

# Indice

<b>Presentazione</b> di <i>Donato Salfi</i>	7
<b>Introduzione</b>	13
<i>Capitolo primo</i>	
<b>Cenni di fisiologia del sistema urinario e di quello fecale</b>	21
1.1 Il Sistema urinario	21
1.2 Il Sistema fecale	24
<i>Capitolo secondo</i>	
<b>Interpretazioni eziologiche</b>	31
2.1 Cause neurofisiologiche	31
2.2 Cause psicologiche	36
<i>Capitolo terzo</i>	
<b>Breve rassegna di alcuni programmi di “toilet training” diurno</b>	39
3.1 Il programma di Ellis	40
3.2 Il programma di Mahoney, Van Wagenen e Meyerson	42
3.3 Il programma di Foxx e Azrin	44
3.4 Il programma di Leblanc, Carr, Crossett, Bennett e Detweiler	58
3.5 Il programma di Cicero	62
3.6 Il programma di Guazzo e Nappo	64
<i>Capitolo quarto</i>	
<b>Un programma per l’insegnamento del controllo sfinterico diurno</b>	79
4.1 Assessment del controllo sfinterico e analisi dei dati	81
4.2 Stesura del programma	87
4.3 Programmazione ambientale	91
4.4 Training di apprendimento	94

4.5 Insegnamento dell'indipendenza in bagno	97
4.6 Generalizzazione e mantenimento	99
4.7 Gestione dei più comuni problemi	101
<i>Capitolo quinto</i>	
<b>Trattamento del controllo sfinterico notturno</b>	117
<b>Riferimenti bibliografici</b>	123

# Presentazione

di *Donato Salfi*

Gentile lettore, mi permetta di proporle un'attività che, per quanto inconsueta e paradossale, assolve a una precisa funzione epistemologica.

*Chiuda il libro e chiuda gli occhi.*

Mi segua fiducioso in questo esercizio di immaginazione guidata: in una famiglia è nato un bambino. Come ogni neonato, anche questo bambino ha bisogno di cure, di stimoli, di interazioni ripetute per sviluppare quelle abilità di base che costituiscono la piattaforma su cui si costruiranno tutte le competenze successive: il controllo del capo, il mantenimento della posizione seduta, la deambulazione, l'alimentazione autonoma, l'igiene personale, il controllo degli sfinteri. In condizioni tipiche, tali apprendimenti emergono attraverso una fitta rete di contingenze di apprendimento: stimoli ambientali, risposte del bambino, conseguenze naturali e sociali che rinforzano i repertori comportamentali emergenti.

*Ora può riaprire gli occhi.*

Per scoprire che a quel bambino viene attribuita una diagnosi di Disabilità Intellettiva o di Disturbo dello Spettro Autistico; talvolta una diagnosi specifica, come la Sindrome di Down. Il dato clinico, nel momento stesso in cui viene formulato, modifica profondamente il contesto educativo, spesso in modo implicito: le aspettative degli adulti si abbassano, le interazioni si fanno più caute, l'insistenza diminuisce.

*Torniamo alla scena iniziale.*

Il neonato è sul fasciatoio, in posizione prona. L'adulto agita un sonaglino per evocare il sollevamento del capo. Il bambino non ri-

sponde. L'adulto ripete lo stimolo. Ancora nessuna risposta. Dopo alcuni tentativi, l'interazione viene interrotta. Questa sequenza, apparentemente poco significativa, produce invece un esito fatale: la contingenza stimolo-risposta si interrompe. Il comportamento che avrebbe avuto bisogno di essere evocato, modellato e rinforzato viene progressivamente ignorato e fatica così a entrare nella storia degli apprendimenti del bambino.

Il risultato osservabile sarà un'acquisizione ritardata del controllo del capo. Tale ritardo, proprio nei bambini con Sindrome di Down, viene ancora frequentemente interpretato come espressione di una più lenta maturazione neurologica, attribuita a fattori endogeni quali la tardiva mielinizzazione delle fibre nervose. Tuttavia, questa lettura esclusivamente maturativa dello sviluppo è stata da tempo messa in discussione dalla letteratura scientifica. Numerosi studi hanno dimostrato che bambini con Sindrome di Down sottoposti a programmi sistematici di stimolazione precoce acquisiscono abilità motorie di base — incluso il controllo del capo — in tempi significativamente più rapidi rispetto a bambini con la stessa diagnosi che non ricevono interventi strutturati (Harris, 1981; Ulrich, Ulrich, & Collier, 1992). Tali evidenze indicano con chiarezza che lo sviluppo non può essere compreso unicamente come funzione della maturazione biologica, ma come prodotto dell'interazione tra organismo e ambiente, mediata da contingenze di rinforzamento.

La stessa dinamica si osserva in ambiti successivi dello sviluppo. Quando un bambino più grande oppone resistenza all'igiene orale, serrando i denti o manifestando comportamenti oppositivi, l'adulto tende spontaneamente a interrompere il tentativo di insegnamento. Anche in questo caso, la rinuncia dell'adulto elimina le condizioni necessarie affinché il comportamento possa essere appreso. Il risultato longitudinale di questi mancati apprendimenti è efficacemente descritto da Pregliasco, Ottolina, Pinnavaia e Costa (2007), quando osservano che l'esame obiettivo del cavo orale di persone con disabilità intellettiva istituzionalizzate mostra frequentemente gravi condizioni patologiche, quali estesi depositi di tartaro, ascessi, ipertrofie gengivali e un numero elevatissimo di carie.

Analogamente, nel controllo sfinterico, tentativi sporadici e non sistematici, privi di un'analisi funzionale e di una programmazione delle conseguenze, producono fallimenti che rinforzano l'idea che

l'apprendimento sia impossibile e che il bambino con disabilità intellettuale o relazionale sia destinato a una traiettoria di vita segnata dalla dipendenza, dalla riduzione delle opportunità di autonomia e dal ricorso a soluzioni demolitive.

In questa prospettiva, ciò che viene spesso attribuito alla “gravità” della disabilità appare piuttosto come l'esito prevedibile di un fallimento educativo e organizzativo, determinato dall'assenza di interventi intenzionali, sistematici e basati sull'evidenza.

Queste sequenze non sono eccezioni, ma regolarità osservabili nei contesti familiari e educativi. Ed è qui che emerge una questione al tempo stesso etica e metodologica: l'enunciazione dei diritti non è sufficiente se non si traduce in condizioni operative che permettano alla persona di esercitarli. La dignità di una persona con disabilità non è garantita dalla sola affermazione di principi astratti, ma dalla possibilità concreta di acquisire competenze che incidono direttamente sulla qualità della vita. Tra queste, il controllo sfinterico rappresenta una competenza cruciale, sia per l'autonomia personale sia per l'inclusione sociale.

Sono pertanto grato a Giovanni Maria Guazzo e a Consiglia Nappo, che in questo lavoro hanno saputo connettere i principi ai comportamenti, i valori alle procedure, i diritti alle pratiche educative. Il merito principale del testo, infatti, è quello di dimostrare, con rigore teorico e chiarezza operativa, che il controllo sfinterico è un'abilità complessa ma insegnabile, se affrontata come qualsiasi altro repertorio comportamentale.

*Oh, dimenticavo: ora può riaprire il libro.*

Il volume prende avvio da un'accurata analisi della fisiologia dei sistemi urinario e fecale, integrata con la descrizione delle principali condizioni patologiche che possono interferire con l'apprendimento. Questo passaggio consente di delimitare il campo, distinguendo ciò che costituisce un vincolo organico reale da ciò che rientra nella sfera dei comportamenti che possiamo insegnare. Su tali basi, gli Autori propongono una rassegna critica dei principali programmi di toilet training presenti in letteratura, da Ellis a Mahoney, da Foxx e Azrin a Cicero, analizzandone presupposti teorici, procedure, modalità di rinforzamento e limiti applicativi.

Solo dopo questo lavoro di chiarificazione viene introdotto il programma di intervento creato dagli stessi Autori, fondato su un assessment funzionale accurato, sulla raccolta sistematica dei dati, sulla programmazione degli antecedenti e delle conseguenze e sull'uso intenzionale del rinforzamento naturale e sociale. L'obiettivo non è l'emissione occasionale della risposta corretta, ma la costruzione di catene comportamentali stabili e generalizzabili nei diversi contesti di vita.

Un elemento centrale del modello proposto riguarda il superamento dell'intervento centrato esclusivamente sull'esperto. Il testo mostra con chiarezza che gli apprendimenti destinati a durare nel tempo sono quelli sostenuti dalle persone che vivono quotidianamente con il bambino. La formazione e il coinvolgimento di genitori, insegnanti e educatori non rappresentano dunque un elemento accessorio, ma una condizione necessaria per l'efficacia dell'intervento.

In questa prospettiva, il volume si inserisce pienamente in una concezione dei servizi orientata all'impatto sulla qualità della vita. Un intervento è efficace non quando produce un risultato statisticamente significativo in un contesto controllato, ma quando modifica in modo stabile e osservabile le condizioni di vita della persona con disabilità e della sua famiglia. Tale impostazione è coerente con il modello bio-psico-sociale dell'ICF (World Health Organization [WHO], 2001) e con l'approccio promosso da Anffas, che pone la persona, i suoi desideri e il progetto di vita al centro della valutazione dell'efficacia dei servizi (Speziale, 2025).

Per queste ragioni, il libro di Guazzo e Nappo non è soltanto un manuale tecnico, ma un contributo che favorisce il passaggio dal paradigma lineare malattia–menomazione–disabilità–handicap, descritto dall'ICDH (WHO, 1980), a una concezione centrata sul funzionamento, sull'apprendimento e sulla responsabilità educativa, in cui i diritti non sono semplicemente dichiarati, ma concretamente resi esigibili.

## **Riferimenti bibliografici**

Harris, S.R. (1981). Early motor intervention in Down syndrome infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 23(2), 159–166.

- Pregliasco, F., Ottolina, P., Pinnavaia, C., & Costa, S. (2007). Igiene orale in soggetti istituzionalizzati affetti da ritardo mentale. *Prevenzione & Assistenza Dentale*, (4), 33–45.
- Ulrich, D.A., Ulrich, B.D., & Collier, D.H. (1992). Alternatives to neurodevelopmental treatment: Motor learning approaches for infants with Down syndrome. *Physical Therapy*, 72(9), 653–666.
- World Health Organization (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps*. Author.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Author.

**Donato Salfi**  
Direttore Scientifico  
ANFFAS Altamura