



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE**

Dipartimento di Scienze della Vita

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

Curriculum: PSICOLOGIA SOCIALE E PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO

**TERAPIA MEDIATA DAI GENITORI IN BAMBINI
BENGALESI CON ASD:
L'UTILIZZO DEL *PROJECT IMPACT***

Laureanda:
CHIARA CAPOCASALE

Relatrice:
SANDRA PELLIZZONI

ANNO ACCADEMICO 2023 – 2024

IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

Disturbo dello spettro autistico (**ASD**) → facente parte di Disturbi del Neurosviluppo e caratterizzato da **diade** sintomatologica

- *lifespan disorder*
- altamente eterogeneo, specie rispetto all'abilità intellettiva (ISS, 2013)
- sintomatologia limita o compromette il funzionamento quotidiano → livelli di gravità da 1 a 3
- eziopatogenesi multifattoriale (fattori di rischio ambientali e genetici)

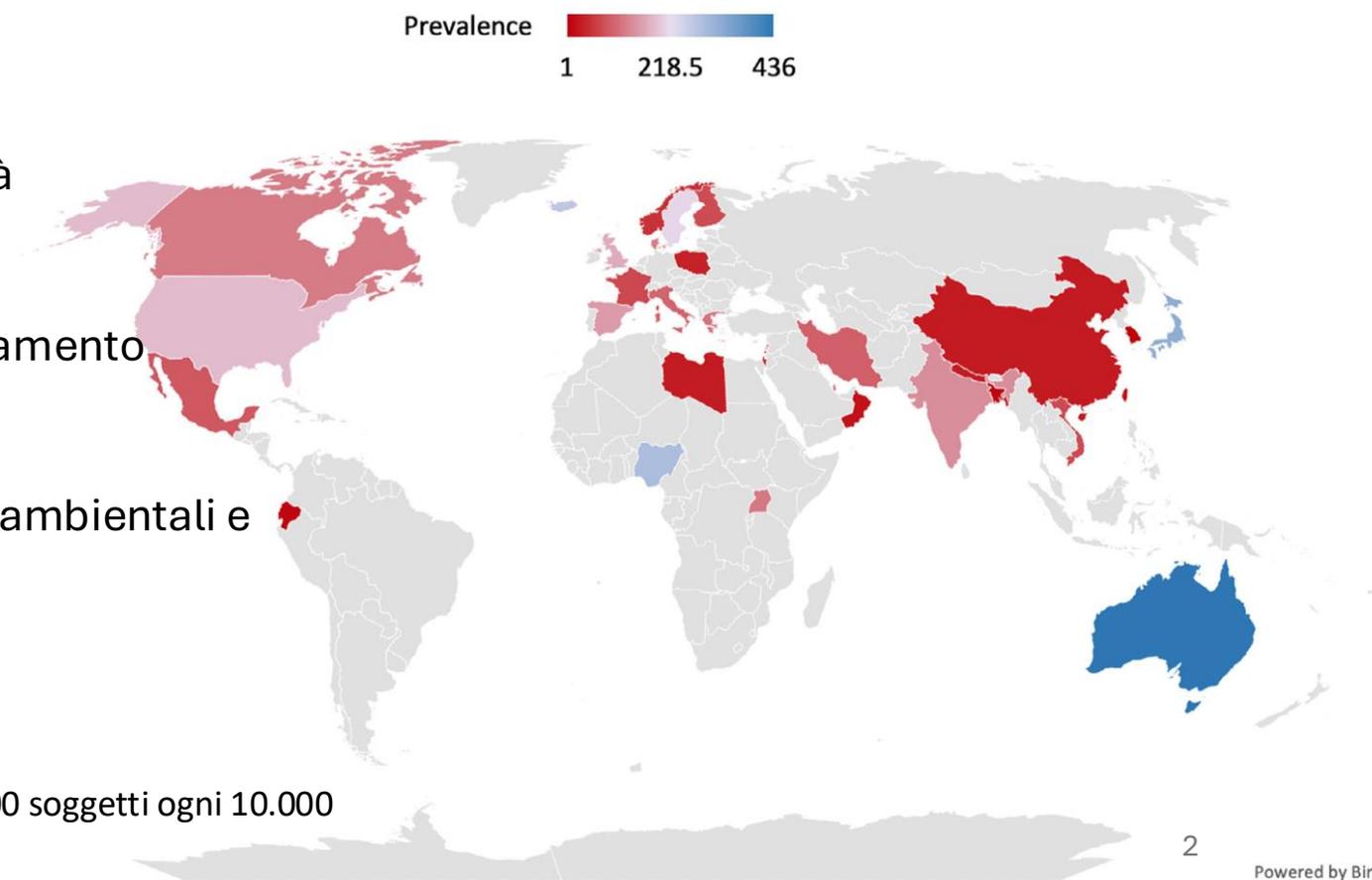


Figura 1. Nel mondo, mediamente 100 soggetti ogni 10.000 hanno ASD (Zeidan et al., 2022).

IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

(A) Presenza di deficit persistenti della comunicazione sociale in molteplici contesti di vita, come manifestato da tutti i seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato:

- Deficit della reciprocità socio-emotiva
- Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale
- Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni

(B) Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi, come manifestato da almeno due dei seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato:

- Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi
- Insistenza nella immodificabilità
- Interessi molto limitati, fissi che sono anomali per intensità o profondità
- Iper o ipo-reattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente

IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

- **Sintomi** → in genere riconosciuti tra dodici-ventiquattro mesi di età, dove:
 - se il ritardo dello sviluppo è grave: prima dei 12m
 - se sintomatologia attenuata: dopo 24m
 - se iniziale sviluppo normotipico: perdita graduale di abilità sociali o linguistiche tra 12-24m

- Frequenti **comorbidità**

ASD: LE IMPLICAZIONI SUL PARENTING

Associazioni ben caratterizzate tra la psicopatologia infantile e condizioni di disagio psicologico nei genitori
→ persistenza di emozioni negative compromette la capacità di affrontare situazioni di vita quotidiana, causando o mantenendo (indirettamente) esiti negativi per i bambini/e (Bruder et al., 2006)

caregiver di bambini/e con ASD presentano alti tassi di stress parentale (Hayes & Watson, 2013) e moderati livelli di *caregiver burden* (Van Niekerk et al., 2023)

Tra le raccomandazioni dell'ISS per supportare i *caregiver* (ISS, 2023):

- *parent training*: terapie mediate dai genitori (**TMG**)
- psicoterapia
- terapia di gruppo

LA TERAPIA MEDIATA DAI GENITORI

Intervento comportamentale **naturalistico** sullo sviluppo (Jhuo & Chu, 2022) basato su un approccio

integrato

fondato sulla relazione diadica e sull'apprendimento di strategie di *Applied Behavior Analysis* (ABA, Jhuo & Chu, 2022),
approccio basato sull'identificazione di variabili ambientali che possono influenzare il comportamento (Yu et al., 2020)

→ utilizzo *prompt* + rinforzi

Finalità di **coadiuvare i caregiver**, attraverso l'acquisizione di **strategie sistematiche**, nel conseguimento di specifici **obiettivi** (miglioramento della relazione diadica, potenziamento di specifiche abilità di sviluppo, gestione del comportamento), dove «*il genitore è l'agente del cambiamento e il bambino è il diretto beneficiario del trattamento*» (Bearss et al., 2015)

LA TERAPIA MEDIATA DAI GENITORI

Altri vantaggi derivanti:

- aumento dell'autoefficacia dell'adulto all'interno della relazione diadica (Ingersoll & Dvortcsak, 2019)
- riorganizzazione dell'assistenza in ospedale e nel territorio (Aliberti et al., 2023)

Strumenti del professionista:

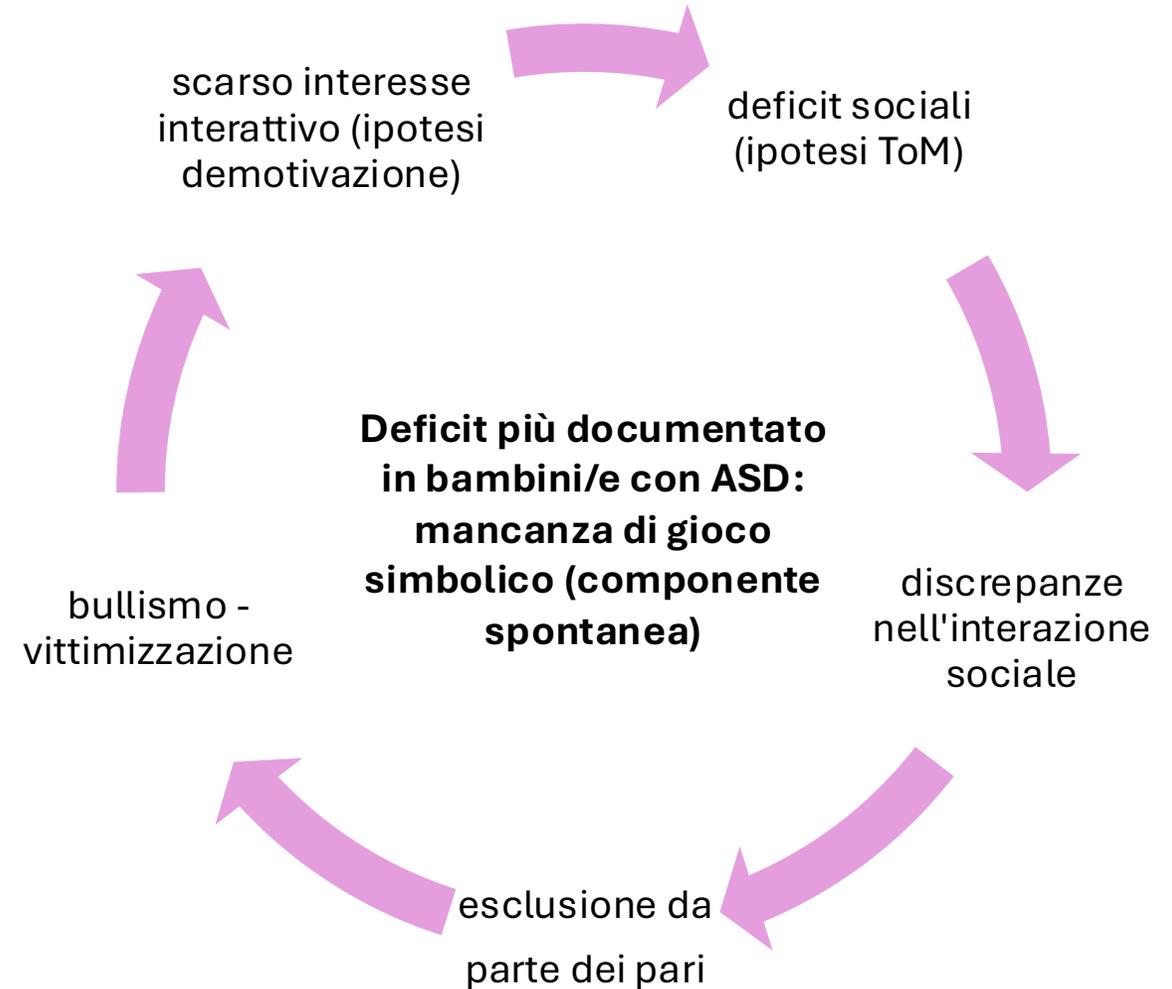
- *coaching*
- *modeling*
- *video-feedback*

(Aliberti et al., 2023)

LA RILEVANZA DELL'ATTIVITÀ LUDICA

capacità di **gioco** comunemente atipiche in bambini/e con ASD per qualità, durata e tipologia (Bodison, 2019)

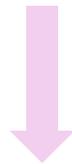
→ giocano meno frequentemente, mostrano meno flessibilità, la creatività è limitata dall'utilizzo dei giochi bizzarro o ripetitivo, si focalizzano su giochi che procurano loro sensazioni piacevoli anche oltre l'età in cui sarebbe più frequente



LA RILEVANZA DELL'ATTIVITÀ LUDICA

GIOCO → mezzo fondamentale attraverso il quale la tecnica viene tradotta in opportunità di apprendimento

Benefici: incoraggiamento di competenze esecutive (Zelazo et al., 2017), linguistiche (Yu & Smith, 2012) e relazionali, in primis con il *caregiver* (Yogman et al., 2018)



gioco come mezzo di assimilazione preferenziale in interventi riabilitativi

INTRODUZIONE AL PRESENTE STUDIO

Studio pilota

progetto di **TMG**, basato sul modello "**Project ImPACT**" (Ingersoll & Dvortcsak, 2019), rivolto a **diadi di origine bengalese** (prerequisito di partecipazione alle attività) in attesa di ricevere un **trattamento per ASD** presso la Struttura Complessa di Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva (**DNPEE**) presso l'Ospedale San Polo di Monfalcone (Italia, GO), dal quale avevano precedentemente ricevuto diagnosi di ASD o sospetto di ASD

n residenti = 30.000, di cui ~ 14% proveniente dal Bangladesh (ISTAT, 2023)



ACCENNI SUL SISTEMA SANITARIO BENGALESE E DATI DI LETTERATURA

- sistema sanitario bengalese caratterizzato da molteplici barriere di accesso (OMS, 2015)
- prevalenza in Asia Meridionale dell'ASD che varia dallo 0,15 allo 0,8% (Hossain et al., 2017)
- livelli di stress genitoriale rilevanti in madri bengalesi di bambini/e con ASD (Akter et al., 2020)
- accesso al gioco inadeguato e concezione ancorata all'approccio guidato dall'insegnante (Rahman et al., 2020)

OBIETTIVI E IPOTESI DELLO STUDIO

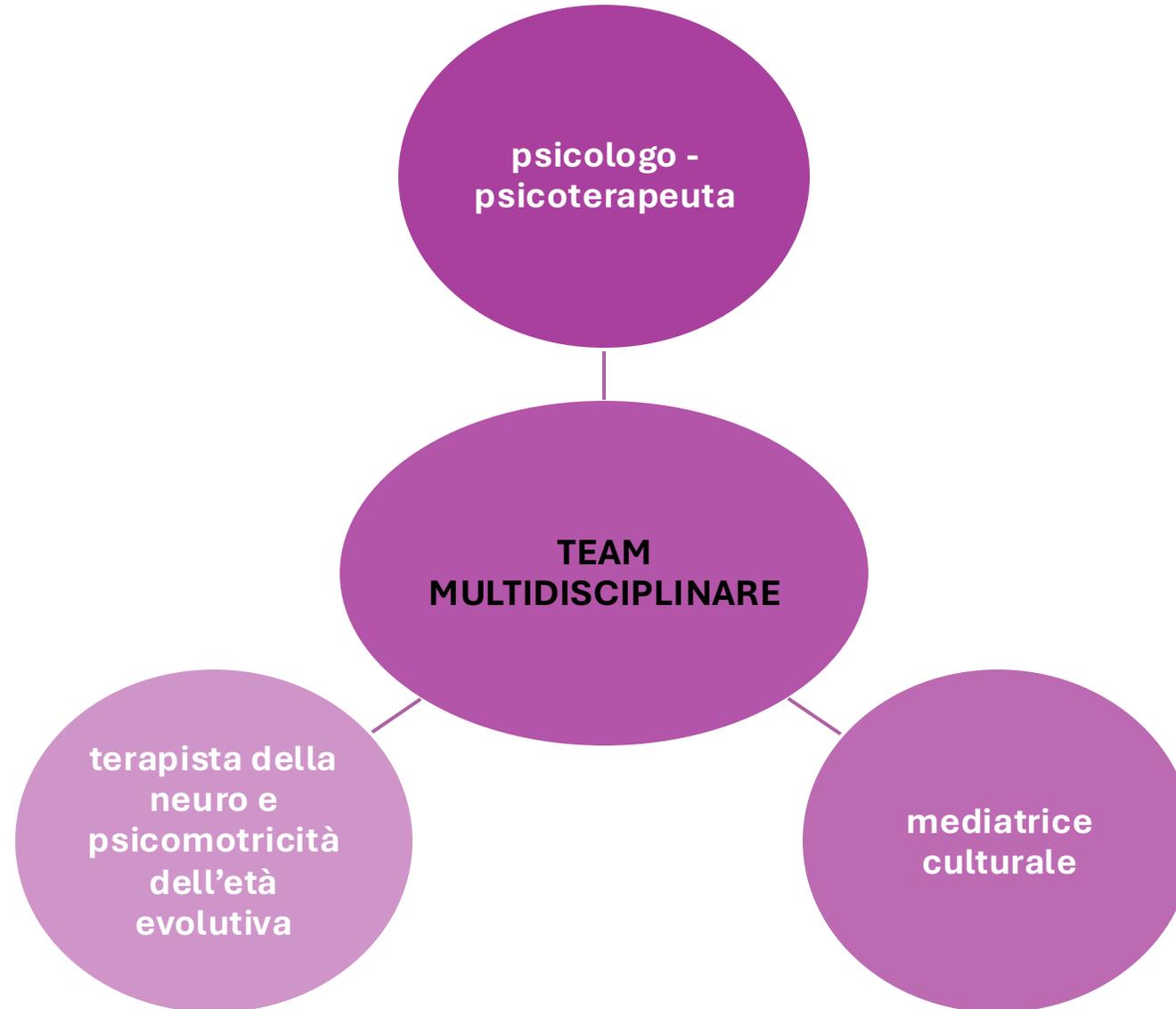
In generale

1. Descrivere l'intervento di TMG “*Project ImPACT*” sullo specifico campione di riferimento

In particolare

2. Osservare un cambiamento qualitativo da pre- a post-intervento nell'interazione diadica
 - aumento della responsività da parte del *caregiver* ai segnali comunicativi del bambino/a
3. Monitorare i livelli di stress genitoriale prima e dopo l'intervento
 - diminuzione dello stress del *caregiver*
4. Indagare la sostenibilità del programma all'interno del servizio ospedaliero
 - velocizzazione della presa in carico

STAFF



PARTECIPANTI

- Quattro bambini/e di età compresa tra i 3 e i 5 anni e le rispettive quattro madri di età compresa tra i 27 e i 39 anni
- Provenienti dal Bangladesh e attualmente residenti in Italia
- In lista d'attesa per ricevere un trattamento riabilitativo dal reparto DNPEE dell'Ospedale San Polo di Monfalcone (Italia, GO)
- Criteri di **inclusione** allo studio:
 - (1) età del minore inferiore ai 6 anni;
 - (2) *caregiver* e bambino/a di nazionalità bengalese;
 - (3) diagnosi dal servizio di riferimento di Disturbo dello spettro autistico o Sospetto diagnostico;
 - (4) non avere fruito in passato di trattamenti riabilitativi (*parent coaching* o altro).

STRUMENTI

Strumenti	Momenti di utilizzo	Compilatore	Finalità
ADOS-2 (Lord et al., 2012)	Pre-intervento (valutazione)	Equipe	Diagnostica: presenza di sintomi legati all'ASD
GRIFFITHS (Green et al., 2016)	Pre-intervento (valutazione)	Equipe	Valutativa: sviluppo globale del bambino/a
QUESTIONARIO SOCIO-DEMOGRAFICO	Pre-intervento	<i>Caregiver</i>	Descrittiva
STRUMENTO SELF-REPORT: GIOCO E AUTOEFFICACIA	Pre-intervento	<i>Caregiver</i>	Descrittiva
SOCIAL COMMUNICATION CHECK-LIST (Ingersoll & Dvortcsak, 2019)	Pre-intervento	Equipe	Osservativa: obiettivi su cui lavorare
PSI-SF (Abidin, 1990)	Pre- e post-intervento	<i>Caregiver</i>	Valutativa: presenza di sintomi legati allo stress parentale
PICCOLO (Roggman et al., 2013)	Pre- e post-intervento	Equipe	Descrittiva: qualità dell'interazione diadica

Tabella 1. Strumenti utilizzati nello studio pilota.

(Ogni strumento di tipo *self-report* è stato tradotto in bengalese)

STRUMENTI: ADOS-2

Autism Diagnostic Observation Schedule, 2nd Edition

- ❑ Test semi-strutturato
- ❑ Da 12 mesi a età adulta
 - Modulo *Toddler*: dodici-trenta mesi con assenza di linguaggio frasale;
 - Modulo 1: dai trentuno mesi con assenza di linguaggio frasale;
 - Modulo 2: per bambini di ogni età con linguaggio frasale non ancora verbalmente fluenti;
 - Modulo 3: per bambini verbalmente fluenti e giovani adolescenti;
 - Modulo 4: per adolescenti e adulti verbalmente fluenti.
- ❑ Scopo: creare un “mondo sociale” che fornisca le condizioni necessarie alla comparsa di comportamenti legati all'autismo
- ❑ *Cut-off*: confronto con Punteggio Totale per identificare presenza e severità del disturbo
- ❑ *Gold standard* delle linee guida italiane
- ❑ Informazioni ricavate da: osservazione diretta (scoring di punteggi derivati dalla somministrazione di specifici materiali) + osservazione dei comportamenti che manifesta spontaneamente



STRUMENTI: GRIFFITHS III

Griffiths Scales of Child Development, Third Edition

- ❑ Test semi-strutturato
- ❑ Da 0 a 5,11 anni
- ❑ Scopo: ottenere informazioni relativamente alle aree di sviluppo di (A) Basi dell'apprendimento; (B) Linguaggio e comunicazione; (C) Coordinazione oculo-manuale; (D) Personale-sociale-emotiva; (E) Grosso-motoria; item somministrati per età
- ❑ *Cut-off*: confronto con Quoziente e di Sviluppo per identificare punti di forza e di fragilità nelle aree sopra elencate
- ❑ Validità interna $\alpha = 0.957$
- ❑ Informazioni ricavate da: osservazione diretta (scoring di punteggi derivati dalla somministrazione di specifici materiali) + osservazione dei comportamenti che manifesta spontaneamente + quanto riferito dai genitori



STRUMENTI: GRIFFITHS III

Griffiths Scales of Child Development, Third Edition

- ❑ Scala (A) Basi dell'apprendimento: NON COGNITIVA, valuta livello di comprensione nella conoscenza di oggetti semplici e capacità di comprendere le relazioni tra questi oggetti; *esempio*: associare per colore scatole, coperchi e cubetti
- ❑ Scala (B) Linguaggio e comunicazione: valuta gli intenti comunicativi pre-verbali, l'uso delle parole, il linguaggio semantico e sintattico; *esempio*: indicare gli animali nel libretto illustrato
- ❑ Scala (C) Coordinazione oculo-manuale: valuta le prime fasi dello sviluppo della percezione visiva, la manipolazione di oggetti fino ad abilità fino-motorie più complesse; *esempio*: sbottonare
- ❑ Esempio attività Scala (D) Personale-sociale-emotiva: valuta lo sviluppo di autonomia nei contesti quotidiani del bambino, lo sviluppo sociale e quello emotivo
- ❑ Esempio attività Scala (E) Grosso-motoria: valuta il controllo posturale, la coordinazione generale del corpo, la coordinazione visuo-spaziale, l'equilibrio, il ritmo, alla forza e la resistenza

STRUMENTI: QUESTIONARIO SOCIO-DEMOGRAFICO

- Self-report
- Caregiver
- Costruito dall'equipe multidisciplinare
- Scopo: ottenere delle informazioni descrittive sul campione
 - età, livello di istruzione, stato civile, numero di figli, professione, lingue parlate

4. Stato civile: আক্ষনি বিবাহিত
- Sposata বিবাহিত
 - Convivente সহবাসকারী
 - In una relazione senza convivenza সহবাস ছাড়া সম্পর্কের অর্থে
 - Single একম/একক
 - Divorziata ভালোক প্রাপ্ত
 - Vedova বিধবা
 - Altro (specificare: অন্যান্য)

Figura 3. Traduzione della mediatrice bengalese del servizio.

STRUMENTI: QUESTIONARIO SUL GIOCO E L'AUTOEFFICACIA

- ❑ Self-report
- ❑ Caregiver
- ❑ Costruito dall'equipe multidisciplinare
- ❑ Scopo: ottenere delle informazioni sul campione rispetto al valore del gioco e alla self-efficacy percepita

2. Quali giochi e attività usi per giocare con il tuo/a bambino/a (esclusi dispositivi

elettronici)? আমনি আমনার অন্যান্য সাথে খেলার জন্য কোন গেম এবং কার্যকলাপ ব্যবহার করেন (ইলেক্ট্রনিক ডিভাইস ব্যতীত)?

Figura 4. Traduzione della mediatrice bengalese del servizio di un item della *survey* sul gioco.

2. Quanto ti senti in grado di capire se il tuo/a bambino/a necessita di alcuni bisogni

(fame, sonno, dolore, noia,...)? আমনার অন্যান্য নির্দিষ্ট কিছু প্রয়োজন (সুখ, ঘুম, ব্যথা, একসোসাইটি,...) প্রয়োজন হলে আমি কতটা বুঝতে সক্ষম হইব?

Mai কখনই	Raramente ধুবই কম	A volte আসে আসে	Spesso প্রায়ই	Sempre অবদা
-------------	----------------------	--------------------	-------------------	----------------

Figura 5. Traduzione della mediatrice bengalese del servizio di un item della *survey* sulla *self-efficacy*.

STRUMENTI: QUESTIONARIO SUL GIOCO E L'AUTOEFFICACIA

Indagato in forma orale

Cosa significa per te «**giocare**»?

- «*giocare è un modo di imparare*»
- «*giocare è una cosa utile per la mente*»
- «*giocare è parte della comunicazione; è come fare ginnastica*»
- «*è qualcosa che rende felici, che permette di “risvegliare” la mente*»

STRUMENTI: SCC-Coach

Social Communication Checklist: SCC-Coach 

- Check-list
- Modulo osservativo fornito dagli autori del programma “*Project ImPACT*”
- Scopo: orientare l’intervento riabilitativo e che funge da valutazione delle abilità funzionali nelle aree di
(1) coinvolgimento sociale, (2) comunicazione, (3) imitazione e (4) gioco
- Rispettivi esempi:
 1. (A tuo/a figlio/a) piace interagire faccia a faccia con te?
 17. Usa gesti per richiedere oggetti o azioni (ad esempio, condurti a un oggetto, indica, fa un segno)?
 56. Imita i gesti convenzionali (ad esempio, salutare con la mano, mandare baci, battere le mani)?
 60. Usa i giocattoli per lo scopo a cui sono destinati (ad esempio, lanciare una palla, spingere una macchina)?
- 70 item valutati su Scala Likert a 3 pt

STRUMENTI: PSI-SF

Parenting Stress Index-Short Form

- ❑ Test self-report
- ❑ Genitori di bambini/e da 0 a 10 anni
- ❑ Scopo: indagare tre principali domini di fattori stressanti, riconducibili alle caratteristiche del genitore (scala 1. *Parental Distress*), a quelle del bambino/a (scala 2. *Difficult Child*), alla percezione genitoriale rispetto al figlio/a (scala 3. *Parent-Child Dysfunctional Interaction*)
- ❑ Rispettivi esempi:
 - «Per venire incontro ai bisogni di mio/a figlio/a mi accorgo di sacrificare la mia vita più di quanto mi aspettassi»
 - «Mio/a figlio/a sembra che pianga o si agiti molto più della maggioranza dei bambini»
 - «Mio/a figlio/a raramente fa cose che mi gratificano»
- ❑ 36 item valutati su scala Likert a 5 pt (1=forte disaccordo, 2=disaccordo, 3=non sicuro, 4=d'accordo, 5=forte accordo)
- ❑ Nel presente studio: scala PD con validità test-retest $\alpha = 0.82, 0.80, 0.84$

STRUMENTI: PSI-SF

Parenting Stress Index-Short Form

1. আমি প্রায়ই অনুভব করি যে আমি পরিস্থিতিগুলি খুব ভালভাবে মোকাফেলা করতে পারি না

অতিকালী ছুটি ছুটি নির্দিষ্ট না সতর্ক অতিকালী সতর্ক

2. আমার ছেলে-মেয়ের চাহিদা পূরণের জন্য আমি বুঝতে পারি যে আমি আমার প্রত্যক্ষ চেষ্টা ও বেশি আমার জীবন উৎসর্গ করছি

3. আমি একজন অতিভাবক হিসেবে আমার দায়িত্বের অর্ধে আটকা পড়েছি

4. যখন থেকে আমার এই অন্তর হয়েছে আমি নতুন এবং ভিন্ন জিনিস করতে সক্ষম হইনি

1. «Spesso ho la sensazione di non riuscire a far fronte molto bene alle situazioni»

2. «Per venire incontro ai bisogni di mio/a figlio/a mi accorgo di sacrificare la mia vita più di quanto mi aspettassi»

3. «Mi sento intrappolato/a dalle mie responsabilità di genitore»

4. «Da quando ho avuto questo/a figlio/a non riesco a fare cose nuove e diverse»

Figura 6. Traduzione di alcuni item dello PSI-SF della mediatrice bengalese del servizio.

STRUMENTI: PICCOLO

Parenting Interactions with Children: Checklist of Observations Linked to Outcomes

- ❑ Check-list
- ❑ Da 10 a 47 mesi
- ❑ Scopo: descrivere il comportamento genitoriale nell'interazione con il proprio bambino/a, delineando punti di forza e di debolezza nelle aree di (1) insegnamento, (2) coinvolgimento emotivo, (3) responsività e (4) incoraggiamento
- ❑ Rispettivi esempi:
 - «*Il genitore suggerisce attività per espandere ciò che il bambino sta facendo*»
 - «*Il genitore mostra calore emotivo*»
 - «*Il genitore presta attenzione a cosa sta facendo il bambino*»
 - «*Il genitore mostra entusiasmo riguardo a ciò che fa il bambino*»
- ❑ 29 item valutati su scala Likert a 3 pt (0=assente, 1=raro, 2=evidente)
- ❑ Validità interna $\alpha = 0.77$

PROCEDURA

- 1. Selezione del modello** di *parent training* → "*Project ImPACT*" (Ingersoll & Dvortcsak, 2019)
declinato in intervento di gruppo alternato a sedute individuali
- 2. Reclutamento** dei partecipanti e del mediatore culturale di origine bengalese
3. Raccolta dei **consensi** informati dalle *caregiver*
- 4. PRE-TEST:** compilazione degli strumenti → madri: questionario sociodemografico, *survey* sul gioco e sulla *self-efficacy*, PSI-SF (pre-test)
→ operatrici: PICCOLO (pre-test) e SCC-Coach
- 5. INTERVENTO**
- 6. POST-TEST:** conclusioni e ricompilazione degli strumenti → madri: PSI-SF (post-test)
→ operatrici: PICCOLO (post-test)

IL PROGRAMMA DI TMG “*PROJECT IMPACT*”

“*Project ImPACT*” (Ingersoll & Dvortcsak, 2019)

*Improving **P**arents **A**s **C**ommunication **T**eachers*

- Sostenere i Genitori nel ruolo di Insegnanti della Comunicazione

Programma sviluppato per le famiglie di bambini/e dalla prima infanzia ai sei anni circa con ASD o con sospetto diagnostico:

- flessibile
- strutturato
- completo: combinazione di strategie orientate agli aspetti più salienti della **comunicazione**



IL PROGRAMMA DI TMG “*PROJECT IMPACT*”

“*Project ImPACT*” (Ingersoll & Dvortcsak, 2019)

Improving Parents As Communication Teachers

- Sostenere i Genitori nel ruolo di Insegnanti della Comunicazione

- 
- 1) **Coinvolgimento sociale** → capacità di sostenere le interazioni, rispondendo e avviando l'iniziativa sociale (elemento cruciale: condivisione triadica)
 - 2) **Comunicazione linguistica** → contenuto, forma e uso della stessa
 - 3) **Imitazione** → doppia funzione: apprendimento e scambio sociale
 - 4) **Gioco**

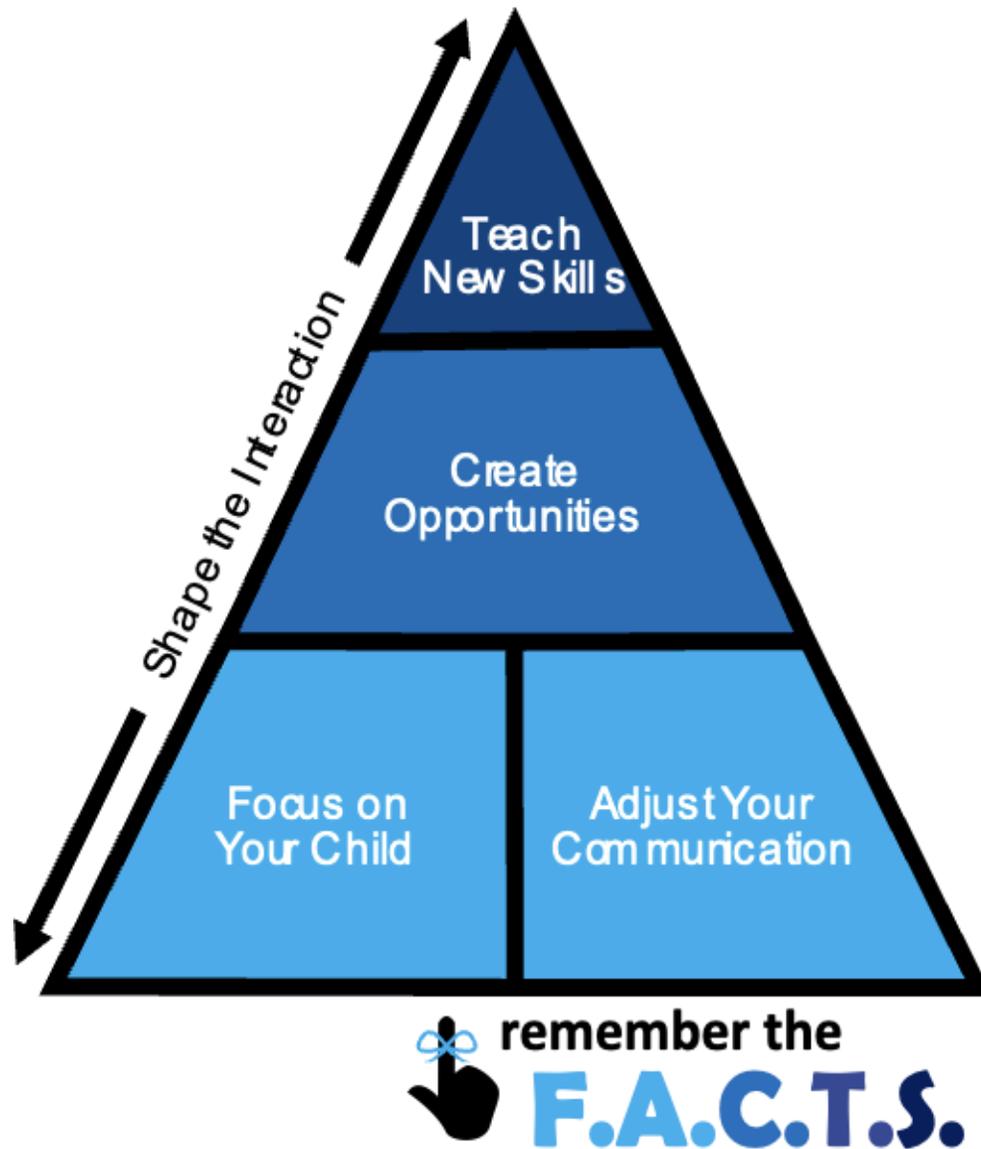


Figura 2. Illustrazione delle cinque specifiche strategie di intervento del programma "Project ImPACT" (Ingersoll & Dvortcsak, 2019).

IL PROGRAMMA DI TMG “PROJECT IMPACT”

Strategie	Obbiettivi	Tecniche
Focalizzati sul tuo bambino	Promuovere il coinvolgimento del bambino aumentando la sensibilità genitoriale ai suoi interessi.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Segui l'iniziativa del tuo bambino</i> - <i>Imita il tuo bambino</i>
Adegua la comunicazione	Incoraggiare la comunicazione verbale e non verbale.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Usa l'animazione</i> - <i>Modella ed espandi la comunicazione</i>
Crea opportunità	Favorire la reciprocità dello scambio, stimolare il bambino a prendere l'iniziativa e testare i vari usi del linguaggio.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ostruzione giocosa</i> - <i>Turni alternati</i> - <i>Opportunità comunicative</i>
Insegna nuove abilità	Utilizzare rinforzi naturali per aumentare la complessità delle abilità di comunicazione sociale del bambino/a.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Prompt di vario tipo</i>
Modella l'interazione	Utilizzare in modo funzionale la gamma di strategie apprese all'interno dei contesti di vita.	Tutte

Tabella 3. Illustrazione delle specifiche strategie e tecniche di intervento (Ingersoll & Dvortcsak, 2019).

IL PROGRAMMA DI TMG “PROJECT IMPACT”

Strategie	Tecniche	Video esemplificativo
Focalizzati sul tuo bambino	- <i>Segui l'iniziativa del tuo bambino</i>	https://risorseonline.erickson.it/qr-code/?id=clip_03
	- <i>Imita il tuo bambino</i>	https://risorseonline.erickson.it/qr-code/?id=clip_05
Adegua la comunicazione	- <i>Usa l'animazione</i>	https://risorseonline.erickson.it/qr-code/?id=clip_07
	- <i>Modella ed espandi la comunicazione</i>	https://risorseonline.erickson.it/qr-code/?id=clip_09
Crea opportunità	- <i>Ostruzione giocosa</i>	https://risorseonline.erickson.it/qr-code/?id=clip_12
	- <i>Turni alternati</i>	https://risorseonline.erickson.it/qr-code/?id=clip_13
	- <i>Opportunità comunicative</i>	https://risorseonline.erickson.it/qr-code/?id=clip_15
Insegna nuove abilità	- <i>Prompt di vario tipo</i>	
Modella l'interazione	Tutte	

Tabella 3. Illustrazione delle specifiche strategie e tecniche di intervento (Ingersoll & Dvortcsak, 2019).

INTERVENTO

13 sessioni di cui:

- ❑ 8 di gruppo → revisione dell'attività svolta a casa e confronto; introduzione della nuova tecnica attraverso *slide, memorandum* cartacei e video-registrazioni
- ❑ 5 individuali → la tecnica appresa viene dimostrata dal terapeuta, il genitore si esercita e riceve dei *feedback* personalizzati

(Ogni *slide* o *memorandum cartaceo* è stato tradotto in bengalese)

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

1. GRUPPO

accoglienza; panoramica sul progetto di ricerca, sulla TMG e sul *parent coaching*; orari programmazione; compilazione questionario sociodemografico, *survey* su gioco e *self-efficacy* e consegna di PSI-SF (scala PD)

2. GRUPPO

Ritiro PSI-SF; introduzione al programma “*Project ImPACT*” con *slide*; presentazione del proprio figlio/a e momento di condivisione tra le madri

3. INDIVIDUALE

Videoripresa dell'interazione diadica (10 min. di gioco libero) utile alla compilazione degli strumenti PICCOLO (pre-test) e SCC-Coach; dimostrazione da parte della terapeuta; *coaching* sulla strutturazione dell'ambiente domestico

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

4. GRUPPO

proiettate *slide* piramide “**FACTS**” e video esemplificativi di interazione tra bambino/a e terapeuta o bambino/a e genitore; introduzione alla prima strategia “**Focalizzati sul tuo bambino/a**”, attraverso le tecniche “*Segui l'iniziativa*” (eseguire le azioni e le idee del bambino/a su cosa fare lasciando che sia lui/lei a guidare l'attività, mentre il caregiver si unisce al gioco evitando domande e istruzioni) e “*Imita il tuo bambino/a*” (copiare i movimenti, i gesti, le azioni di gioco, i suoni e le parole del bambino/a)

5. INDIVIDUALE

Dimostrazione da parte della terapeuta + esercitazione della *caregiver* con *feedback* personalizzato

6. GRUPPO

Introduzione della strategia “**Adegua la tua comunicazione**” e la tecnica “*Usa l'animazione*” (aumentare o ridurre l'enfasi nelle azioni, nella voce o nelle espressioni facciali del *caregiver*); al termine della seduta chiesto alle madri di identificare per la prossima volta quello che è, secondo loro, lo stadio di sviluppo del proprio bambino/a relativamente all'aspetto del linguaggio (attraverso l'uso di una tabella fornita loro)

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

7. INDIVIDUALE

Sondato quale tecnica di animazione avessero sperimentato maggiormente in settimana e quale fosse il livello di linguaggio del figlio/a; istruite sulla tipologia di *modeling* verbale da attuare attraverso la tecnica “*Modella ed espandi la comunicazione*” (rinforzare la già presente comunicazione del bambino/a ed espanderla)

8. GRUPPO

Introdotta la nuova strategia “**Crea l'opportunità**” da mettere in atto attraverso la tecnica “*Turni alternati*” (aiutare il bambino/a a fare a turno durante il gioco, prendendo il turno, facendolo durare poco, scambiando i giocattoli se necessario e modellando il gioco durante il proprio turno), da allenare per la settimana successiva

9. INDIVIDUALE

Gioco libero per esercitare le varie tecniche e osservare la possibilità di introdurre nuove strategie

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

10. GRUPPO

Ripreso “**Crea opportunità**”, affiancando alla tecnica “*Turni alternati*” anche la tecnica “*Ostruzione giocosa*” (interrompere l’attività del bambino/a in modo giocoso per dargli/le un motivo per prendere l’iniziativa) e “*Opportunità comunicative*” (esponi le cose in vista ma fuori dalla portata, controlla l'accesso agli oggetti, concedi piccole quantità, usa oggetti che richiedono assistenza, fai in modo che manchi un elemento)

11. GRUPPO

Data la complessità delle strategie, consegnato un memorandum in bengalese della strategia “Crea opportunità” e visto e commentato un video per ognuna delle tecniche proposte

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

12. INDIVIDUALE

Video-ripresa finale dell'interazione madre-bambino/a, accompagnata da *coaching* e *feedback* positivo (funge da rilevazione post-trattamento); consegnato PSI-SF da riportare compilato all'ultimo incontro

13. GRUPPO

Raccolte le autovalutazioni PSI-SF post-test; sintetizzati i quattro macro-obiettivi dai quali il trattamento è partito (comunicazione, coinvolgimento, imitazione e gioco); visti assieme alle madri i video della prima e dell'ultima interazione diadica, commentando in gruppo i cambiamenti

Descrizione 1° caso

Minore - R.B.

F; 3 anni e 9 mesi; figlia unica

Nei 6 mesi precedenti all'intervento:

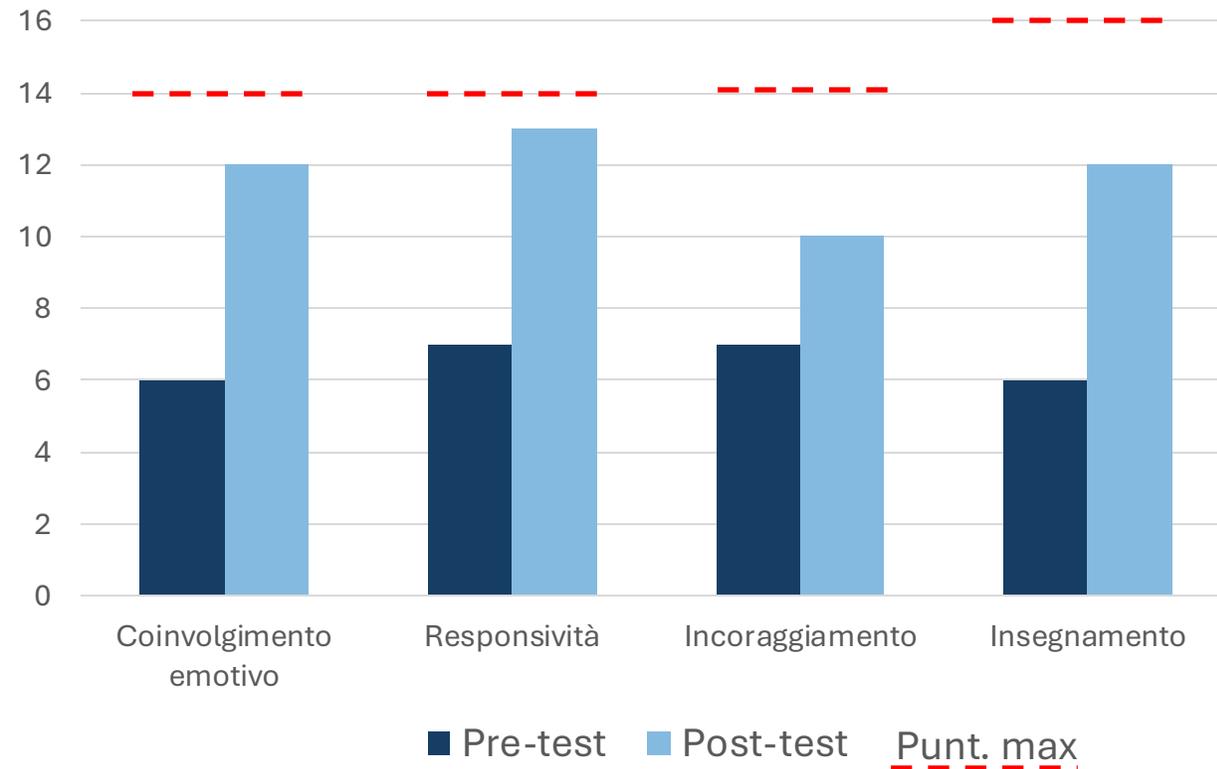
- colloquio anamnestico e osservazione clinica;
 - ADOS-2: punteggio comparativo 10 (livello alto di sintomi relativi all'ASD);
 - Griffiths III: punteggio generale di sviluppo di 24 (<1° pp);
- “Disturbo dello spettro autistico di livello 3 in associazione a ritardo dello sviluppo psicomotorio”

Caregiver - R.A.

32 anni; sposata; disoccupata; non ha parenti che risiedono in Italia; livello base di comprensione della lingua italiana; apparenti elevati livelli di *self-efficacy*: 1. Il/la suo/a bambino/a riesce “spesso” a farle capire che necessita di alcuni bisogni; 2. Lei si sente “sempre” in grado di capire se il/la suo/a bambino/a necessita di alcuni bisogni.

RISULTATI SULL'INTERAZIONE DIADICA - 1

1^a DIADE (bambina R.B. e madre R.A.)



Obiettivi:

- coinvolgimento sociale: incrementare la lunghezza del coinvolgimento (sguardo condiviso, vicinanza fisica, sorriso)
- uso della comunicazione: utilizzare parole che la bambina già possiede per implementarne l'uso richiestivo e/o di condivisione
- imitazione: utilizzarla per aumentare la reciprocità
- gioco: ampliare il gioco di finzione e gestire ordinatamente il materiale

Grafico 1. Cambiamento pre- e post-test della relazione diadica nelle quattro aree di intervento indagate dal PICCOLO.

VIDEO interazione post programma

Descrizione 2° caso

Minore - B.U.

M; 2 anni e 9 mesi; quartogenito (madre in attesa)

Nei 6 mesi precedenti all'intervento:

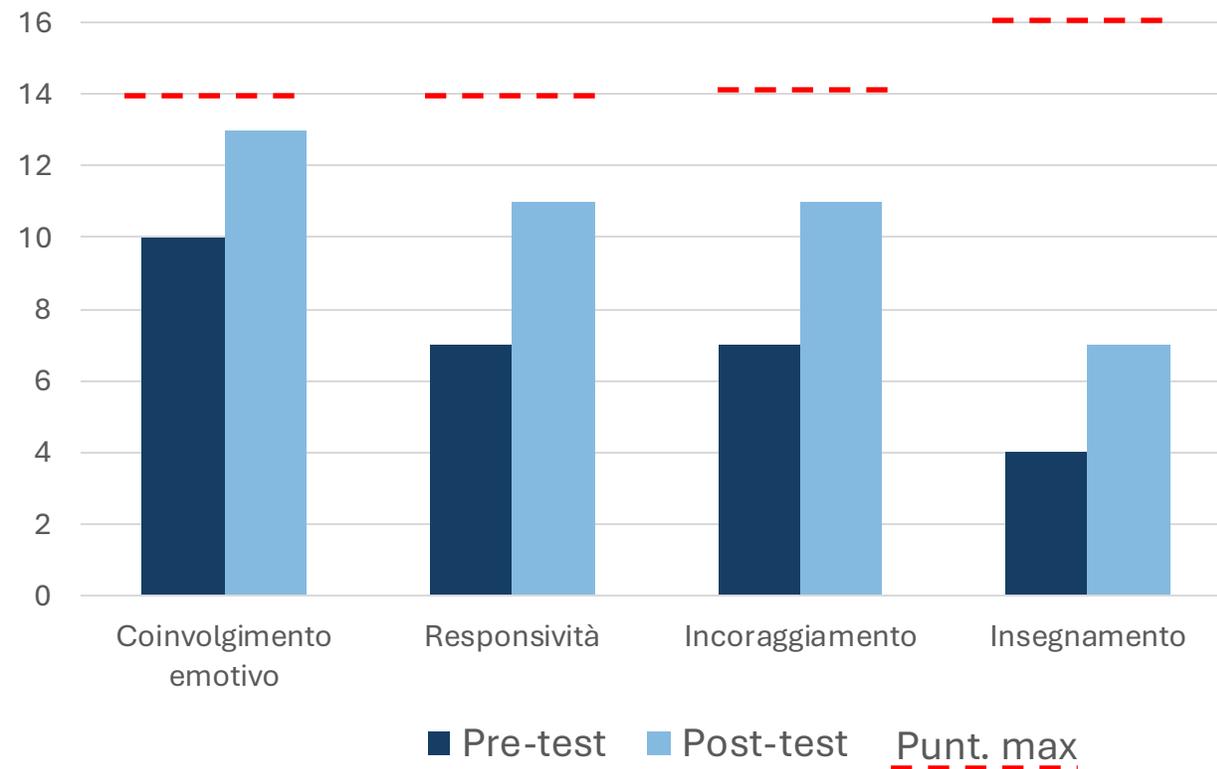
- colloquio anamnestico e osservazione clinica;
 - ADOS-2: punteggio comparativo 23 (livello da moderato a severo di sintomi relativi all'ASD);
 - Griffiths III: punteggio generale di sviluppo di 11 (<1° pp);
- “Ritardo globale dello sviluppo associato ad un rischio elevato di sviluppare un disturbo dello spettro dell'autismo”

Caregiver - R.B.

33 anni; sposata; disoccupata; non ha parenti che risiedono in Italia; livello intermedio di comprensione della lingua italiana; livelli di *self-efficacy*: 1. Il/la suo/a bambino/a riesce “sempre” a farle capire che necessita di alcuni bisogni; 2. Lei si sente “a volte” in grado di capire se il/la suo/a bambino/a necessita di alcuni bisogni.

RISULTATI SULL'INTERAZIONE DIADICA

2^a DIADE (bambino B.U. e madre R.B.)



Obiettivi:

- coinvolgimento sociale: incrementare la lunghezza del coinvolgimento unico tra madre e bambino
- uso della comunicazione: ampliare la stessa e utilizzarla per fini funzionali
- imitazione: utilizzarla per costruire delle interazioni più lunghe e implementare lo scambio
- gioco: rendere il bambino più abile nel prendere iniziativa, ma senza completa disposizione del materiale di gioco e madre meno frettolosa e direttiva

Grafico 2. Cambiamento pre- e post-test della relazione diadica nelle quattro aree di intervento indagate dal PICCOLO.

Descrizione 3° caso

Minore - S.A.

M; 3 anni e 11 mesi; secondogenito

Nei 6 mesi precedenti all'intervento:

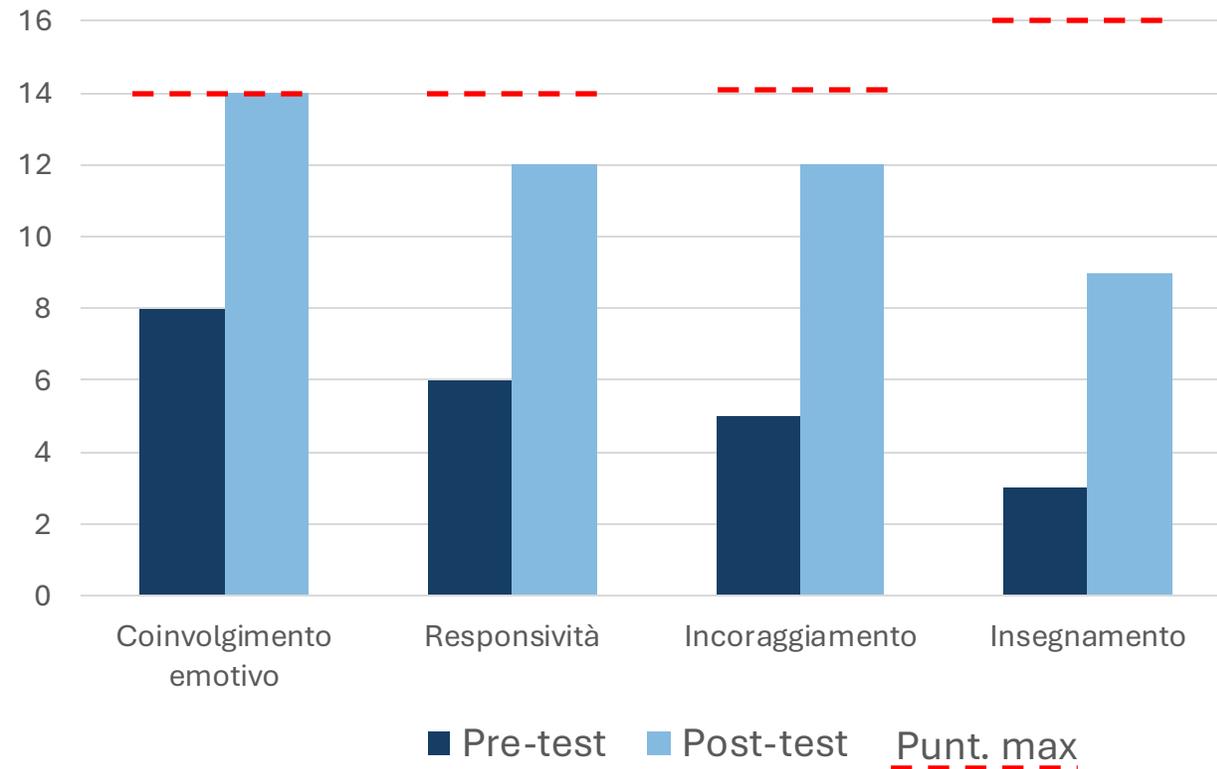
- colloquio anamnestico e osservazione clinica;
 - ADOS-2: punteggio comparativo 25 (livello da moderato a severo di sintomi relativi all'ASD);
 - Griffiths III: punteggio generale di sviluppo di 21 (<1° pp);
- “Disturbo dello spettro dell'autismo di gravità 3 in un quadro di ritardo globale dello sviluppo”

Caregiver - P.T.

27 anni; sposata; disoccupata; non ha parenti che risiedono in Italia; livello intermedio di comprensione della lingua italiana; apparenti livelli elevati di *self-efficacy*: 1. Il/la suo/a bambino/a riesce “sempre” a farle capire che necessita di alcuni bisogni; 2. Lei si sente “spesso” in grado di capire se il/la suo/a bambino/a necessita di alcuni bisogni.

RISULTATI SULL'INTERAZIONE DIADICA

3^a DIADE (bambino S.A. e madre P.T.)



Obiettivi:

- coinvolgimento sociale: ottenimento da parte della madre dell'attenzione del bambino
- uso della comunicazione: data la non verbalità di S., far utilizzare alla madre singole e semplici parole in modo contestuale per rinforzarne il significato e sfruttarne l'uso ricettivo
- imitazione: scatenare una curiosità da parte di S. vedendo che la madre lo imita
- gioco: acquisire un ruolo all'interno delle attività di gioco di S., a prescindere dalle sue personali modalità

Grafico 3. Cambiamento pre- e post-test della relazione diadica nelle quattro aree di intervento indagate dal PICCOLO.

VIDEO interazione post programma

Descrizione 4° caso

Minore - S.I.

M; 4 anni e 10 mesi; primogenito

Nei 6 mesi precedenti all'intervento:

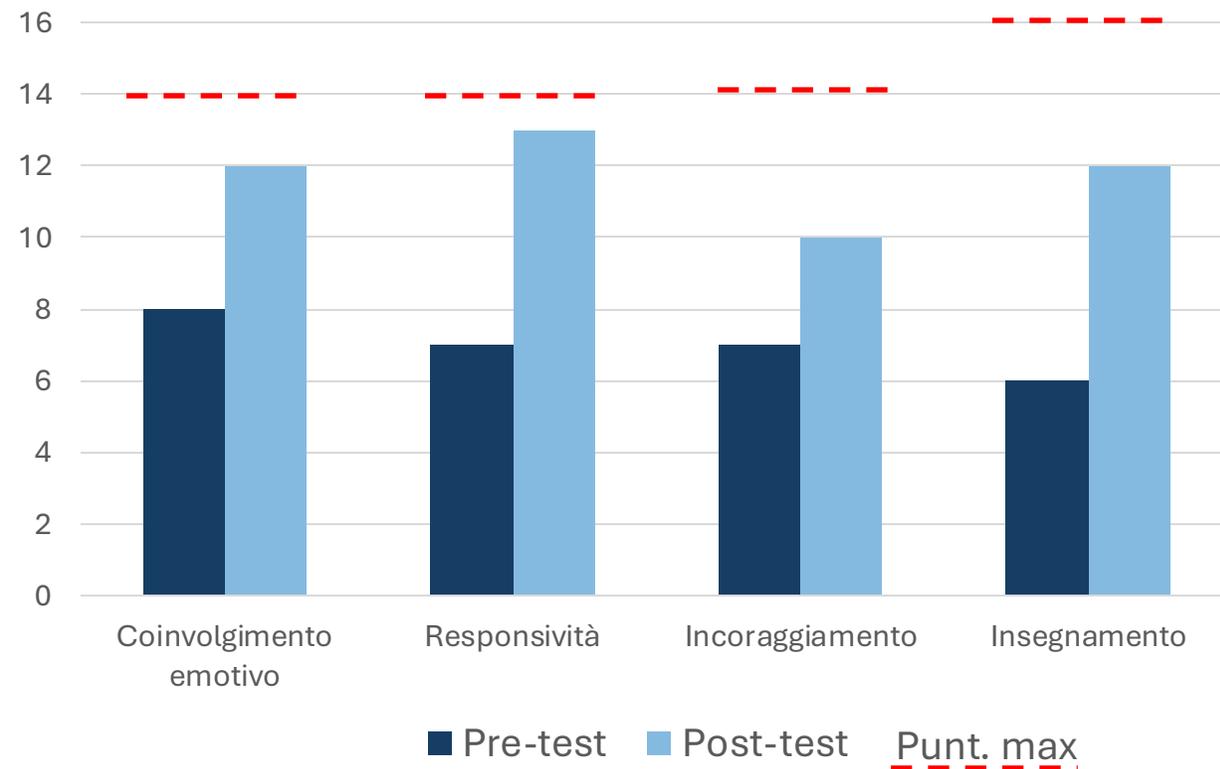
- colloquio anamnestico e osservazione clinica;
 - ADOS-2: punteggio comparativo 12 (livello da moderato di sintomi relativi all'ASD);
 - Griffiths III: punteggio generale di sviluppo di 45 (<3° pp);
- “Disturbo dello spettro autistico di livello 1”

Caregiver - E.J.

39 anni; sposata; disoccupata; non ha parenti che risiedono in Italia; livello intermedio di comprensione della lingua italiana; apparenti livelli elevati di *self-efficacy*: 1. Il/la suo/a bambino/a riesce “sempre” a farle capire che necessita di alcuni bisogni; 2. Lei si sente “sempre” in grado di capire se il/la suo/a bambino/a necessita di alcuni bisogni.

RISULTATI SULL'INTERAZIONE DIADICA

4^a DIADE (bambino S.I. e madre E.A.)



Obiettivi:

- coinvolgimento sociale: modulazione del contatto visivo e dell'interazione faccia a faccia + rispondere ai tentativi della madre di condividere il gioco con lui
- uso della comunicazione: convertire i brevi commenti di S. in scambi comunicativi con finalità di condivisione
- imitazione: imitare gesti convenzionali e azioni di gioco familiari
- gioco: rinforzare le spontanee capacità di gioco simbolico e instaurare dinamica di reciprocità

Grafico 4. Cambiamento pre- e post-test della relazione diadica nelle quattro aree di intervento indagate dal PICCOLO.

VIDEO interazione post programma

RISULTATI SULLO STRESS PARENTALE

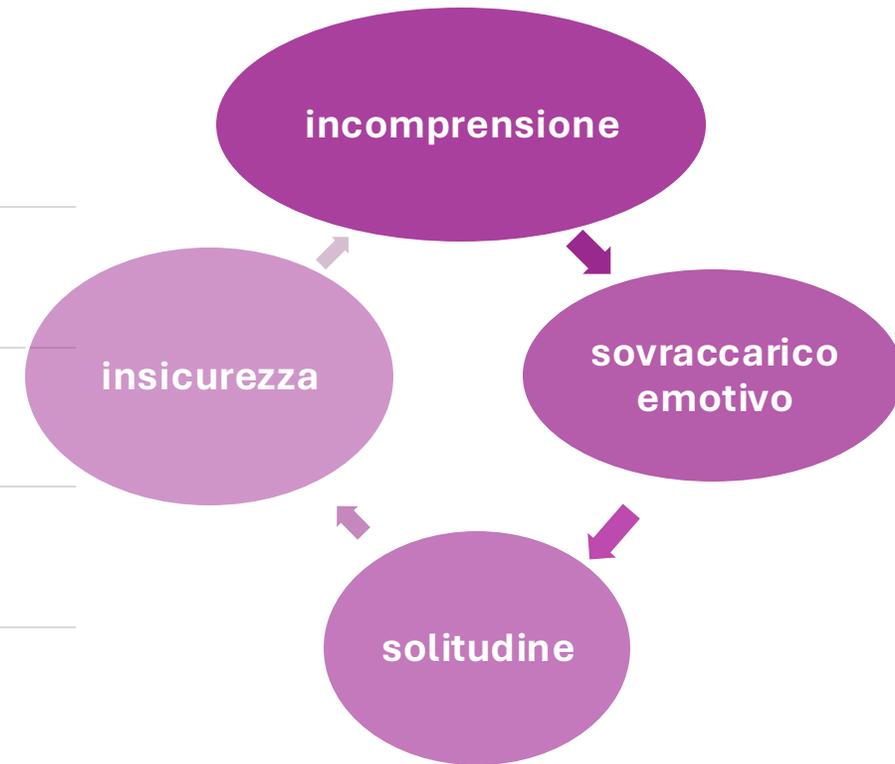
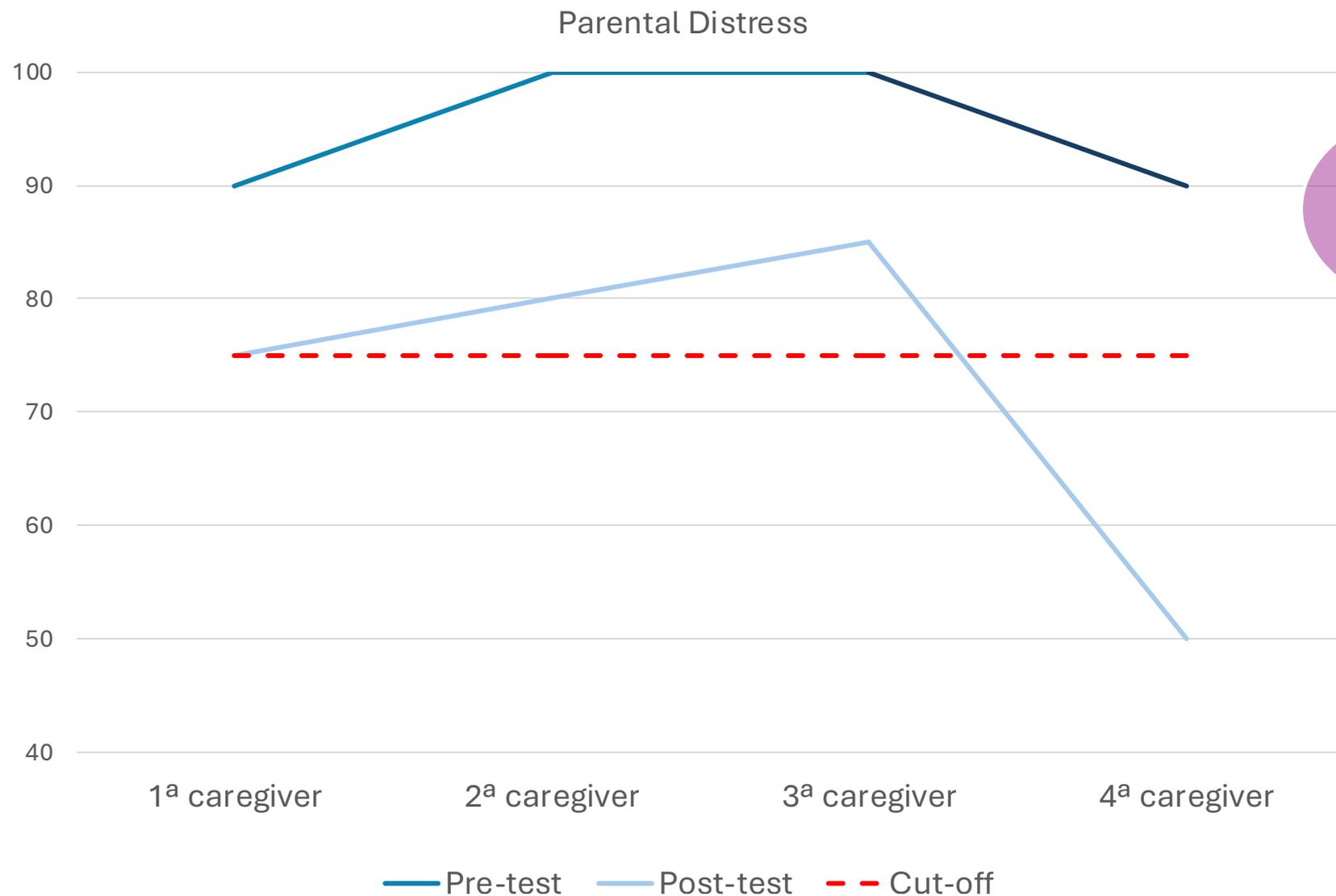


Grafico 5. Cambiamento pre- e post-test dei livelli di stress genitoriale indagati attraverso la scala del PD del PSI-SF.

RISULTATI PER IL SERVIZIO

Sostenibilità percepita dallo staff multidisciplinare



Grado elevato di soddisfazione

DISCUSSIONE

Ogni ipotesi è stata confermata:

- maggior responsività a livello diadico (PICCOLO)
- diminuzione dei livelli di stress genitoriale (PSI-SF)
- sfoltimento della lista d'attesa

lo sviluppo di una routine quotidiana di esperienze regolari di impegno congiunto (gioco) rinforza l'interazione diadica

In quest'ottica: TMG quale intervento precoce atto a fornire modelli più funzionali di interazione

Maggiori livelli di sincronizzazione diadica permettono a bambini con ASD lo sviluppo di abilità comunicative superiori (Siller & Sigman, 2002);

è possibile che nella cultura bengalese il gioco sia soprattutto inteso come quello condiviso tra pari →
prospettiva futura

LIMITI E STUDI FUTURI

- Bassa numerosità del campione
- Assenza di un campione di controllo
- Utilizzo di strumenti di valutazione ideati prevalentemente per popolazioni occidentali
- Mancato utilizzo di uno strumento quantitativo circa la sostenibilità dal punto di vista dell'operatore sanitario

CONCLUSIONI GENERALI

TMG, in quanto intervento intensivo ed ecologico, permette di sfruttare mesi preziosi di attività personalizzata per i bambini/e e le loro famiglie

NB. funzionale in fase iniziale (diagnosi) come modello di intervento precoce MA parte integrante di un trattamento più completo

CONCLUSIONI GENERALI

Coinvolgere i *caregiver*, specie con background migratori, diviene un modo per:

- diffondere maggiore consapevolezza diagnostica e sulle modalità di interazione più funzionali
- lavorare sulle caratteristiche dell'ASD in modo generalizzato
- sollevare le madri da un senso di solitudine
- fare al contempo prevenzione terziaria e secondaria



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE

DOMANDE

