

Psicologinews.it

Scientific

La riapertura dopo il COVID e la necessità di prendersi del tempo

di **Francesca Dicè**

I benefici della meditazione e delle pratiche di mindfulness durante i periodi di crisi come il COVID-19

di **Ilaria Di Giusto**

L'importanza della diagnosi precoce del Disturbo dello Spettro Autistico

di **Emanuele Mingione**

Quando i numeri fanno paura: breve sintesi sulla discalculia evolutiva

di **Roberto Ghiaccio**



La notte bianca della Psicologia

La primavera di psicologinews si conclude con “*La notte bianca della Psicologia*” un confronto tra psicologi italiani di tutte le generazioni, provenienti da tutte le parti del Paese e da diversi Paesi Europei. Il Tema del confronto nel solstizio d'estate sarà: La professione tra sogni, ricordi, progetti per il futuro.

Diretta Facebook sulla pagina Psicologinews

Lunedì 21 Giugno dalle 22,30



INDICE

**La riapertura dopo il COVID e la
necessità di prendersi del tempo**
pag 5

di *Francesca Dicè*

**Il mondo delle cose ed il mondo
dei significati: il lavoro
psicologico**
pag 31

di *Alberta Casella*

**I benefici della meditazione e delle
pratiche di mindfulness durante i
periodi di crisi come il COVID-19**
pag 7

di *Ilaria Di Giusto*

**L'importanza della diagnosi precoce
del Disturbo dello Spettro Autistico**
pag 13

di *Emanuele Mingione*

**Quando i numeri fanno paura: breve
sintesi sulla discalculia evolutiva**
pag 19

di *Roberto Ghiaccio*

Assessment organizzativo

pag 26

di *Daniela Di Martino*

REDAZIONE

Valeria Bassolino

Alberta Casella

Barbara Casella

Francesca Dice

Daniela Di Martino

Ida Esposito

Roberto Ghiaccio

Veronica Lombardi

Emanuele Mingione

Giulia Tarabbo

Supplemento mensile a:

psicologinews.it Autorizzazione

Tribunale di Napoli n° 5584/20

del 11/11/2020

Direttore Responsabile

Raffaele Felaco

redazione@psicologinews.it

Chiuso il: 15 Giugno 2021

COMITATO SCIENTIFICO

Caterina Arcidiacono

Rossella Aurilio

Gino Baldascini

Paolo Cotrufo

Pietro Crescenzo

Emanuele Del Castello

Massimo Doriani

Antonio Ferrara

Mariafrancesca Freda

Massimo Gaudieri

Michele Lepore

Giovanni Madonna

Nelson Mauro Maldonato

Fortuna Procentese

Aristide Saggino

Sergio Salvatore

Raffaele Sperandeo

Antonio Telesca

Rino Ventriglia

La riapertura dopo il COVID e la necessità di prendersi del tempo

di **Francesca Dicè**

Altro tempo. L'affermazione potrebbe lasciare esterrefatti ma solo in un primo momento. Qualche tempo fa, in pieno aumento dei contagi, un docente, durante un incontro – rigorosamente online – appartenente ad un intervento di psicologia scolastica, mi disse: “Dottoressa, cosa dobbiamo aspettarci, quando riapriremo?”. Risposi che nessuno poteva saperlo, poiché l'esperienza dell'emergenza sanitaria COVID-19 era assolutamente nuova per il mondo intero.

Infatti, non è assolutamente da darsi per scontato che la riapertura coincida con una frenetica tendenza di massa a riprendere le abitudini prima della pandemia; la Pandemic Fatigue (Murphy, 2020) infatti, caratterizzata da molteplici complessità, è anche composta da quella che è stata definita “la sindrome della capanna”, o “sindrome del prigioniero”, ovvero uno stato di malessere, stress e ansia all'idea di uscire nuovamente di casa dopo un periodo protratto di isolamento e distanziamento sociale (Senese, 2020; Giunti Psychometrics, 2020). Essa può presentare degli effetti collaterali importanti quali lo sviluppo di sintomatologie ansioso-depressive o una forte tendenza all'aggressività ed all'irascibilità.

È importante sottolineare come questa sindrome possa essere considerata una reazione assolutamente fisiologica ad una situazione sociale complessa quale

quella dell'emergenza sanitaria da COVID-19; il flusso di informazioni contrastanti generato dai media, la preoccupazione di contagiare se stessi o i propri familiari, le difficoltà sul piano economico e le restrizioni sociali possono portare le persone, anche in fasi di minore rischio, ad assumere comportamenti volti ad evitare il contatto sociale ed a svolgere la maggior parte delle attività quotidiane attraverso canali telematici.

Essa tuttavia non può essere in alcun modo trascurata e sottovalutata, poiché questa tendenza dal ritiro sociale può rischiare di cristallizzarsi: le persone vanno sicuramente sostenute ed accompagnate in un graduale ritorno alla vita di prima, in un processo di recupero delle attività precedenti.

Può essere utile, per noi specialisti, pensare a queste persone come a coloro che vivono una condizione di stress post-traumatico, e che quindi hanno bisogno di un tempo di riadattarsi alla normalità quotidiana; può essere utile, nel nostro lavoro, aiutarli a recuperare le piccole attività che conducevano prima, magari nel loro tempo libero, oppure sostenerli nel ripensare le paure e le preoccupazioni, ma anche i loro spazi, il loro modo di lavorare e di affrontare il loro quotidiano (Gruppo San Donato, 2020).

In altri termini, recuperando il celebre libro di Maffei (2014), è necessario riappropriarsi della bellezza della lentezza, vedendo la gradualità come risorsa e non come un nuovo, ennesimo limite richiesto dall'emergenza medica, onde evitare il rischio di decisioni troppo rapide, di nuovi approcci al mondo esterno troppo veloci alle quali le persone rischiano di non essere

completamente pronte e che possono creare nuovi disorientamenti.

Bibliografia.

Giunti Psychometrics (2020). Sindrome della capanna: cos'è e come affrontarla. Retrieved from <https://bit.ly/3g1mvmz>

Gruppo San Donato (2020). Covid e sindrome della capanna: come affrontarla. Retrieved from <https://bit.ly/3v58l82>

Maffei L., (2014). Elogio della Lentezza. Bologna: Il Mulino. ISBN 978-88-15-25275-3

Murphy J. (2020). Pandemic Fatigue. Ir Med J, 113(6):90.

Senese R. (2020). Sindrome della Capanna o del Prigioniero: che cos'è? Retrieved from <https://bit.ly/3g1mjnl>

I benefici della meditazione e delle pratiche di mindfulness durante i periodi di crisi come il COVID-19

di Ilaria Di Giusto

Introduzione

L'emergenza sanitaria determinata dalla diffusione del coronavirus (Covid-19) ha totalmente modificato le abitudini di vita personale e lavorativa di ogni singola persona. Gli studi hanno dimostrato quanto coloro che sono stati sottoposti a situazioni di stress espositivo (anche per collocazione lavorativa, come gli operatori sanitari) sono stati sopraffatti da vissuti di forte stress; per coloro che vivevano già in condizioni di ansia preesistente, depressione o psicosi, tale condizione ha determinato un ulteriore aggravio della situazione. Anche i nuclei familiari sono stati messi a dura prova e sono stati posti sotto pressione, quando sono stati costretti a trascorrere molto tempo in piccoli spazi, come nei casi di *lockdown*, di quarantena preventiva o di positività al virus. Così come i bambini e gli adolescenti che hanno per diversi mesi perso la "normalità" di una frequenza scolastica, con tutto ciò che ne deriva, in termini di apprendimento e

socializzazione. Per non dimenticare le persone anziane, quasi chiuse in un "bozzolo", avendo spesso perso ogni supporto esterno ed aver acquisito un'amara consapevolezza di essere considerati vulnerabili, una volta superati i settant'anni. Aggiungere poi l'instabilità finanziaria e quella occupazionale in questo stato di cose, ci porta ad una considerazione della società colpita dal Covid-19, come di una dimensione minata in ogni certezza ed in ogni priorità.

Meditazione e consapevolezza

Meditazione e consapevolezza sono termini che si sono insinuati nella cultura tradizionale. Questi termini sono spesso usati in modo intercambiabile, ma ci sono sottili differenze tra i due. La meditazione di solito si riferisce ad una pratica formale che può "calmare la mente" e migliorare la consapevolezza di noi stessi, la nostra mente e il nostro ambiente. La meditazione, nelle sue molteplici forme, è stata praticata per millenni da diversi gruppi di persone in molte tradizioni diverse. Precedentemente praticata principalmente nelle tradizioni orientali, la meditazione si è diffusa nella società occidentale ed è sempre più utilizzata come modalità terapeutica, in particolare

nelle terapie di terza generazione di tipo cognitivo-comportamentale.

Il termine “*Mindfulness*” è diventato onnipresente negli ultimi tempi. *Mindfulness* significa semplicemente essere consapevoli del momento presente. Il termine “meditazione” e la pratica meditativa si trovano sotto l’ombrello della “*Mindfulness*”, che è un concetto più ampio. Essa include pratiche di meditazione formali, come la consapevolezza del respiro (usando il respiro come un’ancora al momento presente), la meditazione incentrata sulla compassione (usando la gentilezza amorevole e la consapevolezza della nostra sofferenza per essere nel momento presente), la scansione del corpo (essere consapevoli di ogni parte del corpo comprendendo dove tratteniamo tensione e stress nel nostro corpo). Altre forme includono l’uso di mantra o frasi per focalizzare l’attenzione al momento presente, o la meditazione camminata dove l’intera attenzione è sulla consapevolezza dei nostri piedi in contatto con la terra e il radicamento al momento presente.

Alla base di ciascuna delle diverse tecniche di meditazione vi è la presa di coscienza del momento presente; essere consapevoli di ciò che sta accadendo nel momento presente

permette all’individuo di osservare ciò che sta accadendo dentro e fuori di sé. Facendo questo e permettendo, con consapevolezza, ai pensieri di andare e venire senza attaccamento, senza cercare di trattenerli, impariamo che la calma e l’immobilità ne consegue. Arriviamo a conoscere la nostra mente nel tempo e ad essere consapevoli dei modelli di pensiero che sorgono abitualmente. La chiave è catturare delicatamente il turbinio della mente o il “chiacchiericcio” della mente, e osservare le preoccupazioni, le liste delle cose da fare, i desideri, le paure e permettere a questo turbinio di scivolare via, senza giudizio.

Con il tempo, la pratica regolare della meditazione permette agli individui di reagire al loro ambiente e a qualsiasi cosa che si presenta nel corso della loro giornata con più calma ed equanimità. Studi su soggetti che hanno meditato a lungo termine mostrano cambiamenti nelle aree del cervello interessate allo stress e all’ansia (Afonso et al. 2020). La corteccia prefrontale, la corteccia cingolata e l’ippocampo mostrano una maggiore attività, e l’amigdala mostra una diminuzione dell’attività coerente con una migliore regolazione emotiva. Altri studi hanno dimostrato che le terapie *evidence based*, come l’MBSR,

mostrano anche cambiamenti cerebrali simili a quelli con la tradizionale pratica della meditazione (Gotink et al. 2016).

Recentemente, ci sono stati più studi approfonditi soprattutto sui protocolli quali l'MBSR e l'MBCT; pratiche suddivise in moduli, che si prestano più facilmente alla ricerca sulla pratica basata sull'evidenza. Entrambi i protocolli sono programmi di 8 settimane della durata di 2 ore a settimana, con un insegnamento intensivo di 1 giorno a metà del programma e con la pratica a casa.

L'MBSR, originariamente sviluppato da John Kabat-Zinn negli anni '70 ed inizialmente applicato ai pazienti affetti da dolore cronico, è stato poi successivamente orientato anche a gruppi costituiti da persone che avevano l'obiettivo di migliorare la propria condizione di benessere; l'MBCT sviluppato successivamente, con un *focus* sulla depressione e l'obiettivo di ridurre le ricadute.

I sintomi predominanti che si presentano in questo particolare momento storico in molti dei nostri pazienti, nella società e in noi stessi sono ansia, sopraffazione e disperazione. Questi sono naturali reazioni ad un tempo connotato da un'emergenza pandemica globale, la cui durata è diventata sempre più incerta,

non consentendo facilmente di poter individuare un momento in cui poter ritornare alla "normalità". Studi precedenti hanno dimostrato come la meditazione basata sull'attenzione consapevole, faciliti una riduzione dell'ansia (Montero-Marin et al. 2019), della depressione e disturbo da stress post-traumatico (Khusid & Vythilingam, 2016), lo stress (Juul et al. 2020), la pressione sanguigna, livelli di cortisolo e altri marcatori fisiologici di stress (Pascoe et al. 2017). Avere una regolare pratica di meditazione può rendere beneficio agli operatori che lavorano nel servizio sanitario (Lomas et al. 2018) oltre ai benefici per i pazienti, la popolazione generale e quelli con preesistente disagio psicologico. Gli studi pregressi sull'efficacia della *mindfulness*, di fronte alla persistenza di alcuni sintomi, avrebbero già potuto lasciar immaginare quanto sarebbe stata produttiva la pratica meditativa, in questo particolare periodo storico. Diversi studi, condotti su differenti categorie professionali e fasce d'età, hanno confermato tale efficacia.

***Mindfulness* e COVID-19**

Tra i primi studi effettuati, si intende presentare, in questo contributo, una ricerca condotta da Michelle Zheng,

Jingxian Yao e Jayanth Narayanan a Wuhan, in Cina, tra il 20 febbraio 2020 ed il 2 marzo 2020. Durante la ricerca sono stati assegnati in modo casuale i partecipanti ad un gruppo al quale veniva richiesta una pratica quotidiana di consapevolezza (gruppo sperimentale), e ad un altro gruppo (gruppo di controllo) che venivano accompagnati in una pratica di “mind wandering” (vagare della mente). Si è dimostrato che la consapevolezza era in grado di ridurre l'ansia quotidiana; inoltre, la durata del sonno dei partecipanti al gruppo sperimentale è stata meno influenzata dall'aumento del numero dei contagi nella comunità, rispetto ai partecipanti alla condizione di controllo.

La pandemia globale di COVID-19 causata dal coronavirus ha condotto tutte le popolazioni, in ogni parte del mondo, a vivere complesse situazioni di quarantena, intesa come strategia per favorire il ridimensionamento del contagio. Ma tali iniziative hanno avuto un impatto psicologico negativo, a causa di stress, rabbia e confusione. Tali condizioni possono avere un preoccupante impatto sulla qualità del sonno, che rappresenta una delle condizioni di rischio per la risposta immunitaria, e quindi di maggiore esposizione al contagio.

Nello studio condotto a Wuhan, sono stati reclutati 97 soggetti adulti (dei quali è stato garantito l'anonimato) che si trovavano in quel luogo durante il *lockdown*, a partire dal 23 Gennaio. Lo studio è stato condotto per 12 giorni tra il 20 febbraio e il 2 marzo 2020. Al gruppo sperimentale è stato chiesto di dedicarsi ad una pratica meditativa di 10 minuti al giorno, per 10 giorni consecutivi; al gruppo di controllo è stato chiesto di dedicare al *mind wandering*, lo stesso tempo e lo stesso numero di giorni. Ad entrambi i gruppi veniva chiesto di completare, in due momenti della giornata (alle 08:00 del mattino ed alle 17:00 del pomeriggio) due brevi sondaggi, con l'ausilio dell'App WeChat, al fine di monitorare la condizione d'ansia, la qualità del sonno.

Per garantire che i due programmi delle due condizioni fossero correlabili, la struttura e il tono della voce della registrazione del *mind wandering* e quelli della pratica di *mindfulness* sono stati identici, con due minuti di istruzione seguiti da otto minuti di pratica.

Nella pratica di consapevolezza la traccia audio indicava loro di essere presenti con un focus attento a ciò che stava accadendo ed una dimensione di accettazione; i partecipanti alla condizione di *mind wandering*

ascoltavano istruzioni per un'attenzione non focalizzata con una guida al libero fluire dei pensieri. Ogni mattina intorno alle 8 del mattino, dopo aver ascoltato la traccia audio, i partecipanti valutavano il loro grado di consapevolezza momentanea su quattro elementi su una scala Likert a 7 punti (da 1 = per niente a 7 = Completamente). I quattro elementi erano "Mi sono concentrato sul presente", "Ho pensato a tutto ciò che volevo", "Ho lasciato vagare la mente liberamente" e "Ero consapevole del momento presente".

I partecipanti al gruppo sperimentale hanno riportato alti livelli di consapevolezza rispetto a quelli nella condizione di *mind wandering*. Oltre a queste misure, è stata autovalutata quotidianamente dai partecipanti il livello di ansia percepita, su una scala Likert a 7 punti da 1 (per niente) a 7 (completamente), rispondendo alla domanda: "Oggi mi sono sentito in ansia".

Coerentemente con la ricerca sul sonno, sono state controllate le variabili che hanno potuto influenzare il sonno, in base a due elementi: qualità del sonno e assunzione giornaliera di caffeina. La qualità del sonno è stata considerata con una valutazione complessiva su scala Likert a 7 punti da 1 (pessimo) a 7 (molto

buono): "Come valuti la tua notte di sonno?". Contemporaneamente è stata misurata l'assunzione giornaliera di caffeina con la domanda: "hai bevuto una bevanda che contiene caffeina (come coca cola, caffè, ecc.)?".

Inoltre, per verificare la solidità dei risultati, sono stati considerati diversi altri fattori strettamente rilevanti per la relazione prevista, come la conoscenza del numero di casi di contagio quotidianamente confermati e cumulati fino a quella data, conoscenza dei casi quotidiani di morte segnalati e qualità e quantità del sonno nel giorno precedente.

Conclusioni

La popolazione mondiale sta sperimentando una pandemia senza precedenti. Gli sviluppi tecnologici hanno facilitato moltissimo la diffusione delle informazioni sulla diffusione del contagio. E la fruizione di tali informazioni, su base continuativa, ha determinato un peggioramento delle condizioni di ansia associata alla conoscenza di questi dati. In particolare, sapere che il virus si sta diffondendo nella comunità può avere un impatto negativo significativo sulle persone. A questo vanno aggiunti i risvolti negativi della noia e della depressione associata all'isolamento

sociale e alle condizioni di *lockdown*, situazioni che hanno incrementato la tendenza a rimuginare sulle informazioni riguardanti lo stato di emergenza e quindi la paura da esse determinata.

Lo studio su presentato ha dimostrato come una pratica meditativa quotidiana può favorire qualità e durata del sonno, antidoto stesso che può migliorare la propria immunità in caso di contagio. Lo studio ha anche dimostrato quanto la stessa pratica può incrementare la capacità dei soggetti verso una maggiore accettazione dello stato esistente. Meditazione e consapevolezza possono addestrarci ad assumere una posizione defusa e non invischiata rispetto ai nostri pensieri, comprendendo che come nel *mind wandering* i nostri pensieri seguono un flusso continuo, comparando e scomparendo dalla nostra mente, così anche il periodo di vita che stiamo attraversando può essere accettato come periodo transitorio, destinato anch'esso a passare.

Bibliografia

- Hayes S. C., *La mente liberata*, Giunti, 2020.
- Kabat Zinn J., *Vivere momento per momento*, Corbaccio, 2016.
- Zheng M., Yao J. e Narayanan J., *Mindfulness Buffers the Impact of COVID-19 Outbreak Information on Sleep Duration*, 2020.

•Behan C., *The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19*, in *Irish Journal of Psychological Medicine*, page 1 of 3, 2020.

L'importanza della diagnosi precoce del Disturbo dello Spettro Autistico

di *Emanuele Mingione*

E-mail: emanuele.mingione@gmail.com

Keywords: Diagnosi precoce, Psicodiagnosi, Autismo

ABSTRACT

Il presente lavoro riporta alcuni spunti di riflessione sull'importanza di porre attenzione alla diagnosi precoce di un rischio di Disturbo dello Spettro Autistico in base all'esperienza clinica svolta dall'equipe multidisciplinare del Nucleo di Il Livello di NPIA del Distretto 12 dell'ASL CE (1).

Nello specifico, il Nucleo di Il livello ha il compito di occuparsi degli approfondimenti psicodiagnostici dei minori con sospetto di Disturbo dello Spettro Autistico attraverso l'osservazione diretta, l'utilizzo di test standardizzati specifici ed interviste strutturate e non ai genitori.

L'aspetto multidisciplinare di tale servizio permette di raccogliere informazioni, dati e caratteristiche specifiche legati ad una patologia così variegata nella sua espressività come l'autismo. Inoltre, l'aumento dell'incidenza di tale disturbo ha messo in evidenza l'importanza di garantire strumenti adeguati e formazione continua ai professionisti sanitari per effettuare diagnosi differenziali, diagnosi di eventuali comorbidità e diagnosi precoce. In particolare, la diagnosi precoce offre la possibilità di fornire sin da subito ai genitori, ai familiari ed agli insegnanti dell'età prescolare le corrette informazioni sulla gestione

psicoeducativa dei minori con "rischio" di rientrare in tale disabilità suggerendo loro strategie di intervento mirate negli ambienti di vita del bambino.

Introduzione

C'è un accordo generale tra gli studiosi del settore sul fatto che il Disturbo dello Spettro Autistico dovrebbe essere identificato il più presto possibile, al fine di garantire che gli interventi abilitativi possano iniziare quanto prima. Attualmente, si stanno compiendo sforzi per trovare metodi per l'identificazione precoce e ci sono studi in corso che seguono i "nuovi" fratelli di bambini con autismo (2). Tuttavia, a causa dell'eziologia estremamente eterogenea dell'autismo e della presenza di diversi disturbi cerebrali associati, come ad esempio la Disabilità intellettiva o l'ADHD, il tempo di una corretta identificazione varia probabilmente da caso a caso (3) (4). In alcuni bambini con Autismo c'è un esordio precoce di problemi legati al sonno, al pianto o all'alimentazione (5) (6) (7). L'importanza di identificare tale disturbo in tenera età è stata sottolineata in molti studi (8) (9). L'identificazione precoce consente l'inizio già nei primissimi anni di vita di misure comportamentali ed educative ad hoc e informazioni ai genitori e al personale prescolare sui problemi del bambino. Tuttavia, quando si discutono i vantaggi dell'inizio precoce dell'intervento in relazione all'esito, devono essere considerati anche in questo caso il profilo di sviluppo del bambino, le comorbidità e i disturbi medici presenti. Gli obiettivi generali dell'intervento precoce nell'autismo sono migliorare la funzione sociale, la comunicazione e

altre capacità cognitive e ridurre i comportamenti ripetitivi e ossessivi.

Diagnosi precoce del rischio di Disturbo dello Spettro Autistico

Durante la crescita di un bambino è possibile notare da parte dei genitori, familiari o insegnanti diversi comportamenti che possono suscitare preoccupazione.

Un confronto tra i genitori e il proprio pediatra di riferimento è il primo passo per verificare l'ipotesi di una diagnosi di autismo. Nel caso in cui il pediatra, sulla base delle proprie osservazioni e dei dubbi portati dalla famiglia, pensi di avere riscontrato sintomi coerenti con l'autismo richiederà una visita specialistica che possa sostanziare la diagnosi.

Il Servizio Sanitario Nazionale prevede che la diagnosi funzionale e la definizione del progetto terapeutico riabilitativo vengano effettuati attraverso un'equipe multi-professionale che preveda la presenza almeno delle seguenti figure: neuropsichiatra, psicologo, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, logopedista, e educatore. L'equipe deve possedere un'esperienza clinica e competenze aggiornate nell'ambito dei disturbi pervasivi dello sviluppo. Il percorso di valutazione è infatti un percorso articolato che deve stabilire il profilo comportamentale dal punto di vista cognitivo (capacità di comprensione), comunicativo (linguaggio), sociale (capacità di relazione), ed emotivo del bambino che possa permettere la definizione del progetto terapeutico abilitativo. A tal proposito in Italia su iniziativa dell'Istituto

Superiore di Sanità è stato fondato il Network italiano per il riconoscimento precoce dei disturbi dello spettro autistico (NIDA), composto da centri clinici ed istituti di ricerca che si occupano di individuare precocemente i bambini con disturbo dello spettro autistico. Tale progetto ha permesso la costruzione di una rete che ha messo a punto un protocollo per monitorare lo sviluppo dei bambini ad alto rischio e identificare i segni precoci di disturbo dello spettro autistico già nei primi 18 mesi di vita. L'obiettivo è tenere sotto osservazione i neonati considerati ad alto rischio di autismo e disturbi del neurosviluppo (fratellini di bambini con autismo, nati piccoli o prematuri) e confrontare la loro traiettoria di sviluppo con quella di neonati a basso rischio (fratellini di bambini con sviluppo tipico) attraverso una serie di valutazioni delle abilità comunicative, motorie e sociali.

Il percorso diagnostico svolto dall'equipe del Nucleo di II livello dell'ASL CE prevede diverse fasi a partire dalla raccolta anamnestica per poi procedere con l'osservazione diretta del bambino e incontri con i genitori volti a definire un quadro comportamentale quanto più esaustivo possibile nei contesti di vita. Al contempo, per un corretto inquadramento sono richieste tutte le indagini strumentali del caso volti ad escludere la presenza di patologie organiche o genetiche. Infatti, in parallelo, i genitori sono invitati, qualora non fossero già state effettuate, a sottoporre il bambino a visita oculistica con Fondo Oculare, visita ORL con esame ABR, EEG, ed eventuali indagini metaboliche o consulenza genetica con esame per individuare l'X fragile o l'analisi Array-CGH. Durante l'approfondimento psicodiagnostico vengono utilizzati dai professionisti

strumenti di osservazione standardizzati come le CARS 2 ST o HF (10), a partire dai due anni, le **Scale Griffiths (11)**, che permettono di discriminare punti di forza e di debolezza nel bambino in età prescolare e fungono da base di partenza per la stesura di programmi di intervento mirati, e l'ADOS 2 Modulo Toddler (12). In particolare, il Modulo Toddler è un nuovo modulo dell'ADOS, sviluppato di recente ed ideato per bambini di età cronologica tra i 12 ai 30 mesi. L'indicazione è di utilizzare il Modulo Toddler con bambini piccoli con sospetto di Disturbo dello Spettro Autistico tenendo comunque in considerazione il fatto che le diagnosi nei primi due anni di vita sono meno stabili rispetto a quelle effettuate dai 3 anni in poi (13). Il Modulo Toddler segue una struttura simile a quella degli altri moduli. Deve essere somministrato in una stanza allestita appositamente per i bambini e nel corso della somministrazione i genitori devono sempre essere presenti. Sono inclusi sia giocattoli causa-effetto, sia giocattoli di tipo rappresentativo e immaginativo. Vengono utilizzati ancora con i genitori test che consentono di valutare lo sviluppo del bambino attraverso interviste strutturate come l'ADI-R (14), le CARS 2 QPC o le ASRS (15), specifiche per l'autismo a partire dai due anni di vita, o attraverso scale di valutazione del comportamento adattivo come le VABS II (16).

A differenza del quadro clinico di autismo tipico dei bambini dopo i tre anni di vita, nelle prime fasi dello sviluppo il bambino affetto da autismo mostra sintomi ancora deboli che ruotano intorno a deficit, spesso instabili, a livello delle abilità intersoggettive. Il fatto che queste abilità siano di tanto in tanto presenti può erroneamente rassicurare i genitori a

pensare che quei singoli e sporadici comportamenti sociali potranno aumentare man mano che il bambino cresce. Tuttavia, nei bambini con autismo, questi precoci comportamenti sociali sono molto meno frequenti rispetto a quanto accade nei bambini con sviluppo tipico. Inoltre, queste risposte a livello interattivo nel soggetto autistico hanno la caratteristica di comparire raramente su iniziativa diretta del bambino quanto piuttosto come risposta ad un adulto molto attivo che cerca di provocare nel minore una risposta intersoggettiva (17). I neonati con autismo, infatti, possono essere capaci di rispondere se attivamente stimolati dall'adulto, ma raramente mostrano di avere iniziativa nell'invitare l'altro ad interagire con lui. Manca, dunque, una spinta innata verso le altre persone che è tipica dei neonati normotipici. Ciò fa pensare che mancherebbe nell'autismo quell'istinto a provocare l'altro che è presente sin dai primi mesi della vita umana come una componente essenziale della soggettività. Infatti, una delle caratteristiche più precoci di molti bambini con autismo è il loro essere neonati ipoattivi, lenti, con pochi contatti oculari, ipomobili. L'osservazione dell'intenzionalità delle azioni verso l'altro e la provocazione dell'altro sono quindi item chiave nella valutazione precoce dello sviluppo dell'intersoggettività e dei suoi difetti nell'autismo. Non è un fenomeno tutto o nulla. Un elemento centrale nel cercare di riconoscere un lattante con autismo è il non fermarsi a sapere se un certo comportamento sociale è presente o assente nel bambino: ciò che è più importante è sapere se quel certo comportamento sociale compare più volte, in diverse situazioni, anche su iniziativa del bambino e non solo come

risposta ad un invito caloroso e ripetuto da parte dell'adulto. Ciò che caratterizza l'autismo precoce non è infatti l'assenza totale di comportamenti intersoggettivi quanto piuttosto la loro debolezza (18).

Conclusioni

L'approfondimento diagnostico consiste in una valutazione complessa che può risultare faticosa per il bambino e per tale motivo gli incontri sono distribuiti in più giorni. L'equipe multidisciplinare verifica la presenza dei sintomi comportamentali, valuta le competenze cognitive e linguistiche, lo sviluppo emotivo e il profilo funzionale.

Come riportato dall'Istituto Superiore di Sanità, dalla prima descrizione clinica dell'autismo sono stati fatti notevoli passi avanti nella capacità di diagnosticare questo disturbo, ma esistono ampi margini di miglioramento in questo specifico settore. In particolare, vi è un consenso internazionale sull'importanza di sviluppare strumenti che consentano di effettuare la diagnosi il più precocemente possibile durante lo sviluppo. Gli strumenti che sono stati messi a punto per la sorveglianza di segnali di rischio per i disturbi dello spettro autistico, allo scopo di individuare anomalie precoci che indichino la necessità di seguire e valutare il bambino a intervalli scadenziati per un controllo, sebbene validati in ambito clinico, presentano alcuni limiti. Essi hanno un'alta specificità rispetto al disturbo ma presentano una sensibilità (85%) non totalmente soddisfacente, che può determinare la possibilità di un non riconoscimento del disturbo.

Note

1 Luana Sergi, Neuropsichiatra Infantile e Referente del Nucleo di II livello del ASL CE; Emanuele Mingione, Psicologo-Psicoterapeuta; Benedetta De Rosa, Psicologa (Tirocinante); Viviana Natale, Logopedista; Laura Aveta, Neuropsicomotricista.

2 Barbaro J., Dissanayake C.: Autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood: a review of the evidence on early signs, early identification tools, and early diagnosis. *J Dev Behav Pediatr.* 30 (5), 447–459, 2009.

3 Gillberg C., Billstedt E.: Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 102 (5), 321–330, 2000.

4 Simonoff E., Pickles A., Charman T., Chandler S., Loucas T., Baird G.: Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 47 (8):921–929, 2008.

5 Richdale A. L., Schreck K. A.: Sleep problems in autism spectrum disorders: prevalence, nature, and possible biopsychosocial aetiologies. *Sleep Med Rev.* 13 (6):403–411, 2009.

6 Van Tongerloo M.A., Bor H.H., Lagro-Janssen A.L.: Detecting autism spectrum disorders in the general practitioner's practice. *J Autism Dev Disord.* 42 (8):1531–1538, 2012.

7 Keen D.V.: Childhood autism, feeding problems and failure to thrive in early infancy: seven case studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 17 (4):209–216, 2008.

8 Nadel S., Poss J.E.: Early detection of autism spectrum disorders: screening between 12 and 24 months of age. *J Am Acad Nurse Pract.* 19 (8):408–417, 2007.

9 Peacock G., Lin S.C.: Enhancing early identification and coordination of intervention services for young children with autism spectrum disorders: report from the Act Early Regional Summit Project. *Disabil Health J.* 5 (1):55–59, 2012.

10 Militerni R., Nardocci F., Faggioli R., Arduino G.: CARS-2, Giunti Psychometrics, Firenze, 2014.

11 Lanfranchi S., Rea M., Vianello R., Ferri R.: Griffiths III, Hogrefe Editore, Firenze, 2019.

12 Colombi C., Tancredi R., Persico A., Faggioli R.: ADOS-2, Hogrefe Editore, Firenze, 2013.

13 Turner L.M., Stone W.L.: Variability in outcome for children with an ASD diagnosis at age 2, *J Child Psychol Psychiatry.* 48 (8):793-802, 2007.

14 Faggioli R., Sacconi M., Persico A.M., Tancredi R., Parrini B., Iglizzio R.: ADI-R, Giunti Psychometrics, Firenze, 2005.

15 Militerni R., Arduino M. A., Nardocci F., Faggioli R., Taddei S.: ASRS, Giunti Psychometrics, Firenze, 2014.

16 Balboni G., Belacchi C., Bonichini S., Coscarelli A.: Vineland II, Giunti Psychometrics, Firenze, 2016

17 Stern D.N.: Il mondo interpersonale del bambino, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

18 Lavelli M.: Intersoggettività, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.

BARBARO J., DISSANAYAKE C.: *Autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood: a review of the evidence on early signs, early identification tools, and early diagnosis.* *J Dev Behav Pediatr.* 30(5), 447–459, 2009.

GILLBERG C., BILLSTEDT E.: *Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders.* *Acta Psychiatr Scand.* 102(5), 321–330, 2000.

KEEN D.V.: *Childhood autism, feeding problems and failure to thrive in early infancy: seven case studies.* *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 17 (4):209–216, 2008.

LAVELLI M.: *Intersoggettività*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.

NADEL S., POSS J.E.: *Early detection of autism spectrum disorders: screening between 12 and 24 months of age.* *J Am Acad Nurse Pract.* 19 (8):408–417, 2007.

PEACOCK G., LIN S.C.: *Enhancing early identification and coordination of intervention services for young children with autism spectrum disorders: report from the Act Early Regional Summit Project.* *Disabil Health J.* 5 (1):55–59, 2012.

RICHDALE A. L., SCHRECK K. A.: *Sleep problems in autism spectrum disorders: prevalence, nature, and possible biopsychosocial aetiologies.* *Sleep Med Rev.* 13 (6):403–411, 2009.

SIMONOFF E., PICKLES A., CHARMAN T., CHANDLER S., LOUCAS T., BAIRD G.: *Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample.* *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 47(8):921–929, 2008.

Bibliografia

STERN D.N.: *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

TURNER L.M., STONE W.L.: *Variability in outcome for children with an ASD diagnosis at age 2*, J Child Psychol Psychiatry. 48 (8):793-802, 2007.

VAN TONGERLOO M.A., BOR H.H., LAGRO-JANSSEN A.L.: *Detecting autism spectrum disorders in the general practitioner's practice*. J Autism Dev Disord. 42 (8):1531–1538, 2012.

Quando i numeri fanno paura: breve sintesi sulla discalculia evolutiva

di **Roberto Ghiaccio**

Nella vita di tutti i giorni si è immersi in un mondo di numeri e ci si rende conto che essi sono così pervasivi che sembra quasi naturale conoscerli ed utilizzarli. Eppure vi sono dei soggetti che, pur avendo un'intelligenza normale, non riescono a risolvere semplici operazioni; altri che non riescono a valutare piccole quantità; altri ancora hanno serie difficoltà nel dire se un numero è più o meno grande di un altro. Questi potrebbero avere un disturbo evolutivo dell'apprendimento: la "Discalculia evolutiva".

L'aritmetica, oltre ad avere un'importante ripercussione nella vita di tutti i giorni, rappresenta una delle discipline scolastiche meno amate dagli studenti e fonte di molte difficoltà e situazioni di insuccesso. Attualmente in Italia, nella scuola primaria, circa 5 studenti per classe vengono segnalati dagli insegnanti per difficoltà di calcolo. Stando a questa stima, il 20% dei bambini incontrerebbe difficoltà significative nell'apprendere il sistema

dei numeri ma solo lo 0.5-1% della popolazione scolastica riserve una diagnosi.

I DSA sono un disturbo del neurosviluppo e possono interessare diversi domini inerenti alle abilità scolastiche. Si parla di *dislessia* per indicare le difficoltà di decodifica della lettura, di *disortografia* per indicare le difficoltà di scrittura di natura linguistica, in termini di errori di ortografia, di *disgrafia* per indicare le difficoltà di scrittura di natura grafo-motoria, in termini di scrittura poco leggibile e gestione dello spazio, **discalculia** per indicare le difficoltà nel sistema dei numeri, del calcolo e del problem solving matematico.

La compromissione di tali abilità si manifesta in bambini di intelligenza normale, che non hanno subito danni neurologici, e può presentarsi associata alla compromissione di altre aree dell'apprendimento, come la lettura e la scrittura, o meno. Con il termine *discalculia* si indica quindi il disturbo specifico del calcolo che riguarda l'area della matematica. Nel **DSM-V** è codificato come «Disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione del calcolo» (codice 315.01).

Esso include difficoltà nel concetto di numero, memorizzazione di fatti aritmetici, calcolo accurato o fluente, ed

anche difficoltà nel ragionamento matematico corretto. Nel manuale diagnostico ICD-10 (codice F81.2) tale disturbo viene invece definito come «Disturbo specifico delle abilità aritmetiche o discalculia» e la diagnosi viene utilizzata sia che le difficoltà del soggetto riguardino il senso del numero sia che riguardino il calcolo, dal momento che non sono specificate differenziazioni tra le diverse tipologie di disturbo.

L' ICD-11 parla di disturbi evolutivi dell'apprendimento, con una più ampia visione riconoscendo che l'apprendimento è collegato alla vita e non necessariamente alla scuola. Vengono descritti come "caratterizzati da difficoltà significative e persistenti nell'apprendimento delle abilità accademiche, che possono includere la lettura, la scrittura o l'aritmetica" non è dovuto a disturbi dello sviluppo intellettuale, disturbi neurologici, deficit sensoriali, mancanza di istruzione o avversità psicosociali".

Spesso le parole "difficoltà" e "disturbo" vengono utilizzate indistintamente, eppure, ognuna di esse si riferisce a situazioni molto diverse e con prognosi assai differenti. Quando si parla di difficoltà di apprendimento si fa riferimento a qualsiasi difficoltà che uno

studente incontra durante il suo percorso di studi. Tuttavia, di qualsiasi difficoltà si tratti, ciò che è importante è l'evoluzione positiva che caratterizza tali situazioni e che può essere ottenuta seguendo percorsi di insegnamento personalizzati

Assai differenti sono invece tutte quelle situazioni che rientrano nella categoria dei disturbi evolutivi specifici dell'apprendimento e che fanno riferimento a problematiche più gravi e dall'evoluzione incerta. Essi infatti non sono conseguenza di un handicap, né sono imputabili a fattori esterni, quali differenze culturali, insegnamento inappropriato o insufficiente, ma sono legati a disfunzioni del sistema nervoso centrale e, in quanto tali, non possono essere risolti totalmente. "Difficoltà" e "disturbo" dunque non sono sinonimi!

L'indagine sulla nosologia sulla discalculia evolutiva impone uno scenario di eterogeneità e comorbidità. Si stima che solo il 30% dei bambini discalculia sia esente da comorbidità. Le principali comorbidità sono con la dislessia evolutiva e l'ADHD, con tassi di comorbidità del 40% per la prima e tra il 25 e il 42% per la seconda. Secondo Rubinsten e Henik, diversi deficit cognitivi possono essere la causa di difficoltà nell'apprendimento della matematica, con comorbidità dovute

principalmente a una combinazione di deficit.

Kaufmann e Nuerk (2005) ha affermato che "lo sviluppo aritmetico medio non persegue un corso di acquisizione lineare e completamente prevedibile, ma piuttosto può essere caratterizzato da differenze individuali piuttosto impressionanti" (Siegler, 1995 ; Dowker, 2005). L'abilità aritmetica consiste in molte componenti [ad esempio, memorizzazione di fatti, esecuzione di procedure, comprensione e utilizzo di principi aritmetici (Desoete et al., 2004 ; Dowker, 2005 , 2008)]

Tali abilità sono soggette a differenze individuali che continuano nell'età adulta, e spesso si modificano, anche in base alle personalizzazioni ricevute(Dowker, 2005 ; Kaufmann et al., 2011a) e possono contribuire alla prevalenza riportata di scarsa capacità di calcolo (Geary et al., 2013). Queste differenze individuali devono essere considerate quando si definisce la discalculia perché le ipotesi su un singolo deficit centrale (ad es. Butterworth, 2005) non supportano la gamma di manifestazioni cliniche della discalculia.

L'accordo AIRPA - AID del 2012 raccomanda di non utilizzare criteri di classificazione facendo riferimento a

sottotipi più o meno precisi, in quanto a livello internazionale non si è ancora raggiunto un accordo sulla loro distinzione. Tuttavia, suggerisce di descrivere i profili funzionali di ciascun bambino in quanto fondamentali per personalizzare gli interventi educativi e riabilitativi. I profili di disturbo considerati più frequenti corrispondono a quelli riportati nel documento *Raccomandazioni cliniche sui DSA* (2011).

Questi prevedono :deficit a carico del senso del numero, del recupero di fatti aritmetici, delle procedure di calcolo e disturbo misto. Per quanto riguarda il deficit a carico delle procedure di calcolo, si sottolinea la possibilità di distinguere tra un deficit a base visuospatiale – nel quale il problema di calcolo è secondario ad una difficoltà di elaborare informazioni visuospatiali – ed un deficit a base procedurale caratterizzato da un'incapacità di automatizzare le procedure tipiche del calcolo scritto.

La letteratura in materia delinea due profili di disturbo specifico del calcolo (discalculia)La prima tipologia di discalculia è da intendersi come una sorta di "cecità ai numeri", ossia come l'incapacità del soggetto di comprendere e manipolare le numerosità. Questo tipo

di discalculia affonda le sue basi teoriche negli studi di Butterworth (1999, 2004, 2005), il quale ha ipotizzato l'esistenza di un "cervello matematico", una struttura innata specializzata nel categorizzare il mondo in termini di numerosità.

L'ipotesi trova conferma anche nei risultati di altri studi i quali hanno dimostrato come l'idea di numerosità sia innata: già nelle prime ore di vita il bambino è in grado di discriminare ciò che vede in termini di numerosità (la mamma è una, i suoi occhi sono due...). La cognizione numerica è talmente forte che supera altre caratteristiche degli oggetti come la forma, il colore e le dimensioni (Starkey, Spelke, Gelman, 1990). Secondo alcune ricerche tale abilità si potrebbe ritrovare anche in alcuni primati o volatili.

Secondo Butterworth, questa struttura si attiva automaticamente quando veniamo alla luce: non possiamo infatti guardare il mondo senza ricavare la numerosità di ciò che vediamo. Tuttavia, affermare che nasciamo predisposti all'intelligenza numerica implica anche riconoscere che, per qualche motivo, possiamo nascerne sprovvisti (Butterworth, 1999). Ciò permette di spiegare come vi siano persone particolarmente abili con i numeri, mentre ve ne siano altre che incontrano grosse difficoltà.

In questo senso la discalculia evolutiva viene spiegata come un disturbo causato da disfunzioni nel "Modulo Numerico" che compromettono la capacità di rappresentare ed elaborare la numerosità. Nei bambini discalculici si evidenziano infatti difficoltà proprio nell'esecuzione di compiti molto semplici (counting, confronto di quantità, subitizing...) e queste difficoltà costituiscono un ostacolo anche all'acquisizione delle abilità matematiche superiori.

Il secondo profilo di discalculia riconosciuto dalla Consensus Conference si riferisce invece in modo specifico alle difficoltà nell'acquisizione delle procedure e degli algoritmi del calcolo (lettura, scrittura e messa in colonna dei numeri, recupero dei fatti numerici e degli algoritmi del calcolo scritto). Nel panorama degli studi relativi a questo settore, particolare importanza ha assunto la posizione della Temple (1991). A questa ricercatrice va il merito di aver verificato l'applicabilità del modello di McCloskey.

Dall'osservazione degli errori commessi da bambini con difficoltà di calcolo, la Temple ha ipotizzato tre tipi di discalculia: dislessia per le cifre ossia la difficoltà nell'acquisizione dei processi lessicali legati sia alla comprensione che

alla produzione del numero. Gli errori vengono commessi in compiti di ripetizione, scrittura e lettura, sia di numeri arabi, che di numeri espressi in codice verbale. Per esempio vede il numero 30 e pronuncia 300, vede 31 e lo considera uguale a 13, nel conteggio sbaglia per mancato controllo della sintassi.

Discalculia procedurale ossia la difficoltà nell'acquisizione delle procedure e degli algoritmi implicati nel sistema del calcolo. Il soggetto non presenta nessun tipo di difficoltà nell'area della processazione numerica, e neppure nella conoscenza dei fatti aritmetici, ma la capacità di applicare correttamente le procedure di calcolo risulta molto compromessa: commette errori di riporto, di incolonnamento, di prestito, con problematiche nel passaggio a nuove procedure, di progettazione e verifica.

Discalculia per i fatti aritmetici ossia difficoltà nell'acquisizione dei fatti numerici all'interno del sistema del calcolo, mentre la capacità di elaborazione dei numeri è intatta, così come la conoscenza delle procedure di calcolo. Il soggetto compie due tipi di errori: gli errori di «confine» determinati dalla inappropriata attivazione di altre tabelline confinanti (come per esempio 6

$X 3 = 21$) e errori di «slittamento» in cui una cifra è corretta, l'altra è sbagliata (come per esempio $4 X 3 = 11$).

Grande importanza ricopre, in letteratura, l'analisi degli errori commessi dai bambini, poiché da questi si può individuare quale sia l'intervento adeguato, privilegiando, in questo modo, interventi personalizzati, mirati a potenziare le reali difficoltà del soggetto. In ambito scientifico si tende a distinguere gli errori di calcolo in tre categorie di difficoltà: errori nel recupero di fatti aritmetici, errori procedurali e di applicazione di strategie, difficoltà visuospatiali.

Nel nostro cervello c'è un piccolo gruppo di cellule, situato nel giro temporale inferiore della corteccia, che si attiva quando è stimolato dalla visione della specifica forma grafica dei numeri imparata a scuola. Il cervello umano stima la numerosità degli stimoli presenti nell'ambiente esterno (atto percettivo) con gli stessi circuiti cerebrali con cui ciascuno di noi conta il numero dei nostri stessi movimenti (azione intenzionale): il senso del numero è, cioè, condiviso fra la percezione e l'azione.

Tenuto conto del legame che il senso del numero ha con lo sviluppo delle abilità matematiche formali è *necessario trasferire questo patrimonio conoscitivo*

alla scuola, in quanto primo referente delle problematiche di sviluppo. Occorre aggiornare l'impostazione piagetiana, e considerare la complessità dei rapporti tra processi di astrazione numerica, processi di ragionamento aritmetico, e la non sovrapposibilità dei concetti di logica e aritmetica (D.Dragone).

Bibliografia

- Baroody, A.J., Hume, J. (1991). Meaningful mathematics instruction: the case of fractions. *Remedial and Special Education*, 12, 54-68.
- Butterworth, B. (1999). *Intelligenza matematica*. Milano: Rizzoli.
- Butterworth, B. (2005), The development of arithmetical abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3-18.
- Dehane, S. (1992). Varieties of numerical abilities, *Cognition*, 44, 1-42.
- Koscinski, S.T., Gast, D.L. (1993). Use of constant time delay in teaching multiplication facts to students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 26, 533-567.
- Lloyd, J.W., Keller, C.E. (1989). Effective mathematical instruction: the development, instruction and program, *Focus on Exceptional Children*, 21,7,11-10.
- Lucangeli, D., Poli, S., Molin, A. (2003). *L'Intelligenza Numerica*. Trento: Erickson.
- Lucangeli, D. et al. (2006). *L'apprendimento difficile*, Quaderni del Centro Nazionale di Documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- McCloskey M., Caramazza A. & Basili, A. (1985). Cognitive mechanism in number processing and calculation. *Evidence from dyscalculia, Brain and Cognition*, 4, 171-196.
- Molin, A., Poli, S., Lucangeli, D., (2007), *BIN, Batteria per la valutazione dell'Intelligenza Numerica in bambini dai 4 ai 6 anni*. Trento: Erickson.
- Moss, J., Case, R. (1999). Developing children rational number sense: a new model and an experimental program. *Journal of Research in Mathematical Education*, 30,2,122-147.
- Poli, S., Molin, A., Lucangeli, D., Cornoldi, C. (2006), *Memocalcolo: Programma per l'apprendimento delle tabelline e di altri fatti aritmetici*. Erickson: Trento.
- Pressley, M. (1986). The relevance of the good strategy user model to the

teaching of mathematics. *Educational Psychologist*, 21,139-161.

Rivera, D., Smith, D. (1988). Using demonstration strategy to teach midschool students with learning disabilities how to compute long division. *Journal of Learning Disabilities*, 21,2,77-81.

Starkey, P., Spelke, E.S., Gelman, R. (1990). Numerical abstraction by human infants. *Cognition*, 36, 97-127.

Temple, C.M. (1991). Procedural dyscalculia and number fact dyscalculia. Double dissociation in developmental dyscalculia. *Cognitive Neuropsychology*, 8, 155-176.

Assessment organizzativo

di *Daniela Di Martino*

Per **assessment organizzativo** s'intende il complesso processo di mappatura dei punti di forza e di debolezza all'interno di un contesto lavorativo; per una simile indagine vanno considerati sia la valutazione delle **risorse umane**, sia il **fabbisogno aziendale**.

Un percorso di assessment può riguardare quadri e dirigenti, ma anche tutte le altre figure lavorative che ruotano intorno ad un'azienda. Può essere svolto tramite somministrazione di **test, colloqui o focus group**, che hanno l'obiettivo di rilevare correttamente **le competenze personali, le attitudini e** la relativa coerenza con **i ruoli** assegnati. Contemporaneamente l'analisi organizzativa prende in esame il clima aziendale, per definire il contesto relazionale, la motivazione delle risorse e le aree di rischio potenziale. E' importante rilevare anche le

aree di conflitto interpersonale e/o gruppale, e, accertare la qualità dei **processi comunicativi** tra diversi reparti/settori o partizioni organizzative della'azienda.

In psicologia del lavoro l'assessment può essere utilizzato con diverse finalità:

- valutazione del potenziale
- analisi delle risorse disponibili in caso di necessità di ricollocazione interna
- processi di selezione** interni/esterni
- processo di verifica della struttura organizzativa
- verifica del possesso delle capacità necessarie per ricoprire posizioni diverse: orientamento, sviluppo, piani di carriera, rotazioni
- verifica del grado di adeguatezza del ruolo rispetto all'organigramma aziendale

-rilevazione e valutazione delle attitudini

-individuazione dei **fabbisogni formativi**

-audit a seguito di ristrutturazioni, fusioni, acquisizioni, collocazione di personale ed esuberanti.

METODOLOGIA E STRUMENTI

In considerazione di quanto è noto in letteratura, un'indagine di assessment organizzativo può essere idealmente schematizzata in tre fasi:

1-Fase Propedeutica

Questa fase prevede la raccolta di informazioni su tutti gli aspetti del **contesto** e del **contenuto del lavoro** tramite le seguenti attività:

- Analisi dei **luoghi lavorativi**
- Analisi dell'organizzazione del lavoro e delle attività
- Studio delle **mansioni**

- Analisi delle attività per settore con sopralluogo nei locali di lavoro

-Analisi delle principali interazioni tra le diverse funzioni organizzative

Colloqui individuali con i dipendenti e/o test standardizzati

I colloqui individuali e/o i test con il coinvolgimento dei dipendenti hanno i seguenti obiettivi:

- Far emergere l'immagine che i dipendenti hanno della struttura di appartenenza
- Analisi di competenze, capacità, attitudini, motivazioni e potenziale dei lavoratori
- Rilevazione eventuali problematiche relative al contenuto e all'ambiente di lavoro
- Individuazione di temi comuni d'attenzione da parte del personale

Nello studio di un'organizzazione è imprescindibile il coinvolgimento diretto dei

lavoratori. L'obiettivo è quello di indagare una serie di variabili psicologicamente e sociologicamente significative nella determinazione del **clima organizzativo** di un'azienda. I colloqui individuali, o altre forme di indagine sul singolo, nella psicologia del lavoro sono volti ad analizzare la qualità di vita sul lavoro prendendo in considerazione diverse variabili, tra cui: le potenzialità, le competenze dei lavoratori in termini lavorativi e relazionali, i riconoscimenti e le opportunità di aggiornamento professionale, i vissuti inerenti i dirigenti o coloro i quali occupano livelli superiori, la capacità di collaborare in relazione agli obiettivi, la capacità di coinvolgimento o di gestire gruppi di lavoro da parte dei più alti in grado, la facilità di reperire informazioni, la conoscenza delle procedure, la disponibilità delle procedure o delle fonti di informazione, la disponibilità di chi ne è in possesso a condividerle, ecc. Accanto a ciò, è anche importante analizzare la sfera

della **conflittualità**, intesa come difficoltà nei rapporti con gli altri o di contrapposizione tra settori; in tal senso va indagata l'eventuale presenza di fenomeni di **emarginazione, prepotenza, violenza psicologica e/o conflitto con i dirigenti**.

Colloqui di gruppo

I colloqui di gruppo consentono di identificare altre variabili correlate al benessere organizzativo, quali:

- Rilevazione problematiche e risorse delle singole partizioni organizzative
- Individuazione delle strategie di pensiero e di azione, adottate dai singoli nelle dinamiche del gruppo.
- Identificazione di capacità di **leadership** e gestione del lavoro di gruppo
- Identificazione di capacità di **problem solving**

Il colloquio di gruppo nella psicologia del lavoro prende le mosse da una discussione su

un tema dato, che dovrà portare il gruppo ad elaborare una soluzione condivisa al termine di un tempo prefissato. Il tema di discussione proposto riguarda una situazione immaginaria (caso lavorativo), che viene utilizzata a titolo puramente esemplificativo. Il tema di discussione è di importanza marginale, in quanto, l'oggetto reale d'attenzione è il modo in cui ciascun membro del gruppo si comporta nell'analisi del problema e nella relazione con gli altri.

Contenuti di valutazione sono in particolare:

- l'atteggiamento verbale e non verbale delle persone (le posture assunte, le capacità espressive, la corrispondenza fra atteggiamento esplicito e linguaggio non verbale, la capacità di farsi comprendere dagli altri, le manifestazioni di emotività etc.)

- la capacità di collaborazione, ovvero di condivisione della discussione con gli altri colleghi

(capacità di grande importanza nel lavoro di gruppo)

- la capacità di ascoltare le opinioni altrui e adeguare le proprie in modo da raggiungere una **soluzione condivisa**

- la capacità di proporre soluzioni

- l'attitudine a proporre un punto di vista piuttosto che stare in disparte

- la capacità di leadership, ovvero la capacità di "imporre" il proprio punto di vista e la propria persona come punto di riferimento accettato da tutto il gruppo

- la capacità di sintesi, ovvero di identificare i punti essenziali delle proposte fatte dai diversi componenti del gruppo al fine di trovare una soluzione condivisa.

Nella maggior parte dei casi, il colloquio di gruppo si conclude con l'identificazione da parte del gruppo di una persona in grado di essere punto di raccordo per il gruppo di lavoro.

Condivisione dei risultati con i responsabili del personale

Questa è la fase in cui vengono illustrati i risultati delle fasi precedenti a tutte le figure con ruoli di responsabilità nella gestione dell'organizzazione dell'azienda.

La condivisione degli esiti dell'indagine mira a fornire un piano d'azione pratico rispetto alla domanda con cui è stato posto in essere il percorso di assessment.

Ogni studio di assessment organizzativo si pone il fine ultimo di fornire indicazioni utili a pianificare un intervento sul sistema osservato.

S.M., La competenza nel lavoro, F. Angeli, Milano 1995.

Bibliografia

PUGLIESE S., Valutazione e sviluppo delle competenze, WKI- IPSOA, Milano 2004.

RINALDI E. - DE VITO M. (a cura di), La formazione tecnica di eccellenza per il lavoro del futuro, La compagnia della Stampa, Brescia 2012.

BOAM R. - SPARROW P., Come disegnare e realizzare le competenze organizzative, F. Angeli, Milano 1996.

SPENCER L.M. - SPENCER

Il mondo delle cose ed il mondo dei significati: il lavoro psicologico

di **Alberta Casella**

Allacciandosi al discorso in sviluppo degli articoli precedenti, si pone attenzione a significato delle parole nell'interazione sociale.

Lai sottolinea la diversità tra mondo delle **cose** e mondo dei **significati**.

Il mondo delle cose è inteso come i dati ed i racconti che la persona narra presentati come obiettivi ed indiscutibilmente reali.

Il mondo dei significati, invece, è il filo conduttore sottostante al racconto delle cose, è la codifica che lo **psicologo** deve trovare per raggiungere la chiave interpretativa della storia del paziente in modo da renderla un tutto unico, coerente, da potere, poi, restituirgli con la giusta interpretazione nel momento opportuno.

Durate una seduta terapeutica, il peso che esercita la relazione terapeutica influenza il valore di verità delle informazioni; essa influisce sugli argomenti scelti dal paziente nella seduta e sul linguaggio da lui usato per esprimerli: egli sceglie di trattare determinati argomenti e usare particolari stili di linguaggio per influenzare l'analista, attirarne l'attenzione, suscitargli la comprensione o creare complicità a seconda del tipo di interlocutore che crede di avere.

I racconti delle cose, dunque, sono largamente influenzati dal tipo di rapporto che si stabilisce tra lui ed il

terapeuta e dal clima emotivo che si instaura nella seduta.

La persona usa un determinato linguaggio e tale scelta può essere influenzata da diversi motivi: abbiamo già evidenziato l'influenza della relazione terapeutica, e possiamo ricordare, ulteriormente, la necessità di ricavare un senso dal racconto, scelto inconsciamente per dare forma coerente a persone ed eventi della sua vita altrimenti confusi ed inaccettabili.

È facile trovare un'analogia che collega i concetti di non identità del mondo dei significati e quello delle cose, proposta da Lai, e la verità narrativa e quella storica, proposta da Spence.

Infatti, secondo entrambe le teorie, è compito del terapeuta, per comprendere il contenuto, capire il genere scelto dal paziente nel raccontare in base ai suoi consolidati modelli relazionali: deve, cioè, stabilire se egli è sincero o se cerca di impressionarlo, se i suoi ricordi sono autentici o infarciti da motivazioni diverse.

La regola dell'ascolto empatico suggerisce che il terapeuta, grazie alla conoscenza progressiva del suo paziente, impari il suo linguaggio, penetri nei significati privati che egli dà alle parole: ascolta, cioè, il messaggio, ma intende anche ciò che gli sta dietro, la sua esperienza del mondo, la sua scelta delle parole; il terapeuta può, così, mettersi nei panni del suo interlocutore usando il suo dizionario ed i suoi riferimenti.

Una tecnica che può aiutare la costruzione di un senso condiviso e può essere attuata regolarmente dal terapeuta è detta "interpretazione formale": ogni qual volta diamo

“formalmente” un’interpretazione, cristallizziamo l’evento spiegato “trovando una sede narrativa ad un accadimento anomalo”; creiamo, cioè, una frase dotata di senso ed in essa, ancora una volta, la questione della verità storica appare come secondaria.

I rischi insiti in essa sono evidenti in quanto, se non condotta in modo consapevole, può portare a stravolgere la realtà al fine di renderla coerente.

La costruzione di una buona interpretazione si basa sul ritrovamento di poche cause a spiegazione di una varietà di eventi cercando collegamenti e legami causali a ricordi apparentemente slegati tra loro.

Se la nuova costruzione non arriva a trovare la verità storica, probabilmente troverà qualcosa di altrettanto utile: un perché alla confusione attuale del paziente ed un legame con eventi a lui oscuri, legame tale che, per via della semplice forza persuasiva data dalla sua stessa coerenza, riesca a far emergere una catena di ricordi che può produrre altre e più significative associazioni ed interpretazioni.

Il passaggio della verità da storica a narrativa viene definito come “inveramento” di un racconto, ovvero esso diviene il “vero” per il semplice fatto di essere stato pronunciato.

Il criterio di “verosimiglianza” enunciato da Spence contribuisce a chiarire il passaggio di inveramento ed i motivi per cui entrambi i soggetti coinvolti nella relazione terapeutica trovano facile sostituire la realtà, poco chiara e, probabilmente, difficile da accettabile, con una costruzione simile più logica e facile da capire.

Tale criterio si fonda sull’idea che quanto più la storia narrata è credibile per l’ascoltatore e simile alla vera storia accaduta, tanto meno il soggetto narrante cerca di spiegarla ed illustrarla ulteriormente lasciando, così, una mezza verità a spiegazione di avvenimenti più complessi.

In tal modo la storia narrata rimpiazza completamente quella reale, “inverandosi” automaticamente grazie alla forza espressiva delle parole con cui è stata raccontata ed alla vaga somiglianza che essa ha con la storia accaduta realmente.

Il contributo di Bruner sottolinea come tale procedimento di inveramento della narrazione non è un fatto esclusivamente riferibile alla situazione terapeutica, ma è un procedimento diffuso e comunemente usato nella narrazione e nella spiegazione di eventi quotidiani: “Noi organizziamo la nostra esperienza ed il nostro ricordo degli avvenimenti umani principalmente sotto forma di racconti – storie, giustificazioni, miti – (...) il racconto è una forma convenzionale trasmessa culturalmente e, diversamente dalle procedure scientifiche che possono venire eliminate mediante falsificazione, esso può raggiungere solo la verosimiglianza. I racconti sono solo una versione della realtà la cui accettabilità è governata dalla convenzione e dalla necessità narrativa anziché dalla verifica empirica e dalla correttezza logica”.

Mentre il pensiero scientifico deve fornire prove e giustificazioni valide, il pensiero narrativo può convincere semplicemente fornendo un racconto esauriente della realtà circostante.

Tale racconto deve dare spiegazioni plausibili secondo il modello mentale del soggetto narrante.

Esso non raffigura lo stato reale delle cose, ma evidenzia ciò che è utile ed interessante, per il soggetto in quel dato momento, come spiegazione del fatto narrato.

Seguendo tale linea di pensiero si corre, però, il rischio di radicalizzare eccessivamente la potenza della verità narrativa perché si può arrivare ad affermare che ogni individuo, seguendo il proprio schema mentale, vive in un mondo da lui stesso creato, pur esistendo in un contesto generale che lo accomuna con tutte le altre persone.

In questo modo, la storia del paziente non è più, come la desiderava Freud, unica ed univoca, ma diviene una combinazione di “storie multiple”.

Secondo il pensiero di Schafer, ogni storia narrata dal soggetto può articolarsi in modo differente a seconda della prospettiva dalla quale questi la legge, degli elementi che desidera sottolineare nel momento in cui narra, dalla situazione contestuale nella quale racconta.

Fra il paziente e l'analista si costruisce, così, uno scenario di ricordi vari e spesso confusi che possono essere riordinati solo dandogli un senso in una struttura narrativa coerente: tuttavia, anche tale spiegazione narrativa può continuamente essere riletta e trasformata arricchendosi di significati personali ed interpersonali dettati dal contesto della relazione terapeutica.

Bibliografia

BRUNER J. (1986): *La Mente a più Dimensioni*, Laterza, Bari, 1988

LAI G. (1976): *Le Parole del Primo Colloquio*, Bollati-Boringhieri, Torino, 1980

SPENCE D. (1982): *Verità Narrativa e Verità Storica*, Martinelli, Firenze, 1987