linguistiche basata sui

²² L'ABA è una metodologia di applicazione e di ricerca che implica una progettazione sperimentale specifica dell'interventi. Il programma di intervento viene realizzato su dati che emergono dall'analisi,

principi dell'analisi del linguaggio proposta da Skinner. L' AVB considera, infatti, il linguaggio in maniera funzionale, con ogni risposta verbale definita dal suo antecedente e dal suo conseguente. Un comportamento verbale ha un effetto sull'ambiente e un conseguente effetto di ritorno sulla persona. Questo comportamento si definisce, infatti, operante perché opera sull'ambiente ed è l'unità di analisi del metodo AVB e corrisponde alla relazione funzionale tra il tipo di risposta, i fattori motivanti, gli stimoli discriminativi e le conseguenze. Ogni operante verbale ha una certa probabilità di emissione in base a specifiche condizioni che si possono predire e controllare per favorire l'emissione nel comportamento verbale (Skinner, 2018).

L'obiettivo principale è di dimostrare al bambino quale è la funzione del comportamento e gli effetti che esso produce. Quando si lavora con un bambino con il metodo AVB, l'ambiente e gli stimoli vengono manipolati per favorire la comunicazione e rafforzarla immediatamente al fine di mantenerla e potenziarla. Il terapeuta adatta quindi l'ambiente del bambino per creare la condizione ottimale in cui il bambino richiede gli oggetti preferiti, gli oggetti mancanti e/o informazioni. La stessa parola può avere effetti diversi sull'ambiente a seconda del motivo per cui viene utilizzata; quindi, il significato di una parola viene appreso e compreso attraverso tutte le sue funzioni definite dagli operanti verbali. L'insegnamento degli operanti verbali segue una progressione evolutiva che parte dalla funzione della richiesta e arriva alla funzione del dialogo, consentendo una comunicazione di livello avanzato. Un repertorio verbale completo è composto quindi da ogni operante verbale e da esso si sviluppano comportamenti linguistici più complessi. Prima di affrontare gli aspetti verbali più complessi è fondamentale consolidare un repertorio di operanti verbali per diversi anni (Cooper, Heron, & Heward , 2007). La metodologia AVB viene utilizzata con successo per insegnare ai bambini non verbali a produrre parole, porre domande, costruire frasi e rispondere alle domande usando enunciati singoli o multipli. Tuttavia, le terapie AVB ha avuto meno successo nell'insegnare l'iniziativa comunicativa e nella generalizzazione di comportamenti comunicativi in altri contesti.

utilizzando le tecniche abituali della terapia del comportamento. Esso, inoltre, mira a ridurre le abitudini comportamentali problematiche e disfunzionali attraverso la costruzione di rituali comportamentali adattivi (Truzoli, 2021).

1.3.2. *Gli interventi socio pragmatico comunicativi: Pivotal Response Training (PRT)*

Un approccio comportamentale naturalistico basato sulla metodologia ABA e incentrato sull'apprendimento incidentale dall'interesse del bambino è il *Pivotal Response Training*²³. Il PRT può essere somministrato in ambienti diversi, naturalmente frequentati dal bambino, evitando rigidità didattiche che potrebbero causare problemi comportamentali o difficoltà nella generalizzazione. Un aspetto fondamentale del PRT è il coinvolgimento attivo dei genitori nel programma, ricevendo formazione per sfruttare tutte le opportunità di insegnamento che si presentano nel contesto naturale.

Le procedure motivazionali sono un elemento cruciale dell'approccio PRT che mette in rilievo l'utilizzo di rinforzi naturali. Rispetto alle tecniche di apprendimento strutturato, il PRT porta a una maggiore motivazione nei bambini, migliora la generalizzazione delle nuove abilità, aumenta le risposte spontanee e riduce i comportamenti problematici. I principi fondamentali dell'intervento PRT sono: l'importanza del contesto naturale, il coinvolgimento della famiglia e il trattamento dei comportamenti cardine, definiti "pivotal", ossia comportamenti chiave che, una volta appresi, permettono al bambino di apprendere in modo significativo direttamente dall'ambiente. Poiché molti bambini con difficoltà nelle competenze sociocomunicative richiedono un training per diverse abilità, è essenziale individuare i comportamenti pivotal che, una volta sviluppati, producono modificazioni simultanee in molti altri comportamenti, evitando di trattare ogni comportamento singolarmente uno alla volta.

L'obiettivo principale del PRT si concentra su quattro aree specifiche:

- **Intrinseca Motivazione:** stimolare e sostenere la motivazione naturale del bambino prendendo spunto dagli interessi e dalle scelte del bambino stesso. Le strategie applicate sono il rinforzo positivo per incoraggiare l'iniziativa e le risposte spontanee. In questa fase si promuove l'alternanza di turni e l'utilizzo di compiti di consolidamento.

²³ Il Pivotal Response Training è stato sviluppato negli anni settanta da Robert e Lynn Koegel presso l'Università della California e ha come obiettivo la promozione lo sviluppo della comunicazione, del linguaggio e di comportamenti sociali positivi (Koegel & Koegel, 2006).