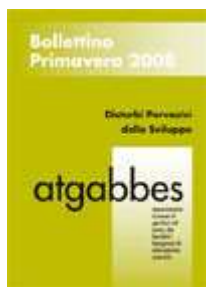


Caratteristiche comportamentali dei disturbi pervasivi dello sviluppo

Claudio Cattaneo, responsabile Segretariato ARES, Ortopedagoga, Diplomato all'Università di Tolosa in "Autismo e altri disturbi dello sviluppo psicologico"



tratto dal Bollettino ATGABBES, primavera 2008

Introduzione

Di disturbo autistico (o più semplicemente di autismo) si è sempre parlato, e questa parola, appena la si sente, suscita una miriade di pensieri o idee, sia fra la gente comune sia fra le molteplici categorie professionali, dal settore medico a quello terapeutico e educativo. La prima descrizione di un gruppo di bambini con caratteristiche particolari e simili, mai osservata in precedenza (non per questo gli individui con queste caratteristiche non esistevano), è stata fatta da Leo Kanner, nel suo ormai famoso articolo apparso sulla rivista *Nervous Child* (Kanner, 1943). Nello stesso periodo, un altro medico psichiatra austriaco, descriveva a Vienna un altro gruppo di individui con caratteristiche molto simili a quelle descritte da Kanner, ma che non presentavano un ritardo nello sviluppo del linguaggio. A differenza dello studio di Kanner, diventato fin da subito molto famoso, trovandosi in una nazione non implicata territorialmente nel conflitto mondiale in atto (gli Stati Uniti), lo studio di Hans Asperger (1944) è finito nel dimenticatoio della scienza fino alla fine degli anni '70, quando è stato ripreso da Lorna Wing.

Sia il disturbo autistico, sia la Sindrome di Asperger, fanno parte di un gruppo di problematiche dello sviluppo raggruppate, nelle classificazioni internazionalmente riconosciute, nei "Disturbi Pervasivi dello Sviluppo".

Le classificazioni maggiormente utilizzate e riconosciute a livello mondiale sono la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10, 1992) dell'Organizzazione Mondiale della Salute, e il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR, 2001) dell'Associazione Americana di Psichiatria. Entrambi presentano il gruppo dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo come gruppo a sé stante, all'interno del quale troviamo una concordanza nella descrizione dei disturbi in questione (anche se è vero che l'ICD-10 presenta alcune categorie diagnostiche in più rispetto al DSM-IV-TR). Per dovere di precisione, il DSM aveva introdotto la categoria dei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo (dove i termini "generalizzati" e "pervasivi" sono considerati come "sinonimi") già nel 1980 nella sua terza edizione. La terminologia è importante nella considerazione di una problematica: infatti, con la definizione di "disturbo dello sviluppo" si è attuata la definitiva esclusione del disturbo autistico dal grande insieme delle psicosi infantili. Infatti, in passato, il disturbo autistico era considerato un sottogruppo delle psicosi infantili, cosa non più valida da anni. Purtroppo, a livello di Ordinanza federale per l'Assicurazione Invalidità permane tuttora la confusione di termini, dove si accomunano ancora il disturbo autistico e le psicosi infantili! La considerazione di una problematica implica poi delle conseguenze dirette nell'intervento terapeutico-educativo: un disturbo psichiatrico viene affrontato con un intervento di tipo psicologico, mentre un disturbo dello sviluppo va trattato con un intervento di tipo educativo.

Inoltre, si è definitivamente archiviata la triste fase dove i genitori, ed in particolare la madre, venivano considerati come causa del disturbo del proprio figlio o della propria figlia!

La corrispondenza fra i termini utilizzati per definire le varie condizioni, fra l'ICD-10 e il DSM-IV-TR è la seguente (Cohen e Volkmar, 1997):

ICD-10	DSM-IV ¹
Autismo infantile	Disturbo autistico
Autismo atipico	Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato (DPS-NAS)
Sindrome di Rett	Disturbo di Rett
Altri Disturbi Disintegrativi dell'Infanzia	Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia
Disturbo da iperattività con ritardo mentale e movimenti stereotipati	Nessuna categoria corrispondente
Sindrome di Asperger	Disturbo di Asperger
Altri Disturbi Pervasivi dello Sviluppo	DPS-NAS
Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, non specificato	DPS-NAS

Descrizione clinica

Fin dalla prima descrizione fornita da Kanner (1943), emerge come i bambini da lui visti presentavano alcune caratteristiche comuni:

- assenza o anomalie nello sviluppo del linguaggio;
- inusuale isolamento sociale (aleness).
- importante resistenza al cambiamento (sameness).

Se questi tre fattori sono tutt'ora presenti nella descrizione clinica del disturbo autistico, altre considerazioni fatte da Kanner sono state o rivalutate o escluse. Fra le più significative, ma senza entrare nei dettagli, definitivamente escluso è il ruolo dei genitori nell'insorgere del disturbo, così come il fatto che il bambino con autismo presenti sempre un'intelligenza nella norma (i dati attuali ci dicono che fra il 50 ed il 70 % degli individui con disturbo autistico presenta anche un ritardo mentale).

Le caratteristiche generali comuni nei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, concernono difficoltà o anomalie significative in tre ambiti: l'interazione sociale, la comunicazione verbale e non verbale, le modalità di comportamento ed interessi che sono limitati, ripetitivi e stereotipati.

Per una descrizione di ogni singolo elemento diagnostico, per ognuno dei DPS, rimandiamo ai menzionati manuali diagnostici, mentre cercheremo di dare qui una descrizione più pratica di quali siano i comportamenti "qualitativamente" anomali rispetto allo sviluppo tipico del bambino. In generale, le caratteristiche diagnostiche osservabili si rifanno a comportamenti che devono essere presenti nella primissima infanzia (per il disturbo autistico entro i 3 anni di età), e che non devono essere conseguenza di altre condizioni mediche o psichiatriche identificabili (diagnosi differenziale).

Due concetti devono essere innanzitutto tenuti presenti:

¹ Fra il DSM-IV ed il DSM-IV-TR non vi sono differenze per quanto riguarda le descrizioni diagnostiche

1. per ogni ambito si parla di anomalia qualitativa che deve portare ad una difficoltà significativa nei vari ambiti di vita quotidiana. Il termine “qualitativo” si contrappone al termine “quantitativo”. Infatti, non si tratta di determinare se un determinato comportamento sia presente o meno (quantitativo), ma piuttosto l’anormalità, rispetto all’età cronologica ed al livello di sviluppo del soggetto, dell’espressione di un determinato comportamento;
2. l’assenza o la presenza anomala di un comportamento non è dovuta alla non-volontà del soggetto, ma ad una incapacità innata ad acquisire e quindi ad utilizzare una abilità, che sia sociale, comunicativa o di interessi. In altre parole, il bambino con un DPS non è che “non vuole” o “fa apposta” a non presentare una certa capacità, ma non riesce in quanto gli mancano quei presupposti genetici che permettono al bambino di imparare ed usare tutta una serie di comportamenti adattivi, in ambito sociale e comunicativo;
3. le difficoltà o anomalie perdurano per tutta la vita, anche se la loro espressione comportamentale può cambiare, sia da persona a persona, sia per lo stesso individuo, con evoluzioni che possono essere molto diverse a dipendenza di vari fattori (gravità del disturbo, presenza o meno di ritardo mentale aggiunto, interventi effettuati, ecc.).

Questa considerazione generale è importante, in quanto fa cambiare radicalmente lo sguardo che viene posto sul bambino (e sull’adulto) evitando di essere moralmente giudicanti nei suoi confronti.

La descrizione che segue presenta in particolare le caratteristiche che sono osservabili in una persona che presenta un disturbo autistico. Non dimentichiamo che la maggior parte di queste peculiarità sono osservabili in tutti i DPS, con alcune piccole eccezioni, vuoi nel decorso (si pensi ad esempio al Disturbo Disintegrativo dell’Infanzia, dove lo sviluppo nei primi due anni è apparentemente normale, oppure alla Sindrome di Rett), vuoi in alcuni singoli elementi diagnostici (ad esempio, nella Sindrome di Asperger per quanto concerne lo sviluppo cognitivo e del linguaggio nonché le capacità di autoaccudimento).

Le difficoltà nell’interazione sociale

Il bambino² ha difficoltà a capire e ad utilizzare tutta una serie di comportamenti che regolano le interazioni sociali con gli altri. Questi comportamenti, che noi utilizziamo quotidianamente in modo spontaneo, senza nemmeno dovervi pensare, sono principalmente: l’utilizzo dello sguardo, le posture fisiche, le espressioni mimiche, la gestualità. Ad ogni situazione sociale, sappiamo adattare i nostri comportamenti non verbali che accompagnano e reggono la relazione sociale, con una gamma di varietà ed una flessibilità eccezionali. Abbiamo inoltre imparato ad utilizzare quelle che sono delle “regole” sociali implicite dall’esperienza e poiché “pre-determinati” a poterlo fare. La persona con un DPS non ha nel suo bagaglio i presupposti che le permettono di accedere e comprendere questo mondo fatto di sguardi comunicativi, di posizioni del corpo, di vicinanza-lontananza adeguata dall’interlocutore, di mimiche e atteggiamenti. Se, ad esempio, prendiamo l’uso dello sguardo, si dice spesso che la persona con un disturbo autistico non guarda: in parte è vero, in parte no. Non è tanto l’uso o meno dello sguardo a livello quantitativo che va considerato, ma il “come” e il “quando” (nella relazione sociale), utilizzo questo mezzo. Ricerche dimostrano che il bébé con disturbo autistico, quantitativamente, guarda la madre alla stessa stregua di un altro bébé, ma lo fa “nei momenti sbagliati”, così che spesso viene a mancare quel dialogo innato che c’è fra genitore e bambino fin dai primi mesi di vita. Rispetto alla vicinanza e al contatto fisico, può esserci il bambino che non sopporta (spesso per anomalie percettive tattili) di essere preso in braccio, così come vi è il bébé che non si stacca mai dalla mamma: entrambi questi comportamenti, uno all’estremo dell’altro, risultano anomali rispetto ad una “norma” data nello sviluppo tipico.

² Anche se usiamo spesso il termine “bambino”, pensiamo comunque sempre anche alla persona adulta che questo bambino diventerà

Altra difficoltà tipica del bambino con un DPS è quella di riuscire ad instaurare delle relazioni con i coetanei, che siano adeguate al livello di sviluppo. In generale, e qui emerge il concetto primordiale di Kanner di “aleness”, possiamo avere dei bambini che non mostrano interesse nei coetanei, e se ne stanno in disparte, senza riuscire ad interagire in maniera adeguata con altri bambini. Ciò non significa che non ne abbiano voglia, ma che non possiedono le abilità di base per poter condividere gioie, esperienze, interessi ed attività con i coetanei. Oppure cercano di interagire, ma lo fanno in modo non adeguato, bizzarro od irruento, ciò che porta sovente ad una “emarginazione” precoce da parte dei coetanei. Se per mostrare di voler giocare, io bambino so solo andare verso il mio coetaneo e spingerlo (cercando una relazione in questo modo), ben presto verrò escluso dalle situazioni sociali.

Nell’ambito della relazione sociale, spesso il bambino non è portato a mostrare un suo interesse verso qualcosa (ad esempio, non ci porta dei giocattoli per farceli vedere o per giocareci assieme, non indica qualcosa che è di suo interesse), atteggiamento questo che è presente molto presto nello sviluppo tipico.

Dal lato emotivo, abbiamo bambini che non riescono a condividere con i coetanei o con l’adulto delle situazioni emotive consone alla situazione: ad esempio, il bambino può non capire l’emozione espressa dall’adulto tramite una mimica o altro, potrebbe mettersi a ridere o piangere o urlare senza che vi sia un motivo apparente, e in genere le sue reazioni appaiono come strane, bizzarre, blande o esagerate oppure non legate alla situazione.

Implicazioni possibili

Di fronte a delle modalità di relazione sociale talmente strane o assenti, rispetto alla norma, non è facile, in particolare per il genitore, trovare delle soluzioni. Ognuno di noi, naturalmente, è predisposto a far fronte ad un figlio che presenta una tipicità di comportamenti, e che ci fornisce delle risposte coerenti con quanto ci aspettiamo. Se il bambino presenta un ritardo nello sviluppo di certe abilità, in genere sappiamo che dobbiamo adeguare il nostro atteggiamento come se il bambino fosse “più piccolo”, ma quando il bambino ci mostra delle anomalie qualitative, che non riusciamo a spiegarci dal punto di vista “quantitativo”, il tutto diventa più difficile (Micheli, 1999). Di fronte a questi comportamenti relazionali bizzarri, il genitore non è preparato e cerca di trovare delle strategie di “sopravvivenza” che mantengano in equilibrio il funzionamento familiare. E’ fondamentale, in un’ottica di salvaguardia della qualità di vita di tutto il nucleo familiare, spiegare innanzitutto al familiare che “non è colpa sua” se il bambino ha certi comportamenti. Secondariamente, fornire una spiegazione sul perché vi sono certe particolarità (rispetto ad un’indagine diagnostica). In terzo luogo, prendere in considerazione le priorità della famiglia per intervenire il più presto possibile per insegnare abilità di relazione che siano funzionali (il bambino vive un successo relazionale) e adeguate socialmente (per evitare l’esclusione sociale). Infine non bisogna mai confondere cosa è “causa” e cosa è “conseguenza”: un genitore apparentemente distaccato non è la causa del comportamento del bambino, ma la conseguenza delle difficoltà di relazione che il bambino presenta.

Le difficoltà nella comunicazione

Nell’ambito della comunicazione verbale, possiamo avere un ritardo (o anche assenza) del linguaggio parlato. A differenza di altre problematiche di sviluppo, che possono anche prevedere questo aspetto, nei DPS questo ritardo o assenza del linguaggio parlato non è compensato con l’uso di modalità di comunicazione non verbale, come ad esempio, i gesti o le mimiche. Nello sviluppo comunicativo precoce, non appaiono spontaneamente quegli strumenti che permettono al bambino, ben prima che appaia il linguaggio parlato, di instaurare una comunicazione, come ad esempio il gesto dell’indicare per richiedere qualcosa o per condividere l’attenzione su qualche cosa.

Laddove vi è linguaggio parlato, a qualsiasi livello di sviluppo esso sia, vi è una difficoltà importante ad iniziare una “conversazione” nell’ambito di uno scambio. Inoltre il bambino (o adulto) ha difficoltà anche a continuare (sostenere) lo scambio comunicativo conversazionale. Viene quindi a mancare quella reciprocità nello scambio con l’altro. Dal punto di vista grammaticale, o sintattico o lessicale, la persona potrebbe avere delle competenze adeguate al suo livello di sviluppo, ma non essere in grado di utilizzarle nella comunicazione quotidiana (difficoltà nella pragmatica della comunicazione). Ad esempio, la persona potrebbe saper nominare decine di qualità differenti di formaggi, ma non essere in grado di saper chiedere del formaggio quando lo vuole. In genere, si nota la difficoltà a tener conto del turno nella conversazione (quando interrompere o intervenire in una conversazione), a tener conto degli interessi propri ed altrui (la persona che racconta solo dei suoi interessi, senza tener conto che l’interlocutore è stufo di sentire sempre le stesse cose), ecc.

Sovente, quando il linguaggio è presente, vi è la ripetizione di parole o frasi sentite appena prima (ecolalia immediata), o anche tempo prima (ecolalia differita). Gli esempi sono infiniti: ripetizione di slogan pubblicitari sentiti alla TV, piuttosto che spezzoni di storie di cartoni animati o di film, piuttosto che frasi ripetute alla lettera, sentite molto tempo prima, oppure testi di canzoni. In persone con discrete capacità lessicali, grammaticali e sintattiche, queste abilità nascondono delle difficoltà importanti a livello pragmatico, e spesso questi soggetti vengono sopravvalutati nelle loro reali capacità comunicative (sia nell’espressione che nella comprensione). Nell’ambito della comprensione verbale (elemento che non fa parte della diagnosi), le modalità di funzionamento sono peculiari: si ha una comprensione letterale, molto concreta, dove è molto difficile la comprensione di modi di dire, metafore, sottintesi, parole che hanno più significati a seconda della frase e del contesto (ad una parola, un significato), ecc.

Nell’espressione linguistica possono apparire delle modalità stereotipate (ad esempio, “frasi fatte” ma senza pertinenza con lo scambio comunicativo), o l’uso di parole bizzarre, strane, costruite secondo dei criteri indecifrabili o comprensibili (data la conoscenza e l’esperienza acquisite) solo ai famigliari.

Il bambino manca inoltre della capacità di svolgere dei giochi di finzione adeguati al suo livello di sviluppo: un bambino potrebbe saper leggere e scrivere ed avere uno sviluppo cognitivo nella norma, ma non saper svolgere un semplice gioco di finzione (ad esempio, facciamo finta che la banana sia un telefono, e quindi la uso di conseguenza), capacità che è presente fin dai 12-18 mesi di età. Il bambino più piccolo ha difficoltà a fare giochi di imitazione sociale tipici per l’età cronologica: ad esempio, imito la mamma che cucina, prendendo le pentole dagli armadi della cucina e ci gioco, oppure faccio finta di essere il papà che legge il giornale, ecc. Sottolineiamo ancora una volta il carattere qualitativo di queste difficoltà, che sono anomale rispetto al livello di competenze generali del bambino.

Implicazioni possibili

Prima di tutto, dobbiamo provare ad immaginarci le difficoltà che una persona con disturbo autistico e ritardo mentale può presentare in quest’ambito, se già persone con il disturbo ma senza ritardo intellettivo, hanno delle modalità di funzionamento così particolari e che le mettono costantemente in difficoltà nel nostro mondo. Evidentemente è più facile cogliere le peculiarità comunicative (verbali e non) in soggetti che hanno acquisito l’uso del linguaggio parlato. Paradossalmente, nella nostra pratica quotidiana, le persone apparentemente meno dipendenti, risultano a volte essere quelle più disturbanti per le persone che le stanno accanto. Un giovane che tende a parlare sempre, ma che non conosce le regole implicite della relazione, che non tiene conto dei turni nella conversazione, che continua a parlare solo dei suoi interessi, che ripete incessantemente frasi sentite ma non pertinenti, ecc. può risultare molto disturbante, con il rischio di

esclusione sociale. Sovente i tentativi di interazione comunicativa che questi soggetti fanno, essendo ai nostri occhi così differenti dalla norma, vengono frustrati da reazioni di riprovazione, o di giudizio negativo. Il fatto di “parlare” non significa che si è capaci a “comunicare”. I rischi più evidenti, sono inoltre di sopravvalutare le reali competenze comunicative di certi soggetti, sia in termini di espressione che di comprensione. La lingua parlata è il nostro canale privilegiato per comunicare con gli altri, e presenta vantaggi evidenti (possiamo essere molto fini e precisi nelle descrizioni, possiamo raccontare episodi passati, situazioni vissute, stati d’animo, cose presenti, passate e future), ma d’altra parte è una forma di comunicazione che non “resta” (la parola detta non c’è più), non visibile, cosa che per le persone con un DPS è una reale difficoltà. Dal punto di vista cognitivo, i soggetti con un DPS funzionano meglio su modalità di comprensione visiva (ciò che posso capire solo guardando è di più facile comprensione), concreta, letterale (molto interessanti a questo proposito le descrizioni fatte da persone con disturbo autistico o Sindrome di Asperger che hanno scritto libri sulla loro “comprensione del mondo”).

Modalità di comportamento, interessi ed attività ristretti, ripetitivi e stereotipati

I soggetti che hanno un DPS presentano interessi anomali per intensità o per focalizzazione. Spesso questi loro interessi sono talmente “assorbenti” che precludono l’accesso a nuovi apprendimenti. La lista di interessi può essere infinita, da orari dei mezzi pubblici, a liste interminabili su un unico soggetto, calendari o ricorrenze, un cantante unico, i camion, i dinosauri, le piante, ecc.. In genere, la persona tende ad acquisire una conoscenza enciclopedica su un unico tema. L’anomalia non sta solo nell’aver un interesse di per sé, ma da un lato nel non riuscire ad avere una varietà di interessi che è tipica dello sviluppo del bambino e della vita da adulto poi, e dall’altro nell’essere frenato negli apprendimenti funzionali alla vita di tutti i giorni.

Inoltre la persona può presentare un’aderenza compulsiva a rituali o abitudini particolari che non sono funzionali: ad esempio, il bambino che prima di andare a letto, deve sempre fare il giro dell’isolato in auto con il genitore, e passare da un determinato semaforo quando è sul verde, altrimenti non c’è verso di tranquillizzarlo, oppure voler seguire sempre lo stesso percorso casa-scuola (e non accettare nessuna variazione dello stesso pena una crisi di urla e pianti), o eseguire una sequenza di azioni immutabili (la sameness di Kanner) prima di uscire o di andare a letto o di mangiare, ecc.

Sul versante motorio, e sono spesso facili da osservare, la presenza di stereotipie motorie semplici o complesse, sia di singole parti del corpo sia di tutto il corpo (agitare le braccia, flapping, agitare le mani davanti agli occhi per ricercare stimolazioni particolari, bilanciamenti di parti o di tutto il corpo, sfregamenti, ecc.). La gamma di possibili comportamenti è pressoché infinita...

I giochi o gli oggetti, invece di venire utilizzati in maniera funzionale, sovente attirano l’attenzione del bambino su di un particolare, e la loro manipolazione è limitata e non creativa: far girare oggetti che non sono previsti a questo scopo, per poi focalizzare l’attenzione sui riflessi di luce, ad esempio. Fissare particolari che per noi sono assolutamente insignificanti (e non pertinenti), come ad esempio macchie o crepe sui muri, cerniere, cose che luccicano, il tamburo della lavatrice quando è in funzione (una madre raccontava che l’unico modo di fare alzare il figlio al mattino era di mettere in funzione la lavatrice, che poi lui andava a fissare), ventilatori. Alcune persone sono particolarmente attratte da certi tipi di superficie, che sentono il bisogno di toccare ogni qualvolta le vedono. La preoccupazione eccessiva per parti di oggetti o giochi (ad esempio, far girare le ruote della macchinina, invece che giocarci) limitano generalmente l’esplorazione e la scoperta funzionale del mondo fisico circostante (anche per queste modalità di comportamento consigliamo vivamente la lettura di testimonianze dirette).

Implicazioni possibili

Lo sviluppo del bambino, nei primi anni di vita, passa anche dall'esplorazione spontanea dell'ambiente che lo circonda: il bambino tocca, annusa, manipola, ricerca sensazioni che gli oggetti e le persone che gli stanno attorno gli possono fornire per imparare a conoscere il mondo. Particolarità sensoriali e modalità di esplorazione limitate frenano l'accesso ad una conoscenza fondamentale. Questo avrà delle implicazioni sul versante del gioco (se non uso l'oggetto in maniera adeguata, non potrò nemmeno dividerne poi l'utilizzo ludico con i coetanei), con conseguenze sociali e relazionali. Il mio interesse particolare, non potrà, con molta probabilità, essere condiviso con altri bambini, in quanto non ne capiranno l'utilità. Uno dei primi passi da intraprendere, laddove siamo in presenza di comportamenti o attività ripetitive e stereotipate, è di cercare di capire lo scopo che questi hanno per la persona: si tratta di autostimolazione? Oppure di un uso improprio dell'oggetto, magari perché non conosco e non riesco a trovare un altro modo per utilizzarlo? Oppure è un modo per "evitare" delle richieste difficili o non comprensibili? Prima di intervenire, con lo scopo che spesso è quello di eliminare il comportamento considerato inadeguato, è necessaria un'attenta analisi sulle sue funzioni, sull'interesse che può suscitare nel bambino e sulle conseguenze del voler modificare (senza riflessione approfondita) un determinato comportamento.

Bibliografia

- Kanner, L.** (1943), *Autistic disturbances of affective contact*, *Nervous Child*, 2, 217-250
- Asperger, H.** (1944), *Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter*, *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136
- Organizzazione Mondiale della Salute** (1992), *ICD-10, Classificazione Internazionale delle Malattie*, Cap. V, decima ed., OMS, Ginevra
- Associazione Americana di Psichiatria** (2001), *DSM-IV-TR, Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali*, quarta ed. rivista, Masson, Milano
- Cohen, D.J., Volkmar, F.R.** (ed.) (1997), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, seconda ed., John Wiley & Sons, New York
- Micheli, E.** (1999), *Autismo: verso una migliore qualità di vita*, Laruffa, Reggio Calabria