

Psicologi & Psicologia in Sicilia



Notiziario dell' Ordine degli Psicologi
della Regione Siciliana

Numero 2/2026

**“Neurodivergenze:
ricerca e lavoro clinico”**

Indice

5 Interviste

a Dott.ssa Marinella Zingale, Dott.ssa Eleonora Chicarella e Dott.ssa Amelia Rizzo

7 Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per i disturbi dello spettro autistico

di Grazia Distefano

22 Il funzionamento che la diagnosi non vede: neuropsicologia e neurodivergenze in età adulta

di Patrizia Turriziani, Sandra Giordano, Giovanna Montaldo, Giovanna Gambino, Angela Catania, Daniele Martinez, Giulia Bongiorno, Maria Badalamenti, Rosalba La Cara

26 Neurodivergenze, disabilità e invalidità: facciamo chiarezza

del GdL Psicologia delle Disabilità e della Salute: Amelia Rizzo, Donatella Armeli Iapichino, Mariagrazia Rosano, Rossella Alfa, Lorena Calandi, Tiziana Dominici, Valeria Gaglio, Daniel Lina Mancuso, Adelaide Pirrone

32 “Oltre il QI”: La Plusdotazione come neurodivergenza: Prospettive teoriche e applicative

del Gruppo di Lavoro “Oltre il QI: un approccio integrato alla plusdotazione”: Chicarella E., Russo R., Bongiorno G., Fazio C., Ingrassia R.R., Migliore M., Percolla M., Scalone S., Torrisi M.

38 Il mondo a fumetti di Rebecca: Un’esperienza clinica di ADHD

di Milazzo Sofia, Zammitti Barbara

Indice

- 43 Non è (ancora) un paese per neurodivergenti**
di Serena Maugeri

- 46 Abitare il confine: il Funzionamento Intellettivo Limite tra nosografia e clinica
affermativa della neurodiversità**
di Ylenia Gatto

- 49 L'Early Start Denver Model in chiave neurodiversity-affirmative: una riflessione
clinica a partire da un caso in età prescolare**
di Mariarosca Carcione

- 52 ADHD nell'adulto e gioco d'azzardo: traiettorie di autoregolazione e adattamento
disfunzionale. Un contributo clinico**
di Nicoletta Faraci

- 55 Un nuovo approccio all'autismo: il Modello Educativo Combinato (MEC)**
di Denise Gulino

- 58 Oltre il deficit: incontro clinico e sguardo neurodivergente in un contesto
comunitario**
di Alessandra Cinquemani

- 61 La neurodivergenza sommersa**
di Elisa Brecci, Chiara Gattuso e Martina Quadarella

- 64 Neurodivergenze e ADHD in età adulta. Inquadramento clinico e prospettive di
intervento**
di Salvatore Nicosia

Indice

- 68 La psicopatologia dell'autismo in epoca perinatale**
di Cristi Marcì
- 72 Dalla normalizzazione al riconoscimento: neurodivergenza e psicoterapia tra ricerca e clinica**
di Elisa Leonardi, Matilde Lizzio, Miriana Vinciguerra, Rita Alfina Signorelli, Davide Ramella, Martina Torrisi
- 77 Dalla diagnosi al diritto: la Self-Sovereign Identity come architettura clinica per l'autodeterminazione neurodivergente**
di Luca Reforgiato
- 81 Neurodiversità e dipendenze patologiche: comorbidità tra ADHD e DUS**
di Maria Grazia Novara
- 86 Abitare il setting: corpo e relazione nella clinica della neurodiversità**
di Veronica Siragusano
- 91 Neurodivergenza e Arteterapia: dalla clinica della normalizzazione verso una clinica affermativa della mente plurale**
di Michele Mulè
- 94 Neurodivergenza e contesto: verso una lettura sistemica della costruzione del disagio**
di Daniela Leto
- 98 Il corpo neurodivergente: verso una clinica incarnata della neurodiversità**
di Federica Brugaletta

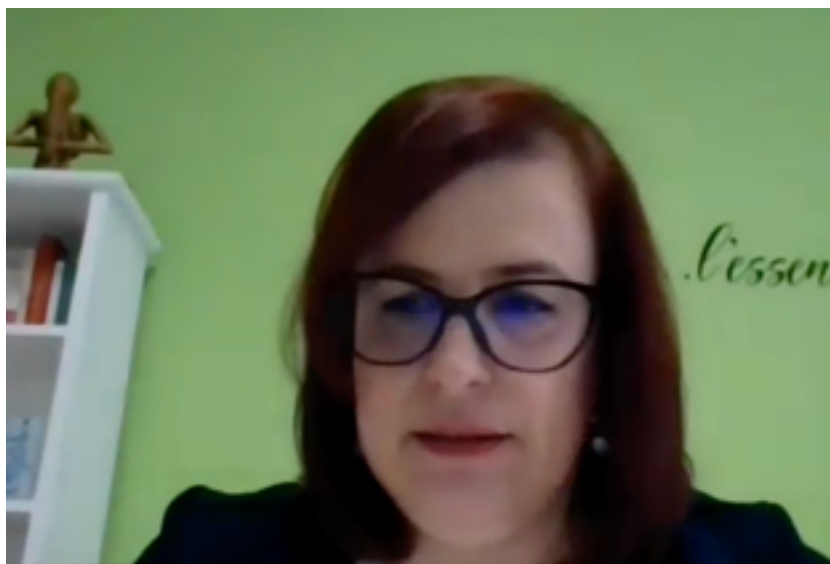
Interviste alle dottoresse Eleonora Chicarella, Amelia Rizzo, Marinella Zingale

La psicologia contemporanea si trova oggi ad affrontare una sfida epistemologica importante: il superamento di una visione puramente patologizzante delle varianti neuropsicologiche. Per molto tempo, la comunità scientifica ha osservato e studiato l'autismo, l'ADHD e le altre neurodivergenze attraverso la lente dell'"errore" da riparare o del "deficit" da colmare rispetto ad una presunta norma di funzionamento dell'essere umano.

Oggi, il paradigma della neurodiversità ci impone di cambiare radicalmente lo sguardo. Si tratta di andare oltre il cambiamento di linguaggio e di riconoscere che la mente umana si manifesta attraverso uno spettro di funzionamenti, ognuno con la propria coerenza interna e con le proprie caratteristiche intrinseche che incontra una società ancora fortemente neuro-normativa.

Affrontare questo tema nella rivista del nostro Ordine significa dare spazio a contributi originali, aggiornati e competenti che possano narrare questo cambiamento: la transizione da una clinica patologizzante della normalizzazione ad una clinica affermativa della neurodiversità.

Per questo motivo, abbiamo deciso di coinvolgere tre colleghe coordinatrici di tre Gruppo di Lavoro del nostro Ordine, per lo spazio dedicato alle interviste.



Intervista alla Dott.ssa Eleonora Chicarella

Psicologa e psicoterapeuta dell'età evolutiva, lavora in ambito clinico dello sviluppo da 20 anni, insegnante specializzata sul sostegno e docente università di Catania in psicologia dello sviluppo nei corsi di specializzazione TFA per il sostegno. Coordinatrice Gruppo di Lavoro Oltre il QI: un approccio integrato alla plusdotazione.

Guarda l'intervista completa:

<https://vimeo.com/1198007296/c2affcced>



Intervista alla Dott.ssa Amelia Rizzo

Psicologa e psicoterapeuta, membro delle commissioni medico-legali INPS Messina. Coordinatrice Gruppo di Lavoro Psicologia delle Disabilità e della Salute.

Guarda l'intervista completa:

<https://vimeo.com/1198007232/6958165c58>



Intervista alla Dott.ssa Marinella Zingale

Psicologa, psicoterapeuta, Dirigente psicologa presso IRCS Oasi Maria Santissima Troina. Coordinatrice Gruppo di Lavoro Diagnosi e intervento dei Disturbi dello Spettro dell'Autismo.

Guarda l'intervista completa:

<https://vimeo.com/1198007297/8bc967e8f0>

Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per i disturbi dello spettro autistico

di Grazia Distefano

Introduzione:

L'autismo è un disturbo del neuro-sviluppo che configura una disabilità permanente complessa di natura neurobiologica, con esordio nei primi tre anni di vita.

E' stato effettuato un lavoro d'equipe che nasce dalla esperienza di professionisti e dalla necessità di realizzare la costruzione di un modello diagnostico-assistenziale che potesse garantire e delineare percorsi diagnostici e riabilitativi per persone affette da ASD .

Tale documento mira a ridurre e facilitare le procedure cliniche e abilitative per le famiglie di minori ed adulti con persone affette da autismo.

Partendo infatti dalle evidenze normative e indicazioni delle comunità scientifiche nazionali ed internazionali, riportate in seguito nel PDTA, il lavoro effettuato si è basato nell'ottimizzare i percorsi di cura e presa in carico partendo dall'individuazione diagnostica precoce agli interventi di presa in carico multidisciplinare sia intra che extra familiare di tipo abilitativo.

Dopo l'approvazione al Comitato di dipartimento di Salute Mentale il 26/03/2024 è stato pubblicato per la presa in carico del ASD.

Il documento traccia gli aspetti organizzativi e gestionali per un percorso sicuro, semplice,

efficace e sostenibile, ottimizzando le risorse per l'integrazione e la continuità delle cure, individuando modalità operative che consentano una più agevole integrazione fra assistenza primaria e strutture specialistiche, al fine di garantire la continuità assistenziale del paziente con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD).

Tale documento era già obiettivo dei Direttori Generali in ottemperanza a quanto previsto per tutte le Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Siciliana dal Programma Regionale Unitario Autismo del 2019.

Grazia Distefano

Psicologo Dirigente, Psicoterapeuta

- UOC NPIA ASPCT Ospedale Acireale
- U.O.D. Centro per i Disturbi dello Spettro autistico ASP di Catania

Redazione PDTA

Alfia Ruggeri, Dirigente Medico NPI – U.O. Centro per i Disturbi dello Spettro autistico; Renato Scifo, Direttore UOC NPIA Ospedaliera - Responsabile U.O. Centro per i Disturbi dello Spettro autistico (ASP di Catania).

Gruppo di Lavoro

Renato Scifo, Direttore UOC NPIA Ospedaliera - Responsabile U.O. Centro per i Disturbi dello Spettro autistico; Alfia Ruggeri, Dirigente Medico NPI

U.O. Centro per i Disturbi dello Spettro autistico; Sabrina Baieli, Dirigente Medico NPI, U.O. Centro per i Disturbi dello Spettro autistico; Maria Letizia Di Stefano, Dirigente Medico NPI, U.O. Centro per i Disturbi dello Spettro autistico; Grazia Distefano, Dirigente Psicologo U.O. Centro per i Disturbi dello Spettro autistico (ASP di Catania).

1. PREMESSA

L'autismo è un disturbo del neurosviluppo che configura una disabilità permanente complessa di natura neurobiologica, con esordio nei primi tre anni di vita.

Scopo del PDTA è quello di delineare percorsi diagnostici e riabilitativi che si uniformino a principi e linee guida largamente condivisi dalla comunità scientifica nazionale ed internazionale, da proporre ed attuare nell'ambito del territorio dell'ASP di Catania.

Il documento traccia gli aspetti organizzativi e gestionali per un percorso sicuro, semplice, efficace e sostenibile, ottimizzando le risorse per l'integrazione e la continuità delle cure, individuando modalità operative che consentano una più agevole integrazione fra assistenza primaria e strutture specialistiche, al fine di garantire la continuità assistenziale del paziente con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD).

1.1 – Criteri di inclusione nel percorso

Il presente percorso è rivolto ai minori ed agli adulti con sospetto ASD residenti o domiciliati nel territorio dell'ASP di Catania.

1.2 – Definizione e caratteristiche del disturbo

Le conoscenze in merito al Disturbo autistico (*Disturbi dello Spettro Autistico* secondo il DSM 5 e *Sindrome da alterazione globale dello sviluppo psicologico* secondo l'ICD-10) sono in continuo sviluppo e se ne aggiungono di nuove incessantemente, grazie al lavoro di numerosi gruppi di ricerca presenti in tutto il mondo. Tuttavia, a oltre 60 anni dalla sua individuazione da parte di Leo Kanner (1943), persistono ancora notevoli incertezze in termini di eziologia, di elementi caratterizzanti il quadro clinico, di confini nosografici con sindromi simili, di diagnosi, di presa in carico e di evoluzione a lungo termine.

La complessità del disturbo autistico e la presenza di un quadro fenomenico molto diversificato, che fa ipotizzare la presenza di possibili sottotipi (o secondo un'impostazione nosografica differente, di diverse possibili comorbidità), uniti alla naturale modificazione nel corso dello sviluppo dei caratteri tipici del quadro clinico, rendono particolarmente complesso il percorso di presa in carico delle persone con autismo, che necessariamente, per il carattere life-span del disturbo, deve interessare tutto l'arco di vita con attenzione alle peculiarità proprie di ogni età.

Caratteristiche del disturbo

L'autismo è una sindrome comportamentale causata da un disordine dello sviluppo biologicamente determinato, con esordio nei primi 3 anni di vita. Le aree prevalentemente interessate da uno sviluppo alterato sono quelle relative alla comunicazione sociale, alla interazione sociale reciproca e al gioco funzionale e simbolico.

In termini più semplici e descrittivi, le persone con autismo hanno compromissioni qualitative del linguaggio anche molto gravi, fino a una totale assenza dello stesso, manifestano incapacità o importanti

difficoltà a sviluppare una reciprocità emotiva, sia con gli adulti che con i coetanei, e presentano interessi ristretti e

comportamenti stereotipati e ripetitivi.

Tutti questi aspetti possono accompagnarsi anche a ritardo mentale, che si può presentare in forma lieve, moderata o grave.

La più recente revisione dell'inquadramento diagnostico dei disturbi mentali, il DSM 5 (2013), colloca l'autismo fra i *Disturbi del neurosviluppo* e li definisce globalmente *Disturbi dello Spettro Autistico* con livello di gravità 1-2-3 in relazione al livello di supporto richiesto dal soggetto. Il DSM 5 determina una svolta nel modo di diagnosticare, e quindi di concepire, l'autismo; si passa da una diagnosi categoriale ad una diagnosi dimensionale che permette di definire meglio le caratteristiche della persona al fine di poter fare diagnosi più accurate, impostare trattamenti più efficaci e favorire la ricerca, perché ogni caratteristica, sintomo o deficit viene definito come lungo un continuum dimensionale all'interno del quale bisogna collocare intensità e gravità.

Criteri diagnostici secondo il DSM 5

A. Deficit persistente della comunicazione sociale e nell'interazione sociale in molteplici contesti

come manifestato dai seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato:

1. Deficit della reciprocità socio-emotiva, che vanno, per esempio, da un approccio sociale anomalo e dal fallimento della normale reciprocità della conversazione; a una ridotta condivisione di interessi, emozioni o sentimenti; all'incapacità di dare inizio o di rispondere a interazioni sociali.
2. Deficit dei comportamenti comunicativi non

verbali per l'interazione sociale, che vanno, per esempio, dalla comunicazione verbale e non verbale scarsamente integrata; ad anomalie del contatto visivo e del linguaggio del corpo o deficit della comprensione e dell'uso di gesti; a una totale mancanza di espressività facciale e di comunicazione non verbale.

3. Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni, che vanno, per esempio, dalle difficoltà di adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali; alle difficoltà di condividere il gioco di immaginazione o di fare amicizia; all'assenza di interesse verso i coetanei.

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

1. Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi (per es. stereotipie motorie semplici, mettere in fila giocattoli o capovolgere oggetti, ecolalia, frasi idiosincratiche).
2. Insistenza nella sameness (immodificabilità), aderenza alla routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale o non verbale (per es. estremo disagio davanti a piccoli cambiamenti, difficoltà nelle fasi di transizione, schemi di pensiero rigidi, saluti rituali, necessità di percorrere la stessa strada o di mangiare lo stesso cibo ogni giorno).
3. Interessi molto limitati, fissi, che sono anomali per intensità o profondità (per es. forte attaccamento o preoccupazione nei confronti di soggetti insoliti, interessi eccessivamente circoscritti o perseverativi).
4. Iper o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente (per es. apparente indifferenza a dolore/

temperatura, reazione di avversione nei confronti di suoni o consistenze tattili specifici, annusare o toccare oggetti in modo eccessivo, essere affascinati da luci o da movimenti).

Occorre specificare la gravità attuale: Il livello di gravità si basa sulla compromissione della comunicazione sociale e sui pattern di comportamento ristretti, ripetitivi.

LIVELLO DI GRAVITÀ	COMUNICAZIONE SOCIALE	COMPORTAMENTI RISTRETTI, RIPETITIVI
LIVELLO 3 “È necessario un supporto molto significativo”	Gravi deficit delle abilità di comunicazione sociale, verbale e non verbale, causano gravi compromissioni del funzionamento, avvio molto limitato delle interazioni sociali e reazioni minime alle aperture sociali da parte di altri.	Inflessibilità di comportamento, estrema difficoltà nell'affrontare il cambiamento o altri comportamenti ristretti/ripetitivi interferiscono in modo marcato con tutte le aree del funzionamento. Grande disagio/difficoltà nel modificare l'oggetto dell'attenzione o l'azione.
LIVELLO 2 “È necessario un supporto significativo”	Deficit marcati delle abilità di comunicazione sociale verbale e non verbale; compromissioni sociali visibili anche in presenza di supporto; avvio limitato delle interazioni sociali; reazioni ridotte o anomale alle aperture sociali da parte di altri.	Inflessibilità di comportamento, difficoltà nell'affrontare i cambiamenti o altri comportamenti ristretti/ripetitivi sono sufficientemente frequenti da essere evidenti a un osservatore casuale e interferiscono con il funzionamento in diversi contesti. Disagio/difficoltà nel modificare l'oggetto dell'attenzione o l'azione.
LIVELLO 1 “È necessario un supporto”	In assenza di supporto, i deficit della comunicazione sociale causano notevoli compromissioni. Difficoltà ad avviare le interazioni sociali e chiari esempi di risposte atipiche o infruttuose alle aperture sociali da parte di altri. L'individuo può mostrare un interesse ridotto per le interazioni sociali.	L'inflessibilità di comportamento causa interferenze significative con il funzionamento in uno o più contesti. Difficoltà nel passare da un'attività all'altra. I problemi nell'organizzazione e nella pianificazione ostacolano l'indipendenza.

1.3 Epidemiologia

L'autismo non sembra presentare prevalenze geografiche e/o etniche, in quanto è stato descritto in tutte le popolazioni del mondo, di ogni razza o ambiente sociale; presenta, viceversa, una prevalenza di sesso, in quanto colpisce i maschi in misura da 3 a 4 volte superiore rispetto alle femmine.

Una prevalenza di 10-13 casi per 10.000 sembra la stima più attendibile per le forme classiche di autismo, mentre se si considerano tutti i disturbi dello spettro autistico la prevalenza arriva a 40-50 casi per 10.000. Vanno comunque condotti ulteriori studi in relazione agli aumenti di prevalenza delle patologie autistiche, che in questi ultimi tempi sono stati segnalati soprattutto dai paesi anglofoni e che porterebbero la prevalenza dei disturbi dello spettro autistico a 90/10.000. Questi dati devono essere confrontati con quelli che si possono ricavare dai sistemi informativi delle regioni Piemonte ed Emilia-Romagna, che indicano una presa in carico ai Servizi di Neuropsichiatria Infantile di minori con diagnosi di autismo rispettivamente di 25/10.000 e 20/10.000.

1.4 Eziopatogenesi

Le cause dell'autismo sono a tutt'oggi sconosciute. La natura del disturbo, infatti, coinvolgendo i complessi rapporti mente-cervello, non rende possibile il riferimento al modello sequenziale eziopatogenetico, comunemente adottato nelle discipline mediche: eziologia → anatomia patologica → patogenesi → sintomatologia.

Va inoltre considerato che l'autismo, quale sindrome definita in termini esclusivamente comportamentali, si configura come la via finale comune di situazioni patologiche di svariata natura e probabilmente con diversa eziologia.

In base alle attuali conoscenze, l'autismo è una patologia psichiatrica con un elevato tasso di ereditabilità e con una significativa concordanza nei gemelli monozigoti: il rischio di avere un altro bambino con autismo è 20 volte più elevato rispetto alla popolazione generale se si è già avuto un figlio affetto.

Nonostante i numerosi studi, non si conosce ancora quale sia il percorso eziopatogenetico che conduce allo sviluppo dei quadri di autismo; la ricerca si è orientata maggiormente a indagare il ruolo dei fattori genetici, mentre una relativamente minore attenzione è stata posta sui fattori ambientali o sulla interazione gene-ambiente, e si è focalizzata, specie negli ultimi anni, sullo studio del cervello, soprattutto attraverso le tecniche di neuroimaging, sia strutturale che funzionale.

I dati finora prodotti dalla ricerca hanno evidenziato una forte eterogeneità e complessità nella eziologia genetica; l'identificazione di pathways cellulari o molecolari, possibile grazie alle nuove tecnologie, consente di avanzare solo ipotesi sull'origine del disturbo e nell'insieme non fornisce al momento elementi di certezza sulle cause, che restano pertanto sconosciute.

1.5 Comorbidità

L'autismo si trova a volte associato a sindromi o malattie rare su base genetica che compromettono la normale funzionalità del Sistema Nervoso Centrale, quali la sclerosi tuberosa, la sindrome di Rett, la sindrome di Down, la sindrome di Landau-Kleffner, la fenilchetonuria, la sindrome dell'X fragile. Questi casi vengono spesso chiamati Autismo sindromico e la loro classificazione avviene sulla base della sindrome specifica, ciò non toglie che i loro bisogni speciali in genere coincidano con quelli degli altri soggetti con autismo.

1.6 Outcome

Il bambino con diagnosi certa di autismo cresce con il suo disturbo, anche se nuove competenze vengono acquisite con il tempo. Tali competenze, tuttavia, sono “modellate” da e sul disturbo nucleare e avranno comunque una qualità “autistica”. Nel complesso, la particolare pervasività della triade sintomatologica e l'andamento cronico del quadro patologico determinano condizioni di disabilità, con gravi limitazioni nelle autonomie e nella vita sociale, che persistono anche nell'età adulta.

Analogamente a quanto già dimostrato nella riabilitazione di disabilità acquisite nell'adulto, dove sono determinanti la tempestività e la specificità dell'intervento, e in sintonia con la prassi della riabilitazione di disabilità neuromotorie del bambino, dove la precocità dell'intervento riabilitativo è diventata una buona prassi consolidata, anche gli interventi sugli aspetti funzionali e mentali del disturbo autistico potrebbero giovare di metodologie specifiche applicate precocemente.

Allo stesso tempo, considerata la complessità e la gravità dei disturbi dello spettro autistico, è necessario che la gestione della patologia tenga conto dei vari elementi che concorrono alla complessità del quadro clinico.

È auspicabile quindi che interventi specifici, competenze cliniche e interventi abilitativi e di supporto per il paziente e per la sua famiglia siano costruiti secondo buone prassi evidence based, in quanto ogni intervento deve avere come obiettivo quello di favorire il massimo sviluppo possibile delle diverse competenze compromesse nel disturbo.

Per tale motivo i Servizi per la diagnosi e la presa in carico dei pazienti con ASD dovrebbero formare dei team multidisciplinari di specialisti e/o clinici per l'età

evolutiva e team per adulti costituiti da personale in grado di supportare la famiglia ed interagire con la scuola.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFICI E DOCUMENTALI

- 1) Linee guida per l'Autismo – Raccomandazioni tecniche-operative per i Servizi di Neuropsichiatria dell'età evolutiva – SINPIA (2005)
- 2) D.A. 1 febbraio 2007 della Regione Sicilia “Linee guida di organizzazione della rete assistenziale per persone affette da disturbo autistico”
- 3) Linee guida “Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti”, SNLG Istituto Superiore di Sanità (2011)
- 4) “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico”, Ministero della Salute (2012)
- 5) Legge 18 agosto 2015, n. 134 “Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie”
- 6) D.A. 11 giugno 2019 della Regione Sicilia “Approvazione del Programma regionale unitario per l'autismo”
- 7) ICD 10 - International statistical classification of diseases and related health problems – OMS (2011)
- 8) DSM 5 - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - American Psychiatric Association (2013)

3. OBIETTIVI

Ottimizzare il percorso diagnostico e la cura delle persone con ASD mediante:

- Individuazione precoce degli indici di rischio per ASD mediante Screening inserito nei bilanci di salute del Pediatra con scheda per i Disturbi del Neurosviluppo dell'ISS
- Diagnosi neuropsichiatrica precoce
- Ottimizzazione e razionalizzazione dell'accesso ai Servizi di NPI
- Intervento mirato attraverso presa in carico multiprofessionale
- Interventi in rete per un'integrazione efficace fra strutture ospedaliere e territoriali dell'ASP
- Monitoraggio da parte del Case manager territoriale
- Curare la transizione all'età adulta con interventi integrati fra NPIA e DSM per adulti
- Adeguata presa in carico presso i DSM
- Attività in rete con gli Enti locali per interventi mirati all'inclusione sociale e lavorativa
- Utilizzo appropriato delle risorse disponibili

4. DESTINATARI

- Pediatri o MMG di libera scelta
- UU.OO. di NPIA Territoriali
- U.O. di NPIA Ospedaliera
- U.O. Centro per i Disturbi dello Spettro Autistico
- Dipartimento di Salute Mentale per l'età adulta

5. PERCORSO ASSISTENZIALE

Per favorire lo sviluppo delle potenzialità delle persone con Disturbi dello spettro autistico e migliorare la loro qualità di vita e quella dei loro familiari, risulta indispensabile una Rete di servizi accessibile già dai primi anni di vita del bambino, specifici per patologia, rigorosi per metodologia e flessibili nell'erogazione delle prestazioni.

I servizi con funzione di diagnosi e riabilitazione devono fornire un supporto medico, psicologico, pedagogico e sociale adeguati per fascia di età (infanzia, adolescenza ed età adulta), che preveda l'interazione con la famiglia, la scuola e, qualora possibile, il mondo del lavoro.

È necessario quindi elaborare un progetto per la realizzazione di una Rete integrata di servizi rivolti alle persone con disturbi dello spettro autistico ed alle loro famiglie, in tutte le fasi del ciclo di vita, allo scopo di migliorare il livello qualitativo degli interventi.

5.1 PERCORSO PER L'ETA' EVOLUTIVA

Il primo livello del percorso va individuato nel Pediatra di libera scelta.

Lo studio del Pediatra è la sede di "primo contatto naturale" con la patologia ed il Pediatra è l'operatore sanitario che ha un ruolo fondamentale per il rilievo degli indicatori relazionali, comunicativi e comportamentali che orientano verso una diagnosi precoce di Disturbo dello spettro autistico. La rilevazione può avvenire durante i periodici bilanci di salute o in seguito all'emergere di preoccupazioni da parte dei genitori (o di altri caregivers) rispetto a problemi dello sviluppo emotivo e sociale del loro bambino. A tal fine sarebbe opportuna l'utilizzazione di test screening standardizzati, tipo CHAT (Checklist for Autism in Toddlers).

La diagnosi di sospetto comporta l'invio del paziente alla U.O. di Neuropsichiatria Infantile del territorio per

i successivi approfondimenti e l'eventuale conferma diagnostica; sarebbe auspicabile l'uso di una scheda ove vengano riportati i dati clinici di sospetto (Scheda dell'Istituto Superiore di Sanità).

Le unità operative multiprofessionali di NPI (territoriali, ospedaliere, universitarie e di I.R.C.C.S.) rappresentano le strutture istituzionalmente preposte alla gestione dell'assistenza ai soggetti con comportamento autistico in età evolutiva.

La presa in carico si articola in presa in carico diagnostica e presa in carico riabilitativa.

La presa in carico necessita di:

- interdisciplinarietà;
- coordinamento fra servizi rivolti all'intero ciclo di vita;
- coordinamento fra servizi e famiglia;
- formazione specifica/continuativa degli operatori e delle famiglie;
- progetto educativo globale individualizzato; - sistematicità/continuità/flessibilità dell'intervento;
- adattamento ambientale.

a) ACCESSO ALLA U.O. DI NPIA TERRITORIALE

Il PDTA prevede la segnalazione di sospetto clinico alla U.O. di NPIA territoriale, dove si provvederà alla diagnosi ed alla individuazione del *Case manager* che curerà la presa in carico del paziente e la programmazione degli interventi.

La prima fase del percorso riguarda pertanto l'accesso, vale a dire il momento in cui la persona presenta sintomi riferibili a sospetto ASD.

Nel caso di minore, il sospetto diagnostico può

provenire:

a) dal pediatra/medico di base/altro specialista

c) dalla famiglia

d) dall'asilo nido o dalla scuola dell'infanzia

Modalità di accesso

- In caso di osservazione da parte del Pediatra di sintomi riferibili ad anomalie della relazione e/o della comunicazione, questi comunica ai genitori quanto osservato e suggerisce un approfondimento diagnostico presso il Servizio di NPIA del territorio; acquisito il consenso da parte dei genitori invia richiesta di visita alla U.O. di NPIA territorialmente competente;
- In caso di osservazione da parte dei genitori di anomalie dello sviluppo, questi possono fare richiesta di valutazione neuropsicodiagnostica con accesso diretto alla U.O. di NPIA del territorio;
- In caso di osservazione da parte di insegnanti o puericultrici, questi invitano i genitori del bambino a contattare il Pediatra o l'U.O. di NPIA per approfondimenti.

b) DIAGNOSI

Figure di riferimento: Neuropsichiatra infantile + Psicologo + Assistente Sociale + Terapista della Neuropsicomotricità dell'età evolutiva + Logopedista

Una volta accolta la richiesta dei genitori viene avviato l'iter diagnostico che consiste nella valutazione multiprofessionale da parte di un team di specialisti con formazione specifica su ASD.

L'equipe della U.O. di NPIA Territoriale applica le recenti indicazioni delle Linee Guida (Ministero della Salute, I.S.S., D.A. Regione Sicilia); le procedure previste per la

formulazione della diagnosi di autismo si inscrivono in una valutazione clinica globale, la quale ha lo scopo di raccogliere le informazioni utili a "conoscere" il bambino nel suo complesso, la famiglia e l'intero contesto ambientale.

Verrà pertanto attivato un percorso che prevede:

diagnosi ed intervento precoce, elementi questi significativi a livello prognostico per incidere sulla traiettoria evolutiva del disturbo;

coinvolgimento attivo della famiglia nelle varie fasi: progettazione, attuazione e verifica;

intervento multidisciplinare e multimodale, in quanto il disturbo autistico coinvolge le varie aree di sviluppo che necessitano di supporto integrato;

enfasi sugli interventi naturalistici, considerato che la ricerca ha dimostrato come gli interventi naturalistici nei contesti sociali dei bambini hanno la massima efficacia nel potenziare la regolazione e le abilità sociali e comunicative;

necessità di progettare gli obiettivi e verificare l'efficacia dell'intervento, in relazione alle problematiche emergenti e all'età.

Sono previsti i seguenti passaggi:

Apertura cartella con acquisizione del consenso informato dei genitori;

Esame medico, psichiatrico e neurologico con anamnesi accurata;

Avvio del protocollo diagnostico specifico per ASD, utilizzando test standardizzati, interviste semistrutturate e/o questionari sui diversi aspetti del comportamento, del funzionamento sociale e dello sviluppo neurocognitivo e psicomotorio del bambino (CARS, ADI-R, altro)

Formulazione della diagnosi di ASD con restituzione ai genitori in équipe degli esiti delle valutazioni effettuate e stesura di sintesi clinica e progetto terapeutico.

Per il completamento dell'iter diagnostico verrà effettuato l'invio alla U.O. Ospedaliera di NPIA; contestualmente verrà inviata richiesta di inserimento per l'intervento intensivo precoce al Centro per i Disturbi dello Spettro Autistico dell'ASP.

L'inquadramento diagnostico verrà, inoltre, completato presso il Centro per i Disturbi dello Spettro Autistico con la valutazione per il profilo funzionale ed adattivo del paziente che permetterà l'avvio della presa in carico e l'inserimento riabilitativo.

c) PRESA IN CARICO PRESSO LA U.O. DI NPIA

Figure di riferimento: Neuropsichiatra infantile + Psicologo + Pedagogista + Assistente Sociale + Terapista della Neuropsicomotricità dell'età evolutiva + Logopedista + Tecnico della riabilitazione psichiatrica + Educatore professionale

Confermata la diagnosi di ASD il paziente viene preso in carico dall'équipe della U.O. di NPIA per il prosieguo dell'iter diagnostico e per l'avvio del progetto abilitativo individualizzato.

Gli interventi proseguiranno con periodici controlli in follow-up, interventi di parent training o counseling familiare, attivazione della legge 104/92, interventi per l'integrazione scolastica, altri interventi abilitativi secondo il modello cognitivo-comportamentale, eventuale terapia farmacologica, interventi per l'inclusione sociale.

A partire dai 6 anni di età del paziente potrà essere inviata richiesta al Centro per i Disturbi dello Spettro autistico di riferimento per l'inserimento al Centro Diurno per interventi in piccolo gruppo finalizzati all'acquisizione di autonomie, all'implementazione

degli skill comunicativi, alla risoluzione di comportamenti problema. L'invio dovrà essere fatto con apposita modulistica (PTI – Progetto terapeutico individualizzato).

d) RICOVERO PRESSO LA U.O. OSPEDALIERA DI NPIA

Figure di riferimento: Neuropsichiatra infantile + Psicologo clinico + Infermiere Professionale + OSS

L'Unità Operativa Ospedaliera effettua in regime di ricovero ordinario o di day service il completamento dell'iter diagnostico con la valutazione clinico-biologica che comprende esami ematici, genetici, metabolici, strumentali e di neuroimaging, la valutazione psicodiagnostica con ADOS ed eventualmente altre valutazioni specialistiche. L'invio dovrà essere fatto con apposita scheda di sintesi sul paziente.

e) INVIO AL CENTRO PER I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Il Centro per i Disturbi dello Spettro Autistico si articola nei seguenti settori:

- Ambulatorio
- Intervento Intensivo precoce
- Centro Diurno
- Centro Residenziale a bassa intensità di cura.

AMBULATORIO

Figure di riferimento: Neuropsichiatra infantile + Psicologo clinico + Assistente Sociale + Terapista della

Neuropsicomotricità dell'età evolutiva + Logopedista + Educatore professionale + Infermiere Professionale

- Presso l'Ambulatorio del Centro possono essere effettuati i seguenti interventi: - Valutazione cognitiva con WISC-III o IV, Leiter-r

Valutazione delle autonomie personali e sociali con VINELAND

Valutazione funzionale con PEP-3

Valutazione finalizzata all'impostazione del programma riabilitativo e/o psicoeducativo - Parent-training

Parent-coaching

Valutazione delle abilità comunicative ed impostazione del programma abilitativo con eventuale valutazione per l'uso del comunicatore

Controlli in follow-up dei pazienti che hanno effettuato il trattamento presso la UIIP o il Centro Diurno per la ridefinizione ed il monitoraggio del progetto riabilitativo

Interventi mirati per specifici gruppi di pazienti (Asperger, HF, altro)

Progettazione di interventi di inclusione sociale e di promozione delle autonomie

Valutazione in merito a problematiche comportamentali e programmazione dell'intervento finalizzato all'estinzione dei comportamenti problema

L'invio da parte della U.O. di NPIA territoriale viene effettuato mediante PTI e può riguardare pazienti di diversa età. Gli interventi saranno inseriti nel progetto individualizzato del paziente e concordati con il casemanager territoriale di riferimento, che rimane il titolare della presa in carico del paziente.

INTERVENTO INTENSIVO PRECOCE (per pazienti di età inferiore ai 48 mesi)

Figure di riferimento: Neuropsichiatra infantile + Psicologo + Assistente Sociale + Terapista della Neuropsicomotricità dell'età evolutiva + Logopedista + Educatore professionale + Infermiere + OSS

L'intervento precoce è finalizzato a promuovere l'iniziativa e il coinvolgimento sociale nel bambino.

I primi anni di vita rappresentano un periodo di grande plasticità nello sviluppo cerebrale e di potenzialità di apprendimento; i modelli d'intervento intensivo precoce di tipo evolutivo, basandosi sulle conoscenze dello sviluppo neuropsicologico del bambino e rivolgendosi ai segni precoci di ASD, che riguardano i deficit nell'orientamento sociale e nell'iniziativa, facilitano l'emergenza di una traiettoria di sviluppo tipica nei bambini molto piccoli, migliorandone complessivamente il comportamento e le abilità adattive.

L'inserimento per il trattamento dovrà avvenire entro 60 giorni dall'avvio dell'iter diagnostico (secondo quanto previsto dal Programma regionale unitario per l'autismo).

Effettuata la valutazione in équipe verranno programmati la tipologia, gli obiettivi e la durata dell'intervento e sulla base di questi verrà stilato PTRP (Progetto di trattamento riabilitativo personalizzato).

Nello specifico, gli obiettivi riabilitativi da perseguire sono finalizzati a sviluppare e/o potenziare i prerequisiti all'apprendimento, trasversali a qualsiasi disciplina:

favorire la comparsa di segnalatori sociali (contatto oculare, sguardo referenziale, sorriso, etc.);

aumentare i tempi di attenzione e collaborazione;

facilitare un uso più appropriato degli oggetti;

stimolare la comunicazione;

arricchire il vocabolario;

contenere l'“iperattività” e ridurre condotte disadattive (stereotipie motorie, condotte etero/autolesive, altri comportamenti inadeguati);

acquisire e/o potenziare l'autonomia in riferimento alla gestione personale e ambientale.

TRATTAMENTO PRESSO IL CENTRO DIURNO PER L'ETA' SCOLARE (dai 6 anni)

Figure di riferimento: Neuropsichiatra infantile + Psicologo + Assistente Sociale + Terapista della Neuropsicomotricità dell'età evolutiva + Logopedista + Tecnico della riabilitazione psichiatrica + Educatore professionale + Istruttore per attività di laboratorio + Infermiere + OSS

La crescita psicologica e lo sviluppo di autonomie e competenze nei soggetti con disturbi dello spettro autistico può continuare a lungo se adeguatamente supportata all'interno di un contesto “adattato”, coerente e prevedibile.

Gli interventi devono pertanto essere finalizzati a:

facilitare l'emergenza di competenze (sociali, comunicative, linguistiche, cognitive) che possano favorire il futuro adattamento del soggetto all'ambiente in cui vive;

favorire lo sviluppo di un soddisfacente adattamento emozionale (controllo degli impulsi, modulazione degli stati emotivi, immagine di sé);

favorire il raggiungimento di un buon livello di integrazione sociale.

L'équipe del Centro effettua la valutazione e programma la tipologia, gli obiettivi e la durata dell'intervento; sulla base di questi verrà stilato PTRP (Piano di trattamento riabilitativo personalizzato).

In età adolescenziale diventa indispensabile un trattamento che miri ad incrementare ulteriormente e/o consolidare le abilità adattive di tipo funzionale, ma che preveda, in particolare per gli adolescenti autistici con un buon livello di funzionamento, una

maggiore attenzione agli aspetti psico-sociali.

Si ritengono, pertanto, utili alcuni interventi specifici:

programmi di training per l'attività sociale e l'indipendenza (organizzazione e gestione del tempo libero, con attenzione per gli interessi personali; incontri protetti rivolti all'integrazione sociale);

programmi mirati alla formazione professionale e all'inserimento lavorativo.

CENTRO RESIDENZIALE A BASSA INTENSITA' DI CURA

Figure di riferimento: Neuropsichiatra infantile + Psichiatra + Psicologo + Assistente Sociale + Tecnico della riabilitazione psichiatrica + Educatore professionale + Istruttore per attività di laboratorio + Infermiere + OSS

- Per utenti selezionati potrà essere attivato un percorso con invio al Centro Residenziale del Centro per i Disturbi dello spettro autistico.

Il Centro accoglie per brevi periodi pazienti a Bassa Intensità di cura che necessitano di interventi cognitivo-relazionali in ambiente extrafamiliare per la modifica di comportamenti problema e l'acquisizione intensiva di autonomie relazionali ed occupazionali.

f) INVIO ALLA U.O. DI NPIA OSPEDALIERA PER CASI COMPLESSI

Figure di riferimento: Neuropsichiatra infantile + Psicologo + Infermiere

In alcuni casi può rendersi necessario un invio alla U.O.

di NPIA Ospedaliera per:

la gestione delle emergenze mediante assistenza in regime di day hospital o di ricovero ordinario;

la definizione diagnostica dei casi complessi, mediante valutazione standardizzata della fenomenologia clinica e l'esecuzione di eventuali indagini strumentali e di laboratorio; - la messa a punto di eventuali trattamenti farmacologici complessi; - l'attivazione di DH riabilitativi e psicoterapeutici intensivi.

Il ricovero potrà avvalersi, inoltre, di un'attività di consulenza per l'espletamento di procedure specialistiche diagnostiche o terapeutiche di più frequente riscontro (odontoatria, oculistica, piccola chirurgia, gastroenterologica, etc), in modo da realizzare percorsi facilmente accessibili in ambiente protetto.

g) TRANSIZIONE ALL'ETA' ADULTA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE CON INVIO AL DSM

Al compimento del 18esimo anno di età la presa in carico prosegue presso i Dipartimenti di Salute Mentale per adulti, con eventuale costituzione di un team dedicato, in modo da garantire la continuità assistenziale e dare coerenza agli interventi complessivi.

A tal fine è indispensabile che venga formalizzato un trasferimento di informazioni anamnestico-cliniche tra gli operatori dei due servizi per la presentazione del caso con produzione di sintesi clinica aggiornata.

5.2 PERCORSO PER L'ETA' ADULTA

Figure di riferimento: Psichiatra + Psicologo + Assistente Sociale + Tecnico della riabilitazione psichiatrica + Educatore professionale

Il DSM nelle sue articolazioni rappresenta la struttura istituzionalmente preposta alla gestione

dell'assistenza ai soggetti con comportamento autistico in età adulta. I servizi multiprofessionali di salute mentale si fanno carico delle persone autistiche in età adulta garantendo il proseguimento del progetto di presa in carico individualizzato già iniziato in età evolutiva o attivando un nuovo progetto per coloro che afferiscono per la prima volta al servizio.

Presso il CSM territorialmente competente il paziente con Disturbo dello Spettro autistico verrà preso in carico per l'eventuale terapia farmacologica e per gli interventi di inclusione sociale ed inserimento lavorativo, ove possibile.

Occorre programmare interventi differenziati sulla base del livello di funzionamento.

Gli interventi abilitativi ed educativi dovranno mirare a sviluppare, consolidare e mantenere nel tempo le abilità personali/sociali e ad incrementare l'autonomia e l'indipendenza. Gli adulti dovrebbero continuare, quindi, a poter usufruire di programmi educativi individualizzati nelle aree funzionali quali la comunicazione, le abilità sociali, lavorative e di tempo libero, nella prospettiva di un progressivo distacco dalla famiglia di origine.

a) ACCERTAMENTO E VALUTAZIONE

Acquisizione documentazione sanitaria, valutazione clinica, approfondimenti clinico-diagnostici, etc.

b) PRESA IN CARICO

Definizione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, che consideri il quadro clinico, le specificità individuali e ambientali, i bisogni.

La presa in carico in età adulta deve prevedere:

- Individuazione e gestione di attività riabilitative finalizzate a promuovere esperienze di autonomia sociale, lavorativa, abitativa; potrà essere valutata l'opportunità di invio al Centro Diurno del *Centro per*

i Disturbi dello Spettro autistico per interventi per il miglioramento delle abilità adattive

- Gestione diretta degli aspetti clinici: definizione terapia, monitoraggio clinico, etc.
- Continuità/Integrazione con Medico di Medicina Generale per la presa in carico sanitaria del paziente ■ Iniziativa di supporto alla Famiglia da parte dell'equipe multidisciplinare curante al bisogno e/o almeno 2 volte/anno per monitoraggio del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato e per affrontare i bisogni del paziente e dei familiari
- Monitoraggio con Valutazione clinica al bisogno, Gestione delle eventuali emergenze cliniche, Verifica del PTRP
- Eventuali controlli ambulatoriali presso la U.O. di NPIA Ospedaliera per il monitoraggio della terapia farmacologica o esami strumentali

c) INVIO AL CENTRO PER I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

TRATTAMENTO PRESSO IL CENTRO DIURNO

L'invio viene effettuato mediante PTI dal case-manager del CSM e deve essere inserito nel progetto di vita del paziente.

Gli interventi saranno finalizzati a:

- facilitare l'implementazione di competenze sociali, comunicative, linguistiche, cognitive; o favorire lo sviluppo di un soddisfacente adattamento emozionale;
- favorire il raggiungimento di un buon livello di integrazione sociale attraverso programmi di training per l'autonomia sociale e l'indipendenza (organizzazione e gestione del tempo libero, con

attenzione per gli interessi personali; incontri protetti rivolti all'integrazione sociale);

- acquisizione di competenze prelaborative.

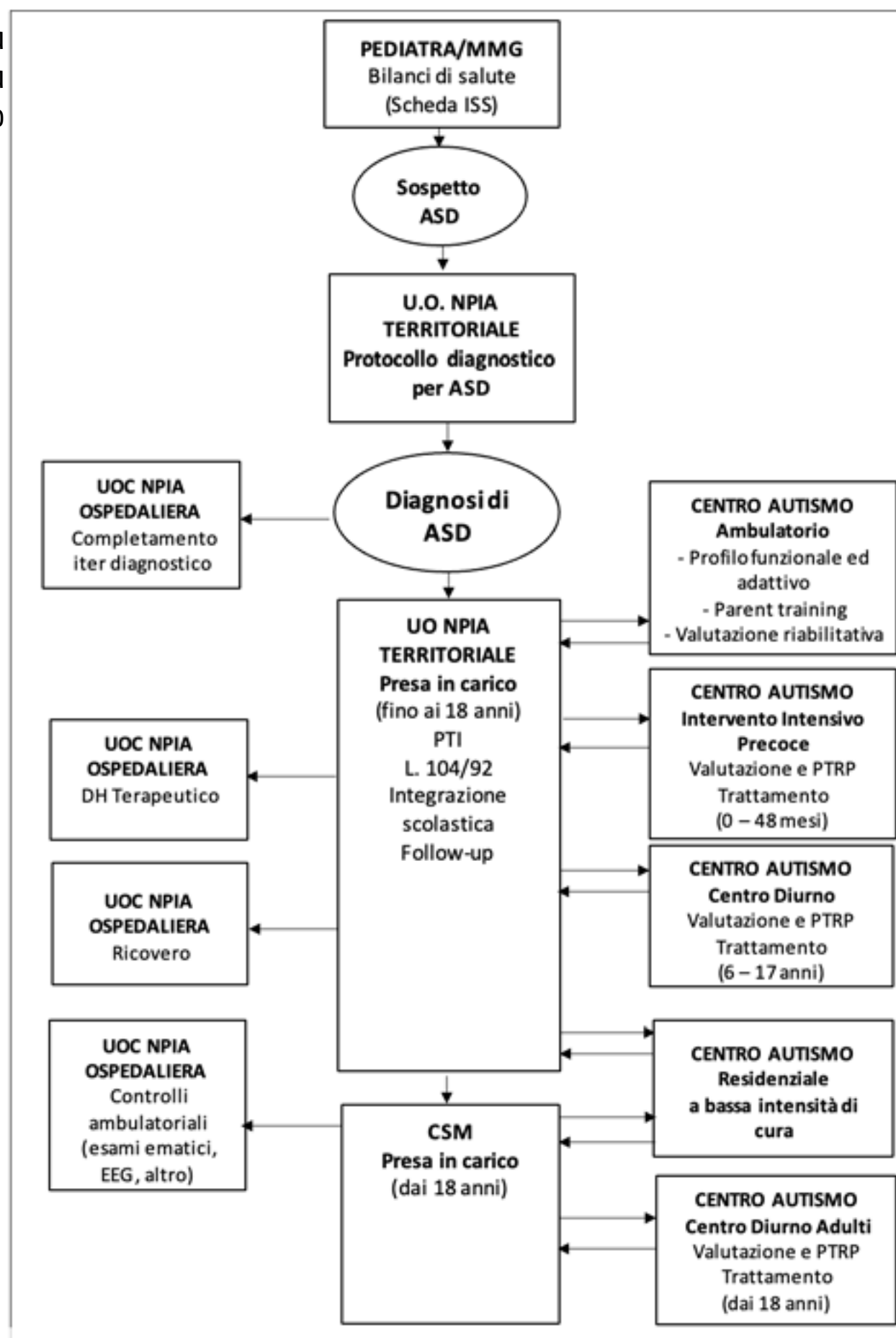
L'équipe del Centro effettua la valutazione e programma la tipologia, gli obiettivi e la durata dell'intervento; sulla base di questi verrà stilato PTRP (Piano di trattamento riabilitativo personalizzato).

INVIO AL CENTRO RESIDENZIALE A BASSA INTENSITA' DI CURA

Potrà essere attivato un percorso per utenti selezionati da inviare al Centro Residenziale del Centro per i Disturbi dello spettro autistico.

Il Centro accoglie per brevi periodi pazienti a Bassa Intensità di cura per interventi cognitivo-relazionali in ambiente extrafamiliare utili alla modifica di comportamenti problema ed acquisizione intensiva di autonomie relazionali e occupazionali.

6. FLOW-CHART SINTETICA DEL PERCORSO



7. SCREENING PER FRATELLI/SORELLE DI BAMBINI CON AUTISMO

L'Istituto Superiore di Sanità promuove un progetto per la diagnosi precoce del disturbo autistico, nell'ambito di tale progetto è previsto un monitoraggio dei fratelli/sorelle di bambini con autismo, i quali presentano un maggior rischio di sviluppare un disturbo del neurosviluppo. Tale screening consentirebbe di individuare precocemente e di avviare al trattamento i bambini che presentano segnali rischio.

Il monitoraggio è stato già attivato in altre regioni attraverso il progetto NIDA dell'ISS, che si propone di istituire un network italiano per l'individuazione precoce di atipicità evolutive in una popolazione a rischio dello spettro autistico, al fine di prevenire o attenuare le successive anomalie socio-comunicative e comportamentali. Il progetto prevede un protocollo di sorveglianza e di valutazione del neurosviluppo del bambino a rischio per ASD nel corso dei primi 18 mesi di vita e coinvolge i Pediatri di base, il personale degli asili nido e delle scuole materne, le unità di Neuropsichiatria Infantile.

8. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

La formazione degli operatori, implicati a vario titolo nella gestione delle problematiche poste dai soggetti con disturbi dello spettro autistico, rappresenta il presupposto indispensabile per porre gli interventi in linea con i più moderni e accreditati protocolli operativi e terapeutici e dare garanzie di appropriatezza e di efficacia ed è indispensabile per la costituzione ed il mantenimento di un network stabile di operatori che possano effettuare una completa ed efficace diagnosi e presa in carico dei pazienti con ASD, sia per l'età evolutiva che per l'età adulta.

I destinatari delle attività di formazione sono i pediatri di famiglia, i neuropsichiatri infantili, gli psichiatri, gli psicologi ad indirizzo clinico, i

pedagogisti, i logopedisti, gli assistenti sociali, gli educatori, i terapisti della riabilitazione, gli insegnanti e le famiglie. Per tutti dovranno essere programmati interventi informativi e formativi secondo i modelli accreditati a livello scientifico internazionale

9. Diffusione

Responsabile della diffusione: Direttore DSM e

Direttori UU.OO.CC NPIA Territoriale ed Ospedaliera

Destinatari: UU.OO. di NPIA territoriali, U.O. Centro

per i Disturbi dello Spettro Autistico, Pediatri di libera scelta

11. Monitoraggio

Rilevazione e monitoraggio degli indicatori:

gli indicatori saranno rilevati annualmente o

semestralmente come specificato in ogni indicatore.

12. Pianificazione delle revisioni

Il PDTA sarà revisionato ogni due anni. Responsabile

della revisione: Responsabile del Gruppo di Lavoro

per i Disturbi dello Spettro autistico.

Il funzionamento che la diagnosi non vede: neuropsicologia e neurodivergenze in età adulta

di Patrizia Turriziani, Sandra Giordano, Giovanna Montaldo, Giovanna Gambino, Angela Catania, Daniele Martinez, Giulia Bongiorno, Maria Badalamenti, Rosalba La Cara

Introduzione

Il paradigma della neurodiversità ha messo in discussione, negli ultimi anni, una lettura delle differenze neurocognitive che, per troppo tempo, è coincisa con la loro patologizzazione. Autismo, ADHD e altre condizioni del neurosviluppo vanno oggi considerate non come insiemi di deficit rispetto a una norma presunta, ma come configurazioni di funzionamento complesse, con caratteristiche proprie e modalità di interazione con l'ambiente che non si lasciano ridurre alla categoria dell'errore da correggere. In questo scenario, l'approccio neuropsicologico può svolgere un ruolo centrale — e lo può fare proprio grazie al suo rigore scientifico, non nonostante esso. La neuropsicologia nasce come scienza della correlazione anatomo-clinica: il suo presupposto fondante è che ogni funzione cognitiva, emotiva e comportamentale abbia una base cerebrale, e che l'analisi del funzionamento — e delle sue variazioni — permetta di risalire all'organizzazione sottostante. Dietro ogni comportamento c'è un cervello che lo genera, con la propria storia, la propria architettura, la propria logica. È da questo sguardo che può nascere un contributo utile alla transizione da una clinica della normalizzazione a una clinica affermativa della neurodiversità.

Dal profilo al funzionamento: oltre l'etichetta diagnostica

Una diagnosi categoriale dice poco sul funzionamento specifico di un singolo individuo. Due persone con la stessa diagnosi di autismo o ADHD possono presentare profili molto diversi in termini di attenzione, funzioni esecutive, memoria, elaborazione linguistica e visuo-spaziale, regolazione emotiva e processamento sensoriale. Questa eterogeneità è la norma, non l'eccezione, ed è proprio essa a rendere necessario un inquadramento neuropsicologico accurato: uno strumento capace di descrivere non soltanto *cosa* una persona manifesta, ma anche *come* elabora le informazioni, come organizza il comportamento, come costruisce le proprie strategie di adattamento (Siper et al., 2021).

La tradizione anatomo-clinica ha dimostrato che variazioni nell'organizzazione cerebrale si traducono in profili funzionali riconoscibili: anche nelle condizioni del neurosviluppo è possibile identificare organizzazioni specifiche che si esprimono in configurazioni cognitive, percettive ed emotive caratteristiche (Wilson, 2023). Riconoscere la coerenza neurobiologica di un profilo atipico non è un gesto riduzionista: è ciò che consente di restituire legittimità all'esperienza della persona, collocandola nell'ampio ombrello della neurodiversità umana, anziché ai margini di una normalità.

Profili sensoriali, diagnosi differenziale e genere: un nodo unico

Nella pratica clinica con gli adulti, tre dimensioni tendono a intrecciarsi in modo particolarmente stretto: i profili sensoriali, la diagnosi differenziale con i disturbi psichiatrici e la questione di genere. Vale la pena affrontarle insieme, perché è proprio nella loro intersezione che il contributo neuropsicologico diventa più insostituibile. Le differenze nell'elaborazione sensoriale — ipersensibilità, difficoltà di abitudine, tendenza al sovraccarico percettivo — non sono aspetti marginali del quadro clinico. Sono espressioni dirette di specifiche organizzazioni dei sistemi sensoriali e attentivi, con ricadute concrete sulla regolazione emotiva, sull'attenzione e sull'adattamento ai contesti di vita e di lavoro (Passarello et al., 2022; Galiana-Simal et al., 2020). In età adulta queste differenze sono spesso invisibili: la persona ha costruito strategie di compensazione sofisticate, imparando a evitare certi ambienti e a tenere il sovraccarico fuori dalla vista degli altri. Il costo — affaticamento cronico, tensione costante, spazi di vita progressivamente ridotti — rimane sommerso. Sono spesso queste manifestazioni a portare l'adulto in clinica, dove rischiano però di essere interpretate come disturbi d'ansia, depressione o disturbi di personalità, anziché come espressioni di un profilo neurodivergente primario (Fusar-Poli et al., 2022). La lettura del funzionamento cerebrale è lo strumento più prezioso: consente di chiedersi se un comportamento sia l'esito di una sofferenza acquisita o la manifestazione stabile di un'organizzazione cognitiva con una propria logica interna. Saper distinguere non significa sminuire la prospettiva della neurodiversità: è semmai una sua condizione necessaria.

Su questo sfondo si inserisce la questione di

genere, ancora sottovalutata nella pratica clinica ordinaria. I criteri classificatori in uso sono stati costruiti su campioni prevalentemente maschili: il fenotipo di riferimento è maschile, e l'espressione femminile delle stesse condizioni tende a restare fuori campo. Nell'autismo, le donne presentano più frequentemente difficoltà nella modulazione sensoriale e nella regolazione emotiva (Taylor et al., 2020; Tarantino et al., 2026), mentre i problemi di reciprocità sociale risultano spesso mascherati da anni di apprendimento compensatorio (Cook et al., 2021). Nell'ADHD femminile è più comune una presentazione inattentiva, facilmente scambiata per ansia o umore depresso (Attoe & Climie, 2023; Quinn & Madhoo, 2014). In entrambi i casi la diagnosi arriva con decenni di ritardo, dopo un percorso di masking con costi identitari considerevoli (Fusar-Poli et al., 2022; van Wijngaarden-Cremers et al., 2024). Una valutazione neuropsicologica che esplori sistematicamente i profili attentivi, sensoriali, esecutivi e di regolazione emotiva — senza presupporre un fenotipo atteso — può raggiungere dove i criteri categoriali non arrivano. La sensibilità di genere non è un'aggiunta etica alla pratica clinica: è una preconditione per la sua accuratezza scientifica.

Verso una clinica affermativa: il ruolo dello psicologo

Il contributo della neuropsicologia non si esaurisce nella fase diagnostica. Una presa in carico davvero personalizzata non può basarsi su protocolli standardizzati: deve partire dalla comprensione del profilo di quella persona specifica (Siper et al., 2021). Conoscere il suo funzionamento attentivo, esecutivo, sensoriale e relazionale permette di formulare obiettivi clinici realistici, adattare il setting, ridurre i fattori ambientali che amplificano le difficoltà, costruire interventi rispettosi della soggettività. L'obiettivo del trattamento non è

la normalizzazione del comportamento, ma il miglioramento del benessere, dell'autonomia e della partecipazione. Questo implica un cambiamento nel ruolo dello psicologo: non più tecnico della correzione del deficit, ma professionista capace di leggere il funzionamento, valorizzarne le risorse, individuare i punti di attrito con il contesto e promuovere accomodamenti adeguati. Le difficoltà non sono il segno di una mancanza globale, ma l'esito dell'incontro — spesso difficile — tra le caratteristiche individuali della persona e le richieste di un contesto non pensato per lei.

Conclusioni

La neuropsicologia non è intrinsecamente una disciplina patologizzante. È una disciplina che studia come funziona il cervello attraverso il comportamento — e, applicata alle neurodivergenze, questo significa riconoscere organizzazioni cerebrali diverse, ciascuna con i propri profili cognitivi, sensoriali ed emotivi, che interagiscono con un mondo ancora in larga misura costruito su misura neurotipica. Il funzionamento cerebrale svolge una doppia funzione: disambigua, rendendo possibile una diagnosi differenziale più precisa (Fusar-Poli et al., 2022); e include, collocando ogni variante in un continuum di funzionamenti possibili, ciascuno con la propria coerenza interna. In un momento in cui la psicologia è chiamata a ripensare i propri modelli di riferimento, neuroscienze e neuropsicologia possono offrire qualcosa di concreto: un fondamento scientifico all'idea che la varietà dei funzionamenti umani sia leggibile e comprensibile (Wilson, 2023), e che il compito della clinica non sia ridurla — ma aiutare ciascuna persona ad abitarla.

Riferimenti bibliografici

- Attoe, D. E., & Climie, E. A. (2023). Miss. Diagnosis: A systematic review of ADHD in adult women. *Journal of Attention Disorders*, 27(8), 806–824. <https://doi.org/10.1177/10870547231161533>
- Cook, J., Hull, L., Crane, L., & Mandy, W. (2021). Camouflaging in autism: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 89, 102080. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102080>
- Fusar-Poli, L., Brondino, N., Rocchetti, M., & Politi, P. (2022). Missed diagnoses and misdiagnoses of adults with autism spectrum disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 272(2), 187–198. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01189-w>
- Galiana-Simal, A., Vela-Romero, M., Romero-Vela, V. M., Oliver-Tercero, N., García-Olmo, V., Benito-Castellanos, P. J., Muñoz-Martinez, V., & Bejarano-Martin, A. (2020). Sensory processing disorder: Key points of a frequent alteration in neurodevelopmental disorders. *Cogent Medicine*, 7(1), 1736829. <https://doi.org/10.1080/2331205X.2020.1736829>
- Passarello, N., Tarantino, V., Chirico, A., Menghini, D., Costanzo, F., Sorrentino, P., Fucà, E., Gigliotta, O., Alivernini, F., Oliveri, M., Lucidi, F., Vicari, S., Mandolesi, L., & Turriziani, P. (2022). Sensory processing disorders in children and adolescents: Taking stock of assessment and novel therapeutic tools. *Brain Sciences*, 12(11), 1478. <https://doi.org/10.3390/brainsci12111478>
- Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: Uncovering this hidden diagnosis. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(3). <https://doi.org/10.4088/PCC.13r01596>
- Siper, P. M., Kolevzon, A., & Buxbaum, J. D. (2021). Neuropsychological assessment in autism spectrum disorder. *Current Psychiatry Reports*, 23(10), 63.

<https://doi.org/10.1007/s11920-021-01277-1>

Tarantino, V., Santostefano, A., Catania, A., Giordano, S., Montalto, G., Calistro, F., Oliveri, M., & Turriziani, P. (2026). Reduced habituation: A key to understanding sensory sensitivity in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Epub ahead of print. <https://doi.org/10.1007/s10803-026-07241-3>

Taylor, E., Holt, R., Tavassoli, T., Ashwin, C., & Baron-Cohen, S. (2020). Revised scored Sensory Perception Quotient reveals sensory hypersensitivity in women with autism. *Molecular Autism*, 11(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s13229-019-0289-x>

van Wijngaarden-Cremers, P. J. M., Roest, J. J., & Kan, C. C. (2024). Perceived misdiagnosis of psychiatric conditions in autistic adults. *eClinicalMedicine*, 71, 102588. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102588>

Wilson, A. C. (2023). Cognitive profile in autism and ADHD: A meta-analysis of performance on the WAIS-IV and WISC-V. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 39(1), 1–18. <https://doi.org/10.1093/arclin/acad073>

Neurodivergenze, disabilità e invalidità: facciamo chiarezza

a cura del GdL Psicologia delle Disabilità e della Salute

Amelia Rizzo, Donatella Armeli Iapichino, Mariagrazia Rosano, Rossella Alfa, Lorena Calandi, Tiziana Dominici, Valeria Gaglio, Daniel Lina Mancuso, Adelaide Pirrone

Negli ultimi anni il concetto di neurodivergenza ha acquisito crescente attenzione nel dibattito pubblico, contribuendo a una maggiore consapevolezza delle differenze nel funzionamento neurologico umano (Legault, Bourdon & Poirier, 2021).

La neurodivergenza nasce come concetto culturale e sociale prima ancora che clinico (Botha et al., 2024). Deriva dall'idea di *neurodiversità*, secondo la quale le differenze neurologiche rappresentano una naturale variabilità umana, e non deviazioni patologiche da una norma (Rosqvist, Stenning & Chown, 2020). Una persona neurodivergente presenta un funzionamento cognitivo, attentivo, sensoriale o comunicativo atipico rispetto agli standard maggioritari, ma ciò non implica automaticamente una condizione di malattia o di disabilità.

Autismo, ADHD, DSA o Sindrome di Tourette sono alcuni esempi di neurodivergenza sempre più presenti nei media, nella scuola e nel mondo del lavoro (Vargas-Salas et al., 2025). In molti casi, le difficoltà emergono soprattutto dall'interazione con contesti rigidi, poco accessibili o scarsamente inclusivi, più che dalla condizione in sé.

Tali condizioni sono tutelate dal punto di vista normativo e dei diritti, in particolare nell'ambito delle politiche di inclusione, delle pari opportunità e della

non discriminazione, soprattutto nei contesti scolastici e lavorativi. Tuttavia, vi è ancora molta confusione su come queste condizioni si collochino rispetto al tema dell'invalidità civile, generando aspettative, timori e talvolta rivendicazioni non sempre fondate. Per questo è necessario fare chiarezza, distinguendo accuratamente i piani concettuali, clinici e giuridici coinvolti.

Mentre *sul piano clinico*, le condizioni di neurodivergenza sono considerate come profili del neurosviluppo caratterizzati da specifiche modalità di funzionamento cognitivo, emotivo e comportamentale, valutati in termini di variabilità individuale; *sul piano medicolegale*, la valutazione è finalizzata a stabilire se e in quale misura tali condizioni determinino limitazioni funzionali stabili e significative, tali da incidere sulla capacità lavorativa, sull'autonomia personale o sulla partecipazione sociale, ai fini dell'eventuale riconoscimento di invalidità civile o di altre tutele previste dall'ordinamento.

Quando si parla di invalidità civile, infatti, ci si colloca su un piano giuridico-amministrativo ben preciso (Polo, Prete, & Cirfera, 2009). In Italia, l'invalidità civile è uno strumento di tutela che certifica una riduzione della capacità lavorativa o funzionale dovuta a una menomazione fisica, psichica o sensoriale (L.104/1992).

Ciò implica che *neurodivergenza e invalidità civile non sempre coincidono*: avere una diagnosi di disturbo del neurosviluppo non comporta automaticamente il riconoscimento dell'invalidità. Due persone con la stessa diagnosi possono ottenere esiti completamente diversi, proprio perché differente è l'impatto della condizione sul loro funzionamento quotidiano.

Nel caso del disturbo dello spettro autistico, ad esempio, l'eterogeneità è estremamente ampia (Lord, Cook, Leventhal & Amaral, 2000). Alcune persone necessitano di sostegni intensivi e continuativi, mentre altre conducono una vita autonoma, studiano, lavorano e riescono a costruire e mantenere relazioni significative (Boucher, 2008). Il riconoscimento dell'invalidità civile, quindi, non si basa sull'etichetta diagnostica, ma sul livello di compromissione funzionale effettivamente riscontrato.

Lo stesso vale per l'ADHD, che - soprattutto in età adulta - può avere esiti valutativi molto differenti a seconda della gravità dei sintomi e dell'impatto sul funzionamento lavorativo e sociale (Gathje, Lewandowski & Gordon, 2008).

Nei DSA, invece, di norma non si configura un'invalidità civile, poiché le difficoltà specifiche di apprendimento sono tutelate attraverso un canale normativo autonomo, prevalentemente in ambito scolastico e formativo, mediante l'adozione di misure compensative e dispensative e di strumenti di personalizzazione didattica (Fletcher, Lyon, Fuchs, & Barnes, 2018). In tale contesto è importante sottolineare che il riconoscimento dell'invalidità civile o dell'handicap non costituisce un prerequisito per l'attivazione dei supporti scolastici, i quali sono garantiti sulla base della Legge 170/2010 e delle relative linee guida applicative.

Un ulteriore elemento di criticità riguarda la frequente sovrapposizione concettuale tra invalidità civile e riconoscimento ai sensi della Legge 104/1992, che

rappresentano invece due istituti distinti, fondati su presupposti e finalità differenti.

L'invalidità civile mira a quantificare una riduzione della capacità lavorativa (per i maggiorenni) o della funzione propria dell'età (per i minori), espressa in termini percentuali e rilevante ai fini economicoassistenziali.

All'interno di questo quadro si colloca anche l'*indennità di frequenza*, una prestazione economica rivolta esclusivamente ai minori con difficoltà persistenti nello svolgimento delle funzioni proprie dell'età, che frequentino in modo continuativo scuole di ogni ordine e grado o centri terapeutico-riabilitativi. Tale beneficio non presuppone una percentuale di invalidità elevata né il riconoscimento di handicap grave, ma è finalizzato a sostenere il percorso educativo e riabilitativo del minore, compensando i costi indiretti legati alla frequenza scolastica o terapeutica.

Al contrario, la Legge 104/1992 non prevede una valutazione percentuale, ma accerta la presenza di una condizione di handicap, con particolare attenzione all'impatto che la menomazione ha sull'autonomia personale, sociale e relazionale, nonché al bisogno di supporto, integrazione e assistenza.

Ne deriva che i diversi riconoscimenti possono presentarsi in modo indipendente: è possibile, ad esempio, ottenere il riconoscimento ai sensi della Legge 104/1992 senza avere una percentuale di invalidità civile, così come beneficiare dell'indennità di frequenza in assenza di uno stato di handicap grave. Allo stesso tempo, una persona può essere riconosciuta invalida civile senza rientrare nelle tutele della Legge 104. Va inoltre considerato che alcune condizioni di neurodivergenza, pur comportando specifici bisogni educativi o adattivi, possono non rientrare pienamente nei criteri normativi previsti per nessuno di questi istituti.

Nel dibattito pubblico emerge talvolta il rischio di

una patologizzazione forzata della neurodivergenza (Troisi, 2025), come se il riconoscimento dei diritti passasse necessariamente dall'attribuzione di uno status di invalidità. Questa prospettiva, sebbene spesso animata dall'intento di garantire maggiori tutele, rischia di rafforzare stigma e semplificazioni, confondendo la diversità con la disabilità (Chapman, 2020; Rizzo et al., 2025). Non tutte le persone neurodivergenti sono disabili, così come non tutte le disabilità sono visibili o immediatamente riconoscibili (Jones & Orchard, 2024).

È infine importante ricordare che l'inclusione reale non si costruisce solo attraverso strumenti assistenziali o certificazioni medico-legali. Per molte persone neurodivergenti, risultano molto più efficaci gli accomodamenti ragionevoli, la flessibilità organizzativa, il riconoscimento delle differenze nei contesti educativi e lavorativi, e la possibilità di accedere a servizi di supporto mirati.

L'invalidità civile può rappresentare una risorsa fondamentale quando vi è un reale bisogno di tutela, ma non dovrebbe diventare l'unico canale attraverso cui ottenere diritti e legittimazione. Una recente indagine di Filloramo e Di Luca (2026) pubblicata nella *Rassegna di Medicina Legale Previdenziale e Assistenziale* dell'INPS evidenzia proprio la discrepanza tra geografia educativa e geografia assistenziale, analizzando come nel territorio nazionale "le macro-aree settentrionali, caratterizzate da una maggiore intercettazione diagnostica e da un apparato scolastico più strutturato, registrano un ricorso relativamente contenuto all'indennità di frequenza, mentre il Mezzogiorno, pur evidenziando prevalenze scolastiche inferiori, concentra la quota più elevata di benefici economici".

Neurodivergenze, Riforma della Disabilità e Valutazione di base

La recente *Riforma della Disabilità* (D.Lgs. 62/2024) ha introdotto un cambiamento significativo nel modo in cui viene concepita e realizzata la valutazione delle persone con disabilità. Nell'ambito della sperimentazione, la Sicilia è stata progressivamente coinvolta in più fasi. Dal 2025 è entrata in sperimentazione la provincia di Palermo, territorio pilota regionale per l'avvio della nuova Valutazione di Base. Successivamente, a partire dal 1° marzo 2026, la fase di sperimentazione è stata estesa alle province di Messina, Catania e Caltanissetta.

Questo cambiamento ha assunto una rilevanza particolare nel caso delle *Neurodivergenze*, un insieme eterogeneo di condizioni – tra cui disturbi dello Spettro Autistico, ADHD, Disturbi Specifici dell'Apprendimento e altre varianti del neurosviluppo – che richiedono strumenti di lettura complessi, capaci di cogliere non solo le difficoltà, ma anche le risorse individuali e contestuali.

Le linee guida, pur ancora in fase di progressiva definizione operativa, delineano un impianto chiaro, fortemente ancorato a un modello bio-psico-sociale coerente con la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Per quanto riguarda i minori, il principio cardine è che la valutazione non può limitarsi all'accertamento clinico della condizione, ma deve ricostruire il *profilo di funzionamento globale* del bambino o dell'adolescente. Ciò implica il considerare in modo integrato le funzioni corporee, le attività, la partecipazione e soprattutto i fattori ambientali. Ma ancor prima implica il considerare il punto di vista del bambino, quando possibile in base all'età e alle capacità, non solo come

fonte di informazioni ma come parte integrante del processo decisionale. Questo orientamento è coerente con i principi della *Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità*, che riconosce il diritto all'autodeterminazione e alla partecipazione.

Un altro aspetto particolarmente rilevante riguarda la *multidisciplinarietà*. La valutazione dei minori deve essere condotta da équipe integrate, come da disposizioni del D.Lgs 62/2024, e da figure specialistiche come il Neuropsichiatra infantile, il Pediatra e da una Figura professionale delle aree Psicologiche e Sociali che valutano il funzionamento globale della persona, considerando diversi ambiti della vita e il grado di supporto necessario.

Una delle principali ricadute della Valutazione di Base riguarda soprattutto l'*inclusione scolastica*, già sancita come principio fondamentale del sistema educativo italiano. La nuova impostazione della valutazione, basata sulla diagnosi funzionale, consente infatti di costruire interventi più mirati e personalizzati, basati su una conoscenza approfondita del funzionamento dell'alunno e dei fattori ambientali che possono facilitare o ostacolare la partecipazione. Nel caso delle neurodivergenze, ciò significa riconoscere che le difficoltà non risiedono esclusivamente nell'individuo, ma emergono dall'interazione tra caratteristiche personali e ambientali.

Dal punto di vista tecnico, ciò sta avvenendo nelle province siciliane interessate dalla sperimentazione, con l'introduzione nel *Certificato Unico* prodotto dalle Unità Valutative di Base INPS in relazione alla visita medico legale condotta nelle NIC Minori (Commissioni di visita della Nuova Invalidità Civile rivolta ai soggetti minorenni) della nuova opzione "*Inclusione scolastica*", non presente nei Verbali INPS precedenti alla riforma.

Grazie a questa opzione, il minore riconosciuto

meritevole ha accesso a tutti i benefici di legge relativi alla fruizione in ambito scolastico delle figure e delle misure di sostegno e supporto alla condizione di neurodivergenza presentata (Docente di sostegno, Assistente all'Autonomia, redazione del PEI, del PAI e strutturazione del GLO).

Le neurodivergenze, per loro natura, sfuggono a categorizzazioni rigide e richiedono un approccio altamente individualizzato. La Valutazione di Base deve quindi evitare l'applicazione meccanica di criteri uniformi, privilegiando invece una lettura qualitativa e dinamica del funzionamento. Questo è fondamentale per evitare sia la sottostima dei bisogni, che può tradursi in una carenza di supporti, sia la sovrastima, che rischia di produrre etichettamenti eccessivi e stigmatizzanti.

Fare chiarezza sul rapporto tra neurodivergenze e invalidità significa riconoscere la complessità delle esperienze individuali e superare approcci automatici o riduttivi. La neurodivergenza descrive un modo di funzionare, l'invalidità civile valuta un impatto funzionale. Tenere distinti questi piani è essenziale per garantire sia una tutela adeguata a chi ne ha bisogno, sia il rispetto e la dignità di chi non rientra in categorie amministrative ma ha comunque diritto a contesti equi e accessibili. Una società realmente inclusiva parte dal riconoscimento delle persone, prima delle diagnosi e delle percentuali.

Bibliografia

Botha, M., Chapman, R., Giwa Onaiwu, M., Kapp, S. K., Stannard Ashley, A., & Walker, N. (2024). The neurodiversity concept was developed collectively: An overdue correction on the origins of neurodiversity theory. *Autism*, 28(6), 1591-1594.

Boucher, J. (2008). The autistic spectrum: Characteristics, causes and practical issues. *Sage*.

Chapman, R. (2020). Neurodiversity, disability, wellbeing. In *Neurodiversity studies* (pp. 57-72). Routledge.

D.M. 5 febbraio 1992 – Tabelle invalidità

Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62

Filloramo, F., & Di Luca, A. (2026). Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) in Italia: analisi comparativa delle tutele scolastiche e assistenziali e riflessi medico-legali. *Rassegna di Medicina Legale Previdenziale e Assistenziale*, 103–112.

Fletcher, J. M., Lyon, G. R., Fuchs, L. S., & Barnes, M. A. (2018). *Learning disabilities: From identification to intervention*. Guilford Publications.

Gathje, R. A., Lewandowski, L. J., & Gordon, M. (2008). The role of impairment in the diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(5), 529-537.

ICF–Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. OMS, Ginevra, 2001 (ed. it. Erickson). <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

INPS. *Linee guida medicolegali per l'accertamento dell'invalidità civile, cecità civile, sordità, handicap e disabilità*. Circolare numero 42 del 17-02-2025.

[INPS.HERMES.23/06/2014 "Autismo: linee guida medico-legali"](#)

Jones, E. K., & Orchard, V. (2024). Neurodiversity and disability: what is at stake?. *Medical Humanities*, 50(3), 456-465.

Legault, M., Bourdon, J. N., & Poirier, P. (2021). From neurodiversity to neurodivergence: The role of epistemic and cognitive marginalization. *Synthese*, 199(5), 12843-12868.

Legge 104/1992

Legge 289/1990

Legge 5 febbraio 1992, n. 104, Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

Lord, C., Cook, E. H., Leventhal, B. L., & Amaral, D. G. (2000). Autism spectrum disorders. *Neuron*, 28(2), 355-363.

Nazioni Unite, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, art. 1, 2006. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

Polo, M., Prete, C., & Cirfera, V. (2009). L'invalidità civile. *Pratica Medica & Aspetti Legali*, 3(3), 107-115.

Rizzo A., Calandi L., Faranda M., Rosano M.G., Vinci E. (2025). The link between stigmatization, mental health, disability, and quality of life. *Adv Med Psychol Public Health*;2(4):254-260. Doi: 10.5281/zenodo.14188281

Rosqvist, H. B., Stenning, A., & Chown, N. (2020). *Neurodiversity studies*. 10.4324/9780429322297: Routledge.

Troisi, A. (2025). "Are You Sick? No, I am Neurodivergent!" The Perilous Navigation Between Medicalization and Diagnostic Nihilism. *Clinical Neuropsychiatry*, 22(1), 5.

Vargas-Salas, O., Alcazar-Gonzales, J. C., Fernández-Fernández, F. A., Molina-Rodríguez, F. N., Paredes-Velazco, R., & Carcausto-Zea, M. L. (2025). Neurodivergence and the workplace: A systematic review of the literature. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 63(1), 83-94.

WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version (ICFCY)*, 2007. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43737>

World Health Organization (WHO). *World Report on Disability*. Geneva, 2011.

“Oltre il QI”: la plusdotazione come neurodivergenza. Prospettive teoriche e applicative

a cura del GdL “Oltre il QI: un approccio integrato alla plusdotazione”:

Eleonora Chicarella, Roberta Russo, Giulia Bongiorno, Caterina Fazio, Rosa Rita Ingrassia, Marta Migliore, Maurizio Percola, Salvatrice Scalone, Martina Torrisi

Introduzione

Per anni si è analizzata la plusdotazione (o *giftedness*) esclusivamente attraverso la lente della performance accademica o del successo professionale. Tuttavia, la ricerca contemporanea invita a cambiare prospettiva: essere plusdotati non significa semplicemente “sapere di più”, ma funzionare in modo diverso.

Da un punto di vista meramente statistico rientrerebbe nella categoria della plusdotazione il 2,2% della popolazione scolastica (Sartori L., Cinque M., 2019), ma questo dato è valido se si prende in considerazione solo la misurazione quantitativa del Quoziente Intellettivo. Infatti, il QI è sicuramente un indicatore che dà informazioni importanti, ma va inserito in una visione più ampia dell'individuo. È necessario dunque, che a una lettura quantitativa se ne associ una qualitativa - della complessità del soggetto - e che vengano incluse nella valutazione dimensioni legate ai processi di pensiero, alla creatività, alla motivazione e al funzionamento emotivo.

Il riconoscimento della *giftedness* costituisce un passaggio fondamentale per orientare gli interventi clinici ed educativi, in quanto consente di comprendere le caratteristiche individuali e

di predisporre contesti di sviluppo coerenti con il potenziale del minore. La valutazione allora non assume una funzione diagnostica in senso patologico, ma rappresenta uno strumento conoscitivo volto a individuare risorse, bisogni e traiettorie di sviluppo, favorendo una presa in carico più consapevole da parte di genitori, insegnanti e professionisti.

È importante sottolineare che ogni quadro di plusdotazione va approfondito e valutato globalmente ma soprattutto singolarmente!

In questa ottica, la plusdotazione va intesa come una configurazione articolata, in cui le abilità cognitive avanzate si accompagnano a caratteristiche specifiche, quali rapidità di apprendimento, ampiezza degli interessi, curiosità intellettuale e sensibilità emotiva. Tali elementi richiedono contesti educativi in grado di sostenere lo sviluppo, evitando al contempo il rischio di disallineamento tra potenziale e opportunità offerte.

Alla luce di tali considerazioni, emerge la necessità di promuovere una maggiore attenzione al tema della plusdotazione all'interno dei diversi contesti, al fine di garantire percorsi di crescita che valorizzino le differenze individuali e favoriscano uno sviluppo equilibrato sul piano cognitivo, emotivo e relazionale.

Comprendere la complessità della giftedness tra potenziale e vulnerabilità

I principali modelli teorici che hanno affrontato il tema della plusdotazione hanno proposto prospettive differenti ma complementari, contribuendo a delineare un quadro concettuale ampio e articolato del fenomeno.

Tra gli altri, si annoverano la Teoria delle intelligenze multiple (Gardner H., 2022), il Modello ecologico dello sviluppo (Bronfenbrenner U., 1986), il Modello dei Tre Anelli (Renzulli J., 1978, 2011), il Modello di Monaco (Heller K., 2004), il Modello Differenziato della Plusdotazione e del Talento (Gagné F., 2004) e il modello GRACE (Alfarano L., Mormando F., 2014), che vengono sintetizzati nella tabella seguente.

Autore / Modello	Focus sul Potenziale	Focus sulla Vulnerabilità
Gardner H. (Intelligenze Multiple)	Il talento è pluralistico: non solo logica, ma anche musica, corpo, natura e relazioni.	Un bambino può essere un genio in un'area e "nella norma" in altre, sentendosi frustrato se la scuola valuta solo il QI verbale.
Renzulli J. (Tre Anelli)	La "scintilla" scatta solo se l'alta capacità incontra creatività e impegno costante.	Senza motivazione o un ambiente stimolante, il potenziale resta "spento" (fenomeno dell' <i>underachievement</i>).
Gagné F. (Modello Differenziato)	Distingue tra Dote (innata/naturale) e Talento (abilità sviluppata).	Il passaggio da dote a talento può essere bloccato da "catalizzatori" negativi (bassa autostima o ambiente tossico).
Bronfenbrenner U. (Ecologico)	Lo sviluppo dipende dall'interazione tra individuo e i vari cerchi sociali (famiglia, scuola, cultura).	Se il sistema (es. la scuola) non riconosce la neurodivergenza, il soggetto vive un profondo isolamento sociale.
Heller K. (Modello di Monaco)	Analizza come i talenti (artistici, sociali, ecc.) si trasformano in prestazioni eccellenti.	I "moderatori" (ansia da prestazione, stress) possono agire come barriere insormontabili nonostante le capacità.
Alfarano/Mormando (Modello GRACE)	Visione olistica: la plusdotazione include Etica profonda e sensibilità relazionale.	L'alta sensibilità emotiva e il senso di giustizia precoce portano a sofferenza per le ingiustizie del mondo.
Di Renzo M. (IdO)	Plusdotazione come neuroatipicità: un modo diverso di percepire e pensare.	Asincronia: la mente corre più veloce del corpo e delle emozioni, creando goffaggine o "incontinenza" affettiva.

Nel loro insieme, tali approcci convergono nell'evidenziare la natura multidimensionale e dinamica della plusdotazione, intesa non come una caratteristica statica e unidimensionale, ma come l'esito dell'interazione tra fattori individuali e contestuali. In questa prospettiva, il potenziale individuale si configura come una risorsa che può esprimersi pienamente solo all'interno di contesti ambientali favorevoli, nei quali le variabili educative, relazionali e culturali assumono un ruolo determinante.

Ne deriva una visione in cui il ruolo dell'ambiente, e in particolare del contesto scolastico, risulta centrale nel favorire o, al contrario, nel limitare lo sviluppo delle potenzialità individuali. La scuola assume pertanto una funzione strategica nel riconoscimento e nella valorizzazione delle differenze individuali, contribuendo alla costruzione di percorsi educativi inclusivi e personalizzati. In assenza di tali condizioni, vi è il rischio che il potenziale gifted non venga adeguatamente riconosciuto, con possibili ricadute sul benessere psicologico, sull'adattamento scolastico e sulla costruzione dell'identità.

Numerosi studi sottolineano infatti come bambini e adolescenti gifted possano manifestare specifiche vulnerabilità, tra cui sottorendimento, perfezionismo disfunzionale, procrastinazione e livelli elevati di stress. A ciò si associa una marcata sensibilità emotiva, che può rendere più intensa l'esperienza soggettiva delle difficoltà. In tale prospettiva, la giftedness non incide unicamente sulle prestazioni cognitive, ma anche sulle modalità con cui il disagio viene vissuto ed espresso, rendendo necessario un supporto calibrato e specifico.

Un aspetto frequentemente riportato riguarda la difficoltà nella gestione della frustrazione e dell'attesa. I bambini gifted possono sperimentare impazienza sia nei confronti degli altri, percepiti

come più lenti nei processi di apprendimento, sia verso sé stessi, a causa di standard interni particolarmente elevati. Tali caratteristiche risultano spesso associate a tendenze perfezionistiche che, se non adeguatamente sostenute, possono tradursi in vissuti di insoddisfazione, stress e senso di inadeguatezza.

Ciò che rende la plusdotazione una vera neurodivergenza è proprio lo sviluppo asincrono. A differenza del funzionamento neurotipico, dove le tappe della crescita procedono di pari passo, nel soggetto plusdotato si può riscontrare una discrepanza tra dimensione cognitiva ed emotiva che può generare vulnerabilità. Questo sviluppo asincrono tra le diverse dimensioni evolutive può far sì che, sul piano relazionale, i soggetti gifted incontrino difficoltà nella costruzione di rapporti soddisfacenti con i pari e con i membri della famiglia. La discrepanza tra competenze cognitive avanzate e maturazione emotiva può generare vissuti di frustrazione, incomprensione e isolamento.

Maneggiare con cura: approccio integrato alla plusdotazione

Come evidenziato da Magda Di Renzo (2014), la plusdotazione non è un privilegio privo di costi. È una neuroatipicità che porta con sé una profonda ipersensibilità e una dissincronia tra lo sviluppo mentale ed emotivo/corporeo. Il bambino plusdotato vive spesso una fatica emotiva nel dover conciliare una mente 'ad alta velocità' con un mondo che gli chiede di rallentare o di conformarsi.

È importante allora promuovere una comprensione della giftedness che non venga vissuta in termini gerarchici o competitivi, ma come una specifica modalità di funzionamento, caratterizzata da

peculiari punti di forza e bisogni.

Favorire nei bambini gifted la consapevolezza delle proprie caratteristiche, all'interno di una cornice inclusiva e non stigmatizzante, contribuisce a promuovere atteggiamenti di empatia, tolleranza e rispetto delle differenze. In tal senso, risulta fondamentale sostenere il senso di appartenenza al gruppo dei pari, evitando che la percezione di diversità si traduca in isolamento o conformismo forzato. I bambini e gli adolescenti plusdotati, infatti, possono avvertire in maniera particolarmente intensa il bisogno di essere riconosciuti, accettati e valorizzati, pur mantenendo la propria individualità.

Lo sviluppo del potenziale nei soggetti *gifted* richiede un delicato equilibrio tra la valorizzazione delle capacità individuali e la prevenzione di pressioni eccessive, con un'attenzione prioritaria al rischio di perfezionismo disfunzionale. Quest'ultimo, infatti, può agire come un freno paralizzante, generando vissuti di ansia e inadeguatezza che ostacolano l'espressione autentica di sé. In questa prospettiva, la creatività e il gioco devono essere considerati veri e propri strumenti strategici d'intervento: la creatività, in particolare, funge da potente antidoto alla paura dell'errore, spostando il focus dal risultato perfetto al processo esplorativo e permettendo al soggetto di sperimentare soluzioni molteplici in uno spazio protetto. Insieme alla curiosità, essa diventa il motore per un'integrazione armonica tra la mente brillante e la dimensione emotivo-corporea, trasformando l'iper-sensibilità tipica della neurodivergenza in una risorsa comunicativa e adattiva capace di prevenire il disimpegno e promuovere un benessere profondo e integrato.

La giftedness richiede, dunque, un approccio applicativo multidisciplinare, capace di tenere insieme le dimensioni cognitive, emotive e sociali dello sviluppo. È fondamentale fare una buona

diagnosi differenziale, considerando anche il fatto che molti individui plusdotati presentano una "doppia eccezionalità" (2E), ovvero la coesistenza di plusdotazione e di un'altra neurodivergenza (come ADHD o DSA).

Pertanto, solo attraverso una lettura complessa e articolata di questo fenomeno è possibile costruire interventi efficaci, orientati non solo alla valorizzazione del potenziale, ma anche alla promozione del benessere psicologico e relazionale.

Il Gruppo di Lavoro

Tra i gruppi di lavoro istituiti dall'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana per il quadriennio 2025–2029 si colloca proprio il progetto "Oltre il QI: un approccio integrato alla plusdotazione". Tale iniziativa si configura come uno spazio di elaborazione e sviluppo progettuale volto ad arricchire la comunità professionale, promuovendo una psicologia capace di dialogare con la complessità del presente e orientata alla costruzione di risposte innovative ai bisogni emergenti. L'obiettivo generale del gruppo di lavoro consiste nel favorire una maggiore sensibilizzazione e conoscenza del fenomeno della plusdotazione, ancora oggi poco esplorato nel contesto italiano, nonché nel rafforzare il ruolo della psicologia negli ambiti applicativi ed educativi ad essa connessi. In tale prospettiva, il progetto si propone di promuovere l'approfondimento scientifico sul tema della giftedness, fornire dati e analisi utili allo sviluppo di politiche mirate, ed esplorare i bisogni cognitivi, emotivi e relazionali dei soggetti plusdotati e delle loro famiglie. Parallelamente, il gruppo di lavoro intende indagare i modelli di presa in carico e di supporto psicologico, sia in ambito individuale sia di gruppo, nonché analizzare i bisogni formativi di docenti e dirigenti scolastici rispetto al

riconoscimento e alla gestione degli studenti gifted. Un ulteriore obiettivo riguarda l'individuazione e la valorizzazione di buone pratiche e modelli di inclusione scolastica, al fine di promuovere contesti educativi maggiormente sensibili e responsivi rispetto alle specificità di questa popolazione.

I destinatari diretti del progetto sono rappresentati principalmente dagli psicologi e, più in generale, dai professionisti dell'età evolutiva che operano nei contesti educativi e clinici. Tali figure potranno beneficiare dei risultati della ricerca, delle linee guida elaborate e degli strumenti operativi proposti, acquisendo competenze utili per una più efficace individuazione, valutazione e presa in carico dei soggetti plusdotati, con particolare attenzione agli aspetti cognitivi, emotivi e relazionali. I destinatari indiretti includono invece i bambini e gli adolescenti gifted, le loro famiglie e l'intero contesto scolastico e comunitario, che potranno trarre beneficio dall'implementazione di interventi più inclusivi e mirati alla promozione del benessere e dello sviluppo del potenziale individuale.

Il progetto si caratterizza per un approccio psicologico integrato, che considera in maniera congiunta le dimensioni cognitive ed emotive dello sviluppo e il ruolo del contesto educativo e relazionale. In questa prospettiva, viene promossa la costruzione di reti collaborative tra psicologi, istituzioni scolastiche ed enti territoriali, favorendo lo scambio di conoscenze, esperienze e strategie di intervento efficaci.

In termini di esiti attesi, il progetto mira a rispondere ai bisogni formativi e operativi dei professionisti attraverso un incremento delle competenze specifiche nell'ambito della plusdotazione, promosso mediante attività strutturate quali seminari, workshop e momenti di confronto e supervisione. Si prevede, inoltre, un miglioramento della capacità di

individuazione e presa in carico dei soggetti gifted, una maggiore diffusione di pratiche educative inclusive e una più ampia integrazione tra i diversi attori coinvolti nei contesti scolastici e territoriali.

Conclusioni

Alla luce delle più recenti prospettive neuroscientifiche e degli attuali modelli teorici della complessità applicati allo sviluppo umano, emerge con sempre maggiore evidenza come i processi evolutivi non possano essere interpretati attraverso categorie lineari o esclusivamente prestazionali, ma richiedano una lettura integrata delle interazioni tra dimensioni cognitive, emotive, relazionali e contestuali. In tale cornice, la plusdotazione si configura come un fenomeno multidimensionale che necessita di essere ulteriormente esplorato sia sul piano teorico sia sul piano applicativo, in particolare nei contesti clinici ed educativi.

Nonostante l'interesse crescente della letteratura internazionale, nel contesto siciliano il tema della giftedness risulta ancora parzialmente sviluppato e non pienamente integrato nei sistemi di riconoscimento e presa in carico. Tale condizione evidenzia la necessità di promuovere percorsi di approfondimento scientifico, formazione specialistica e costruzione di reti interdisciplinari capaci di rispondere in modo adeguato ai bisogni emergenti di questa popolazione.

Essere plusdotati non significa avere una "marcia in più" su una strada dritta, ma avere un motore potentissimo su un telaio leggero: serve un pilota consapevole e una strada (l'ambiente) che ne regga la potenza.

Bibliografia

- Alfarano, L., & Mormando, F. (2014). *I bambini plusdotati*. Franco Angeli.
- Brofenbrenner, U. (1986). *Ecologia dello sviluppo umano*, Il Mulino.
- CNOP - Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (2023). *Linee guida per la valutazione della plusdotazione cognitiva in età evolutiva*. Roma. (Disponibile su: www.psy.it).
- Di Renzo, M. (2014). *I bambini plusdotati: una risorsa, non un problema*, (Intervento/Pubblicazione legata alle ricerche dell'Istituto di Ortofonologia - IdO).
- Gagné, F. (2004). *Transforming gifts into talents: The DMGT as a developmental theory*. High Ability Studies, 15(2), 119-147.
- Gardner, H. (2022). *Formae Mentis. Saggio sulla pluralità dell'intelligenza*, Feltrinelli.
- Heller, K. A. (2004). *Identification of gifted and talented students*. Psychology Science, 46(3), 302-323.
- Lucangeli, D. (2020). *Talenti da valorizzare*, Giunti Scuola.
- Renzulli, J. S. (1978). *What Makes Giftedness? Reexamining a Definition*. Phi Delta Kappan, 60(3), 180-184.
- Renzulli, J. S. (2011). *I tre anelli della plusdotazione: Un modello per lo sviluppo del talento*. Edizioni Erickson.
- Sartori L, Cinque M. (2019). *Gifted. Conoscere e valorizzare i giovani plusdotati e di talento dentro e fuori la scuola*, Edizioni MaGi.



Il mondo a fumetti di Rebecca: Un'esperienza clinica di ADHD¹

di Sofia Milazzo, Barbara Zammitti

"La mia mente è come un browser con 100 schede aperte: 50 sono bloccate, 10 stanno riproducendo musica, e non so dove sia la pagina principale".

(metafora della comunità ADHD)

Questa è un estratto della storia clinica di Rebecca, una ragazza di 23 anni dalla pelle chiarissima, avvolta in abiti larghi e con uno sguardo triste e schivo. I primi incontri terapeutici risultano particolarmente complessi sul piano relazionale e comunicativo: non fa altro che torturarsi le mani, mentre risponde in maniera caotica e disorganizzata, con grosse difficoltà a mantenere il filo del discorso tanto da mettere in dubbio il suo funzionamento cognitivo. Ciò che più colpisce è quella sua risata nervosa che esplode all'improvviso, così fragorosa da riempire le quattro mura dello studio: è come se quella risata gridasse disperatamente, al posto delle parole, il suo bisogno di aiuto.

Incontro dopo incontro, però, sembra rilassarsi e la sua storia può dipanarsi.

Parla anzitutto dei suoi sentimenti di incomprensione all'interno del nucleo di origine. Descrive la madre, architetto di successo, come una donna

emotivamente fredda, tutta incentrata sui risultati, sull'importanza dell'apparenza sociale e poco interessata al suo mondo interiore. Anche il rapporto con il padre, un farmacista appassionato di politica, è vissuto in modo conflittuale: Rebecca sente che non la comprende, anzi la critica continuamente, ma soprattutto sente che a lei preferisce la sorella maggiore, Viviana, la quale è andata via da casa molto giovane per lavorare nel settore della moda, ottenendo un discreto successo. Con la sorella il rapporto è quasi inesistente. Per dirla con le parole di Rebecca: *"non è normale dire al proprio figlio che è uno stupido, idiota, deficiente. Loro dicono che è per spronarmi, ma invece di spronarmi, io mi deprimi di più. Capita che urlo loro che voglio morire e che non vorrei mai essere nata, ma sembra che a loro non fregghi molto".*

Ricorda che il momento per lei più traumatico fu quando la madre le racconta alcuni anni fa che, preoccupata da alcuni suoi comportamenti, all'età di otto anni la porta da uno psicologo, il quale le diagnostica l'**ADHD**. Quella diagnosi **diventa** per Rebecca come **un marchio a fuoco**, un segno distintivo che qualcosa in lei non va.

In effetti, fin dalla scuola primaria emergono difficoltà nella lettura e nella comprensione del testo.

[1] Il presente contributo nasce da un lavoro clinico "a quattro mani" in cui il percorso terapeutico iniziale, condotto da una prima terapeuta, si è progressivamente integrato con un approfondimento psicodiagnostico condotto da una seconda terapeuta, al fine di delineare in maniera più articolata il funzionamento globale della paziente. I dati personali della paziente (nome, età, provenienza, ecc.) sono stati modificati per evitare la riconducibilità alla persona fisica, senza tuttavia alterare contenuto e valenza clinici.

Ripete un anno scolastico e riporta sempre lentezza nell'esecuzione dei compiti. Durante le scuole superiori le difficoltà aumentano.

Forse a causa della sua diversità, Rebecca è vittima di bullismo: *"la prima volta è stata in 4a elementare quando un ragazzo mi appiccicò le gomme da masticare nei capelli, erano così lunghi ma li dovemmo tagliare. Alle medie e poi al liceo fu ancora peggio, i compagni mi insultavano pesantemente, sono stati anni di odio assurdo nei miei confronti"*.

Iscritta all'Accademia delle Belle Arti, le cose vanno meglio: *"i compagni sono molto simpatici. Ci abbracciamo sempre ed io riesco a trovare un po' di affetto con loro"*. Tuttavia, inciampa al momento della tesi e non riesce a concludere il percorso. È come se, a un certo punto, il suo cervello fosse andato in tilt.

Gli strumenti per l'approfondimento diagnostico sono stati i seguenti: colloquio clinico anamnestico e osservazione diretta; WAIS IV; DIVA; Prove di attenzione visiva e selettiva, TMT (A-B); Prove di attenzione sostenuta; Batteria per lo screening dei DSA; Prove di memoria verbale e visiva.

La valutazione psicodiagnostica suggerisce un quadro compatibile con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento con compromissione nella lettura e scrittura. La WAIS IV (QIT=84) evidenzia un profilo disomogeneo, con fragilità nelle competenze verbali, a fronte di abilità adeguate sul piano visuo-percettivo. Lo strumento strutturato (DIVA) indica la presenza di criteri compatibili con l'ADHD tipo combinato.

Le difficoltà e fragilità di Rebecca sono numerose: iperattività, facile distraibilità e scarsa concentrazione, impulsività e aggressività, incapacità di leggere correttamente le situazioni sociali,

disregolazione emotiva, disagio ed esclusione sociale. Attraversa momenti di potente rabbia nei confronti del mondo intero, in cui **la sua diversità la fa crollare e sprofondare** nell'umore più nero possibile. Quando il dolore si fa insostenibile, ricorre al *cutting*.

Dietro quella diagnosi di neurodivergenza, c'è però il mondo creativo di Rebecca. Questo piccolo genio creativo è capace di dare forma con un foglio e qualche matita a dei bellissimi disegni, fumetti in particolare, che riesce anche a vendere su Internet. Rebecca è inoltre appassionata di fotografia e le piace cucire, in particolare gli abiti per i Comicon, ai quali partecipa con grande entusiasmo. Attualmente frequenta uno *stage* di attività teatrali, ma **vive una profonda insicurezza su quello che sarà il suo futuro**, se riuscirà mai a trovare un lavoro e a rendersi autonoma dai suoi genitori, in una società in cui chi ha l'ADHD è ancora fortemente penalizzato. Il funzionamento neurodivergente non è in linea con quelle che sono le aspettative sociali, anche se qualcosa recentemente sta cambiando. È infatti importante sottolineare che l'ADHD nell'adulto è al centro della ricerca e pratica clinica contemporanea.

Il caso di Rebecca invita a una **riflessione più ampia e profonda sul concetto di neurodivergenza**, intesa non solo come condizione clinica, ma come un'autentica modalità di funzionamento che si struttura in un'interazione tra caratteristiche personologiche e individuali e contesto relazionale. In tale scenario, le difficoltà osservate possono essere comprese non solo in termini di assenza o limite, ma come espressione di una complessa organizzazione cognitiva ed affettiva, che nel caso di Rebecca, forse ha trovato scarse possibilità di riconoscimento e supporto. Parallelamente, emerge con forza la presenza di

risorse significative, in particolare in ambito creativo e artistico, che rappresentano un fondamentale fattore di protezione.

Nel corso del percorso diagnostico/terapeutico, Rebecca ha iniziato a sviluppare una maggiore consapevolezza di sé, riscoprendo risorse e competenze che nel tempo erano rimaste sullo sfondo; anche sul piano relazionale la comunicazione è più fluida e meno frammentata. Gradualmente, sembra affacciarsi alla vita adulta, portando con sé le proprie fragilità ma anche una nuova possibilità di integrazione tra le diverse parti del suo funzionamento.

NOTA: A corredo dell'articolo, riportiamo alcuni fumetti realizzati da Rebecca che raccontano l'ADHD...

Sofia Milazzo, Psicologa Psicoterapeuta
Transpersonale

Barbara Zammitti, Psicologa Psicoterapeuta Dottore
di Ricerca

Bibliografia

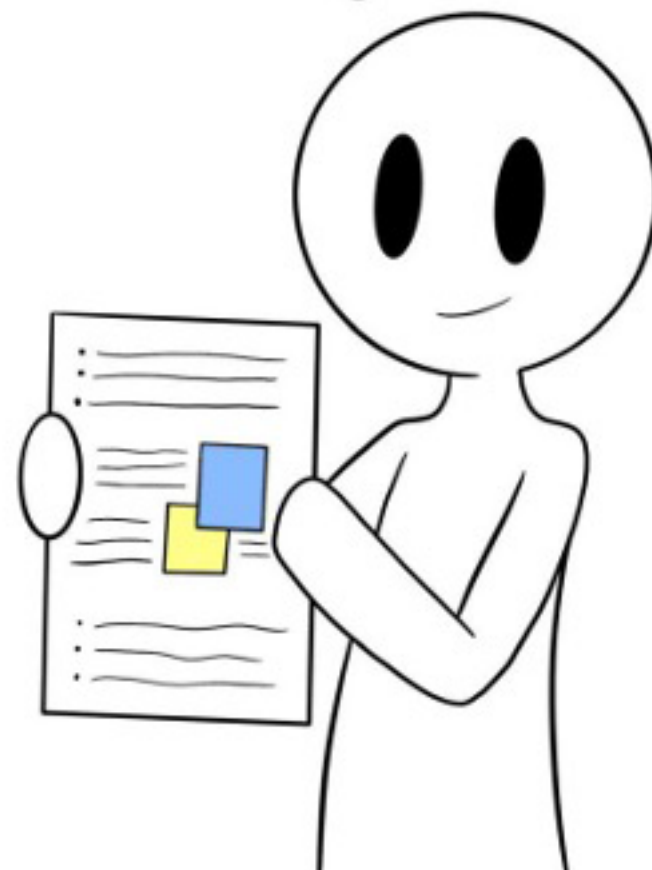
American Psychiatric Association (2013) Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 5), Tr. It, Masson

Cornoldi C., Gardinale M., Masi A., Pettenò L. (1996) Impulsività ed autocontrollo. Interventi e tecniche neurocognitive. Trento. Centro Studi Erickson

Fedeli, D. (2013). Il Disturbo da deficit d'attenzione e iperattività, Roma, Carocci Faber

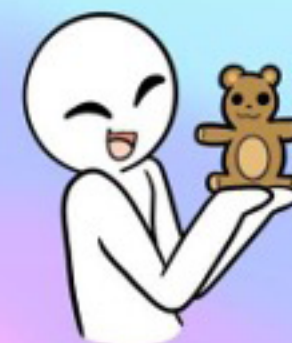
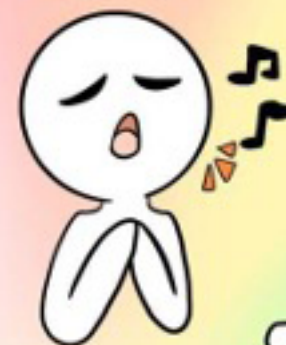


Semplicemente vedo e risolvo i miei
quesiti e giornate in modo diverso
dagli altri



E chi come me, anche io
ho dei punti di forza

La creatività



Non è (ancora) un paese per neurodivergenti. Neurodiversità, costi invisibili dell'adattamento e necessità di ripensare la norma.

di Serena Maugeri

Il concetto di neurodivergenza comprende una pluralità ampia ed eterogenea di configurazioni neurologiche che si discostano dal funzionamento neurotipico prevalente, ma non per questo configurano automaticamente deficit.

Negli ultimi decenni, le prospettive neurodiversity-affirming hanno descritto la neurodivergenza come espressione della biodiversità cognitiva umana: non una deviazione dalla norma, ma una delle possibili forme di funzionamento umano. Si punta dunque ad un progressivo decentramento del modello medico, con la sua lettura patologizzante delle differenze neurocognitive, in favore di una comprensione sociale delle neurodivergenze.

Il modello sociale della disabilità, ripreso dal paradigma della neurodiversità, non nega che possano esistere disabilità, sofferenza o bisogni di supporto, ma contesta che tali dimensioni esauriscano il significato della neurodivergenza. Afferma inoltre che le difficoltà che le persone neurodivergenti affrontano non risiedono esclusivamente nell'individuo, ma sono il frutto di una scarsa compatibilità tra persona e ambiente. In questo senso, la disabilità è da intendersi come un prodotto relazionale.

In effetti, la letteratura si è a lungo occupata degli aspetti più onerosi dell'esperienza neurodivergente:

l'adattamento forzato ai codici neurotipici. Il masking, ovvero la soppressione di tratti spontanei in favore dell'imitazione degli script sociali, è un lavoro cognitivo ed emotivo invisibile che viene letto come competenza adattiva, ma che in realtà si associa spesso ad esiti negativi in termini di salute mentale: aumento di ansia e depressione, crisi identitarie, burnout autistico, rischio suicidario. Il paradosso è evidente: ciò che viene premiato come "buon funzionamento" è talvolta il prodotto di una fatica interna che le persone neurodivergenti devono compiere per integrarsi. Non stupisce allora che rifiuto sociale, stigma, vittimizzazione ed esclusione rappresentino fattori ricorrenti negli esiti peggiori riportati in popolazione neurodivergente: minore partecipazione scolastica, sottoccupazione, peggiore salute psicofisica.

Adottare una prospettiva sociale significa smettere di chiedersi quali interventi applicare per rendere la persona più simile alla norma e iniziare a chiedersi quali modifiche è necessario apportare nel nostro tessuto sociale per abbattere le barriere fisiche, comunicative, sensoriali e attitudinali che impediscono alla popolazione neurodivergente di approdare ad una qualità di vita soddisfacente.

Una società realmente neuroinclusiva non delega il costo del masking alla resilienza individuale, ma

la ridistribuisce modificando ambienti, aspettative e standard impliciti; non chiede alle minoranze cognitive di sopravvivere meglio, ma interroga scuole, uffici e spazi comuni sulle loro possibilità di ridurre la sofferenza evitabile. Se una persona con autismo soffre per ambienti sensorialmente saturi; se una persona con ADHD fatica in contesti rigidamente strutturati; se una persona con dislessia è penalizzata da sistemi che ignorano gli strumenti compensativi; il problema non risiede solo nella persona, ma anche, in misura rilevante, nella progettazione dei contesti.

Il nodo, in fondo, non è la neurodivergenza, ma l'idea implicita che esista una normatività che organizza istituzioni, servizi, scuole e luoghi di lavoro, a cui tutti devono adeguarsi. Ripensare la norma significa allora passare da una logica assimilativa a una ecologica: non chiedere alle persone di adattarsi incessantemente ai contesti, ma costruire contesti capaci di sostenere le pluralità dei funzionamenti. Questo ha delle chiare implicazioni professionali: si chiede infatti a psicologi, educatori, medici e organizzazioni di spostare il focus dalla correzione all'accomodamento, dalla prestazione al benessere, dal deficit ai supporti, dalla presa in carico della persona all'assunzione di responsabilità dei contesti. Per le professioni psicologiche, questo cambio di paradigma non è solo teorico, ma profondamente deontologico: implica interrogare pratiche cliniche, valutative ed educative che rischiano, talvolta inconsapevolmente, di riprodurre standard neuronormativi.

Una precisazione è necessaria. Assumere una prospettiva neurodiversa non significa romanticizzare la neurodivergenza, né negare che alcune persone necessitino di supporti significativi

e continuativi. Anche il modello sociale, se assunto in forma rigida, rischia di non rappresentare tutta la complessità. Non tutte le difficoltà neurodivergenti scomparirebbero in una società perfettamente accessibile; alcune persone necessiterebbero comunque di supporti significativi. La questione, dunque, non è scegliere tra "differenza" e "disabilità", ma comprendere come queste possano coesistere. Uno dei contributi più maturi del dibattito contemporaneo è proprio evitare polarizzazioni semplificanti, tra celebrazione della differenza e visione puramente deficitaria. Il punto d'arrivo auspicabile è l'integrazione dei modelli: fornire supporto quando necessario, seguendo il modello medico; smantellare le barriere all'accessibilità e all'inclusione, seguendo il modello sociale; celebrare identità, differenze e punti di forza, seguendo il paradigma neurodiversity-affirming.

Ad oggi, questa flessibilità è ancora in itinere. Non siamo (ancora) un Paese per neurodivergenti. Ma possiamo esserlo, se cessiamo di trattare la neurodivergenza come problema individuale da gestire. Il paradigma della neurodiversità ci invita ad una domanda diversa: non come rendere le persone neurodivergenti più adattabili; ma come rendere i nostri contesti meno escludenti. Ed è forse qui che l'"ancora" del titolo acquista senso.

Un Paese per neurodivergenti non coincide con un Paese che tollera le differenze. Coincide con un Paese che smette di costruirsi contro di esse e inizia a progettarsi a partire da esse.

Fonti bibliografiche:

- ▣ Dwyer, P. (2022). The neurodiversity approach(es): What are they and what do they mean for researchers? *Human Development*, 66(2), 73–92. <https://doi.org/10.1159/000523723>.
- ▣ Black, M. H., Helander, J., Segers, J., Ingard, C., Bervoets, J., de Puget, V. G., & Bölte, S. (2024). Resilience in the face of neurodivergence: A scoping review of resilience and factors promoting positive outcomes. *Clinical Psychology Review*, 113, 102487. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102487>.
- ▣ Browning, H., & Veit, W. (2025). The neurodiversity model and medical model: Competitors or alternative perspectives? *AJOB Neuroscience*, 16(1), 32–34. <https://doi.org/10.1080/21507740.2024.2437994>.

Abitare il confine: il Funzionamento Intellettivo Limite tra nosografia e clinica affermativa della neurodiversità

di Ylenia Gatto

Abstract

Il Funzionamento Intellettivo Limite (FIL) rappresenta una condizione clinica che sfugge alle categorie diagnostiche tradizionali, collocandosi in una fascia di confine epistemologicamente problematica. Il presente contributo propone una lettura trans-diagnostica del FIL all'interno del paradigma della neurodiversità, superando la logica classificatoria per adottare un approccio affermativo centrato sul profilo funzionale dell'individuo. Particolare attenzione è riservata alla dinamica per cui il FIL viene utilizzato come criterio di esclusione dalla valutazione approfondita, ostacolando il riconoscimento di eventuali comorbidità.

Introduzione

Il FIL identifica un funzionamento intellettivo con punteggi di QI compresi orientativamente tra 70 e 85 — una fascia che né il DSM-5 né l'ICD-11 riconoscono come categoria diagnostica autonoma. Non è Disabilità Intellettiva, che richiede un QI inferiore a 70 associato a compromissione significativa del comportamento adattivo e insorgenza in età evolutiva, né rientra nella variabilità statistica della norma. È, letteralmente, una zona d'ombra: visibile clinicamente, invisibile nosograficamente (Wieland & Zitman, 2016).

Questa invisibilità produce conseguenze concrete e spesso gravi. Bambini e adolescenti con FIL

non accedono ai servizi di supporto perché «non abbastanza compromessi» per ottenere una diagnosi formale, eppure faticano costantemente in contesti calibrati su standard neuro-normativi. Si trovano sospesi in un limbo istituzionale: troppo lenti per il sistema ordinario, troppo abili per il riconoscimento ufficiale. Il risultato è un accumulo silenzioso di esperienze di fallimento, bassa autostima e comorbidità psichiatriche reattive che rischiano di oscurare il profilo primario (Vianello, Di Nuovo & Lanfranchi, 2014).

Se il FIL rientri formalmente tra le neurodivergenze è una questione aperta, probabilmente irrisolvibile finché il termine stesso resta privo di consenso definitorio. Ma è proprio questa ambiguità a renderlo un caso paradigmatico: il FIL mostra i limiti sia della nosografia tradizionale, che non lo riconosce, sia del paradigma della neurodiversità nella sua versione popolare, che tende a privilegiare le condizioni con un'etichetta consolidata. Abitare questo margine con rigore clinico è l'obiettivo di questo contributo.

Oltre la diagnosi: l'approccio trans-diagnostico

Il paradigma della neurodiversità chiede di compiere un passo ulteriore rispetto alla semplice revisione lessicale. Applicato al FIL, impone una trasformazione metodologica: spostare il focus dall'assenza di diagnosi all'analisi del profilo

funzionale nella sua specificità. Un approccio trans-diagnostico non cerca di forzare l'individuo in una categoria nosografica, ma riconosce la coerenza interna del suo funzionamento cognitivo, adattivo ed emotivo come sistema organizzato (Cornoldi et al., 2022).

In questa prospettiva, il FIL non è ciò che manca — una diagnosi, un QI nella norma — ma ciò che è presente: un profilo con punti di forza e aree di fragilità che richiedono comprensione personalizzata. La valutazione neuropsicologica assume un ruolo centrale non come strumento di classificazione, ma come mappa del funzionamento individuale: significa interrogare il profilo nelle sue dimensioni trasversali — attenzione, elaborazione, adattamento, regolazione emotiva — senza vincolarsi alla logica del codice ICD o DSM come unico strumento di legittimazione. Dati relativi a memoria di lavoro, velocità di elaborazione, funzioni esecutive e competenze adattive consentono di orientare l'intervento clinico, educativo e riabilitativo in modo mirato.

Una clinica affermativa del FIL

In assenza di un codice diagnostico, il clinico che lavora con soggetti FIL è chiamato a operare diversamente: non certificare, ma descrivere; non etichettare, ma narrare il funzionamento. Questo richiede un cambiamento di postura professionale significativo, che la clinica affermativa della neurodiversità rende non solo possibile ma necessario (Daffi, 2015).

Le persone con FIL hanno spesso sviluppato strategie adattive creative e resilienti, proprio perché nessuna rete istituzionale le ha intercettate in tempo. Valorizzare queste competenze emergenti, piuttosto che misurare lo scarto dalla norma, è il cuore di un approccio affermativo. Sul piano della valutazione,

ciò si traduce nell'integrare strumenti standardizzati con osservazioni qualitative del funzionamento quotidiano, del comportamento adattivo e del contesto familiare e scolastico.

La restituzione clinica diventa così un atto narrativo: non <il bambino ha un QI di 78>, ma <questo bambino elabora le informazioni con tempi più lunghi della media, ha bisogno di istruzioni semplificate e di contesti prevedibili, esprime creatività nelle attività pratiche>. La differenza non è stilistica: è epistemologica.

Il FIL come criterio di esclusione: comorbidità non cercate

Il FIL non si presenta quasi mai in isolamento. Frequentemente coesiste con disturbi dell'apprendimento, profili attentivi di tipo ADHD o disturbi d'ansia reattivi alle difficoltà croniche. Questa sovrapposizione rende urgente un approccio trans-diagnostico: il clinico deve distinguere ciò che appartiene al funzionamento intellettuale limite da ciò che è secondario o reattivo, senza ridurre tutto a un unico fattore esplicativo (Carotenuto & Esposito, 2016).

Un aspetto spesso taciuto riguarda il ruolo paradossale che il FIL assume nei percorsi diagnostici istituzionali. Nella pratica clinica, la rilevazione di un QI nella fascia limite diventa frequentemente un criterio di esclusione dalla valutazione approfondita, anziché un punto di partenza. NPIA e professionisti che osservano punteggi intorno a 75-80 tendono a considerare chiusa la questione: le difficoltà del bambino vengono attribuite al FIL e la valutazione si ferma. Non si procede ad approfondire se siano presenti DSA, profili ADHD o altre condizioni che richiederebbero interventi mirati (Cornoldi, Giofrè, Orsini & Pezzuti, 2014). Il FIL assorbe e giustifica tutto, diventando una non-diagnosi che produce gli

stessi effetti pratici di una diagnosi errata: nessun PDP, nessun supporto specifico, nessuna lettura delle singole aree di fragilità. In questo modo il FIL finisce anche per mascherare le comorbidità sottostanti, che restano non riconosciute non perché assenti, ma perché nessuno le ha cercate. Il bambino resta senza risposta clinica — non per mancanza di un codice nosografico, ma per eccesso di semplificazione.

Dal punto di vista della ricerca, il FIL rimane un'area sottostimata. La letteratura internazionale ne documenta la prevalenza attorno all'8-10% della popolazione generale, ma gli studi longitudinali sul suo impatto in età adulta sono ancora insufficienti. Investire nella ricerca sul FIL significa restituire dignità scientifica a chi abita quella zona grigia che il sistema tende sistematicamente a ignorare.

Conclusioni

Il FIL è una sfida che il paradigma della neurodiversità ci offre l'opportunità di affrontare con maggiore coerenza. Rinunciare alla diagnosi non significa rinunciare al riconoscimento: significa scegliere un linguaggio clinico che descriva funzionamenti invece di stigmatizzare distanze. Significa prendersi cura di chi abita le zone d'ombra del sistema, là dove i riflettori della nosografia non arrivano ma dove la sofferenza esiste. Che il FIL sia o meno una neurodivergenza in senso stretto è una domanda che la clinica può lasciare aperta: ciò che non può permettersi è usare quell'incertezza come alibi per non intervenire.

Riferimenti bibliografici

Carotenuto, M., & Esposito, M. (2016). Il funzionamento intellettivo limite in età evolutiva. Monduzzi.

Cornoldi, C. et al. (2022). Cambiare paradigma per i disturbi del neurosviluppo? Dalla ricerca alla pratica clinica. *Ricerche di Psicologia*, (4).

Cornoldi, C., Giofrè, D., Orsini, A., & Pezzuti, L. (2014). Differences in the intellectual profile of children with intellectual vs. learning disability. *Research in Developmental Disabilities*, 35(9), 2224–2230.

Daffi, G. (a cura di) (2015). Gli alunni con funzionamento intellettivo limite: teorie, intervento didattico e proposte operative. Erickson.

Vianello, R., Di Nuovo, S., & Lanfranchi, S. (2014). Bisogni educativi speciali: il funzionamento intellettivo limite o borderline. Tipologia, analisi di casi e indicazioni operative. Edizioni Junior.

Wieland, J., & Zitman, F. G. (2016). It is time to bring borderline intellectual functioning back into the main fold of classification systems. *BJPsych Bulletin*, 40(4), 204–206.

L'Early Start Denver Model in chiave neurodiversity-affirmative: una riflessione clinica a partire da un caso in età prescolare

di Mariaros Carcione

Abstract

Negli ultimi anni il paradigma della neurodiversità ha promosso una rilettura critica degli interventi precoci sull'autismo, mettendo in discussione gli approcci centrati sulla normalizzazione. Il presente contributo propone una riflessione clinica sull'utilizzo dei principi dell'Early Start Denver Model (ESDM) in una prospettiva neurodiversity-affirmative, attraverso il caso di Matteo seguito dai 24 mesi ai 4 anni. L'intervento è stato utilizzato in modo flessibile, all'interno di una cornice relazionale e non direttiva, centrata sugli interessi spontanei, sulla valorizzazione della comunicazione emergente e sul coinvolgimento dei caregiver.

A 4 anni Matteo mostra un ampliamento significativo delle competenze comunicative e relazionali, interpretato non come avvicinamento a una norma, ma come espansione delle possibilità espressive. Il contributo invita a ripensare il concetto di esito evolutivo alla luce del paradigma della neurodiversità.

Introduzione

L'intervento precoce nei disturbi del neurosviluppo rappresenta oggi uno degli ambiti più sviluppati nella pratica clinica e nella ricerca. Numerosi studi evidenziano come interventi tempestivi possano favorire lo sviluppo comunicativo, cognitivo e adattivo nei bambini con disturbo dello spettro autistico (Dawson et al., 2010; Fuller et al., 2020).

Tra i modelli più diffusi si colloca l'Early Start Denver Model (ESDM), approccio naturalistico evolutivo-comportamentale che integra principi dell'Applied Behavior Analysis con una forte attenzione alla relazione, alla motivazione del bambino e al contesto di vita (Schreibman et al., 2015).

Negli ultimi anni, tuttavia, il paradigma della neurodiversità ha introdotto una prospettiva diversa, che considera l'autismo come una variante del neurosviluppo e non esclusivamente come un insieme di deficit (Kapp, 2020). Questo cambio di sguardo solleva una questione cruciale: come mantenere l'efficacia degli interventi evitando una spinta implicita verso la normalizzazione?

Il presente contributo si colloca in questo spazio di riflessione, proponendo un utilizzo clinico dei principi ESDM integrato in una prospettiva neurodiversity-affirmative.

Il caso clinico – Profilo iniziale (24 mesi)

Matteo giunge alla nostra osservazione all'età di 24 mesi e presenta difficoltà significative nell'area della comunicazione sociale e della regolazione attentiva. Il linguaggio verbale è assente, la gestione del contatto oculare limitata e le modalità relazionali prevalentemente passive.

La comunicazione è di tipo preverbale e strumentale,

senza integrazione stabile del contatto oculare; la risposta al nome non è presente. Sono osservabili vocalizzazioni semplici.

Il coinvolgimento sociale appare discontinuo, le abilità di imitazione emergenti e il gioco poco strutturato. Si rileva un interesse specifico per le macchinine, con modalità ripetitive.

Intervento clinico

L'intervento clinico è stato costruito a partire dai principi dell'ESDM, utilizzato in modo flessibile e non direttivo all'interno di una cornice evolutiva e neurodiversity-affirmative. Le attività, selezionate in base agli obiettivi evolutivi e relazionali, sono state lasciate alla scelta spontanea del bambino per sostenere motivazione intrinseca, iniziativa e partecipazione attiva.

Gli interessi spontanei di Matteo sono stati utilizzati come principale punto di accesso alla relazione. I comportamenti ripetitivi e gli interessi circoscritti sono stati accolti come risorse per costruire esperienze condivise.

Le attività sono state organizzate in routine condivise motivanti, caratterizzate da sintonizzazione affettiva e rinforzo naturale, con l'obiettivo di favorire engagement sociale e co-regolazione interattiva. L'uso di materiali doppi e della posizione frontale ha facilitato l'imitazione reciproca, il turn-taking e l'attenzione condivisa.

La canzone "Il cocodrillo come fa", proposta con un libro illustrato, ha favorito la costruzione di routine condivise attraverso prevedibilità, pause e attese comunicative. Lievi interruzioni intenzionali dell'attività hanno promosso iniziativa sociale e richiesta comunicativa, favorendo l'emergere progressivo di vocalizzazioni e produzioni verbali spontanee.

Il gioco con le macchinine, inizialmente ripetitivo e orientato alla stimolazione visiva (es. osservazione ravvicinata delle ruote e movimenti ripetitivi), è stato ampliato con percorsi condivisi e turn-taking, fino a semplici sequenze simboliche, come il "bus che va a scuola".

Il caregiver ha partecipato attivamente alle sedute come figura di co-regolazione.

Esiti evolutivi (4 anni)

A 4 anni Matteo presenta un linguaggio verbale strutturato, con produzione di frasi e uso di pronomi. La comprensione linguistica include strutture complesse.

È in grado di rispondere e formulare domande, mostrando iniziativa comunicativa. Sul piano relazionale si osserva una maggiore integrazione dello sguardo e la comparsa di comportamenti di condivisione.

Partecipa a giochi sociali e simbolici; il gioco appare più flessibile e articolato. Emergono inoltre competenze cognitive di base, come il riconoscimento dei numeri.

Discussione

Il caso presentato mostra una possibile integrazione tra i principi dell'ESDM e una prospettiva neurodiversity-affirmative.

L'intervento ha privilegiato la relazione e la sintonizzazione con il bambino, evitando un'impostazione centrata sulla riduzione delle differenze. In questa ottica, i comportamenti ripetitivi e gli interessi specifici sono stati riletti come risorse per l'engagement.

Il cambiamento osservato non viene interpretato

come avvicinamento a una norma neurotipica, ma come ampliamento delle possibilità comunicative, relazionali e simboliche.

Questa lettura si inserisce anche nella prospettiva del “double empathy problem” (Milton, 2012), che considera le difficoltà comunicative come il risultato di una dissonanza reciproca tra sistemi comunicativi differenti.

Conclusioni

L'integrazione dei principi dell'ESDM in una prospettiva neurodiversity-affirmative potrebbe rappresentare una direzione clinica promettente. Un approccio di questo tipo consente di sostenere lo sviluppo del bambino mantenendo al centro la relazione, la soggettività e la partecipazione, evitando una lettura esclusivamente normalizzante del cambiamento.

Riferimenti bibliografici

Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A., & Varley, J. (2010).

Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), e17–e23.

Fuller, E. A., Oliver, K., Vejnaska, S. F., & Rogers, S. J. (2020).

The effects of the Early Start Denver Model for children with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Brain Sciences*, 10(6), 368.

Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A. C., Landa, R., Rogers, S. J., McGee, G. G., Kasari, C., Ingersoll, B., Kaiser, A. P., Bruinsma, Y., McNerney, E., Wetherby, A., & Halladay, A. (2015).

Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2411–2428.

Kapp, S. K. (Ed.). (2020).

Autistic community and the neurodiversity movement: Stories from the frontline. Palgrave Macmillan.

Milton, D. E. M. (2012).

On the ontological status of autism: The ‘double empathy problem’. *Disability & Society*, 27(6), 883–887.

ADHD nell'adulto e gioco d'azzardo: traiettorie di autoregolazione e adattamento disfunzionale.

Un contributo clinico

di Nicoletta Faraci

L'interesse clinico e neuroscientifico per le neurodivergenze in età adulta ha contribuito a una progressiva riformulazione dei modelli interpretativi del funzionamento psicologico. In particolare, il Disturbo da deficit di attenzione e iperattività viene sempre più considerato non solo come condizione clinica definita in termini di deficit, ma come variante del funzionamento neurocognitivo che emerge nell'interazione tra caratteristiche individuali e richieste ambientali.

In questa prospettiva, la diagnosi in età adulta rappresenta spesso l'esito di traiettorie adattive complesse, nelle quali strategie compensatorie e difficoltà di adattamento si sovrappongono nel tempo, fino a configurare quadri psicopatologici secondari quali disturbi dell'umore, ansia e dipendenze comportamentali (American Psychiatric Association, 2013).

Tra queste, il disturbo da gioco d'azzardo rappresenta un ambito clinicamente rilevante per la sua connessione con impulsività, ricerca di stimolazione e alterazioni nei processi di autoregolazione motivazionale (Sonuga-Barke et al., 2010). In una prospettiva orientata alla neurodiversità, il comportamento di gioco può essere letto come modalità di regolazione contestuale attraverso cui il soggetto tenta di modulare stati interni di sovraccarico attentivo, noia o disorganizzazione cognitiva, con un incremento rapido dell'arousal dopaminergico e della rilevanza motivazionale dell'azione.

Nell'adulto, l'ADHD si manifesta con difficoltà di continuità attentiva, disorganizzazione, impulsività decisionale e instabilità nella gestione dei compiti, più che con iperattività evidente (American Psychiatric Association, 2013). Tali caratteristiche, se non riconosciute, possono essere vissute come inefficienze personali, favorendo una rappresentazione di sé centrata sul fallimento e sulla discontinuità del controllo volontario. Il ritardo diagnostico incide così anche sulla costruzione dell'esperienza di sé e sulla progressiva organizzazione narrativa del funzionamento personale.

Le evidenze indicano che la presenza di ADHD in età adulta si associa a maggiore vulnerabilità al gioco problematico e a una gestione clinica più complessa (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012). Tale associazione viene interpretata alla luce di un modello di disregolazione dei sistemi motivazionali, in cui l'iperresponsività alla ricompensa immediata si combina con un deficit dei meccanismi di inibizione e pianificazione comportamentale.

1. Il caso di G.

G., 51 anni, si rivolge a un servizio specialistico per il trattamento del gioco d'azzardo dopo una progressiva compromissione personale, familiare ed economica. Negli ultimi due anni ha accumulato perdite pari a circa 80.000 euro tramite piattaforme online, con indebitamento e difficoltà nel sostenere gli impegni familiari. Riferisce vissuti di fallimento

e ideazione suicidaria nelle fasi di maggiore disregolazione emotiva.

Dal racconto emerge una percezione costante di funzionamento "non sincronizzato" con le richieste ambientali. G. descrive difficoltà persistenti di attenzione, pianificazione e gestione sequenziale delle attività, a lungo interpretate come limiti personali piuttosto che come possibile espressione di neurodivergenza.

Nonostante una posizione lavorativa stabile come responsabile commerciale, il funzionamento quotidiano è caratterizzato da elevato dispendio cognitivo ed emotivo e da costante sforzo compensatorio.

L'anamnesi evidenzia difficoltà attentive e impulsività già in età scolare, con rendimento altalenante e distraibilità. In adolescenza emergono discontinuità formative e ricerca di stimoli intensi, senza valutazioni diagnostiche strutturate.

Il gioco assume progressivamente funzione autoregolativa, configurandosi come spazio in cui l'attivazione attentiva appare più stabile e la frammentazione interna ridotta. Il paziente riferisce che nel gioco sperimenta una condizione di maggiore 'tenuta mentale', in cui la regolazione dell'arousal risulta immediata e funzionalmente organizzante. In questa prospettiva, il gambling rappresenta una modalità funzionale di breve termine, seppur disfunzionale nel lungo periodo.

L'ipotesi clinica orienta verso ADHD non riconosciuto in età evolutiva, con traiettoria di sviluppo caratterizzata da mancato riconoscimento precoce e costruzione di strategie compensatorie ad alto costo funzionale. Impulsività, ricerca di stimolazione e deficit esecutivi rappresentano un asse interpretativo centrale.

2. Inquadramento funzionale

La co-occorrenza tra difficoltà esecutive e gioco problematico può essere letta attraverso meccanismi

condivisi di autoregolazione. La difficoltà nel differire la risposta comportamentale si associa a scelte rapide e poco mediate dai sistemi di controllo prefrontale (Sonuga-Barke et al., 2010). La ricerca di stimolazione rende invece particolarmente salienti contesti caratterizzati da variabilità, rischio e rinforzo immediato (Barkley, 2015; Volkow et al., 2011).

A livello neurofunzionale, tali dinamiche sono associate a una disfunzione dell'interazione tra circuiti mesolimbici della ricompensa e reti fronto-striatali di controllo esecutivo (Volkow et al., 2011), configurando un modello di vulnerabilità emergente dall'interazione tra predisposizione neurocognitiva e contesto ambientale. In questo senso, la lettura in chiave dimensionale consente di superare una logica esclusivamente categoriale del disturbo, evidenziando continuità tra funzionamento neuropsicologico e comportamento clinico. L'ADHD viene così interpretato lungo un continuum attentivo-motivazionale, in cui le condotte di rischio possono rappresentare esiti funzionali di adattamento in condizioni di inefficienza dei sistemi di controllo esecutivo.

In coerenza con questa prospettiva, anche il processo valutativo è stato orientato in senso dimensionale e condotto tramite DIVA 2.0.

3. Intervento clinico

L'intervento richiede adattamento dei protocolli per dipendenze comportamentali. Accanto alla CBT, risultano utili strategie di supporto organizzativo, strutturazione del tempo e incremento della consapevolezza precoce dei trigger comportamentali. Il trattamento ha integrato approccio evidence-based e cornice psicodinamica, con attenzione ai significati soggettivi dell'esperienza e alla rielaborazione del vissuto di fallimento. Il lavoro clinico ha favorito una progressiva ridefinizione dell'identità personale meno centrata sulla colpa e più sulla comprensione del proprio funzionamento neurocognitivo.

4. Conclusione

Nel disturbo da gioco d'azzardo, l'analisi di possibili quadri di ADHD in età adulta consente di collocare il comportamento sintomatico all'interno di traiettorie evolutive complesse, in cui la neurodivergenza assume un ruolo centrale. Il gioco può essere compreso non solo come espressione di disregolazione impulsiva, ma anche come tentativo di organizzazione di un funzionamento neurocognitivo specifico in un contesto non sempre sintonizzato su tali caratteristiche.

Questa prospettiva consente di spostare il focus clinico dalla sola riduzione del sintomo alla comprensione del funzionamento individuale, favorendo interventi maggiormente sintonizzati, sostenibili e orientati alla qualità della vita.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.

Sonuga-Barke, E. J. S., Wiersema, J. R., van der Meere, J. J., & Roeyers, H. (2010). Context-dependent dynamic processes in attention-deficit/hyperactivity disorder: Differentiating common and unique developmental pathways. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(5), 719–727.

van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M., & Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1–2), 11–19.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D., & Baler, R. (2011). Reward, dopamine and the control of food intake: Implications for obesity. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(1), 37–46.

Un nuovo approccio all'autismo: il Modello Educativo Combinato (MEC)

di Denise Gulino

Il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) è una condizione neuroevolutiva complessa, caratterizzata da deficit nella comunicazione sociale e da comportamenti e interessi ripetitivi e ristretti, nonché da difficoltà di adattamento al cambiamento (Hirota & King, 2023). Ogni individuo autistico ha specifiche esigenze e sono frequenti comorbidità associate alla condizione (Hirota & King, 2023; Mughal, Faizy & Saadabadi, 2022). Oggi è dimostrato come le pratiche *evidence-based* contribuiscano al miglioramento dei deficit centrali dell'ASD, nonché al funzionamento sociale e adattivo (Sridhar, Drahota, & Walsworth, 2021). Gli interventi non farmacologici sono eterogenei e si concentrano principalmente su approcci educativi volti a potenziare abilità accademiche, comunicazione, socializzazione, adattamento (Kaye et al., 2024).

Questo articolo ha lo scopo di presentare un nuovo protocollo di intervento, denominato Modello Educativo Combinato (MEC). Il MEC è un intervento riabilitativo ideato e implementato dalla Dottoressa Sebastiana Veneziano. Il principale centro di coordinamento e punto di riferimento per le ricerche condotte è il Centro Educativo Abilitativo Permanente di Avola (SR), ma gli studi sono stati svolti in vari contesti a livello nazionale, includendo studi privati dei ricercatori e aule di sostegno messe a disposizione dai dirigenti scolastici. Il MEC è un approccio innovativo e sperimentale che integra precisi principi metodologici chiave. Innanzitutto, esso prevede che l'intervento venga implementato in un setting strutturato, all'interno

di una cornice ludica e affettiva, che favorisca una relazione di sintonia tra il bambino e il terapeuta. La sintonizzazione affettiva, basata su comunicazioni non verbali e spesso carente nell'ASD (Trevvarthen, 1998), è il processo con cui si sfrutta la naturale predisposizione dei bambini all'intersoggettività. Entrambe, intersoggettività e sintonizzazione affettiva, puntano all'importanza che le dinamiche relazionali assumono in contesti terapeutici e educativi (Veneziano et al., 2024). Ciò facilita il processo terapeutico (Trevvarthen, 1998) e si collega al concetto di "madre sufficientemente buona" (Winnicott, 1971). Inoltre, la sintonizzazione affettiva rende possibile la valorizzazione delle qualità oggettive, ma soprattutto soggettive del professionista (Schopler & Mesibov, 1997).

A ciò si aggiunge un'attenzione particolare per l'apprendimento affettivo, approccio educativo che riconosce il contributo delle emozioni nel processo di apprendimento (Izard, 2009) e si basa su motivazione, empatia e autoregolazione emotiva, mantenendo il focus sull'idea che combinazioni di elementi strutturati e giochi emotivamente coinvolgenti possono promuovere una partecipazione attiva e motivata negli interventi per l'autismo, migliorando abilità sociali e comunicative, nonché competenze cognitive e accademiche (Williams White et al., 2007; Immordino-Yang & Damasio, 2007).

Durante gli interventi implementati con il MEC, inoltre,

vengono usate tecniche come *prompting*, *fading*, *task analysis*, *modeling* e *role playing* per facilitare un apprendimento efficace e duraturo (Cottini & Veneziano, 2020).

Il MEC, infine, impiega il *peer tutoring* in maniera innovativa. Infatti, un co-terapista coetaneo opportunamente formato viene impiegato nel percorso riabilitativo classico per sviluppare nel bambino con ASD abilità sociali, gioco condiviso e svariati obiettivi comportamentali. Il *peer tutoring*, i cui benefici sono visibili anche sui coetanei tutor in termini di acquisizione di responsabilità e empatia, durante gli interventi terapeutici rende il processo di apprendimento efficace e coinvolgente (Veneziano et al., 2024; Cottini & Veneziano, 2020).

Le ricerche condotte partono dall'idea che nell'implementazione di interventi *evidence-based* i miglioramenti si manifestano principalmente nelle aree di apprendimento e meno nelle aree della socializzazione e del gioco condiviso, probabilmente perché i bambini con ASD hanno difficoltà a generalizzare le competenze al di fuori di un contesto terapeutico strutturato e guidato da un adulto. La ricerca, dunque, ha voluto valutare l'effetto di un intervento combinato, introducendo la partecipazione attiva di un coetaneo "con un atteggiamento empatico, propositivo e prosociale, guidato da un'attenta supervisione dell'adulto" (Veneziano et al., 2024, p. 179), dopo una prima fase condotta esclusivamente dal terapeuta. I dati evidenziano che nella fase in cui è stato attivato il supporto del pari, il quale applica le strategie CBT usate nella fase precedente, le competenze dei bambini nelle abilità sociali e nel gioco condiviso hanno mostrato un incremento maggiore rispetto alla fase condotta solo dall'adulto. Ciò suggerisce che la presenza del coetaneo introduce

una dimensione relazionale più naturale, empatica e motivante, capace di facilitare l'apprendimento in un contesto meno strutturato e più vicino alle dinamiche quotidiane. Altro risultato rilevante riguarda il fatto che abilità apprese attraverso il MEC tendono a mantenersi nel tempo, come dimostrato dalle fasi di follow-up, e in alcuni casi mostrano ulteriori miglioramenti. Questo dato è particolarmente significativo in quanto indica che gli apprendimenti non rimangono confinati al contesto terapeutico, ma possono essere generalizzati anche in altri ambienti di vita. Tuttavia, gli studi non hanno evidenziato progressi statisticamente significativi nelle abilità di imitazione e gioco autonomo, suggerendo che il *peer tutoring* possa essere meno incisivo su competenze che richiedono una guida più strutturata e meno interattiva.

Un ulteriore elemento di forza del MEC è rappresentato dal contesto ecologico in cui è stato applicato, come scuole e centri educativi, che permettono un apprendimento più vicino alla quotidianità dei bambini e favoriscono la generalizzazione delle competenze. Tuttavia, è bene tenere conto della complessità dei contesti reali e della difficoltà del controllo delle variabili intervenienti. Inoltre, la dimensione ridotta del campione e la mancata randomizzazione dei gruppi limitano la possibilità di generalizzare i risultati e di effettuare analisi approfondite per sottogruppi.

Sebbene si evidenzino alcune limitazioni metodologiche, il MEC si configura come un modello promettente, in grado di integrare dimensione relazionale, intervento educativo strutturato e apprendimento tra pari. Le evidenze raccolte suggeriscono che la combinazione di questi elementi possa favorire uno sviluppo più completo e funzionale nei bambini con ASD, con particolare riferimento alle competenze socio-comunicative.

L'ASD è una sfida che richiede approcci *evidence-based* capaci di rispondere a cosa funziona, per chi, in quali contesti e con quale intensità (Lord et al., 2021). In questa prospettiva, il MEC è un approccio integrato fondamentale. Veneziano e colleghi (2024) fanno intendere l'essenza del "sapere agito": la capacità del terapeuta di combinare competenze teoriche ed esperienziali con un intervento pratico e adattivo si rivela fondamentale per ottenere risultati significativi. Tale equilibrio tra "essere" e "fare" favorisce risposte personalizzate e contesti, potenziando abilità sociali, gioco condiviso e sviluppo globale. Inoltre, l'integrazione di coetanei co-terapisti rafforza tali competenze, evidenziano l'importanza di andare oltre il setting adulto-centrico.

Bibliografia

Immordino-Yang, M. H., & Damasio, A. (2007). We feel, therefore we learn: The relevance of affective and social neuroscience to education. *Mind, Brain, and Education*, 1(1), 3–10.

Cottini, L. (2019). Gli interventi efficaci nei disturbi dello spettro autistico: uno sguardo alle principali linee guida. *Giornale Italiano dei Disturbi del Neurosviluppo*, 4(1), 33-68.

Hirota, T., & King, B. H. (2023). Autism Spectrum Disorder: A Review. *JAMA*, 329(2), 157–168. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.23661>

Izard, C. E. (2009). Emotion theory and research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual Review of Psychology*, 60, 1–25.

Kaye, A. D., Allen, K. E., Smith III, V. S., Tong, V. T., Mire, V. E., Nguyen, H., Lee, Z., Kouri, M., Jean Baptiste, C., Mosieri, C. N., Kaye, A. M., Varrassi, G., & Shekoohi, S. (2024). Emerging Treatments and Therapies for Autism Spectrum Disorder: A Narrative Review. *Cureus*, 16(7), e63671. <https://doi.org/10.7759/cureus.63671>

[org/10.7759/cureus.63671](https://doi.org/10.7759/cureus.63671)

Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., Carr, T., De Vries, P. J., Dissanayake, C., Divan, G., Freitag, C. M., Gotelli, M. M., Kasari, C., Knapp, M., Mundy, P., Plank, A., Scahill, L., Servili, C., Shattuck, P., . . . McCauley, J. B. (2021). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*, 399(10321), 271–334. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)01541-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)01541-5)

Mughal, S., Faizy, R. M., & Saadabadi, A. (2022). Autism Spectrum Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Schopler, E., & Mesibov, G. B. (1997). *The culture of autism: A developmental perspective*. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Autism in Adolescents and Adults* (pp. 65-81). Springer Science+Business Media.

Sridhar, A., Drahota, A., & Walsworth, K. (2021). Facilitators and barriers to the utilization of the ACT SMART Implementation Toolkit in community-based organizations: a qualitative study. *Implementation Science Communications*, 2(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00158-1>

Trevarthen, C. (1998). *The concept and foundations of infant intersubjectivity*. In S. Bråten (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 15-46). Cambridge: Cambridge University Press.

Veneziano, S., Monello, A., Accardo, M. C., Palladino, M., Li Pera, L., Leone, M., Santoro, M., Fratini, E., & Cottini, L. (2024). Un compagno che supporta precocemente. *Autismo e Disturbi del Neurosviluppo*, 22(2), 169-186. <https://doi.org/10.14605/AUT2222403>

Williams White, S., Keonig, K., & Scahill, L. (2007). Social skills development in children with autism spectrum disorders: a review of the intervention research. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(10), 1858–1868. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0320-x>

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. New York: Routledge.

Oltre il deficit: incontro clinico e sguardo neurodivergente in un contesto comunitario

di Alessandra Cinquemani

Negli ultimi anni, il paradigma della neurodivergenza ha progressivamente messo in discussione una lettura esclusivamente deficitaria delle differenze del neurosviluppo, invitando a considerare tali configurazioni non soltanto come deviazioni da una norma, ma come modalità specifiche di funzionamento cognitivo, relazionale ed emotivo. Questo cambiamento di prospettiva implica una trasformazione dello sguardo clinico: dal tentativo di correggere ciò che appare distante dalla norma alla possibilità di comprendere come il soggetto organizza esperienza, apprendimento, regolazione e relazione.

Le riflessioni qui proposte nascono da un'esperienza di tirocinio svolta all'interno di una comunità mamma-bambino ad indirizzo socioeducativo, struttura che accoglie donne e minori provenienti da contesti caratterizzati da vulnerabilità sociali, fragilità relazionali ed interventi dei servizi sociali territoriali. In tali contesti, il lavoro educativo e clinico si confronta quotidianamente con la necessità di mantenere un equilibrio tra bisogni individuali, tutela, convivenza comunitaria e organizzazione condivisa degli spazi. In strutture di questo tipo, il rischio di una lettura prevalentemente normativa del comportamento è particolarmente elevato. La necessità di garantire regole, tempi e funzionamento collettivo può infatti trasformare rapidamente ogni deviazione in qualcosa da contenere o correggere. Tale dinamica risulta ancora più evidente nel lavoro con bambini neurodivergenti, i cui modi di stare nel corpo, nello spazio e nella relazione possono entrare

facilmente in tensione con le richieste implicite dell'istituzione.

L'incontro con J., bambino di otto anni con diagnosi di disturbo dello spettro autistico, ha progressivamente modificato il mio modo di osservare. J. vive in un contesto segnato da instabilità ambientale e discontinuità affettive. Presenta difficoltà nella regolazione emotiva, nella permanenza sul compito e nella gestione della distanza relazionale. Parallelamente, manifesta una intensa ricerca di contatto corporeo: abbracci improvvisi, bisogno di vicinanza fisica, tendenza a toccare oggetti e persone durante l'interazione. Nelle prime settimane il mio intervento è guidato prevalentemente da una logica correttiva. Cerco di aumentare i tempi attentivi, contenere il movimento, mantenere il focus sul compito e ridurre il contatto corporeo. Tuttavia, il lavoro appare progressivamente irrigidirsi. Durante alcune attività strutturate, J. si alza frequentemente dal tavolo, attraversa lo spazio della stanza, tocca materiali differenti o cerca improvvisamente il contatto fisico. L'esperienza soggettiva che emerge è quella di una reciproca frustrazione. In alcuni momenti, la sensazione era quella di trovarsi all'interno di una continua rincorsa regolativa: ogni tentativo di riportare J. verso il compito sembrava produrre un ulteriore aumento del movimento e della dispersione. Progressivamente è emerso però come tali comportamenti non avessero soltanto una funzione oppositiva o evitante, ma rappresentassero anche modalità attraverso cui il bambino cercava di mantenere una continuità dell'esperienza.

Contestualmente cambia però anche la domanda implicita che orienta l'osservazione clinica: non più "perché J. non riesce a fare ciò che gli viene richiesto?", ma "in quali condizioni J. riesce a pensare, apprendere e stare in relazione?". Questo piccolo spostamento modifica radicalmente la comprensione dell'esperienza. In J. il pensiero appare strettamente intrecciato al corpo. Il contatto non sembra configurarsi soltanto come eccesso da modulare, ma come modalità di regolazione emotiva e accesso cognitivo. Toccare, muoversi e utilizzare il corpo durante l'attività sembrano costituire strumenti attraverso cui l'esperienza prende forma.

Le ricerche più recenti sulla neurodivergenza hanno evidenziato come molte difficoltà attribuite esclusivamente alla persona autistica emergano anche dall'incontro problematico tra modalità comunicative differenti. Milton (2012) definisce questo fenomeno "double empathy problem": la difficoltà non riguarda soltanto il soggetto neurodivergente, ma il reciproco fallimento di comprensione tra mondi esperienziali differenti. Anche sul piano degli apprendimenti emergono elementi significativi. J. appare fortemente disorganizzato nei compiti ripetitivi e scarsamente significativi, mentre mostra una partecipazione molto maggiore quando entrano in gioco immagini, storie, associazioni spontanee o attività che implicano movimento e immaginazione. In alcuni momenti, trasformare un esercizio in una piccola scena narrativa modifica sensibilmente la sua permanenza relazionale. Quando il compito assume una forma più concreta o immaginativa, J. appare maggiormente coinvolto: aumenta il tempo di permanenza, compaiono collegamenti spontanei e una disponibilità relazionale diversa. Ciò che inizialmente appariva come dispersione o evitamento comincia progressivamente a mostrarsi come una diversa organizzazione dell'esperienza.

Questo introduce una distinzione clinicamente rilevante: non sempre la difficoltà coincide con assenza di competenza. Talvolta riguarda la distanza tra il formato della richiesta e le modalità di accesso del bambino. Una richiesta eccessivamente verbale o rigida può produrre disorganizzazione non perché il bambino "non possa", ma perché il canale utilizzato non è quello maggiormente accessibile. Dal punto di vista operativo, tale prospettiva implica alcuni cambiamenti concreti nel lavoro educativo e clinico: osservare i canali privilegiati di accesso del bambino, modulare il formato delle richieste, frammentare le consegne e ridurre il sovraccarico verbale. In diversi momenti si è rivelato utile alternare brevi tempi di attività strutturata a momenti maggiormente liberi, senza leggere immediatamente il movimento come "fuga dal compito". Anche il lavoro sul confine corporeo assume una qualità diversa. Il limite resta fondamentale, soprattutto in un contesto comunitario, ma il modo in cui viene introdotto modifica profondamente l'esperienza relazionale. Un limite imposto esclusivamente come interdizione rischia di essere vissuto come rifiuto; un confine accompagnato e nominato può invece diventare esperienza di regolazione condivisa. Un ulteriore elemento significativo riguarda il lavoro d'équipe. Nei contesti comunitari, il comportamento del bambino viene inevitabilmente attraversato da sguardi differenti: educativi, organizzativi, clinici e normativi. La possibilità di costruire spazi di riflessione condivisa risulta quindi centrale per evitare irrigidimenti interpretativi.

Il paradigma della neurodivergenza non implica la negazione delle difficoltà, né una idealizzazione della differenza. Implica piuttosto una ridefinizione dello sguardo clinico: alcuni bambini non chiedono prima di tutto di essere corretti, ma di essere compresi in una grammatica relazionale che non coincide immediatamente con la nostra. In questo

senso il lavoro clinico diventa anche un esercizio di decentramento: non è sempre il bambino a dover diventare leggibile per noi, talvolta siamo noi a dover imparare a leggere diversamente.

Riferimenti bibliografici essenziali

Kapp, S. K., Gillespie-Lynch, K., Sherman, L. E., & Hutman, T. (2013). Deficit, difference, or both? *Developmental Psychology*, 49(1), 59–71.

Milton, D. E. M. (2012). On the ontological status of autism: The “double empathy problem”. *Disability & Society*, 27(6), 883–887.

Milton, D. E. M. (2022). The double empathy problem: Ten years on. *Autism*, 27(5), 1528–1538.

Crompton, C. J., et al. (2020). Autistic peer-to-peer information transfer. *Autism*, 24(7), 1704–1712.

Pellicano, E., & den Houting, J. (2022). Shifting from “normal science” to neurodiversity in autism science. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 381–396.

La neurodivergenza sommersa

di Elisa Breci, Chiara Gattuso e Martina Quadarella

Nel lavoro clinico quotidiano condotto presso il SerT di Augusta, all'interno dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, ci scontriamo frequentemente con storie di vita che interrogano profondamente il nostro modo di intendere il disagio psichico e la dipendenza. Osserviamo infatti che un numero considerevole di pazienti che afferiscono ai nostri servizi per un Disturbo da Uso di Sostanze porta con sé un bagaglio di sofferenze e fallimenti che sembrano avere radici molto lontane, in un'infanzia e un'adolescenza caratterizzate da un'irrequietezza mai compresa e da una difficoltà cronica nel mantenere l'attenzione o controllare gli impulsi. Molti di questi individui descrivono un senso di diversità mai codificato, una sorta di lotta invisibile contro un mondo che appariva loro troppo veloce o troppo caotico, portandoli a cercare nelle sostanze una forma di sollievo o di equilibrio. Questa evidenza empirica, raccolta "sul campo" ad Augusta, ci spinge oggi a chiederci quanto questa traiettoria di funzionamento atipico, rimasta celata per decenni, condizioni realmente l'esito dei nostri trattamenti e quanto sia necessario uno sguardo nuovo, capace di riconoscere il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) oltre la coltre della dipendenza.

La revisione della letteratura scientifica internazionale conferma che questa nostra percezione clinica non è un caso isolato, ma riflette un fenomeno epidemiologico di vasta portata. Studi di meta-analisi indicano infatti che circa un paziente

su cinque tra coloro che cercano trattamento per un disturbo da uso di sostanze presenta un ADHD concomitante, con una prevalenza media stimata intorno al 23.1% (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012). Si tratta di percentuali impressionanti, dalle tre alle quattro volte superiori rispetto alla popolazione generale adulta, suggerendo che questa variante del neurosviluppo rappresenti un fattore di vulnerabilità primario per l'esordio e la persistenza di comportamenti problematici (Horstman et al., 2026). La comorbidità tra queste due condizioni non è affatto casuale; recenti indagini genomiche suggeriscono basi genetiche comuni, evidenziate dai punteggi di rischio poligenico (PRS) che mostrano una vulnerabilità biologica condivisa tra ADHD e vari disturbi da uso di sostanze, in particolare per quanto riguarda l'uso di cocaina e oppioidi (Koller et al., 2024).

Il motivo per cui queste condizioni rimangono sommerse risiede spesso nella difficoltà della diagnosi tardiva. Molti adulti hanno imparato a compensare i deficit attraverso strategie di "masking" o "camouflaging", logoranti a livello interno ma invisibili all'esterno. Un ruolo cruciale è giocato dal bias di genere: storicamente l'ADHD è stato considerato un disturbo prettamente maschile, portando a una sistematica sottovalutazione nelle donne, che spesso presentano una prevalenza del tipo inattentivo o una disregolazione emotiva interna meno dirompente. La diagnosi in età adulta

è complicata ulteriormente dal fatto che i sintomi di astinenza o intossicazione, come l'irritabilità e la distraibilità, mimano quelli dell'ADHD, portando i clinici a attribuire erroneamente l'intero quadro alla sola dipendenza. Tuttavia, quando questo disturbo latente non viene identificato, il decorso clinico del paziente è drasticamente più severo, con esordi precoci, tassi più elevati di ospedalizzazione e un rischio significativamente superiore di tentativi di suicidio (Perugi et al., 2019; Arias et al., 2008). È stato inoltre osservato che il sottotipo combinato di ADHD può esacerbare le conseguenze dell'uso di oppioidi attraverso la mediazione di fenotipi impulsivi (Browning et al., 2024), influenzando negativamente la ritenzione in cura (Carpentier & Levin, 2017).

Un concetto cardine per comprendere questo legame profondo è la cosiddetta Ipotesi dell'Automedicazione (Self-Medication Hypothesis), formulata originariamente da Khantzian (1985; 1997). Secondo questa prospettiva, molti pazienti utilizzano le sostanze come un tentativo istintivo, seppur disfunzionale, di gestire i propri sintomi cognitivi ed emotivi. Gli stimolanti, come la cocaina, possono essere impiegati paradossalmente per "mettere ordine" nei pensieri o per calmare quell'irrequietezza interiore descritta come un motore costantemente acceso (Wilens et al., 2007). Allo stesso modo, l'uso di alcol o sedativi può diventare uno strumento improprio per "spegnere" il rumore mentale in individui tormentati da una cronica disregolazione affettiva (Seitz et al., 2013). La sostanza agisce dunque come una stampella chimica temporanea, finendo però per intrappolare il soggetto in una spirale di dipendenza che complica ulteriormente il quadro neuropsicologico.

Far emergere questa fenomenologia rimane una

delle sfide diagnostiche più ardue. Per ridurre il rischio di errori, la letteratura raccomanda l'adozione di protocolli rigorosi che prevedano un periodo di stabilizzazione di almeno quattro settimane prima di formulare una diagnosi formale (Matthys et al., 2014). È fondamentale che il processo non si basi solo su scale di screening, ma integri interviste semistrutturate come la DIVA 2.0 (Kooij, 2012) e informazioni provenienti dai familiari per confermare la presenza dei sintomi sin dall'infanzia (Ramos-Quiroga et al., 2016). Oltre alla dimensione diagnostica, il riconoscimento di questo funzionamento differente impone una riflessione sulla qualità della vita dei pazienti, spesso segnata da isolamento sociale e senso di fallimento (Daigre et al., 2017; Anker et al., 2019). Un approccio clinico affermativo deve quindi andare oltre il solo trattamento farmacologico — pur efficace nel migliorare l'inibizione e la memoria (Brynte et al., 2024) — per abbracciare interventi psicosociali e approcci innovativi come la musicoterapia, capace di aiutare i pazienti a canalizzare l'energia e costruire un'identità positiva (Ghetti et al., 2024).

Alla luce di questa revisione, appare chiaro che la comunità psicologica siciliana non può più ignorare la complessità di questa popolazione. L'obiettivo futuro che ci poniamo come équipe del SerT di Augusta è quello di avviare una ricerca empirica locale che permetta di rilevare sistematicamente nei nostri servizi questo fenomeno della neurodivergenza sommersa. Non è più sufficiente supporre la presenza di questo funzionamento atipico; è necessario quantificare la reale percentuale di pazienti ADHD tra i nostri utenti per passare da una clinica della mera normalizzazione a una clinica del riconoscimento della diversità umana. Solo così

potremo sviluppare protocolli di cura personalizzati, capaci di rispondere realmente ai bisogni di chi è rimasto troppo a lungo invisibile, offrendo finalmente una narrazione basata sulla validazione dell'esperienza soggettiva e di ogni differente modo di abitare il mondo.

Bibliografia di riferimento

- Arias, A. J., et al. (2008). Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects. *Addict Behav*, 33(9).
- Anker, E., et al. (2019). Work participation in ADHD and associations with social characteristics. *Atten Defic Hyperact Disord*, 11.
- Browning, L., et al. (2024). ADHD combined subtype exacerbates opioid use disorder consequences. *Drug Alcohol Depend*, 259.
- Brynte, C., et al. (2024). The Effect of Methylphenidate on Cognition in Patients with Comorbid ADHD and Amphetamine Use Disorder. *Eur Addict Res*, 30.
- Carpentier, P. J., & Levin, F. R. (2017). Pharmacological treatment of ADHD in addicted patients. *Harv Rev Psychiatry*, 25.
- Daigre, C., et al. (2017). The role of dual diagnosis in health-related quality of life. *Qual Life Res*, 26.
- Ghetti, C. M., et al. (2024). Steering the energy with music: user perspectives of music therapy for co-occurring ADHD and substance use problems. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 19.
- Horstman, L. I., et al. (2026). Polygenic risk scores reveal genetic underpinnings of comorbidity between SUD and ADHD. *Eur Neuropsychopharmacol*, 107.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders. *Am J Psychiatry*, 142.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis: a reconsideration. *Harv Rev Psychiatry*, 4.
- Koller, D., et al. (2024). Genetic contribution to the comorbidity between ADHD and SUD. *Psychiatry Res*, 333.
- Kooij, J. J. S. (2012). *Adult ADHD: Diagnostic Assessment and Treatment*. Springer.
- Matthys, F., et al. (2014). Barriers to Implementation of Treatment Guidelines for ADHD in Adults With SUD. *J Dual Diagn*, 10(3).
- Perugi, G., et al. (2019). Pharmacotherapeutic strategies for the treatment of ADHD with comorbid SUD. *Expert Opin Pharmacother*, 20(3).
- Ramos-Quiroga, J. A., et al. (2016). Criteria and concurrent validity of DIVA 2.0. *J Atten Disord*, 23(10).
- Seitz, A., et al. (2013). Association between Craving and ADHD Symptoms among Patients with Alcohol Use Disorders. *Am J Addict*, 22.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., et al. (2012). Prevalence of ADHD in SUD patients: a meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 122.
- Wilens, T. E., et al. (2007). Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? *Am J Addict*, 16 Suppl 1.

Neurodivergenze e ADHD in età adulta

Inquadramento clinico e prospettive di intervento

di Salvatore Nicosia

Introduzione alle neurodivergenze

Negli ultimi anni, il concetto di neurodivergenza ha progressivamente modificato il modo di comprendere i disturbi del neurosviluppo. Esso propone di considerare alcune condizioni psicologiche non esclusivamente come deficit, ma come espressioni di una variabilità del funzionamento neurocognitivo. In questa prospettiva, il cervello umano non è pensato in termini normativi, bensì lungo un continuum di differenze che possono generare, a seconda dei contesti, sia vulnerabilità sia risorse.

Tale paradigma consente di superare una visione rigidamente patologizzante, aprendo a una lettura più integrata tra dimensione biologica, psicologica e ambientale. Tuttavia, riconoscere la neurodivergenza non significa negare la sofferenza clinica: molte condizioni, tra cui l'ADHD, comportano un impatto significativo sul funzionamento quotidiano e richiedono un inquadramento diagnostico accurato e interventi mirati.

Cos'è l'ADHD e la sua comorbidità con altri disturbi

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) è un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da un pattern persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo dell'individuo. Tradizionalmente considerato una condizione dell'infanzia, è oggi ampiamente riconosciuto come un disturbo che può persistere lungo l'intero arco di vita, assumendo in età adulta

configurazioni cliniche più articolate e meno evidenti.

Dal punto di vista eziopatogenetico, l'ADHD si configura come una condizione complessa e multifattoriale, risultante dall'interazione tra fattori genetici, neurobiologici ed ambientali. Gli studi familiari e sui gemelli indicano un'elevata ereditabilità del disturbo, stimata tra il 70% e l'80%, suggerendo un ruolo significativo delle predisposizioni genetiche nella sua manifestazione.

Proprio l'interazione tra genetica e ambiente costituisce un elemento centrale nella comprensione dell'ADHD. L'ambiente, infatti, non agisce in modo isolato, ma in stretta relazione con il patrimonio genetico individuale, attraverso meccanismi di correlazione gene-ambiente. Tali dinamiche si esprimono in forme diverse: gli individui possono selezionare attivamente contesti coerenti con le proprie predisposizioni, evocare specifiche risposte nell'ambiente o crescere in contesti che riflettono caratteristiche genetiche condivise con i genitori. Questo intreccio rende spesso difficile distinguere in modo netto tra fattori causali biologici ed influenze ambientali.

Dal punto di vista clinico, l'ADHD si manifesta con sintomi di disattenzione, iperattività e impulsività. Tuttavia, la presentazione del disturbo varia significativamente con l'età. Se nell'infanzia l'iperattività motoria è spesso evidente, in età adulta essa tende a trasformarsi in una sensazione soggettiva di irrequietezza interna, accompagnata da difficoltà organizzative, procrastinazione e discontinuità nella motivazione. Un ulteriore elemento distintivo dell'ADHD è la sua na-

tura contestuale: il funzionamento dell'individuo può variare sensibilmente in base al livello di stimolazione ambientale. Situazioni nuove, coinvolgenti o altamente motivate possono temporaneamente migliorare la performance, mentre contesti monotoni o poco strutturati tendono ad amplificare le difficoltà attentive e organizzative

Inoltre, uno degli aspetti clinicamente più rilevanti è l'elevata comorbidità. L'ADHD raramente si presenta in forma "pura": la maggior parte degli individui sviluppa nel corso della vita almeno un altro disturbo. Tra le associazioni più frequenti si riscontrano i disturbi d'ansia, i disturbi depressivi, il disturbo bipolare, i disturbi da uso di sostanze e i disturbi di personalità. Questa sovrapposizione sintomatologica rende complessa la diagnosi differenziale.

Caso clinico

Stefano, 32 anni, si presenta in studio riferendo difficoltà lavorative persistenti e un senso crescente di frustrazione personale. Lavora come grafico, ma negli ultimi anni ha cambiato più volte contesto professionale, senza riuscire a stabilizzarsi. Descrive una sensazione costante di "non riuscire a stare dietro alla vita". Riferisce di iniziare numerosi progetti con entusiasmo, salvo poi abbandonarli rapidamente quando l'interesse iniziale si affievolisce o quando emergono richieste più strutturate. Le scadenze vengono frequentemente dimenticate o sottovalutate, con conseguenti ritardi, richiami da parte dei clienti e, in alcuni casi, perdita di collaborazioni. Nonostante riconosca le proprie competenze, si percepisce come "inaffidabile". Dal punto di vista soggettivo, Stefano descrive una costante agitazione interna: «È come se avessi sempre qualcosa da fare... ma senza sapere da dove iniziare. E alla fine non faccio nulla o faccio tutto male». Riferisce difficoltà marcate nella gestione del tempo, tendenza alla procrastinazione e una forte dipenden-

za dalla motivazione del momento: riesce a lavorare per ore in modo intensivo quando un compito lo coinvolge, mentre si blocca completamente di fronte ad attività percepite come monotone o ripetitive.

L'anamnesi evolutiva evidenzia difficoltà scolastiche precoci: insegnanti che lo descrivevano come "intelligente ma distratto", compiti incompleti, dimenticanze frequenti e una marcata disorganizzazione. Nonostante buone capacità cognitive, il rendimento è sempre stato altalenante. Stefano ricorda di essere stato spesso rimproverato per la sua incostanza più che per reali difficoltà di apprendimento. Nel contesto relazionale, emergono difficoltà nella gestione degli impegni e nella continuità: relazioni iniziate con intensità ma progressivamente trascurate, con partner che lamentano scarsa presenza e disattenzione. Inoltre, Stefano riferisce di sentirsi spesso sopraffatto anche nelle situazioni quotidiane più semplici, come gestire la casa o organizzare appuntamenti. Negli ultimi mesi ha sviluppato una sintomatologia depressiva secondaria: demotivazione, senso di inefficacia, riduzione dell'autostima e pensieri autosvalutativi.

Durante il colloquio clinico appare collaborante, ma facilmente distraibile: cambia argomento frequentemente, fatica a mantenere il filo del discorso e tende a perdersi nei dettagli. Mostra consapevolezza delle proprie difficoltà, ma le attribuisce prevalentemente a "scarso impegno" o a una presunta mancanza di disciplina. La valutazione complessiva evidenzia un quadro compatibile con ADHD in età adulta, con comorbidità ansioso-depressiva secondaria. Il riconoscimento della componente neuroevolutiva consente una rilettura significativa della storia di Stefano: non più una sequenza di fallimenti personali o mancanza di volontà, ma l'espressione coerente di un funzionamento specifico mai adeguatamente compreso né trattato. Questo passaggio risulta clinicamente cruciale, poiché permette di ridurre la colpa, favorire l'alleanza terapeutica e orientare l'intervento verso

obiettivi realistici e personalizzati. Accanto ad un possibile trattamento farmacologico, ciò che è maggiormente auspicabile è un intervento psicoterapico, con un programma di matrice cognitivo-comportamentale mirato a potenziare le funzioni esecutive, migliorare l'organizzazione e sviluppare strategie di gestione del tempo. La regolazione emotiva rappresenta un ulteriore obiettivo centrale, soprattutto nei casi caratterizzati da impulsività e instabilità affettiva.

Un aspetto cruciale è la psicoeducazione, che permette al paziente di comprendere il proprio funzionamento e di ridurre vissuti di colpa e autosvalutazione. In questo senso, il lavoro clinico non si limita alla riduzione dei sintomi, ma favorisce una riorganizzazione dell'identità personale.

Infine, gli interventi ambientali e contestuali risultano determinanti: modificare le richieste esterne, strutturare gli ambienti e favorire condizioni di stimolazione adeguata può incidere significativamente sul funzionamento quotidiano.

Processi di Intervento

Dal punto di vista del processo clinico, la presa in carico di Stefano ha richiesto inizialmente un lavoro di ricostruzione anamnestica e di differenziazione diagnostica. In una fase preliminare, infatti, il paziente tendeva a descrivere le proprie difficoltà esclusivamente in termini di fallimento personale, scarsa costanza e incapacità di "disciplinarsi". Tale vissuto aveva progressivamente consolidato una struttura autosvalutativa secondaria, con aspetti ansioso-depressivi che rischiavano di oscurare il nucleo neuroevolutivo sottostante.

L'assessment clinico ha evidenziato la persistenza trans-situazionale dei sintomi attentivi e disorganizzativi fin dall'infanzia, confermando la natura pervasiva del funzionamento ADHD. Particolare attenzione

è stata posta alla diagnosi differenziale con i disturbi dell'umore e con alcune caratteristiche di personalità, considerando come impulsività, instabilità motivazionale e discontinuità relazionale possano frequentemente generare sovrapposizioni cliniche. Tuttavia, la continuità anamnestica dei sintomi, la marcata variabilità prestazionale in funzione dell'interesse e la compromissione delle funzioni esecutive hanno orientato verso un quadro compatibile con ADHD in età adulta. Nelle prime fasi del trattamento, il lavoro terapeutico si è concentrato soprattutto sulla psicoeducazione. Comprendere il significato neuropsicologico delle proprie difficoltà ha consentito a Stefano di rileggere in modo meno colpevolizzante la propria storia personale. Questo passaggio si è rivelato centrale per la costruzione dell'alleanza terapeutica, poiché il paziente tendeva inizialmente a interpretare ogni difficoltà organizzativa come segno di incapacità o immaturità personale.

L'intervento cognitivo-comportamentale è stato orientato principalmente al potenziamento delle funzioni esecutive e alla strutturazione ambientale. Sono state introdotte strategie concrete di gestione del tempo, suddivisione dei compiti complessi, utilizzo di supporti esterni e monitoraggio delle priorità quotidiane. Parallelamente, è stato affrontato il tema della disregolazione emotiva, particolarmente evidente nei momenti di sovraccarico cognitivo e frustrazione.

Nel corso del percorso terapeutico, Stefano ha progressivamente sviluppato una maggiore consapevolezza del proprio funzionamento, imparando a distinguere i limiti legati alla sintomatologia ADHD dai vissuti secondari di autosvalutazione. Pur permanendo alcune difficoltà organizzative, il paziente ha mostrato una riduzione significativa del senso di inefficacia personale e una maggiore capacità di adattare il proprio ambiente alle specificità del proprio funzionamento neurocognitivo.

In conclusione, L'ADHD in età adulta rappresenta oggi una delle condizioni neuroevolutive più frequentemente misconosciute o interpretate in modo riduttivo. Per lungo tempo, infatti, molte manifestazioni cliniche sono state lette esclusivamente come espressione di disorganizzazione personale, scarsa motivazione o instabilità caratteriale, contribuendo ad alimentare vissuti di colpa, fallimento e autosvalutazione. In tale prospettiva, il riconoscimento della dimensione neurodivergente assume un valore clinico fondamentale, poiché consente di superare una lettura puramente moralistica o prestazionale del funzionamento umano.

Il caso di Stefano evidenzia come il nucleo della sofferenza non derivi soltanto dalla sintomatologia attentiva ed esecutiva, ma soprattutto dagli effetti psicologici secondari generati da anni di incomprensione, richieste ambientali disfunzionali e continue esperienze di inefficacia. La presa in carico terapeutica, pertanto, non può limitarsi alla semplice riduzione dei sintomi, ma deve promuovere un processo più ampio di consapevolezza, integrazione identitaria e riorganizzazione del funzionamento personale. In quest'ottica, l'intervento clinico richiede un approccio multidimensionale capace di integrare valutazione neuropsicologica, psicoterapia, psicoeducazione e modificazioni contestuali. La prospettiva cognitivo-comportamentale, in particolare, si dimostra efficace nel favorire strategie di autoregolazione, potenziamento delle funzioni esecutive e gestione emotiva, permettendo alla persona di sviluppare modalità di adattamento più funzionali e sostenibili.

Infine, parlare oggi di neurodivergenze significa anche promuovere una cultura clinica e sociale maggiormente orientata alla comprensione delle differenze individuali. Ciò non implica negare la sofferenza o minimizzare la compromissione funzionale, ma riconoscere che il funzionamento neurocognitivo umano non può essere interpretato esclusivamente attraverso cate-

gorie rigide di normalità e deviazione. Una presa in carico realmente efficace richiede dunque uno sguardo capace di coniugare rigore diagnostico, sensibilità clinica e attenzione alla soggettività della persona.

Bibliografia

Conca A., Giupponi G., ADHD dell'adulto. Dalla diagnosi al trattamento, Ronzani Edizioni Scientifiche, Vicenza.

Migliarese G. (2026), Guida al trattamento dell'ADHD in età adulta. Dalla diagnosi all'intervento non farmacologico, Erickson, Trento.

Venuti P., Bentenuto A. (2024), Neurodivergenze: dall'intervento clinico all'inclusione sociale, Carocci, Roma.

La psicopatologia dell'autismo in epoca perinatale

di Cristi Marcì

Il periodo perinatale racchiude quei cambiamenti neurochimici ed epigenetici in grado di modificare la morfologia e la plasticità del sistema nervoso centrale. (Lee, H, J., Macbeth, A, H., Pagani, J., 2009).

La neuro-genesi riflette variazioni (Schurz, M., Radua, J., 2014) anatomo-strutturali tanto al livello della corteccia quanto della materia grigia capaci di ripristinare il numero sia delle sinapsi che delle cellule gliali.

Se da un lato le prime modifiche avvengono durante la gravidanza per poi delinarsi nel periodo dell'allattamento dall'altro incidono notevolmente nel post-partum (Hoekzema, E., Barbara Muller, E., Pozzobon, C., 2017).

Le madri primipare sperimentano infatti una transizione in cui rispettivi bagagli esperienziali dovranno sintonizzarsi su una realtà mai vissuta prima.

Come riportato da Hoekzema dopo la prima gravidanza le madri mostrano di solito una riduzione di volume della materia grigia in regioni cerebrali inerenti la cognizione e la teoria della mente.

Quest'ultima si delinea strutturalmente in un circuito che collega la parte mediale del cervello, la corteccia prefrontale laterale e infine quella temporale laterale le quali all'unisono promuovono un'elevata plasticità corticale durante la gestazione (Featherston, et, al., 2000).

In base a quanto descritto sinora la gravidanza favorisce a pieno titolo cambiamenti morfologico-cerebrali riguardanti principalmente le aree coinvolte

nella cognizione sociale e nell'interpretazione dello stato mentale altrui.

Secondo Feldman dal punto di vista ormonale l'ossitocina è in grado di modulare l'attività dei sistemi neurali deputati proprio alla cognizione sociale.

Grazie ai contributi presenti in letteratura il background biologico materno si conferma così una lente predittiva capace di monitorare sia la qualità della gestazione e del parto sia il prosieguo nel post partum (Lee et, al., 2009).

Psicopatologia e neurobiologia dell'autismo

La psicopatologia dell'autismo si configura quale complessa neuro-divergenza ascrivibile a un'inadeguata connettività funzionale tra le differenti aree cerebrali

In questa manifestazione clinica i diversi circuiti si contraddistinguono per l'assenza di un'omeostasi fra i vari distretti che in un cervello sano promuoverebbe viceversa lo sviluppo delle relazioni e delle competenze sociali, dell'empatia e non ultima la sintonizzazione col mondo esterno.

Un gruppo sino-inglese (Shangai e Oxford) di biologia sistemica e neuroscienze computazionali ha condotto uno studio su 418 persone con diagnosi di autismo e su ben oltre 500 controlli al fine di identificare i tratti distintivi dei circuiti cerebrali dei soggetti con questa diagnosi (Cheng, et al., 2015).

Attraverso l'impiego della risonanza magnetica

funzionale (fMRI) si è riscontrato un deficit sia connettivo che funzionale circa l'architettura tripartita delle seguenti aree: il giro temporale medio e inferiore, il circuito che collega il giro temporale medio con quello orbito frontale e con le rispettive zone sottocorticali e infine la regione cuneo-precuneo ascrivita al lobulo paracentrale (parietale superiore).

Poiché ognuna di queste aree svolge una specifica funzione è necessario indagare se ognuno dei medesimi circuiti abbia risentito di una proficua esposizione durante il periodo perinatale.

Dal punto di vista neuroanatomico il soggetto autistico presenta un'impalcatura cerebrale priva di un'adeguata connettività strutturale-funzionale fra i vari distretti.

Il giro temporale medio e inferiore presenta infatti una scarsa connettività sia con il solco temporale superiore che con l'orbito frontale e il prefrontale ventro-mediale (vmPFC).

Nello specifico questo circuito contiene aree utili per il riconoscimento dei volti e per l'integrazione delle informazioni visive con le emozioni da esse suscitate.

Lo si può pertanto definire fisiologicamente come il circuito della teoria della mente attraverso cui interpretare le emozioni e le intenzioni altrui in relazione a sé.

Nondimeno il medesimo circuito è anche essenziale ai fini del linguaggio poiché integra informazioni audiovisive.

Il circuito che connette il giro temporale medio con l'orbito frontale e le relative connessioni sottocorticali (limbiche) e corticali posteriori è altresì la regione necessaria per l'elaborazione delle emozioni.

Il distretto che connette la regione cuneo-precuneo con il lobulo paracentrale (parietale superiore) è invece connesso al senso del sé come individuo e

quindi fondamentale per integrare informazioni spaziali sull'ambiente in cui opera il soggetto, il che offre un importante contributo alla teoria della mente di cui è carente l'individuo con autismo.

Il contributo della Psiconeuroendocrinoimmunologia

La psiconeuroendocrinoimmunologia ha indagato diversi campi di ricerca che nel loro insieme non solo offrono una revisione circa lo spettro autistico bensì descrivono alcuni fattori in grado di inficiare lo sviluppo di questo disturbo (Bottaccioli, F., 2020).

Un'accurata disamina circa il legame tra il sistema immunitario e una chimica ambientale ha consentito di valorizzare come quest'ultima, specialmente se nociva, possa ripercuotersi negativamente a livello intrauterino.

Se quindi l'esposizione prenatale a un ambiente tossico aumenta il rischio di trasmissione placentare di agenti inquinanti come le PM10 e le PM25 è altrettanto necessario considerare le pregresse condizioni immunitarie materne, le quali a livello epigenetico-transgenerazionale rischiano a loro volta di essere trasmesse al feto intaccandone la futura morfologia cerebrale (Champagne, F. A., Curley, J. P., 2009).

Studi condotti da Barker (Barker, D. J., 1995) descrivono infatti un'associazione tra questo disturbo e le condizioni infiammatorie materne causate da autoimmunità, esposizione nociva all'ambiente esterno e stress durante la gravidanza.

Nei bambini con diagnosi di autismo è infatti possibile riscontrare una vera e propria alterazione immunitaria rispetto alla quale le cellule microgliali, ossia i macrofagi presenti nel sistema nervoso centrale, producono citochine infiammatorie in grado

di influenzare l'attività delle cellule mastoidi sia nel cervello che nelle membrane meningei.

La possibile assenza di un'omeostasi immunitaria può dunque produrre a livello cerebrale un eccesso di citochine che, unitamente alle chemochine, possono innescare una patologia infiammatoria che rischia di ripercuotersi a livello fisiologico (Militello, C., 2022).

Se infatti le interleuchine IL-1 e IL-6 sono fondamentali per i processi di memorizzazione sul piano ippocampale le citochine prodotte nel cervello in via di sviluppo lo sono invece per la formazione di nuove connessioni sinaptiche.

Nel disturbo dello spettro autistico è dunque possibile ipotizzare come un eccesso nella produzione di citochine equivalga allo sviluppo di un'infiammazione cerebrale che danneggerà le sinapsi, determinando così una connettività tra le diverse aree cerebrali del tutto carente e disfunzionale.

Dal punto di vista clinico è importante evidenziare quei fattori intrapsichici e sociali che psicofisiologicamente ci condizionano già a partire dalla vita intrauterina.

Valorizzare il periodo perinatale permetterebbe dunque di acquisire un ventaglio di conoscenze attraverso cui la diagnosi non è più una semplice etichetta bensì un momento di incontro tra l'operatore e i futuri genitori, durante il quale conoscere il proprio passato risulterebbe fondamentale per costruire un nuovo futuro da trasmettere alla prole.

Bibliografia

Barker, D. J., (1995). The fetal origins of adult disease. In Proceedings of the Royal Society of London Series B: Biological Sciences, 1995.

Bottaccioli, F., (2020).

Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata, Edra edizioni S.p.a, Milano, 2020.

Champagne, F. A., Curley, J. P., (2009), "The trans-generational fluence of maternal care on offspring gene expression and behavior in rodents, Maternal effects in mammals". Maestripieri & Mateo Ed., Chicago 2009

Cheng, W., et al., (2015), "Autism: reduced connectivity between cortical areas involved in face expression, theory of mind, and the sense of self", in Brain 138 (Pt 5).

Featherston, R. E., Fleming, A. S., Ivy, G. O., (2000), "Plasticity in the maternal circuit: Effects of experience and partum condition on brain astrocyte number in female rats". In Behavioral Neuroscience, 2000.

Feldman, R., (2012b), "Parent-infant synchrony: A biobehavioral model of mutual influences in the formation of affiliative bonds". In Monographs of the Society for Research in Child Development.

Hoekzema, E., Barba-Muller, E., Pozzobon, C., (2017), "Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure". In Nature Neuroscience, 2017.

Lee, H. J., Macbeth, A. H., Pagani, J., (2009), "Oxytocin: The great facilitator of life". In Progress in Neurobiology, 2009.

Militello, C., (2022), "Epigenetica, come baci, carezze e coccole ti cambiano il DNA", Dissensi Edizioni, Milano, 2022.

Schurz, M., Radua, J., (2014), Cit. in "Manuale di neuropsicologia: Normalità e patologia dei processi cognitivi". Zanichelli editore, Bologna, 2019.

Siegel, D. J., (2021), "La mente relazionale: neurobiologia dell'esperienza interpersonale".

Raffaello Cortina, Milano 2021.

Meaney, M. J., Akbarian, S., Nestler, E. J., & Sweatt, J. D. (2013), "Epigenetics: Defining the frontiers of genomic function". In J. D. Sweatt, M. J. Meaney, E. J. Nestler, & S. Akbarian (Eds.), *Epigenetic regulation in the nervous system: Basic mechanisms and clinical impact* (pp. 341–353).

Dalla normalizzazione al riconoscimento: neurodivergenza e psicoterapia tra ricerca e clinica

di Elisa Leonardi, Matilde Lizzio, Miriana Vinciguerra, Rita Alfina Signorelli, Davide Ramella, Martina Torrisi

Quando una persona autistica entra in uno studio clinico, porta con sé qualcosa che la psicologia ha impiegato decenni a riconoscere: non un deficit da riparare, ma un modo di elaborare il mondo con una propria coerenza interna. Questo spostamento di prospettiva, dalla patologia alla variabilità, dalla correzione al riconoscimento, è al centro del paradigma della neurodiversità (Dekker, 2020; Pantazakos & Vanaken, 2023). Non si tratta di un semplice cambiamento di linguaggio: si configura come una revisione epistemologica, nella prospettiva in cui le modalità di incontro clinico con le persone neurodivergenti assumono implicazioni concrete.

Il concetto di neurodiversità come variabilità naturale del funzionamento neurocognitivo ha trovato una prima sistematizzazione nell'opera di Walker (2014). Pellicano e den Houting (2022) hanno mostrato che la ricerca sull'autismo — ma il ragionamento si estende anche ad altre forme di neurodivergenza come l'ADHD, i Disturbi Specifici dell'Apprendimento — ha storicamente sofferto di un eccessivo orientamento al deficit e di una focalizzazione sull'individuo a scapito del contesto. Il paradigma della neurodiversità propone un modello alternativo che non nega la presenza di complessità, ma le colloca all'interno di una relazione dinamica tra caratteristiche individuali e contesto ambientale.

La complessità del contesto clinico

Il rischio opposto, ovvero di un modello

esclusivamente affermativo che idealizzi la neurodivergenza senza riconoscerne le fatiche, è altrettanto problematico. Le evidenze scientifiche (Lai et al., 2019, Dağdelen, F., 2021) mostrano che i profili neurodivergenti presentano tassi elevati di psicopatologia associata: disturbi d'ansia, depressione, difficoltà nella regolazione emotiva e nel senso di sé, sono frequenti in persone autistiche, ADHD e DSA. L'obiettivo clinico non è scegliere tra modello medico e modello affermativo, ma costruire un approccio integrativo: riconoscere la neurodivergenza come configurazione legittima del funzionamento umano e, al tempo stesso, considerare come rilevante dal punto di vista clinico la sofferenza che può accompagnarla.

Questa sofferenza non nasce sempre all'interno del sistema nervoso. È spesso il prodotto di un incontro difficile tra un certo modo di essere nel mondo e un contesto non costruito per accoglierlo. La disregolazione emotiva, tra le dimensioni più frequentemente osservate nei profili neurodivergenti, va letta non solo come tratto neurobiologico ma come risposta adattiva a un ambiente che richiede sforzi costanti di adeguamento (Dell'Osso et al., 2023).

Il costo dell'adattamento neuro-normativo

Uno dei costrutti clinicamente più rilevanti è il *masking*, o *camouflaging*: la tendenza di molte persone neurodivergenti a mascherare i propri

tratti per conformarsi alle aspettative del contesto neuro-normativo. Hull e collaboratori (2020) hanno mostrato che questo processo, pur funzionale all'inclusione sociale a breve termine, è associato a costi psicologici significativi: esaurimento emotivo, perdita del senso di sé, aumento del rischio di depressione.

Nel contesto clinico il *masking* si presenta spesso in modo silenzioso. I soggetti autistici in età adulta descrivono anni di apprendimento meticoloso delle regole non scritte della reciprocità sociale e della conversazione con l'altro come il contatto visivo appropriato, le pause calibrate, le espressioni del viso attese, con una precisione che loro stessi chiamano "recitare un copione che non hanno scritto". La fatica non è visibile dall'esterno: è percepita nei week-end trascorsi a recuperare l'energia consumata durante la settimana, nell'impossibilità di mantenere relazioni oltre la superficie. Il lavoro clinico non comincia dalla sintomatologia ansiosa per cui viene chiesto aiuto, ma da una domanda fondamentale: *"chi sei quando smetti di recitare"*?

Il contesto come fattore patogeno

Botha e Frost (2020), applicando il modello di stress di minoranza — elaborato da Meyer (2003) per le popolazioni LGBTQ+ — alla popolazione autistica, hanno dimostrato che discriminazione quotidiana, stigma interiorizzato e attesa di rifiuto predicono peggiori *outcome* di salute mentale, al di là dell'esposizione a stress generali. La sofferenza psicologica di molte persone neurodivergenti non è intrinseca alle loro peculiarità: è, almeno in parte, la risposta a un mondo che segnala in mille modi che il loro modo di essere è sbagliato.

Se una quota rilevante del disagio ha origine contestuale e relazionale, la psicoterapia non può limitarsi a lavorare sull'individuo come se

il problema risiedesse interamente in lui. Deve includere nel proprio campo di attenzione il ruolo dell'ambiente, delle aspettative sociali, delle esperienze di esclusione e di non riconoscimento che si sedimentano nel corso dello sviluppo.

Verso una psicoterapia che riconosca

Le terapie di terza generazione — in particolare *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*, *Dialectical Behavior Therapy (DBT)* e *Compassion Focused Therapy (CFT)* — hanno mostrato efficacia nel promuovere regolazione emotiva e flessibilità psicologica (Munawar et al., 2021) senza presupporre la normalizzazione come obiettivo (Kirby, 2017; Southward & Cheavens, 2021). I modelli basati sulla mentalizzazione (Fonagy et al., 2015) offrono strumenti per lavorare sulla costruzione del sé e sulle dinamiche relazionali. Gli approcci basati sulla mediazione corporea e sensorimotoria risultano rilevanti nella regolazione *bottom-up* degli stati emotivi (Porges, 2022). Applicati in modo neuro-affermativo, tali interventi condividono un obiettivo: non ridurre il funzionamento neurodivergente a un presunto standard di normalità, ma favorire una maggiore integrazione tra esperienza interna, regolazione emotiva e partecipazione al contesto.

Questo richiede al clinico una disponibilità specifica: quella di incontrare il funzionamento dell'altro prima di volerlo modificare; di accogliere la logica interna di un certo modo di elaborare il mondo come punto di partenza autentico, non come ostacolo da superare. Il riconoscimento non è soltanto un valore etico: è un atto tecnico, clinicamente orientato, che crea le condizioni perché la relazione terapeutica diventi il primo ambiente veramente sicuro che alcune persone neurodivergenti hanno incontrato. È da qui che la clinica affermativa può cominciare.

Il caso di Giulio: dal riconoscimento al trattamento

Giulio giunge in consultazione all'età di 28 anni a seguito di una recente diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico (livello 1 secondo DSM-5-TR; APA, 2023) associato ad Alto Potenziale Cognitivo, configurando un profilo definibile come *twice-exceptional* (Lucangeli, 2019), ovvero la co-occorrenza di funzionamento cognitivo elevato e condizione neurodivergente.

Al momento della presa in carico, Giulio presenta inoltre una sintomatologia compatibile con il Disturbo Depressivo Maggiore e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC).

Il funzionamento autistico si esprime su più dimensioni. Sul piano socio-relazionale emergono complessità nella comprensione delle convenzioni implicite che regolano gli scambi sociali, con vissuti di imprevedibilità e scarsa leggibilità dell'interazione. Sul piano emotivo-comportamentale si osservano marcata intolleranza all'ambiguità, elevata reattività ai cambiamenti non previsti e criticità nella regolazione dell'attivazione emotiva in contesti sociali prolungati.

Sul versante cognitivo, Giulio presenta capacità elevate di ragionamento astratto, spiccata attenzione al dettaglio e abilità mnestiche per sistemi complessi di informazioni. Gli interessi risultano specifici e altamente circoscritti (preistoria, tassonomia dei dinosauri, sistema scheletrico, mondo marino, cronologie storiche), configurandosi come domini di competenza approfondita più che come semplici *focus* attentivi. Tali aree rappresentano contesti di elevata padronanza, raramente condivisi o valorizzati in ambito scolastico, ma maggiormente riconosciuti nel contesto universitario. Questa discrepanza

tra profondità cognitiva e criticità nella gestione della dimensione sociale contribuisce al vissuto di disallineamento rispetto ai pari.

La diagnosi tardiva risulta clinicamente comprensibile. Le elevate risorse cognitive hanno verosimilmente sostenuto strategie di compensazione e mascheramento, ritardando il riconoscimento del quadro autistico nei precedenti percorsi psicoterapeutici focalizzati su depressione e DOC. Tale adattamento, sebbene efficace nel breve termine, ha comportato un elevato costo in termini di affaticamento psicologico, risultando compatibile con un quadro di *burnout* autistico (Raymaker et al., 2020).

La sofferenza riportata da Giulio appare legata a una discrepanza tra bisogno di coerenza, prevedibilità e stabilità e le caratteristiche intrinsecamente variabili e ambigue dell'ambiente sociale. I comportamenti di ritiro, inizialmente interpretati esclusivamente in chiave depressiva, possono essere riletti anche come strategie funzionali volte a ridurre il sovraccarico. Tali condotte risultano pertanto espressione sia della sintomatologia depressiva sia di un tentativo di regolazione dell'attivazione in risposta alle richieste ambientali.

Particolare rilevanza assume la componente ossessivo-compulsiva. I rituali di *"reset"* dei dispositivi digitali si configurano come compulsioni in senso proprio, caratterizzate da egodistonia e finalizzate alla riduzione dell'ansia generata da pensieri intrusivi e dubbi persistenti. Tali comportamenti risultano distinti dagli interessi ristretti tipici del funzionamento autistico, sia per funzione (riduzione dell'ansia vs interesse) sia per esperienza soggettiva. Questa distinzione risulta clinicamente rilevante ai fini dell'intervento.

Il percorso terapeutico è stato avviato a partire

da una fase di psicoeducazione, finalizzata alla riformulazione dei vissuti di Giulio in termini di funzionamento neurodivergente piuttosto che di difficoltà individuali e dalla rilettura dei comportamenti come risposte funzionali al contesto piuttosto che fallimenti. Successivamente, l'intervento si è orientato prevalentemente secondo il modello dell'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), con l'obiettivo di ridurre l'evitamento esperienziale e promuovere azioni coerenti con i valori personali. Le tecniche di defusione cognitiva sono state utilizzate per modificare la relazione con i pensieri intrusivi, riducendo la necessità di ricorrere alle compulsioni. Parallelamente, è stato introdotto un intervento di Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP), calibrato in modo flessibile sulla soglia di tolleranza del paziente, al fine di evitare un incremento del carico e il rischio di ulteriore *burnout*. L'adattamento del protocollo standard ha rappresentato un elemento centrale del trattamento.

Un ulteriore focus ha riguardato l'elevata autocritica e il vissuto legato alla diagnosi tardiva, affrontati attraverso interventi ispirati alla *Compassion Focused Therapy* (CFT). Il lavoro si è orientato allo sviluppo di una modalità di relazione con sé meno giudicante e più orientata alla comprensione della propria esperienza. La diagnosi è stata elaborata anche come evento biografico, implicante una rilettura retrospettiva della propria storia personale.

L'obiettivo del trattamento non è stato la normalizzazione del funzionamento, ma la costruzione di un maggiore grado di flessibilità psicologica e di un rapporto più sostenibile con sé e con l'ambiente, in un'ottica di intervento collaborativo e centrato sulla persona.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2023). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. Revisione del testo (DSM-5-TR). Raffaello Cortina Editore.

Botha, M., & Frost, D. M. (2020). Extending the minority stress model to understand mental health problems experienced by the autistic population. *Society and Mental Health*, 10(1), 20–34.

Dell'Osso, L., Massoni, L., Battaglini, S., De Felice, C., Nardi, B., Amatori, G., ... & Carpita, B. (2023). Emotional dysregulation as a part of the autism spectrum continuum: a literature review from late childhood to adulthood. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1234518.

Dağdelen, F. (2021). Decreased theory of mind abilities and increased emotional dysregulation in adolescents with ASD and ADHD. *Alpha Psychiatry*, 22(2), 100.

Dekker, M. (2020). From exclusion to acceptance: Independent living on the autistic spectrum. *Autistic community and the neurodiversity movement: Stories from the frontline*, 41-49.

Fonagy, P., et al. (2015). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*. Oxford University Press.

Hull, L., Petrides, K. V., & Mandy, W. (2020). The female autism phenotype and camouflaging: A narrative review. *Review journal of autism and developmental disorders*, 7(4), 306-317.

Kirby, J. N. (2017). *Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications*

for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 432-455.

Lai, M. C., Kasse, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., ... & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819-829.

Lucangeli D. (2019) *Gifted. La mente geniale. Riconoscere ed educare bambini plusdotati*. Firenze: Giunti.

Munawar, K., Tariq, A., Khan, M.S. (2021). Cognitive flexibility and its implications for clinical psychology. *Journal of Mental Health*, 30(2), 135-141. doi:10.1080/09638237.2019.1683247.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.

Pantazakos, T., & Vanaken, G. J. (2023). Addressing the autism mental health crisis: the potential of phenomenology in neurodiversity-affirming clinical practices. *Frontiers in Psychology*, 14, 1225152. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1225152.

Pellicano, E., & den Houting, J. (2022). Annual Research Review: Shifting from normal science to neurodiversity in autism science. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 381–396.

Porges, S. W. (2022). Polyvagal theory: A science of safety. *Frontiers in integrative neuroscience*, 16, 871227.

Raymaker, D. M., Teo, A. R., Steckler, N. A., Lentz, B.,

Scharer, M., Delos Santos, A., Kapp, S. K., Hunter, M., Joyce, A., & Nicolaidis, C. (2020). Having all of your internal resources exhausted beyond measure and being left with no clean-up crew: Defining autistic burnout. *Autism in Adulthood*, 2(2), 132–143.

Southward, M. W., Sauer-Zavala, S., & Cheavens, J. S. (2021). Specifying the mechanisms and targets of emotion regulation: A translational framework from affective science to psychological treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(2), 168.

Walker, N. (2014). Neurodiversity: Some basic terms & definitions. Available from: <https://neuroqueer.com/neuro-diversity-terms-and-definitions/>. Accessed 18th October 2021.

Dalla diagnosi al diritto: la Self-Sovereign Identity come architettura clinica per l'autodeterminazione neurodivergente

di Luca Reforgiato

Negli ultimi anni, la ricerca internazionale ha documentato un fenomeno che costituisce un nodo critico e persistente per la psicologia del lavoro: il paradosso della trasparenza selettiva, che riguarda da vicino anche i lavoratori con profili neurodivergenti. I dati disponibili (secondo un sondaggio globale condotto in 16 Paesi) indicano che circa il 25% dei lavoratori si auto-identifica come persona con disabilità o condizione medica rilevante, ma le aziende dichiarano che solo il 4-7% della propria forza lavoro risulta composta da persone con disabilità (Boston Consulting Group, 2023). Questo divario non riflette una mancata assunzione, ma un meccanismo di occultamento difensivo: molti lavoratori rinunciano a formalizzare la propria condizione e a richiedere strumenti di equità organizzativa per evitare le conseguenze della *disclosure*, e tra questi vi sono anche persone con diagnosi di neurodivergenza. La letteratura ha documentato come tale rinuncia sia associata a barriere quali la paura di reazioni negative e precedenti esperienze di discriminazione (Lindsay et al., 2019), configurando un'asimmetria informativa strutturale a svantaggio del lavoratore. Il nodo è noto: ottenere un adattamento implica spesso accettare che il proprio comportamento lavorativo venga riletto attraverso la diagnosi, meccanismo definito *diagnostic overshadowing* (The Joint Commission, 2022). Non serve ipotizzare datori di

lavoro malevoli. Basta un flusso informativo che ignora i principi di privacy-by-design (GDPR, art. 25).

Credenziali verificabili e Self-Sovereign Identity

Il problema descritto non riguarda soltanto la cultura organizzativa: è anche una questione di granularità del dato. Il datore di lavoro non ha bisogno di conoscere la diagnosi; ha bisogno di sapere che l'adattamento è giustificato da una valutazione professionale. La domanda tecnica diventa: è possibile separare il diritto all'accomodamento dal dato diagnostico – per esempio, una diagnosi di autismo o ADHD – rendendoli due layer informativi distinti?

La risposta arriva dalla Self-Sovereign Identity (SSI), modello di gestione dell'identità digitale in applicazione crescente nei sistemi di scambio dati sanitari e amministrativi, e standardizzato dal W3C attraverso il Verifiable Credentials Data Model (W3C, 2025). Il principio è lineare: un emittitore autorizzato rilascia una credenziale digitale crittograficamente verificabile; il titolare la conserva nel proprio wallet e decide a chi esibirla; il verificatore ne controlla autenticità e validità senza contattare l'emittitore e senza accedere a informazioni eccedenti. Questo meccanismo di selective disclosure – la possibilità di condividere selettivamente solo gli attributi

richiesti – può essere ulteriormente rafforzato da tecniche di zero-knowledge proof, che consentono di dimostrare il possesso di un requisito (es. “ho diritto a una postazione schermata”) senza rivelare alcun dettaglio sulla condizione che lo giustifica. È lo stesso meccanismo di una patente di guida: l’agente verifica il diritto di condurre un veicolo, senza bisogno di conoscere la storia clinica del conducente. La credenziale separa il diritto dall’autobiografia.

Trasportato negli strumenti di equità organizzativa, questo meccanismo delinea, a livello ipotetico, uno scenario diverso da quello attuale. Lo psicologo abilitato – in un quadro normativo futuro che riconosca tale funzione – potrebbe emettere una credenziale che attesti il diritto del lavoratore a specifici adattamenti (orari flessibili, postazione schermata, canali comunicativi scritti), senza menzionare il quadro diagnostico. Il lavoratore custodirebbe la credenziale nel wallet e la esibirebbe all’HR quando opportuno. L’ufficio personale verificherebbe in pochi secondi autenticità e validità. La diagnosi resterebbe confinata alla relazione clinica, protetta dal segreto professionale. L’adattamento diventerebbe un dato contrattuale a granularità fine, ossia gestito a livello di singolo attributo e non di intera categoria diagnostica. Sul piano tecnico, il modello è definito *privacy-preserving*: minimizza l’esposizione dei dati sensibili al minimo indispensabile, principio che il GDPR già prescrive, ma che nel dominio degli accomodamenti lavorativi per le neurodivergenze non ha ancora trovato strumenti applicativi adeguati.

Orizzonti regolatori e ruolo dello psicologo

La call di questo numero invita la psicologia

contemporanea a superare un paradigma puramente patologizzante delle neurodivergenze. Se proviamo a tradurre questa indicazione in uno scenario operativo, possiamo osservare alcuni segnali convergenti. Negli Stati Uniti il dibattito è vivo: Caroline Casey (2024) ha descritto su Forbes la mancanza di sicurezza psicologica che spinge molti lavoratori a rinunciare agli accomodamenti per evitare stigma. L’ADA prevede accomodamenti ragionevoli, ma non risolve il nodo della privacy: il lavoratore deve comunque rivelare, se non la diagnosi, la natura funzionale della limitazione. Aziende come Salesforce investono in programmi di supporto per dipendenti neurodivergenti, con risultati misurabili, ma manca uno strumento che renda la richiesta tecnicamente privata. L’SSEI potrebbe colmare questo vuoto.

In Europa il discorso è più concreto. Il regolamento eIDAS 2.0 (UE 2024/1183) istituisce l’EUDI Wallet, portafoglio digitale per la condivisione selettiva e crittografica di attributi personali. La Commissione Europea ha descritto un caso d’uso sovrapponibile a quanto qui proposto: un cittadino potrà esibire la European Disability Card senza allegare documentazione medica, condividendo solo l’attributo rilevante (European Commission, 2026). La ricerca giuridica ha iniziato a esplorare l’estensione alle misure di supporto per atti giuridici e contrattuali (Tomás Martínez, 2025). L’Italia partecipa a EBSI e sarà obbligata a implementare l’EUDI Wallet, il cui lancio è previsto a partire dal 2026. Quando il portafoglio digitale sarà operativo, la professione psicologica potrebbe trovarsi di fronte a un’opportunità precisa: sviluppare un framework per utilizzare queste infrastrutture a fini affermativi.

Sul piano applicativo, lo psicologo potrebbe

integrare le credenziali verificabili nei processi di valutazione funzionale: dall'analisi delle esigenze di accomodamento alla stesura di un piano personalizzato, fino al monitoraggio dell'efficacia degli adattamenti, il tutto senza che il dato diagnostico lasci mai il perimetro clinico. In questa prospettiva, il passaggio «dalla clinica della normalizzazione alla clinica affermativa» assume una dimensione operativa precisa. Lo psicologo non sarebbe più soltanto un certificatore di patologie da esibire per ottenere un diritto, ma un emettitore di diritti, garante tecnico della privacy e attivatore di equità nei contesti organizzativi.

Oltre la diagnosi: un'infrastruttura per l'autodeterminazione

La proposta qui delineata non richiede rivoluzioni culturali, ma non è neppure a costo normativo zero. Richiede di portare a conseguenza operativa un principio già cardine del nostro ordinamento – la minimizzazione dei dati personali (art. 5, par. 1, lett. c, GDPR) – applicandolo al dominio degli accomodamenti lavorativi attraverso un'infrastruttura già in costruzione. Perché questo accada, tuttavia, non basta la tecnologia: servirebbero linee guida deontologiche, protocolli applicativi condivisi e una regia professionale capace di definire chi emette le credenziali, su quali basi e con quali garanzie. In questo processo, gli Ordini professionali potrebbero svolgere un ruolo di governance, assicurando che l'infrastruttura resti coerente con i principi della clinica affermativa. La tecnologia non è la risposta al problema dello stigma, ma può offrire un'architettura informativa che renda la *disclosure* non più un prerequisito dell'equità. Per la psicologia del lavoro, presidiare

questa frontiera significa contribuire a costruire contesti in cui la richiesta di un adattamento non costringa più nessuno a scegliere tra la privacy e il diritto al funzionamento.

Riferimenti bibliografici

Boston Consulting Group. (2023). *Companies drastically underestimating how many employees have disabilities*. <https://www.bcg.com/featured-insights>

Casey, C. (2024, August 29). Every employee should be able to bring their authentic self to work. *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/carolinecasey/2024/08/29/every-employee-should-be-able-to-bring-their-authentic-self-to-work/>

European Commission. (2026). *Disability Card*. EU Digital Identity Wallet. (pagina aggiornata al 2026) <https://ec.europa.eu/digital-building-blocks/sites/spaces/EUDIGITALIDENTITYWALLET/pages/930452528/Disability+Card>

Lindsay, S., Cagliostro, E., Leck, J., Shen, W., & Stinson, J. (2019). *Disability disclosure and workplace accommodations among youth with disabilities*. *Disability and Rehabilitation*, *41*(16), 1914–1924. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1451926>

Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (Regolamento generale sulla protezione dei dati). *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*, L 119. <http://data.europa.eu/eli/>

[reg/2016/679/oj](#)

The Joint Commission. (2022). *Sentinel Event Alert: Diagnostic overshadowing among groups experiencing health disparities*. <https://www.jointcommission.org/en>

Tomás Martínez, G. (2025). Disability in the European Digital Identity Wallet (EUDI wallet): An opportunity to improve accessibility and efficient contracts. *Oñati Socio-Legal Series*. <https://doi.org/10.35295/osls.iisl.2217>

World Wide Web Consortium (W3C). (2025). *Verifiable Credentials Data Model v2.1*. <https://www.w3.org/TR/vc-data-model-2.1/>

Neurodiversità e dipendenze patologiche: comorbidità tra ADHD e DUS

di Maria Grazia Novara

Abstract

La connessione tra neurodivergenze e disturbi da uso di sostanze rappresenta un ambito di crescente interesse per la psicologia clinica. In particolare, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività emerge come fattore di rischio significativo per lo sviluppo di condotte additive, con esordio più precoce, maggiore complessità clinica e frequente difficoltà di adesione ai trattamenti standardizzati. Il presente contributo propone una lettura integrata di tale associazione alla luce dell'area di pertinenza della neurodiversità. L'obiettivo non è negare la dimensione psicopatologica della dipendenza, ma collocarla entro un modello capace di considerare vulnerabilità neurobiologiche, bisogni di autoregolazione, storia relazionale e caratteristiche del contesto. Vengono discussi i principali riferimenti teorici, con particolare attenzione all'ipotesi dell'automedicazione, alla funzione regolativa del comportamento di abuso e alle implicazioni cliniche e organizzative per i servizi territoriali.

Introduzione

Negli ultimi anni la letteratura scientifica ha documentato in modo sempre più consistente l'elevata comorbidità tra disturbo da deficit di attenzione/iperattività, comunemente indicato con l'acronimo ADHD, e disturbi da uso di

sostanze. Tale associazione non può essere interpretata come una semplice convergenza epidemiologica, poiché configura spesso un quadro clinico specifico, caratterizzato da maggiore impulsività, esordio precoce dei comportamenti di abuso, tendenza al policonsumo e minore risposta agli interventi terapeutici convenzionali (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012; Volkow & Swanson, 2022). La presenza di una condizione neurodivergente può influenzare profondamente il significato soggettivo attribuito alla sostanza, la modalità di accesso alla cura e la qualità dell'alleanza terapeutica. Per tale ragione, l'incontro tra neurodivergenze e dipendenze patologiche rappresenta oggi una questione clinica, epistemologica e organizzativa di peculiare rilievo.

Parallelamente, il paradigma della neurodiversità ha contribuito a ridefinire la comprensione delle differenze neurocognitive, proponendole come espressioni della variabilità umana piuttosto che come mere deviazioni patologiche da una presunta normalità (Singer, 1999; Armstrong, 2010). Tale prospettiva non implica una negazione della sofferenza, della disabilità o del bisogno di intervento, ma invita a collocare le difficoltà individuali all'interno dell'interazione tra caratteristiche personali, richieste ambientali e possibilità di adattamento. Applicata al campo delle dipendenze, questa cornice consente di considerare il

comportamento di abuso non soltanto come sintomo da trattare, ma anche come tentativo, spesso inefficace e dannoso nel lungo periodo, di rispondere a bisogni regolativi non adeguatamente identificati e riconosciuti.

Neurodivergenze e dipendenze: dalla vulnerabilità al significato clinico

La ricerca sull'ADHD ha mostrato come la disregolazione attentiva, l'impulsività, la ricerca di gratificazione immediata e la difficoltà di modulazione emotiva possano contribuire ad aumentare la vulnerabilità verso comportamenti di dipendenza. Tuttavia, una lettura esclusivamente centrata sul deficit rischia di ridurre la complessità del fenomeno a una sequenza lineare tra alterazione neurobiologica e abuso di sostanze. In realtà, il comportamento di dipendenza emerge spesso dall'incontro tra predisposizioni individuali e contesti non sufficientemente capaci di riconoscere e sostenere modalità differenti di funzionamento cognitivo, sensoriale ed emotivo. In questa prospettiva, il rischio non deriva soltanto dalla neurodivergenza in sé, ma anche dall'esposizione continuativa a richieste ambientali non adattate, fallimenti relazionali, stigma, isolamento e mancata comprensione dei bisogni personali.

Nel contesto italiano, la riflessione clinica sulle dipendenze ha da tempo evidenziato la necessità di superare modelli riduzionistici, sottolineando il ruolo dei fattori affettivi, relazionali e identitari nella genesi e nel mantenimento del comportamento di abuso (Caretto & La Barbera, 2005). Tale impostazione appare particolarmente utile quando si osservano persone neurodivergenti, per le quali la sostanza

può assumere una funzione di regolazione di stati interni vissuti come caotici, dolorosi o difficilmente comunicabili. La dipendenza non viene così giustificata né minimizzata, ma compresa nella sua funzione soggettiva e nel suo rapporto con la storia della persona.

Tra i modelli esplicativi maggiormente accreditati, l'ipotesi dell'automedicazione rappresenta un riferimento interessante. Secondo Khantzian (1997), l'uso di sostanze può essere interpretato come un tentativo di modulare stati interni caratterizzati da sofferenza, disregolazione affettiva o difficoltà di controllo. Nel caso dell'ADHD, tale ipotesi risulta particolarmente rilevante, poiché alcune sostanze possono essere ricercate per ottenere un temporaneo incremento della concentrazione, una riduzione della tensione interna o una modulazione dell'instabilità emotiva. Le evidenze neuroscientifiche hanno inoltre messo in luce il coinvolgimento dei circuiti della ricompensa e dei sistemi dopaminergici, suggerendo una parziale sovrapposizione tra vulnerabilità neurobiologiche proprie dell'ADHD e meccanismi implicati nello sviluppo della dipendenza (Koob & Volkow, 2016; Volkow et al., 2009).

Tuttavia, una spiegazione esclusivamente neurobiologica non è sufficiente a rendere conto della varietà delle traiettorie cliniche. La letteratura italiana ha offerto un contributo importante nell'evidenziare la funzione regolativa e simbolica del comportamento di dipendenza, inteso come tentativo di contenimento di stati affettivi complessi e di esperienze interne disorganizzanti (Caretto, Craparo, & Schimmenti, 2008; La Barbera, 2018). In tale prospettiva, il sintomo non è soltanto indice di compromissione, ma anche traccia di una modalità, seppur disfunzionale, attraverso cui il

soggetto cerca di ristabilire continuità, prevedibilità e controllo. Questo passaggio è particolarmente importante in una clinica che voglia essere rispettosa delle differenze neurocognitive, perché consente di passare dalla mera correzione del comportamento alla comprensione della sua funzione.

Implicazioni cliniche

L'adozione di una prospettiva integrata comporta un cambiamento significativo nella pratica clinica. In primo luogo, emerge la necessità di una maggiore attenzione diagnostica alle condizioni neurodivergenti negli adulti che accedono ai servizi per le dipendenze. La sottodiagnosi dell'ADHD in età adulta può condurre a trattamenti parziali, centrati esclusivamente sulla sostanza e poco capaci di intervenire sui meccanismi regolativi che sostengono il comportamento di abuso (Clerici & Viganò, 2019). In secondo luogo, i modelli terapeutici standardizzati possono risultare scarsamente efficaci quando non tengono conto delle specificità attentive, comunicative, sensoriali ed emotive della persona. Un setting troppo rigido, un linguaggio eccessivamente implicito o una richiesta elevata di adattamento possono ostacolare l'alleanza terapeutica e aumentare il rischio di abbandono del percorso.

Una clinica orientata alla valorizzazione delle differenze neurocognitive dovrebbe invece promuovere valutazioni più articolate, capaci di integrare diagnosi categoriale, profilo di funzionamento, storia evolutiva e significato soggettivo della condotta additiva. L'obiettivo terapeutico non può limitarsi alla cessazione del comportamento di dipendenza, pur rimanendo

questa una finalità centrale nei quadri di maggiore gravità, ma deve includere la costruzione di strategie alternative di autoregolazione, la riduzione dello stigma interiorizzato, il potenziamento delle competenze metacognitive e l'adattamento del contesto di vita. In questa direzione, l'intervento psicologico assume una funzione non solo riparativa, ma anche trasformativa, perché aiuta la persona a riconoscere i propri bisogni e a sostituire modalità disfunzionali con strategie individualizzate più sostenibili.

Implicazioni per i servizi territoriali

Nel contesto dei Servizi per le Dipendenze e dei Dipartimenti di Salute Mentale, la comorbidità tra neurodivergenze e dipendenze pone questioni organizzative rilevanti. Molti utenti si collocano infatti in una zona di confine tra differenti aree di competenza, con il rischio di percorsi frammentati, invii ripetuti e mancata continuità della presa in carico. Tale frammentazione può risultare particolarmente penalizzante per le persone neurodivergenti, che spesso necessitano di prevedibilità, chiarezza comunicativa e continuità relazionale. Appare quindi auspicabile una sempre maggiore integrazione tra Ser.D, DSM, ambulatori specializzati per le problematiche legate al neurosviluppo in adolescenti, giovani adulti ed adulti, e la medicina generale, attraverso protocolli condivisi e équipe multidisciplinari.

La formazione degli operatori rappresenta un ulteriore elemento strategico. Riconoscere ad esempio una neurodivergenza in un adulto con dipendenza non significa attribuire automaticamente a essa la causa del comportamento di abuso, ma

ampliare la comprensione clinica e migliorare la qualità dell'intervento. Screening mirati, colloqui sensibili alle differenze comunicative e maggiore attenzione alle caratteristiche sensoriali e attentive all'interno del setting clinico possono contribuire a rendere i servizi qualitativamente migliori. In tale prospettiva, questi ultimi sono chiamati non solo a trattare la dipendenza, ma a ripensare le proprie modalità organizzative in funzione della complessità crescente dei bisogni.

Conclusioni

L'intersezione tra neurodiversità e dipendenze patologiche rappresenta una sfida rilevante per l'odierna psicologia clinica. Una prospettiva integrata, capace di considerare la funzione regolativa del comportamento additivo, le vulnerabilità neurobiologiche, la storia soggettiva e l'interazione con il contesto, consente di sviluppare interventi più efficaci e coerenti con la complessità clinica. In tale direzione, la presa in carico delle dipendenze nelle persone neurodivergenti non può essere fondata sulla normalizzazione, ma sulla costruzione di condizioni terapeutiche, relazionali e ambientali che favoriscano consapevolezza, autodeterminazione e qualità della vita.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Armstrong, T. (2010). The power of neurodiversity: Unleashing the advantages of your differently wired

brain. Da Capo Press.

Cancrini, L. (2022). Tossicomanie. Editori Riuniti. ISBN-13: 978-8835921608

Caretti, V., & La Barbera, D. (2005). Le dipendenze patologiche: clinica e psicopatologia. Raffaello Cortina Editore.

Caretti, V., Craparo, G., & Schimmenti, A. (2008). Psicodinamica delle dipendenze patologiche. Noos. Aggiornamenti in Psichiatria, 14(2), 107-116.

Clerici, M., & Viganò, C. (2019). ADHD e disturbi da uso di sostanze: implicazioni cliniche e terapeutiche. Giornale Italiano di Psicopatologia, 25(2), 123–134.

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. Harvard Review of Psychiatry, 4(5), 231–244.

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. The Lancet Psychiatry, 3(8), 760–773.

La Barbera, D. (2018). Le nuove dipendenze: diagnosi, clinica e trattamento. FrancoAngeli.

Singer, J. (1999). Why can't you be normal for once in your life? In M. Corker & S. French (Eds.), Disability discourse (pp. 59–67). Open University Press.

van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M., & Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. Drug and Alcohol Dependence, 122(1–2), 11–19.

Volkow, N. D., & Swanson, J. M. (2022). Adult

attention deficit–hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine*, 387, 2067–2078.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Kollins, S. H., Wigal, T. L., Newcorn, J. H., Telang, F., Fowler, J. S., Zhu, W., Logan, J., Ma, Y., Pradhan, K., Wong, C., & Swanson, J. M. (2009). Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: Clinical implications. *JAMA*, 302(10), 1084–1091.

Abitare il setting: corpo e relazione nella clinica della neurodiversità

di Veronica Siragusano

Per lungo tempo, condizioni come autismo, ADHD e disturbi specifici dell'apprendimento sono state interpretate come deviazioni da una norma implicita di funzionamento, secondo una logica centrata sul deficit e sulla correzione. Il paradigma della neurodiversità introduce un cambiamento di prospettiva, riconoscendo la pluralità dei funzionamenti cognitivi come parte della variabilità umana.

Nato alla fine degli anni '90 nel contesto dei movimenti per i diritti civili e dell'attivismo autistico (Singer, 1998; Blume, 1998), il concetto di neurodiversità distingue tra ciò che è statisticamente più comune e ciò che viene definito "atipico", sottolineando come quest'ultimo non coincida necessariamente con la patologia (Marocchini, 2024; Dwyer, 2022). L'attenzione si sposta così dal deficit al funzionamento e alla relazione tra individuo e contesto, in continuità con il modello biopsicosociale (Engel) e la prospettiva dell'ICF. Viene inoltre messa in discussione la nozione stessa di normalità, evidenziando il carattere storico e culturale dei criteri di "tipicità".

Considerare la normalità come costruzione socio-culturale implica che la deviazione dalla norma non possa essere automaticamente letta in termini deficitari. In assenza di questa consapevolezza, la clinica rischia di assumere parametri neurotipici come universali, interpretando come disfunzionale

ciò che è espressione di un diverso funzionamento. In linea con sviluppi recenti, le difficoltà associate alle condizioni neurodivergenti vengono sempre più comprese come esiti di un disallineamento tra individuo e ambiente. Il funzionamento si configura come qualcosa che prende forma nella relazione tra caratteristiche neurocognitive e contesto, e diventa osservabile nella pratica clinica attraverso le modalità con cui la persona si muove, si regola e entra in relazione con l'ambiente. Il modello ecologico del funzionamento proposto da Chapman interpreta funzioni e disfunzioni come esiti relazionali emergenti dall'interazione tra individuo, ambiente e contesto sociale. La sofferenza può così essere letta come espressione di una scarsa compatibilità tra il funzionamento della persona e ambienti costruiti su aspettative implicitamente neurotipiche.

Questo implica trasformazioni anche nella clinica: comportamenti tradizionalmente letti come segnali di disregolazione o difficoltà relazionali possono essere riletti come tentativi di autoregolazione o indicatori di incompatibilità tra individuo e contesto. L'intervento psicologico si orienta così sia alla comprensione del comportamento, sia all'esplorazione e, quando possibile, alla trasformazione delle condizioni ambientali e relazionali in cui esso prende forma.

Il paradigma della neurodiversità è oggetto di dibattito critico. Alcuni autori evidenziano il rischio

di attenuare la distinzione tra differenza e disturbo (Jaarsma & Welin, 2012), altri di trascurare i bisogni clinici nelle forme più complesse (Runswick-Cole, 2014). Tali critiche sono rilevanti nella pratica clinica, dove il rischio è sostituire la patologizzazione con una negazione della sofferenza. Prospettive recenti sottolineano come il paradigma della neurodiversità richieda di comprendere la sofferenza all'interno di una cornice più ampia che includa il rapporto tra individuo e contesto (Sonuga-Barke & Thapar, 2021)

Nella mia esperienza clinica, questo ha portato a interrogare il setting terapeutico, spesso costruito su presupposti neurotipici impliciti. Il setting può essere inteso come dispositivo relazionale, materiale e sensoriale, capace di facilitare o ostacolare l'esperienza terapeutica. La letteratura evidenzia come le caratteristiche sensoriali dell'ambiente incidano sui processi di regolazione emotiva e attenzione, configurando lo spazio come elemento attivo del processo terapeutico (Ulrich, 1991; Ashburner et al., 2008). Il setting si configura come parte integrante dell'esperienza clinica, rendendo maggiormente visibile una dimensione già presente nella tradizione psicologica, ma che in questa prospettiva assume una centralità operativa più esplicita. Studi e applicazioni nel campo della progettazione di ambienti terapeutici per pazienti neurodivergenti mostrano come la modulazione di variabili quali luce, stimolazione sensoriale e organizzazione dello spazio possa incidere direttamente sulla possibilità di accesso all'esperienza e alla relazione (Rossi, 2024).

Nel lavoro con bambini e adolescenti con disturbi del neurosviluppo è emerso come molti presupposti della pratica clinica siano modellati su funzionamenti neurotipici. Questo ha richiesto di rimettere in

discussione il mio posizionamento e sviluppare una maggiore attenzione alla configurazione dello spazio: modulazione dell'illuminazione, riduzione degli stimoli sensoriali, introduzione di oggetti di autoregolazione e flessibilità nella postura e nel movimento. Movimenti, tensioni e micro-segnali corporei possono essere letti come indicatori di stati interni non verbalizzati e, al tempo stesso, come espressioni del modo in cui la persona si adatta all'ambiente. In alcune situazioni, il corpo esprime un'attivazione emotiva non mentalizzata: i pazienti dichiarano benessere mentre il corpo comunica disagio. In altre, i segnali corporei rimandano a una difficoltà di adattamento al contesto, come nel caso di un paziente che ha a lungo tollerato il disagio legato alla luce della stanza, sostenendo uno sforzo significativo per permanere in un ambiente percepito come poco accessibile. Una lettura esclusivamente intrapsichica avrebbe potuto ricondurre tale esperienza a stati ansiosi o a dinamiche relazionali, l'esplorazione condivisa ha invece reso evidente il peso della componente sensoriale.

In questa configurazione, il fenomeno del masking assume particolare rilevanza, come possibile chiave di lettura dello sforzo adattivo richiesto dall'ambiente, senza esaurire le possibili interpretazioni cliniche; si tratta dell'insieme di strategie con cui le persone neurodivergenti si adattano alle aspettative sociali e ambientali, spesso con elevato dispendio di risorse (Hull et al., 2017; Cage & Troxell-Whitman, 2019). Intervenire sul setting, modulando l'illuminazione o introducendo strumenti sensoriali e visivi, può ridurre lo sforzo adattivo e rendere più accessibile l'esperienza terapeutica. L'utilizzo di strumenti sensoriali e supporti visivi è associato a un miglioramento

della regolazione attentiva ed emotiva (Ashburner et al., 2008; Kapp, 2020). La loro introduzione assume anche una funzione relazionale: utilizzarli esplicitamente come terapeuta contribuisce a legittimarne l'uso, riducendo la pressione alla conformazione e favorendo una maggiore libertà espressiva (Walker, 2014; Chapman, 2021). Il lavoro clinico favorisce così processi di consapevolezza e autoregolazione, sostenendo lo sviluppo di strategie coerenti con le caratteristiche della persona e promuovendo una maggiore comprensione di sé e dei propri punti di forza.

Questa prospettiva si colloca in continuità con orientamenti già presenti nella storia della psicologia. Autori come Lev Vygotskij hanno mostrato come il funzionamento emerga dall'interazione con il contesto socio-culturale, mentre l'etnopsichiatria ha evidenziato il carattere situato e culturalmente determinato delle categorie di normalità e patologia. Il paradigma della neurodiversità riprende e rende operativa questa tradizione, estendendola al campo neuropsicologico e traducendola in implicazioni cliniche concrete.

Bibliografia

Aftab, A. (2021, September 24). The neurodiversity paradigm in psychiatry: Robert Chapman, PhD. *Psychiatric Times*. <https://www.psychiatrictimes.com/view/neurodiversity-paradigm-psychiatry>

Altogether Autism. (n.d.). *Multi-sensory environments and their use by people with autism*. <https://www.altogetherautism.org.nz/multi-sensory-environments-use-people-autism/>

Ashburner, J., Ziviani, J., & Rodger, S. (2008). Sensory processing and classroom emotional, behavioral, and educational outcomes in children with autism spectrum disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 564–573. <https://doi.org/10.5014/ajot.62.5.564>

Blume, H. (1998). Neurodiversity. *The Atlantic*. <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/1998/09/neurodiversity/305909/>

Cage, E., & Troxell-Whitman, Z. (2019). Understanding the reasons, contexts and costs of camouflaging for autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 1899–1911.

Cherewick, M., & Matergia, M. (2024). Neurodiversity in practice: A conceptual model of autistic strengths and potential mechanisms of change to support positive mental health and wellbeing in autistic children and adolescents. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 8, 408–422. <https://doi.org/10.1007/s41252-023-00348-z>

Daniel, S., Mahler, K., Ray, D. C., Sharp, K., Clair, K., Inderbitzen, S. M., Laurent, A. C., Fede, J. H., & Delafield-Butt, J. T. (2026). Sensory-processing informed autism practice for child-centred therapists. *Research in Neurodiversity*, 2, 100015. <https://doi.org/10.1016/j.rin.2026.100015>

De, M., & Basu, I. (2025). Neurodiversity: A paradigm shift in understanding neurological differences in the context of the UN Sustainable Development Goals (SDGs). *International Journal of Sustainable Biome and Life Care*, 1. <https://doi.org/10.31632/ijsblc.2025.v01i02and3.002>

https://www.researchgate.net/publication/392887967_Neurodiversity_A_Paradigm_Shift_in_Understanding_Neurological_Differences_in_the_context_of_the_UN_Sustainable_Development_Goals_SDGs

Dwyer, P. (2022). The neurodiversity approach(es): What are they and what do they mean for researchers? *Human Development*, 66(2), 73–92. <https://doi.org/10.1159/000523723>

Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). "Putting on my best normal": Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 2519–2534. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>

Jaarsma, P., & Welin, S. (2012). Autism as a natural human variation: Reflections on the claims of the neurodiversity movement. *Health Care Analysis*, 20, 20–30. <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0169-9>

Kapp, S. K. (2020). *Autistic community and the neurodiversity movement*. Palgrave Macmillan.

Marocchini, E. (2024). *Neurodivergente: Capire e coltivare la diversità dei cervelli umani*. Tlön.

Pellicano, E., & den Houting, J. (2022). Annual research review: Shifting from "normal science" to neurodiversity in autism science. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 381–396. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13534>

Rios Vega, L., Carroll, A., Dumont, R., Treadwell-Deering, D., Fields, M., & Schaaf, R. (2024). Designing sensory adaptive environments to enhance participation in healthcare for autistic children. *Discover Psychology*, 4. <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00118-5>

Rossi, F. (2024). *(In) spazi (in) sensibili: Ambienti terapeutici per pazienti neurodivergenti: Disturbi d'ansia e iperattivazione emozionale. Un caso specifico, il Centro Psico Sociale di Legnano* (Tesi di laurea magistrale). Politecnico di Milano.

Runswick-Cole, K. (2014). "Us" and "them": The limits and possibilities of a "politics of neurodiversity" in neoliberal times. *Disability & Society*, 29(7), 1117–1129. <https://doi.org/10.1080/09687599.2014.910107>

Russell, G. (2020). Critiche al movimento per la neurodiversità. In S. Kapp (Ed.), *Comunità autistica e movimento per la neurodiversità*. Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-981-13-8437-0_21

Shaw, S. C. K., Brown, M. E. L., Jain, N. R., George, R. E., Bernard, S., Godfrey-Harris, M., & Doherty, M. (2025). When I say... neurodiversity paradigm. *Medical Education*, 59(5), 466–468. <https://doi.org/10.1111/medu.15565>

Singer, J. (1999). "Why can't you be normal for once in your life?" From a "problem with no name" to the emergence of a new category of difference. In M. Corker & S. French (Eds.), *Disability discourse* (pp. 59–67). Open University Press.

Sonuga-Barke, E. J. S., & Thapar, A. (2021). The neurodiversity concept: Is it helpful for clinicians and scientists? *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 559–561. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00167-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00167-X)

Srinivasan, H. (2025). Neurodiversity 2.0: Harnessing cross-disciplinary disability insights. *Research in Autism*, 127, 202652. <https://doi.org/10.1016/j.reia.2025.202652>

Ulrich, R. S. (1991). Effects of interior design on wellness: Theory and recent scientific research. *Journal of Health Care Interior Design*, 3(1), 97–109.

Unwin, K. L., Powell, G., & Jones, C. R. G. (2021). The use of multi-sensory environments with autistic children: Exploring the effect of having control of sensory changes. *Autism*. <https://doi.org/10.1177/13623613211050176>

Walker, N. (2014). *Neurodiversity: Some basic terms & definitions*.

Zastudil, C., et al. (2025). Neurodiversity in computing education research: A systematic literature review. In *Proceedings of ITiCSE 2025*.

Neurodivergenza e Arteterapia: dalla clinica della normalizzazione verso una clinica affermativa della mente plurale

di Michele Mulè

Abstract

Il contributo esplora l'intersezione tra il paradigma della neurodiversità e la pratica dell'arteterapia quale approccio integrativo nel lavoro con persone neurodivergenti. Si argomenta il superamento di una clinica patologizzante a favore di una clinica affermativa della neurodiversità, e si discutono i fondamenti neurobiologici, tecnici e deontologici dell'intervento arteterapeutico in questo contesto.

Parole chiave: neurodiversità; arteterapia; autismo; ADHD; clinica affermativa; comunicazione non verbale; regolazione sensoriale

Ricerca e clinica: un nodo epistemologico aperto

La psicologia clinica contemporanea si trova dinanzi a una sfida epistemologica ineludibile: il superamento di una visione nosologica delle varianti neuropsicologiche, costruita attorno all'idea di un funzionamento mentale normativo e universale. Per decenni, autismo, ADHD e altre condizioni neurodivergenti sono stati osservati e trattati attraverso una lente deficit-centrica, nella quale il parametro implicito era costituito dal soggetto neurotipico. Il paradigma della neurodiversità teorizzato da Judy Singer (1998) e progressivamente

legittimato dalla ricerca internazionale impone di rileggere questa storia: la variabilità neuropsicologica non è un errore da correggere, ma una delle espressioni coerenti e legittime della mente umana (Armstrong, 2010; Walker, 2014).

Tale spostamento non è un mero cambio di linguaggio. Implica una ristrutturazione profonda della cornice concettuale entro cui il clinico osserva e interviene: dal tentativo di adattare la persona a un contesto neuro-normativo, verso la costruzione di ambienti terapeutici che parlino il linguaggio della persona stessa. La «clinica affermativa della neurodiversità» (Kapp et al., 2019) riconosce il profilo neurologico come parte integrante dell'identità del soggetto, pone attenzione al fenomeno del masking la soppressione attiva di comportamenti neurodivergenti per conformarsi alle aspettative sociali, documentata come fonte primaria di burnout e dissociazione identitaria (Hull et al., 2017) e orienta gli obiettivi terapeutici al benessere soggettivo del paziente, non alla sua compatibilità con la norma.

Dove il linguaggio verbale incontra i suoi limiti

È in questo quadro che l'arteterapia emerge come strumento clinico di straordinaria pertinenza. Per

molti soggetti con ASD o ADHD, la comunicazione attraverso il linguaggio parlato implica un costo cognitivo ed emotivo considerevole: tradurre l'esperienza interna in parole grammaticalmente organizzate richiede il transito attraverso sistemi che possono non essere primari nell'organizzazione cognitiva del soggetto. L'arteterapia aggira questa difficoltà operando attraverso il canale visivo-sensoriale-simbolico. Come osserva Malchiodi (2012), l'immagine può contenere simultaneamente più livelli di significato affettivo, narrativo, corporeo che il linguaggio verbale può soltanto accedere sequenzialmente.

Sul piano neurobiologico, la Teoria Polivagale di Porges (2011) offre una chiave esplicativa rilevante: molti soggetti neurodivergenti mostrano una bias cronica verso stati di iperattivazione simpatica correlati a reattività sensoriale elevata e difficoltà di co-regolazione. Il processo arteterapeutico attraverso la manipolazione fisica di materiali, il ritmo del gesto grafico-pittorico e il contenimento relazionale del setting può favorire l'attivazione del circuito vagale ventrale, promuovendo stati di sicurezza neurofisiologica che costituiscono il prerequisito biologico per l'elaborazione emotiva. La manipolazione dell'argilla, in particolare, attiva vie propriocettive associate alla riduzione dell'arousal simpatico, con effetti documentati sulla regolazione emotiva in soggetti con ASD (Gibbons, 2010; Schweizer et al., 2014).

Un setting che trasforma la relazione

La struttura triangolare della relazione arteterapeutica tra terapeuta, soggetto e opera produce una trasformazione fondamentale della

fenomenologia clinica. Nelle psicoterapie verbali tradizionali, la struttura diadica può risultare stressante per soggetti neurodivergenti: il contatto visivo diretto, la reciprocità conversazionale e l'auto-esposizione verbale implicano un carico significativo, spesso aggravato dal meccanismo del masking. L'opera come terzo elemento sposta il fuoco: si parla dell'opera, non della persona. Domande orientate all'oggetto riducono il carico di auto-esposizione e consentono al soggetto di esplorare la propria vita interiore attraverso la mediazione sicura del prodotto artistico (Rubin, 2005).

La scelta dei materiali costituisce anch'essa un atto clinico. Materiali strutturati (pastelli, matite) offrono controllo e prevedibilità, utili nelle fasi iniziali. Materiali destrutturati (argilla, sabbia, colori a dita) massimizzano l'input sensoriale propriocettivo, favorendo la regolazione del sistema nervoso. Il setting fisico, luminosità, livello sonoro, disposizione degli oggetti è una variabile terapeutica di primo ordine: ogni adattamento ambientale è un atto di riconoscimento prima ancora che di tecnica.

Implicazioni deontologiche e conclusioni

Il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani (CNOP, Art. 5) vincola il professionista a operare nei limiti delle proprie competenze: l'impiego dell'arteterapia richiede formazione specifica riconoscibile. Il processo di consenso informato con persone neurodivergenti richiede adattamenti comunicativi concreti linguaggio semplificato, supporti visivi, tempo adeguato per elaborare la proposta. Lo statuto delle opere prodotte, la loro appartenenza al paziente e la riservatezza assoluta devono essere chiariti sin dal primo incontro.

L'arteterapia, come disciplina integrativa e mai sostitutiva degli interventi evidence-based, non promette una cura. Offre qualcosa di più sottile e di altrettanto necessario: uno spazio in cui il linguaggio della persona neurodivergente visivo, sensoriale, simbolico, corporeo è non soltanto accettato, ma attivamente valorizzato come modalità di comunicazione e di autoconoscenza. In questo spazio, ricerca e clinica si incontrano davvero: non per normalizzare la differenza, ma per renderla abitabile.

Riferimenti bibliografici

Armstrong, T. (2010). *Neurodiversity: Discovering the extraordinary gifts of autism, ADHD, dyslexia, and other brain differences*. Da Capo Press.

Gibbons, K. E. (2010). Circle of courage and art therapy. *Art Therapy*, 27(2), 69–74.

Hull, L. et al. (2017). Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(8), 2519–2534.

Kapp, S. K. et al. (2019). Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Developmental Psychology*, 49(1), 59–71.

Malchiodi, C. A. (2012). *Handbook of art therapy* (2nd ed.). Guilford Press.

Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. Norton.

Rubin, J. A. (2005). *Child art therapy* (25th anniversary ed.). Wiley.

Schweizer, C. et al. (2014). Art therapy with children with autism spectrum disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 577–593.

Singer, J. (1998). *Odd people in* [Honours thesis]. University of Technology Sydney. Walker, N. (2014). *Neurodiversity: Some basic terms & definitions*. Neurocosmopolitanism.

Michele Mulè – Psicologo, Albo A.O.P.R.S. n. 12685A

Neurodivergenza e contesto: verso una lettura sistemica della costruzione del disagio

di Daniela Leto

Il paradigma della neurodiversità ha introdotto, negli ultimi anni, una significativa revisione epistemologica nel modo di concepire le differenze neuropsicologiche, spostando il focus da una logica deficit-based a una prospettiva orientata al funzionamento. Tuttavia, nella pratica clinica, permane una tendenza a ricondurre il disagio espresso da bambini e adolescenti neurodivergenti a caratteristiche intrinseche dell'individuo, trascurando il ruolo attivo dei contesti di vita nella sua costruzione e nel suo mantenimento.

In particolare, il contesto scolastico si configura come uno spazio privilegiato di emersione della discrepanza tra funzionamento individuale e richieste ambientali. Il modello educativo dominante, fondato su parametri di rapidità esecutiva, continuità attenta e organizzazione lineare del compito, tende a privilegiare configurazioni neurocognitive specifiche, contribuendo a marginalizzare modalità di funzionamento divergenti. In tale cornice, le manifestazioni comportamentali tipiche dell'ADHD, dei disturbi specifici dell'apprendimento e delle condizioni dello spettro autistico vengono frequentemente interpretate come espressioni di inefficienza, scarso impegno o mancanza di motivazione.

Da un punto di vista clinico, questa lettura risulta parziale. Le difficoltà osservate possono essere comprese come esito di un mismatch tra le caratteristiche del soggetto e le aspettative del contesto (Singer, 1999; Armstrong, 2010). In assenza di una decodifica funzionale di tale discrepanza, il rischio è l'attivazione di processi di interiorizzazione del fallimento, con ricadute sul piano dell'autostima, della regolazione emotiva e dell'engagement scolastico.

Il sistema familiare rappresenta un ulteriore snodo cruciale. I genitori, frequentemente esposti a narrazioni scolastiche centrate sul deficit, oscillano tra tentativi di supporto e spinte normalizzanti. Tale ambivalenza può contribuire, se non adeguatamente elaborata, a rinforzare nel minore una rappresentazione di sé come "non conforme", alimentando vissuti di inadeguatezza, vergogna e progressivo disinvestimento.

In questa prospettiva, il sintomo assume una valenza relazionale e contestuale, configurandosi come espressione di un adattamento a un ambiente percepito come poco accessibile o eccessivamente richiedente. La disattenzione, la lentezza o la disorganizzazione non si esauriscono nella dimensione deficituale, ma

rimandano a modalità specifiche di elaborazione dell'informazione che necessitano di essere comprese all'interno di un sistema più ampio.

Implicazioni cliniche e applicative

L'adozione di una prospettiva sistemica comporta importanti ricadute sul piano operativo. In primo luogo, la valutazione clinica non può limitarsi alla sola rilevazione sintomatologica, ma deve includere l'analisi delle interazioni tra soggetto, famiglia e istituzione scolastica. Il funzionamento neurodivergente, infatti, varia significativamente in base alla qualità delle richieste ambientali, al livello di prevedibilità del contesto e alla presenza o meno di esperienze relazionali validanti.

In ambito scolastico, ciò implica un cambiamento sostanziale di prospettiva: non chiedersi esclusivamente "cosa non funziona nello studente", ma interrogarsi su quali aspetti dell'ambiente stiano amplificando la difficoltà. Ad esempio, studenti con ADHD possono mostrare livelli attentivi adeguati in contesti altamente motivanti o interattivi, ma entrare rapidamente in saturazione cognitiva all'interno di lezioni esclusivamente frontali e prolungate. Analogamente, adolescenti con DSA possono sviluppare evitamento scolastico non tanto per incapacità di apprendimento, quanto per l'esperienza reiterata di esposizione al fallimento e alla frustrazione.

Sul piano pratico, l'intervento richiede quindi la costruzione di reti collaborative tra clinico, famiglia e scuola. Il lavoro psicologico assume una funzione

di mediazione, traducendo il funzionamento neurodivergente in termini comprensibili e operativi per i diversi sistemi coinvolti. Questo permette di trasformare il sintomo da elemento esclusivamente problematico a segnale comunicativo di un'interazione disfunzionale tra individuo e ambiente.

Anche gli strumenti compensativi e dispensativi acquisiscono, in tale ottica, un significato differente. Il Piano Didattico Personalizzato, ad esempio, rischia di ridursi a un documento burocratico quando utilizzato esclusivamente

come elenco di misure tecniche. Al contrario, esso può diventare uno strumento clinico ed educativo capace di ridefinire la relazione tra studente e apprendimento, favorendo esperienze di efficacia e riducendo la percezione di inadeguatezza.

Particolarmente rilevante appare inoltre il lavoro sulla narrazione identitaria dell'adolescente neurodivergente. Molti ragazzi giungono in consultazione dopo anni di feedback negativi, sviluppando rappresentazioni di sé caratterizzate da autosvalutazione, impotenza e senso di diversità. In questi casi, la presa in carico non riguarda esclusivamente il potenziamento delle funzioni cognitive o esecutive, ma coinvolge la ricostruzione di un'immagine di sé più integrata e meno patologizzata.

Caso clinico: Mario, 17 anni, liceo classico

Mario (nome di fantasia), 17 anni, frequenta il quarto anno di liceo classico. Giunge alla

consultazione clinica inviato dalla scuola per importanti difficoltà scolastiche, calo del rendimento e progressivo ritiro motivazionale. Gli insegnanti descrivono un ragazzo "intelligente ma inconcludente", caratterizzato da forte disorganizzazione, lentezza esecutiva, dimenticanze frequenti e incapacità di mantenere continuità nello studio.

Nel corso dei colloqui anamnestici emerge una storia scolastica segnata da anni di oscillazione tra elevate potenzialità cognitive e risultati discontinui. Mario riferisce di trascorrere molte ore sui libri senza riuscire a organizzare il materiale o a stabilire priorità efficaci. Lo studio viene vissuto come un'esperienza altamente frustrante: la lettura prolungata dei testi classici determina rapido affaticamento attentivo, perdita del filo logico e frequente necessità di ricominciare da capo.

A livello emotivo, il ragazzo manifesta intensa autosvalutazione. Descrive se stesso come "pigro", "sbagliato" e "meno capace degli altri", riportando la convinzione di non riuscire a raggiungere gli standard richiesti nonostante l'impegno. Parallelamente, il sistema familiare appare intrappolato in una dinamica oscillatoria tra ipercontrollo e conflitto: i genitori, preoccupati per il rendimento scolastico, aumentano progressivamente il monitoraggio sullo studio, generando escalation relazionali quotidiane.

L'approfondimento clinico evidenzia un quadro compatibile con ADHD a prevalenza disattentiva associato a fragilità nell'area delle funzioni

esecutive. Tuttavia, ciò che emerge con maggiore evidenza non è soltanto la presenza del disturbo, quanto il modo in cui il contesto abbia progressivamente costruito attorno al ragazzo una narrativa centrata sull'insufficienza personale.

L'intervento viene quindi strutturato su più livelli. Sul piano individuale, il lavoro terapeutico si focalizza sulla rilettura delle difficoltà in termini funzionali e non morali, favorendo una progressiva differenziazione tra identità personale e prestazione scolastica. Contestualmente, vengono introdotte strategie operative di gestione dello studio, con particolare attenzione all'organizzazione temporale, alla frammentazione del carico cognitivo e all'utilizzo di supporti visivi.

Con la famiglia viene avviato un lavoro di ridefinizione delle modalità comunicative. I colloqui evidenziano infatti come gran parte delle interazioni ruotassero esclusivamente attorno alla performance scolastica, contribuendo ad alimentare nel ragazzo vissuti di costante giudizio. Attraverso il percorso, i genitori iniziano gradualmente a riconoscere il funzionamento attentivo del figlio non come mancanza di volontà, ma come modalità neurocognitiva specifica che richiede adattamenti relazionali e ambientali.

Parallelamente, viene effettuato un confronto con la scuola finalizzato alla costruzione di interventi maggiormente sostenibili. Piuttosto che limitarsi all'introduzione di strumenti compensativi standardizzati, il lavoro si orienta verso una personalizzazione reale delle richieste: riduzione del sovraccarico nelle verifiche,

maggiore prevedibilità organizzativa, utilizzo di interrogazioni programmate e valorizzazione delle competenze orali del ragazzo.

Nel corso dei mesi, la riduzione della pressione performativa e la costruzione di contesti maggiormente accessibili determinano un miglioramento significativo non solo del rendimento scolastico, ma soprattutto del funzionamento emotivo. Mario inizia progressivamente a sperimentare una relazione meno conflittuale con lo studio e con la propria immagine di sé.

Il caso evidenzia come il disagio neurodivergente non possa essere compreso esclusivamente attraverso una lettura intrapsichica o neurobiologica. La sofferenza emerge e si struttura all'interno di sistemi relazionali che attribuiscono significati specifici alle difficoltà del soggetto. In assenza di una mediazione clinica, il rischio è che il sintomo venga interpretato come espressione di incapacità personale, alimentando traiettorie di cronicizzazione del disagio.

Conclusioni

Adottare una prospettiva orientata alla neurodiversità significa, in ultima analisi, spostare l'asse dell'intervento dalla correzione del comportamento alla comprensione del significato, interrogando il ruolo del contesto nella genesi del disagio. In tale ottica, il lavoro clinico si configura come pratica trasformativa non solo per il soggetto, ma per i sistemi in cui è inserito.

Una lettura sistemica della neurodivergenza consente di superare una visione riduzionistica del sintomo, promuovendo un approccio integrato che riconosca la complessità dell'interazione tra individuo e ambiente. Tale prospettiva rappresenta una condizione necessaria per lo sviluppo di pratiche cliniche ed educative realmente inclusive, capaci di accogliere la variabilità dei funzionamenti umani come elemento costitutivo, e non residuale, dell'esperienza psicologica.

Il corpo neurodivergente: verso una clinica incarnata della neurodiversità

di Federica Brugaletta

Negli ultimi decenni, il paradigma della neurodiversità ha progressivamente messo in discussione i modelli clinici deficit-oriented e ha sollecitato una riconcettualizzazione delle differenze neuropsicologiche, intese come variazioni naturali del funzionamento umano (Singer, 1999; Armstrong, 2010).

Tuttavia, tale revisione ha riguardato prevalentemente la dimensione cognitiva, mettendo in secondo piano il ruolo del corpo come fondamento stesso dell'esperienza, trascurando così il ruolo dei processi sensoriali e interocettivi.

Le ricerche recenti, come le teorie dell'embodied cognition (Shapiro, 2011), sottolineano come i processi mentali emergano dall'interazione dinamica tra cervello, corpo e ambiente (Varela et al., 1991). Il corpo, in tal senso, può essere considerato il mezzo tramite cui siamo e stiamo nel mondo. Integrare questa prospettiva nel paradigma della neurodiversità, suggerisce di riconoscere che le suddette differenze neuropsicologiche si esprimono anche, e primariamente, come differenti modalità di esperienza corporea.

Non esiste quindi solo una mente neurodivergente,

ma anche un modo diverso di abitare il corpo.

Le evidenze empiriche indicano che le diverse modalità di elaborazione sensoriale costituiscono una dimensione centrale: le variazioni nella soglia di percezione e nella capacità di integrare stimoli multisensoriali, sembrano influenzare significativamente il benessere psicologico, con possibili ricadute su ansia e sintomi depressivi (Kawakami & Otsuka, 2021; Spielmann et al., 2023).

Un ruolo importante è svolto dai processi interocettivi. L'interocezione, cioè la capacità di percepire e interpretare i segnali interni del corpo, è fondamentale per integrare i segnali interni ed esterni (Loureiro et al., 2024; Klein et al., 2025). Questa capacità influisce sulla consapevolezza corporea, sulla sensibilità e sulla regolazione delle emozioni.

I modelli di predictive processing aiutano a comprendere il legame tra percezione, corpo e regolazione, sostenendo che il cervello costruisce continuamente previsioni sugli input sensoriali (Clark, 2013). Nelle neurodivergenze, le differenze osservate possono dipendere da come viene "pesata" l'importanza degli stimoli

sensoriali rispetto ai modelli interni: quando gli stimoli risultano troppo salienti, possono emergere sovraccarico, iperattività e difficoltà di modulazione (Manning et al., 2023; Van de Cruys et al., 2014).

In questa prospettiva, le pratiche mindfulness possono assumere una funzione clinica rilevante se adattate al profilo specifico della persona neurodivergente, con particolare attenzione agli aspetti sensoriali e attentivi. Più che orientarsi verso la normalizzazione o il controllo cognitivo dell'esperienza, tali pratiche possono sostenere i processi di consapevolezza interocettiva, riconoscimento corporeo e regolazione sensoriale. Infatti, le evidenze cliniche suggeriscono la necessità di interventi flessibili e personalizzati: pratiche eccessivamente direttive o focalizzate sull'introspezione possono risultare sovraccaricanti o disregolanti in presenza di ipersensibilità sensoriale, alexitimia o difficoltà attentive. In questo senso, la mindfulness può essere ripensata come pratica incarnata e relazionale, centrata sulla tollerabilità dell'esperienza corporea più che sulla prestazione attentiva (Cachia et al., 2016; Forbes & Miller, 2023).

Il corpo appare costantemente esposto ad un flusso percettivo più intenso e meno filtrato, rendendo possibile rileggere molti comportamenti, interpretati tradizionalmente in chiave patologica, come delle strategie adattive di regolazione. Tutto ciò permette di traslare il focus clinico dal deficit alla funzione regolativa del comportamento.

Una clinica incarnata, ovvero un approccio in cui il corpo non è solo un oggetto di osservazione ma parte integrante dell'esperienza terapeutica (Varela et al., 1991), implica anche una ridefinizione del setting terapeutico in termini di "ecologia sensoriale", coerentemente con le prospettive ecologiche e predictive processing applicate alla neurodivergenza (Perrykkad, 2019; Van de Cruys et al., 2014). In tal senso, il setting può essere concepito come un vero e proprio "eco-setting", ovvero uno spazio clinico modulato sulla soglia sensoriale, comunicativa e regolativa della persona.

L'attenzione a luce, suoni, temperatura, distanza interpersonale, ritmo conversazionale e possibilità di movimento non rappresenta un elemento accessorio, ma parte integrante del processo terapeutico (Leonardi et al., 2025; Unwin et al., 2022).

Un setting eco-sensoriale non mira alla standardizzazione dell'ambiente clinico, bensì alla costruzione condivisa di condizioni di sicurezza percettiva, rispetto dell'unicità e co-regolazione. Questo implica una concezione dinamica del setting, capace di adattarsi alle differenti modalità di esperienza corporea del paziente neurodivergente. La relazione terapeutica si configura così come un processo di co-regolazione incarnata, in cui terapeuta e paziente modulano reciprocamente emozioni, percezioni e stati corporei (Ferrara et al., 2023).

L'aumento delle diagnosi in età adulta suggerisce inoltre di prestare un'attenzione maggiore a

fenomeni di masking e adattamento prolungato (Hull et al., 2017) in cui il corpo rappresenta il primo luogo di emersione del disagio, inizialmente attraverso tensioni muscolari, affaticamento, sintomi fisici o emotivi, prima che la persona riesca a esprimerlo a parole o tramite comportamenti evidenti.

La diagnosi, in tal senso, può essere intesa come un processo di riconoscimento che ha l'obiettivo di rileggere in modo integrato l'esperienza corporea e psicologica.

Integrare il corpo nel paradigma della neurodiversità implica: riconoscere il corpo come primo mediatore dell'esperienza; valorizzare le strategie di co-regolazione; costruire contesti terapeutici eco-sensoriali; privilegiare il riconoscimento rispetto alla normalizzazione o alla patologizzazione.

In questa prospettiva, il corpo assume una posizione centrale nella comprensione delle diverse modalità di essere nel mondo.

Bibliografia

Armstrong, T. (2010). Neurodiversity: Discovering the extraordinary gifts of autism, ADHD, dyslexia, and other brain differences. Da Capo Lifelong Books.

Cachia, R. L., Anderson, A., & Moore, D. W. (2016). Mindfulness in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review and narrative analysis. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*.

Clark, A. (2013). Whatever next? Predictive brains, situated agents, and the future of cognitive science. *Behavioral and Brain Sciences*.

Ferrara, R., Damato, F. M., Ricci, L., Iovine, L., Ricci, S., Ricci, P., Laznik, M. C., & Cicinelli, G. (2023). Parents-children co-regulation as therapeutic variable and target in autism spectrum disorders. *Clinica Terapeutica*.

Forbes, Z. N. M., & Miller, K. (2023). Mindfulness-based stress reduction in the treatment of adults with autism spectrum disorder: A systematic review of interventional studies. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*.

Hull, L., Petrides, K. V., & Mandy, W. (2017). The female autism phenotype and camouflaging: A narrative review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*.

Kawakami, Y., & Otsuka, Y. (2021). Sensory processing and mental health outcomes: Evidence from autism spectrum research. *Frontiers in Psychology*.

Leonardi, S., Di Cara, M., Giliberto, S., Piccolo, A., De Domenico, C., Leonardi, G., Alito, A., Siracusano, R., Calabrò, R. S., Quartarone, A., & Cucinotta, F. (2025). The use of multisensory environments

in children and adults with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism: The International Journal of Research and Practice*.

Spielmann, M., et al. (2023). Sensory processing differences and mental health outcomes in neurodivergent adults. *Journal of Autism Research*.

Loureiro, A., et al. (2024). Interoceptive differences in autism spectrum disorder: Implications for emotion regulation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.

Unwin, K. L., Powell, G., & Jones, C. R. G. (2022). The use of multi-sensory environments with autistic children: Exploring the effect of having control of sensory changes. *Autism: The International Journal of Research and Practice*

Manning, C., et al. (2023). Predictive processing and sensory modulation in neurodivergence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*.

Van de Cruys, S., Evers, K., Van der Hallen, R., Van Eylen, L., Boets, B., De-Wit, L., & Wagemans, J. (2014). Precise minds in uncertain worlds: Predictive coding in autism. *Psychological Review*.

Perrykkad, K. (2019). Adaptive behaviour and predictive processing accounts of autism. *Behavioral and Brain Sciences*.

Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. MIT Press.

Shapiro, L. (2011). *Embodied cognition*. Routledge.

Singer, J. (1999). 'Why can't you be normal for once in your life?' From a problem with no name to the emergence of a concept. In *Ethics and the Study of Autism*. University Press