

STRATEGIE DI INTERVENTO SULL'AUTISMO

Dal Capire al Sapere, dal Sapere al SaperFare, dal SaperFare al Fare con competenza.

IL MODELLO SUPERABILITY

A cura di LUCIO MODERATO

Il Modello Superability è:

- . una tecnica abilitativa
- . uno strumento di valutazione
- . un complesso di strumenti di progettazione educativa/abilitativa
- . un sistema per l'organizzazione di attività psicoeducative strutturate
- . una modalità per l'organizzazione e lo sviluppo delle risorse umane
- . la strutturazione di un ambiente fisico che faciliti i processi di apprendimento e di abilitazione
- . una serie di procedure e di protocolli finalizzati alla presa in carico di persone con disabilità mentale e delle loro famiglie.

Il Modello Superability è la somma e il prodotto di tutto ciò, inserito in un sistema di riferimento coerente, uniforme ed esaustivo, ma flessibile e adattabile ai bisogni individuali del disabile.

Il Modello, a differenza della tecnica che si applica e funziona solo in alcune situazioni scelte, cambia taglia e misura senza perdere le proprie caratteristiche e specificità intrinseche; può quindi essere applicato e utilizzato in situazioni diverse (scuola Centri Diurni, Comunità alloggio, terapia occupazionale, inserimento lavorativo etc.) con differenti tipologie di autismo e con diverse fasce di età, senza perdere il suo livello di efficacia.

Superability trae origine e congloba le strategie e metodologie del metodo cognitivo-comportamentale.

Al nome (Superability/Superabilità) vengono attribuiti due significati:

1) "superamento" di ostacoli e difficoltà: ogni persona autistica deve quotidianamente superare difficoltà inimmaginabili legate alla patologia, ma soprattutto al pregiudizio e alla privazione dei più elementari diritti dell'individuo come quello dell'essere messo in grado di crescere, di apprendere, di sviluppare autonomia e indipendenza secondo le proprie capacità.

2) abilità superiori e fuori dalla norma, delle persone con autismo: può sembrare un paradosso perché solitamente la persona autistica, proprio perché disabile, viene considerata un *minus habens*, una persona inferiore. Questo sarebbe vero se i livelli di partenza di due individui fossero uguali, se due cavalli ad esempio partissero dalla stessa linea di partenza, entrambi dotati di quattro gambe. Ma così non è: uno dei due cavalli parte in svantaggio perché ha solo tre gambe e di conseguenza questo cavallo dovrà fare molta più fatica per fare la stessa strada del primo.

Ebbene uscendo dalla metafora ippica un individuo dovrà essere superabile, possedere abilità superiori per sviluppare quelle capacità adattive tali da consentirgli di vivere una vita il più possibile vicina alla normalità, nonostante talune considerevoli condizioni di svantaggio iniziali.

Chi riesce a correre con una gamba sola non è meno abile, è superabile anche se non riesce a correre alla stessa velocità di chi ne ha due o non riesce a raggiungerlo.

Basi scientifiche del Modello Superability

Caratteristica del modello Superability è la strutturazione di attività abilitative secondo un metodo scientifico che si fonda su parametri di efficienza/efficacia.

「Il piano individualizzato è il punto di partenza del Superability: per ogni utente viene definito un programma di intervento tarato sulle sue specifiche caratteristiche ed attitudini, potenzialità e problematicità; dopo avere effettuato un'accurata diagnosi funzionale, le abilità mancanti o carenti diventeranno gli obiettivi abilitativi da perseguire nei diversi contesti esistenziali (di riabilitazione, di tempo libero, etc.), sia con interventi individuali che di piccolo gruppo, mentre le abilità presenti saranno la base su cui fondare l'intero trattamento.」

In questo modo si svolge un'importante operazione abilitativa che promuove autonomia e indipendenza nella persona con disabilità aumentando i suoi livelli di libertà con un contestuale miglioramento dei suoi livelli di qualità di vita: e non è forse questo il fine ultimo di qualsiasi intervento di riabilitazione/abilitazione/educazione?!?

Di frequente, nelle strutture assistenziali e riabilitative, viene fatto l'errore di confondere l'attività (che è l'occasione per imparare un'abilità) con l'abilità (che è lo strumento per svolgere non solo quella specifica attività, ma anche altre a questa simili).

L'attenzione si deve spostare sull'apprendimento delle abilità, in modo tale che queste possano essere utilizzate non solo per l'esecuzione di quella particolare attività, ma anche per tutte quelle che necessitano il possesso di quelle capacità discriminative, fino motorie, logico deduttive etc.

Per questo motivo ai trattamenti di *training* individualizzato vengono affiancate attività di "generalizzazione". In questo modo si rende l'apprendimento intelligente, non accidentale e non meccanico, in quanto l'**abilitazione** non è la mera esecuzione ripetitiva di una attività, ma l'applicazione e l'adattamento di quest'ultima ad una situazione diversa e generalizzabile ad altre simili.

Per raggiungere forti obiettivi psico-educativi ed abilitativi è necessario rispettare nella strutturazione del Modello almeno tre condizioni:

1. Elaborare programmi riabilitativi/abilitativi/educativi individualizzati definiti operazionalmente sia negli obiettivi sia nelle metodologie da condividere con utente/famiglia.
 2. Realizzare *task-analys* e algoritmi di lavoro per ogni attività occupazionale che si vuole insegnare.
 3. Avere e mantenere un approccio "generalista" e di presa in carico globale, con suddivisione di compiti degli operatori su base funzionale, pur nel rispetto delle diverse specificità professionali.
- Questo per far sì che l'apprendimento si sviluppi non solo nei segmenti di tempo abilitativi, ma in tutti gli atti di vita quotidiana a prescindere dalla presenza del singolo specialista del settore.

Gli aspetti che riguardano l'apprendimento di abilità nelle diverse aree (cognitiva, motoria, relazionale, di autonomia personale etc.), devono essere descritti "operazionalmente", in modo tale da consentire la valutazione iniziale (BASE-LINE) e la successiva verifica (FOLLOW-UP).

E' necessario usare strumenti criteriali di osservazione e di *assessment*, come ad esempio, CAPIRE, SAPERE, etc. per garantire l'oggettività dell'osservazione, l'intersoggettività della stessa, la verificabilità del livello di raggiungimento dell'obiettivo a distanza di tempo.

Per una classificazione globale e multifattoriale dell'individuo e l'identificazione dei livelli di partecipazione sociale dello stesso, diventa necessario integrare l'*assessment* delle competenze con la definizione del profilo di funzionamento del singolo in relazione alle capacità adattive possedute, facendo riferimento a strumenti valutativi e di classificazione come ad esempio *Vineland*, *Adaptive Behavior Scales*, Classificazione I.C.F. e Classificazione AAMR, 10° revisione.

Nel programma abilitativo individualizzato non bisogna limitarsi a porre in maniera generica e non ben definita come obiettivo, ad esempio, l'incremento dei livelli di autonomia personale, **ma bisogna definire tale autonomia in termini operazionali.**

La definizione oggettiva di obiettivi favorisce l'instaurarsi di un altro criterio, quello dell'**intersoggettività**, cioè della possibilità di vedere e valutare il fenomeno da parte di più persone, anche in tempi e situazioni diverse. In questo modo è possibile scambiarsi più facilmente l'informazione tecnica tra persone dell'équipe, arricchendo le competenze del singolo operatore.

Oltre a ciò, nei trattamenti psicoeducativi è doveroso fare **costanti verifiche periodiche e follow-up**. Questo perché, se l'operatore non ha la possibilità di verificare cosa succede nel tempo, non può sapere se la metodologia attuata sia corretta o sbagliata, sia efficace o inefficace, e se la stessa possa essere applicata ad altri soggetti con patologie e problematiche simili.

In altre parole **si rischia di essere altamente efficienti ma totalmente inefficaci.**

La letteratura insegna, del resto, che la mancanza di verifiche attuate con rigore scientifico è alla base dei fallimenti di alcune forme di intervento educativo in quanto il giudizio di efficacia o di inefficacia di tali trattamenti viene dato non sulla base di dati oggettivi e scientificamente basati, ma su convinzioni soggettive, mode e pregiudizi personali, talvolta errati o inadeguati.

Solo attraverso la presenza di un **forte Programma Educativo/Abilitativo Individualizzato realizzato secondo i paradigmi sopra descritti** si potranno avere dati certi riguardo l'efficacia dell'intervento e si potrà assumere nei confronti dell'utenza con autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo quell'atteggiamento di presa in carico globale; aspetto questo fondamentale che rassicura i familiari in quanto permette loro di fruire di una rete integrata di servizi in grado di offrire risposte adeguate ai loro bisogni e a quelli dei loro figli disabili.

Vale la pena ricordare brevemente che i **bisogni delle persone affette da disabilità, sono bisogni "esistenziali", appartengono al ciclo di vita, e vanno, quindi, interpretati in modo multifattoriale utilizzando strumenti psicologici, educativi, riabilitativi, sociali, medici.**

E' necessario adottare l'**approccio generalista** che si può definire come una **modalità di lavoro di équipe** in cui ciascun professionista svolge operazioni che riguardano direttamente le proprie competenze, coinvolgendo però gli altri membri in modo tale che tutti ne siano a conoscenza e che abbiano lo stesso atteggiamento anche quando il professionista non è presente alla situazione.

► In altre parole non è necessario essere laureati in psicologia o che sia presente "fisicamente" lo psicologo per avere nei confronti dell'utente un atteggiamento "psicologico", così come non è necessario che sia presente l'educatore per attuare un intervento educativo o che sia presente l'infermiere per avere un corretto comportamento da un punto di vista igienico sanitario. Lo psicologo, l'educatore e l'infermiere, nelle parti di loro competenza e conoscenza, avranno il compito non solo di attuare, ma anche di indicare a tutti coloro che interagiscono con l'utente, il tipo di intervento più idoneo per risolvere quel tipo di problema, in quella particolare situazione.

In tale ottica l'attenzione si sposta **dall'intervento di "competenza" legato al ruolo dell'operatore** (famosa ed eccessivamente ripetuta la frase "non è di mia competenza" o "non è il mio ruolo") **all'intervento "competente" legato cioè all'efficacia dell'intervento al di là della persona che lo attua** sia questo educatore, psicologo, infermiere, terapeuta della riabilitazione, genitore...

Dato questo approccio "generalista" e di presa in carico globale, il raggiungimento di risultati da un punto di vista educativo e abilitativo è vincolato alla **costruzione di sinergie operative con strutture territoriali**: solamente la creazione di una rete integrata di servizi, flessibile, funzionale ed organizzata, permette di dare continuità al progetto educativo individualizzato.

Caratteristiche principali del modello

Come affermato dalla più recente letteratura del settore, più un soggetto è grave più il programma abilitativo/rieducativo deve venire formulato con attenzione.

Gli obiettivi abilitativi/rieducativi possono venire raggiunti in due momenti diversi:

- un primo momento riguarda i *trainings* di apprendimento individualizzati (un educatore/un soggetto) finalizzati al raggiungimento di particolari obiettivi abilitativi relativi alle sfere cognitiva, motoria, dell'autonomia personale. I risultati ottenuti devono essere raccolti e quantificati per avere un *follow up* ed una verifica continua della situazione riabilitativa.

- un secondo momento riguarda le attività di "supporto", che tengono conto degli obiettivi raggiunti nei momenti di insegnamento individualizzato e che garantiscono la generalizzazione delle abilità acquisite in situazioni occupazionali diverse: laboratori ed atelier di florovivaistica, ceramica, assemblaggio, etc.

Tali attività possono essere realizzate in gruppo con altri utenti o in specifiche e particolari situazioni esterne. Tutto ciò permette, in questa fase, di organizzare la pratica abilitativa con soggetti che presentano differenti livelli di gravità e di velocità di recupero, in quanto in uno stesso lavoro di gruppo possono essere identificate operazioni diverse e di differente difficoltà svolte da soggetti in possesso di competenze dissimili.

Alla fine di tali processi abilitativi, alcuni dei soggetti che hanno acquisito una certa autonomia personale e sociale e determinate abilità motorie e cognitive, possono essere passati ad un livello di difficoltà maggiore ed essere inseriti in cooperative di lavoro o in scuole di formazione professionale per soggetti "normali" oppure immessi in tirocini formativi presso aziende della zona.

In questo modo, e con il coinvolgimento e la partecipazione di tutto il tessuto sociale del territorio, si può realizzare il fine ultimo della riabilitazione di persone handicappate: collegarsi alla realtà quotidiana e costruire quell'intelligenza che altro non è se non l'utilizzo corretto delle proprie capacità in tempi e situazioni diverse.