



Co-funded by  
the European Union



**Formazione specializzata e aggiornata sul supporto alle tecnologie avanzate per i professionisti e i laureati per l'educazione e per la cura della prima infanzia**

## **Modulo I.1**

**Introduzione al concetto di intervento precoce e di intervento in contesti diversi**

### **Docente**

Dra. María del Camino Escolar Llamazares  
Departments of Education Sciences  
University of Burgos

"Formazione specializzata e aggiornata sul supporto alle tecnologie avanzate per i professionisti e i laureati per l'educazione e per la cura della prima infanzia", e-EarlyCare-T, progetto 2021-1-ES01-KA220-SCH-000032661, è cofinanziato dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea, Azione chiave KA220, Cooperazione fra studiosi per Partenariati strategici. Il contenuto della pubblicazione è di esclusiva responsabilità degli autori. Né la Commissione europea né il Servizio spagnolo per l'internazionalizzazione dell'istruzione (SEPIE) sono responsabili dell'uso che può essere fatto delle informazioni qui diffuse".



# Indice

---

<b>I. INTRODUZIONE</b>	<b>5</b>
<b>II. OBIETTIVI</b>	<b>5</b>
<b>III. TEMA SPECIFICO</b>	<b>6</b>
<b>1. Concetto di stimolazione precoce</b>	<b>6</b>
<b>1.1. Sviluppo infantile</b>	<b>6</b>
<b>1.2. Disturbi dello sviluppo</b>	<b>7</b>
<b>2. Obiettivi della stimolazione precoce</b>	<b>7</b>
<b>3. Applicazione della stimolazione precoce in contesti interdisciplinari (campi d'azione)</b>	<b>8</b>
<b>3.1. Livelli di intervento</b>	<b>8</b>
<b>3.1.1. Prevenzione primaria nella cura precoce</b>	<b>8</b>
<b>3.1.2. Prevenzione secondaria nella cura precoce</b>	<b>9</b>
3.1.2.1. Rilevazione	9
3.1.2.2. Diagnosi	10
<b>3.1.3. Prevenzione terziaria</b>	<b>11</b>
<b>3.2. Principali aree di intervento</b>	<b>12</b>
<b>3.2.1. Sviluppo infantile e centri di cura precoce</b>	<b>12</b>
3.2.1.1. Prevenzione primaria e secondaria	12
3.2.1.2. Prevenzione terziaria	12
<b>3.2.2. Servizi sanitari</b>	<b>14</b>
<b>3.2.3. Servizi sociali</b>	<b>15</b>
<b>3.2.4. Servizi educativi</b>	<b>16</b>

<b>4. Destinatari di EC</b>	<b>17</b>
<b>5. Conclusioni</b>	<b>18</b>
<b>SINTESI</b>	<b>19</b>
<b>GLOSSARIO</b>	<b>20</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>21</b>
<b>BIBLIOGRAFIA DI BASE</b>	<b>22</b>
<b>RISORSE</b>	<b>23</b>



## I. INTRODUZIONE

Lo sviluppo del bambino è un processo dinamico e complesso, basato su uno sviluppo biologico, psicologico e sociale. I primi anni di vita sono una fase critica, in cui si formano le competenze percettive, motorie, cognitive, linguistiche, affettive e sociali. Queste competenze permetteranno un'interazione equilibrata con l'ambiente (Gómez Artiga y Viquer Seguí, 2007; Grupo de Atención Temprana-GAT, 2005).

L'Early Care (EC), l'Intervento Precoce, basato sui principi scientifici della pediatria, della neurologia, della psicologia, della psichiatria, della pedagogia, della fisioterapia, della linguistica, ecc., mira a offrire ai bambini con deficit o a rischio un insieme di azioni ottimizzanti e compensative. Queste azioni faciliteranno una corretta maturazione in tutte le aree e permetteranno ai bambini di raggiungere il massimo livello di sviluppo personale e di integrazione sociale. In questo senso, l'Intervento Precoce fa parte di un processo globale il cui obiettivo è lo sviluppo armonioso dei bambini integrati nel loro ambiente. (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

Sappiamo che i primi anni di vita sono cruciali per un corretto sviluppo biologico, psicologico e sociale (Alonso, 1997; San Salvador, 1998). Da qui l'importanza di comprendere lo sviluppo in questa fase, soprattutto quando ci sono segnali di disturbi congeniti, metabolici, maturativi o di altro tipo o di possibile rischio. Infatti, la cura e l'intervento precoci migliorano le possibilità di sviluppo biopsicosociale. È essenziale lavorare in una prospettiva multidisciplinare, con la convinzione che i bambini con qualsiasi tipo di deficit possano vivere una vita utile e integrarsi nella società (Candel, 2005; Pons, 2007; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Poiché l'EC si basa sulla prevenzione, possiamo metterla in relazione con prevenzione primaria, secondaria e terziaria (le cui strategie saranno approfondite qui di seguito):

- **La prevenzione primaria** nella EC agisce su soggetti ad "alto rischio" di sofferenza per un deficit, anche quando non hanno ancora manifestato o non sono stati ancora diagnosticati dei sintomi. Si tratta di misure universali, rivolte a tutta la popolazione per proteggerne la salute.

- **La prevenzione secondaria** agisce per evitare le cause della comparsa di disturbi o deficit, riducendone la progressione e la durata, attenuandone gli effetti. L'obiettivo finale è la riduzione di una malattia nella popolazione. L'EC mira a individuare malattie, disturbi, situazioni di rischio precocemente (Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013).

- **La prevenzione terziaria** mira a ridurre l'incidenza delle disabilità croniche in una popolazione, cercando di ridurre al massimo la disabilità causata dalla malattia. La EC indirizza le sue azioni verso la riduzione massima delle conseguenze di un deficit o di una malattia, una volta diagnosticati. Inoltre, cerca di ridurre le conseguenze dei disturbi o delle patologie metaboliche, neurologiche, genetiche o dello sviluppo dei bambini (Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013).

Di conseguenza, l'EC è una strategia efficace per prevenire o compensare gli effetti di qualsiasi tipo di deficit (di sviluppo, biologico o sociale) nelle prime fasi della vita del bambino (Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013).

## II. OBIETTIVI

Comprendere le caratteristiche generali della cura precoce e della sua applicazione a diversi campi d'azione e per diversi gruppi.



### III. TEMA SPECIFICO

#### 1. Il concetto di stimolazione precoce

Secondo il Libro bianco sull'intervento precoce (Gruppo di intervento precoce - GAT, 2005, p. 14): *Per attenzione precoce si intende l'insieme di interventi rivolti alla popolazione infantile di età compresa tra 0 e 6 anni, alla famiglia e all'ambiente, che mirano a rispondere tempestivamente ai bisogni temporanei o permanenti presentati da bambini con disturbi dello sviluppo o che siano a rischio di svilupparli. Questi interventi, che devono considerare il bambino nella sua globalità, devono essere pianificati da un'équipe di professionisti con un orientamento interdisciplinare o transdisciplinare.* (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Negli anni '90 è emerso il concetto di intervento precoce, concordato da diversi professionisti e riflesso nel lavoro del GAT (2005). Questo lavoro è un riferimento per tutti i settori dell'EC: tra gli altri, associazioni, professionisti, istituzioni, ricercatori e famiglie (Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Secondo Candel (2005), l'EC non deve essere intesa come un trattamento rivolto a bambini, ma come una serie di azioni rivolte ai bambini, alla famiglia e alla comunità in generale. Data la plasticità cerebrale del sistema nervoso (GAT, 2005), il processo di maturazione del cervello non termina con la nascita, ma continua per un certo periodo di tempo, ed è anche suscettibile di modifiche (Gútiéz, 2005; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

#### 1.1. Sviluppo infantile

Lo sviluppo del bambino nei primi anni di vita è caratterizzato dalla progressiva acquisizione di funzioni importanti come il controllo posturale, l'autonomia di movimento, la comunicazione, il linguaggio verbale e l'interazione sociale. Questo sviluppo è legato al processo di maturazione del sistema nervoso, già iniziato in utero, e all'organizzazione emotiva e mentale. Richiede un'adeguata struttura genetica e la soddisfazione dei bisogni umani fondamentali a livello biologico e psico-affettivo. (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

Lo sviluppo del bambino è il risultato dell'interazione tra fattori genetici e ambientali.

- **La base genetica**, specifica di ogni persona, stabilisce le sue capacità di sviluppo e, finora, ci è impossibile modificarla.

- **I fattori ambientali** modulano e addirittura determinano la possibilità di espressione o la latenza di alcune delle caratteristiche genetiche. Questi fattori sono *biologici, psicologici e sociali*: A) *Fattori ambientali biologici*: mantenimento dell'omeostasi, stato di salute, assenza di fattori di aggressione al Sistema Nervoso (NS) ... Condizioni necessarie per una maturazione adeguata. B) *Fattori ambientali di ordine psicologico e sociale*: interazione del bambino con l'ambiente, legami affettivi, percezione di tutto ciò che lo circonda (persone, immagini, suoni, movimento, ...). Queste condizioni, che sono bisogni fondamentali dell'essere umano, sono decisive per lo sviluppo emotivo, nelle funzioni comunicative, nei comportamenti adattivi e negli atteggiamenti verso l'apprendimento (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

Nella prima infanzia, il sistema nervoso è in una fase di maturazione e di notevole plasticità. La maturazione comporta una maggiore vulnerabilità alle condizioni ambientali avverse e ai pericoli. Pertanto, tutto ciò che influisce sull'acquisizione delle prime tappe dello sviluppo può compromettere lo sviluppo successivo. Tuttavia, la plasticità conferisce



al Sistema Nervoso anche una maggiore capacità di recupero e di riorganizzazione organica e funzionale, che diminuisce negli anni successivi (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

La progressione nei bambini di alterazioni dello sviluppo dipenderà in larga misura dalla data di rilevazione e dal momento in cui inizia l'intervento precoce. Più breve è il tempo di assenza di stimoli, migliore è la plasticità cerebrale e più breve sarà il ritardo. In questo processo, il coinvolgimento della famiglia è fondamentale per l'interazione affettiva ed emotiva, oltre che per trattamenti efficaci (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

## 1.2. Disturbi dello sviluppo

Lo sviluppo è il processo dinamico di interazione tra l'organismo e l'ambiente che porta alla maturazione organica e funzionale del sistema nervoso, allo sviluppo delle funzioni psicologiche e alla strutturazione della personalità. Il disturbo dello sviluppo è una deviazione significativa dal normale corso dello sviluppo derivante da eventi clinici o relazionali che compromettono lo sviluppo biologico, psicologico o sociale. Alcuni ritardi nello sviluppo possono essere compensati o neutralizzati spontaneamente, ed è spesso l'intervento a determinare la transitorietà del disturbo (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

**I rischi principali sono di tipo biologico e sociale.** Sono considerati a rischio biologico i bambini che, durante i periodi pre, peri o postnatale, o durante il primo sviluppo, hanno vissuto situazioni che potrebbero influenzare il loro processo di maturazione, come la prematurità, il basso peso o l'anossia alla nascita. I bambini a *Rischio Psicosociale* sono quelli che vivono in condizioni sociali sfavorevoli, come la mancanza di cure o le inadeguate interazioni con genitori e famiglia, maltrattamenti, negligenza o abusi, che possono influenzare la loro maturazione (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

## 2. Obiettivi della stimolazione precoce

L'obiettivo principale dell'EC è quello di promuovere lo sviluppo e il benessere dei bambini e delle loro famiglie, consentendo la loro integrazione nell'ambiente familiare, scolastico e sociale, nonché l'autonomia personale (Candel, 2005). Di conseguenza, l'EC agisce per la maturazione delle capacità cognitive, dell'autonomia, del linguaggio o della comunicazione e delle abilità motorie (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana -FEAPAPT-, 2008; GAT, 2005; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

L'EC deve raggiungere tutti i bambini che presentino qualsiasi tipo di disturbo o alterazione nello sviluppo, sia esso fisico, mentale o sensoriale, o che si trovino in una situazione di rischio biologico o sociale. Tutte le azioni e gli interventi di EC devono agire con il bambino, con la famiglia e con il suo ambiente (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

Da questo quadro emerge la seguente serie di obiettivi specifici per l'EC: 1. Ridurre gli effetti di una carenza o di un deficit sullo sviluppo complessivo del bambino; 2. Ottimizzare, per quanto possibile, il corso dello sviluppo del bambino; 3. Introdurre tutti i meccanismi di compensazione necessari, eliminare le barriere e adattarsi ai bisogni specifici; 4. Evitare o ridurre la comparsa di effetti secondari o associati o di deficit prodotti da un disturbo o da una situazione ad alto rischio; 5. Soddisfare i bisogni e le esigenze della famiglia e dell'ambiente in cui il bambino vive; 6. Considerare il bambino come soggetto attivo dell'intervento (GAT, 2005).



### **3. Applicazione della stimolazione precoce in contesti interdisciplinari (campi d'azione)**

Quando si pianifica l'intervento, il momento dello sviluppo del bambino e i suoi bisogni devono essere considerati in tutte le aree, non solo il deficit o la disabilità possibili. Nell'EC, il bambino deve essere considerato nella sua globalità, tenendo conto degli aspetti intrapersonali, biologici, psicosociali e educativi specifici di ogni individuo, nonché degli aspetti interpersonali legati al suo ambiente, alla famiglia, alla scuola, alla cultura e al contesto sociale. (GAT, 2005; iger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

Di conseguenza, l'intervento comprende un insieme di azioni rivolte alla popolazione da 0 a 6 anni, ma anche alla famiglia e alla comunità. Esistono numerose discipline scientifiche che sostengono le basi teoriche dell'EC, come la neurologia, la psicologia dello sviluppo e dell'apprendimento, la pediatria, la psichiatria, la pedagogia, la fisioterapia, la logopedia, tra le altre (De Linares & Rodríguez, 2004; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

L'efficacia dei programmi di EC si basa sulla precocità dell'intervento, che dipende dalla diagnosi precoce dei problemi. Questa diagnosi permette ai bambini di iniziare un lavoro che più è precoce e più sarà efficace, poiché la capacità di assimilare e integrare nuove esperienze è molto maggiore nelle prime fasi dello sviluppo (Pérez-López & Brito, 2004). Le discipline su cui si basa l'EC forniscono ai bambini che vivono un deficit o che rischiano di soffrirne un insieme di azioni organizzate e pianificate che facilitano la loro maturazione in tutte le aree, consentendo di raggiungere il massimo livello di sviluppo e di integrazione sociale (Quirós, 2009; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Gli obiettivi principali dell'intervento sono: misure preventive, individuazione precoce e interventi mirati al massimo sviluppo delle facoltà fisiche, mentali e sociali nei bambini diagnosticati (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

#### **3.1. Livelli di intervento**

Il modello biopsicosociale dell'EC porta alla necessità di stabilire relazioni con i programmi e i servizi che agiscono nel contesto dei bambini e delle loro famiglie. Sono tre i livelli su cui dovrebbe basarsi questa collaborazione (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007): prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

##### **3.1.1. Prevenzione primaria nella EC**

La prevenzione primaria in ambito sanitario è costituita dalle azioni e dalla tutela della salute finalizzate al benessere dei bambini e delle loro famiglie. Si tratta di misure universali per tutta la popolazione, che comprendono diritti come l'assistenza sanitaria, il congedo di maternità e l'affido o l'adozione. A questo livello, l'Intervento precoce ha il compito di identificare e comunicare alle istituzioni le circostanze che possono essere rilevanti per la creazione di norme o diritti universali nella promozione e nella protezione dello sviluppo del bambino. Una misura di prevenzione primaria dell'intervento precoce è che è universale e gratuita (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007).

La prevenzione primaria dei disturbi dello sviluppo infantile mira a prevenire le condizioni che possono portare a carenze o disturbi. I servizi competenti in queste azioni sono principalmente la sanità, i servizi sociali e l'istruzione (GAT, 2005, 2011):



- I *servizi sanitari sono responsabili* dei programmi di pianificazione familiare, dell'assistenza alle donne in gravidanza, della salute materno-infantile, delle vaccinazioni, dell'individuazione dei disturbi metabolici, dell'informazione sui fattori di rischio e della loro prevenzione, dell'assistenza pediatrica primaria e delle azioni ospedaliere e sanitarie in generale. I servizi pediatrici nell'ambito delle cure primarie - utilizzati da tutta la popolazione infantile dalla nascita ai 14 o 18 anni di età - sono importanti per la prevenzione dei disturbi dello sviluppo. I servizi di salute mentale infantile sono importanti nella prevenzione primaria, collaborando con équipes sanitarie e di pianificazione familiare nei programmi materno-infantili, per evitare situazioni ad alto rischio. (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

- I *servizi sociali sono responsabili per:* interventi volti a prevenire situazioni di rischio sociale e di abuso sui minori. L'attività dei servizi sociali rientra nei compiti di cura della famiglia. I servizi sociali intervengono anche nella prevenzione dei disturbi dello sviluppo infantile, attraverso programmi rivolti a gruppi ad alto rischio a causa delle condizioni sociali (come quelle delle madri adolescenti o delle popolazioni migranti, ecc.).

- I *servizi educativi sono responsabili* delle azioni di sostegno al bambino e alla famiglia da parte delle scuole dell'infanzia. Le scuole svolgono un lavoro essenziale nella prevenzione dei disturbi dello sviluppo per le popolazioni ad alto rischio. Offrono un ambiente stabile e stimolante a un settore della popolazione infantile che spesso soffre di condizioni avverse in famiglia (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

### **3.1.2. Prevenzione scondaria nella EC**

La prevenzione secondaria in ambito sanitario si basa sull'individuazione precoce di malattie, disturbi o situazioni ad alto rischio. Viene attuata attraverso programmi speciali per gruppi identificati a rischio, come i neonati prematuri nati a meno di 32 settimane o con peso inferiore a 1.500 grammi; i nuclei familiari con gravidanze di adolescenti sotto i 18 anni, a rischio di disfunzioni relazionali; i nuclei familiari con gravidanze a partire dai 35 anni, a rischio di anomalie cromosomiche; i bambini con tetraplegia spastica e rischio di lussazione dell'anca (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007).

#### **3.1.2.1. Rilevazione**

L'individuazione di possibili alterazioni dello sviluppo infantile è un aspetto fondamentale dell'intervento precoce, in quanto consente di mettere in atto meccanismi di azione comunitaria. Quanto più tempestiva è l'individuazione, tanto maggiore è la garanzia di prevenire ulteriori patologie, di ottenere miglioramenti funzionali e di consentire un maggiore adattamento per i bambini e il loro ambiente (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

L'*individuazione precoce* dei disturbi dello sviluppo infantile è essenziale per la diagnosi e per l'assistenza terapeutica. La diagnosi precoce è essenziale per influenzare una fase in cui la plasticità del sistema nervoso è al massimo e le possibilità terapeutiche dimostrano la massima efficacia. I disturbi dello sviluppo infantile devono essere individuati nel momento in cui compaiono i primi segni rivelatori (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007). Nell'individuazione dei disturbi dello sviluppo o delle situazioni di rischio possiamo considerare diverse fasi e agenti (GAT, 2005):

- a) Servizi ostetrici della fase prenatale. La prevenzione secondaria dei disturbi dello sviluppo infantile dovrebbe iniziare nei servizi ostetrici, con l'assistenza alle donne in gravidanza da parte di professionisti della salute (ostetriche e levatrici). Questi professionisti hanno la responsabilità di individuare le situazioni di rischio e di fornire



- informazioni, sostegno e orientamento alle future madri (GAT, 2005; Gómez Artiga GAT, 2005 Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007).
- b) Servizi di neonatologia in fase perinatale. I bambini ad alto rischio di carenze, disturbi o alterazioni dello sviluppo a causa di determinate condizioni genetiche e di situazioni avverse nella sfera biologica o organica ricevono assistenza nelle unità o nei servizi di Neonatologia: infezioni intrauterine, basso peso, ipossia, emorragie cerebrali, infezioni postnatali. In presenza di segnali compatibili con un disturbo dello sviluppo, sono messe in atto misure terapeutiche appropriate, sempre adeguate alla situazione del bambino (GAT, 2005; Gómez Artiga GAT, 2005 Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007).
  - c) Servizi pediatrici della fase postnatale. L'équipe pediatrica è il principale agente di diagnosi precoce grazie a visite regolari al bambino nei primi anni di vita e di programmi di controllo del bambino sano. L'*osservazione diretta* dei bambini e le informazioni fornite dai genitori consentono di confermare il normale sviluppo del bambino o il sospetto di deviazione. Questo livello di individuazione è essenziale poiché i bambini con gravi problemi di sviluppo hanno spesso una storia di patologia pre- o perinatale e spesso ci sono programmi di follow-up specifici a cui dovrebbero partecipare. Il rilevamento, in questi casi, dovrebbe avvenire nell'ambito di regolari consultazioni pediatriche (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Saiz Manzanares & Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares et al., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).
  - d) Servizi educativi. La scuola materna, gli insegnanti e gli educatori sono importanti agenti di rilevazione. In questa fase si possono riscontrare problemi nelle abilità e nei comportamenti di base per l'apprendimento: abilità motorie, socializzazione, linguaggio, difficoltà attentive e percettive e limitazioni cognitive o emotive non rilevate prima. Le condizioni del nido e le interazioni nel contesto scolastico sono diverse da quelle dell'ambiente familiare e rivelano la presenza di deviazioni del processo di sviluppo, squilibri nello sviluppo psico-affettivo dei bambini o alterazioni del comportamento. Queste deviazioni possono facilmente passare inosservate ai genitori e al personale sanitario e possono essere rilevate solo quando il bambino acceda a contesti educativi (GAT, 2005; Gómez Artiga GAT, 2005 Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007). Quando gli insegnanti rilevano un possibile disturbo, comunicano la loro preoccupazione alla famiglia. Sulla base dei dati forniti dall'ambiente scolastico e familiare, si devono stabilire linee guida coordinate per l'osservazione e l'azione, oltre al rinvio al pediatra e al Centro di prima accoglienza. L'obiettivo è stabilire una diagnosi completa e avviare un intervento terapeutico adeguato (GAT, 2005; Sarriá Sánchez & Brioso Díez, 2010; Saiz Manzanares & Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares et al., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).
  - e) L'ambiente familiare è un importante mezzo di rilevazione, poiché spesso sono i genitori, nell'interazione quotidiana nel loro contesto naturale, a notare le deviazioni tra il comportamento del proprio figlio e quello degli altri bambini. Maggiore attenzione e informazione dei genitori faciliterebbe l'individuazione precoce dei disturbi dello sviluppo (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007).
  - f) Servizi sociali, grazie al loro rapporto con le famiglie con problemi psicosociali e con la comunità in generale, sono in una posizione ottimale per individuare i fattori di rischio sociale nello sviluppo del bambino (situazioni di reddito familiare molto basso, madri adolescenti, tossicodipendenza, emarginazione sociale, ecc. (GAT, 2005).

### 3.1.2.2. Diagnosi

La diagnosi consiste nel trovare la prova di un'alterazione dello sviluppo, così come la conoscenza delle sue cause, permettendo l'inizio di un intervento terapeutico appropriato. Dato il sospetto di un disturbo dello sviluppo infantile, è essenziale proporre una diagnosi ampia, che consideri diverse aree e livelli. Nella maggior parte dei casi il problema non si limita a un solo aspetto. Di solito interessa diverse aree e ha un'origine multifattoriale: interazione di fattori genetici, aspetti sanitari, cure psico-affettive e condizioni ambientali in generale (GAT, 2005; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).



La diagnosi nell'ambito dell'intervento precoce deve riguardare gli ambiti biologico, psicologico, sociale e educativo, richiedendo la collaborazione di professionisti di varie discipline: medicina, psicologia, pedagogia e scienze sociali. La diagnosi dei disturbi dello sviluppo considera tre livelli diagnostici: funzionale, sindromico ed eziologico.

1. *Diagnosi funzionale.* Rileva qualitativamente e quantitativamente i disturbi o le disfunzioni. Costituisce l'informazione di base per la comprensione dei problemi del bambino, considerando l'interazione familiare e quella dell'ambiente culturale, le sue capacità e la possibilità di svilupparle. Una diagnosi funzionale è essenziale per produrre obiettivi e strategie di intervento.
2. *Diagnosi sindromica.* Si tratta di un insieme di segni e sintomi che definiscono una certa entità patologica. L'identificazione di una sindrome permette di determinare le strutture (neurologiche, psichiche, sociali) responsabili del disturbo e fornisce indicazioni sulla sua eziologia. La diagnosi sindromica permette di rilevare informazioni indispensabili per definire una diagnosi eziologica. Aiuta inoltre a individuare patologie stabili, transitorie o evolutive, con una base prevalentemente organica o ambientale.
3. *La diagnosi eziologica* riporta le cause - biologiche o psicosociale - dei disturbi funzionali o della sindrome identificata (GAT, 2005; Viger Seguí e Gómez Artiga, 2007).

In tutti i casi, si cerca di stabilire l'eziologia dei diversi disturbi identificati, considerando sempre la loro probabile natura multifattoriale. Si tratta di un approccio ampio che considera gli aspetti biologici, psicologici, educativi e ambientali in generale (GAT, 2005).

Una questione importante nell'ambito dell'intervento precoce è la comunicazione delle informazioni diagnostiche ai genitori in una situazione di rischio o di probabile presenza di un disturbo dello sviluppo nel loro figlio. Questa informazione produce uno shock emotivo nei genitori, con ansia, angoscia, paura, sentimenti di rifiuto, negazione. Spesso può dare origine a discussioni in famiglia. È necessario prestare attenzione a questo processo di informazione e al modo in cui viene fatto. Una buona informazione facilita comprensione, assimilazione, adattamento (GAT, 2005; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007). L'informazione relativa alla diagnosi di un disturbo dovrebbe essere accompagnata sempre da informazioni per la famiglia sulle risorse terapeutiche, sociali, educative ed economiche. È importante che i genitori sappiano come accedere alle risorse, nonché l'esistenza di gruppi di sostegno. È fondamentale garantire il coordinamento tra i professionisti e le istituzioni e offrire supporto durante tutto il processo di referral (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí e Gómez Artiga, 2007).

### **3.1.3. La prevenzione terziaria**

La prevenzione terziaria in ambito sanitario corrisponde ad azioni volte a porre rimedio a situazioni di crisi biopsicosociale. Ne sono un esempio la nascita di un bambino con disabilità o la comparsa di un disturbo dello sviluppo. La CE ha il compito di attivare un processo di riorganizzazione, lavorando con i bambini, le famiglie e l'ambiente in cui vivono. La complessità di queste situazioni richiede l'intervento di un'équipe multidisciplinare (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007).

La prevenzione terziaria nell'ambito dell'intervento precoce raggruppa tutte le attività rivolte ai bambini e al loro ambiente per migliorare le loro condizioni di sviluppo. Si rivolge ai bambini, alle loro famiglie e al loro ambiente. Mira a mitigare o superare i disturbi o le disfunzioni dello sviluppo, a prevenire i disturbi secondari e a modificare i fattori di rischio nell'ambiente immediato del bambino (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).



Un altro obiettivo fondamentale dell'intervento è garantire che la famiglia conosca e comprenda la realtà del bambino, le sue capacità e i suoi limiti. In questo modo, le famiglie possono agire come agenti che migliorano lo sviluppo dei bambini, modificando il loro ambiente in base alle loro esigenze fisiche, mentali e sociali, garantendo il loro benessere e facilitando la loro integrazione sociale. L'intervento necessita di una pianificazione globale e interdisciplinare, che tenga conto delle capacità e delle difficoltà dei bambini nelle diverse aree di sviluppo, della loro storia e dei loro processi evolutivi. Deve inoltre considerare le possibilità e i bisogni degli altri membri della famiglia, le risorse disponibili, le conoscenze e le azioni nell'ambiente sociale (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

### **3.2. Principali aree di intervento**

#### **3.2.1. Centri per lo sviluppo e l'assistenza precoce dei bambini (CDIAT)**

I CDIAT sono servizi autonomi che si occupano di bambini di età compresa tra 0 e 6 anni che presentano o sono a rischio di disturbi dello sviluppo. L'obiettivo principale è fornire l'assistenza necessaria a tutti i bambini che presentano disturbi o disfunzioni nello sviluppo o che si trovano in una situazione di rischio biologico, psicologico o sociale. Il modello CDIAT copre principalmente la cura di bambini con varie patologie o disfunzioni nello sviluppo (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007).

L'équipe del CDIAT è multiprofessionale, interdisciplinare, di orientamento olistico, perché i suoi interventi riguardano aspetti intrapersonali, biologici, psicologici, sociali e educativi specifici di, oltre ad aspetti interpersonali legati all'ambiente, come la famiglia, la scuola e la cultura. L'équipe è composta da specialisti dell'EC provenienti dai settori medico, psicologico, educativo e sociale (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007)

##### **3.2.1.1. Prevenzione primaria e secondaria**

Le funzioni di un CDIAT comprendono sensibilizzazione, prevenzione, individuazione. Il CDIAT collaborerà con istituzioni, gruppi di pazienti e altri professionisti nello sviluppo di programmi di sensibilizzazione per la popolazione generale, sugli aspetti di prevenzione legati allo sviluppo del bambino (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

##### **3.2.1.2. Prevenzione terziaria**

Gli interventi vanno pianificati e programmati individualmente, considerando i bisogni e le possibilità di ciascun bambino in ogni area di sviluppo, la situazione e le possibilità della sua famiglia e quelle dell'ambiente scolastico. Il programma deve includere tempistica degli obiettivi, modalità metodologica, la valutazione degli obiettivi proposti o del risultato dell'applicazione del programma. L'intervento del CDIAT inizia quando si riceve una richiesta della famiglia o di altro professionista o istituzione. L'intervento si articola in diversi momenti: valutazione iniziale, intervento terapeutico, follow-up, controllo e rinvio (GAT, 2005; Gómez Artiga Viger Seguí, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007):

*A) Processo di valutazione iniziale.* Si tratta di uno studio completo e approfondito dello sviluppo del bambino, della sua storia individuale e familiare, del suo ambiente. Ciò richiede la collaborazione di professionisti di diverse discipline, la collaborazione e il coordinamento delle istituzioni che hanno dato origine al caso. Le fasi della valutazione



iniziale sono quattro: 1) raccolta di informazioni, 2) valutazione del bambino e del suo ambiente, 3) creazione di ipotesi diagnostiche e di un piano di intervento, 4) colloquio di restituzione con la famiglia (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

A1) Raccolta di informazioni. L'adeguata raccolta di informazioni è l'elemento più importante del processo diagnostico ed è lo strumento che guida le fasi successive del processo di valutazione. Le informazioni vengono raccolte attraverso l'accoglienza, la raccolta sistematica di informazioni e il contributo di altri professionisti (Saiz Manzanares, & Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares et al., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).

1.1. *L'accoglienza* è il primo contatto con la famiglia, in cui il professionista ascolta e raccoglie le preoccupazioni, i ricordi, i progetti, le aspettative e le difficoltà dei genitori riguardo al loro bambino. Questo colloquio di accoglienza, oltre a essere un importante strumento di valutazione iniziale, stabilisce le prime linee guida per la progettazione dell'intervento (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

1.2. *Raccolta sistematica delle informazioni*. Sulla base delle informazioni ricavate dall'intervista di accoglienza, si tratta della raccolta di dati che la famiglia non ha fornito spontaneamente, ma che sono necessari per una corretta comprensione dello sviluppo del bambino e delle tappe del suo sviluppo, nonché delle possibili cause dell'alterazione (GAT, 2005; Saiz Manzanares & Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares et al., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).

1.3. *Informazioni da parte di altri professionisti*. Si tratta delle informazioni ricevute da altri professionisti - come pediatri, psicologi scolastici, educatori, assistenti sociali, ecc. I dati saranno organizzati in una storia unica (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

A2) *Valutazione del bambino e del suo ambiente*. Esistono vari strumenti per la valutazione del bambino e del suo ambiente; essi vengono utilizzati in modo diverso per ogni bambino, in base alle ipotesi iniziali basate sulla sua storia: osservazione del comportamento spontaneo e reattivo a determinate situazioni e stimoli presentati; relazione con i genitori e con il professionista che esegue la valutazione; relazione con gli altri bambini e con l'educatore quando il bambino è a scuola; esame fisico e valutazione neurologica e funzionale del bambino; test standardizzati; osservazione a casa; esami complementari, consultazioni specialistiche. Queste tecniche forniscono informazioni sul funzionamento generale e specifico del bambino a livello fisico ed emotivo. Queste informazioni indicano possibili limitazioni e deficit presentati dal bambino, insieme a capacità e potenzialità (GAT, 2005; Gómez Artiga e Viger Seguí, 2007; Saiz Manzanares e Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares et al., 2019; Sarria Sanchez, 2010).

A3) Sviluppo di ipotesi diagnostiche e piano di intervento. Una volta conclusa la fase di raccolta delle informazioni, ogni professionista fornirà dati e conclusioni delle sue valutazioni per stabilire congiuntamente - tenendo conto di tutti i fattori bio-psico-sociali - diagnosi o ipotesi diagnostiche su tre livelli: funzionale, sindromico ed eziologico. Verranno stabiliti i bisogni del bambino e della famiglia, le risorse esistenti nella comunità. È importante stabilire le priorità di intervento e le possibili previsioni a breve, medio e lungo termine. Gli obiettivi dell'intervento terapeutico saranno specificati, prioritari e tempificati, indicando il professionista o i professionisti responsabili di ciascuna parte (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

A4) Intervista di ritorno. Nel colloquio di restituzione offriamo ai genitori le informazioni diagnostiche preparate dall'équipe, utilizzando un linguaggio appropriato e comprensibile. Queste informazioni dovrebbero consentire loro di comprendere la



situazione del bambino, le possibili prospettive e i mezzi terapeutici che un centro può fornire (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

*B) Intervento terapeutico.* L'intervento raggruppa tutte le attività rivolte al bambino e al suo ambiente per migliorarne le condizioni di sviluppo. Aree di azione e tipo di intervento saranno stabiliti in base a età, caratteristiche e bisogni del bambino, a tipo e grado di disturbo, alla famiglia, all'équipe stessa e all'eventuale collaborazione con altre risorse della comunità. L'intervento sarà pianificato e programmato in modo globale e individuale, con linee guida specifiche adattate ai bisogni di ogni bambino e di ogni famiglia in ciascuna delle aree di sviluppo. Il programma deve includere i tempi degli obiettivi, la valutazione e le modalità del loro raggiungimento (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

*C) Valutazione monitoraggio.* La valutazione deve riguardare tutti gli aspetti dell'intervento e può essere distinta in due fasi: a) valutazione continua, che consente di adattare il programma alle esigenze e di modificarlo in base alle necessità; b) valutazione finale, che determina se gli obiettivi fissati all'inizio dell'intervento sono stati raggiunti e che serve a specificare se l'intervento è da considerarsi completo o se è necessario un rinvio (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

*D) Derivazione.* Il periodo di accoglienza di un bambino in un servizio di EC termina quando il bambino non ha più bisogno di questo servizio o, per motivi di età o di abilità, deve continuare con l'accoglienza da parte di un'altra struttura. In entrambi i casi, la famiglia ha il diritto di ricevere informazioni orali e una relazione scritta che riassume i progressi del bambino, la sua situazione, i bisogni rilevati (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

### **3.2.2. Servizi sanitari**

a) Servizi ostetrici. Il lavoro preventivo dei loro professionisti, fundamentalmente di prevenzione primaria, si esplica attraverso: individuazione e diagnosi dei fattori di rischio prima della gravidanza; assistenza alle donne in gravidanza ad alto rischio biologico, psicologico o sociale; consultazioni di preparazione al parto in cui i futuri genitori ricevono informazioni sul normale sviluppo del bambino e sui possibili segnali di allarme; Individuazione di possibili situazioni di rischio durante il parto e assistenza adeguata; in caso di diagnosi prenatale di carenza, i genitori - soprattutto le madri - hanno bisogno di assistenza psicologica preventiva fin dall'inizio, a causa dei potenziali effetti sul legame madre-bambino (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

b) Servizi di neonatologia. Nell'ambiente perinatale, spesso troviamo bambini ad alto rischio di carenze, a causa della loro immaturità, del basso peso alla nascita o di altri fattori ereditari o pre-perinatali. Tra il 10 e il 12% dei neonati passa attraverso una "unità di cura neonatale" e tra il 3% e il 5% dei neonati sono considerati a rischio psico-neurosensoriale. Questa realtà rende i servizi di neonatologia un importante strumento di prevenzione primaria. Svolgono anche un importante lavoro di prevenzione secondaria, individuando e diagnosticando condizioni patologiche presenti alla nascita e associate a disturbi dello sviluppo (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

c) Pediatria di base. Si tratta di professionisti sanitari che hanno contatti regolari con i bambini e le loro famiglie e sono un punto di riferimento per i genitori. I pediatri sono essenziali per individuare e indirizzare correttamente i bambini per la diagnosi, il follow-up e i centri di intervento. La prevenzione primaria in Pediatria avviene attraverso i



controlli sanitari del programma "Bambino sano". Il rilevamento è costituito da esami della salute del bambino, applicando metodi di screening oggettivi e metodi di osservazione per individuare i segnali di allarme dei disturbi dello sviluppo. I dati di osservazione offerti dalla famiglia dovrebbero essere valutati e avere particolare importanza (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Saiz Manzanares & Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares et al., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).

d) Servizi neuropediatrici. I servizi di neuropsichiatria intervengono nell'assistenza precoce in diverse aree: agiscono insieme ai professionisti dell'Unità Neonatale in termini di individuazione, diagnosi e assistenza terapeutica richiesta dai neonati a rischio; partecipano ai programmi di monitoraggio dello sviluppo come parte dell'équipe che si occupa dei bambini considerati ad alto rischio bio-psico-sociale; individuano i segnali di allarme e diagnosticano i disturbi neurologici; elaborano diagnosi funzionali, sindromiche ed eziologiche di bambini con disturbi nello sviluppo e specificamente nei processi su base organica (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007).

e) Servizi di riabilitazione infantile. I servizi di riabilitazione in Spagna sono stati collegati a tre tipi di esperienze: 1. L'esperienza ospedaliera, predominata da azioni terapeutiche fisiche e dal trattamento di "patologie acute"; 2. L'esperienza dei servizi sociali, attraverso programmi personalizzati per rispondere alle esigenze di integrazione sociale e di autonomia delle persone con disabilità (rete dei Centri di Base INSERSO); 3. L'esperienza del movimento dei gruppi di sostegno ai pazienti che ha prodotto centri specializzati per il trattamento completo e intensivo di alcune patologie. Per i bambini da 0 a 6 anni, le équipe dei centri di base hanno svolto un ruolo molto importante nella promozione dei programmi di stimolazione precoce e di assistenza precoce. I centri specifici per i gruppi di pazienti hanno spesso preso il posto dei centri per la cura dei bambini con disabilità, soprattutto nella prima infanzia (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

f) Servizi di salute mentale. I professionisti delle unità di salute mentale infantile sono coinvolti a tutti i livelli dell'assistenza precoce. Le misure generali di prevenzione primaria da parte della Salute Mentale Infantile comprendono: coordinamento e sviluppo di programmi con altri servizi sanitari, educativi, sociali e giudiziari; collaborazione in programmi di prevenzione per l'individuazione di fattori di rischio psicologico; partecipazione a programmi di formazione e coordinamento con altri professionisti delle cure primarie. I neuropsichiatri elaborano diagnosi funzionali, sindromiche ed eziologiche di bambini con disturbi dello sviluppo e, in particolare, dei processi su base organica (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007). Gli *Interventi Terapeutici* nelle unità di Salute Mentale infantile prevedono diverse modalità d'azione di base: interventi diretti con i bambini, individualmente o in piccoli gruppi, nei casi di psicopatologia precoce grave, in particolare psicosi, autismo, disarmonie dello sviluppo, ...; interventi sulle famiglie per facilitare la comprensione dei disturbi e delle difficoltà dei bambini e l'importanza di adattare l'ambiente familiare alle loro esigenze; attività di coordinamento con altri servizi e professionisti correlati (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viquer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

### 3.2.3. Servizi sociali

Considerando l'importanza del contesto sociale e delle condizioni circostanti nell'esistenza di un deficit nello sviluppo o nel rischio che si verifichi, i servizi sociali hanno un ruolo e una responsabilità sia nei programmi di prevenzione che nella individuazione, nella diagnosi e nell'intervento. I servizi sociali e i loro professionisti intervengono a tutti i livelli dell'assistenza primaria. La loro azione nell'ambito dell'EC è di vitale importanza e si esplica attraverso la promozione del benessere sociale delle famiglie e attraverso programmi di prevenzione e intervento (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viquer Seguí, 2007).



a) Promozione del benessere sociale delle famiglie. L'intervento precoce ha contribuito a riconoscere quanto siano importanti per lo sviluppo del bambino fattori quali: dedizione affettiva, sufficienza economica, stabilità lavorativa, stabilità delle relazioni familiari, partecipazione alle reti sociali e coerenza degli stili educativi. La tutela delle prime relazioni tra genitori e figli deve essere una priorità sociale. Ciò intende la necessità di misure più efficaci che, basate sul rispetto della diversità culturale, incoraggino, formino e aiutino i genitori in ciò che fanno e permettano loro di conciliare lavoro e vita familiare (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

b) Programmi di prevenzione. La prevenzione primaria può essere effettuata attraverso interventi (di sostegno individuale o di gruppo) rivolti a contesti definiti precedentemente come "con difficoltà / rischio sociale", nonché attraverso progetti comunitari volti a promuovere il benessere e la salute globale nella prima infanzia. Sulla base di indicatori di rischio sociale, i programmi di prevenzione secondaria mirano a individuare le situazioni familiari e i fattori ambientali e sociali che possono influenzare la comparsa di disturbi nello sviluppo dei bambini o metterlo a rischio (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viquer Seguí, 2007).

c) Programmi di intervento precoce in ambito psicosociale. Gli obiettivi di questi programmi sono: a) la ricostruzione e la riorganizzazione della famiglia d'origine; b) la protezione e l'accompagnamento dei transiti in caso di dissoluzione dei legami familiari o di costituzione di nuovi legami; c) il reinserimento familiare, l'affido o l'adozione; d) la protezione e l'accompagnamento dei bambini istituzionalizzati senza altre opzioni o riferimenti familiari; e) il trattamento precoce di qualsiasi disturbo dello sviluppo che possa essere individuato (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viquer Seguí, 2007).

### 3.2.4. Servizi educativi

La scuola è una tappa importante nel processo di integrazione e socializzazione dei bambini, in modo molto significativo per quelli con problemi di sviluppo. L'educazione della prima infanzia è particolarmente importante, poiché i primi anni di vita sono fondamentali per lo sviluppo fisico e psicologico armonioso dei bambini, per la maturazione delle loro facoltà intellettuali, per la costruzione della loro personalità. L'educazione a queste età ha un marcato carattere preventivo e compensativo, data l'importanza dell'intervento precoce per evitare problemi di sviluppo sia nella popolazione generale sia, soprattutto, nei bambini con bisogni educativi speciali. L'educazione della prima infanzia stabilisce una serie di obiettivi generali per far sì che i bambini sviluppino competenze quali: conoscere il proprio corpo, relazionarsi con gli altri attraverso diverse forme di espressione e comunicazione, acquisire una certa autonomia nelle loro attività abituali, osservare ed esplorare l'ambiente, la famiglia e il contesto sociale (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

a) Prevenzione primaria. È importante sottolineare il carattere educativo come mediatore e facilitatore dell'apprendimento successivo durante il periodo scolastico. L'educazione della prima infanzia dovrebbe contribuire allo sviluppo emotivo, fisico, sociale e morale dei bambini (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

b) Prevenzione secondaria. L'individuazione di eventuali bisogni educativi speciali dei bambini in età infantile è una delle funzioni degli insegnanti di classe, in collaborazione con le équipe psicopedagogiche. Queste équipe hanno il compito di valutare i bisogni dei bambini, nonché le questioni relative alla loro scolarizzazione, agli adattamenti curriculari



e agli ausili tecnici di cui potrebbero avere bisogno (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

c). Prevenzione terziaria. In questa fase dell'educazione della prima infanzia, la scuola per bambini con bisogni educativi speciali dovrebbe iniziare in un contesto il più possibile normale, al fine di sostenere e incoraggiare lo sviluppo e il processo di apprendimento. Ciò significa che, in pratica, questi studenti dovrebbero frequentare scuole normali con un programma di studi adattato alle esigenze di ognuno di loro, dovrebbero lasciare le scuole speciali nelle quali gli studenti devono adattarsi a programmi di studio o misure personali e materiali che non sono comuni nelle scuole ordinarie (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

#### 4. Destinatari di EC

L'EC si rivolge a tutti i bambini di età compresa tra 0 e 6 anni che presentino qualche tipo di carenza, inclusi i bambini con un elevato rischio biologico, psicologico o sociale che può influenzarne lo sviluppo (Gútiéz, 2005; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Il primo gruppo (*rischio biologico*) si riferisce a bambini che soffrono di alterazioni o disabilità documentate (disturbi motori, cognitivi, del linguaggio, sensoriali, dello sviluppo generalizzato, comportamentali, emotivi, dell'espressione somatica, disturbi evolutivi, ecc. Il secondo gruppo (*rischio psicologico*) si riferisce a bambini che, durante il periodo pre, peri o postnatale o durante il primo sviluppo, hanno vissuto situazioni che potrebbero alterare il loro processo maturativo, come la prematurità, il basso peso o l'anossia alla nascita (GAT, 2005; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Infine, i bambini a rischio psicosociale sono quelli che vivono in condizioni sociali sfavorevoli, come la mancanza di cure, interazioni inadeguate con i genitori e la famiglia, maltrattamenti, incuria o abusi, che possono alterare il loro processo di maturazione (GAT, 2011; Pineapple, 2007). A volte, i genitori di questi bambini ritengono che i programmi EC favoriscano stati di ansia, non hanno la capacità di assumere responsabilità e di soddisfare i bisogni speciali dei loro figli. Per questo motivo, cerchiamo di migliorare lo sviluppo del bambino o, almeno, di assicurarci che non ci siano influenze negative sul suo sviluppo (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013). Attualmente, esistono criteri diagnostici specifici, concordati e comuni nell'ambito dell'EC, che consentono di effettuare studi epidemiologici, di progettare ricerche, di adottare misure preventive, di contrattare forme di intervento e di stabilire un linguaggio comune tra i professionisti coinvolti nell'EC e di area disciplinare diversa. Si tratta dell'Organizzazione Diagnostica per l'Assistenza Precoce (ODAT) (FEAPAT, 2004, 2008) che, sulla base di precedenti classificazioni internazionali, permette di identificare non solo i disturbi o le difficoltà dello sviluppo, ma anche i fattori eziologici che li causano, siano essi biologici, psicologici e/o sociali (GAT, 2005; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Questo sistema di classificazione è organizzato in una serie di assi che sono stati pensati per contenere gli elenchi dei diversi aspetti di natura biologica, psicologica e sociale; il sistema permette di riportare anche il continuum rappresentato da individuazione, diagnosi e trattamento. La struttura si articola su tre livelli:

**Il primo livello** descrive i fattori di rischio per i disturbi dello sviluppo nei diversi contesti, il bambino, la famiglia e l'ambiente. Comprende:

1. fattori di rischio biologici.
2. fattori di rischio familiari.
3. fattori di rischio ambientali.



**Il secondo livello** descrive il tipo di disturbi o disfunzioni diagnosticabili nel bambino in interazione con la famiglia e con le caratteristiche dell'ambiente. Comprende:

1. disturbi dello sviluppo,
2. famiglia,
3. ambiente.

**Il terzo livello** comprende le risorse distribuite in tre assi che si riferiscono al bambino, alla famiglia e all'ambiente. Il trattamento viene effettuato nei centri di sviluppo infantile e di assistenza precoce, che in Andalusia sono chiamati Early Child Care Centers, che rispondono all'esigenza della comunità di disporre di una risorsa che promuova attività legate all'educazione, all'istruzione e alla socializzazione in tutti i livelli di prevenzione, anche se ogni servizio o settore parteciperà a livelli e con responsabilità diverse (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).3. Environmental risk factors.

## 5. Conclusioni

Sono stati compiuti grandi progressi nello sviluppo di programmi rivolti ai bambini, ai genitori e alla comunità in materia di prevenzione, individuazione, trattamento e informazione sulla EC. Questi progressi sono dovuti soprattutto ai gruppi di genitori dei bambini interessati e ai professionisti di vari settori che si sono preoccupati di indagare e di essere coinvolti nel progredire di queste azioni (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

Secondo il Libro Bianco sull'Intervento Precoce (GAT, 2000, 2005, 2011), nelle sue diverse edizioni, la ricerca è una necessità per lo sviluppo di programmi di intervento. La ricerca nel campo della psicologia della cura della prima infanzia servirà ad aumentare le conoscenze sulle caratteristiche delle diverse disabilità e dei disturbi dello sviluppo, sulle loro ripercussioni sulle dinamiche familiari e sulle fonti di stress, nonché a valutare quali modalità di intervento siano più efficaci. Tuttavia, la ricerca in quest'area clinica dell'intervento nell'infanzia deve ancora essere condotta in Spagna. Per molto tempo, la ricerca sulla EC si è concentrata quasi esclusivamente sulla dimostrazione dell'efficacia di qualsiasi intervento rispetto a nessun intervento. Attualmente è necessario dimostrare quali approcci specifici di intervento siano più efficaci, quali aspetti particolari di ogni forma di intervento portino a risultati migliori per i bambini, quali caratteristiche del programma siano più efficaci e quali caratteristiche del bambino e della famiglia contribuiscano ai migliori risultati (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

A questo proposito, è essenziale disporre di una ricerca interdisciplinare che consenta un follow-up a medio e lungo termine in relazione allo sviluppo dei bambini, i cui risultati siano comunicati ai servizi e ai programmi di intervento che inizialmente rispondono ai loro bisogni e a quelli delle loro famiglie, per valutare l'impatto reale di queste risorse e promuovere il miglioramento della qualità di tutti i servizi (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

La valutazione dei programmi di intervento della EC ha due obiettivi: comprendere, da un lato, le capacità e le abilità dei bambini e, dall'altro, come le famiglie vivano e si organizzino. Con questa conoscenza, sarà possibile fornire il programma di trattamento individuale più appropriato per ogni bambino all'interno di una famiglia (Meisels & Shonkoff, 2000; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2011, 2013).

Le valutazioni dei programmi di EC in Spagna hanno cercato di determinare il funzionamento dell'EC in termini di numero di centri di assistenza precoce per lo sviluppo del bambino, di professionisti che lavorano, di bambini presi in carico, di forme di referral



e di tipo di sovvenzione. In realtà, tali valutazioni non hanno confermato l'efficacia della partecipazione a un programma di EC. Pertanto, sarebbe estremamente significativo comprendere quanto siano efficaci in base ai progressi compiuti nello sviluppo dei bambini presi in carico (GAT, 2011; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013). Allo stesso modo, è ancora necessario un migliore coordinamento tra i diversi agenti coinvolti nel trattamento EC e un migliore coordinamento tra le diverse amministrazioni coinvolte (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

## SINTESI

L'EC mira a offrire ai bambini con deficit o a rischio un insieme di azioni migliorative e compensative che facilitino la loro corretta maturazione in tutte le aree e che permettano loro di raggiungere il massimo livello di sviluppo personale e di integrazione sociale (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007). Lo sviluppo del bambino nei primi anni di vita è caratterizzato dalla progressiva acquisizione di funzioni importanti come il controllo posturale, l'autonomia di movimento, la comunicazione, il linguaggio verbale e l'interazione sociale. Questa evoluzione è legata al processo di maturazione del sistema nervoso e all'organizzazione emotiva e mentale. Richiede un'adeguata struttura genetica e il soddisfacimento dei requisiti fondamentali per l'essere umano a livello biologico e psico-affettivo (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007). Lo sviluppo è il processo dinamico di interazione tra l'organismo e l'ambiente che porta alla maturazione organica e funzionale del sistema nervoso, allo sviluppo delle funzioni mentali e alla costruzione della personalità.

Un disturbo dello sviluppo è considerato una deviazione significativa dal corso dello sviluppo, a causa di eventi clinici o relazionali che compromettono l'evoluzione biologica, psicologica e sociale. Alcuni ritardi nello sviluppo possono essere compensati o neutralizzati spontaneamente, essendo spesso l'intervento che determina la transitorietà del disturbo (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

L'obiettivo principale dell'EC è promuovere lo sviluppo e il benessere del bambino e della sua famiglia, consentendo la sua integrazione nell'ambiente familiare, scolastico e sociale, nonché la sua autonomia personale (Candel, 2005). Di conseguenza, si lavora su aree come le abilità cognitive, l'autonomia, il linguaggio o la comunicazione e le abilità motorie, oltre a consigliare, guidare e intervenire individualmente e/o in gruppo per le famiglie che hanno un bambino con disabilità o a rischio (State Federation of Associations of Early Care Professionals -FEAPAPT-, 2008; GAT, 2005; Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013).

Nella progettazione dell'intervento, il momento evolutivo e i bisogni del bambino devono essere considerati in tutte le aree e non devono essere tenuti presenti solo il suo deficit o la sua disabilità. Nell'Early Care, il bambino deve essere considerato nella sua globalità, considerando gli aspetti intrapersonali, biologici, psicosociali e educativi, specifici di ogni individuo, e quelli interpersonali, legati al suo ambiente, alla famiglia, alla scuola, alla cultura e al contesto sociale (GAT, 2005; Viger Seguí e Gómez Artiga, 2007).

Di conseguenza, è prevista una serie di azioni rivolte alla popolazione da 0 a 6 anni, ma anche alla famiglia e alla comunità. Esistono numerose discipline scientifiche che sostengono le basi teoriche dell'EC, come la neurologia, la psicologia dello sviluppo e dell'apprendimento, la pediatria, la psichiatria, la pedagogia, la fisioterapia, la logopedia, ecc. (De Linares e Rodríguez, 2004; Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

Dato che l'EC si basa in gran parte sulla prevenzione, possiamo metterla in relazione con la prevenzione primaria, secondaria e terziaria. La prevenzione primaria nell'EC agisce su



soggetti ad "alto rischio", anche se non hanno ancora mostrato sintomi o non sono stati diagnosticati. Si tratta di misure universali, rivolte a tutta la popolazione e con l'intento di proteggerne la salute. La prevenzione secondaria agisce per evitare ciò che può portare alla comparsa di un disturbo o di un deficit, riducendone l'evoluzione e la durata o attenuandone gli effetti, il tutto con l'obiettivo di ridurre la presenza di una malattia nella popolazione. Nell'EC si cerca di individuare precocemente malattie, disturbi o situazioni di rischio (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013). La prevenzione terziaria mira a ridurre l'incidenza delle disabilità croniche in una popolazione, cercando di minimizzare la disabilità causata da una malattia. Nell'EC, il medico agisce per ridurre le conseguenze e le evoluzioni di un deficit o di una malattia, una volta diagnosticati. Si cerca di ridurre le conseguenze derivanti da disturbi o patologie metaboliche, neurologiche, genetiche o evolutive del bambino (Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013).

I principali luoghi di intervento sono i Centri per lo sviluppo e la cura del bambino (CDIAT), i Servizi sanitari, i Servizi sociali e i Servizi educativi.

È da notare il grande progresso prodotto nello sviluppo di programmi rivolti sia ai bambini che ai genitori e alla comunità in materia di prevenzione, individuazione, trattamento o informazione sull'EC. (Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí e Gómez Artiga, 2007). Tuttavia, è importante sottolineare l'importanza di una ricerca interdisciplinare che consenta un follow-up a medio e lungo termine dello sviluppo del bambino, i cui risultati siano conosciuti dai servizi e dai programmi di intervento che inizialmente hanno risposto ai bisogni del bambino e/o della sua famiglia, al fine di valutare le reali ripercussioni di tali risorse, nonché di promuovere il miglioramento della qualità di tutti i servizi (Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí e Gómez Artiga, 2007).

## GLOSSARIO

**Basi genetiche:** la genetica è lo studio dell'ereditarietà, il processo in cui un genitore trasmette determinati geni alla sua prole.

**Fattori ambientali:** ciascuno degli elementi dell'ambiente che agiscono direttamente sull'essere vivente (o almeno su una fase del suo ciclo vitale). Ambiente è sinonimo di contesto naturale.

**Osservazione diretta:** registrazione sistematica, valida e affidabile di comportamenti o di comportamenti manifesti. Con questa tecnica il ricercatore può osservare e raccogliere dati attraverso la sua osservazione.

**Prevenzione primaria:** sono le attività sanitarie rivolte principalmente alla popolazione, finalizzate a prevenire l'insorgenza o la comparsa di una malattia. Il suo obiettivo è ridurre l'incidenza della malattia.

**Prevenzione secondaria:** consiste nell'individuare e trattare le malattie in fasi molto precoci. L'intervento avviene all'inizio della malattia, con l'obiettivo principale di prevenirla o ritardarne lo sviluppo.

**Prevenzione terziaria:** cerca di ridurre il grado di disabilità, le sue evoluzioni e la morte prematura, nel caso in cui non si sia riusciti a recuperare lo stato precedente alla malattia.

**Rischio biologico:** possibile esposizione a microrganismi che possono causare malattie.



**Rischio di natura sociale:** il rischio sociale è inteso come la possibilità che una persona subisca un danno che ha origine da una causa sociale. Ciò significa che il rischio sociale dipende dalle condizioni dell'ambiente che circonda l'individuo.

## BIBLIOGRAFIA

Alonso, J. M. (1997). Early attention. In S. Alonso and D. Casado (Eds.), *Achievements on Disability in Spain* (p. 45-67). Madrid: Royal Board of Prevention and Care for People with Disabilities.

Anguera Arginaga, M. T. (2005). La observación. In C. Moreno Rosset (Ed.), *Evaluación psicológica. Concepto, proceso & aplicación en las áreas del desarrollo & de la inteligencia* (pp. 225-291). UNED & Sanz & Torres.

Candel, I (2005). Elaboración de un programa de Atención Temprana [Elaboration of a program of early intervention]. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3(3), 151-192.

Costa, M., & López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez-Roca.

De Linares, C. & Rodríguez, T. (2004). Bases de la atención familiar en la Atención Temprana. En J. Pérez- López, & A. G. Brito (Eds.), *Manual de Atención Temprana. Psicología*. Madrid: Pirámide.

Escorcía Mora, Claudia Tatiana, & García Rodríguez (2019) *Prácticas de atención temprana centradas en la familia & en entornos naturales*. Madrid: UNED

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) (2008). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. GAT (2011). *La realidad actual de la Atención Temprana en España*. [The current reality in the early intervention in Spain] Madrid: Real Patronato de la Discapacidad

Gómez Artiga, A., Viquer Seguí P., & Cantero López, M.J. (2013). *Intervención temprana desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. Pirámide.

Gómez Artiga, A., & Viquer Seguí, P. (2007). Aproximación al estudio de la Intervención Temprana: antecedentes, orígenes y evolución histórica. In A. Gómez Artiga, P. Viquer Seguí, & M. J. Cantero López (Eds.), *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años* (pp. 21-35). Ediciones Pirámide.

Gútiérrez, P. (Ed.) (2005). *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0- 6 años) y sus alteraciones*. [Early intervention: prevention, detection and intervention in the development (0- 6 years) and their disorders] Madrid: Editorial Complutense

Grupo de Atención Temprana (GAT) (2005).. *Libro Blanco de la Atención Temprana*. In *Real Patronato sobre Discapacidad*. Real Patronato sobre Discapacidad.

Grupo de Atención Temprana (GAT) (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. In



*Real Patronato sobre Discapacidad. Real Patronato sobre Discapacidad.*

- Quirós, V. (2009). Nuevo modelo para la atención temprana en Andalucía: directrices y desafíos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 48, 1-8
- Pérez-López, J. y Brito, A. G. (2004). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Pirámide.
- Pina, J. (2007). *Análisis de un modelo de seguimiento en Atención Temprana*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Pons, A. (2007). Atención Temprana en Andalucía, *Vox Paediatrica*, 15, 26-29.
- Polonio-López, B., Castellanos Ortega, M.C., & Viana Moldes, I. (2008). *Terapia Ocupacional en la Infancia: Teoría y Práctica*. Madrid: Panamericana.
- San Salvador, J. (1998). *Estimulación Precoz*. Barcelona: CEAC.
- Sáiz, M.C. *Aplicación y Validación de un programa de desarrollo socio-cognitivo en niños con privación socio-ambiental*. Tesis Doctoral. Valladolid: Secretariado de publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Valladolid [Microficha]. [Disponible en el repositorio institucional de la Universidad de Burgos con autorización de la Universidad de Valladolid.
- Saiz Manzanares, M. C., & Escolar-Llamazares, M. C. (2013). *Observación Sistemática e Investigación en Contextos Educativos*. Servicio de Publicaciones e Imagen Institucional de la Universidad de Burgos.
- Saiz Manzanares, M. C., Escolar Llamazares, M. C., & Rodríguez Medina, J. (2019). *Investigación cualitativa. Aplicación de métodos mixtos y de técnicas de minería de datos*. Servicio de Publicaciones e Imagen Institucional Universidad de Burgos.
- Sarriá Sanchez, E. (2010). La observación. In S. Fontes de Gracia, C. García-Gallego, L. Quintanilla Cobián, R. Rodríguez Fernández, P. Rubio de Lemus, & E. Sarriá Sánchez (Eds.), *Fundamentos de investigación en Psicología* (pp. 311-352). Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Sarriá Sánchez, E., & Brioso Díez, Á. (2010). Metodología observacional. In M. J. Navas Ara (Ed.), *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica* (pp. 439-482). Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Serra Desfilis, E. (2007). Una visión de la Intervención Temprana desde la orientación del ciclo vital. In A. Gómez Artiga, P. Viquer Seguí, & M. J. Cantero López (Eds.), *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 aos* (pp. 53-69).
- Viger Seguí, P., & Gómez Artiga, A. (2007). La Intervención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. In A. Gómez Artiga, P. Viquer Seguí, & M. J. Cantero López (Eds.), *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años* (pp. 3-750). Ediciones Pirámide.

## **BIBLIOGRAFIA DI BASE**

- Anguera Arginaga, M. T. (2005). La observación. In C. Moreno Rosset (Ed.), *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia* (pp. 225-291). UNED y Sanz y Torres.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) (2008). Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. GAT (2011). La realidad actual de la Atención Temprana en España. [The current reality in the early intervention in Spain] Madrid: Real Patronato de la Discapacidad.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) (2008). Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. GAT (2011). La realidad actual de la Atención Temprana en España. [The current reality in the early intervention in Spain] Madrid: Real Patronato de la Discapacidad

Sáiz, M.C. Aplicación y Validación de un programa de desarrollo socio-cognitivo en niños con privación socio-ambiental. Tesis Doctoral. Valladolid: Secretariado de publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Valladolid [Microficha]. [Disponibile en el repositorio institucional de la Universidad de Burgos con autorización de la Universidad de Valladolid.

Viger Seguí, P., & Gómez Artiga, A. (2007). La Intervención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. In A. Gómez Artiga, P. Viger Seguí, & M. J. Cantero López (Eds.), *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años* (pp. 3-750). Ediciones Pirámide.

## RISORSE

-The Educator. Partnerships in Early Intervention. July 2016: [http://icevi.org/wp-content/uploads/2017/11/The\\_Educator\\_2016\\_July\\_Partnerships\\_in\\_Early\\_Intervention\\_Vol\\_XXX\\_Issue\\_1-1.pdf](http://icevi.org/wp-content/uploads/2017/11/The_Educator_2016_July_Partnerships_in_Early_Intervention_Vol_XXX_Issue_1-1.pdf)

