

Raccolta di Buone Pratiche

***CON RIFERIMENTO A
PROGRAMMI DI
FORMAZIONE PER BAMBINI
CON DISTURBI DELLO
SVILUPPO***





**Co-funded by
the European Union**

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo contenuto, la cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.

INDICE

Introduzione	3
Criteri per la selezione delle Buone Pratiche	6
BP1: Sviluppo del programma dell'OMS sulla formazione delle abilità del caregiver con riferimento ai disturbi o ritardi dello sviluppo	9
BP2: Uno strumento per osservare la fenomenologia e l'estetica delle relazioni primarie: i "passi di danza" della reciprocità tra caregiver e neonato/bambino – Studio pilota per validazione	12
BP3: Programma Europeo di garanzia per l'infanzia in Bulgaria - Fase III dell'azione preparatoria della Commissione Europea - Componente 2: un approccio di sistema all'intervento nella prima infanzia per le famiglie con bambini piccoli con disabilità e difficoltà di sviluppo	15
BP4: L'impatto di un intervento incentrato sulla famiglia per i genitori di bambini con disturbi dello sviluppo: Un progetto modello nell'Irlanda rurale)	18
BP5: Un programma di formazione per migliorare gli obiettivi IFSP (individualized family service plan - piano di servizio familiare individualizzato) /IEP (individualized education plan - programma di educazione individuale) attraverso il colloquio di routine	20
BP6: Gestione dell'autismo nei bambini e nei giovani: Una linea guida di buona pratica clinica	22
BP7: Aiutare i bambini a comprendere le sindromi di predisposizione ereditaria al cancro utilizzando la biblioterapia	25
BP8: Progetto TEAVIAL	28
BP9: Guida teorica sul gioco: il ruolo del gioco nel facilitare l'inclusione. Programma di formazione per insegnanti sulle aree di gioco inclusive	31
Conclusioni	35



Introduzione

Il progetto EarlyBrain, intitolato *"Empowering Families in Early Childhood Intervention"*, è dedicato al supporto dei genitori e dei familiari di bambini con disturbi dello sviluppo, fornendo loro conoscenze e competenze fondamentali per favorire la crescita dei propri figli.

Riconoscendo il ruolo centrale che le famiglie rivestono nello sviluppo e nel benessere dei bambini, il progetto adotta un approccio olistico che tiene conto dei bisogni sia dei bambini sia dei loro caregiver.

Questo documento raccoglie una serie di buone pratiche provenienti da contesti e regioni differenti, ognuna delle quali offre metodologie e prospettive uniche per sostenere le famiglie e i caregiver. Tali pratiche illustrano una varietà di interventi innovativi pensati per affrontare le molteplici sfide vissute dalle famiglie di bambini con disturbi dello sviluppo, dalle aree rurali dell'Irlanda ai contesti urbani della Bulgaria, da ambienti con risorse limitate a programmi di formazione specialistica.

Attraverso la condivisione di questi esempi virtuosi, il progetto EarlyBrain si propone di ispirare e orientare professionisti, politici e famiglie nel miglioramento degli interventi precoci e del supporto rivolto alla prima infanzia.

Di seguito viene riportata una breve introduzione alle buone pratiche raccolte nel documento.



Buone Pratiche

1. Sviluppo del Programma di Formazione per Caregiver dell'OMS per Disturbi o Ritardi dello Sviluppo

Il programma CST, sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, mira a fornire ai caregiver competenze per sostenere la comunicazione sociale e i comportamenti adattivi dei bambini in contesti a basso reddito. Il programma è flessibile e progettato per essere implementato anche da non specialisti, risultando quindi adatto a diversi contesti culturali e socioeconomici.

2. I “Passi di danza” della reciprocità tra caregiver e bambini: uno studio pilota di validazione

Questo studio introduce uno strumento osservativo per valutare la reciprocità tra caregiver e neonati/bambini, focalizzandosi sulla co-costruzione di esperienze significative. Basato sui principi della psicoterapia della Gestalt, è stato testato con diadi caregiver-neonati pretermine, offrendo spunti sui processi interattivi nella relazione precoce.

3. Programma Europeo di garanzia per l'infanzia in Bulgaria: approccio di sistema all'intervento precoce

Questo progetto pilota promuove lo sviluppo di un approccio sistemico all'intervento precoce per bambini con difficoltà evolutive, ponendo l'accento su un sistema di supporto integrato per le famiglie con bambini da 0 a 7 anni. Affronta fattori di rischio sia sociali che biologici.

4. L'impatto di un intervento incentrato sulla famiglia per i genitori di bambini con disturbi dello sviluppo: un progetto modello nell'Irlanda rurale

Questa pratica affronta le difficoltà aggiuntive dei genitori in contesti rurali, come l'isolamento sociale e il disagio psicologico. L'intervento prevede visite domiciliari mensili e contatti telefonici regolari per definire obiettivi evolutivi per il bambino e rispondere ai bisogni dell'intera famiglia. Sono inoltre promosse attività comunitarie per favorire l'inclusione sociale.

5. Un programma di formazione per migliorare gli obiettivi IFSP/IEP attraverso il colloquio di routine

Questo programma formativo mira a colmare la distanza tra filosofia centrata sulla famiglia e pratica concreta nell'intervento precoce. Si concentra sull'uso di interviste basate sulla vita quotidiana della famiglia per aiutare le famiglie ad individuare le proprie priorità, migliorando così la funzionalità e personalizzazione dei piani di intervento.



6. Gestione dell'autismo nei bambini e nei giovani: una linea guida di buona pratica clinica

Questa linea guida evidenzia i limiti delle valutazioni standardizzate e propone l'uso di strumenti basati sul curriculum per misurare meglio i progressi individuali. Viene presentato il profilo di apprendimento adattato dello studente (aSLP) come strumento per monitorare sistematicamente i progressi nei programmi di intervento precoce.

7. Aiutare i bambini piccoli a comprendere le sindromi ereditarie di predisposizione al cancro attraverso la biblioterapia

Questa pratica utilizza un approccio biblioterapico per aiutare le famiglie a comunicare con i bambini riguardo a condizioni genetiche ereditarie legate al cancro. Attraverso storie illustrate, si supportano bambini tra i 5 e i 10 anni a rischio, facilitando la comprensione, la presa di decisioni consapevoli e la riduzione dello stress emotivo.

8. Il progetto TEAVIAL: migliorare l'accessibilità cognitiva per persone con autismo

Il progetto TEAVIAL si propone di migliorare l'accessibilità cognitiva per persone con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) attraverso l'utilizzo di pittogrammi. Utilizzando una metodologia di ricerca-azione partecipativa, sono state progettate e testate sequenze di pittogrammi per facilitare la comprensione, promuovere l'autonomia e la partecipazione sociale.

9. Guida teorica sul gioco: il ruolo del gioco nell'inclusione

Questa guida sottolinea l'importanza del gioco inclusivo nella prevenzione dell'esclusione sociale e nella promozione dell'apprendimento naturale. Propone la trasformazione del tempo della ricreazione scolastica in un ambiente inclusivo per arricchire l'esperienza dei bambini, prevenire il bullismo e promuovere l'integrazione sociale e la risoluzione dei conflitti.

Criteri per la selezione delle Buone Pratiche

Le buone pratiche presentate in questo documento sono state selezionate sulla base di un insieme di criteri e sotto-criteri, alcuni dei quali obbligatori e altri opzionali, come illustrato di seguito.

1) Criterio n. 1: Approccio concettuale

a. Concetto (obbligatorio)

- ☐ Sono presenti definizioni, linee guida o protocolli (in forma scritta)
- ☐ La pratica/l'esperienza esplicita gli obiettivi del programma.
- ☐ Sono disponibili informazioni relative alla metodologia, alle attività e agli strumenti utilizzati.

b. Gruppo Target (obbligatorio)

- ☐ Il gruppo destinatario (bambini e caregiver) è chiaramente identificato e coerente con gli obiettivi di Earlybrain (età compresa tra 0 e 6 anni).

c. Innovazione

- ☐ I programmi/le pratiche presentano carattere innovativo o includono elementi di innovazione (ad esempio, conoscenze attuali sulla sofferenza e sui disturbi infantili, nuove idee o metodologie, ecc.).

d. Reti formali e collegamenti complementari con enti rilevanti Formal networking/complementary links with relevant institutions

La pratica prevede attività di networking e cooperazione con altre istituzioni.

2) Criterio n. 2: Orientamento al gruppo target

- a) Partecipazione attiva: il gruppo destinatario partecipa attivamente (esprimendo idee, desideri e suggerimenti per la pianificazione, l'attuazione e la realizzazione).
- b) Empowerment: nello sviluppo delle competenze, il gruppo destinatario (caregiver e bambini) acquisisce autonomia e capacità di autodeterminazione.

3) Criterio n. 3: Approccio relazionale (obbligatorio)

- a. La buona pratica deve prevedere un approccio relazionale volto a costruire un'alleanza tra caregiver e bambino: applicabile in contesti di interazione diadica o triadica.

4) Criterio n. 4: Criteri quantitativi

- a. La buona pratica deve essere selezionata a partire da ricerche validate con un campione di dimensioni adeguate. Il campione deve essere rappresentativo e selezionato tramite tecniche probabilistiche.

5) Criterio n. 5: Controllo di qualità: documentazione e valutazione (obbligatorio)

- a. La documentazione evidenzia i contenuti del processo di lavoro.
- b. La valutazione è documentata e comprende l'analisi dei processi e dei risultati.
- c. Viene riportato un impatto positivo sul gruppo target.

6) Criterio n. 6: Trasferibilità / Replicabilità (obbligatorio)

- a. È disponibile l'accesso alla metodologia e alla modalità di realizzazione della pratica/del programma (es. descrizione del processo, linee guida, manuali, ecc.).
- b. Il programma/la pratica può essere trasferito/a o replicato/a con successo in diverse condizioni di neuro-sviluppo, quali:
 - Iper- o ipo-sensibilità sensoriale
 - Inflessibilità cognitiva
 - Disprassia
 - Difficoltà nei comportamenti adattivi
 - Basso controllo degli impulsi
 - Alterazioni del tono muscolare
 - Difficoltà attentive
 - Alterazioni nei processi di ideazione, pianificazione ed esecuzione dei compiti
 - Bassa intelligenza emotiva
 - Carenza di competenze sociali

7) Criterio n. 7: Temporalità (obbligatorio)

La buona pratica deve essere recente, realizzata non prima del 2010.

9 BUONE PRATICHE

CON RIFERIMENTO A PROGRAMMI DI FORMAZIONE PER BAMBINI CON DISTURBI DELLO SVILUPPO

- 
01. Programma OMS per la formazione dei Caregiver
 Sviluppo del programma dell'OMS per la formazione delle competenze dei caregiver rispetto ai disturbi o ai ritardi dello sviluppo
 Uno strumento per osservare la fenomenologia e l'estetica delle relazioni primarie: i "passi di danza" della reciprocità tra caregiver e neonato/bambino - Studio pilota di validazione
- 
02. Strumento per l'Osservazione della Reciprocità
 Un approccio sistemico all'intervento nella prima infanzia per le famiglie con bambini piccoli con disabilità e difficoltà di sviluppo
- 
03. Garanzia per i bambini in Bulgaria
 L'impatto di un intervento incentrato sulla famiglia per i genitori di bambini con disabilità dello sviluppo: un progetto modello nell'Irlanda rurale
- 
04. Impatto incentrato sulla famiglia
 Programma di formazione per migliorare gli obiettivi IFSP/IEP attraverso l'intervista basata sulle routine
- 
05. Formazione IFSP/IEP
 Gestione dell'autismo nei bambini e nei giovani: linee guida per una buona pratica clinica
- 
06. Linee guida per la gestione dell'autismo
 Aiutare i bambini piccoli a comprendere le sindromi ereditarie predisponenti al cancro utilizzando la biblioterapia
- 
07. Supporto educativo
 Progetto TEAVIAL
- 
08. Progetto TEAVIAL
 Guida teorica sul gioco: il ruolo del gioco nel favorire l'inclusione. Parchi gioco inclusivi - Programma di formazione per insegnanti
- 
09. Gioco inclusivo

BP1: Sviluppo del programma dell'OMS sulla formazione delle abilità del caregiver con riferimento ai disturbi o ritardi dello sviluppo

(Development of the WHO Caregiver Skills Training Program for Developmental Disorders or Delays)

Info (link):

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2019.00769/full>

Front. Psychiatry, 11 November 2019

Sec. Child and Adolescent Psychiatry

Volume 10 - 2019 | <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00769>

1) Approccio concettuale

a. Concetto

Globalmente, 52.9 milioni di bambini sotto l'età di 5 anni sperimentano una disabilità dello sviluppo, come la compromissione sensoriale, la disabilità intellettuale e il disturbo dello spettro autistico. Di questi, il 95% vive nei paesi a reddito basso-medio. La maggior parte di questi bambini ha mancanza di accesso alle cure. Alla luce della crescente evidenza che i caregiver possono imparare a sostenere la comunicazione sociale e il comportamento adattivo dei loro figli e a ridurre i loro comportamenti problematici, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sviluppato un nuovo programma di formazione sulle competenze dei caregiver (CST - Caregiver Skills Training Program) per le famiglie di bambini con disturbi o ritardi dello sviluppo, al fine di colmare questo divario di trattamento.

Il programma CST è stato progettato per essere fattibile, scalabile e adattabile, nonché appropriato per l'implementazione in contesti a basse risorse da parte di non specialisti. Il programma è stato informato da una revisione delle evidenze utilizzando un approccio basato su elementi comuni ed è stato sviluppato attraverso un'ampia consultazione delle parti interessate e un processo di revisione iterativa.

Il programma è destinato a un pubblico globale ed è stato progettato per essere adattato al contesto culturale, socio-economico, geografico e di risorse in cui viene utilizzato, per garantire che sia comprensibile, accettabile, fattibile e rilevante per gli utenti target. Il filo conduttore per raggiungere gli obiettivi del programma è la definizione di attività comuni in routine regolari e condivise da caregiver e bambino, che diventano opportunità di apprendimento e sviluppo. I caregiver sono incoraggiati a interagire con il bambino sia all'interno delle "routine domestiche" (che comprendono le attività svolte regolarmente, come mangiare, vestirsi, prendersi cura degli animali, riordinare e andare in comunità per fare commissioni, andare a prendere i fratelli o godersi l'aria aperta) sia all'interno delle "routine ludiche" con giocattoli e materiali riciclati (ad esempio, tazze o scatole di cartone) che sono facilmente disponibili per la famiglia.



**Co-funded by
the European Union**

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo contenuto, la cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.

b. Gruppo target

Il gruppo target è formato da bambini di età inferiore ai 5 anni.

c. Innovazione

Non-applicable.

d. Collegamenti/Complementarietà con istituzioni competenti

Il programma CST è stato promosso dall'OMS attraverso la Guida all'intervento mhGAP ("Mental Health Gap Action Programme") per i disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze in contesti sanitari non specializzati, che dal 2010 raccomandano il training delle competenze dei genitori nella gestione dei disturbi dello sviluppo o dei ritardi.

2) Orientamento al gruppo target

Come punto di partenza per lo sviluppo di CST, i risultati della revisione sistematica e della meta- analisi sono stati esaminati e discussi da leader mondiali con esperienza negli interventi mediati dai genitori, provenienti da diversi contesti professionali, geografici e culturali, durante un incontro presso la sede centrale dell'OMS. All'incontro hanno partecipato rappresentanti di 21 Paesi di tutti e sei i continenti, con una maggioranza di rappresentanti dei Paesi a basso reddito, secondo la classificazione della Banca Mondiale.

I rappresentanti comprendevano leader accademici, clinici, dirigenti di fondazioni, operatori e caregivers (beneficiari). A questi rappresentanti è stato chiesto di consigliare il contenuto e la struttura dell'intervento, di aiutare a risolvere i problemi di accettabilità e fattibilità e di identificare le strategie di sviluppo delle capacità.

3) Approccio Relazionale (obbligatorio)

Il punto centrale dello sviluppo del Caregiver Skills Training (CST) è stato il requisito che i beneficiari dell'intervento fossero bambini con difficoltà di sviluppo eterogenee e la necessità di promuovere la scalabilità del programma nei Paesi meno sviluppati con l'impiego di non specialisti che potevano essere formati nel più breve tempo possibile. Il programma è stato concepito per adottare un approccio incentrato sulla famiglia, che si inserisce in un modello di assistenza graduale, in cui il CST deve essere integrato nei servizi sanitari e sociali materni, infantili e familiari già esistenti.

Il programma è stato progettato per includere una combinazione di sessioni di gruppo in centri comunitari, centri sanitari o scuole e sessioni individuali nelle case dei caregiver.

4) Criteri Quantitativi



Ad oggi, ci sono 30 siti di sperimentazione attivi sul campo, che rappresentano tutte le regioni mondiali dell'OMS, Africa (n = 4), Americhe (n = 9), Mediterraneo orientale (n = 6), Europa (n = 4), Sud-est asiatico (n = 2) e Pacifico occidentale (n = 5). Le versioni ufficiali del training per le prove sul campo sono ora disponibili anche in spagnolo e sono in corso le traduzioni in molte altre lingue.

5) Controllo Qualità: documentazione e valutazione finale (obbligatorio)

I dati generati per questo studio sono disponibili su richiesta agli autori.

6) Trasferibilità / Replicabilità (obbligatorio)

Il punto centrale dello sviluppo del Caregiver Skills Training (CST) è stato il requisito che i beneficiari dell'intervento fossero bambini con difficoltà dello sviluppo eterogenee, e che il programma potesse essere ampliato nei paesi a basso e medio reddito (LMIC) attraverso l'impiego di personale non specializzato che potesse essere formato nel più breve tempo possibile. Il programma è stato progettato per adottare un approccio centrato sulla famiglia, inserito in un modello di assistenza graduale (stepped-care), in cui il CST è integrato nei servizi esistenti di salute e assistenza sociale per madri, bambini e famiglie.

7) Periodo di esecuzione (obbligatorio)

2019

8) Le buone pratiche devono riferirsi al periodo dell'infanzia compreso tra 0-6 anni) (obbligatorio)

La buona pratica è specificamente pensata per la prima infanzia, con particolare attenzione alla fascia di età compresa tra 0 e 5 anni.



BP2: Uno strumento per osservare la fenomenologia e l'estetica delle relazioni primarie: i "passi di danza" della reciprocità tra caregiver e neonato/bambino – Studio pilota per validazione

(A tool to observe the phenomenology and aesthetics of primary relationships: the “dance steps” of reciprocity between caregivers and infant/child – Pilot validity study)

Info (link):

<https://jpnim.com/index.php/jpnim/article/view/e120125>

1) Approccio concettuale

a. Concetto (obbligatorio)

Questo studio affronta la complessità delle interazioni caregiver-neonato/bambino a partire dalla cornice teorica della psicoterapia della Gestalt e dal campo di applicazione della Psicologia Pediatrica. Sulla base di un precedente studio empirico sul processo di reciprocità nelle interazioni caregiver-neonato/bambino (Spagnuolo Lobb, 2016), gli autori hanno lavorato alla costruzione di uno strumento osservativo per guardare alla co-creazione di esperienze significative, spostando il focus dal bambino alla "danza" della reciprocità tra caregiver e neonato/bambino. Considerando la contestualizzazione nell'ambito della Psicologia Pediatrica, questo studio pilota ha voluto testare l'applicazione dello strumento con diadi caregiver-bambino pretermine. Lo studio ha preso in considerazione esclusivamente bambini le cui condizioni di nascita erano moderatamente pretermine e con assenza di disabilità o comunque di gravi compromissioni evolutive.

b. Gruppo target (obbligatorio)

Bambini di 6-9-12 mesi e le loro madri.

c. Innovazione

Lo studio può essere considerato innovativo in quanto vuole produrre uno strumento che tenga conto dell'idea di co-creazione dell'effettiva esperienza di contatto tra bambino e caregiver. La co-creazione si basa sullo studio dei movimenti o della danza tra il bambino e il caregiver.

In altre parole, è possibile vedere le interazioni bambino-caregiver come un sistema complesso di percezioni e movimenti nel loro campo fenomenologico. Per osservare le loro interazioni, quindi, dobbiamo orientarci in una situazione complessa, dove è essenziale guardare alla reciprocità, all'atto reciproco di muoversi verso l'altro in una "danza" reciproca.

In questa co-creazione dell'esperienza di contatto tra caregiver e neonato, il movimento è fondamentale: incarna la prospettiva fenomenologica dell'esperienza intercorporea e



**Co-funded by
the European Union**

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo contenuto, la cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.

dell'intenzionalità, del now-for-next, della condizione di essere entusiasti verso il prossimo passo/azione. Anche il concetto di reciprocità è importante: quando ci concentriamo sulla cocreazione, siamo interessati alla "danza" tra caregiver e neonato, che include la nozione di sincronicità.

d. Collegamenti/Complementarietà con istituzioni competenti

Non-applicable.

2) Orientamento al gruppo target

Lo studio ha misurato: 1. la validità contenutistica/costruttiva dello strumento, 2. la sua affidabilità interna, 3. la sua "sensibilità" nel cogliere il cambiamento della "danza" relazionale nel passaggio da uno step evolutivo del neonato all'altro, relativamente ai tempi considerati (tra i 6-9-12 mesi di età effettiva), 4. gli avvenimenti contemporanei tra i flussi comportamentali della diade neonato-caregiver nelle 3 fasi di sviluppo considerate.

32 psicoterapeuti esperti sono stati coinvolti nella misurazione della validità dello strumento e 13 diadi caregiver-bambino sono state osservate nelle loro interazioni a 6-9-12 mesi di età effettiva del bambino.

3) Approccio Relazionale (obbligatorio)

L'approccio si configura come relazionale in quanto si basa direttamente sulla "danza" tra bambino e madre.

4) Criteri Quantitativi

32 psicoterapeuti esperti, tutti abilitati ed in possesso di titoli post laurea nell'ambito dell'approccio clinico della terapia della Gestalt, con almeno 8 anni di formazione in psicoterapia della Gestalt e 8 anni di pratica professionale privata, che hanno misurato la validità di contenuto dello strumento. Il gruppo su cui è stata condotta l'osservazione della "danza" relazionale era composto da 13 diadi caregiver-bambino (tutte madri) (si noti che nel testo continueremo a usare il termine "caregiver" perché lo strumento può essere usato con qualsiasi figura significativa della persona che si prende cura del neonato/bambino [madre, padre o altro caregiver sostitutivo in assenza dei genitori]).

5) Controllo Qualità: documentazione e valutazione finale (obbligatorio)

La documentazione fornisce una chiara rappresentazione del processo di lavoro ed è stato dimostrato in modo efficace un impatto positivo sul gruppo target.

6) Trasferibilità / Replicabilità (obbligatorio)



Lo studio, come tutte le prime valutazioni, è rivolto a una popolazione generale ("normale") di bambini, senza alcun disturbo denotato, ma potrebbe in futuro essere facilmente applicato con il suo strumento all'osservazione di qualsiasi tipo di diade o triade caregiver-bambini.

7) Periodo di esecuzione (obbligatorio)

La buona pratica si riferisce all'anno 2022.

8) Le buone pratiche devono riferirsi al periodo dell'infanzia compreso tra 0-6 anni) (obbligatorio)

La buona pratica è specificamente pensata per la prima infanzia, con particolare attenzione alla fascia di età compresa tra 6-9-12 mesi.



**Co-funded by
the European Union**

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo contenuto, la cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.

BP3: Programma Europeo di garanzia per l'infanzia in Bulgaria - Fase III dell'azione preparatoria della Commissione Europea - Componente 2: un approccio di sistema all'intervento nella prima infanzia per le famiglie con bambini piccoli con disabilità e difficoltà di sviluppo

(European Child Guarantee in Bulgaria - Phase III of the Preparatory Action of the European Commission – Component 2: A system approach to early childhood intervention for families with young children with disabilities and developmental difficulties).

Info (link):

<https://www.unicef.org/bulgaria/en/press-releases/european-commission-and-unicef-conclude-three-year-pilot-scheme-address-child>

1) Approccio concettuale

a. Concetto (obbligatorio)

Il progetto pilota sostiene lo sviluppo di un approccio sistemico all'intervento tempestivo per i bambini con difficoltà di sviluppo o a rischio di difficoltà di sviluppo a causa di fattori sociali o biologici, con particolare attenzione ai bambini da 0 a 7 anni.

b. Gruppo target (obbligatorio)

Il programma pilota ha contribuito a raggiungere più di 30.000 bambini e giovani adulti e 16.000 operatori che si occupano di gruppi vulnerabili, come i bambini con disabilità, i bambini che vivono in situazioni familiari precarie, i bambini che risiedono in istituti e i bambini rifugiati e migranti.

c. Innovazione

Il personale dei Centri comunitari ha seguito 75 ore di formazione di base sugli approcci contemporanei per l'erogazione di interventi tempestivi e precoci incentrati sulla famiglia nell'ambiente naturale del bambino, che hanno riguardato i seguenti argomenti: "L'intervento precoce" (Eurlayd), "L'intervento nella prima infanzia, la valutazione dei bisogni, la stesura di un piano individualizzato ed il coinvolgimento nell'ambiente familiare" (Fondazione Karin Dom), "Le specificità nell'erogazione dei servizi di interventi nella prima infanzia per i bambini pretermine e le loro famiglie" (Fondazione "I nostri bambini prematuri"), "l'applicazione dello strumento di screening ASQ-3". Sono state sviluppate linee guida metodologiche per l'applicazione dell'approccio di sistema per l'intervento tempestivo per i bambini nell'infanzia, che è già operativo nei Centri comunitari.

d. Collegamenti/Complementarietà con istituzioni competenti

Non-applicable.



**Co-funded by
the European Union**

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo contenuto, la cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.

2) Orientamento al gruppo target

Tra giugno 2021 e marzo 2022, le équipes specializzate negli interventi nella prima infanzia (ECI) di nuova costituzione ha raggiunto 119 famiglie, 33 delle quali hanno ricevuto un sostegno intensivo continuo. Le équipes hanno lavorato attivamente per aumentare la consapevolezza dei benefici del coinvolgimento della famiglia e dell'importanza di lavorare nell'ambiente naturale.

3) Approccio Relazionale (obbligatorio)

La buona pratica è di tipo relazionale. L'approccio prevede l'interazione tra i bambini e la loro famiglia con gli assistenti (caregivers).

4) Criteri Quantitativi

- creazione di 3 squadre mobili specializzate in ECI ed assunzione di altri 9 specialisti.
- 31 specialisti di 3 Centri comunitari hanno ricevuto una formazione intensiva di 84 ore su ECI.
- 196 genitori e 186 bambini sono stati seguiti dai team di intervento per la prima infanzia, e 33 di queste famiglie hanno ricevuto un sostegno intensivo.
- 99 specialisti nell'area dell'ECI, tra cui medici di base, infermieri che visitano a domicilio, operatori sanitari sono stati formati per condurre lo screening dello sviluppo.
- 150 persone hanno partecipato a workshop per genitori incentrati su ECI, tra cui specialisti, operatori sanitari e genitori di bambini piccoli.

5) Controllo Qualità: documentazione e valutazione finale (obbligatorio)

Per quanto riguarda l'impatto e il contenuto del processo di lavoro, entrambi sono documentati dai risultati indicati nella relativa sezione del documento relativo alla buona pratica.

6) Trasferibilità / Replicabilità (obbligatorio)

È possibile accedere alla metodologia e alle modalità di realizzazione della pratica/programma. Il programma/pratica può essere trasferito/replicato con successo a diverse condizioni di sviluppo neurologico.

7) Periodo di esecuzione (obbligatorio)

La buona pratica è recente, essendo stata avviata nel 2020, e risponde pienamente ai parametri richiesti.



8) Le buone pratiche devono riferirsi al periodo dell'infanzia compreso tra 0-6 anni (obbligatorio)

La buona pratica è specificamente pensata per la prima infanzia, con particolare attenzione alla fascia di età compresa tra 0 e 7 anni.



**Co-funded by
the European Union**

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo contenuto, la cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.

BP4: L'impatto di un intervento incentrato sulla famiglia per i genitori di bambini con disturbi dello sviluppo: Un progetto modello nell'Irlanda rurale)

(The Impact of a Family-Centred Intervention for Parents of Children with Developmental Disabilities: A Model Project in Rural Ireland)

Info (link):

<https://www.mdpi.com/2227-9067/10/2/175>

1. Approccio concettuale

a. Concetto (obbligatorio)

Il rischio maggiore di scarsa salute mentale e di isolamento sociale dei genitori di bambini con disabilità è aggravato dalle circostanze familiari e dal fatto di vivere in ambienti rurali. Spesso i genitori ricevono poco sostegno personale. Gli interventi incentrati sulla famiglia sono stati raccomandati a livello internazionale per promuovere lo sviluppo dei bambini e aumentare il benessere dei genitori. Tuttavia, in molti Paesi, l'attuale offerta di servizi è prevalentemente incentrata sul bambino e sulla cura. In una contea rurale dell'Irlanda è stato progettato e valutato un servizio di supporto innovativo incentrato sulla famiglia. Il personale di supporto ha visitato la casa della famiglia ogni mese per circa un anno, con regolari controlli telefonici. Gli obiettivi del servizio comprendevano la definizione di obiettivi di sviluppo per il bambino concordati con i genitori, oltre ad azioni volte a soddisfare le esigenze personali dei genitori e dei fratelli. Inoltre, venivano identificate o create attività comunitarie per promuovere l'inclusione sociale del bambino e della famiglia nelle comunità locali, oltre a individuare opportunità di attività sociali per le madri

b. Gruppo target (obbligatorio)

Bambini con disabilità tra 9 mesi e 13 anni e le loro famiglie/genitori

c. Innovazione

Il valore dei progetti innovativi, come questo, va oltre i risultati che forniscono alle famiglie e ai bambini. In particolare, dimostrano come nuovi modelli di servizi di assistenza sociale nelle comunità rurali possano fornire un sostegno economico, emotivo e pratico alle famiglie che crescono un bambino con disabilità.

d. Collegamenti/Complementarietà con istituzioni competenti

Non-applicabile.

2. Orientamento al gruppo target



**Co-funded by
the European Union**

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo contenuto, la cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.

In totale, finora hanno partecipato al progetto 110 bambini da 96 famiglie, che rappresentano il 91% delle famiglie che si sono rivolte al progetto. La maggior parte dei bambini aveva una necessità di ottenere dei programmi educativi speciali (n = 68: 62%), ma la percentuale era più alta per quelli con una disabilità di apprendimento (90%), rispetto all'autismo (75%) e alle disabilità dello sviluppo (78%).

3. Approccio Relazionale (obbligatorio)

Il progetto si è posto degli obiettivi sia per i bambini con disabilità che per i loro genitori/familiari.

4. Criteri Quantitativi

Hanno partecipato al progetto 110 bambini da 96 famiglie, per lo più situate in zone rurali e con composizioni familiari diverse (genitori sposati o in coppia, genitori single, ecc.).

5. Controllo Qualità: documentazione e valutazione finale (obbligatorio)

Per ogni bambino, in accordo con le famiglie, sono stati fissati obiettivi di apprendimento individuali in base ai livelli di sviluppo; questi obiettivi sono stati rivisti a sei, nove e 12 mesi. Per ogni obiettivo, i genitori e lo staff del progetto hanno espresso un giudizio sui progressi del bambino utilizzando una scala a cinque punti che andava da "molto meglio" a "meglio", "uguale", "peggio" e "molto peggio". Per condensare le informazioni relative ai 110 bambini, gli obiettivi scelti sono stati raggruppati in sei domini e, all'interno di ciascun dominio, è stato possibile accertare il numero di bambini i cui progressi sono stati valutati come "molto migliori". Nel complesso, i risultati riportano che i genitori hanno confermato un progresso molto positivo sui loro figli.

6. Trasferibilità / Replicabilità (obbligatorio)

Il programma stabilisce obiettivi di apprendimento sia per i bambini con disabilità che per i genitori, basati su attività di vita quotidiana comuni e replicabili per le famiglie. Inoltre, al fine di sviluppare maggiore fiducia e abilità sociali, il programma ha fornito un supporto emotivo ed anche al miglioramento dell'inclusione sociale.

7. Periodo di esecuzione (obbligatorio)

Il progetto è stato operativo per cinque anni (2018-2023).

8. Le buone pratiche devono riferirsi al periodo dell'infanzia compreso tra 0-6 anni) (obbligatorio)

Il progetto include bambini con disabilità di età compresa tra i 9 mesi ed i 13 anni.



BP5: Un programma di formazione per migliorare gli obiettivi IFSP (individualized family service plan - piano di servizio familiare individualizzato) /IEP (individualized education plan - programma di educazione individuale) attraverso il colloquio di routine

(A Training Program to Improve IFSP/IEP Goals and Objectives Through the Routines-Based Interview)

Info (link):

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0271121413494416?journalCode=teca>

Tânia Boavida, MPsy, Cecília Aguiar, PhD, and R. A. McWilliam, PhD View all authors and affiliations

Volume 33, Issue 4

<https://doi.org/10.1177/0271121413494416>

1) Approccio concettuale

a. Concetto (obbligatorio)

Le pratiche spesso non corrispondono alle filosofie sulla centralità della famiglia e sulla funzionalità dell'intervento nella prima infanzia (ECI; Campbell & Halbert, 2002). Viene proposto un programma di formazione come soluzione promettente per colmare il divario tra la teoria e pratica. Gli interventi sulla prima infanzia ("ECI" - "early childhood intervention") sono stati definiti come delle attività incentrate sulla famiglia, il che significa che gli operatori devono interagire con le famiglie in modo amichevole e di supporto, dando alle famiglie l'opportunità di prendere decisioni significative su come le pratiche di ECI possono aiutarle considerando sempre i bisogni a livello familiare. Il programma di formazione qui descritto mirava a promuovere questi concetti di centralità e funzionalità della famiglia tra gli operatori in ambito ECI nell'area di Lisbona. In particolare, i partecipanti sono stati addestrati alle *routine-based interviews* (interviste basate sulla vita quotidiana della famiglia, incentrata sul coinvolgimento, l'indipendenza e le relazioni sociali del bambino) che hanno lo scopo di aiutare le famiglie a identificare le proprie priorità per gli obiettivi del bambino e della famiglia. La natura contestuale di questa valutazione dei bisogni incoraggia le famiglie a pensare ai dettagli della loro vita quotidiana, promuovendo così la loro capacità di identificare ciò che vogliono cambiare.

b. Gruppo target (obbligatorio)

Questo programma ha lo scopo di fornire un intervento per la prima infanzia.

c. Innovazione



**Co-funded by
the European Union**

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.

Valutazione di obiettivi e traguardi centrati sulla persona, formazione personalizzata e monitoraggio continuo.

d. Collegamenti/Complementarietà con istituzioni competenti

Non-applicable.

2) Orientamento al gruppo target

I destinatari di questa formazione sono i professionisti nell'ambito degli interventi nella prima infanzia (ECI) e dell'educazione speciale nella prima infanzia (ECSE - Early Childhood Special Education).

3) Approccio Relazionale (obbligatorio)

I partecipanti sono stati formati per utilizzare le interviste basate sulle routine (RBI), concepite per aiutare le famiglie a identificare le proprie priorità per gli obiettivi del bambino e della famiglia. I beneficiari finali della formazione sono i bambini e le loro famiglie.

4) Criteri Quantitativi

La formazione è stata realizzata come progetto pilota con 80 professionisti nell'ambito degli interventi nella prima infanzia (ECI) e nell'ambito della pedagogia speciale per la prima infanzia (ECSE), provenienti da diverse località, e di età ed anni di esperienza diversi.

5) Controllo Qualità: documentazione e valutazione finale (obbligatorio)

La formazione è stata valutata positivamente dai partecipanti. Secondo il documento, dopo la formazione, il programma di formazione sviluppato per migliorare gli obiettivi (IEP/IFSP) conteneva meno obiettivi/traguardi e più obiettivi funzionali.

6) Trasferibilità / Replicabilità (obbligatorio)

Il documento descrive la metodologia e il processo di formazione: dallo sviluppo concettuale della formazione fino al feedback finale e alla valutazione dei partecipanti che lo hanno reputato trasferibile.

7) Periodo di esecuzione (obbligatorio)

La buona pratica è recente, essendo stata avviata nel 2015, e risponde pienamente ai parametri richiesti.

8) Le buone pratiche devono riferirsi al periodo dell'infanzia compreso tra 0-6 anni) (obbligatorio)

I beneficiari finali sono i professionisti dell'ECI e dell'ECSE che operano con famiglie e bambini con disabilità tra 0 e 6 anni.



**Co-funded by
the European Union**

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo contenuto, la cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.

BP6: Gestione dell'autismo nei bambini e nei giovani: Una linea guida di buona pratica clinica

(Management of Autism in Children and Young People: A Good Clinical Practice Guideline)

Info (link):

[964704.pdf \(hindawi.com\)](https://doi.org/10.1155/2014/964704)

Hindawi Publishing Corporation

Autism Research and Treatment

Volume 2014, Article ID 964704, 9 pages

<http://dx.doi.org/10.1155/2014/964704>

1) Approccio concettuale

a. Concetto (obbligatorio)

I progressi nell'identificazione, nella diagnosi e nel trattamento dei bambini molto piccoli con disturbo dello spettro autistico (ASD) hanno sfidato i ricercatori e i clinici ad esaminare valutazioni alternative dei progressi e dei risultati del bambino nei programmi di intervento precoce. Le valutazioni più comuni che valutano i cambiamenti nei vari domini dello sviluppo (cognizione, comunicazione, abilità sociali, comportamento adattivo e sfide comportamentali) sono valutazioni standardizzate. Tuttavia, in letteratura sono state evidenziate diverse limitazioni a questo tipo di approccio di misurazione, tra cui la mancanza di sensibilità, i vincoli dei test e i problemi contestuali. I test standardizzati devono essere integrati con l'uso di valutazioni individuali e specifiche (curricolari) per fornire dettagli più precisi sui progressi del bambino e per aiutare l'individuazione e la pianificazione del trattamento. Questo lavoro presenta i risultati di una valutazione dell'utilità del profilo di apprendimento adattato allo studente (aSLP - adapted student learning profile) per misurare i progressi dei bambini in un programma di intervento precoce specifico per il percorso didattico aSLP. L'aSLP è una misura basata sulla didattica che valuta la padronanza di abilità mirate per misurare i progressi di un bambino durante e dopo un programma di intervento. L'aSLP ha il potenziale per misurare i progressi del bambino durante l'intervento in corso in modo sistematico, consentendo di confrontare meglio i progressi del bambino e il tasso di apprendimento nell'intervento all'interno dei programmi e tra i programmi.

b. Gruppo target (obbligatorio)

Questa linea guida è destinata a essere utilizzata da tutti gli operatori coinvolti nella gestione di bambini e adolescenti (fino al compimento del 19° anno di età) con autismo nel settore dell'assistenza sanitaria primaria (compresi i medici di base), nel settore dell'assistenza sanitaria secondaria e terziaria (compresi i medici specialisti), nei servizi

di assistenza sociale, nei servizi per la disabilità e nel settore dell'istruzione.

c. Innovazione

Questo articolo presenta i risultati di una valutazione dell'utilità del profilo di apprendimento aSLP per misurare i progressi dei bambini in un programma di intervento precoce specifico per il curriculum aSLP.

d. Collegamenti/Complementarietà con istituzioni competenti

Non-applicable.

2) Orientamento al gruppo target

Non-applicable.

3) Approccio Relazionale (obbligatorio)

Questa guida presenta un metodo per analizzare i risultati che introduce nuove modalità di valutazione le quali evidenziano i progressi nell'apprendimento e nell'intervento, adottando una prospettiva globale che include anche il contesto accademico.

4) Criteri Quantitativi

Dei 49 bambini che hanno ricevuto il trattamento dal programma, 45 (età media = 22,67 mesi, mesi) sono stati oggetto dello studio e delle analisi.

5) Controllo Qualità: documentazione e valutazione finale (obbligatorio)

I risultati di questo studio sono a favore dell'uso supplementare di una valutazione basata sul curriculum, l'aSLP, per determinare i benefici di un programma di intervento precoce per i bambini con ASD. In tutte le valutazioni è stata riscontrata un'elevata variabilità dei punteggi tra i partecipanti. Le valutazioni sono risultate altamente correlate, indicando probabilmente che i bambini che avevano un funzionamento cognitivo e adattivo generale più elevato avevano maggiori probabilità di padroneggiare un maggior numero di abilità, il che non sorprende ma può sostenere la validità di una valutazione basata sul curriculum.

6) Trasferibilità / Replicabilità (obbligatorio)

I test standardizzati possono essere implementati con l'uso di una didattica basata sul curriculum.

7) Periodo di esecuzione (obbligatorio)



La buona pratica è recente, essendo stata avviata nel 2014, e risponde pienamente ai parametri richiesti.

8) Le buone pratiche devono riferirsi al periodo dell'infanzia compreso tra 0-6 anni) (obbligatorio)

Il progetto si rivolge a bambini con disabilità di età compresa tra 1 e 3 anni.



**Co-funded by
the European Union**

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo contenuto, la cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.

BP7: Aiutare i bambini a comprendere le sindromi di predisposizione ereditaria al cancro utilizzando la biblioterapia

(Helping young children understand inherited cancer predisposition syndromes using bibliotherapy)

Info (link):

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33788335/>

PMID: 33788335

doi: 10.1002/jgc4.1396.

1) Approccio concettuale

a. Concetto (obbligatorio)

Comunicare con i minori sulle condizioni ereditarie e sulle sindromi di predisposizione al cancro può essere impegnativo per i familiari e avere un impatto sui minori (incluso la gestione dell'effettuazione dei test genetici e sulla prevenzione tempestiva). Dato che spesso i test iniziano precocemente, è fondamentale fornire alle famiglie e al minore, strategie di comunicazione adeguate con il fine di implementare un processo decisionale informato. Per trasferire tali strategie di comunicazione, è stata utilizzato un approccio biblioterapeutico, in cui le storie vengono fornite in modo prescrittivo, con il fine di sviluppare una risorsa psicoeducativa per i bambini di età compresa tra i 5 e i 10 anni a rischio di sviluppare la sindrome di Li-Fraumeni (LFS) e la sindrome del feocromocitoma e paraganglioma ereditario (HPPS). A questo scopo sono state create storie illustrate basate su modelli di comprensione dello sviluppo dei bambini.

Le famiglie sono state invitate a leggere un libro di fiabe ai loro figli e figlie, seguite da interviste qualitative semi-strutturate. Secondo i resoconti, la risorsa biblioterapica ha fornito un supporto alle famiglie nella comunicazione su questi temi, senza generare disagio emotivo né nella famiglia né nei minori. Tutti i membri della famiglia hanno riferito che sarebbe stata utile al momento della prima valutazione e/o diagnosi dei loro figli e figlie.

b. Gruppo target (obbligatorio)

È stato sviluppato per bambini di età compresa tra i cinque e i dieci anni.

c. Innovazione

Questo programma è innovativo in quanto utilizza la narrazione di storie per informare su processi tipicamente angoscianti. Inoltre, le storie sono adattate per migliorare la comprensione dei bambini in base alla loro età, seguendo gli stadi di sviluppo cognitivo di Piaget.



**Co-funded by
the European Union**

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.

d. Collegamenti/Complementarietà con istituzioni competenti

È ispirato alla Costituzione dell'OMS.

In questa Costituzione, la salute è definita come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattie o disturbi. Il godimento del più alto livello di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale".

2) Orientamento al gruppo target

Componenti della famiglia che sono minori a rischio di LFS

3) Approccio Relazionale (obbligatorio)

Il programma si è avvalso di interviste telefoniche approfondite e semistrutturate con le famiglie per comprendere la loro esperienza di lettura del libro con i figli.

4) Criteri Quantitativi

Sono state condotte interviste con 12 genitori che avevano un totale di 29 figli di età compresa tra i 2 e i 18 anni.

5) Controllo Qualità: documentazione e valutazione finale (obbligatorio)

La buona pratica raggiunge l'obiettivo dichiarato di rendere le informazioni sulla salute comprensibili e accessibili a tutti gli individui, utilizzando come punto di accesso le storie, ovvero una delle principali fonti di apprendimento per i bambini, ed un linguaggio appropriato e adatto alla loro età evolutiva.

I risultati supportano i benefici dell'utilizzo di storie come strumento nel processo di comunicazione tra i membri della famiglia e i bambini che hanno necessità di sottoporsi a test genetici ed a screening oncologici continui considerati i fattori di rischio ereditari. Questo processo comunicativo diventa intimo e piacevole, fornendo supporto alle famiglie nell'affrontare le paure dei bambini. Infine, è stato dimostrato che il rituale condiviso della lettura di un libro tra i membri della famiglia e i bambini è utile per la comunicazione familiare.

6) Trasferibilità / Replicabilità (obbligatorio)

Nel corso dello studio, viene descritta la metodologia utilizzata per l'implementazione del programma, compresi i criteri di inclusione utilizzati per selezionare la popolazione, i criteri di creazione delle storie e la procedura condotta per la raccolta dei dati. Le storie non sono fornite, anche se, data la loro adattabilità e i temi trattati, sarebbe importante utilizzare storie diverse a seconda dell'età e delle circostanze dei partecipanti.

Da questo studio possiamo dedurre che un intervento come la biblioterapia sarebbe un approccio economico, accessibile e conveniente per i professionisti della salute genetica, da utilizzare per consigliare e soddisfare le esigenze delle famiglie.

7) Periodo di esecuzione (obbligatorio)

2020. Pubblicato a Gennaio 2021.

8) Le buone pratiche devono riferirsi al periodo dell'infanzia compreso tra 0-6 anni) (obbligatorio)

Un totale di 29 bambini, di età compresa tra i 2 e i 10 anni, a rischio di sviluppare la sindrome di Li-Fraumeni (LFS) e la sindrome da feocromocitoma e paraganglioma ereditario (HPPS), ha partecipato a questo progetto.



**Co-funded by
the European Union**

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.

BP8: Progetto TEAVIAL

(TEAVIAL PROJECT)

Info (link):

<http://teavial.es/index.php/nuestra-historia/>

1) Approccio concettuale

a. Concetto (obbligatorio)

Il progetto TEAVIAL è stato motivato dalla necessità di migliorare l'accessibilità cognitiva per le persone con disturbo dello spettro autistico (ASD) o altre difficoltà cognitive, promuovendo così l'autonomia e la partecipazione sociale delle persone affette da questi disturbi.

Per avviare questo progetto, è stato condotto uno studio preliminare utilizzando un approccio alla ricerca, alla valutazione e al cambiamento sociale che nasce dalla comunità e si realizza a favore della comunità ("Participatory Action Research" - PAR), coinvolgendo 1.786 studenti dei centri di istruzione per la prima infanzia e primaria della provincia di Siviglia (Spagna).

Sono state progettate e valutate varie sequenze con pittogrammi con l'obiettivo di selezionare quella che facilitasse una migliore comprensione da parte dei bambini delle linee guida da seguire sugli attraversamenti pedonali. Come risultato, è stato deciso di utilizzare due sequenze con quattro pittogrammi, a seconda che ci fosse o meno un semaforo. I colori concordati per rappresentare questi pittogrammi erano il blu e il bianco.

La diffusione e l'implementazione di queste sequenze in diverse città e comuni, sia in Spagna che a livello internazionale, permetterà di raggiungere l'obiettivo di inclusione sociale proposto e contribuirà a sensibilizzare la comunità autistica.

b. Gruppo target (obbligatorio)

Lo studio si è rivolto in particolare agli studenti dei livelli di educazione della prima infanzia (dai 3 ai 6 anni) e di educazione primaria (dai 6 ai 12 anni).

c. Innovazione

Il progetto TEAVIAL comprende aspetti innovativi, facendo luce sugli attuali insufficienti adattamenti delle infrastrutture del traffico che facilitano l'autonomia delle persone con disturbo dello spettro autistico (ASD) o altre difficoltà cognitive. Sottolinea le sfide che le persone affette da questi disturbi devono affrontare quando navigano come pedoni in ambienti pubblici, in particolare sugli attraversamenti pedonali, indipendentemente dalla presenza o meno di segnali stradali.

d. Collegamenti/Complementarietà con istituzioni competenti



Co-funded by
the European Union

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo contenuto, la cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.

La motivazione del progetto TEAVIAL è in linea con il terzo obiettivo dell'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile n.11, che si concentra su "Città e comunità sostenibili". Questo obiettivo fa parte dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite, approvata nel 2015

2) Orientamento al gruppo target

Come base per lo sviluppo del progetto TEAVIAL, è stato condotto uno studio con approccio PAR che ha coinvolto 1.786 studenti dei centri di istruzione primaria e della prima infanzia della provincia di Siviglia, in Spagna. Lo studio ha visto la partecipazione di un team multidisciplinare composto da:

- Medici affiliati all'Università di Siviglia.
- Educatori: direttori scolastici, psicologi dell'educazione, insegnanti specializzati in Pedagogia Terapeutica ed Educazione Fisica, insegnanti della prima infanzia, della scuola primaria, della scuola secondaria e dell'università (incluso il personale tecnico dell'educazione della prima infanzia).
- Agenti di polizia: capi della polizia locale, ufficiali che lavorano negli ambienti scolastici e specialisti dell'educazione stradale.
- Operatori sanitari.
- Tecnici dell'amministrazione locale: Ingegneri civili.
- Studenti della Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Siviglia.
- Familiari di bambini con disturbo dello spettro autistico (ASD).

3) Approccio Relazionale (obbligatorio)

La buona pratica è di tipo relazionale: consiste nell'attuare nuove misure che garantiscano il diritto all'inclusione di tutte le persone nella società.

4) Criteri Quantitativi

Il progetto TEAVIAL è stato avviato nel 2016. Il Comune di Mairena del Aljarafe (Siviglia) è stato un pioniere nell'implementazione delle sequenze sugli attraversamenti pedonali. Da allora, numerosi comuni hanno collaborato con il progetto TEAVIAL, tra cui: El Guijo (Córdoba), Brenes (Siviglia), San Martín de la Vega (Madrid), Amposta (Tarragona), Los Llanos de Aridane (Isola di La Palma), Castrillón (Asturie), Castilleja de la Cuesta (Siviglia), Fuenlabrada (Madrid), ecc.

5) Controllo Qualità: documentazione e valutazione finale (obbligatorio)

La buona pratica raggiunge con successo l'obiettivo di promuovere l'inclusione sociale di persone con disturbo dello spettro autistico (ASD) o altre difficoltà cognitive.



Nello studio preliminare intitolato "Accessibilità cognitiva nei passaggi pedonali per facilitare l'inclusione: progettazione, sviluppo e valutazione di una sequenza di pittogrammi", viene delineato il processo che ha portato alla creazione di due sequenze di pittogrammi adattati agli attraversamenti pedonali.

L'impatto può essere osservato attraverso il numero crescente di comuni che aderiscono al progetto firmando un accordo per adottare le sequenze di pittogrammi".

6) Trasferibilità / Replicabilità (obbligatorio)

Sia nello studio preliminare del progetto che sul sito web di TEAVIAL è possibile trovare la metodologia utilizzata, le motivazioni alla base di ogni decisione e la documentazione necessaria.

Le sequenze sono state utilizzate in numerosi comuni spagnoli, facilitando la mobilità e l'autonomia di persone con disturbo dello spettro autistico (ASD) o altre difficoltà cognitive. Le sequenze non possono essere modificate per garantire una comprensione universale.

7) Periodo di esecuzione (obbligatorio)

Il progetto TEAVIAL è stato avviato nel 2016 ed è attualmente in corso.

8) Le buone pratiche devono riferirsi al periodo dell'infanzia compreso tra 0-6 anni) (obbligatorio)

Allo studio preliminare del progetto TEAVIAL hanno partecipato 1.786 studenti. Le fasi selezionate comprendevano i Centri educativi per la prima infanzia ("Early Childhood Education Centers" - ECE) con studenti di età compresa tra i 3 e i 6 anni, i Centri educativi primari ("Primary Education Centers" - PEC) con studenti di età compresa tra i 6 e i 12 anni, o centri combinati che comprendevano entrambe le fasi ("Early Childhood and Primary Education" - ECE).



BP9: Guida teorica sul gioco: il ruolo del gioco nel facilitare l'inclusione. Programma di formazione per insegnanti sulle aree di gioco inclusive

(Theoretical Guide on Play: The Role of Play in Facilitating Inclusion. Inclusive Playgrounds-Teacher Training Program)

Info (link):

<https://inclusiveplaygrounds.eu/media/pinc-io5-roadmap-es.pdf>

Inclusive Playgrounds

Teacher Training Programme - PINC

1) Approccio concettuale

a. Concetto (obbligatorio)

Il modo di apprendere durante l'infanzia è attraverso il gioco, dove apprendimento e divertimento vanno di pari passo. Tuttavia, spesso si verificano situazioni di esclusione. Queste situazioni possono non rappresentare un pericolo finché sono occasionali, ma se persistono nel tempo, c'è il rischio di un'esclusione sociale duratura.

Queste situazioni sono dannose per l'educazione dei bambini che escludono o ignorano i loro coetanei, in quanto certi atteggiamenti che promuovono questo tipo di esclusione si convertono in situazioni attinenti alla normalità, soprattutto se rafforzati e approvati dagli adulti.

Durante la ricreazione scolastica, si osserva spesso che alcuni studenti non interagiscono con gli altri o non partecipano ai giochi, mettendosi in una posizione vulnerabile che può portare al bullismo. Pertanto, è importante promuovere il gioco inclusivo negli ambienti di vita reale per facilitare l'apprendimento naturale e prevenire il bullismo.

Alla luce di tutto ciò, appare evidente la necessità di creare un progetto che prevenga ogni forma di esclusione sociale, trasformando il momento della ricreazione in un ambiente inclusivo e divertente che favorisca l'apprendimento, comprese le tecniche di risoluzione dei conflitti.

L'obiettivo principale di questa guida è quello di aumentare il piacere del gioco libero e migliorare le esperienze dei bambini".

b. Gruppo target (obbligatorio)

Questa guida si rivolge ai bambini di età compresa tra i 3 e i 12 anni che frequentano la scuola dell'infanzia o la scuola primaria. Tuttavia, è applicabile a qualsiasi popolazione infantile, poiché ha un impatto positivo a livello globale.



**Co-funded by
the European Union**

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.

c. Innovazione

Questa guida è considerata innovativa e significativa in quanto considera teoricamente il gioco inclusivo nell'infanzia, concentrandosi sul gioco libero durante il tempo libero dei bambini. A questo proposito, fornirà conoscenze relative alle metodologie di insegnamento, promuovendo così l'accessibilità al gioco libero nell'infanzia.

d. Collegamenti/Complementarietà con istituzioni competenti

Il gioco e i suoi benefici sono riconosciuti dalla letteratura scientifica e dalle convenzioni internazionali come un diritto del bambino, sottoscritto da tutti i Paesi membri delle Nazioni Unite (ONU). In questo senso, l'importanza del gioco e della ricreazione nella vita dei bambini è stata riconosciuta nel 1948 dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, che riconosceva che "ogni individuo ha diritto al riposo e allo svago". Anni dopo, nel 1989, la Dichiarazione dei Diritti del Bambino affermava che "il bambino ha il diritto di dedicarsi al gioco e alle attività ricreative, che devono essere finalizzate agli stessi scopi dell'istruzione. La società e le autorità pubbliche devono sforzarsi di promuovere il godimento di questo diritto".

Questi testi affermano implicitamente che il diritto appartiene a tutti i bambini e le bambine senza distinzioni. Tuttavia, nel 2006, la Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità ha tutelato esplicitamente la partecipazione ad attività ricreative, di svago e sportive per tutti, garantendo che i bambini con disabilità abbiano uguale accesso, insieme ai loro coetanei, a partecipare e godere di giochi e/o attività ricreative, di svago o sportive, comprese quelle che si svolgono all'interno del sistema scolastico.

2) Orientamento al gruppo target

Questa guida è rivolta ai bambini tra i 3 e i 12 anni che frequentano la scuola dell'infanzia o la scuola primaria. Tuttavia, è applicabile a qualsiasi popolazione infantile, poiché ha un impatto positivo a livello globale.

3) Approccio Relazionale (obbligatorio)

Le interazioni tra caregiver/insegnanti e studenti sono facilitate da materiali di supporto specifici.

Alcune delle risorse utilizzate o delle caratteristiche degli elementi da considerare sono state:

- Cuffie a cancellazione di rumore.
- Interruttori.
- Materiali di facile lettura.
- Tipo di carattere accessibile.

- Pittogrammi.
- Videotutorial.
- Fotografie.
- Tecnologia di comunicazione.
- Applicazioni di supporto: Tempus, DictaPicto, TEAyudo a Jugar.
- Tecnologia: ARASAAC, ARAWORD, PICTOSELECTOR.
- Elementi sensoriali come marcatori per giochi di ruolo (braccialetti con campanelli, marcatori tattili di squadra, marcatori tattili di zona).
- Agenda studenti.
- Lavagna di comunicazione.

4) Criteri Quantitativi

Il progetto è iniziato nell'ottobre 2020, con l'Università di Murcia come ente principale e Olga Rodríguez Ferrán nel ruolo di coordinatrice. Il progetto è rivolto agli insegnanti per facilitare l'inclusione dei bambini, sia in classe che durante le pause. Sono stati realizzati guide e raccomandazioni riguardanti: i processi inclusivi nell'educazione, una guida teorica sul gioco (il gioco come facilitatore dell'inclusione), una guida pratica al gioco, una guida per condurre una comunità educativa (strategie per sensibilizzare all'inclusione) e percorsi operativi per gli insegnanti (risorse e didattica della formazione PINC).

5) Controllo Qualità: documentazione e valutazione finale (obbligatorio)

Il report illustra la metodologia del progetto suddivisa in diverse fasi:

- **Passo 1**
 - Osservazione attiva.
 - Registrazione.
 - Analisi.
 - Identificazione degli studenti target e decisioni in merito.
- **Passo 2**
 - Organizzazione delle aree di gioco.
 - Formazione della catena dell'accessibilità.
 - Formazione del team di mediatori ludici.
 - Frequenza.
- **Passo 3**
 - Creazione e selezione di giochi coinvolgenti.
- **Passo 4**
 - Gioco e accompagnamento.

Per valutare l'efficacia della guida e determinare i risultati e i progressi raggiunti, si suggerisce di raccogliere le seguenti informazioni:



- Grado di partecipazione e divertimento degli studenti.
- Efficacia della zona di gioco.
- Adeguatezza delle risorse materiali e umane.
- Efficacia della catena dell'accessibilità.
- Efficacia del supporto fornito.
- Sintesi degli aspetti più rilevanti verificatisi durante le pause.

La raccolta di queste informazioni aiuta anche a identificare le potenziali esigenze di modifica dei giochi e delle attività proposte.

6) Trasferibilità / Replicabilità (obbligatorio)

L'accesso alla metodologia e al processo di attuazione della pratica/programma è disponibile (ad esempio, descrizione del processo, linee guida, manuale, ecc.).

La metodologia impiegata si riflette nel processo di attuazione del programma, che consiste nelle seguenti fasi:

- Osservazione: analisi osservativa del gioco in un contesto ricreativo, partecipazione degli studenti, accessibilità al gioco, analisi ambientale.
- Organizzazione del team, raccolta dati e programmazione.
- Selezione e creazione di giochi: selezione o creazione di giochi motivanti.
- Il gioco stesso: processo di intervento quotidiano o processo di intervento per un gioco specifico.
- Valutazione.

Il programma tiene conto dell'eliminazione delle barriere fisiche, sensoriali, cognitive, comunicative, attitudinali o formative. Pertanto, il gioco è adatto alla partecipazione di tutti i bambini, indipendentemente dalle loro condizioni di sviluppo neurologico.

Si basa sul gioco inclusivo, guidato dai principi dell'uso equo e flessibile dei materiali, del gioco intuitivo e facile da usare, ed anche dell'accesso a informazioni percepibili. Consente la tolleranza degli errori, richiede uno sforzo fisico adeguato e tiene conto di dimensioni e spazi appropriati, è creato a beneficio dei soggetti con le condizioni sopra citate e dell'intera popolazione infantile.

7) Periodo di esecuzione (obbligatorio)

Il progetto si è svolto da ottobre 2020 a marzo 2023 (30 mesi).

8) Le buone pratiche devono riferirsi al periodo dell'infanzia compreso tra 0-6 anni (obbligatorio)



La guida si è concentrata sugli studenti della scuola dell'infanzia (dai 3 ai 6 anni) e della scuola primaria (dai 6 ai 12 anni). Tuttavia, la sua attuazione pratica ha un impatto positivo sull'intera popolazione infantile.



**Co-funded by
the European Union**

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo contenuto, la cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.

Conclusioni

La raccolta di queste buone pratiche evidenzia la diversità e l'innovazione degli approcci a sostegno delle famiglie e dei caregiver di bambini con disturbi dello sviluppo. Ogni pratica offre insegnamenti preziosi e metodologie che possono essere adattate e applicate in diversi contesti, con l'obiettivo di rafforzare l'intervento precoce nella prima infanzia.

Ad esempio, l'intervento centrato sulla famiglia nell'Irlanda rurale non solo si concentra sugli obiettivi evolutivi del bambino, ma prende in considerazione anche il benessere dei genitori e dei fratelli, promuovendo un approccio olistico al supporto familiare. Allo stesso modo, il programma di formazione di Lisbona colma il divario tra le filosofie centrate sulla famiglia e le pratiche reali, fornendo strumenti ai professionisti per sostenere le famiglie in modo maggiormente efficace.

Tra le pratiche più rilevanti si annoverano il Programma di Formazione per Caregiver dell'OMS, che rappresenta un esempio concreto del potenziale degli interventi scalabili e adattabili in contesti con risorse limitate, e il progetto TEAVIAL, focalizzato sul miglioramento dell'accessibilità cognitiva per persone con Disturbo dello Spettro Autistico.

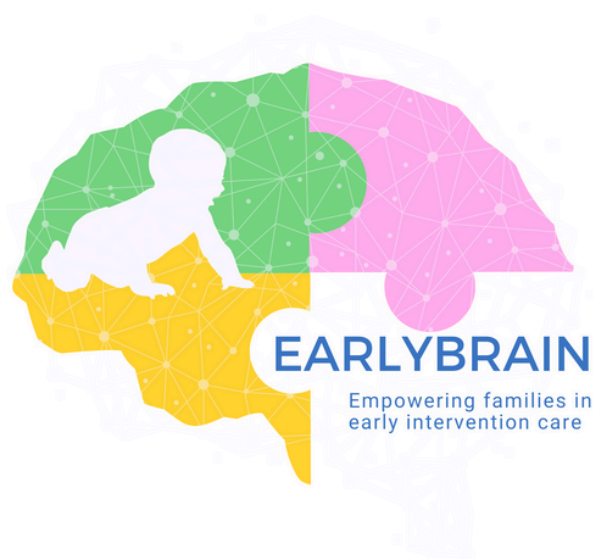
Il modello biblioterapico, inoltre, costituisce un approccio innovativo alla comunicazione con i bambini su condizioni ereditarie, facilitando decisioni informate e riducendo il disagio emotivo.

Concentrandosi sui bisogni complessivi di bambini e famiglie, questi interventi non solo favoriscono il progresso nello sviluppo, ma contribuiscono anche a creare ambienti di supporto inclusivi per tutti i soggetti coinvolti.

Il progetto EarlyBrain si impegna a diffondere queste pratiche per ispirare e orientare iniziative volte a responsabilizzare le famiglie e migliorare i risultati per i bambini con disturbi dello sviluppo, in tutta Europa e oltre.







**Co-funded by
the European Union**

Questo progetto ha ricevuto finanziamenti dal programma Erasmus+ dell'Unione Europea ai sensi dell'accordo di sovvenzione n. 2022-1-ES01-KA220-ADU-000088960.

Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non implica l'approvazione del suo contenuto, la cui responsabilità è esclusiva degli autori. Pertanto, la Commissione non è responsabile dell'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui diffuse.