

N E W
M O NITORING
GUIDELINES TO DEVELOP INNOVATIVE
ECEC TEACHERS CURRICULA

Metodologia NeMo

Corso di formazione per
insegnanti della scuola
dell'infanzia



Cofinanziato dal
programma Erasmus+
dell'Unione europea

N E W
M O NITORING
GUIDELINES TO DEVELOP INNOVATIVE
ECEC TEACHERS CURRICULA



Cofinanziato dal
programma Erasmus+
dell'Unione europea

CC BY-NC 4.0

Il sostegno della Commissione europea alla produzione di questa pubblicazione non costituisce un'approvazione del contenuto, che riflette esclusivamente il punto di vista degli autori, e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per l'uso che può essere fatto delle informazioni ivi contenute.

Credits

Prof. Claudio Paolucci
Università di Bologna

Collaborators: Dr. Flavio Valerio Alessi, Dr. Gabriele Giampieri, Dr. Luigi Lobaccaro, Dr. John Sykes
Università di Bologna

Contributors: NeMo Partnership

NeMo Digital Tool IT:
https://unibopsice.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_8J4sZSh3f5c2wCi



Cofinanziato dal
programma Erasmus+
dell'Unione europea

INDICE

Lo stato dell'arte: Tre Criticità	3
Il Progetto NeMo	5
Un passo indietro: ASD e Test di Screening	6
Metodologia NeMo	10
Bibliografia	25
Manuale NeMo	27



01



Corso di formazione per insegnanti della scuola dell'infanzia sulla metodologia di osservazione pre-linguistica NeMo

Lo stato dell'arte: tre criticità

La prevalenza dei disturbi dello spettro autistico (ASD) in Europa è di 12,2 su 1.000 (uno su 89) bambini, e la diagnosi di ASD viene solitamente posta intorno ai due anni e mezzo di età, di solito in seguito a un ritardo nello sviluppo delle competenze linguistiche del bambino.

Il neonato non parla/comunica verbalmente e, di conseguenza, la persona che si occupa di lui si preoccupa e chiede aiuto: in seguito, riconoscerà che avrebbe potuto già vedere molti segni di comportamento non tipico. Infatti, come il nostro progetto NeMo

(<https://site.unibo.it/nemoproject/en>) si propone di dimostrare, **i chiari segni dei disturbi e delle atipicità che possono portare all'ASD possono essere visti e letti molto prima** osservando le interazioni incarnate e prelinguistiche tra i neonati e le persone che si occupano di loro.

Il progetto e la metodologia NeMo partono da 3 criticità:



1 28 mesi per l'individuazione delle disabilità dello sviluppo è troppo tardi, in quanto la neuroplasticità è più elevata durante la finestra di intersoggettività secondaria (9-18 mesi) ed è stato dimostrato che un intervento precoce è più efficace rispetto a un intervento medio standard "post-ADOS" (per una panoramica, cfr. Franz e Dawson);

2 I test di screening non possono essere condotti da un neuropsichiatra per ogni singolo bambino nato nel mondo;

3 I setting dei test di screening, probabilmente, mancano di un certo senso di realtà rispetto a un test "in natura", dove il bambino interagisce con le persone con cui interagisce di solito e fa le cose che fa di solito. Abbiamo quindi un problema di "validità ecologica" (cfr. Lewkowicz 2001), che è stato discusso anche in riferimento all'aumento significativo delle diagnosi di ASD negli ultimi anni.

2. IL PROGETTO NEMO

L'obiettivo del progetto NeMo è quello di individuare le interazioni non tipiche che possono portare a una diagnosi di ASD prima del solito, in modo che i bambini possano essere osservati e monitorati.

Pertanto, NeMo ha sviluppato una metodologia di osservazione che è facile da seguire anche da parte di osservatori non specializzati, come assistenti, familiari e insegnanti della scuola pre-primaria. Infatti, la Metodologia NeMo - sviluppata dall'Università di Bologna - opera fundamentalmente su tre sostituzioni rispetto agli usuali screening tests:



a

Sostituzione dell'età del bambino, poiché concentra la sua osservazione su bambini tra i 9 e i 18 mesi;

b

Sostituzione del neuropsichiatra con gli insegnanti della scuola dell'infanzia;

c

Sostituzione dell'ambiente da laboratorio e dei test di screening altamente grammaticalizzati con ambienti educativi (centri dell'infanzia europei), anticipata da un'analisi semiotica di video amatoriali realizzati dai genitori attraverso gli smartphone.

La metodologia NeMo ha lo scopo di aiutare gli insegnanti dell'infanzia a individuare chiari segnali di possibili futuri disturbi delle abilità sociali, che potrebbero in seguito portare a una diagnosi di ASD, attraverso l'osservazione delle interazioni prelinguistiche tra insegnanti e bambini

3. Un passo indietro: ASD e TEST DI SCREENING

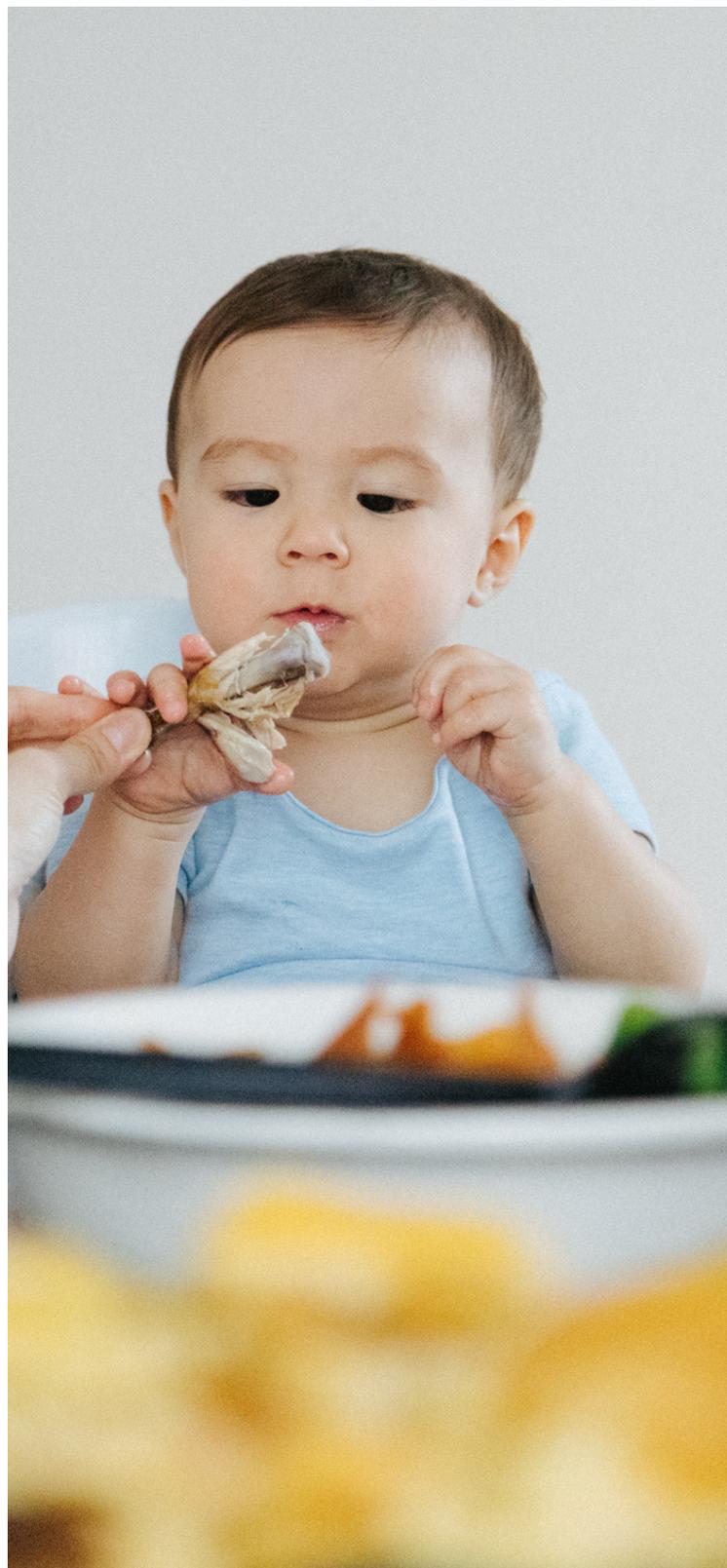
Per avvicinarsi all'obiettivo di far rilevare a un osservatore non competente un'interazione non tipica, è necessario considerare una panoramica dei segni predominanti dell'ASD e i limiti dei test di screening.

Secondo l'ultima versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5, 2013), i disturbi autistici sono concepiti come parte di uno spettro, le cui specificità consistono in due principali categorie:

- Deficit persistenti nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in più contesti, come manifestati dalle seguenti aree di interesse (attualmente o storicamente):

- i) Deficit di reciprocità socio-emotiva;
- ii) deficit nei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale;
- iii) deficit nello sviluppo, nel mantenimento e nella comprensione delle relazioni.

Per brevità, possiamo chiamare questo dominio Affetto sociale.



3. Un passo indietro: ASD e TEST DI SCREENING

Modelli limitati e ripetitivi di comportamenti, interessi o attività, manifestati da almeno due delle seguenti aree, attualmente o storicamente:

Movimenti motori, uso di oggetti o linguaggio stereotipati o ripetitivi;

Interessi altamente limitati e fissati, di intensità o focalizzazione atipica

Insistenza sull'uniformità, adesione inflessibile alle routine o schemi rituali di comportamento verbale o non verbale;

iper- o ipo- reattività agli input sensoriali o interesse insolito per gli aspetti sensoriali dell'ambiente.



Nonostante i progressi biomedici, attualmente non esistono test medici o marcatori biologici per identificare l'autismo. Pertanto, sulla base delle categorie previste dal DSM-5, l'obiettivo dei test di screening per l'ASD è quello di individuare comportamenti anomali, fornendo spunti per aiutare a individuare potenziali casi di ASD.

3. Un passo indietro: ASD e TEST DI SCREENING



Diversi test di screening utilizzati per individuare l'ASD nei neonati possono essere differenziati in base a tre caratteristiche principali:

1) Obiettivo del test

a) "destinato allo screening a livello di popolazione, cioè di tutti i bambini indipendentemente dal loro livello di rischio di disabilità dello sviluppo, incluso l'ASD" (Towle e Patrick 2016: 2). L'ITC (Infant-Toddler neonato) e l'ESAT (Early Screening for Autistic Toddlers) sono esempi di test di screening di livello 1.

b) "applicato a bambini a rischio, come quelli che sono venuti all'attenzione dei genitori o del pediatra per verificare se è più probabile che abbiano un ASD piuttosto che un altro tipo di ritardo o disabilità" (Ibid.). Ad esempio, a livello genetico, un neonato che sia fratello o sorella di un bambino ASD già diagnosticato sarà valutato con un test di livello b. Lo STAT (Strumento di screening per l'autismo a due anni) è un esempio di test di livello b.

Test come l'M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) sono usati sia per il Livello a che per il Livello b.

I test di screening più affidabili costituiscono quello che viene definito il Gold Standard, composto da ADI-R e ADOS, l'alto livello e l'equilibrio tra sensibilità e specificità fanno sì che questi test vengano utilizzati come strumenti che contribuiscono alla diagnosi di iASD.

3. Un passo indietro: ASD e TEST DI SCREENING

2) Tipi di somministrazione del test

Possiamo trovare test di screening basati su **questionari** che vengono somministrati a, o compilati direttamente da, direttamente da chi si prende cura del bambino. Per la semplicità e la rapidità di somministrazione, **I'M-CHAT** è uno dei test di screening di tipo questionario più utilizzati.

Troviamo test come l'**ADOS** (Autism Diagnostic Observation Schedule), in cui il neonato viene direttamente osservato mentre interagisce con lo sperimentatore.

Troviamo anche testi misti, come l'**ADI-R**, la cui valutazione è ottenuta attraverso un questionario somministrato a coloro che si prendono cura del bambino e l'osservazione diretta del bambino.



3) I criteri di valutazione

I test di screening presentano **diversi criteri di punteggio e livelli di cut-off** attraverso i quali si determina se il neonato è un potenziale caso di ASD.

Questi livelli di cut-off vengono raggiunti attraverso la valutazione dei comportamenti del neonato o attraverso le risposte alle relative domande. Quindi, il sistema di punteggio e i livelli di cut-off **dipendono strettamente dalla struttura delle domande e delle risposte disponibili.**

4. METODOLOGIA NeMo

UNO STRUMENTO PER L'OSSERVATORE ORDINARIO



Il **problema delle caratteristiche che compongono i test di screening** (cioè un elenco di segni, abilità e attività) è che **un osservatore ordinario (OA)**, come una persona che si prende cura del bambino o un insegnante della scuola dell'infanzia, **non è in grado di gestire tutto quel lavoro/informazioni**.

Il primo compito/obiettivo è stato quindi la "semplificazione". Questo ha richiesto diversi anni di lavoro. La semplificazione significa/implica che tutto questo deve essere riassunto in un numero ridotto di cose da cercare, in modo che un operatore possa facilmente individuarle. Naturalmente, la semiotica è stata il principale strumento utilizzato per raggiungere questo obiettivo (cfr. Paolucci 2012, 2021, 2022; Fusaroli, Paolucci 2011).

Tuttavia, la parte più difficile di questo lavoro è stata la rimozione di tutti i tecnicismi semiotici e la realizzazione di qualcosa che possa essere raccontato come una storia d'amore. E la **"storia d'amore"** è la seguente: se il neonato si sintonizza con la persona che si prende cura di lui, è essenzialmente un neonato a sviluppo tipico; se non lo fa, allora il neonato deve essere monitorato, poiché i bambini che non si sintonizzano con chi si prende cura di loro durante le interazioni ricevono di solito una diagnosi di ASD o di un altro disturbo dello sviluppo neurologico in una fase successiva.

4. METODOLOGIA NeMo

UNO STRUMENTO PER L'OSSERVATORE ORDINARIO

Quindi, che cos'è la sintonizzazione?

La questione può essere inquadrata in modo molto semplice: sintonizzarsi è adattarsi all'altro, il fatto che il modo in cui ci si muove, ci si comporta o ci si sente tiene conto del modo in cui l'altro si muove, si comporta o si sente. Ecco perché è come una storia d'amore: tutti noi abbiamo amato le persone che tenevano conto del nostro modo di muoverci, agire e sentire e non abbiamo amato le persone che non tenevano conto del nostro modo di muoverci, agire e sentire.

L'aspetto principale, che rende il sistema molto semplice, è che si deve solo guardare alla sintonizzazione tra il bambino e l'operatore durante la loro interazione.

Quindi, cosa può essere sintonizzato in un'interazione?

Tre cose che danno origine a tre dimensioni: A) i corpi; B) il fare; C) i sentimenti. Una dimensione sensorimotoria, una comportamentale e una emotiva.



Sintonizzazione sensorimotoria ("Il corpo")

Si concentra sulla relazione corporea e spaziale tra il caregiver e il bambino ogni volta che interagiscono insieme.

Sintonizzazione comportamentale ("Il fare")

Si concentra su azioni e interazioni e tiene conto di ciò che accade all'interno di una pratica.

Sintonizzazione emotiva ("I sentimenti")

si concentra sulla corrispondenza degli stati emotivi tra bambino e caregiver e tiene conto delle reciproche espressioni facciali, del contatto visivo e della coordinazione delle emozioni che possono o meno corrispondere tra i soggetti.

4. METODOLOGIA NeMo

UNO STRUMENTO PER L'OSSERVATORE ORDINARIO

4.1. DIMENSIONE SENSOMOTORIA:

A) I CORPI



Per quanto riguarda i corpi, un'interazione tipica assomiglia a una buona danza.

Cosa facciamo di solito quando balliamo? Nella danza, il vostro corpo si sintonizza con il corpo dell'altro in modo armonioso e il corpo si adatta a ciò che l'altro fa. Il contrario è altrettanto facile da capire: quando c'è disarmonia tra due persone - per esempio quando gli innamorati sono arrabbiati dopo aver litigato - ogni corpo si muove in base a ciò che fa l'altro.

Istruzioni distinte.

Per esempio, i) lei è da un lato del divano con il telefono, ii) lui è dall'altro lato con il telecomando (o viceversa). Se durante un'attività insieme, il corpo del bambino sembra muoversi secondo le proprie istruzioni, senza sintonizzarsi con il corpo dell'altro, l'interazione potrebbe non essere tipica, e questo potrebbe essere un segnale di un possibile futuro disturbo ASD. È importante sottolineare che **il comportamento dei corpi durante un'interazione è estremamente rivelatore e mette in discussione la nostra ordinaria distinzione tra corpo e mente, e l'idea correlata che l'ASD comporti principalmente problemi di lettura della mente e di comunicazione** (cfr. Paolucci 2019, 2020).

4. METODOLOGIA NeMo

UNO STRUMENTO PER L'OSSERVATORE ORDINARIO

4.1. DIMENSIONE SENSORI-MOTORIA:

A) I CORPI

I neuroscienziati hanno scoperto una classe speciale di neuroni che sono stati chiamati "**neuroni peripersonali**" (PPN). Questi neuroni monitorano lo spazio che circonda il nostro corpo (che si estende fino a dove possiamo raggiungere), ora chiamato "peripersonale" (PPS). Oggi, la consapevolezza di queste differenze può informare il nostro modo di individuare, rispondere e aiutare i bambini con autismo.



Un dato classico delle neuroscienze sperimentali è che l'**uso di strumenti** può aumentare le dimensioni del nostro PPS! Questo avviene perché la nostra "area di interazione" è ora più grande grazie allo strumento. Se uso un aspirapolvere, la quantità di spazio che posso influenzare è più grande.

Tuttavia, non solo l'uso di uno strumento può far espandere il nostro PPS. Anche la **cooperazione** con un'altra persona lo fa! Alcuni studi hanno rilevato che quando due persone collaborano (ad esempio, durante un gioco), il loro PPS si espande fino a inglobare l'altra persona. Questo ha senso perché, quando interagiamo con un altro essere umano, il modo in cui ci relazioniamo con lo spazio circostante deve cambiare per accogliere l'altro e riflettere il cambiamento che egli apporta alla nostra situazione. In un certo senso, abbiamo il potere di due e dobbiamo essere in grado di navigare nell'ambiente circostante con il corpo di un'altra persona. Infatti, Teneggi et al. (2013) hanno rilevato che, in seguito alla cooperazione, il PPS di entrambi i cooperanti aumenta per includere l'altro.

4. METODOLOGIA NeMo

UNO STRUMENTO PER L'OSSERVATORE ORDINARIO

4.1. DIMENSIONE SENSORI-MOTORIA:

A) I CORPI

I deficit di questa capacità automatica potrebbero avere conseguenze negative sull'intersoggettività. Sembra che i bambini con ASD siano in qualche modo chiusi all'interno dei propri confini spaziali. I confini normalmente fluidi e permeabili del PPS in situazioni sociali rimangono fissi. Gli oggetti che rientrano in questo forte confine spaziale sono veramente "miei" e possono non apparire come oggetti condivisi. Questo, ovviamente, non ha nulla a che fare con l'egoismo: è semplicemente il modo in cui appaiono al cervello a causa della sua configurazione spaziale.



I bambini con ASD spesso non sembrano tenere conto della presenza degli altri o li includono automaticamente nel loro gioco corporeo. Sebbene il bambino possa divertirsi a interagire con gli oggetti, mostrerà chiaramente di preferire che questa attività si svolga completamente alle sue condizioni. Infine, alcuni studiosi (ad esempio, Noel et al. 2015) hanno sottolineato che trovare il modo di indebolire questo netto confine tra sé e l'altro potrebbe essere terapeutico e aiutare i bambini con ASD ad aumentare la loro capacità di interazione e co-ordinazione con gli altri.

4. METODOLOGIA NeMo

UNO STRUMENTO PER L'OSSERVATORE ORDINARIO

4.1. DIMENSIONE SENSOMOTORIA:

A) I CORPI

Al fine di massimizzare il potere rivelatore delle informazioni raccolte finora sugli studi sensomotori, la metodologia NeMo si concentra su quattro diverse dimensioni (per la versione estesa e il sistema di valutazione si rimanda al Manuale NeMo e allo Strumento NeMo che si trovano in "NeMo: Corso di Formazione per Insegnanti Pre-primari sull'Osservazione Prelinguistica"):

A1) Lo spazio.

Questa categoria prende in considerazione la distanza tra i soggetti, il movimento verso/dietro l'altro, il modo in cui il bambino si muove all'interno nello spazio e misura anche la tipicità con cui il bambino si avvicina - o si allontana - da chi lo accudisce.

A2) Il corpo dell'altro (sintonia corporea).

Questa categoria calcola la misura in cui il neonato sembra adattare il proprio corpo a chi lo accudisce o ad altri neonati durante gli incontri fisici. Un segnale di potenziale allarme si verifica quando il bambino non riesce ad adattare la propria postura e i propri movimenti corporei in modo da allinearsi a quelli di un'altra persona.

A3) Il corpo del bambino.

Questa categoria misura lo stile della postura corporea complessiva del bambino e il suo stile di movimento, anche in situazioni non interattive. Un segnale di potenziale allarme potrebbe essere presente se il bambino produce movimenti corporei ripetitivi che spesso si manifestano sotto forma di agitare le mani, sfregare, dondolare o camminare.

A4) Grado di attenzione alla sanzione motoria della persona che si prende cura del bambino.

Una sanzione deve essere interpretata come ogni tipo di valutazione (positiva o negativa) prodotta dalla persona che si prende cura del bambino con parole, azioni, azioni e gesti che vengono utilizzati per rinforzare le azioni e le reazioni del bambino. La sanzione viene solitamente utilizzata per motivare, stimolare e aiutare il bambino a orientare le proprie prestazioni. Per quanto riguarda "i corpi", questa categoria misura l'attenzione e l'anticipazione del neonato nei confronti dei movimenti corporei di chi si prende cura del bambino

4. METODOLOGIA NeMo

UNO STRUMENTO PER L'OSSERVATORE ORDINARIO

4.2 DIMENSIONE COMPORTAMENTALE



B) IL FARE

Per quanto riguarda il fare, questa è probabilmente la dimensione più evidente e facilmente osservabile del sistema. I bambini ASD di solito continuano a "farsi i fatti loro" in modo tale che può sembrare che non abbiano interesse a interagire con chi li assiste.

Naturalmente, non stiamo dicendo che non si interessano - probabilmente lo fanno - ma sembra che non lo facciano, forse perché per loro è difficile interagire in modo adeguato, quindi preferiscono smettere di farlo[1]. Quando non si è bravi in qualcosa di solito non lo si vuole fare, perché ricorda la propria inadeguatezza.

Sin da subito dopo la nascita, i neonati umani si impegnano in "protoconversazioni" con la persona che si prende cura di loro (Threvarthen, 1979). Le protoconversazioni sono interazioni sociali e intersoggettive in cui il genitore e il neonato concentrano la loro attenzione l'uno sull'altro in modo da esprimere e condividere una conversazione di base.

Tomasello (2000) specifica che possono essere interpretate come intersoggettive fino a quando i bambini non comprendono gli altri come soggetti dell'esperienza, cosa che non avverrà prima dei nove mesi di età.

Infatti, intorno a questa età, inizia a emergere un nuovo insieme di comportamenti che non è diadico ma triadico, nel senso che comporta un coordinamento delle interazioni con oggetti e persone, che si traduce in un triangolo referenziale tra il bambino, l'adulto e l'oggetto o l'evento su cui condividono l'attenzione.

[1] Per una discussione su questo argomento, collegato alla motivazione sociale dell'ASD, si veda Paolucci 2021.

4. METODOLOGIA NeMo

UNO STRUMENTO PER L'OSSERVATORE ORDINARIO

4.2 DIMENSIONE COMPORTAMENTALE:

B) IL FARE

A circa nove mesi di età i bambini sembrano mostrare una nuova comprensione delle relazioni tra azione e risultato.

I nuovi comportamenti che evidenziano questa nuova comprensione sono (a) l'uso di più mezzi comportamentali per raggiungere lo stesso obiettivo e (b) il riconoscimento e l'uso di intermediari comportamentali nel perseguimento degli obiettivi.

Questo nuovo livello di comprensione è testimoniato dalle azioni reciproche tra il bambino e la persona che si prende cura di lui che, in alcuni casi, definibili come allarmanti, potrebbero mancare.



Anche la dimensione del "fare" è suddivisa in quattro categorie (per la versione estesa e il sistema di classificazione si rimanda al Manuale NeMo, allo Strumento NeMo e ai rapporti dei piloti europei di NeMo che si possono trovare in "NeMo: Corso di formazione per insegnanti preprimari sulla metodologia di osservazione prelinguistica"):

4. METODOLOGIA NeMo

UNO STRUMENTO PER L'OSSERVATORE ORDINARIO

4.2. DIMENSIONE COMPORTAMENTALE:

B) IL FARE

B1) Il fare insieme.

Questa categoria misura il grado in cui il bambino è in grado di partecipare spontaneamente ad attività condivise con successo. Per notare un caso di potenziale allerta, è importante valutare se il bambino è in grado di partecipare in modo fluido ad attività non strettamente pianificate e/o strutturate.

B2) Lo sguardo reciproco mentre si fa insieme.

Questa categoria misura la frequenza e lo stile con cui il neonato entra in contatto visivo con la persona che si prende cura di lui o con un altro neonato durante un'attività comune. Si tratta di comportamenti naturali utilizzati dai neonati per scopi comunicativi e pragmatici. Se il bambino evita o cerca e/o risponde allo sguardo dell'altro ripetutamente, raramente o solo qualche volta, potremmo parlare di una situazione di potenziale allarme.

B3) Attenzione congiunta.

Questa categoria calcola la misura in cui l'attenzione del bambino e quella del caregiver sembrano "sincronizzarsi" l'uno con l'altro durante un gioco o un compito condiviso. Per esempio, se la persona che si prende cura di lui sollecita l'attenzione del bambino su un giocattolo, al fine di partecipare a un'attività condivisa, il bambino guarderà il giocattolo e probabilmente inviterà la persona che si prende cura di lui a giocare insieme. Al contrario, potrebbe essere presente un segnale di potenziale allarme se il bambino mostra difficoltà a sintonizzare la sua attenzione con quella del caregiver, e/o comunica meno frequentemente con gli altri, sia verbalmente che non verbalmente, durante i compiti e i giochi condivisi.

B4) Grado di attenzione alla sanzione comportamentale del caregiver.

Questa categoria misura il grado in cui il bambino percepisce, è consapevole e può reagire in modo appropriato alle azioni e/o ai gesti rilevanti per il contesto compiuti dal caregiver.

Una situazione potenzialmente allarmante potrebbe verificarsi se al bambino sfuggisse il significato complessivo di un'azione, di un gioco o di un compito, o non riuscisse a comprendere istruzioni non esplicite.

4. METODOLOGIA NeMo

UNO STRUMENTO PER L'OSSERVATORE ORDINARIO

4.3. DIMENSIONE EMOTIVA:

C) I SENTIMENTI



Per quanto riguarda le emozioni, in un'interazione ordinaria, **i comportamenti e i sentimenti cambiano in base al cambiamento delle emozioni degli altri**. Se qualcuno si arrabbia, la persona che interagisce con lui/lei tiene conto della sua rabbia e forse cambia il suo comportamento e il suo umore di conseguenza. I bambini ASD di solito non tengono conto di questi fattori o hanno difficoltà a farlo.

Naturalmente, non stiamo dicendo che i bambini devono essere felici quando chi si prende cura di loro è felice o tristi quando è triste. Questa non è affatto una sintonia. **Sintonizzarsi non significa provare la stessa emozione**: non è né empatia né contagio emotivo. **Significa semplicemente prendere in considerazione le emozioni degli altri**. Per esempio, un bambino a sviluppo normale può vedere che il genitore è arrabbiato e può decidere di sintonizzarsi con quella rabbia semplicemente continuando a disobbedire, perché vuole disobbedire. Questa è una scelta, ma è anche una sintonizzazione, perché si sintonizza a modo suo. Invece, i bambini ASD possono semplicemente guardare di non prendere in considerazione alcun cambiamento nelle emozioni della persona che si prende cura di lui.

4. METODOLOGIA NeMo

UNO STRUMENTO PER L'OSSERVATORE ORDINARIO

4.3. DIMENSIONE EMOTIVA:

C) I SENTIMENTI

Trevarthan e Hubley (1978) hanno fornito una definizione di **intersoggettività** che può essere operativamente: **“una condivisione deliberatamente cercata di esperienze su eventi e cose”**. Il livello di condivisione è testimoniato da diverse azioni reciproche che manifestano la qualità della sintonia tra il bambino e la persona che si prende cura di lui. A sua volta, dietro le azioni espresse, una dimensione emotiva è continuamente costruita e sviluppata, sviluppando e costruendo le azioni.

Stern sostiene la possibilità di parlare di **"sintonia affettiva"** come l'esecuzione di comportamenti che esprimono la qualità del sentimento di uno stato affettivo condiviso senza imitare l'esatta espressione comportamentale dello stato interiore[1].



[1] D. N. Stern, *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*; 1985; Libri Karnac

4. METODOLOGIA NeMo

UNO STRUMENTO PER L'OSSERVATORE ORDINARIO

4.3. DIMENSIONE EMOTIVA:

C) I SENTIMENTI

La necessità di separare la "sintonia" da altri fenomeni affettivi che sono stati chiamati "**corrispondenza affettiva**" o "**contagio affettivo**" è che il secondo implica l'induzione automatica di un affetto in una persona dalla visione o dall'ascolto della manifestazione di un affetto altrui, quindi non rientra nella nostra indagine.

Al contrario, Stern individua **tre dimensioni** che definiscono la sintonia: **intensità, tempo e forma**. Se le prime due sono dimensioni quantitative, le corrispondenze tra le forme cinetiche si verificherebbero sia nella visione che nell'udito, così come tra la visione e il tatto, in modo sinestetico. Il punto di questa discussione sull'unità dei sensi è che le capacità di identificare le equivalenze cross-modali che rendono il mondo percettivamente unificato sono le stesse capacità che permettono alla madre e al bambino di impegnarsi nella sintonia affettiva per raggiungere l'intersoggettività affettiva.



Diversi studi sull'intersoggettività ci hanno portato a proporre i seguenti item per valutare il livello di sintonia emotiva tra un bambino e la persona che si prende cura di lui (per la versione estesa e il sistema di classificazione si rimanda al Manuale NeMo, allo Strumento NeMo e ai rapporti dei piloti europei di NeMo che si possono trovare in "NeMo: "NeMo: Corso di formazione per insegnanti preprimari sulla metodologia di osservazione pre-linguistica"):

4. METODOLOGIA NeMo

UNO STRUMENTO PER L'OSSERVATORE ORDINARIO

4.3. DIMENSIONE EMOTIVA:

C) I SENTIMENTI

C1) Il sentire insieme.

Questa categoria misura il modo in cui il neonato e la persona che si prende cura di lui regolano i loro stati emotivi in risposta l'uno all'altro.

Occorre prestare molta attenzione al fatto che il bambino diventi o meno felice/mostri visibilmente felicità quando la persona che si prende cura di lui è felice e/o è in grado di regolare questa felicità se la persona che si prende cura di lui successivamente mostra segni di disappunto. Infatti, di solito sia il neonato che la persona che si prende cura di lui si adattano e regolano continuamente i loro stati emotivi, in risposta a quello mostrato dall'altro in modo spontaneo, fluido e dinamico.

C2) Lo sguardo emotivo.

Questa categoria misura la frequenza con cui i bambini e la persona che si prende cura di lui si guardano negli occhi al di fuori di contesti legati ai compiti. I neonati entrano frequentemente e spontaneamente in contatto visivo con la persona che si prende cura di loro o con altri bambini e adulti, anche al di fuori di situazioni legate ai giochi e ai compiti, in una funzione comunicativa. Una situazione potenzialmente allarmante potrebbe verificarsi quando il bambino sembra disinteressato a incontrare lo sguardo di un'altra persona o a comunicare attraverso il contatto visivo, e/o sembra addirittura evitarlo.



4. METODOLOGIA NeMo

UNO STRUMENTO PER L'OSSERVATORE ORDINARIO

4.3. DIMENSIONE EMOTIVA:

C) I SENTIMENTI

C3) Le espressioni facciali.

Questa categoria calcola la misura in cui il bambino imita o reagisce spontaneamente alle espressioni facciali di chi lo accudisce e presta attenzione a come le espressioni facciali del bambino (ad es, sorriso, risata, cipiglio, sorpresa) corrispondono a quella espressa dalla persona che si prende cura di lui, nonché a come l'espressione del bambino cambia in modo diretto in risposta a quella espressa dalla persona che si prende cura di lui. Una situazione potenzialmente allarmante potrebbe verificarsi se i neonati sembrassero inconsapevoli del significato che si cela dietro l'espressione facciale della persona che si prende cura di lui o sembrassero incerti su come reagire emotivamente in risposta ad essa.

C4) Grado di attenzione alla sanzione emotiva della persona che si prende cura del bambino.

Questa categoria misura il grado di attenzione generale del bambino alle "richieste" emotive della persona che si prende cura di lui. Una situazione allarmante potrebbe verificarsi se il neonato mostrasse un interesse minore per gli stati emotivi degli altri e quindi non risponda alle sollecitazioni a provare emozioni quando le persone che si prende cura di lui vorrebbero che lo facessero. Per esempio, quando si interagisce con bambini con ASD, la persona che si prende cura del bambino può continuamente cercare di suscitare nel bambino degli stati emotivi che non vengono soddisfatti, mentre il bambino continua a portare avanti i suoi bisogni.



4. METODOLOGIA NeMo

UNO STRUMENTO PER L'OSSERVATORE ORDINARIO



Nel corso del progetto NeMo, la metodologia di osservazione sopra descritta è stata fornita a 5 gruppi di insegnanti della scuola dell'infanzia provenienti da 5 diversi Paesi europei (Italia, Svezia, Spagna, Slovenia e Cipro).

I Paesi sono stati selezionati per testare la convenienza e l'efficacia della metodologia per insegnanti che si occupano di diversi orientamenti educativi a livello nazionale (appartenenti sia al sistema unitario (0-6) che a quello diviso (0-3 | 3-6)).

I 5 team hanno poi applicato la metodologia ai centri pre-primari a livello locale valutando le interazioni tra bambini e operatori nella vita reale.

Per un resoconto completo delle esperienze pilota locali, dei feedback, del manuale NeMo e degli strumenti, vi invitiamo a consultare "NeMo: Corso di formazione per insegnanti della scuola materna sulla metodologia di osservazione pre-linguistica".

Riassumendo l'impatto del progetto, lo strumento di monitoraggio NEMO è stato valutato utile per orientare le osservazioni degli insegnanti in modo ben organizzato e facile da condividere con i colleghi e i genitori. Il confronto con i genitori dei bambini in merito alle osservazioni potrebbe portare a attività di programmazione e/o di coinvolgimento di altri professionisti.

Con umiltà ed entusiasmo, condividiamo i risultati della ricerca, la metodologia e lo strumento NeMo agli insegnanti europei della scuola dell'infanzia, ai responsabili delle politiche educative e al mondo/comunità della ricerca con la solida sensazione/credenza - supportata da prove - che questo progetto si sia diffuso e diffonderà una migliore comprensione dei disturbi dello sviluppo e dei loro potenziali segnali di allarme ai sistemi di educazione e cura della prima infanzia in Europa, rafforzando le capacità di individuare, curare e gestire i bambini con ASD.

BIBLIOGRAFIA

Adornetti, I. (2018), *Patologie del linguaggio e della comunicazione*, Roma, Carocci.

Adornetti, I., Ferretti, F., Chiera, A., Slawomir, W., Przemysław, Ż., Deriu, V., et al. (2019). Do children with Autism Spectrum Disorders understand pantomimic events?, in «*Frontiers in Psychology*», 10, 1382 [10.3389/fpsyg.2019.01382].

Diciotti S., Paolucci C. (2022), A pilot study on embodied interactions and Artificial Intelligence in Autism Spectrum Disorders, forthcoming.

Fontanille J. (2004), *Figure del corpo. Per una semiotica dell'impronta*, Roma, Meltemi.

Franz L., Dawson G. (2019), Implementing early intervention for autism spectrum disorder: a global perspective, «*Pediatric medicine (Hong Kong, China)*», 2, 44, doi.org/10.21037/pm.2019.07.09.

Fusaroli R., Paolucci C. (2011), The External Mind: A Semiotic Model of Cognitive Integration, «*VS. Quaderni di Studi Semiotici*», 112-113, 3-30.

Gallagher S., Hutto D. (2008), Understanding Others Through Primary Interaction and Narrative Practice. In Zlatev J., Racine T.P., Sinha C., Itkonen E. (eds.), *The Shared Mind: Perspectives on Intersubjectivity*, John Benjamins, pp. 17-38, doi.org/10.1075/celcr.12.04gal.

Lebersfeld J.B. et al. (2020), Systematic Review and Meta-Analysis of the Clinical Utility of the ADOS-2 and the ADI-R in Diagnosing Autism Spectrum Disorders in Children, in «*Journal of Autism and Developmental Disorders*», doi.org/10.1007/s10803-020-04839-z.

BIBLIOGRAFIA

Lewkowicz D.J. (2001), The Concept of Ecological Validity: What Are Its Limitations and Is It Bad to Be Invalid, «Infancy», 2, 437-450.

Luyster R. et al. (2009), The Autism Diagnostic Observation Schedule – Toddler Module: A new module of a standardized diagnostic measure for autism spectrum disorders, in «Journal of Autism and Developmental Disorders», 39(9), 1305-1320, doi:10.1007/s10803-009-0746-z.

Paolucci C. (2012), Per una concezione strutturale della cognizione: semiotica e sci-enze cognitive tra embodiment ed estensione della mente, in Graziano M., Luvèrà C. (eds.), Bioestetica, bioetica, biopolitica. I linguaggi delle scienze cognitive, Messina, Corisco, pp. 245-276.

Paolucci C. (2019), Social Cognition, Mindreading and Narratives. A Cognitive Semiotics Perspective on Narrative Practices from Early Mindreading to Autism Spectrum Disorders, «Phenomenology and The Cognitive Science», 18 (2), 375-400, Dordrecht, Springer.

Paolucci C. (2020), A Radical Enactivist Account of Social Cognition, in Pennisi A., Falzone A. (eds.), The Extended Theory of Cognitive Creativity. Interdisciplinary Approaches to Performativity, Cham, Springer, pp. 59-74.

Paolucci C. (2021), Cognitive Semiotics. Integrating Signs, Minds, Meaning and Cognition, Berlin-New York, Springer, 2021. Paolucci C. (2022), A semiotic point of view on Autism Spectrum Disorders: The NeMo Methodology, «Versus», forthcoming.

Pennisi A. (2021), Che ne sarà dei corpi? Spinoza e i misteri della cognizione incarnata, Bologna, Il Mulino.

Pennisi A., Falzone A. (2020), The Extended Theory of Cognitive Creativity. Interdisciplinary Approaches to Performativity, Cham, Springer.

BIBLIOGRAFIA

Rahman Mokhlesur et al. (2020), A Review of Machine Learning Methods of Feature Selection and Classification for Autism Spectrum Disorder, «Brain Sciences», 10, 949; doi: 10.3390/brainsci10120949.

Trevarthen C., Hubley P. (1978), Secondary Intersubjectivity: Confidence, Confidence and Acts of Meaning in the First Year, in A. Lock (ed.), Action, Gesture and Symbol: The Emergence of Language, London, Academic, 183-229.

Van't Hof et al. (2021), Age at Autism Spectrum Disorder Diagnosis: A Systematic Review and Meta-Analysis from 2012 to 2019, in «Autism», 25(4), 862-873



Cofinanziato dal
programma Erasmus+
dell'Unione europea

N E W
M O NITORING
GUIDELINES TO DEVELOP INNOVATIVE
ECEC TEACHERS CURRICULA



Il sostegno della Commissione europea alla produzione di questa pubblicazione non costituisce un'approvazione del contenuto, che riflette esclusivamente il punto di vista degli autori, e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per l'uso che può essere fatto delle informazioni ivi contenute.



Cofinanziato dal
programma Erasmus+
dell'Unione europea

NeMo | Metodologia d'osservazione Manuale



New Monitoring Guidelines to develop innovative
ECEC Teachers Curricula

ERASMUS+ PROJECT - 2019-1-IT02-KA201-063340



NeMo

Nuove linee guida di monitoraggio per sviluppare curricula innovativi per educatrici ed educatori

Manuale

Tabella dei contenuti:

1. Introduzione e procedura di punteggiaggio: quando e come usare questo manuale
2. Metodologia NeMo: dimensioni dell'analisi
3. Amministrazione e valutazione: raccomandazioni su come imparare a compilare e valutare le interazioni
4. Criteri di valutazione: descrizione e spiegazione dei campi di azione

1. Introduzione e procedura di punteggio: quando e come usare questo manuale

Caro lettore e cara lettrice,

come educatore/educatrice coinvolto/a nell'educazione e nella cura dei bambini, lei è impegnato quotidianamente a sostenere lo sviluppo delle generazioni future con cura e responsabilità.

Questo manuale è stato progettato con lo scopo di aiutarvi a riconoscere efficacemente i segni di potenziali situazioni di allarme, che possono portare ad un riconoscimento precoce dei Disturbi dello Spettro Autistico (ASD) attraverso l'osservazione del comportamento dei bambini durante un'interazione con l'adulto. Un'interazione che presenta una serie di specifici comportamenti carenti può anche essere un segno di altri disturbi dello sviluppo correlati, quindi è molto importante rilevarlo il prima possibile. L'obiettivo della metodologia NeMo è quello di aiutare a raggiungere un riconoscimento precoce di ASD che potrebbe migliorare la qualità della vita del bambino e della sua famiglia. Per fare questo, vi chiediamo di osservare e valutare le attività del bambino mentre interagisce con voi o con uno dei vostri colleghi.

Durante la procedura di assegnazione del punteggio, vi suggeriamo di prestare attenzione all'interazione tra il bambino e il caregiver mentre si impegnano insieme in attività di routine come mangiare, giocare, condividere oggetti, muoversi insieme, ecc. Un'interazione con un bambino con Disturbo dello Spettro Autistico (o altri disturbi dello sviluppo) sembrerà compromessa, poiché sia il caregiver che il bambino sembreranno incapaci di stabilire una connessione reciproca. Al contrario, un bambino neurotipico (non ASD) strutturerà con il caregiver una relazione atta ad avviare insieme una sorta di percorso, coordinando insieme le loro azioni, i loro corpi e le loro emozioni.

Lo strumento, strutturato in 12 item, è stato suddiviso in tre dimensioni principali: I A: "I corpi" (dimensione Sensorimotoria); II B: "Il fare" (dimensione Comportamentale); III C: "Il sentire" (dimensione Emozionale). Ognuna di queste dimensioni è ulteriormente divisa in 4 campi (4 per ogni dimensione), in modo da poterli valutare su una scala numerica. Queste dimensioni e campi sono interamente illustrati nel manuale. Ogni item riguarda un campo specifico con gli indizi comportamentali associati da cercare. Ognuno può essere valutato da 1 a 8, dove 1 sta per la presenza di specifici comportamenti e competenze e 8 sta per la loro assenza o compromissione. Come leggerete nelle istruzioni fornite, questo schema divide le possibilità di punteggio in gruppi di due (1-2; 3-4; 5-6; 7-8). A seconda della gravità della condizione e delle anomalie rilevate, lo schema divide ogni campo in una gamma di possibile preoccupazione - da 1-2, nessuna preoccupazione, a 7-8, grave preoccupazione.

Vi chiediamo gentilmente di effettuare almeno due valutazioni alla settimana per due settimane su un bambino. Poi, ripetete la stessa operazione (due valutazioni alla settimana per due settimane) su un altro bambino, valutando, se possibile, 4 diverse attività che lui/lei svolge. Naturalmente, questo non è obbligatorio e, man mano che si diventa più abili, si possono valutare più bambini allo stesso tempo. Si prega di utilizzare sempre un questionario separato per ogni bambino che viene valutato. La valutazione dovrebbe richiedere circa 10/15 minuti per essere completata.

2. Metodologia NeMo: dimensioni di analisi

Questa sezione fornisce una descrizione approfondita delle caratteristiche più importanti di ogni campo che comprende le 3 dimensioni utilizzate nella metodologia NeMo: Sensorimotoria, chiamata I Corpi (A), Comportamentale, chiamata Il Fare (B) ed Emozionale, chiamata Il Sentire (C).

A - I corpi

A1 - Lo spazio

Questa dimensione prende in considerazione la competenza del bambino nell'abitare lo spazio, nell'avvicinarsi o nell'allontanarsi dalle persone di riferimento, dagli oggetti o da altri bambini. La ricerca ha spesso notato che i bambini con Disturbi dello Spettro Autistico spesso interagiscono in modo diverso con gli altri rispetto ai bambini con Sviluppo Tipico (TD) in relazione allo spazio personale e dell'altro. Inoltre, i bambini con ASD sembra non notino la presenza di altri che sono nelle vicinanze e possono inoltre resistere volontariamente alla vicinanza fisica o all'essere toccati. Rimarranno anche troppo vicini agli altri o manterranno una distanza eccessiva da loro. Inoltre, i bambini ASD di solito preferiscono interagire con i giocattoli o altri oggetti, anziché con le persone, quindi di conseguenza, si mostrano più interessati a coordinare i movimenti per giocare (di solito da soli) con i loro giocattoli, invece di coordinarsi con i movimenti di un'altra persona.

A2 - Il corpo dell'altro (Bodily Attunement):

Questa dimensione valuta il livello di capacità del bambino di coordinare il proprio corpo con le persone di riferimento o con altri bambini durante le attività. Per esempio, il bambino potrebbe girare tutto il suo corpo nella direzione indicata dal caregiver, o potrebbe reagire fisicamente alla voce di un caregiver che lo chiama; potrebbe inoltre coordinare i suoi movimenti a quelli dell'altro per portare avanti l'interazione fisica, per esempio durante il gioco del "cucù". In generale, i bambini TD adattano il proprio corpo ai movimenti del caregiver come in una danza, in cui il proprio corpo si accorda ai movimenti dell'altro corpo. Al contrario, i bambini affetti da ASD di solito non riescono a regolare la propria postura corporea e i movimenti in modo da allinearsi con quelli di un'altra persona. I bambini affetti da ASD spesso interagiscono in un modo che appare rigido, controllato, disattento e inflessibile, evitando i tentativi dell'altro di impegnarsi con lui/lei. Tali interazioni corporee "non sintonizzate" possono apparire come un'opposizione del bambino all'interazione fisica o manifestando ansia e/o insicurezza del suo ruolo nella situazione.

A3 - Il corpo del bambino (consapevolezza corporea):

Questa dimensione valuta lo stile della postura corporea complessiva del bambino e lo stile di movimento, anche durante situazioni non interattive. Infatti, di solito i bambini sono in grado di coordinare i loro movimenti motori e la postura, bilanciando i movimenti della testa, del tronco, delle mani, delle braccia e delle gambe per iniziare o continuare qualsiasi tipo di attività (ad esempio, allargano le braccia mentre gattonano per raggiungere un giocattolo o il corpo dell'altro). Al contrario, un segno di potenziale allarme potrebbe essere presente qualora il bambino produca movimenti corporei ripetitivi che spesso si manifestano sotto forma di ondeggiamento/battito delle mani, sfregamento, dondolamento o stereotipie. Questi movimenti sono noti come "stimming" (autostimolazione). Inoltre, i bambini affetti da ASD spesso assumono una postura che appare significativamente rigida, a volte anche mentre si impegnano in comportamenti di autostimolazione. Possono anche essere presenti disturbi motori come la difficoltà a gattonare, la mancanza di coordinazione tra la parte superiore del corpo (che è generalmente più sciolta) e la parte inferiore (generalmente più rigida). I bambini affetti da ASD potrebbero anche presentare un tono muscolare più debole.

A4 - Grado di attenzione/soffisfazione alla sanzione motoria del caregiver:

Una sanzione dovrebbe essere interpretata come un tipo di valutazione (positiva o negativa) prodotta dal caregiver con parole, azioni, suoni e gesti che sono usati per rinforzare le azioni e le reazioni del bambino. Di solito viene usata per motivare, stimolare e aiutare il bambino a orientare le sue prestazioni.

Per quanto riguarda "I corpi", questa dimensione misura l'attenzione e l'anticipazione del bambino rispetto ai movimenti corporei dei caregiver. Un'attenzione particolare va posta sulla "fine" di un'azione o quando un'azione richiede una reazione specifica da parte del bambino. Questo è più frequentemente osservato quando (ma non solo) il bambino si prepara, attraverso il proprio corpo, ad essere preso in braccio o abbracciato dal caregiver. Una sanzione richiede una specifica reazione corporea da parte del bambino. I bambini spesso osservano naturalmente i movimenti dei loro caregiver e regolano di conseguenza la propria postura e i movimenti di preparazione, pertanto un segno di potenziale allarme potrebbe verificarsi qualora il bambino mostrasse una capacità marcatamente ridotta di reagire in modo appropriato alle azioni degli altri. Inoltre, i bambini spesso imitano le azioni corporee dei caregiver anche al di fuori dei contesti strettamente interattivi; questi comportamenti di imitazione sono spesso assenti o significativamente ridotti nei bambini affetti da ASD.

B - Il fare

B1 - Il fare insieme

Questa dimensione misura il grado in cui il bambino partecipa spontaneamente e con successo ad attività condivise. Per affinare lo sguardo su un caso di potenziale allarme, è importante giudicare se il bambino può partecipare con scioltezza ad attività che non sono strettamente pianificate e/o strutturate. Pertanto, questa dimensione valuta il comportamento del bambino durante i contesti interattivi, osservando quindi la sua capacità di adempiere al suo ruolo all'interno di un gioco interattivo o di un compito, con particolare attenzione alle situazioni in cui il compito/gioco cambia improvvisamente, o nei casi in cui viene introdotto un nuovo elemento e il bambino deve adattarsi con prontezza e flessibilità. Valutate con un punteggio alto se il bambino non regola il suo fare in relazione ad un nuovo evento o ad una nuova richiesta di "fare insieme" da soddisfare.

B2 - Sguardo condiviso durante le attività insieme (caregiver e bambino che si guardano):

Questa dimensione valuta la frequenza e lo stile con cui il bambino stabilisce un contatto visivo con il suo caregiver o con un altro bambino durante un'attività condivisa. Si tratta di comportamenti naturali utilizzati dai bambini per scopi comunicativi e pragmatici. Se il bambino evita o risponde allo sguardo dell'altro ripetutamente, raramente o solo qualche volta, potremmo parlare di una situazione di potenziale allarme. Per esempio, un contatto visivo ridotto o assente e una notevole mancanza di attenzione ai volti delle altre persone sono entrambi indicatori di possibili situazioni di allarme. Così, se durante un gioco o un compito cooperativo il bambino presta significativamente più attenzione agli sfondi che alle altre persone, o sembra evitare il contatto visivo, questo potrebbe essere un indicatore di un possibile disturbo ASD.

B3 - Attenzione congiunta, comportamento esplorativo e comunicazione con il caregiver:

Questa dimensione valuta il livello di attenzione reciproca bambino-caregiver che devono risultare "sincronizzati" l'uno con l'altro durante un gioco o un compito condiviso. Per esempio, se il caregiver sollecita l'attenzione del bambino a concentrarsi su un giocattolo, per partecipare a un'attività condivisa, il bambino guarderà il giocattolo e probabilmente inviterà il caregiver a giocare insieme. Al contrario, un segno di un possibile allarme potrebbe presentarsi qualora il bambino mostrasse difficoltà a sintonizzare la sua attenzione con quella del suo caregiver, o se comunicasse meno frequentemente con gli altri, sia verbalmente che non verbalmente, ad esempio durante i compiti e i giochi condivisi. In questi casi potremmo pertanto osservare bambini che sembrano "nel loro mondo" riducendo il grado di interazione durante i loro comportamenti comunicativi, esplorativi e di osservazione.

B4 - Livello di attenzione alla sanzione comportamentale del caregiver:

Questa dimensione valuta il grado in cui il bambino è consapevole, percepisce e reagisce in modo appropriato ad azioni e/o gesti compiuti dal caregiver. Stiamo qui osservando come il bambino presta attenzione al comportamento del caregiver durante giochi e compiti condivisi e soprattutto a quanta attenzione presta alle reazioni e sanzioni del caregiver riguardo i suoi comportamenti. Per esempio, durante un pasto, se il bambino si rifiuta di mangiare e il caregiver continua a insistere perché il bambino mangi, quanto questo influenza il comportamento del bambino?

Una situazione potenzialmente allarmante potrebbe verificarsi nel caso in cui il bambino non capisca il significato globale di un'azione, di un gioco o di un compito, e/o non riuscisse a raggiungere il risultato desiderato dopo una serie di incoraggiamenti, istruzioni e motivazioni. Inoltre, i bambini affetti da ASD o con problemi di sviluppo sono spesso meno reattivi ai gesti comunicativi durante l'interazione. Ad esempio parole e gesti positivi (come indicare, un pollice in su o una pacca sulla schiena) più che aiutare la comunicazione possono invece ostacolare la capacità dei bambini affetti da ASD ad imparare e creare legami sociali.

C – La dimensione emotiva

C1 - Caregiver e bambino regolano reciprocamente il loro stato emotivo (prestare particolare attenzione alla reazione del bambino agli stimoli comunicativi da parte del caregiver):

Questa dimensione valuta il livello di regolazione degli stati emotivi che avviene reciprocamente tra il bambino e il caregiver in risposta l'uno all'altro. Osservate se il bambino sintonizza o meno i suoi sentimenti con quelli del caregiver. Questo non significa che deve diventare felice se il caregiver è felice: il bambino può esibire sentimenti diversi dal caregiver. Provate semplicemente a notare se il bambino tiene conto dello stato emotivo del caregiver e, se non lo fa, valutate questo atteggiamento con un punteggio alto. Di solito sia il bambino che il caregiver adattano e regolano continuamente i loro stati emotivi in risposta all'altro in modo spontaneo, fluido e dinamico. Tenete anche presente che il caregiver che usa il cosiddetto "infant talk" (linguaggio infantile) ha spesso il potere di catturare l'attenzione del bambino, quindi non sopravvalutate la capacità di regolazione emotiva di un bambino se il caregiver introduce un cambiamento improvviso dal "normal-talk" all'"infant-talk" catturando inevitabilmente la sua attenzione.

C2 - Sguardo condiviso durante l'interazione non immediatamente relativa al fare (caregiver e bambino che si guardano vicendevolmente);

Questa dimensione valuta la frequenza con cui bambino e caregiver si guardano l'un l'altro al di fuori dei contesti legati all'azione o compito. I bambini stabiliscono frequentemente e spontaneamente il contatto visivo con il caregiver o altri bambini e adulti, anche al di fuori di situazioni legate a giochi e compiti, in un modo che sembra naturale e spontaneo. Questo contatto visivo di solito ha una funzione comunicativa e aiuta la qualità complessiva dell'interazione. Una situazione potenzialmente allarmante potrebbe verificarsi qualora il bambino sembrasse disinteressato a incontrare lo sguardo di un'altra persona o a comunicare attraverso il contatto visivo e potrebbe addirittura sembrare che lo eviti. Vi preghiamo di essere consapevoli del fatto che, se state valutando un video registrato da una persona che non appare nella registrazione, il bambino sembrerà spesso guardare direttamente, o appena sopra, la telecamera se stabilisce un contatto visivo con il registratore del video.

C3 - Le espressioni facciali che esprimono emozioni (con particolare attenzione ai sorrisi) e che mostrano una sintonia emotiva:

Questa dimensione valuta il grado in cui il bambino imita o reagisce spontaneamente alle espressioni facciali dei suoi caregiver. Si prega di prestare maggiore attenzione a come l'espressione facciale del bambino (ad esempio, sorridere, ridere, accigliarsi, fare un'espressione di sorpresa) possa corrispondere a quella espressa dal caregiver, e come l'espressione del bambino stesso cambia in risposta diretta a quella espressa dal caregiver (ad esempio, il bambino diventa triste se il caregiver appare improvvisamente scontento?)

Di solito i bambini sembrano naturalmente e spontaneamente predisposti a rispecchiare le espressioni emotive del loro caregiver. Al contrario, una situazione potenzialmente allarmante potrebbe verificarsi nel caso in cui i bambini manifestassero inconsapevolezza del significato dell'espressione facciale del caregiver e di conseguenza la loro reazione emotiva risulterebbe inappropriata.

C4 - Grado di attenzione alla sanzione emotiva del caregiver:

Questa dimensione valuta il grado di attenzione mostrata dal bambino alle "richieste" emotive del caregiver. Una situazione di allarme si verificherebbe qualora il bambino mostrasse meno interesse per gli stati emotivi degli altri e quindi non riuscisse a rispondere alle sollecitazioni esterne e a provare emozioni quando i loro caregiver vorrebbero che le facesse. Per esempio, quando si interagisce con bambini affetti da ASD, il caregiver cercherà con poco successo di suscitare stati emotivi nel bambino che non sono stati soddisfatti, oppure il caregiver può sperimentare la frustrazione quando il bambino non risponde contestualmente al suo stato emotivo (come la rabbia per il cattivo comportamento del bambino), ma il bambino continuerà a rimanere distaccato dal contesto circostante.

3. Valutazione: raccomandazioni su come imparare a compilare e votare le interazioni

Questa sezione vi aiuterà in quanto fornisce alcune importanti osservazioni sui criteri di valutazione. Riguarderà i seguenti punti: I) *come* devono essere considerati i comportamenti osservati durante la compilazione (Nota A); II) *come è strutturato lo schema di valutazione di 1-8* e il significato di questa struttura interna (Nota B); III) *quando e quanto spesso* deve essere somministrato lo strumento (Nota C).

Nota A: come considerare i comportamenti osservati

Quanto più si notano comportamenti strani o problemi inaspettati nei comportamenti e nelle abitudini quotidiane del bambino, *tanto più si dovrebbe valutare l'interazione*. L'atipicità di questi comportamenti deve essere interpretata così:

I) *Quantitativamente*: i comportamenti mancanti o apparentemente anomali si verificano più frequentemente e ripetutamente e/o i comportamenti attesi sono trovati assenti sempre più frequentemente;

II) *Qualitativamente*: i comportamenti sembrano più marcatamente anomali, compromettendo la fluidità, l'armonia e le dimensioni condivise dell'interazione, e/o i comportamenti attesi mancano sempre più delle loro caratteristiche.

Nota B: Cosa significano i livelli di punteggio

I) *Il punteggio 1 o 2* implica una *non necessaria attenzione* per le condizioni motorie, comportamentali ed emotive del bambino. Il bambino risponde ai tentativi del caregiver di impegnarsi con lui/lei e tentando, a sua volta, di impegnarsi con il caregiver.

II) *Il punteggio 3 o 4* implica un *discreto grado di attenzione* per le condizioni motorie, comportamentali ed emotive del bambino. Il bambino *si comporterà in modo leggermente meno appropriato* rispetto alle aspettative del caregiver e potrebbe sembrare incapace o disinteressato ad impegnarsi con il caregiver; il bambino *potrebbe anche mostrare azioni disattese e/o difficoltà inaspettate* nelle capacità sensorimotorie, comportamentali ed emotive richieste per un'interazione che si possa considerare positiva. In questo caso, si noterà che alcuni comportamenti attesi possono mancare, anche se lo sviluppo complessivo dell'interazione non è compromesso. Per esempio, dopo alcuni tentativi fatti dal caregiver per attirare l'attenzione del bambino (il quale può sembrare semplicemente distratto), alla fine lui/lei inizia ad interagire. Nel punteggio 3 o 4, si noterà un'interazione che non è completamente fluida (come in 1 o 2) ma contiene leggere anomalie che potrebbero essere dovute al fatto che il bambino è occupato, distratto, stanco ecc.

III) *Il punteggio 5 o 6* implica una *grado significativo di attenzione* per le condizioni del bambino. Il bambino *sembrerà chiaramente incapace o disinteressato* ad impegnarsi con il caregiver, e mostrerà qualche tipo di anomalia nelle capacità sensorimotorie, comportamentali ed emotive richieste per partecipare all'attività in corso. Così, i suoi comportamenti ostacoleranno lo sviluppo di un percorso condiviso di azioni e interazioni. Questo è un punteggio importante per i criteri di punteggio, perché da 5 a 8 giudicherete i comportamenti e le capacità interazionali del bambino come segnali di una



situazione potenzialmente allarmante. Più alto è il punteggio che date, più rifletterà un qualche tipo di comportamento inappropriato, carente e/o preoccupante.

IV) *Il punteggio 7 o 8 implica un alto grado di attenzione per le condizioni del bambino. Il bambino sembra chiaramente disinteressato, cieco e sordo ai tentativi degli altri di coinvolgerlo in un'attività condivisa, e mostra significative anomalie nelle capacità sensorimotorie, comportamentali ed emotive richieste per l'attività in corso. I suoi comportamenti appaiono inappropriati ed evitanti, impedendo lo sviluppo di un percorso condiviso di azioni e interazioni.*

Nota C: Istruzioni per il punteggio e raccomandazioni

Se non siete sicuri che i comportamenti siano valutabili, sentitevi liberi di riempire la casella di valutazione con un punto interrogativo "?" e premete il pulsante "Next". Ciò vi permetterà di passare direttamente a una breve descrizione delle caratteristiche principali della classifica.

Se vi sentite ancora insicuri dopo aver letto il tutorial e non siete sicuri che i comportamenti siano valutabili o rilevabili, inserite uno "0" nel campo "not readable".

Tuttavia, dal secondo tentativo in poi, dopo aver letto le spiegazioni dei parametri ed essere stati aiutati dai video di esercitazione, siete pregati di assegnare un punteggio a meno che quella particolare azione sia completamente non rilevabile.

Quando siete sicuri del punteggio che volete assegnare all'interazione, riempite la casella di valutazione che avete scelto con il numero della valutazione (esempio, se si vuole valutare un'interazione con 5 si deve inserire un 5 nella casella numero 5) e premete il pulsante "next" per passare ad un'altra domanda.

4. Criteri di punteggio: descrizione e spiegazione dei campi d'azione

Questa sezione fornisce una descrizione e spiegazione dei 12 campi della metodologia NeMo. Questo vi aiuterà a capire quali segni sono significativi quando si assegna un punteggio 1-2, 3-4, 5-6 o 7-8, in modo da poter capire meglio quando e come dare un punteggio.

I corpi (A)

A1 - Lo spazio:

1-2: Vota 1 o 2 se per la maggior parte dell'interazione, il bambino si muove verso il caregiver e risponde alle sue attenzioni quando il caregiver si muove verso di lui, in un modo che sembra coordinato e appropriato. Per esempio, se il caregiver cammina verso il bambino, il bambino può muoversi verso il caregiver e forse anche allargare le braccia, riconoscendo così il contesto interattivo. Il bambino sembra ben consapevole delle altre persone che si trovano nelle vicinanze e sembra mantenere una distanza appropriata (cioè il bambino non si avvicina troppo o si allontana troppo dagli altri).

3-4: Vota 3 o 4 se a volte il bambino sembra distratto o ha una leggera tendenza ad evitare e/o a non impegnarsi nei movimenti e nei gesti dell'altro. Il bambino può anche evitare o non muoversi verso l'altro per interagire con lui. Vota 3-4 se il bambino appare poco reattivo ai movimenti dell'altro perché sembra stanco, occupato, distratto da altri stimoli o privo di motivazione.

5-6: Vota 5 o 6 se per gran parte dell'interazione il bambino mostra una chiara tendenza a stare lontano dal caregiver o evita di muoversi verso di lui/lei. La maggior parte dei tentativi di coinvolgere il bambino in movimenti condivisi falliscono o appaiono goffi. Il bambino sembra preferire attività diverse dal muoversi verso il caregiver. Appare costantemente distratto e/o non concentrato.

7-8: Vota 7 o 8 se il comportamento evitante e inappropriato del bambino compromette gravemente la capacità del bambino e del caregiver di cooperare e/o giocare insieme. Per votare 7 o 8, il modo di muoversi del bambino deve impedire completamente lo svolgimento di una corretta interazione: il bambino non sembra preoccuparsi della presenza degli altri e non sceglie di muoversi verso di loro, preferendo invece rimanere occupato in altre attività o in nessuna attività. Per la maggior parte dell'interazione, il bambino produce movimenti inappropriati al contesto.

A2 - Il corpo dell'altro:

1-2: Vota 1 o 2 se durante l'interazione il bambino si coordina bene con i movimenti del caregiver. Il bambino è fisicamente in sintonia con l'altro, come dimostra la sua anticipazione dei gesti e delle azioni dell'altro. Il bambino è in grado di produrre e orientare le proprie azioni verso quelle dell'altro, dando luogo a un'interazione fisica armonica e fluida. Ad esempio, quando il caregiver allarga le braccia (per esprimere gioia), il bambino mette in atto una serie di gesti e comportamenti in risposta, come ad esempio allargare le braccia. Il bambino può anche rispondere con un gesto diverso, ma che serve a portare avanti l'interazione. Per esempio, se il caregiver desidera sollevare il bambino, il bambino si prepara visibilmente ad essere preso in braccio, o può lasciar cadere un giocattolo che stava tenendo in precedenza per aiutare il caregiver a completare l'azione con maggiore facilità.

3-4: Vota 3 o 4 se il bambino sembra essere un po' distaccato dalle dinamiche dell'interazione nell'ambito dei movimenti corporei. Anche se sufficientemente coinvolto nell'interazione e reattivo nei confronti del caregiver, necessita di essere stimolato un paio di volte prima di rispondere ai gesti del caregiver. Inoltre, il bambino può talvolta produrre gesti che non sono perfettamente in sintonia con quelli degli altri in termini di intensità, scopo o coordinazione. Vota 3-4 se questa mancanza di coerenza di gesti non perfettamente in sintonia può essere dovuta a ragioni contestuali come il fatto che il bambino sia distratto, occupato o non predisposto al tipo di interazione presente.

5-6: Vota 5 o 6 se il bambino mostra chiare difficoltà a livello di coordinazione corporea in relazione al caregiver. Spesso e ripetutamente il bambino produce gesti/azioni corporee disattese, anomale e contestualmente inappropriate. Per esempio, quando il caregiver si avvicina a lui/lei, il bambino sembra disinteressato a impegnarsi con il caregiver, e questo si può evincere dai movimenti corporei del bambino. Infatti, potrebbe mostrare difficoltà nel comprendere, anticipare e coordinarsi con il caregiver, continuando invece a mantenersi concentrato soltanto sui propri movimenti sembrando così disinteressato ai tentativi di interazione con l'altro.

7-8: Vota 7 o 8 se il bambino mostra chiare e gravi limitazioni nella coordinazione del proprio corpo con quello del caregiver inficiando così sul flusso coerente e armonico di interazioni corporee e compromettendo lo sviluppo dell'interazione. Le competenze motorie del bambino e il desiderio di impegnarsi e coordinarsi con l'altro sono visibilmente carenti, danneggiando così la fluidità complessiva dell'interazione. Invece di coordinarsi con i movimenti del caregiver, il bambino potrebbe: I) produrre movimenti scoordinati, mostrando difficoltà nell'interazione con il caregiver; II) produrre movimenti limitati, ripetitivi e apparentemente senza senso; III) evitare i movimenti dell'altro, rimanendo fermo o concentrato sui propri.

A3 - Il corpo del bambino (postura, tono muscolare, ecc.):

1-2: Vota 1 o 2 se il bambino è in grado di muovere il suo corpo (braccia, gambe, addominali e tronco, testa, dita ecc.) in modo coordinato, bilanciando il peso del suo corpo e delle sue diverse parti. Prestare particolare attenzione alla coordinazione tra la parte superiore e quella inferiore del corpo. La postura del bambino dovrebbe anche apparire piuttosto fluida e rilassata. Inoltre, per valutare 1 o 2, il bambino non deve mostrare comportamenti fisici limitati, ripetitivi, inappropriati al contesto, disfunzionali e contro-interattivi (ad esempio battere le mani, camminare in punta di piedi, movimenti avanti e indietro della testa e del corpo, fissazioni della bocca, ecc.)

3-4: Vota 3 o 4 se noti alcune difficoltà sensorimotorie lievi e/o infrequenti. Per esempio, potete notare che il bambino ha una difficoltà occasionale a: a) stare sulle proprie gambe; b) strisciare; c) stare supino; d) stare prono; e) "guidare" la parte inferiore del corpo; f) muovere le gambe e il tronco e/o bilanciare il peso del corpo, per intraprendere un'attività. Inoltre, si può notare qualche piccola serie di movimenti leggermente ripetitivi che possono essere dovuti a fattori di sviluppo (ogni bambino ha il suo percorso di sviluppo sensorimotorio) o a fattori contestuali. Di conseguenza, il bambino potrebbe richiedere al caregiver un paio di tentativi prima di iniziare a interagire con lui. Per esempio, mostrando nella fase iniziale una leggera difficoltà a stare sulle proprie gambe, il bambino potrebbe non rispondere immediatamente ai tentativi del caregiver di giocare con lui.

5-6: Vota 5 o 6 se si notano segni più chiari e preoccupanti di difficoltà sensorimotorie che si verificano frequentemente e intensamente, compromettendo in tal modo lo sviluppo dell'interazione. Noterete chiaramente che il bambino avrà problemi a: a) stare sulle proprie gambe; b) strisciare; c) stare supino; d) stare prono; e) muovere le gambe e il tronco e/o bilanciare il peso del corpo per impegnarsi in qualsiasi altra attività. Inoltre, si noteranno casi di comportamenti limitati e ripetitivi (ad esempio, sbattere le mani, camminare in punta di piedi, movimenti della testa e del corpo avanti e indietro, fissazioni della bocca, ecc.) che appaiono insoliti e/o contestualmente inappropriati e possono anche compromettere l'interazione bambino-caregiver.

7-8: Vota 7 o 8 se noti diversi esempi di grave compromissione sensorimotoria o la presenza di gesti, movimenti e posture ripetitive che compromettono gravemente la capacità del bambino di partecipare ad altre attività (per esempio, il bambino potrebbe premere ripetutamente un bottone e non compiere nessun'altra azione). In particolare, il bambino avrà chiari problemi a: a) camminare; b) strisciare; c) stare supino; d) stare prono; e) muovere le gambe e il tronco e/o bilanciare il peso del corpo per intraprendere qualsiasi altra attività. Inoltre, si noterà la presenza costante e anomala di comportamenti limitati e ripetitivi (sbattere le mani, camminare in punta di piedi, movimenti della testa e del corpo avanti e indietro, fissazioni della bocca, ecc) che si verificano non solo quando il bambino viene stimolato, ma anche senza alcuna ragione apparente e senza sollecitazione esterna.

A4 - Grado di attenzione/soffisfazione alla sanzione motoria del caregiver

1-2: Vota 1 o 2 se per tutta o per la maggior parte dell'interazione, il bambino risponde spontaneamente ai movimenti del caregiver quando questi sono usati per esprimere fisicamente le intenzioni del caregiver. Questi movimenti suscitano una risposta naturale da parte del bambino, avendo sia una funzione pragmatica (es. prendere in braccio il bambino) che una funzione emotiva (es. esprimere gioia e amore). Ad esempio, il bambino comprende e anticipa fisicamente il movimento del caregiver per prenderlo in braccio, al fine di facilitare l'azione stessa.

3-4: Vota 3 o 4 se a volte hai l'impressione che le risposte del bambino ai movimenti del caregiver - utilizzati per esprimere le sue intenzioni e i suoi scopi pratici - appaiano leggermente inappropriate, anomale o carenti. Cioè, se hai l'impressione che a volte il bambino non sia in grado di anticipare i movimenti e i gesti dell'altro e/o non li trovi interessanti. Tuttavia, dopo un paio di tentativi fatti dal caregiver, il bambino risponderà correttamente ai suoi tentativi di interazione fisica. Si dovrebbe votare 3 o 4 se la sua temporanea mancanza di interesse potrebbe essere dovuta a fattori contestuali come distrazione, stanchezza, confusione o noia.

5-6: Vota 5 o 6 se noti che le risposte del bambino alle sollecitazioni motorie e ai movimenti del caregiver sono chiaramente inappropriate, anomale o carenti. In diverse occasioni, il bambino sembra "cieco" allo scopo generale e alla natura pratica e interazionale della sollecitazione motoria, impedendo lo sviluppo di un'interazione fluida e armoniosa. Ad esempio, il bambino non anticipa fisicamente il movimento del caregiver che lo prende in braccio per facilitare l'azione stessa, oppure, se lo fa, perde il controllo del proprio corpo, mostrando un'errata coordinazione tra la parte superiore del corpo e le gambe, con il risultato di un corpo scordinato.

7-8: Vota 7 o 8 se le risposte del bambino alle sollecitazioni motorie del caregiver appaiono gravemente inappropriate, anomale o carenti. Il bambino appare incapace di anticipare i movimenti e i gesti dell'altro e/o non sembra trovarli interessanti. Non solo i comportamenti del bambino sono carenti, ma compromettono pesantemente lo sviluppo complessivo dell'interazione. Invece di rispondere positivamente alla sollecitazione motoria del caregiver, il bambino non darà alcuna risposta oppure mostrerà una risposta negativa verso il caregiver. Per esempio, il bambino non capirà e sembrerà incapace di anticipare fisicamente i tentativi del caregiver di interagire con lui, o, se ci proverà, risulterà un tentativo fallimentare, mostrando difficoltà corporee di coordinazione e una generale mancanza di "intelligenza" corporea. Il bambino non aiuterà mai a facilitare il risultato di un'azione e potrà apparire completamente disinteressato/a verso il caregiver (o sembrerà resistere attivamente ai tentativi del caregiver di coinvolgerlo/a).

Dimensione Comportamentale - Il fare (B)

B1 - Il fare insieme:

1-2: Vota 1 o 2 se per la maggior parte dell'interazione il bambino appare interessato e reattivo alle indicazioni, suggerimenti, domande e richieste del caregiver. Questo si manifesterà nella partecipazione del bambino ad un'interazione o gioco condiviso e mostrerà un chiaro desiderio di coinvolgere il caregiver nell'attività condivisa. Allo stesso modo, il bambino potrà anche invitare esplicitamente il caregiver a partecipare a un'interazione.

3-4: Vota 3 o 4 se a volte hai l'impressione che il bambino, forse perché distratto o occupato, non risponde alle indicazioni, ai suggerimenti, alle domande e alle richieste del caregiver, mostrando a volte lievi difficoltà a godere di un'interazione e/o gioco comune. Il bambino potrebbe apparire meno reattivo e/o meno interessato a partecipare ad un'attività condivisa. Questo potrebbe essere dimostrato dal suo evitare richieste, parole e gesti dell'altro, che portano in tal modo il caregiver ad insistere un po' di più per suscitare qualche tipo di reazione appropriata da parte del bambino.

5-6: Vota 5 o 6 se noti risposte frequenti e/o chiaramente inappropriate da parte del bambino alle indicazioni, suggerimenti, domande e richieste del caregiver, che dimostrino chiari problemi a strutturare un percorso di interazioni condiviso. Prestare particolare attenzione se il bambino continua a svolgere le proprie attività e/o attività precedenti, mentre il caregiver (o qualcun altro) cerca di introdurre una nuova attività. Vota 5 o 6 se il caregiver sembra faticare a coordinare le sue azioni con il bambino per giocare o completare un compito e quindi se l'interazione tra loro appare goffa o difficile. Il bambino evita e/o reagisce in modo inappropriato (con suoni, parole e gesti strani e inappropriati rispetto al tipo di attività presente) alle richieste e ai compiti cooperativi.

7-8: Vota 7 o 8 se si nota che il bambino dà costantemente risposte reiterate e/o gravemente inappropriate alle indicazioni, suggerimenti, domande e richieste da parte del caregiver, tanto da avere evidenti problemi a strutturare un percorso di interazioni condiviso. In questo caso, il bambino sembrerà essere ignaro, disinteressato o addirittura infastidito dalle richieste dell'altro. I comportamenti del bambino possono essere evitanti, inappropriati, sconnessi o addirittura ostili.

B2 - Sguardo condiviso durante un'attività insieme (caregiver e bambino si guardano):

1-2: Vota 1 o 2 se per la maggior parte dell'interazione, il bambino cerca di incontrare lo sguardo del caregiver o risponde adeguatamente allo sguardo del caregiver quando sono coinvolti in un gioco o attività condivisa. Il bambino cerca lo sguardo dell'altro, vi risponde spontaneamente e avvia intenzionalmente il contatto visivo per ricevere informazioni riguardanti il corretto svolgimento dell'interazione, il tipo specifico di attività necessaria, un potenziale bisogno di aiuto, una situazione di incertezza.

3-4: Vota 3 o 4 se noti che il bambino a volte evita lo sguardo dell'altro o non sempre lo cerca di proposito quando è coinvolto in un'attività, preferendo invece concentrarsi su altri tipi di stimoli (ad esempio un giocattolo). Voto 3 o 4 se lo sguardo del bambino non è sempre utilizzato per comunicare con il caregiver e se il bambino ha bisogno di uno o un paio di tentativi da parte del caregiver per iniziare a stabilire un contatto visivo.

5-6: Vota 5 o 6 se il bambino evita per lo più il contatto visivo o non cerca di incontrare lo sguardo dell'altro mentre è coinvolto in un'attività condivisa, mostrando invece una gestione inusuale e inappropriata dello sguardo. Per esempio, il bambino potrebbe preferire concentrarsi su dettagli diversi dallo sguardo del caregiver (es. naso, fronte), o sul loro volto (es. braccia, piedi), o potrebbe concentrarsi su stimoli circostanti, anche se questi stimoli sembrano essere contestualmente irrilevanti (es. luci, parti di oggetti, o fissare il vuoto). I bambini affetti da ASD frequentemente: I) non cercano di incontrare lo sguardo dell'altro o rispondere ad esso; II) raramente usano il contatto visivo in modo comunicativo (ad esempio per coordinare un schema di azione durante un'attività condivisa, o per ottenere ulteriori informazioni sull'attività o sulla situazione. Non cercano di incontrare lo sguardo del caregiver - per esempio, per capire se la situazione è sicura, ecc.)

7-8: Vota 7 o 8 se il bambino sembra "cieco" allo sguardo degli altri durante le interazioni sociali, mancando completamente la naturale tendenza a guardare negli occhi delle altre persone. Vota 7 o 8 se il bambino non sembra mai rispondere allo sguardo del caregiver, né può comunicare con gli altri usando gli occhi. Si concentrerà invece su dettagli diversi dallo sguardo del caregiver (es. naso, fronte), o sul suo volto (es. braccia, piedi), o si concentrerà su stimoli circostanti, anche se questi stimoli sembrano essere contestualmente irrilevanti (es. luci, parti di oggetti, o fissare il vuoto).

B3 - Attenzione congiunta (prestare attenzione sia all'inizio che alla fine di un compito), comportamento esplorativo e comunicazione con il caregiver:

1-2: Vota 1 o 2 se il bambino risponde agli inviti, alle indicazioni e alle richieste del caregiver (per esempio parole, suoni o gesti) di cercare, o concentrarsi su, giocattoli e oggetti per favorire un'interazione. Un esempio potrebbe essere quello di giocare con un oggetto insieme. Un altro caso potrebbe verificarsi quando il bambino chiede spontaneamente, indica e/o mostra (con parole, suoni o gesti) qualche oggetto (per esempio un giocattolo) per sollecitare l'attenzione del caregiver. In generale, bisogna essere consapevoli che, per valutare 1 o 2, deve essere chiaro che un singolo oggetto è il centro dell'attenzione sia del bambino che del caregiver, e che sia il bambino che il caregiver sono consapevoli del fatto che l'altro si stia concentrando sulla stessa cosa.

3-4: Vota 3 o 4 se hai l'impressione che a volte il bambino, essendo occupato o distratto, eviti o non risponda adeguatamente agli inviti, alle indicazioni e alle richieste (con parole, suoni o gesti) del caregiver per favorire un'interazione. Inoltre, può non sembrare spontanea la sua richiesta o indicazione (con parole, suoni o gesti) dell'oggetto o stimolo predisposto dal caregiver. Il bambino potrebbe ancora prestare attenzione agli stessi oggetti del caregiver, ma potrebbe apparire leggermente meno interessato a tali oggetti oppure potrebbe interagire con il caregiver meno frequentemente, iniziando a rispondere a quest'ultimo solo dopo alcuni tentativi.

5-6: Vota 5 o 6 se il bambino frequentemente non risponde agli inviti, alle indicazioni e alle richieste del caregiver (con parole, suoni o gesti), non si concentra sugli oggetti oppure risponde a questi stimoli in modo inappropriato. Inoltre, eviterà per lo più di chiedere, indicare e/o mostrare (con parole, suoni o gesti) qualsiasi oggetto o stimolo come ci si aspetterebbe per quel tipo di situazione. Potrebbe sembrare che il bambino sia in gran parte disinteressato agli oggetti e alle situazioni che invece interessano il caregiver, preferendo giocare o essere impegnato nelle proprie attività in maniera isolata.

7-8: Vota 7 o 8 se il bambino non risponde mai agli inviti, alle indicazioni e alle richieste del caregiver (con parole, suoni o gesti) e non risponde alle attenzioni del caregiver. Inoltre, potrebbe mancare completamente di qualsiasi capacità comunicativa mostrando così un'incapacità nell'usare parole, suoni o gesti per riferirsi a un oggetto o stimolo come ci si aspetterebbe per il tipo di situazione. Il bambino appare completamente disinteressato a partecipare a un'interazione con il caregiver e non mostra interesse per le cose che invece interessano il caregiver: preferisce giocare da solo, mostrando concentrazione su stimoli o oggetti non rilevanti (ad esempio luci, texture, parti di giocattoli, ecc.), nonostante tutti i tentativi fatti dal caregiver per coinvolgerlo in un percorso condiviso di azioni.

B4 - Grado di attenzione alla sanzione comportamentale da parte del caregiver:

1-2: Vota 1 o 2 se per la maggior parte dell'interazione, il bambino è interessato alla sanzione del caregiver durante e/o dopo un'attività condivisa. Una sanzione comportamentale deve essere interpretata come ogni tipo di valutazione (positiva o negativa) che viene utilizzato per incoraggiare o scoraggiare le azioni del bambino. La sanzione può avvenire sia durante che dopo un'azione compiuta dal bambino e può essere utilizzata per motivare, incoraggiare, correggere e aiutare il bambino a orientare le sue prestazioni e a sviluppare le abilità pertinenti. Se gestita in maniera funzionale e corretta, la sanzione potrebbe essere vissuta dal bambino come una sensazione piacevole e funzionale che può aiutarlo a decidere di intraprendere qualsiasi tipo di interazione anche solo per ricevere il supporto positivo del caregiver.

3-4: Vota 3 o 4 se vedi che a volte il bambino richiede un paio di tentativi da parte del caregiver per rispondere alla sanzione. Appare leggermente distratto e a volte non concentrato sulla richiesta comportamentale da parte del caregiver, preferendo altri tipi di stimoli per motivi contestuali: il bambino potrebbe essere occupato o distratto e, dopo uno o più tentativi, potrebbe reagire adeguatamente alla sanzione.

5-6: Vota 5 o 6 se il bambino sembra chiaramente disinteressato, o raramente interessato, alla sanzione comportamentale del caregiver. Spesso il bambino non sembra reagire alle parole, ai suoni e ai gesti del caregiver e preferisce agire per conto suo senza interferenze, anche a seguito dei tentativi da parte del caregiver. Il bambino non sembra mostrare interesse nel ricevere motivazione o supporto, né sembra cercare le istruzioni del caregiver per completare un'attività.

7-8: Vota 7 o 8 se il bambino sembra costantemente disinteressato alle sanzioni comportamentali del caregiver; sembra "cieco" e "sordo" nei suoi confronti. Il bambino non reagisce, o reagisce in modo improprio, alle parole, ai suoni e ai gesti del caregiver. Il bambino preferisce continuare ad agire per conto suo, sembra non notare i tentativi del caregiver di coinvolgerlo. Il bambino non reagisce mai alla sanzione o reagisce sempre in un modo contestualmente inappropriato, usando parole, suoni o gesti contestualmente inappropriati che sembrerebbero mancare di qualsiasi scopo comunicativo all'interno della interazione.

C – La Dimensione Emotiva - Il sentire (C)

C1 - Caregiver e bambino regolano reciprocamente i loro stati emotivi (prestare particolare attenzione all'”infant talk” da parte del caregiver):

1-2: Vota 1 o 2 se per tutta la durata dell'interazione o per la maggior parte di essa, il bambino risponde adeguatamente alle parole, ai gesti e alle espressioni emotive del caregiver e mostra emozioni in modo contestualmente appropriato. L'uno influenzerà lo stato emotivo dell'altro. Gli esempi possono includere gesti emotivi (ad esempio, movimenti delle braccia che indicano gioia), sorrisi e altri segni che il bambino imita o a cui risponde dal punto di vista emotivo. Tuttavia, non sopravvalutate il cosiddetto "infant talk", il tipo di "voce da ninna nanna" spesso prodotto spontaneamente da chi si prende cura del bambino per comunicare con lui. Questi suoni suscitano le reazioni del bambino in un dato momento, di solito facendolo ridere e/o rispondere con una risposta emotiva al sorriso del caregiver anche nelle interazioni prive di queste dinamiche emotive reciproche.

3-4: Vota 3 o 4 se a volte hai l'impressione che il bambino non risponda alle espressioni emotive del caregiver quando ci si aspetterebbe che lo facesse e appare invece leggermente distratto, occupato o attratto da altri tipi di stimoli per lui interessanti. Può essere necessario sollecitarlo un paio di volte prima che risponda e appare coinvolto dai vari stati emotivi del caregiver - ad esempio sorridendo dopo un sorriso, ridendo dopo una risata, ridendo e/o sorridendo mentre si muove verso il caregiver con le braccia aperte dopo che questi ha parlato dolcemente al bambino.

5-6: Vota 5 o 6 se noti chiaramente che il bambino non risponde frequentemente alle espressioni emotive del caregiver quando ci si aspetta che lo faccia o se il bambino sembra rispondere in un modo emotivamente inappropriato. Per votare 5 o 6, il bambino deve essere sollecitato emotivamente diverse volte prima di rispondere, e anche allora, il bambino può apparire disinteressato alle emozioni del caregiver. Il bambino potrebbe spesso non riuscire ad avviare una risposta emotiva appropriata al contesto.

7-8: Vota 7 o 8 se il bambino non risponde mai alle espressioni emotive del caregiver. Quando disattende una risposta o se il bambino risponde sempre in modo emotivamente disattento o inappropriato. Il bambino apparirà chiaramente disinteressato allo stato emotivo dell'altro, come se fosse cieco e sordo alle espressioni emotive del caregiver e non sembra preoccuparsi di produrre lui stesso espressioni emotive. Al contrario, l'attenzione e le emozioni del bambino sono chiaramente suscitate dagli stimoli circostanti, in particolare dagli oggetti. I tentativi del caregiver di interessare il bambino potrebbero anche risultare fastidiosi per lui, inducendolo ad evitare il caregiver o a reagire negativamente alle azioni del caregiver.

C2 - Sguardo reciproco durante l'interazione non immediatamente legata al fare (caregiver e bambino si guardano l'un l'altro)

1-2: Vota 1 o 2 se per tutta la durata dell'interazione, o per la maggior parte di essa, il bambino stabilisce spontaneamente un contatto visivo con il caregiver e risponde allo sguardo del caregiver per creare una connessione emotiva. Questo può anche - ma non necessariamente - avvenire mentre il bambino sta compiendo qualche altra azione con il caregiver. In questo caso, è necessario osservare se lo sguardo viene utilizzato per esprimere uno stato emotivo, indipendentemente da qualsiasi tipo di scopo pratico, dal momento che stabilire un contatto visivo è spesso intrinsecamente significativo ed emotivamente piacevole per gli esseri umani dalle prime settimane di vita.

3-4: Vota 3 o 4 se hai l'impressione che, in certe fasi di un'interazione, il bambino non sempre risponde allo sguardo del caregiver quando lo guarda, e mostra una lieve tendenza ad evitare il contatto visivo. Il bambino potrebbe richiedere un paio di tentativi da parte del caregiver prima di riuscire a stabilire un contatto visivo con lui/lei. Questa piccola mancanza di volontà potrebbe essere dovuta al fatto che il bambino è distratto da altre attività o stimoli. In alternativa, il bambino potrebbe semplicemente richiedere uno sforzo maggiore da parte del caregiver.

5-6: Vota 5 o 6 se frequentemente il bambino non incontra lo sguardo del caregiver ogni volta che quest'ultimo lo guarda. Inoltre, notate se il bambino ha la tendenza persistente a non iniziare il contatto visivo. Per esempio, il bambino potrebbe mostrare la tendenza a spostare lo sguardo lateralmente (anche non concentrandosi su uno stimolo particolare), oppure concentrandosi su dettagli diversi dallo sguardo del caregiver (per esempio naso, fronte, braccia) o concentrandosi su stimoli circostanti, anche se sembrano essere contestualmente irrilevanti o non significativi (per esempio luci, parti di oggetti, o fissando il vuoto).

7-8: Vota 7 o 8 se il bambino non risponde mai (o quasi mai) allo sguardo del caregiver quando quest'ultimo lo guarda, e/o se il bambino non avvia per primo il contatto visivo. Il bambino può ancora essere attratto visivamente da altri tipi di stimoli oltre allo sguardo del caregiver e può anche mostrare di muovere gli occhi in modo inusuale. Così, in maniera ancora più evidente rispetto al criterio per assegnare il punteggio precedente, il caregiver non è in grado di stabilire un contatto visivo significativo con il bambino, e non può riconoscere le emozioni né comunicare reciprocamente le proprie emozioni con il bambino.

C3 - Le espressioni facciali emotive (con particolare attenzione ai sorrisi) che mostrano la sintonia emotiva:

1-2: Vota 1 o 2 se, per la maggior parte dell'interazione, il bambino reagisce spontaneamente alle espressioni facciali del caregiver ogni volta che sono usate per comunicare uno stato emotivo o quando il bambino fa espressioni facciali per comunicare uno stato emotivo. In generale, lo stato emotivo del bambino dovrebbe svilupparsi in relazione a quello del caregiver e le espressioni facciali si influenzano a vicenda a scopo comunicativo. Per esempio, durante una situazione di gioia, quando il caregiver sorride al bambino, questi risponde di conseguenza con un sorriso, oppure il bambino sorride spontaneamente al caregiver per esprimere la sua gioia e il suo amore. Allo stesso tempo, il bambino potrebbe apparire triste o preoccupato se il caregiver appare arrabbiato o preoccupato, così da far corrispondere la sua espressione facciale alla situazione in modo appropriato.

3-4: Vota 3 o 4 se hai l'impressione che il bambino non sempre risponde alle espressioni facciali del caregiver o se il bambino ha la tendenza a non produrre sempre chiare espressioni facciali emotive nei momenti appropriati e nel modo appropriato. Per esempio, il bambino non sempre sorride al caregiver, oppure fa una smorfia quando invece sarebbe più appropriato sorridere. Tuttavia, al voto 3 o 4, queste espressioni apparentemente inappropriate o inusuali non dovrebbero verificarsi frequentemente e possono ancora cambiare durante l'interazione, non compromettendo così il suo sviluppo.

5-6: Vota 5 o 6 se frequentemente il bambino non risponde alle espressioni facciali del caregiver quando guarda verso di lui o se il bambino ha la tendenza a non produrre espressioni facciali emotive dirette al caregiver nei momenti e nel modo appropriati. Per la maggior parte dell'interazione il bambino non sembra essere guidato dalla tendenza naturale a rispondere alle espressioni facciali dell'altro. Il bambino può produrre espressioni facciali inaspettatamente e senza alcuna ragione contestuale in un modo che manca di qualsiasi scopo comunicativo ovvio. Per esempio, il bambino I) potrebbe sorridere nella direzione degli altri ma senza sorridere direttamente a loro; II) potrebbe non produrre alcuna espressione; III) potrebbe produrre altre espressioni facciali emotive senza alcuna ragione evidente.

7-8: Vota 7 o 8 se costantemente o per la maggior parte dell'interazione il bambino non risponde alle espressioni facciali del caregiver quando quest'ultimo lo guarda o se il bambino non riesce a produrre e dirigere espressioni facciali emotive al suo caregiver nei momenti appropriati o nel modo appropriato. Vota 7 o 8 se il bambino sembra mancare completamente di interesse o motivazione nel rispondere alle espressioni dell'altro, se produce ripetutamente espressioni facciali inaspettate in un modo che sembra mancare di qualsiasi ragione contestuale o scopo comunicativo appropriato.

C4 - Grado di attenzione del bambino alla sanzione emotiva da parte del caregiver:

1-2: Vota 1 o 2 se il bambino appare costantemente e spontaneamente interessato a ricevere la sanzione emotiva del caregiver. Per esempio, se appare felice dopo aver ricevuto una lode oppure, al contrario, se appare deluso o triste dopo un commento, un'azione o un'emozione negativa legata al suo comportamento. Di solito, per ogni bambino la sanzione emotiva (positiva) è spesso così piacevole e interessante da motivarlo a iniziare qualsiasi tipo di interazione e attività condivisa solo per ricevere nuovamente il supporto positivo emotivo del caregiver.

3-4: Vota 3 o 4 se hai l'impressione che a volte il bambino non risponde alla sanzione emotiva del caregiver perché è occupato, distratto o preferisce altri tipi di stimoli. Quindi, essendo concentrato su altri stimoli, il bambino ha bisogno che il caregiver lo stimoli più spesso con ripetute sollecitazioni emotive. Tuttavia, anche se il bambino è leggermente distratto e non sempre risponde con l'entusiasmo e la fluidità attesi, le reazioni del bambino non impediscono lo sviluppo dell'interazione. Ha solo bisogno di essere "stimolato" un po' di più.

5-6: Vota 5 o 6 se frequentemente il bambino non risponde alla sanzione emotiva del caregiver quando guarda verso di lui o se il bambino ha la tendenza a rispondere in modo inappropriato. Per la maggior parte dell'interazione, il bambino appare disinteressato alle sanzioni emotive del caregiver, e di solito non risponde ad esse e/o risponde in modo inappropriato (ad esempio, quando il caregiver incoraggia il bambino, questi piange). Il caregiver deve fare diversi tentativi prima di ottenere una reazione, che sarà spesso inappropriata. Per esempio, dopo che il caregiver cerca di suscitare una risposta emotiva sorridendo, parlando, ridendo verso/con il bambino, questi potrebbe reagire urlando, piangendo, ignorandolo o producendo suoni non comunicativi.

7-8: Vota 7 o 8 se il bambino sembra mancare completamente di interesse per le sanzioni del caregiver e non sembra motivato a rispondere ad esse in modo appropriato, se il caregiver non riesce a creare uno spazio di emozioni reciproche, se il bambino manca della capacità di reagire in maniera appropriata (apparendo cieco e sordo ai tentativi del caregiver. Per esempio, dopo numerosi tentativi falliti da parte del caregiver di ottenere una reazione emotiva sorridendo, ridendo, gesticolando o parlando, il bambino potrebbe reagire urlando, piangendo o producendo rumori inaspettati o ripetendo parole e suoni.