

 Disclaimer

Questo documento è un appunto personale di sintesi, redatto in autonomia. Non è materiale ufficiale fornito dall'Università e non sostituisce i testi, le dispense o le indicazioni ufficiali del docente. Può contenere semplificazioni, omissioni o imprecisioni: si consiglia di verificare sempre sul materiale originale del corso.

GESTIONE COMPLESSA E COMPETENZE TRASVERSALI

Appunti di sintesi: sessualità e consenso, aggressività, abilità sociali nei Disturbi del Neurosviluppo

Corso: Neuro-Psichiatria Infantile — Università degli Studi LINK

1. Sessualità, Affettività e Consenso

1.1 La neurodiversità affettiva: un punto di partenza

Il primo punto da chiarire è che la sessualità e l'affettività fanno parte dello sviluppo di ogni persona, DNS compresi: le trasformazioni ormonali dell'adolescenza non risparmiano nessuno. Ciò che cambia, in presenza di un disturbo del neurosviluppo, non è la presenza del bisogno affettivo, ma il modo in cui la persona può accedere ai codici impliciti che regolano le relazioni. Per questo l'educazione affettiva e sessuale, in questi casi, non può essere lasciata all'apprendimento spontaneo: deve essere **esplicita e strutturata**, esattamente come qualunque altro apprendimento complesso.

1.2 Letteralità del linguaggio e comprensione del consenso nell'autismo

Chi si trova nello spettro autistico elabora spesso il mondo in modo **letterale e analitico** — una modalità che in molti contesti è un punto di forza, ma che nelle relazioni sociali, fatte in larga parte di regole non scritte e comunicazione implicita, diventa una fonte di difficoltà specifica.

Questo si manifesta in due ambiti principali. Il primo è la **letteralità del linguaggio**: frasi idiomatiche, metafore, sarcasmo e doppi sensi rischiano di essere interpretati alla lettera (un'espressione come "è un chilo d'oro" può essere intesa come riferita al peso anziché al valore). Da qui discende un'indicazione educativa precisa: comunicare in modo chiaro, diretto e privo di ambiguità, privilegiando sempre il significato inteso rispetto a quello figurato.

Il secondo ambito è la **comprensione del consenso implicito**. Segnali come il linguaggio del corpo, le espressioni facciali, il tono di voce o la distanza fisica — ad esempio il fatto che una persona si allontani o incroci le braccia — possono non essere colti come segnali di disagio. Ne consegue che concetti delicati come il consenso non possono essere affidati alla sola comunicazione non verbale: vanno insegnati e richiesti in forma **esplicita e verbale**.

La sintesi di questo approccio sta in un principio semplice: l'educazione deve essere **concreta e verbale**. Concreta, cioè tradotta in strumenti visivi, schemi, liste, diagrammi e storie sociali che trasformano nozioni astratte come "amicizia" o "rispetto" in passaggi osservabili; verbale, cioè costruita su domande e affermazioni esplicite ("Vuoi dire che...?", "Mi sento a disagio quando...", "Per favore, fermati") che sostituiscono l'implicito con un linguaggio chiaro in entrambe le direzioni.

1.3 La mappa del corpo e le regole del tocco

Una delle strategie più diffuse ed efficaci per insegnare la sicurezza corporea, particolarmente adatta a chi ha bisogno di concretezza, è la cosiddetta **mappa del corpo**, costruita attorno alla metafora del costume da bagno: le "parti private" sono quelle che il costume copre (petto/seno, area genitale, glutei). Questa immagine funziona bene perché trasforma un concetto astratto come "privato" in un riferimento concreto e visualizzabile, oltre a restare valida in quasi ogni contesto sociale e culturale.

A questa mappa visiva vanno affiancate alcune regole verbali chiare, da ripetere in modo esplicito e coerente:

Regola	Contenuto essenziale
Regola del tocco	Nessuno ha il diritto di toccare le parti private altrui, e viceversa
Le eccezioni (persone di aiuto)	Solo poche figure, per motivi specifici, possono farlo: un genitore/caregiver per l'igiene, un medico per motivi sanitari (in presenza di un adulto), la persona stessa per l'igiene
Regola del segreto	Se qualcuno tocca in modo inappropriato o chiede di mantenere un segreto su queste parti, bisogna dirlo subito a un adulto di fiducia

A completamento, è utile insegnare una **risposta verbale automatica** da usare in caso di disagio ("No", "Non mi piace questo", "Mi fermo"), da esercitare in scenari simulati fino a farla diventare un vero e proprio copione di sicurezza a cui attingere quando la reazione spontanea fatica ad attivarsi.

1.4 La regola del sì/no e l'autonomia corporea

Integrare la letteralità tipica dell'autismo con una regola binaria e verificabile — la cosiddetta "regola del sì/no" — trasforma il concetto astratto di consenso in un meccanismo di comunicazione gestibile. Tre principi la compongono.

Il primo: **il consenso è chiarezza verbale**. Va comunicato con una parola o un gesto esplicito (un "sì", un pollice in su, uno "stop"), mai dedotto dall'assenza di resistenza o da un sorriso. L'esercizio educativo consiste nell'insegnare a ignorare i

segnali non verbali ambigui e a chiedere sempre una conferma diretta ("Hai detto sì? Hai detto stop?") invece di basarsi su inferenze indirette.

Il secondo: **il consenso non è permanente**. Può essere dato e ritirato in qualunque momento, anche subito dopo essere stato espresso — l'immagine dell'interruttore della luce, che si può accendere e spegnere quando si vuole, rende bene l'idea. Ciò che conta, in altre parole, è lo stato attuale della persona più dell'azione già intrapresa.

Il terzo: **dire no è un diritto**, non negoziabile. La volontà della persona ha sempre priorità sull'autorità o sul desiderio altrui: si può dire no a un abbraccio anche con un parente stretto, no a una richiesta di segretezza, e un no non richiede spiegazioni, scuse o trattative.

1.5 Categorizzare il tocco: il sistema a semaforo

Per rendere gestibili le molte sfumature emotive e sociali legate al contatto fisico, un sistema efficace è quello di categorizzare il tocco secondo i colori del semaforo.

Categoria	Descrizione	Esempi
Tocco verde	Sicuro e accettabile ovunque, con chiunque	Dare il cinque, stretta di mano, tocco leggero sulla spalla per attirare l'attenzione
Tocco giallo	Richiede cautela: dipende dal contesto e va sempre chiesto/confermato	Abbraccio con un familiare, tenersi per mano, pacca di incoraggiamento non accidentale
Tocco rosso	Vietato o limitato a stretta necessità e privacy	Colpire o spingere; qualunque tocco sulle parti coperte dal costume da bagno, salvo motivi di igiene o medici

La regola pratica che accompagna questo schema è semplice: un tocco verde ricevuto può essere restituito con un tocco verde; per un tocco giallo va sempre verificato l'accordo dell'altra persona, richiamando la regola del sì/no; davanti a un tocco rosso, la risposta è allontanarsi, dire "no" con decisione e informare subito un adulto di fiducia.

1.6 Privacy: la regola del "dove e quando"

Un principio guida ricorrente in questo ambito è che **l'azione non è sbagliata, è il contesto a renderla tale**: l'obiettivo educativo non è reprimere un comportamento naturale e autoregolatorio, ma reindirizzarlo verso un luogo e un momento appropriati.

Sul piano del **dove**, si definisce con chiarezza cosa appartiene al "tempo da soli" e non è adatto ad altri contesti, anche pubblici e vuoti, costruendo una mappa esplicita di luoghi accettabili (la propria stanza a porta chiusa, il bagno) e non accettabili (soggiorno, aula, mezzi pubblici, giardino). Strumenti visivi — ad esempio una scheda con un'immagine associata a una faccina felice o a una X rossa — aiutano a rendere immediata questa distinzione.

Sul piano del **quando**, si riconosce che certi bisogni di autoregolazione possono emergere in momenti di stress, noia o sovraccarico sensoriale, e si insegnano strategie di rinvio verso il luogo giusto: una breve attività alternativa (stringere le mani, contare, usare un oggetto sensoriale) in attesa di raggiungere uno spazio privato, accompagnata da una frase concordata in anticipo ("ho bisogno di un momento").

1.7 ADHD e impulsività: strategie esecutive

Per una persona con ADHD, l'educazione in quest'ambito deve concentrarsi meno sul "cosa" — le informazioni sui rischi — e più sul "come": sviluppare strategie concrete per rallentare l'azione, dato che il nodo centrale è il deficit nel ritardo della gratificazione, tratto caratteristico del disturbo.

Uno strumento cognitivo-comportamentale utile è la sequenza **stop / pensa / agisci**: riconoscere il momento di impulso ("stop"), introdurre volontariamente un ritardo di alcuni minuti ("pensa"), per poi valutare, con il pensiero consequenziale, se l'impulso persiste ("agisci"). Nei momenti di impulso più intenso, una tecnica di "ritardo consapevole" — un'attività a bassa stimolazione come bere un bicchiere d'acqua o fare respiri profondi — aiuta a spostare l'attenzione dalla gratificazione immediata al processo di autoregolazione.

Accanto a questo, è utile allenare il **pensiero consequenziale**: poiché la pianificazione è un punto debole tipico dell'ADHD, schemi visivi che mettono a confronto una decisione impulsiva e una più ponderata (in termini di

soddisfazione immediata contro conseguenze a lungo termine) aiutano a rendere concreto un ragionamento che altrimenti resterebbe astratto, facendo leva sul concetto di "sé futuro" che dovrà affrontare le conseguenze dell'impulso presente.

Infine, la **strutturazione delle relazioni**: incoraggiare la persona a dichiarare i propri limiti prima di entrare in situazioni potenzialmente rischiose ("il mio limite per oggi è il bacio") crea un impegno verbale esplicito, più difficile da infrangere per una corteccia prefrontale ancora poco efficiente rispetto a un limite tenuto solo interiormente; quando possibile, limitare l'esposizione a contesti molto stimolanti e non strutturati riduce ulteriormente il rischio.

1.8 Riconoscere i segnali sociali di interesse e rifiuto

Le interazioni romantiche o di corteggiamento si basano su segnali spesso rapidi e sottili: per questo, tanto nell'autismo quanto nell'ADHD, è utile fornire uno **script sociale esplicito** che trasformi i segnali non verbali in una checklist osservabile.

Segnale di interesse	Segnale di disinteresse
Contatto visivo prolungato	Contatto visivo evitato o assente
Sorriso in risposta, corpo orientato verso l'altro	Braccia incrociate, corpo orientato altrove
Domande per prolungare la conversazione	Risposte brevi, nessuna domanda di ritorno
Leggero avvicinamento fisico	Allontanamento o distanza mantenuta

Sul piano dell'iniziativa, conviene insegnare a formulare domande dirette che richiedano un sì o un no esplicito ("Vorresti andare al cinema venerdì sera?" è preferibile a un vago "ti piacerebbe uscire qualche volta?"), e una **regola del non insistere**: un primo no è definitivo, non richiede spiegazioni né ulteriori tentativi, e va accompagnato da una risposta di uscita già pronta ("Capisco, nessun problema") da esercitare in role-playing insieme alla capacità di accettare un rifiuto senza obiettare. Il motivo per cui questa regola conta va reso esplicito con il pensiero consequenziale: insistere dopo un no, ignorare la distanza o i segnali non verbali produce nell'altra persona timore o fastidio e allontana, anziché avvicinare, future occasioni di relazione.

1.9 Gestire l'iperfocus relazionale con limiti quantificabili

Quando un interesse relazionale diventa oggetto di iperfocus — situazione non rara nello spettro autistico — le regole sociali generiche ("non essere troppo insistente") risultano troppo vaghe. La soluzione più efficace è la **quantificazione**: sostituire l'indicazione astratta con limiti numerici rigidi e verificabili (un messaggio per turno, una fascia oraria definita, un'attesa minima prima di scrivere di nuovo; un solo saluto se ci si incrocia; una sola verifica al giorno dei profili social pubblici, escludendo qualunque ricerca più invasiva).

Un supporto visivo concreto, come una checklist giornaliera da spuntare, funziona da vero e proprio freno inibitorio esterno: segnala che il "compito" di quel giorno è concluso e permette di reindirizzare l'attenzione altrove. È importante, infine, spiegare sempre la logica dietro il limite, non solo imporlo: rispettarlo comunica rispetto e protegge la relazione, mentre superarlo rischia di far sentire l'altra persona sotto pressione, con l'effetto opposto a quello desiderato.

1.10 Leggere un comportamento sessuale disfunzionale con il modello ABC

Quando un comportamento sessuale inappropriato si presenta (ad esempio in pubblico o in modo non richiesto verso altri), l'obiettivo dell'analisi non è la sanzione ma la comprensione della sua funzione, per poterlo sostituire con un'abilità più adeguata che risponda allo stesso bisogno. Il modello **ABC**, già incontrato a proposito dell'ABA, si applica anche qui:

- **Antecedente**: cosa precede il comportamento — ricerca di attenzione, sovraccarico o noia sensoriale, desiderio di accedere a un contatto fisico o a un contenuto specifico.
- **Comportamento**: l'azione stessa, da descrivere in modo neutro e osservabile, senza giudizi morali.
- **Conseguenza**: cosa il comportamento produce — è qui che si trova la funzione, cioè il bisogno che il comportamento, per quanto disfunzionale, sta cercando di soddisfare.

Funzione	Conseguenza tipica	Abilità alternativa da insegnare
Attenzione	Riceve reazioni (anche negative) da chi è presente	Chiedere attenzione in modo diretto ("Mi aiuti? Giochiamo?")
Accesso	Ottiene un oggetto o un'attività desiderata	Chiedere l'accesso in modo esplicito
Fuga/evitamento	Viene allontanato da un compito o una	Chiedere una pausa

Funzione	Conseguenza tipica	Abilità alternativa da insegnare
	situazione sgradita	
Autostimolazione	Ottiene una sensazione piacevole o riduce l'ansia	Usare un oggetto sensoriale alternativo, pressione profonda

Nel caso, tipico dell'ADHD, di una spinta impulsiva verso un contatto non richiesto, l'intervento è a due livelli: una **de-escalation immediata**, che blocca il comportamento con un intervento fisico neutro e un comando calmo e non giudicante, reindirizzando il bisogno sottostante verso un'alternativa accettabile; e una **strategia di prevenzione a lungo termine**, tipicamente una token economy che rinforza in modo tangibile e immediato i comportamenti sostitutivi positivi (usare la regola "mani in tasca", chiedere verbalmente il permesso, applicare lo stop/pensa/agisci), scambiati poi con ricompense realmente motivanti.

1.11 Identità di genere, orientamento e neurodivergenza

Per molte persone nello spettro autistico, le categorie sociali legate a genere e sessualità possono apparire come sistemi poco logici o contraddittori, fondati su regole implicite non sempre chiare: un pensiero orientato alla logica e alla chiarezza porta talvolta a rifiutare le categorie binarie tradizionali in favore di etichette più specifiche o meno definite, con un processo di identificazione guidato più dal vissuto interiore che dalle aspettative sociali.

La ricerca segnala inoltre una comorbidità significativa tra autismo e identità di genere non cisgender o orientamenti non eterosessuali, un dato che alcuni collegano a fattori come l'elaborazione sensoriale atipica, una minore attenzione al giudizio sociale (il cosiddetto masking) e una maggiore frequenza riportata di orientamenti asessuali o aromantici.

Da qui discende un'implicazione educativa precisa: l'approccio deve restare **inclusivo e aperto**, senza presupposti sull'orientamento o sull'identità di genere della persona, spiegando che queste categorie si collocano lungo uno spettro e non in caselle rigide, e assumendo un ruolo di ascolto e validazione dell'auto-identificazione, anche quando questa cambia nel tempo.

1.12 Il ruolo della famiglia e la prevenzione degli abusi

Nessuna strategia specialistica può essere davvero efficace se non è sostenuta, con coerenza quotidiana, dal contesto familiare. I genitori e i caregiver sono i veri **facilitatori primari** di tutto ciò che è stato descritto finora: l'educazione sessuale e corporea dovrebbe iniziare presto, utilizzando fin da subito la terminologia corretta ("parti private" invece di eufemismi) e applicando la regola del sì/no anche fuori dal contesto strettamente sessuale. Anche il **modellamento** conta: quando un adulto chiede esplicitamente il permesso prima di un contatto, o dice apertamente "non voglio quell'abbraccio ora", sta insegnando con l'esempio il rispetto dei confini.

Un ruolo specifico spetta agli specialisti dell'educazione affettiva e sessuale, che possono condurre una valutazione funzionale dei comportamenti problematici, costruire strumenti personalizzati (storie sociali, mappe del corpo individualizzate, piani di token economy) e accompagnare le famiglie, anche sul piano emotivo, nell'affrontare un tema che spesso genera imbarazzo.

Il rischio di abuso nella popolazione neurodivergente è significativamente più alto, per la difficoltà a cogliere intenzioni nascoste, per la letteralità di pensiero e per il desiderio di compiacere le figure autorevoli. Per questo, insegnare in modo ripetuto e letterale la regola del sì/no e la regola del segreto (nessun adulto può chiedere di tenere un segreto ai genitori) resta la forma di protezione più efficace, il cui traguardo finale è l'**empowerment**: far sentire la persona autorizzata a dire no a chiunque e a rivelare qualunque segreto sgradito a un adulto di fiducia.

2. Gestione dell'Aggressività e della Violenza

2.1 La violenza come disregolazione, non come cattiveria

Nei ragazzi con ASD o ADHD, un comportamento violento — verbale o fisico — va letto quasi sempre come un **tentativo disfunzionale di autoregolazione**, o come la conseguenza di un sistema esecutivo che ha ceduto sotto un sovraccarico, più che come un atto intenzionalmente ostile. Comprendere l'origine del comportamento è il primo passo per intervenire in modo efficace, anziché limitarsi a reprimerlo.

2.2 Le radici della violenza nell'ADHD

Nel contesto dell'ADHD, la violenza tende a derivare da tre meccanismi interconnessi. Il primo è un **deficit di inibizione**: la corteccia prefrontale non riesce a bloccare in tempo la risposta emotiva o fisica innescata dalla frustrazione, producendo reazioni immediate e sproporzionate. Il secondo è la **disregolazione emotiva**: rabbia e senso di ingiustizia salgono rapidamente di intensità, e la violenza diventa una sorta di valvola di sfogo impulsiva. Il terzo è la **difficoltà nel ritardo della gratificazione**: l'incapacità di tollerare un rifiuto o un'attesa può sfociare in un'azione aggressiva finalizzata a eliminare subito l'ostacolo.

2.3 Le radici della violenza nell'autismo

Nell'ASD, la violenza è più spesso legata a tre fattori diversi. Il **sovraccarico sensoriale** — un ambiente troppo rumoroso, luminoso o ricco di stimoli tattili — può portare a un vero e proprio crollo del sistema (il meltdown), in cui la violenza è un tentativo di interrompere la stimolazione esterna e ripristinare l'equilibrio. La **rigidità cognitiva** e la rottura di una routine attesa possono generare una rabbia intensa, diretta a ripristinare l'ordine percepito o a "punire" la fonte del cambiamento. Infine, una **comunicazione fallita** — l'incapacità di esprimere altrimenti un bisogno o un disagio estremo — può portare all'azione fisica come unica modalità di espressione rimasta disponibile.

2.4 Le linee guida per l'intervento

Poiché la violenza ha sempre una funzione, l'intervento efficace segue tre direttrici. La prima è l'**identificazione funzionale**, attraverso il modello ABC, per capire se l'aggressività serve a ottenere attenzione, a sfuggire da un compito o ad autoregolarsi sul piano sensoriale. La seconda è l'**insegnamento di abilità sostitutive**: per l'ADHD, tecniche come lo stop/pensa/agisci e il ritardo consapevole; per l'ASD, l'uso di schede visive per chiedere una pausa o segnalare un sovraccarico ("troppo forte", "troppa luce"). La terza è la **gestione dell'antecedente**: modificare l'ambiente per ridurre i fattori scatenanti, prima ancora che il comportamento si manifesti.

2.5 Violenza subita e neurodiversità: una diagnosi differenziale delicata

Un capitolo a parte riguarda i ragazzi con DNS che sono stati vittime o testimoni di violenza. L'esistenza di programmi specialistici dedicati — sia all'estero, come il Programma VITE in Spagna, sia in Italia tramite associazioni e servizi sociali locali — testimonia quanto sia necessario un approccio altamente specializzato quando trauma e neurodiversità si intrecciano, con protocolli specifici per il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) o la sua forma complessa (CPTSD) e un lavoro in rete con i servizi sociali, legali e sanitari.

Una delle sfide cliniche più delicate è proprio la **diagnosi differenziale** tra i sintomi del trauma e quelli dell'ADHD, che possono sovrapporsi in modo ingannevole:

Sintomo condiviso	Origine traumatica (PTSD)	Origine neurobiologica (ADHD)
Iper-reattività/ipervigilanza	Stato di allerta legato alla memoria della minaccia, reazione a trigger specifici	Difficoltà a modulare attenzione ed emozione per il deficit di inibizione della CPF
Difficoltà di concentrazione	Dissociazione protettiva; attenzione dirottata da pensieri intrusivi	Deficit sostenuto dell'attenzione legato ai circuiti di ricompensa
Evitamento/rigidità	Evitamento di luoghi o situazioni collegate al trauma	Rigidità cognitiva o difficoltà esecutive generali

Per districare questa sovrapposizione, una valutazione neuropsichiatrica accurata dovrebbe includere uno **screening del trauma** mirato (anche quando la persona non lo ha mai verbalizzato spontaneamente), un'**analisi funzionale ABC** applicata non solo ai comportamenti problematici ma anche alle reazioni di ipervigilanza, e un'**osservazione in contesti**

diversi — sicuri e potenzialmente evocativi — per distinguere una reattività legata al trauma da una disregolazione di base preesistente.

3. Rapporto con gli Altri e Abilità Sociali

3.1 Teoria della mente: il fondamento cognitivo dell'empatia

La **teoria della mente** è la capacità di riconoscere che le altre persone possiedono pensieri, credenze, desideri e intenzioni distinti dai propri. Nei neurotipici questo meccanismo è largamente intuitivo; nell'autismo è spesso ritardato o assente, il che trasforma l'empatia — normalmente un'operazione automatica — in un vero e proprio compito cognitivo da imparare passo dopo passo.

Questo deficit si traduce in due difficoltà concrete: la **difficoltà di previsione** (non riuscire a immaginare come reagirà l'altro a una propria azione, perché non se ne può simulare internamente lo stato mentale — un bambino con ASD può non capire perché un amico pianga dopo che gli è stato tolto un gioco, non riuscendo ad attribuirgli il desiderio di giocarci) e la **difficoltà con l'inganno e la finzione**, che rende più vulnerabili alla manipolazione e più ostico il gioco sociale basato sul "far finta".

3.2 Dall'empatia affettiva a quella cognitiva

È utile distinguere due componenti dell'empatia. L'**empatia affettiva** — la capacità di sentire l'emozione altrui — è spesso presente nell'autismo, a volte persino in forma travolgente. È invece l'**empatia cognitiva** — capire l'emozione dell'altro, saperla nominare, dedurre la causa — il punto realmente debole. Proprio per questo, l'empatia cognitiva può essere scomposta in un algoritmo esplicito e insegnata come un'abilità a sé:

- **Osservazione:** cosa si vede sul volto o sul corpo dell'altra persona (es. fronte aggrottata, spalle curve)?
- **Attribuzione di un nome:** quel segnale corrisponde a quale emozione (es. "è frustrato")?
- **Causa e conseguenza:** perché è frustrato, e cosa questo richiede a chi osserva (es. offrire aiuto)?
- **Azione appropriata:** quale risposta verbale o comportamentale è coerente con l'emozione rilevata?

A supporto di questo apprendimento si usano strumenti visivi come schede con espressioni facciali etichettate (idealmente anche fotografie reali, per favorire il trasferimento al mondo concreto) e le **storie sociali**, brevi narrazioni che rendono esplicito ciò che normalmente resta sottinteso: la situazione, l'azione, l'emozione dell'altro personaggio con la sua causa, e infine la risposta appropriata — fornendo, in un certo senso, il "dietro le quinte" di una mente che altrimenti resterebbe inaccessibile.

Lo stesso modello ABC incontrato per i comportamenti si può adattare alle emozioni: **antecedente** (cosa è successo nell'ambiente), **comportamento/espressione** (come si manifesta l'emozione sul corpo), **conseguenza/risposta** (qual è la reazione sociale appropriata da parte di chi osserva).

3.3 Il deficit di attenzione condivisa

Quando un bambino con sviluppo tipico indica qualcosa, non lo fa solo per chiedere (il cosiddetto pointing imperativo, "dammi quello"), ma anche e soprattutto per condividere un'esperienza ("guarda cosa vedo!", il pointing dichiarativo) — un gesto che è, a tutti gli effetti, un atto di condivisione emotiva. Quando questo gesto manca, come spesso accade nell'autismo, l'adulto perde l'accesso al mondo interiore del bambino, e si crea quello che si può descrivere come un "muro di reciprocità" che ostacola la connessione emotiva.

Una strategia di intervento efficace, mutuata da modelli evolutivi come l'ESDM (Early Start Denver Model), consiste nell'assumere il ruolo di "detective sociale": seguire lo sguardo o il gesto del bambino verso il suo interesse del momento; entrare in quel campo di interesse senza cercare subito di reindirizzarlo; **rinominare e validare** l'oggetto attribuendogli un'emozione condivisa ("Un camion! Forte, vero?"); e solo dopo, una volta condiviso l'interesse primario, introdurre un breve scambio o una variazione.

3.4 ADHD: la dismetria sociale nella conversazione

Nell'ADHD, le difficoltà relazionali derivano più spesso da una vera e propria **dismetria sociale**, conseguenza del deficit di funzioni esecutive applicato al flusso della conversazione. Si manifesta come interruzione (l'impulso a verbalizzare un pensiero appena generato è più forte della regola sociale dell'attesa), come difficoltà di ascolto attivo (l'attenzione fatica a restare sull'interlocutore, con risposte irrilevanti o domande ripetute) e come reazioni emotive spesso sproporzionate rispetto al trigger che le ha innescate.

Una token economy applicata a questo ambito rende tangibile e misurabile un concetto altrimenti sfuggente come le "buone maniere conversazionali", definendo obiettivi comportamentali specifici e positivi: attendere che l'interlocutore

finisca la frase (contando magari fino a tre prima di rispondere), dimostrare ascolto attivo riassumendo l'ultima cosa detta, calibrare il tono di voce. Il meccanismo di rinforzo — gettone immediato dopo il comportamento corretto, scambiato poi con una ricompensa finale — lavora direttamente sul deficit di ritardo della gratificazione tipico del disturbo. Accanto a questo, semplici strumenti di supporto durante la conversazione, come un segnale di stop concordato in anticipo o un oggetto fisico che regola i turni di parola, offrono un promemoria non verbale meno intrusivo di un'interruzione esplicita.

3.5 Insegnare la negoziazione: un algoritmo in quattro passaggi

Per affrontare i conflitti quotidiani — una situazione in cui entrano in gioco sia il deficit di teoria della mente sia l'impulsività — è utile insegnare non a evitare il conflitto, ma a **strutturare la risposta** al conflitto attraverso una sequenza fissa e ripetibile.

- **1. Definire il problema:** uscire dall'emozione e passare al dato oggettivo, verbalizzando la situazione in modo neutro e senza accuse ("voglio guardare il mio programma e tu hai il telecomando" anziché "sei ingiusto").
- **2. Proporre almeno tre soluzioni:** un passaggio che allena la flessibilità cognitiva e introduce un ritardo utile nell'azione, insegnando che esiste sempre più di una risposta possibile.
- **3. Scegliere la soluzione migliore:** applicare il pensiero consequenziale, valutando quale opzione funzioni per entrambe le parti.
- **4. Provare e valutare:** agire, per poi riflettere insieme sull'efficacia della soluzione scelta e su cosa fare diversamente la prossima volta.

3.6 Il Social Skills Training come modello di riferimento

Il **Social Skills Training (SST)** riassume bene la filosofia che attraversa tutto questo ambito: le abilità sociali, quando non si acquisiscono in modo intuitivo, possono e devono essere insegnate in modo esplicito, strutturato e intensivo, con la stessa cura riservata a una materia scolastica. Il ciclo su cui si fonda comprende quattro fasi: **istruzione diretta**, in cui l'abilità (contatto visivo, attesa del turno, ascolto attivo) viene spiegata con la logica e la letteralità necessarie a rendere esplicita una regola normalmente implicita; **modellamento**, in cui lo specialista mostra concretamente come si esegue; **role-playing**, che permette di esercitarla in un contesto protetto, riducendo l'ansia da prestazione; e **feedback e rinforzo** immediati e specifici al termine dell'esercizio.

Alcuni esempi applicativi rendono l'idea: il contatto visivo non va insegnato come fissità continua ma come gesto funzionale (guardare il volto dell'interlocutore all'inizio e alla fine della frase); l'attesa del turno si allena con supporti visivi e rinforzo strutturato; la gestione del rifiuto si automatizza esercitando uno script verbale di risposta ("capisco, nessun problema") fino a renderlo quasi un riflesso; la lettura delle emozioni si pratica con le schede visive già descritte, inserite in veri e propri giochi di ruolo.

La sfida finale, comune a tutti gli interventi di questo tipo, è la **generalizzazione**: far sì che un'abilità appresa in un contesto protetto venga effettivamente trasferita alla vita reale. Per questo il percorso prevede sempre piccoli compiti da svolgere fuori dal setting specialistico ("oggi prova ad aspettare tre secondi prima di rispondere, con due amici") e un coinvolgimento attivo di genitori e caregiver, chiamati a conoscere gli obiettivi di lavoro e a rinforzarli con coerenza anche nel contesto domestico.