

# UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Educazione Professionale

Comunicazione Aumentativa-Alternativa e autismo: approcci riabilitativi-rieducativi a supporto della comunicazione e dell'interazione sociale nelle persone con disabilità determinata dal disturbo dello spettro autistico.

Relatore: Chiar.ma

Prof.ssa Raffaela Maggi

Tesi di Laurea di:

**Enxhi Trungu** 

Correlatore:

Dott.ssa Isabella Lanari

Anno Accademico 2019-2020

# SOMMARIO

Indice delle figureiv
Ringraziamentiv
Introduzionevi
Capitolo 1: La comunicazione
❖ Definizione del concetto di comunicazione
❖ La Comunicazione verbale, paraverbale e non verbale 2
Capitolo 2: La pragmatica della comunicazione
❖ Gli assiomi della comunicazione umana 5
Capitolo 3: Fondamenta neurologiche della comunicazione
❖ I neuroni a specchio nella capacità comunicativa9
Capitolo 4: La competenza comunicativa11
Capitolo 5: Comunicare per educare
❖ La diade Comunicazione-educazione
❖ La figura dell'educatore professionale
❖ L'educatore professionale nella disabilità
❖ L'esperienza di tirocinio

❖ Comunicare nella disabilità
Capitolo 6: La Comunicazione Aumentativa Alternativa
❖ Nascita della CAA
❖ Principi della CAA
❖ Epidemiologia
❖ Partecipazione e valutazione degli interventi CAA 33
❖ La legislazione sulla CAA in Italia39
Capitolo 7: Il disturbo dello spettro Autistico
❖ Introduzione sullo spettro autistico
❖ I costrutti psicopatologici dell'autismo
❖ Esordio e decorso dell'autismo
❖ Diagnosi ed incidenza del disturbo dello spettro autistico 45
❖ Comorbidità e diversi livelli di gravità dell'ASD 40
❖ Aree di compromissione del funzionamento personale 48
Capitolo 8: Comunicazione Aumentativa Alternativa ed autismo
❖ L'importanza degli interventi CAA con soggetti ASD 53
❖ Gli ausili CAA: unaided e aided
❖ L'efficacia degli stimoli visivi con persone ASD 60
❖ Gli strumenti CAA: dal NAL ai sistemi di simboli 62
Conclusione

Bibliografia	78
Sitografia	<i>79</i>
Manuali e documenti	80

# INDICE DELLE FIGURE

Numero Pagina	Nume
1. Descrizione grafica terzo assioma della comunicazione 7	1.
2. Blissymbols	2.
3. Il Possum: primo strumento di CAA	3.
4. Rappresentazione grafica del Model Partecipation 35	4.
5. Criteri di diagnosi ASD determinati dal DSM V 50	5.
6. Problemi comunicativi dei soggetti con ASD 56	6.
7. Simboli PECS	7.
8. Rappresentazione grafica del sistema PECS 66	8.
9. Simboli generati dal programma Picture It	9.

Alla mia famiglia.

#### INTRODUZIONE

"Il silenzio di chi non parla non è mai d'oro.

Tutti noi abbiamo bisogno di comunicare e metterci in contatto con gli altri, non in un solo modo, ma in tutti i modi possibili. È un fondamentale bisogno umano, un fondamentale diritto umano.

Di più: è un potere fondamentale dell'uomo."

Williams, Beneath the surface: creative expressions of augmented comunication.

Con questa citazione, Williams¹ ha voluto sottolineare come la comunicazione sia un elemento ed abilità fondamentale che permette di determinare ed aumentare la qualità di vita delle persone. La comunicazione è lo strumento base che consente all'uomo di creare una propria identità personale, di entrare in contatto con gli altri, e quindi di creare relazioni entrando a far parte del proprio tessuto e contesto sociale, integrandosi perciò nella sua comunità di appartenenza. La comunicazione, e quindi il linguaggio, permettono dunque di costruire un senso di sé all'individuo. Viene naturale pensare che, se il soggetto presenta un disturbo della comunicazione, ciò comporterà come conseguenza un danneggiamento dei processi che il soggetto mette in atto per la comprensione del mondo e dei significati che attribuisce agli elementi che formano quest'ultimo, causando, quindi, deficit in vari ambiti della sua vita. Emerge qui la necessità di un intervento precoce per evitare l'impoverimento sociale, cognitivo, relazionale, affettivo che il problema comunicativo comporta. L'intervento è dato

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Michael Williams, soggetto con complessi bisogni comunicativi e principale conferenziere sull'argomento.

dalla Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA), un insieme di tecniche e metodi che hanno il fine di supportare lo sviluppo della competenza comunicativa in modo che i soggetti possano accedere al potere della comunicazione e ai benefici che ne comporta come miglioramento della loro qualità di vita.

"Se tutte le cose che possiedo mi venissero tolte ad eccezione di una, io sceglierei di mantenere la forza della comunicazione, perché per mezzo suo potrei presto recuperare tutto il resto."

#### Daniel Webster

Lo scopo del presente lavoro è quello di focalizzarsi sull'utilizzo della Comunicazione Aumentativa Alternativa con persone affette dal disturbo dello spettro autistico, dimostrando come le tecniche innovative utilizzate siano di aiuto per l'inclusione sociale dei soggetti con autismo e soprattutto come i metodi CAA riescano a modificare anche i comportamenti problema che di solito sono causati dall'incapacità che il soggetto con autismo ha di esprimere correttamente e far capire ciò che sente e che prova agli altri interlocutori. L'intento ultimo di questo percorso è quello di poter offrire uno sguardo che riveli le diverse possibilità d'incontro con l'altro.

Nel primo capitolo si andrà incontro ad un'introduzione del concetto di comunicazione: cosa significa comunicare, le componenti della comunicazione, i diversi livelli della comunicazione e le motivazioni principali che spingono le persone ad iniziare una relazione comunicativa.

Nel secondo capitolo si parlerà degli assiomi della comunicazione, teorie che strutturano la relazione comunicativa e ne permettono la loro comprensione; per poi passare al terzo capitolo, dove si affronterà, su base neuroscientifica, lo sviluppo della comunicazione. Si tratterà perciò l'importanza dei neuroni a specchio, scoperti da Rizzolatti, nello sviluppo della capacità linguistica e comunicativa attraverso ciò che viene definito "Lip-smacking".

Il quarto capitolo, invece, approfondirà la competenza comunicativa, capacità totalmente differente rispetto alla mera comunicazione linguistica, per poi passare al quinto capitolo "Comunicare per educare", dove verrà definita la figura dell'educatore professionale, rimarcando sull'importanza della comunicazione come elemento base dalla quale nasce la relazione educativa e quindi la creazione di interventi educativi-riabilitativi che hanno l'obiettivo di migliorare la qualità della vita della persona che ne è destinataria. All'interno del capitolo si discuterà della figura dell'educatore professionale, del lavoro dell'educatore professionale nella disabilità e della mia personale esperienza di tirocinio con l'utenza disabile, che è stato il punto di partenza e l'ispirazione per l'elaborazione della tesi.

Nel sesto capitolo si entrerà nel merito della Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA), iniziando con il definirla, per poi trattare le sue origini, i primi strumenti di CAA, i principi sui quali gli interventi di CAA si basano, l'epidemiologia, i processi valutativi degli interventi di CAA, per concludere con la legislazione a tutela dell'impiego e della fruizione degli interventi di Comunicazione Aumentativa Alternativa in Italia.

Nel settimo capitolo verrà esposta, invece, una conoscenza specifica delle caratteristiche dell'Autismo affinché si possa mettere in atto un intervento comunicativo che possa realmente considerarsi efficace. Nel capitolo quindi saranno

descritti i costrutti psicopatologici dell'autismo, l'esordio, il decorso, i diversi livelli di gravità che può assumere, concludendo con l'andare a definire le aree di compromissione del funzionamento personale che la condizione autistica comporta. Questo approfondimento perché, al fine di incrementare le competenze comunicative a livello espressivo e recettivo, è necessario conoscere al meglio le caratteristiche e le esigenze dei soggetti con autismo.

Nell'ottavo capitolo si argomenterà il binomio CAA-autismo, ossia l'efficacia dell'utilizzo delle tecniche comunicative aumentative con persone con autismo, descrivendo i diversi strumenti che possono essere utilizzati e il perché della loro efficacia con le persone con autismo.

### Capitolo 1

#### LA COMUNICAZIONE

#### Definizione del concetto di comunicazione

La comunicazione, dal latino *communicare*, "mettere in comune", è una *conditio sine qua non* della vita umana e dell'ordinamento sociale. È uno scambio intenzionale di messaggi tra due o più persone definito come processo di codifica, decodifica e trasmissione di segnali finalizzati allo scambio di informazioni e idee tra i partecipanti. Viene definita dall'ISS come "interazione e feedback, condivisione di significati, di punti di vista per affrontare problematiche comuni. Significa mettere insieme, scambiare informazioni, conoscenze, bisogni, atteggiamenti, emozioni, percezioni tra soggetti coinvolti in un determinato contesto spazio-temporale".

La comunicazione, e quindi di conseguenza la competenza linguistica, si sviluppa attraverso la somma dei fattori innati, ossia ciò che riguarda la capacità imitativa, uditiva, di esposizione naturale al linguaggio dei caregivers, e dei fattori appresi durante lo sviluppo, come ad esempio le regole del linguaggio e l'applicazione di quest'ultimo nei vari contesti che il soggetto affronta nella sua vita.

La comunicazione è formata dal ruolo dell'emittente, ossia dal soggetto che ha l'obiettivo intenzionale di voler comunicare qualcosa; dal ricevente, vale a dire colui che si configura come il destinatario del messaggio e dell'informazione data dall'emittente; dal canale utilizzato per la trasmissione del messaggio (ad esempio una lettera scritta, i mass media); ed infine dal messaggio, vale a dire il contenuto che viene divulgato, l'informazione che viene data al ricevente che può avere tre valenze

principali: di tipo linguistico, ovvero la sintassi, il testo, le immagini; di tipo tecnico, in altre parole la valenza che l'emittente dà al messaggio; e l'ultima che riguarda la valenza che il ricevente attribuisce al messaggio che gli viene recapitato.

# La Comunicazione verbale, paraverbale e non verbale

La comunicazione si suddivide principalmente in comunicazione espressiva, ossia ciò che viene detto ed esternato come modo per mediare l'ottenimento di qualcosa (non obbligatoriamente qualcosa di materiale, ma anche qualcosa di "immateriale" come attenzione, aiuto) e influenzare il comportamento dell'interlocutore<sup>2</sup>; e comunicazione recettiva, con la quale si intende la comprensione dei significati letterali ed impliciti dei messaggi nel linguaggio parlato<sup>3</sup>, ossia a ciò a cui pensiamo e a ciò che comprendiamo quando abbiamo a che fare con la comunicazione nelle sue diverse forme.

Inoltre, il sistema comunicativo, nella sua parte espressiva, viene suddiviso in tre differenti livelli che occupano diverse percentuali all'interno del sistema globale comunicativo, e sono:

• la comunicazione verbale (7%): è il livello costituito dalle parole che si emettono attraverso l'utilizzo della voce ed è il livello di cui si è più consapevoli;

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Documento preliminare ISAAC ITALY: CAA e condizione dello spettro dell'autismo 2017

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Ivi.

- la comunicazione paraverbale (38%): è il livello che consiste nel modo in cui si esprime la parola detta e riguarda quindi la modulazione del tono, del timbro, la velocità ed il volume della voce:
- la comunicazione non verbale (55%): è il livello che interessa tutto ciò che viene espresso attraverso i gesti, i movimenti, la propria postura e la posizione occupata nello spazio rispetto al proprio interlocutore. Argyle (1975-1992) la definisce *bodily communication*<sup>4</sup>.

Quando si vuole comunicare qualcosa, bisogna tener conto non solo del contenuto, e quindi dell'informazione che si vuole divulgare, ma anche del sistema di valori, dei pregiudizi, dei vissuti personali, degli stili comunicativi dei soggetti interagenti, del contesto in cui lo si vuole fare, del target a cui è rivolta l'informazione, del modo in cui si espone il contenuto, delle tempistiche in cui si sceglie di esprimerlo e soprattutto il perché, ossia la motivazione che spinge a voler comunicare un qualcosa. Riguardo quest'ultimo punto, si può scegliere di comunicare per diverse ragioni:

- si comunica per compiere o realizzare un'azione, ad esempio lavorare, chiacchierare, instaurare una relazione;
- si comunica per scoprire un qualcosa di nuovo o spiegare argomenti all'altro;

3

\_

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Micheal Argyle è stato uno psicologo inglese che ha privilegiato i metodi sperimentali nell'ambito della psicologia sociale." *Il corpo e il suo linguaggio. Studio sulla comunicazione non verbale* "(Ed. it. Zanichelli, 1992) è uno dei suoi scritti più importanti.

- si comunica per esprimere le proprie emozioni e sentimenti e per mostrare empatia all'altro in determinate situazioni;
- si comunica per avere un contatto sociale, per stare quindi in compagnia ed aumentare la propria rete amicale.

Avendo assunto precedentemente che la comunicazione è verbale e non verbale, fatta quindi di parole e di gesti, si può affermare che, anche se si hanno difficoltà comunicative di vario livello, <u>è impossibile non-comunicare</u> ("non si può non comunicare", primo assioma della Pragmatica della Comunicazione di P.Watzlawick, J.H. Beavin e D. Jackson).

Capitolo 2

LA PRAGMATICA DELLA COMUNICAZIONE

Gli assiomi della comunicazione umana

La questione della comunicazione è stata ampliamente studiata dalla scuola di Palo

Alto e da Paul Watzlawick, Janet H. Beavin e Don D. Jackson i quali, nel libro

"Pragmatica della comunicazione umana" hanno elaborato cinque assiomi sui quali la

componente comunicativa ruota e sono:

Primo Assioma: Non si può non comunicare.

Chiunque si trovi in una situazione sociale, indipendentemente dalla propria

intenzionalità, atto comunicativo e/o comprensione reciproca, diventa direttamente

sorgente di un flusso informativo grazie alla metacomunicazione<sup>5</sup>. Perciò, l'attività o

l'inattività, le parole o il silenzio, hanno tutti valore di messaggio: influenzano gli altri

e quest'ultimi a loro volta non possono non rispondere a queste comunicazioni.

Dovrebbe essere ben chiaro che anche il semplice fatto di non parlare, restare in

silenzio ad osservare o evitare di comunicare verbalmente sia uno scambio

comunicativo nella stessa misura in cui lo sarebbe una discussione animata ed accesa<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Forma di comunicazione non verbale (per es. gestuale) che, associata al messaggio verbale, ne può rafforzare o contraddire il contenuto

<sup>6</sup> Paul Watzlawick, Janet H. Beavin e Don D. Jackson, Pragmatica della comunicazione umana

Secondo Assioma: Livelli comunicativi di contenuto e di relazione.

Ogni relazione comunicativa ha un aspetto di contenuto e uno relazionale, di modo che il secondo classifica il primo diventando quindi metacomunicazione. Ogni comunicazione implica un impegno, in quanto non soltanto trasmette informazione ma al tempo stesso impone un comportamento e perciò definisce la relazione. Accettando il pensiero di Baetson, si è arrivati a considerare queste due operazioni come l'aspetto di report (notizia) e command (comando) di ogni comunicazione. Per semplificare, l'esempio che ci riporta Baetson è il seguente: "Consideriamo che A, B e C rappresentino una catena lineare di neuroni. Allora lo scatto del neurone B costituisce sia la 'notizia' che il neurone A è scattato sia il 'comando' per il neurone C di scattare a sua volta. L'aspetto di notizia di un messaggio trasmette informazione ed è quindi sinonimo nella comunicazione umana del contenuto del messaggio<sup>7</sup>".

Terzo Assioma: La punteggiatura della sequenza di eventi.

La natura di una relazione comunicativa dipende dalla punteggiatura delle sequenze di scambi fra i partecipanti, ossia si fa riferimento ai processi interpretativi innescati dagli interlocutori sugli atteggiamenti metacognitivi del destinatario. La punteggiatura, come affermano Watzlawick, Beavin e Jackson, si trova alla base della maggior parte delle discussioni che nascono tra i partecipanti della comunicazione, e per spiegare l'importanza della punteggiatura fanno questo esempio: "Supponiamo che una coppia abbia un problema coniugale di cui ciascun coniuge è responsabile al 50 percento: lui chiudendosi passivamente in sé stesso e lei brontolando e criticando. Quando spiegano le loro frustrazioni, l'uomo dichiara che chiudersi in sé stesso è la

<sup>-</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson, Pragmatica della comunicazione umana, op. cit

sua unica difesa contro il brontolare della moglie, mentre lei etichetta questa spiegazione come una distorsione di quanto realmente accade nel loro matrimonio: vale a dire che lei critica il marito a causa della sua passività<sup>8</sup>".

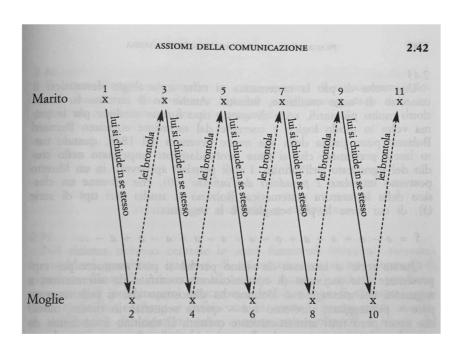


Figura 1: Descrizione grafica della teoria del terzo assioma<sup>9</sup> tratta dal libro "Pragmatica della comunicazione umana" di Paul Watzlawick, Janet H. Beavin e Don D. Jackson

Quarto Assioma: Comunicazione numerica ed analogica.

"Gli esseri umani comunicano sia con il modulo numerico che con quello analogico. Il linguaggio numerico (verbale) ha una sintassi logica assai complessa e di estrema efficacia ma manca di una semantica adeguata nel settore della relazione, mentre il

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson, Pragmatica della comunicazione umana, op. cit

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Nella figura viene mostrato come il marito percepisce soltanto le triadi 2-3-4, 4-5-6, 6-7-8 in cui il suo comportamento è una risposta al comportamento della moglie. La moglie invece vede le triadi di eventi 1-2-3, 3-4-5,5-6-7 vedendo sé stessa soltanto nell'atto di reagire al comportamento del marito (ma non di determinarlo).

linguaggio analogico (non verbale) ha la semantica ma non ha nessuna sintassi adeguata a definire in un modo che non sia ambiguo la natura delle relazioni<sup>10</sup>".

Quinto Assioma: Interazione complementare e simmetrica.

Tutti gli scambi relazionali sono simmetrici o complementari a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenziazione. Nel primo caso, i modelli tendono a rispecchiare il comportamento dell'altro, esempio: A e B partecipano ad una maratona. All'aumentare della velocità di A, aumenta anche quella di B (logica delle competizioni).

Nel secondo caso, invece, il comportamento del partner completa quello dell'altro, costituendo un tipo diverso di *gestalt* comportamentale, esempio: ammirazione ed esibizionismo. Più A ammira B, più B aumenterà la sua propensione ad esibirsi.

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson, Pragmatica della comunicazione umana, op. cit

# Capitolo 3

#### FONDAMENTA NEUROLOGICHE DELLA COMUNICAZIONE

# I neuroni a specchio nella capacità comunicativa

La vastità e l'eterogeneità dei processi comunicativi comporta diverse discipline che sviluppano saperi e azioni a riguardo, come ad esempio la biologia, le neuroscienze, la sociologia, la psicologia ma anche la psicomotricità e la musicoterapia. Per quanto riguarda le neuroscienze, già nel 1872 Darwin parlò d'"espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali", dando una definizione di innatismo e di biologismo secondo cui le emozioni provate ed espresse dagli animali, e quindi anche dall'uomo, siano già presenti in loro e perciò non influenzate dall'esperienza e dal contesto di appartenenza. Fortunatamente, andando avanti con gli studi ci si è resi consapevoli che nella comunicazione, e quindi nell'espressione delle emozioni, sia presente ed influente anche la componente sociale composta da regole capaci di inibire e governare un minimo l'innatismo Darwiniano.

La svolta la si ha nel 1992, anno in cui l'equipe di Rizzolatti<sup>11</sup> scopre che le cellule del cervello situate nella corteccia premotoria ventrale F5, studiate prima nelle scimmie e poi nell'uomo, riflettono il mondo esterno, in particolar modo i comportamenti delle persone con le quali ci si interfaccia. Ciò significa che queste cellule, denominate "neuroni a specchio", si attivano sia quando la persona esegue una determinata azione, sia quando osserva un altro individuo mentre la compie, sia quando il soggetto si immagina qualcun'altro che sta realizzando l'azione. La loro attivazione è legata

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Rizzolatti è un neuroscienziato italiano il cui nome è legato alla scoperta dei neuroni specchio.

all'osservazione di determinati atti che comportano un'intenzionalità. Da questo studio è emerso inoltre che la componente dei neuroni a specchio influisce non solo sull'area F5, ma anche in altre sezioni cerebrali, ossia le aree PFG e AIP, le quali si occupano principalmente dell'esecuzione e dell'osservazione degli atti motori compiuti con le labbra e con la lingua, definito "Lip-smacking". Ciò evidenzia come i neuroni specchio riescano a riconoscere movimenti che hanno un valore sociale e comunicativo, e che quindi il sistema di mirroring sia non solo coinvolto nella comprensione del significato delle azioni osservate, ma si attivi anche durante la comprensione di espressioni linguistiche descriventi le stesse azioni, oltre al fatto che questo sistema ha permesso di conoscere come l'essere umano comprenda le intenzioni altrui e apprenda un nuovo compito grazie appunto alla rappresentazione interna generata dai neuroni a specchio durante l'osservazione dell'azione. La scoperta dei neuroni a specchio è alla base della teoria della mente e del processo empatico, elementi fortemente deficitari nel disturbo dello spettro autistico.

Per concludere, l'attivazione di una popolazione di neuroni specchio in seguito all'osservazione dello svolgimento di un'azione, rappresenta la conferma dell'avvenuta comprensione dell'informazione da parte del ricevente, ossia il punto di incontro tra l'informazione inviata e quella ricevuta, un rapporto condiviso fra emittente e destinatario, cruciale in ogni tipo di comunicazione.

# Capitolo 4

#### LA COMPETENZA COMUNICATIVA

Avendo assunto che è impossibile non comunicare, bisogna però specificare che non tutti hanno la *competenza comunicativa*.

Per competenza comunicativa, ci si riferisce alla capacità umana non solo di comprendere enunciati linguistici e di esprimerli in modo corretto, ma soprattutto di sapere quando usare correttamente questi enunciati (definita da Hymes<sup>12</sup> nel 1966). Una persona è dotata di competenza comunicativa quando è capace di scegliere "quando parlare, quando tacere, e riguardo a che cosa parlare, a chi, dove, in che modo<sup>13</sup>".

Per competenza comunicativa si intende dunque la capacità di interpretare un certo numero di informazioni linguistiche, interpretando contemporaneamente il contesto in cui queste frasi sono emesse e sfruttando la nostra conoscenza generale del mondo. Per formare la competenza comunicativa, in termini più specifici, sono necessarie componenti quali ad esempio la conoscenza psicolinguistica (sapere se o in che misura qualcosa è fattibile in virtù dei mezzi di cui si dispone); la conoscenza socioculturale (se e in che misura qualcosa è appropriato in relazione al contesto in cui è usato) e la conoscenza *de facto*, (sapere se e in che misura qualcosa è di fatto realizzato dalla comunità parlante quella lingua). La competenza comunicativa, perciò, non solo

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> Dell Hathaway Hymes (Portland, 7 giugno 1927 – Charlottesville, 13 novembre 2009) è stato un antropologo statunitense il quale affermava che una persona era dotata di competenza comunicativa quando era capace di scegliere "quando parlare, quando tacere, e riguardo a che cosa parlare, a chi, quando, dove, in che modo".

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> Hymes, 1996

richiede che il parlante abbia queste conoscenze, ma anche che sviluppi l'abilità d'usarle<sup>14</sup>.

La competenza comunicativa di una persona può variare a seconda dei contesti, dei partner, degli ambienti, e degli obiettivi comunicativi.

Per esempio, alcune persone con complessi bisogni comunicativi possono avere sviluppato abilità che consentono loro di interagire con partner familiari in contesti di routine, ma possono avere difficoltà nel comunicare in maniera efficace con partner meno familiari ed in nuovi contesti che pongono richieste più complesse.

La competenza comunicativa si costruisce ed evolve nel corso dello sviluppo dell'individuo e, quando ci si trova di fronte a deficit o danni dell'apparato neuropsichico, congeniti o acquisiti, questo complesso di capacità può essere ovviamente danneggiato o mal assimilato, causando conseguenze nei vari ambiti di vita del soggetto. Qui nasce la necessità di interventi precoci mirati, volti a prevenire e ridurre le difficoltà che il problema comunicativo comporta nella vita del soggetto.

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> Hymes, 1971

# Capitolo 5

#### COMUNICARE PER EDUCARE

#### La diade Comunicazione-educazione

Ogni relazione nasce da un incontro. L'educazione, nel suo duplice significato etimologico di educere e edere, è innanzitutto l'incontro tra due soggetti che tracciano segni di comunicazione che danno forma ad una relazione. Si deduce perciò che non è possibile educare se non c'è comunicazione.

Scrive M. Dallari: "Educare è provocare e guidare l'incontro fra i soggetti e le cose, e l'educatore ha la prova di svolgere in maniera efficace il suo ruolo quando le cose diventano linguaggio<sup>15</sup>".

La comunicazione è quindi origine, svolgimento e fine mai concluso dell'azione educativa, dove per linguaggio s'intendono tutte le forme di comunicazione che danno la possibilità all'essere di rivelarsi.

### La figura dell'Educatore Professionale

L'educatore professionale è un professionista che attraverso interventi educativi definiti da un progetto individualizzato e alla collaborazione in équipe, accompagna la persona con disagio nel suo percorso di crescita. Il suo ruolo è stato riconosciuto per la prima volta alla fine degli anni '70, a seguito della progressiva evoluzione del SSN che acquisiva un'ottica centrata sempre più sulla persona, soprattutto sullo sviluppo e

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> M. Dallari, Testi in testa. Parole e immagini per educare conoscenze e competenze narrative, Erikson, 2012

cura della persona e non sull'assistenzialismo di quest'ultima, attuando così una visiona olistica dell'individuo. Con ciò si è iniziata a riscontrare la necessità di sistemi operativi diversi, centrati sulle esigenze globali delle persone. Iniziarono perciò in quest'epoca ad essere trattati i temi dell'emarginazione e dell'inclusione sociale per tutte le categorie. L'educatore professionale, in questi anni si trovava ad operare in servizi sociali, sociosanitari e nell'area dei servizi offerti dal Ministero della Giustizia.

Giuridicamente la figura dell'educatore professionale è stata riconosciuta in ambito nazionale nel Rapporto della commissione Nazionale di Studio istituita nel 1982 dal Ministero dell'Interno.

In ambito sanitario, invece, l'educatore professionale ha iniziato ad essere riconosciuto tale, quindi *professionale*, con il Decreto Legislativo 502/92, una riforma che ha avviato il processo di professionalizzazione degli operatori sanitari. Ma è con il Decreto Ministeriale 520 del 1998 che inizia il vero riconoscimento formale del profilo dell'educatore. Il 520/98 è un regolamento che:

- 1. chiarisce il ruolo e le funzioni dell'E.P.;
- 2. inserisce l'educatore nell'area della riabilitazione;
- 3. conferma l'ambito formativo universitario c/o la facoltà di medicina in collaborazione con le facoltà di psicologia sociologia e scienze dell'educazione;
- 4. colloca l'E.P. al pari delle altre figure professionali sanitarie.

Secondo il decreto 520/98 l'educatore professionale è quindi un operatore sociale e sanitario che è in possesso di titolo abilitante. Viene inserito all'interno dei servizi sanitari perché la salute è "uno stato di completo benessere fisico psichico e sociale".

#### L'Educatore Professionale nella disabilità

L'educatore trova quindi impiego in diversi settori quali la salute mentale, le dipendenze patologiche (alcol, droghe, gioco d'azzardo, cibo...), anziani, e disabilità fisiche e psichiche.

Il lavoro del professionista nella disabilità consiste nel ridurre lo svantaggio del soggetto con handicap attraverso la valorizzazione del potenziale educativo di quest'ultimo. Si preoccupa di fornire riposte adeguate ai bisogni e necessità degli utenti in termini educativi e formativi attraverso specifiche strategie che si concretizzano con la realizzazione di progetti educativi riabilitativi individualizzati con l'obiettivo di far acquisire ai soggetti autonomia di pensiero e di azione e quindi aumentando la loro qualità della vita. L'educatore professionale perciò si configura come un co-attivatore di un processo di cambiamento, come una guida, un supporto, un accompagnatore delle persone con handicap con la finalità di promuovere la loro crescita e di recuperare o sviluppare l'identità personale dell'individuo partendo dalla rilevazione delle sue risorse.

L'educatore professionale mette al centro il soggetto disabile e attua attività che possano permettere di attivare processi formativi, di cambiamento e relazionali nel soggetto in condizione di svantaggio. Ciò significa che il professionista con le sue pratiche aiuterà la persona disabile a conseguire consapevolezza dei propri cambiamenti ed orientarli verso il miglioramento e trasformarli, quando negativi, in

un'occasione di crescita, aiutandolo inoltre a creare legami e rapporti con altri esseri umani e con l'ambiente che lo circonda, favorendo la sua integrazione nella rete sociale. Questo perché è importante coinvolgere il territorio e la comunità nel processo formativo e di sviluppo dei soggetti disabili, permettendo così una maggior inclusione di quest'ultimi nella società sviluppando una sensazione di appartenenza al contesto in cui vivono.

Il lavoro dell'educatore professionale con un'utenza disabile inizia attraverso una diagnosi funzionale, ossia una rilevazione dettagliata della presenza o assenza di alterazioni del funzionamento del soggetto in tutte le sue dimensioni, da quella fisica, emotiva, sociale, relazionale (...), attraverso una valutazione psico-cognitivorelazionale. La diagnosi più completa si basa sull'utilizzo della classificazione ICF ( a differenza della diagnosi con schema classico che fornisce una descrizione analitica delle funzioni) poiché permette di avere una visione ecologia del soggetto partendo dall'anamnesi fisiologica per poi raccogliere informazioni riguardanti le aree di forza del disabile distinte per performance e capacità, il rapporto del disabile con l'ambiente esterno, la definizione degli obiettivi in relazione alle sue potenzialità e ai possibili interventi sociali ed educativi. Questa diagnosi permette poi la costruzione del profilo dinamico funzionale, cambiato con il D.L. 96/2019 in profilo di funzionamento, ossia uno strumento che permette di convertire i dati raccolti con la diagnosi in obiettivi a breve medio e lungo termine in base a determinate priorità, indicando l'eventuale livello di sviluppo del soggetto. Da ciò inizia l'elaborazione del Profilo Educativo Individuale (P.E.I.), una programmazione individualizzata integrata nella quale vengono elaborate metodologie educativo-riabilitative e soluzioni operative riguardo i campi riabilitativi, rieducativi e formativi del soggetto.

Tutti questi strumenti vengono utilizzati con il fine di realizzare un progetto di vita per il soggetto in condizione di svantaggio favorendo le aspettative di vita di quest'ultimo e ambendo ad un miglioramento della qualità della sua vita, ossia della percezione soggettiva che il soggetto ha della propria posizione nella vita, nel contesto, nella cultura e negli insiemi di valori in cui egli vive. Per far sì che ciò si realizzi, quindi, l'educatore, attraverso i suoi strumenti principali, andrà ad agire operazioni che riguarderanno il benessere emozionale, sociale, relazionale e personale del soggetto con difficoltà, permettendogli di acquisire il costrutto della cittadinanza, ossia di interagire con gli altri, di partecipare ad attività e quindi di assumere ruoli sociali.

È dunque l'intenzionalità progettuale che permette all'educatore di promuovere il cambiamento sostenendo in maniera graduale la transizione all'autonomia dei soggetti disabili.

#### L'esperienza di tirocinio

Durante il mio secondo anno di formazione universitaria ho svolto tirocinio presso una struttura residenziale per soggetti con disabilità psico-fisiche e sensoriali nella città di Ancona. Una struttura che accoglie perlopiù persone adulte con livelli di autonomia differenti e ovviamente diverse necessità e bisogni. All'interno della struttura residenziale, sono presenti soggetti oligofrenici, psichiatrici, con disturbo dello spettro autistico grave, con la sindrome di Down e con disabilità fisiche congenite e acquisite. Le attività all'interno della struttura sono principalmente dedicate ad implementare le loro capacità cognitive attraverso attività manuali come

laboratori espressivi di arteterapia, e attraverso attività di implementazione della comunicazione tramite l'utilizzo del VOCA oppure delle tabelle comunicative. Durante il tirocinio, la mia attenzione ed il mio interesse si sono focalizzati maggiormente sulla necessità che due utenti presentavano di aumentare la loro autonomia nell'ambiente abitativo riguardo la preparazione dei pasti, unico tassello fondamentale mancante per fargli acquisire un buon livello di indipendenza all'interno dell'ambiente abitativo. Così, assieme ai due utenti del centro ai quali era rivolto l'intervento, ho elaborato un progetto con cadenza settimanale che aveva l'obiettivo di aumentare in loro il senso di responsabilità, acquisendo la capacità di autonomia nella preparazione di pasti decisi da loro da dover poi servire a tutti gli ospiti della comunità residenziale. Il progetto, arrivati al momento della verifica, ha avuto esito positivo: l'obiettivo prefissato di far acquisire agli utenti senso di responsabilità, di insegnargli a cooperare, ad organizzarsi e a comunicare tra di loro per il raggiungimento di una finalità comune è stato raggiunto con successo. Per la realizzazione del progetto, grazie all'aiuto della mia Tutor, mi sono affidata all'utilizzo di un libro di Anna Contardi sulla comunicazione e sulle autonomie nelle persone con disabilità, all'interno del quale erano presenti delle tabelle di comunicazione che spiegavano come poter facilitare la preparazione dei pasti alle persone con disabilità e soprattutto disabilità comunicative, in quanto i due utenti protagonisti del progetto hanno una marcata difficoltà nella comunicazione recettiva.

Oltre a questo piccolo grande traguardo raggiunto durante il tirocinio, un altro importante passo l'ho compiuto instaurando una relazione comunicativa che pensavo fosse impossibile con l'utente con il disturbo dello spettro autistico grave. Pensavo fosse impossibile in quanto il soggetto presenta, anticipando gli specificatori per la

valutazione della gravità del disturbo dello spettro autistico di cui parlerò in seguito, gravi deficit riguardo la comunicazione verbale e non verbale, intaccando le interazioni sociali quasi nulle, con la presenza di forti comportamenti ripetitivi e rituali che se vengono interrotti comportano come conseguenza la messa in atto di un comportamento "problema". Dopo aver osservato con pazienza tutte le sue azioni e i suoi comportamenti, sono riuscita a capire che per entrare in relazione ed instaurare quindi una comunicazione con il soggetto con ASD, dovevo iniziare a far parte dei suoi piccoli rituali di comportamento anticipandoli. Ciò significa che ho dovuto fornire anticipazioni rispetto a tutto ciò che stava per accadere facendogli visualizzare gli eventi a livello visivo attraverso l'utilizzo degli oggetti che avrei impiegato per l'esecuzione dell'attività. Questa anticipazione, come spiegatomi dalla mia Tutor di Tirocinio, è molto rassicurante per la persona con autismo perché gli permette una maggiore prevedibilità e, allo stesso tempo, una migliore acquisizione di abilità più complesse di comprensione del linguaggio. Ad esempio, ho iniziato così, nell'attività di piegare i panni, a mostrargli anticipatamente i panni dentro la cesta così da prepararlo cognitivamente all'attività che si sarebbe svolta di lì a poco, oppure per l'attività del taglio dei capelli, l'operatore di turno gli mostrava la macchinetta per tagliare i capelli così da avvisarlo anticipatamente evitando situazioni di eventuali crisi comportamentali. Quando l'abilità della persona lo permette, può essere estesa a forme più complesse come schemi di durata maggiore che anticipino maggiori attività che avverranno in successione. Con l'utente con autismo della comunità è stata realizzata una tabella di feltro nella quale erano esposte le attività, sotto forma di immagini, che sarebbero avvenute durante l'arco della giornata. La caratteristica di questi "schemi", infatti, è quella di essere costituiti da oggetti o immagini simboliche o scritte a rappresentare diverse attività, che offrono una concreta visualizzazione del tempo.

Da qui nasce il mio interesse nel voler conoscere modalità comunicative/relazionali differenti che permettono alle persone con difficoltà comunicative, sia espressive che recettive, di esprimersi in maniera adeguata e farsi capire, senza dover per forza ricorrere all'attuazione di comportamenti "problema" (spesso autolesionistici) come nel caso della persona con autismo del centro residenziale.

#### Comunicare nella disabilità

È spesso riscontrato come la competenza linguistica, intesa come capacità di espressione verbale, sia una delle funzionalità maggiormente colpite nelle varie forme di disabilità, in particolar modo nella disabilità intellettiva-cognitiva nella quale rientra il disturbo dello spettro autistico.

La disabilità intellettiva-cognitiva è un disturbo dello sviluppo neurologico originato da cause di natura prenatale, perinatale, post-natale, cause ignote o fattori genetici e ha esordio principalmente durante il periodo di sviluppo dei soggetti coinvolti.

La disabilità intellettiva è valutata tramite criteri diagnostici quali:

- Deficit delle funzioni intellettive, come ragionamento, problem solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento scolastico e apprendimento dall'esperienza;
- Deficit del funzionamento adattivo che porta al mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali di autonomia e di responsabilità sociale.

La disabilità intellettiva-cognitiva implica, dunque, un lento sviluppo intellettivo che viene evidenziato perlopiù con l'acquisizione rallentata di nuove conoscenze e competenze, comportamento immaturo per l'età del soggetto, limitate capacità nel prendersi cura di sé stessi e difficoltà di linguaggio. Si manifesta con un difetto del funzionamento intellettivo generale coinvolgente il livello complessivo di adattamento e le abilità sociali-relazionali.

In generale, si può affermare che, a seconda del grado di disabilità intellettiva che viene indicato all'interno del DSM5, che va dal grado estremo con linguaggio assente al grado lieve con linguaggio sviluppato, vi possono essere delle ricadute sull'uso logico-astratto del linguaggio e delle compromissioni nella comprensione e nella produzione del linguaggio verbale, con ovvie conseguenze sugli aspetti comunicativi e relazionali. Inoltre, può essere presente, in diversa misura, rigidità psicologica, in altre parole l'incapacità di cambiare il proprio assetto al variare delle situazioni. Viene qui in aiuto la CAA.

Rowland e Schweigert, studiosi della CAA, hanno evidenziato sei "isole" positive innescate dall'utilizzo della CAA nello sviluppo cognitivo-comunicativo nelle persone con disabilità comunicative (come per le persone con ASD):

 La consapevolezza. Si fa riferimento alla teoria della mente (successivamente spiegata) e permette di sapere che le altre persone hanno pensieri, desideri diversi dai nostri e che a determinati comportamenti corrispondono specifiche conseguenze;

- L'intenzionalità comunicativa. Quando i comportamenti comunicativi sono diretti volontariamente verso l'interlocutore con un significato deliberato;
- La conoscenza del mondo. Ci si riferisce alle esperienze che hanno contribuito a creare motivazioni a ripetere le esperienze piacevoli ed evitare quelle spiacevoli;
- La memoria. Consente di categorizzare, recuperare, selezionare e mettere in sequenza messaggi che sono costruiti con simboli e codici<sup>16</sup>;
- La rappresentazione simbolica. Necessaria per comprendere la relazione tra simboli e loro referenti<sup>17</sup>.

Importante ricordare che l'educatore non lavora da solo, ma è parte integrante di una équipe multidisciplinare, ed è importante sottolineare come quest'ultima, in ogni riunione, debba considerare la necessità di avere ausili tecnologici assistivi, ricordando che la CAA non è un obiettivo in sé, ma il mezzo per raggiungere altre finalità come ad esempio preparare il soggetto ad un periodo di transizione quale una maggiore autonomia.

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Light, 1991

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> Rowland, 2003

Significativo sottolineare come sia fondamentale per la buona riuscita dell'intervento comunicativo che:

- L'educatore sia parte integrante dell'intervento aiutando ad individuare gli ambienti e i partner di comunicazione;
- L'educatore si assicuri che il dispositivo di CAA venga portato a casa ogni giorno così da mantenere una continuità con le attività svolte;
- L'educatore comunichi con i genitori e gli altri operatori quotidianamente su come viene utilizzata la CAA in ciascun contesto e su quali sono le strategie più efficaci da utilizzare<sup>18</sup>.

24

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> Joanne M. Cafiero, Comunicazione aumentativa e alternativa. Strumenti e strategie per l'autismo e i deficit di comunicazione, Erickson, 2009

# Capitolo 6

#### LA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA

Comunicare verbalmente, quindi esternare i propri sentimenti, pensieri, bisogni, necessità per capire e farsi capire dagli altri, è una condizione, in genere, appresa da tempo per la maggior parte delle persone e che viene usata nella vita quotidiana in maniera automatica, ma non tutti i soggetti sono in grado di rispondere ai propri bisogni comunicativi attraverso un linguaggio naturale. Basti pensare alle persone affette da disabilità gravi, che hanno deficit che coinvolgono diversi livelli del loro funzionamento sociale. Queste persone, non potendo esprimersi in maniera adeguata, incontrano notevoli difficoltà nella partecipazione a tutti gli aspetti della loro vita se non vengono fornite loro altre modalità comunicative. Come conseguenza di ciò, viene in aiuto la Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA).

#### Nascita della CAA

La CAA nasce in seguito alle innovazioni introdotte da Charles Bliss, definito come il precursore della Comunicazione Aumentativa Alternativa. C. Bliss è stato un ingegnere austriaco vissuto nel XX secolo che, dopo essersi dedicato allo studio della lingua cinese, inizia ad appassionarsi al sistema di scrittura di questo idioma in quanto notò come i caratteri della lingua cinese venivano letti e compresi da persone con dialetti diversi. Ciò lo portò nel corso della sua vita a cercare di creare un metodo di linguaggio internazionale, teorizzando una scrittura in simboli, che fosse comprensibile da tutti. Nel 1949 infatti pubblicò il primo libro di Semantography, all'interno del quale spiegava il nuovo linguaggio teorizzato. Bliss basava il suo nuovo

metodo sul poter comunicare concetti attraverso l'utilizzo di immagini e simboli, creando un sistema di circa cento simboli che, secondo l'autore, avrebbero abbattuto le barriere ponendosi nella maggior parte dei luoghi pubblici come biblioteche, musei, hotel e cinema. I simboli Bliss però, in quel periodo storico, non ebbero riscontro a causa della comunità scientifica che non ne evidenziava degli effetti tangibili, fino a quando pochi anni più tardi, l'Ontario Crippled Children Center, rese noto di voler utilizzare il sistema in quanto lo definiva come un metodo con il quale i bambini con linguaggio scarso, assente o con limitate capacità fisiche, potevano comunicare le loro idee tramite l'uso di simboli visivi.



Figura 2: Blissymbolics

I principi di CAA si svilupparono poi essenzialmente durante gli anni compresi tra il 1950 e il 1970, anni in cui si è promosso un notevole sviluppo medico-scientifico-riabilitativo che ha permesso di incrementare la possibilità di vita ai nati prematuri e agli adulti che avevano vissuto forti traumi come ad esempio ischemie, ictus e disabilità acquisite in generale. Ovviamente, coloro che avevano vissuto turbamenti

del genere, erano caratterizzati dall'avere residui come situazioni di grave disabilità e impossibilità a poter comunicare verbalmente. Da qui nasce l'esigenza di aiutare a riacquisire il diritto a comunicare da parte di queste persone, supportato anche dal periodo storico dove non veniva più nascosta la disabilità, dando perciò possibilità alle persone di aiutare i soggetti in difficoltà ad esprimersi con modalità comunicative diverse rispetto a quella orale. Le comunità di sordi anticiparono inoltre questo processo di legittimazione di un linguaggio alternativo esigendo il diritto di essere educati utilizzando il linguaggio dei segni. Andando avanti negli anni, iniziarono a svilupparsi anche tecnologie elettroniche a sostegno delle persone con disabilità comunicativa. Il primo strumento tecnologico dedicato alla comunicazione è stato il POSSUM (Patient Operated Selection Mechanism), un dispositivo elettronico con un monitor controllabile tramite il tocco di un pulsante che permetteva ai soggetti con bisogni comunicativi complessi (BCC), derivanti da traumi acquisiti, di esprimersi.



Figura 3: Possum, primo ausilio di CAA. Immagine tratta dalla brochoure della FLI

Dagli anni '80 iniziarono ad essere pubblicati casi di persone che attraverso programmi di comunicazione, riuscivano a migliorare la qualità delle loro vite. Nel 1982 a Toronto si tenne la prima conferenza internazionale sulla "Comunicazione non orale", durante la quale venne presa la decisione di creare un'organizzazione esclusivamente dedicata a questo campo clinico. L'anno successivo, professionisti di 25 paesi del mondo fondarono a New Lansing (Michigan – USA) l'International Society for Augmentative and Alternative Communication (ISAAC) e decisero di chiamare l'area di interesse Augmentative and Alternative Communication.

Per quanto riguarda l'Italia, nel 1989 fu costituito il Gruppo Italiano per lo Studio della Comunicazione Aumentativa e Alternativa (GISCAA), e nel 1996 fu fondata la prima e unica scuola annuale di formazione in CAA a Milano, presso il Centro Benedetta D'Intino ONLUS. Altra tappa significativa per il nostro Paese è stata la fondazione nel 2002 del Chapter ISAAC Italy, i quali obiettivi, oltre a quello di sviluppare le finalità di ISAAC Internazionale, sono quelli di divulgare e promuovere il campo interdisciplinare della CAA, facilitare l'accesso alle conoscenze specifiche e diffondere una corretta cultura di CAA anche attraverso le conferenze ISAAC in Italia e la traduzione di alcuni articoli e testi di rilevanza per la CAA<sup>19</sup>.

## Principi della CAA

"L'intervento di CAA nasce dall'esigenza di dare voce a quelle persone che vivono in un silenzio forzato e che compiono uno sforzo notevole nel tentativo di farsi comprendere, di attirare l'attenzione su di sé o anche semplicemente di essere

<sup>&</sup>lt;sup>19</sup> Rivarola, 2012

riconosciute nella loro difficoltà di comunicare, con conseguenze sul piano relazionale, cognitivo, linguistico e sociale<sup>20</sup>".

Il sistema viene definito dalla dodicesima divisione di speciale interesse sulla comunicazione aumentativa e alternativa dell'American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) come:

"La comunicazione aumentativa alternativa si riferisce ad un'area di ricerca e di pratica clinica e educativa. La CAA studia, e quando necessario tenta di compensare disabilità comunicative temporanee o permanenti, limitazioni nelle attività e restrizioni alla partecipazione di persone con severi disordini nella produzione del linguaggio (language) e/o della parola (speech) e/o di compromissione, relativamente a modalità di comunicazione scritta e orale<sup>21</sup>".

La CAA si avvale dell'utilizzo di diversi strumenti e tecniche per compensare la difficoltà dei soggetti con bisogni comunicativi speciali nell'area linguistica-comunicativa.

Il temine "aumentativa", infatti, sta ad indicare come tecniche, metodi e strumenti utilizzati nella CAA siano tesi non a sostituire le modalità di comunicazione già presenti nel soggetto, ma bensì ad accrescere la comunicazione naturale attraverso il potenziamento delle abilità presenti e la valorizzazione delle modalità naturali<sup>22</sup> (orali, mimico-gestuali, visive, ecc.); mentre, il termine "alternativa", sta ad indicare come la CAA faccia ricorso a modalità e mezzi di comunicazione speciali, sostitutivi del

<sup>&</sup>lt;sup>20</sup> Rivarola, 2009

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup> ASHA - American Speech Language Hearing Association, 2005

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup> ISAAC Italy- Principi e pratiche in CAA, 2017

linguaggio orale, come ad esempio l'utilizzo di ausili, tecniche, strategie, strumenti quali simbologie grafiche, scrittura, gestualità<sup>23</sup>. La CAA è una modalità di intervento applicabile sia in ambito clinico-riabilitativo che nel contesto familiare e educativo-scolastico.

Lo scopo della CAA è quello di fornire alla persona che ne necessita, modalità il più possibile indipendenti di comunicazione, e di massimizzare le abilità e le opportunità di partecipazione del soggetto negli ambienti di vita. Viene utilizzata perciò sia per promuovere la comunicazione espressiva, sia quella recettiva (di comprensione del linguaggio), sia per ampliare le competenze globali del soggetto influenzando positivamente l'area emotiva, linguistica, cognitiva, attentiva e relazionale, prevenendo perciò un possibile impoverimento comunicativo ed evitando quindi la comparsa di eventuali disturbi del comportamento legati all'incapacità del soggetto di esprimere in altro modo i propri bisogni.

Dunque, la CAA è basata sul modello di "full partecipation", che sta ad indicare la rimozione di barriere alle opportunità di comunicazione aumentando la partecipazione e l'indipendenza di una persona al suo contesto di vita.

"Le persone non possono agire come attori principali nella propria vita se non sono in grado di comunicare in maniera efficace con gli altri per prendere decisioni ed effettuare scelte riconosciute e comprese<sup>24</sup>".

25 Ibidem.

<sup>&</sup>lt;sup>23</sup> Ibidem.

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup> *Light & Gulens*, 2000

# **Epidemiologia**

I dati epidemiologici raccolti mostrano una sempre più elevata necessità di CAA sia nella popolazione adulta che in quella infantile. Gli utenti che hanno bisogno della CAA rappresentano quindi una popolazione altamente disomogenea non solo riguardo all'età, ma anche rispetto ai quadri clinici che determinano la disabilità di comunicazione, agli ambienti e alle condizioni di vita.

Si stima che tra l'0.8% e l'1.2% della popolazione degli USA ha disturbi di comunicazione così gravi da presentare bisogni di CAA<sup>25</sup>, mentre in Italia, più del 2% della popolazione fra 0 e 18 anni è composta da persone con disabilità, ed è stato stimato che almeno un quarto di essa presenti disturbi di comunicazione transitori o permanenti, all'interno di quadri diagnostici diversi (Costantino & Bergamaschi, 2005)<sup>26</sup>. Inoltre, Beukelman (2013) ha evidenziato un generale aumento della popolazione infantile con bisogni di CAA che sembra essere determinato dall'incremento dei disturbi dello spettro autistico (all'interno del quale almeno nel 25% dei casi non è raggiunta l'acquisizione del linguaggio – Fombonne, 2009). Spesso, infatti, le difficoltà delle persone con bisogni comunicativi complessi, sono derivanti da cause congenite, come ad esempio disabilità intellettive, malattie rare, sordo-cecità, encefalopatie degenerative congenite o anche grave disprassia del linguaggio, ma anche da disabilità acquisite, quali patologie neuro-degenerative dell'adulto (tra le più frequenti la Sclerosi Laterale Amiotrofica, la Sclerosi multipla, Morbo di Parkinson), patologie cerebrovascolari (ischemiche o emorragiche), malattie del Sistema Nervoso che comportano disabilità neuromotorie. Importante sottolineare

<sup>-</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>25</sup> Beukelman & Ansel, 1995

<sup>&</sup>lt;sup>26</sup> ISAAC Italy- Principi e pratiche in CAA, 2017

inoltre che la superiore aspettativa di vita accresce il numero di persone che giungono in età avanzata con patologie, sia acquisite che congenite, che compromettono la comunicazione e quindi il ricorso ad interventi di CAA.<sup>27</sup>

\_

<sup>&</sup>lt;sup>27</sup> Joanne M. Cafiero, Comunicazione aumentativa e alternativa. Strumenti e strategie per l'autismo e i deficit di comunicazione, Erickson, 2009

# Partecipazione e valutazione degli interventi CAA

Avendo spiegato di che cosa si parla quando si fa riferimento alla CAA, è importante sottolineare che non esistono prerequisiti o condizioni particolari di idoneità all'intervento di CAA quali ad esempio problemi fisici, mentali, età cronologica, profilo delle abilità. La caratteristica comune è quella di richiedere un'assistenza particolare per esprimersi e, talvolta, anche per comprendere il linguaggio. Un esempio di indicatori per interventi di CAA è:

- Il soggetto non parla?
- Ha un ritardo nel linguaggio?
- Ha un vocabolario limitato? (da una a venti parole)
- Fa fatica ad esprimere una richiesta?
- Ha comportamenti difficili da interpretare?
- Ha difficoltà ad interagire con gli altri?
- Comunica soltanto su argomenti specifici?
- Usa solo linguaggio a memoria ripetendo parole o frasi che ha sentito?<sup>28</sup>

Gli interventi di CAA si definiscono *longitudinali*, in quanto i bisogni comunicativi e le abilità delle persone si modificano nel corso della vita in relazione all'età,

<sup>&</sup>lt;sup>28</sup> Joanne M. Cafiero, Comunicazione aumentativa e alternativa. Strumenti e strategie per l'autismo e i deficit di comunicazione, Erickson, 2009

all'evoluzione delle diverse patologie, ai contesti di vita, ponendo la necessità perciò di adeguare costantemente il sistema generale di comunicazione ai nuovi contesti e bisogni di comunicazione e partecipazione del soggetto. Lo sviluppo di una comunicazione migliore è un obiettivo sempre attuale e a lungo termine per gli esseri umani.

Gli interventi di CAA si sviluppano a seguito di numerose valutazioni della partecipazione del soggetto e delle sue capacità comunicative in ambienti naturali, ed operano secondo l'assunto che la comunicazione è cambiamento e quindi le valutazioni devono essere dinamiche, continue e modificabili, permettendo perciò di riflettere su nuovi potenziali comunicativi.

I principali strumenti valutativi utilizzati sono il Partecipation Model, il SETT Framework e il Social Networks, ciascuno dei quali parte dal presupposto di osservare il soggetto tenendo conto delle varie realtà con le quali il soggetto si interfaccia e dei partner di comunicazione che incontra.

Il Partecipation Model fu presentato per la prima volta da Beukelman e Mirenda (1998) ed è stato poi ufficialmente adottato nel 2004 anche dall'ASHA (American Speech-LanguageHearing Association) come schema di riferimento per la valutazione e per gli interventi di CAA<sup>29</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>29</sup> ISAAC Italy- Principi e pratiche in CAA, 2017

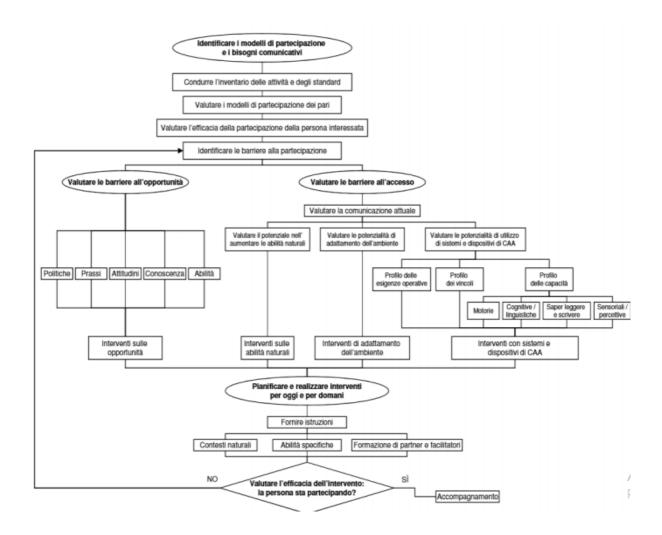


Figura 4: "Modello di partecipazione" di Beukelman D.R. e Mirenda P.

Il Modello della Partecipazione è uno strumento di valutazione che parte nell'analizzare inizialmente i pattern di partecipazione e comunicazione dei pari a sviluppo "tipico" in ambienti significativi e naturali (ad esempio nei loro contesti di vita quali la casa, la scuola, il lavoro, i centri diurni, la comunità...), per poi analizzare successivamente i pattern di partecipazione e comunicazione della persona con BCC negli stessi contesti, con la finalità di attuare un confronto tra le diverse modalità registrate per poter realizzare e mettere in atto adeguati interventi per aumentare il

livello di partecipazione della persona con BCC con lo scopo di adeguarlo il più possibile a quello dei pari. Ciò vuol dire rilevare le differenze nella partecipazione e poi individuare le *barriere di opportunità e/o di accesso*<sup>30</sup> che possono contribuire a queste differenze.

Per *barriere di opportunità*, si intende tutto ciò che è connesso a restrizioni non direttamente collegate alla condizione specifica della persona con BCC, quanto piuttosto a fattori di carattere ambientale, come ad esempio le politiche e le regole amministrative previste per l'ambiente in cui vive la persona con BCC, le prassi operative, le attitudini dei facilitatori e dei partner (in termini delle loro personali disposizioni e assunti nei confronti della persona con BCC)<sup>31</sup>.

Per *barriere di accesso* invece, ci si riferisce ai limiti, alle capacità, alle risorse della persona con BCC e possono riguardare la motricità, la percezione, la cognizione e il livello di apprendimento di quest'ultima<sup>32</sup>.

L'altro strumento di tecnologia assistiva per la valutazione è il SETT Framework, dove SETT sta per Student, Environment, Tasks, Tools. È uno strumento valutativo composto da una lista di domande che permette all'équipe di osservare ed individuare in maniera precisa di che cosa ha bisogno la persona per comunicare e partecipare<sup>33</sup>. Questo strumento è utilizzato principalmente per aiutare l'équipe a condividere informazioni e a farsi le giuste domande nei limiti posti dallo schema di riferimento

<sup>30</sup> Schlosser & Lee, 2000

<sup>&</sup>lt;sup>31</sup> ISAAC Italy- Principi e pratiche in CAA, 2017

<sup>&</sup>lt;sup>32</sup> Ivi.

<sup>&</sup>lt;sup>33</sup> Joanne M. Cafiero, Comunicazione aumentativa e alternativa. Strumenti e strategie per l'autismo e i deficit di comunicazione, Erickson, 2009

del SETT, riguardo un ambiente e un'abilità sulla quale si è scelto di concentrare la valutazione.

Per ultimo, abbiamo il Social Networks, un inventario di comunicazione per persone con bisogni comunicativi complessi e i loro partner di comunicazione<sup>34</sup>. Il Social Networks è un ausilio di comunicazione che è stato elaborato dal Circle of Friends (O'Brien, Forest, Snow e Hasbury, 1989), il quale si focalizza sui partner comunicativi della persona con bisogni comunicativi complessi (come per le persone con ASD) per individuare i bisogni comunicativi di quest'ultima così da poter scegliere l'intervento di CAA più adeguato. Questo sistema considera tutte le modalità comunicative che il soggetto utilizza, dalla comunicazione espressiva e recettiva, all'utilizzo della scrittura, abilità di lettura, cognitive, il linguaggio del corpo, i gesti, le vocalizzazioni, l'eloquio e anche le strategie di rappresentazione, come ad esempio l'utilizzo di oggetti e immagini. Dopo aver valutato tutto questo, si passa all'osservazione e valutazione dei partner comunicativi della persona che necessita interventi di CAA. Per fare ciò, questo sistema si avvale dell'utilizzo della teoria dei cerchi concentrici dove, nel cerchio più interno si trovano i familiari, in quello successivo gli amici, per poi passare ai conoscenti e finire con gli operatori/partner non familiari. Da qui nascono dei colloqui con i membri di ciascun cerchio per poter raccogliere il più possibile informazioni e individuare le potenzialità di comunicazione e capire come gli ausili di CAA possano sfruttare queste opportunità di relazione di ciascuna area.

Con questi modelli di valutazione vengono valutate dunque tutte le modalità espressive della persona, le abilità ricettive, il grado di intenzionalità, le funzioni

<sup>&</sup>lt;sup>34</sup> Blackstone e Berg, 2004

comunicative utilizzate e la capacità di modificare le strategie utilizzate per riparare le interruzioni nella comunicazione.

Oltre alle tecniche sopra descritte, esistono a livello internazionale altri strumenti di valutazione della comunicazione, quali ad esempio la Communication Matrix (Rowland, 2004), la Interactive Check list for Augmentative Communication (INCH; Bolton & Dashiell, 1991), il Triple C (Bloomberg et al., 2009) e la scala della Comunicazione secondo Goodglass e Kaplan (1994) con la quale si possono classificare 5 condizioni di possibili disturbi della Comunicazione nella dimensione pragmatica della conversazione<sup>35</sup>.

Molto spesso, la barriera principale che impedisce lo sviluppo della competenza comunicativa, la creazione di rapporti di relazione e che quindi rende inefficaci gli interventi, è la mancanza di opportunità di comunicazione e partecipazione, oltre agli atteggiamenti negativi delle famiglie verso l'uso di CAA (secondo lo studio "Bridging the gap from values to actions: A family systems framework for family-centered AAC services" Mandak K, 2017). È importante analizzare le opportunità di comunicazione e partecipazione presenti negli ambienti<sup>36</sup> di vita anche rispetto ai reali bisogni comunicativi, agli interessi ed abilità della persona che può beneficiare della CAA. Tali bisogni ed interessi vanno attentamente individuati e, a seguito della valutazione delle opportunità, l'intervento di CAA potrà essere rivolto anche a ripensare o costruire opportunità personalizzate di reale comunicazione e partecipazione negli ambienti di vita della persona stessa.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>35</sup> ISAAC Italy- Principi e Pratiche in CAA, 2017

<sup>&</sup>lt;sup>36</sup> P. Mirenda et al., Communication Options for People with Severe and Profund Disabilities: State of Art and Future Directions, Journal of the Association for person with severe handicaps 1990

# La legislazione sulla CAA in Italia

In Italia, nonostante la Comunicazione Aumentativa Alternativa sia ancora poco regolarizzata riguardo il suo utilizzo e i diritti di chi la necessita, il riferimento normativo è la legge del 5 febbraio 1992 n. 104, ossia la "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate", la quale si pone come obiettivo di prevenire e rimuovere le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana e il raggiungimento della massima autonomia possibile, perseguendo il recupero funzionale e sociale della persona affetta da disabilità, predisponendo perciò interventi che sono volti a evitare situazioni di emarginazione ed esclusione sociale. Questi principi possono essere realizzati, nel caso di persone con BCC, attraverso l'utilizzo di tecniche di CAA in quanto, sebbene non esplicitata all'interno della legge 104, i contenuti di fatto la implicano.

In particolare, nell'articolo 5, si afferma che la promozione dell'autonomia e la realizzazione dell'integrazione sociale sono perseguite anche attraverso "l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi, che assicuri il recupero consentito delle conoscenze scientifiche e dalle tecniche attualmente disponibili, il mantenimento della persona handicappata nell'ambiente familiare e sociale, la sua integrazione e partecipazione alla vita sociale<sup>37</sup>", oltre al fatto che l'articolo 7 della stessa legge garantisce l'eventuale fornitura e riparazione degli ausili tecnici necessari per il trattamento delle menomazioni, così come il deficit comunicativo è considerato.

<sup>&</sup>lt;sup>37</sup> Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Decreto-legge 104/92

## Capitolo 7

### IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

Al fine di rendere efficace l'intervento comunicativo di CAA, è necessario passare attraverso una comprensione generale delle caratteristiche del disturbo dello spettro autistico, conoscendo come si articola il decorso della condizione autistica, i tratti peculiari delle persone con autismo e dei suoi contesti di vita, le aree funzionali compromesse e i diversi livelli di gravità del funzionamento dell'individuo con autismo, così da poter realizzare un lavoro effettivo ed incisivo con la persona con autismo e i partner comunicativi nei contesti di vita reale.

## Introduzione allo spettro autistico

La definizione del disturbo dello spettro autistico ha subito alterni destini prima di pervenire all'attuale concetto. Si sono succedute una pluralità di definizioni derivanti da diversi ambiti, come ad esempio da quello psicosociale, dove si affermava che era una condizione che trascendeva l'ambito medico e suggeriva prospettive di analisi socioculturali; all'ambito psicogeno, dove veniva identificato come una conseguenza all'inadeguata relazione con la madre, fino ad arrivare all'ambito neurobiologico con i disturbi del neurosviluppo.

Il disturbo dello spettro autistico (autismo, dal greco αὐτός (aütós) - stesso) viene definito dall' Istituto Superiore di Sanità come "una sindrome comportamentale causata da un disordine dello sviluppo biologicamente determinato, con esordio nei primi tre anni di vita" che si manifesta con gradi diversi di disabilità, che possono esitare nella non autosufficienza. Il termine autismo è stato usato per la prima volta nel

1911 da Bleuler per indicare un comportamento nell'ambito della schizofrenia caratterizzato da chiusura, evitamento dell'altro e isolamento. Successivamente, nel 1943 Leo Kanner, pediatra tedesco, utilizzò il termine non più con il significato di sintomo ma come descrizione di un'entità nosografica. Egli infatti studiò undici casi di bambini con sintomatologia di estremo isolamento, distacco dagli altri, movimento stereotipato e difficoltà di linguaggio caratterizzati però anche da "isole di abilità" definendo questa condizione come "autismo infantile precoce". Da allora, passando per vari studiosi come Asperger e Rutter, la conoscenza del disturbo si è evoluta e si sta affinando sempre più velocemente, e ciò lo possiamo notare dal fatto che fino a pochi anni fa, quando si parlava di autismo, si faceva riferimento a distinzioni in quattro sottotipi fra cui la Sindrome di Asperger e il sottotipo non altrimenti specificato. Attualmente, invece, queste problematiche sono nuovamente considerate un concetto unitario.

## I costrutti psicopatologici dell'autismo

Le principali teorie che hanno cercato di studiare, dal punto di vista cognitivo, il funzionamento delle persone con autismo sono la *Teoria della Mente* e la *Teoria della Coerenza Centrale*.

Dagli studi genetici fin ad ora realizzati, si è arrivati alla conclusione che non esiste il "gene dell'autismo", ma piuttosto una "serie di alterazioni geniche che vanno a conferire una vulnerabilità biologica<sup>38</sup>" tale da condurre alla comparsa del disturbo. Le persone con disturbo dello spettro autistico si caratterizzano per uno sviluppo fondato su modalità percettive, immaginative, socio-affettive, e più in generale, da uno

 $<sup>^{38}</sup>$  Toates, Psicobiologia del comportamento, Pearson, 2014

stile di funzionamento cognitivo qualitativamente diverso. In altri termini, secondo alcuni studiosi, i soggetti affetti dal disturbo dello spettro autistico manifestano una teoria delle mente deficitaria, ossia presentano una limitazione del meccanismo che estrae le informazioni sulle intenzioni e desideri altrui. I soggetti con autismo, infatti, presentano l'incapacità di attribuire pensieri interni, sentimenti e intenzioni agli altri e a loro stessi. Il successo di iniziare e mantenere relazioni significative con altre persone e di potersi avviare verso un'eventuale attività lavorativa dipende perciò a partire da questo assunto, ossia dal livello di autonomia raggiunto nella comprensione e controllo di emozioni e situazioni, nella competenza di comunicazione non verbale e verbale, nella capacità di proiettarsi nel futuro e di cooperare con gli altri. Nei soggetti con autismo, in altre parole, è presente una compromissione della cognizione sociale la quale, per il suo funzionamento, richiede rappresentazioni del sé per costruire un modello della mente altrui. Per quanto riguarda i comportamenti ripetitivi e gli interessi particolari che i soggetti con autismo presentano, la spiegazione viene data dalla Teoria della coerenza centrale (Frith e Happè 1994), secondo la quale il funzionamento mentale di tipo autistico è caratterizzato da una difficoltà nel trasferire dal locale al globale, ossia da una frammentazione dell'ambiente circostante (vedono prima l'albero piuttosto che la foresta intera). In un soggetto non portatore del disturbo, un normale processo di elaborazione delle informazioni evidenzia la tendenza di riunire insieme le diverse informazioni per costruire sempre più alti livelli di contesto del significato, nei soggetti con autismo invece questa capacità di mentalizzare ( definita "coerenza interna" secondo Frith e Happè) è notevolmente ridotta e caratterizzata da carenze che portano i soggetti a individuare in modo preferenziale singole parti di un oggetto piuttosto che una totalità. Ciò spiega come ad esempio le persone con autismo esprimono le sensazioni come percezioni frammentarie, o come in forma frammentaria pianificano ed eseguono le azioni, oppure la presenza di "isole di abilità" (interessi particolari) piuttosto spiccate.

Un esempio di quanto appena detto, in recenti studi fRMI effettuati, è stato osservato che durante l'esecuzione di compiti che richiedevano la consapevolezza di sé, le cortecce deputate a ciò nelle persone affette da autismo erano meno attive rispetto al campione di controllo<sup>39</sup>. È stato però riscontrato nei soggetti con autismo uno spessore maggiore della corteccia visiva ed uditiva che può essere associato alle migliori capacità percettive riscontrate nei soggetti affetti dal disturbo. Sono caratterizzati perciò da una attività superiore in alcune aree cerebrali rispetto che in altre<sup>40</sup>.

Secondo questi modelli, quindi, l'autismo non è un disturbo ma una diversa forma di organizzazione.

## Esordio e decorso dell'autismo

Il disturbo dello spettro autistico, come affermato nella definizione data dall'ISS, compare entro i primi anni di vita ("primi anni dell'infanzia" DSM-5), più precisamente la sintomatologia dei fattori di rischio inizia ad esprimersi tra i 12 ed i 18 mesi di vita del bambino. La diagnosi viene effettuata principalmente attraverso la manifestazione comportamentale dei soggetti e avviene, in linea di massima, tra il secondo e terzo anno di vita grazie all'attenzione puntata su dei fenomeni caratterizzanti che possono essere rilevati in maniera precoce così da aiutare nell'identificazione e nell'interpretazione del disturbo e sono: la *regressione* 

<sup>&</sup>lt;sup>39</sup> Toates, Psicobiologia del comportamento, Pearson, 2014

<sup>&</sup>lt;sup>40</sup> Ibidem.

autistica/ritiro autistico<sup>41</sup> che si verifica a seguito di un normale sviluppo del bambino e si manifesta attorno ai 3 anni di vita attraverso l'isolamento, comportamenti strani (come ad esempio presenza di stereotipie), perdita del linguaggio e delle abilità sociali che aveva in precedenza acquisito; e il mancato contatto visivo con l'interlocutore, come ad esempio non seguire lo sguardo dell'altro oppure il contatto oculare può essere presente ma manca la coordinazione tra sguardo, gesti e parole ("triangolazione visiva").

# Diagnosi ed incidenza del disturbo dello spettro autistico

La diagnosi viene realizzata attraverso numerosi strumenti diagnostici specifici quali ad esempio la Vineland-Adaptive Behavior Scales (VABS) considerata come una delle migliori interviste psicometrica semi-strutturata per la valutazione del livello adattivo di un individuo; il test C.H.A.T. (Checklist for Autism in Toddlers) utilizzato a partire dai 18 mesi di vita dei bambini che prevede nove domande da rivolgere ai genitori del bambino e l'osservazione diretta di cinque comportamenti di quest'ultimo dove si osservano vari aspetti dell'imitazione, del gioco e dell'attenzione del bambino; la Scala Bretonnau (1985), il test diagnostico dell'autismo, il test per l'individuazione di sintomi autismo nell'età scolare (1966), la tabella comparativa dei comportamenti nei bambini normali-autismo(1999) e l'ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule- Second Edition) che permette di osservare i soggetti con autismo

\_\_\_

<sup>&</sup>lt;sup>41</sup> Piero Crispiani, Ippocrate Pedagogico. Manuale professionale di pedagogia speciale della abilitazione e riabilitazione, 2019

soprattutto sull'area dell'affetto sociale e sull'area del comportamento ristretto e ripetitivo<sup>42</sup>.

Dal punto di vista clinico gli individui con autismo sono spesso divisi in due grandi gruppi: l'autismo sindromico (10 % dei casi) associato a malformazioni o caratteristiche dismorfiche evidenti soprattutto a livello facciale (sono compresi individui che mostrano alterazioni in un singolo gene come nel caso della sclerosi tuberosa, della sindrome da X-Fragile), e l'autismo primario o idiopatico, detto anche essenziale (90% dei casi), " nel quale sono presenti i classici segni clinici della sindrome autistica, mentre sono assenti malformazioni e caratteristiche dismorfiche" (ISS).

I numerosi studi condotti fin ora e i dati più recenti indicano che negli ultimi decenni c'è stato un progressivo aumento della prevalenza. Sembra infatti che tale condizione stia diventando sempre più diffusa in vista del fatto che si fanno sempre più diagnosi di tale disturbo, anche nei casi lievi. La rilevanza è tra 2 e 5 su 10.000 nati con un rapporto di 1 a 4 tra femmine e maschi<sup>43</sup>.

## Comorbidità e diversi livelli di gravità dell'ASD

L'estrema eterogeneità del disturbo dello spettro autistico e dei quadri clinici correlati (è una condizione "a spettro", questo significa che il modo e l'intensità varia enormemente da persona a persona) è definita da una comorbilità di sintomi e situazioni morbose che rendono necessaria la classificazione dell'autismo in diverse

<sup>&</sup>lt;sup>42</sup>Piero Crispiani, Ippocrate Pedagogico. Manuale professionale di pedagogia speciale della abilitazione e riabilitazione, 2019

<sup>&</sup>lt;sup>43</sup> Ivi.

aree di gravità. Ciò è possibile grazie al cambiamento che è stato condotto dal DSM-5 con l'introduzione di specificatori per la valutazione della gravità, che vanno a definire la presenza o assenza di:

- compromissione intellettiva associata;
- compromissione del linguaggio associata;
- associazione ad una condizione medica, genetica o fattore ambientale;
- associazione ad un altro disturbo nel neurosviluppo, mentale o comportamentale;
- presenza di catatonia<sup>44</sup>.

In base agli specificatori vengono individuati tre livelli di gravità del disturbo:

<u>1° livello: necessita di supporto:</u> indica la difficoltà che il soggetto riscontra nell'iniziare interazioni sociali e che senza supporto potrebbero andare a peggiorare come l'area problematica legata all'organizzazione e panificazione e la comunicazione sociale verbale e non-verbale.

<u>2° livello: necessità di supporto sostanziale:</u> il soggetto presenta marcate difficoltà nell'interazione sociale, nella comunicazione verbale e non-verbale, difficoltà al cambiamento e inflessibilità di comportamento spesso ripetitivo. Si evidenzia una difficoltà a ridirigere l'attenzione quando i rituali vengono interrotti.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>44</sup> Piero Crispiani, Ippocrate Pedagogico. Manuale professionale di pedagogia speciale della abilitazione e riabilitazione,

<u>3° livello: necessità di supporto molto sostanziale:</u> il soggetto autistico ha gravi deficit riguardo la comunicazione sociale verbale e non verbale, le interazioni sociali, i comportamenti ripetitivi. Mostra risposte minime alle iniziative altrui e si evidenzia uno stress fortemente marcato quando i rituali o le routine vengono interrotti.

## Aree di compromissione del funzionamento personale

Come abbiamo in precedenza detto il disturbo dello spettro autistico è caratterizzato da una enorme eterogeneità di sintomi che possono avere differente severità in alcuni utenti rispetto che in altri ma, sono presenti, in linea generale, delle caratteristiche cardine/aree fondamentali dello sviluppo all'interno della popolazione clinica che caratterizzano maggiormente lo spettro autistico e ne permettono il riconoscimento e sono: l'area socio-comunicativa e l'area dell'attività e degli interessi (Diade sintomatologica DSM-V).

Più in particolare possiamo notare nei soggetti con autismo:

- Difficoltà nella reciprocità socio-emotiva (criterio A.1 del DSM-5) con incapacità al riconoscimento di emozioni, nell'esprimerle e modularle a seconda del contesto;
- 2. Difficoltà nei comportamenti comunicativi non-verbali usati per la comunicazione sociale (criterio A.2 del DSM-5) con inespressività, mancanza di contatto oculare, scarsa partecipazione;
- 3. Difficoltà nello sviluppare, mantenere o comprendere le relazioni (criterio A.3 del DSM-5) che si mostra con atipicità nel desiderio di socializzazione, nel

comprendere le motivazioni di comportamenti altrui, nel senso delle regole. Spesso le persone con ASD vanno da un approccio sociale anomalo al fallimento della reciprocità della conversazione.

- 4. Presenza di movimenti motori, uso di oggetti o della parola in maniera ripetitiva e/o stereotipata (criterio B.1 del DSM-5) che "vanno da semplici stereotipie motorie come sfarfallare e dondolarsi, ad allineare gli oggetti o rotearli (rigirare monete o trottole), all'ecolalia immediata o differita (cioè la ripetizione come un eco di parole), all'uso singolare di frasi fino ad una prosodia eccentrica o al parlare con frasi di film. Hanno una presentazione molto variabile a seconda dell'età, della gravità, dell'intervento svolto e del supporto sociale" (Vagni, D.);
- 5. Aderenza inflessibile alle routine, o schemi di comportamento verbale o non verbale ritualizzati (criterio B.2 del DSM-5) con incapacità di flessibilità del pensiero, differenze nel funzionamento della memoria e negli interessi;
- 6. La tendenza ad andare in *iperfocus* (interessi ristretti e fissi che sono anormali nell'intensità o nel focus) (criterio B.3 del DSM-5);
- 7. Iper-reattività o Ipo-reattività agli input sensoriali o interessi insoliti per aspetti sensoriali dell'ambiente (criterio B.4 del DSM-5) riguardo suoni, sensazioni tattili, sapori, odori, luci o colori (differenze nell'attenzione puntata verso gli stimoli, nella percezione del proprio corpo e nei movimenti).

SCHEDA 1

DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (DSM V)

Criteri Diagnostici: Deve soddisfare i criteri A, B, C, e D:

# A. Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in diversi contesti, non spiegabile attraverso un ritardo generalizzato dello sviluppo, e manifestato da tutti e 3 i seguenti punti:

- Deficit nella reciprocità socio-emotiva: un approccio sociale anormale e fallimento nella normale conversazione (in avanti ed indietro) e/o un ridotto interesse nella condivisione degli interessi, emozioni, affetto e risposta e/o una mancanza di iniziativa nell'interazione sociale.
- 2. Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali usati per l'interazione sociale: che vanno da una povera integrazione della comunicazione verbale e non verbale, attraverso anormalità nel contatto oculare e nel linguaggio del corpo, o deficit nella comprensione e nell'uso della comunicazione non verbale, fino alla totale mancanza di espressività facciale e gestualità.
- 3. Deficit nello sviluppo e mantenimento di relazioni, appropriate al livello di sviluppo (non comprese quelle con i genitori e caregiver): difficoltà nel regolare il comportamento rispetto ai diversi contesti sociali e/o difficoltà nella condivisione del gioco immaginativo e nel fare amicizie e/o apparente mancanza di interesse nelle persone.

### B. Comportamenti e/o interessi e/o attività ristrette e ripetitive come manifestato da almeno 2 dei seguenti punti:

- Linguaggio e/o movimenti motori e/o uso di oggetti, stereotipato e/o ripetitivo: come semplici stereotipie motorie, ecolalia, uso ripetitivo di oggetti, frasi idiosineratiche.
- Eccessiva aderenza alla routine, comportamenti verbali o non verbali riutilizzati e/o eccessiva resistenza ai cambiamenti: rituali motori, insistenza nel fare la stessa strada o mangiare lo stesso cibo, domande o discussioni incessanti o estremo stress a seguito di piccoli cambiamenti.
- Fissazione in interessi altamente ristretti con intensità o attenzione anormale: forte attaccamento o preoccupazione per oggetti inusuali, interessi eccessivamente perseveranti o circostanziati.
- 4. Iper-reattività e/o Ipo-reattività agli stimoli sensoriali o interessi inusuali rispetto a certi aspetti dell'ambiente: apparente indifferenza al caldo/freddo/ dolore, risposta avversa a suoni o tessuti specifici, eccessivo odorare o toccare gli oggetti, fascinazione verso luci o oggetti roteanti.

### C. I sintomi devono essere presenti nella prima infanzia (ma possono non diventare completamente manifesti finché la domanda sociale non eccede il limite delle capacità).

#### D. L'insieme dei sintomi deve compromettere il funzionamento quotidiano.

Un unico spettro: è stato dato un nuovo nome alla categoria, Disturbi dello Spettro Autistico, che include il Disturbo Autistico (autismo), Sindrome di Asperger, Disturbo disintegrativo dell'infanzia, e disturbi pervasivi dello sviluppo non altrimenti specificati.

La differenziazione dello spettro autistico rispetto allo sviluppo tipico e ad altri disturbi non nello spettro è fatta con validità ed efficacia; mentre la distinzione tra i diversi disturbi è stata trovata inconsistente nel tempo, variabile tra i diversi luoghi in cui è stata effettuata la diagnosi, e spesso associata alla severità, livello linguistico o intelligenza invece che alle caratteristiche specifiche dei diversi disturbi.

Figura 5: Nell'immagine sono descritti i criteri diagnostici che devono essere soddisfatti secondo il DSM-V per la diagnosi di disturbo dello spettro autistico.

Le difficoltà riportate dai soggetti con autismo nella totalità delle loro aree di funzionamento personale portano inevitabilmente al manifestarsi di situazioni e comportamenti che vanno ad esprimere il disagio vissuto. Le difficoltà, in base ai diversi livelli di gravità, possono esternarsi attraverso l'emarginazione, la passività o comportamenti inappropriati che vengono letti come intimidatori, "isterici", sessualmente provocatori, aggressivi o ritirati. Nei casi più lievi permane spesso l'impressione di un linguaggio del corpo "strano", "rigido" e, pur essendoci un uso corretto delle singole modalità espressive, è presente una difficoltà ad integrarle. Ad esempio, possono ridere nelle occasioni sbagliate, non comprendere la funzione del sorriso sociale o, viceversa, avere difficoltà a mostrare quando qualcosa va male.

## Capitolo 8

## COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA E AUTISMO

# L'importanza degli interventi di CAA con soggetti ASD

Le difficoltà di comprensione linguistica nell'Autismo sono documentate in molti lavori (Wetherby & Prizant, 2000; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Peeters & Gillberg, 1999) e numerose di queste ricerche hanno evidenziato l'importanza d'iniziare il più precocemente possibile l'intervento di CAA con soggetti ASD sia per aumentare le occasioni d'interazione e di conoscenza della lingua sostenendo lo sviluppo cognitivo, linguistico e comunicativo degli individui affetti da disabilità ASD, sia per prevenire la comparsa di disturbi del comportamento, particolarmente frequenti nelle persone con difficoltà della comunicazione. Il comportamento problematico, infatti, la maggior parte delle volte, assume la funzione di comportamento comunicativo: se si identifica la funzione del comportamento problematico e si insegna un comportamento comunicativo adeguato con la stessa funzione, il comportamento problematico può diminuire o addirittura cessare.

È importante sottolineare che quando si decide di intraprendere il percorso di CAA con soggetti con autismo, bisogna tenere in considerazione che l'autismo è un disturbo a "spettro", ciò significa che le persone che ne sono colpite hanno una grande varietà di punti di forza, bisogni, deficit, abilità isolate che influenzano fortemente il loro modo di vivere. Secondo i criteri per i disturbi dello spettro, riportati nel DSM-IV-TR, quando il linguaggio si sviluppa, possono esserci anomalie riguardo il tono, il timbro, il ritmo e la velocità di quest'ultimo, le strutture grammaticali possono essere spesso

immature includendo un linguaggio stereotipato e ripetitivo, può essere sviluppato un linguaggio "eccentrico" comprensibile solo dai caregivers della persona con autismo e via dicendo.

Per tale ragione, gli interventi di CAA sono dei processi dinamici e personalizzati, eliminando il pensiero di un approccio standard. Importante da tenere in considerazione anche lo sviluppo di entrambe le forme della comunicazione nelle persone affette dal disturbo ASD: quella di tipo recettivo (input) e quella di tipo espressivo (output). Questo perché spesso, a differenza delle persone caratterizzate da uno sviluppo "tipico" del linguaggio, i soggetti con autismo presentano una disomogeneità di sviluppo di queste due grandi aree di abilità, in un continuum tra ottime abilità espressive e bassissime abilità recettive ad ottime abilità recettive e bassissime abilità espressive<sup>45</sup>. La CAA riguarda perciò sia l'input che l'output: il partner comunicativo si esprime con il linguaggio usando un output aumentato (uditivo e visivo) mentre l'altro partner riceve il linguaggio come input aumentato.

"I Disturbi dello Spettro Autistico (Autism Spectrum Disorder - ASD), rappresentano uno degli ambiti applicativi di maggiore consistenza per l'utilizzo dei sistemi di CAA. Sono infatti note le difficoltà di comprensione e produzione del linguaggio dei bambini che presentano alterazioni dello Spettro Autistico (APA, 2013): nel 40% - 50% dei casi essi non raggiungono competenze comunicative indispensabili per il raggiungimento dell'autonomia di base<sup>46</sup>".

\_

<sup>&</sup>lt;sup>45</sup> Documento Preliminare ISAAC ITALY. CAA e Condizioni dello spettro dell'Autismo, 2017

<sup>&</sup>lt;sup>46</sup> Wetherby & Prizant, 2000; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Peeters & Gillberg, 1999.

I primi segni della difficoltà di comunicazione nei soggetti ASD si manifestano con l'inversione pronominale, l'ecolalia, l'uso idiosincratico (non convenzionale) di parole e frasi<sup>47</sup>, con una carenza di comportamenti prelinguistici, come il creare un contatto oculare o avere un'attenzione congiunta con il proprio caregiver. Questi deficit influiscono profondamente sulla capacità di interagire delle persone con ASD, impedendo loro di fare esperienze di socializzazione e di acquisire un repertorio di abilità sociali. Le principali difficoltà riscontrate sono:

- Una ridotta reciprocità socio-emotiva, che si riferisce alla difficoltà che i soggetti hanno ad interpretare i segnali impliciti ed espliciti della comunicazione, come ad esempio non cogliere i segnali di scarsa attenzione dell'interlocutore o non comprendere il significato figurato di una frase o addirittura cogliere solamente gli aspetti concreti della frase che è stata pronunciata (ad esempio, nella frase "ho così fame che mi mangerei il tavolo" il soggetto autistico non riuscirà a cogliere il senso figurato pensando quindi che l'interlocutore potrebbe mangiarsi il tavolo);
- Deficit nella comunicazione non verbale, ossia di tutto ciò che accompagna il nostro verbale come ad esempio lo sguardo, i gesti, la postura, il tono e la modulazione della voce. Una persona con il disturbo dello spettro autistico non sa interpretare o usare queste componenti della comunicazione in modo appropriato rispetto a quanto vede o enuncia;
- Comportamenti ristretti e ripetitivi, dove ci si riferisce al fatto che vengono esposti molto frequentemente argomenti rigidi e ripetuti, sia nella forma che nel

<sup>&</sup>lt;sup>47</sup> L. Cottini, G. Vivanti, Autismo come e cosa fare con bambini e ragazzi a scuola, GiuntiEdu, 2016

contenuto (dove nella forma spesso i soggetti ASD utilizzano la terza persona per riferirsi a loro stessi).

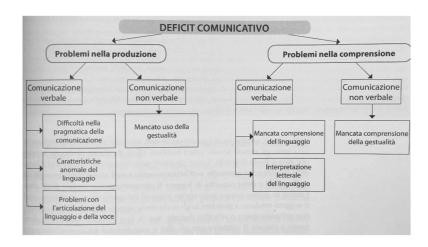


Figura 6: Schema riassuntivo dei problemi comunicativi delle persone con ASD

Secondo Theo Peeters<sup>48</sup>, per le persone con autismo non è chiaro l'effetto "interessante" della comunicazione, ovvero è come se non sapessero a cosa serve la comunicazione e non ne comprendessero in maniera immediata qual è il suo potere. Sempre secondo l'autore appena citato, "la comunicazione è quello che la comunicazione fa<sup>49</sup>" per le persone con autismo, vale a dire che essa ha senso solo in quanto incide concretamente su ciò che avviene subito dopo l'atto comunicativo.

Molti soggetti con autismo che hanno deficit importanti nelle abilità comunicative, sono spesso caratterizzati da una maggior emissione di comportamenti problema, come ad esempio bizze, stereotipie, quali a esempio sbattere le braccia ritmicamente

<sup>&</sup>lt;sup>48</sup> Theo Peeters era un neurolinguista belga specializzato in disturbi dello spettro autistico

<sup>&</sup>lt;sup>49</sup> Peeters, 1998

(handflapping)<sup>50</sup>, agitare le dita davanti agli occhi (finger flicking)<sup>51</sup>, muovere ritmicamente il busto avanti e indietro (body rocking)<sup>52</sup>, aggressività, abbandono sociale e attività autostimolatorie. Questo perché, se i segnali emessi dall' individuo non ricevono risposta da parte del contesto, si verificano dei breakdown della comunicazione, ossia si può verificare il rischio dell'utilizzo di un comportamento problematico come strategia di recupero.

Nel rapporto della National Academy of Sciences, Educating children with autism (National Research Council, 1999), viene espressamente dichiarato che l'obiettivo prioritario dei programmi educativi con interventi di CAA per le persone con autismo sia quello di sviluppare la comunicazione funzionale spontanea, poiché tale competenza risulta essere predittrice di esiti positivi per le persone con ASD<sup>53</sup>.

Per comprendere meglio ciò, andiamo a definire che cosa si intende per Comunicazione funzionale spontanea. La prima parola si riferisce allo scambio di contenuti ed informazioni tra gli interlocutori; il termine "funzionale" indica che deve essere utile e rivolta ad ottenere un obiettivo specifico (ad esempio se la persona con autismo desidera colorare, sarà funzionale esprimere il suo desiderio indicando un simbolo che significa voler colorare o imitare l'azione. Una maniera non funzionale di esprimere la sua volontà sarebbe quella di attuare un comportamento problematico come crisi di rabbia); mentre "spontanea" implica che la comunicazione, in tutte le sue

<sup>&</sup>lt;sup>50</sup> L. Cottini, G. Vivanti, Autismo come e cosa fare con bambini e ragazzi a scuola, GiuntiEdu, 2016

<sup>&</sup>lt;sup>51</sup> Ivi.

<sup>&</sup>lt;sup>52</sup> Ivi.

<sup>&</sup>lt;sup>53</sup> Garfin e Lord, 1986; McEachin et al., 1993

forme, non sia sollecitata ma che sia la reazione a un bisogno interno personale o a uno stimolo naturale presente nell'ambiente<sup>54</sup>.

Saper avviare una comunicazione spontanea è una abilità chiave perché permette di poter accedere ad un maggior numero di esperienze che ovviamente favoriscono un maggiore sviluppo cognitivo e una maggiore crescita sociale, e la CAA è uno strumento efficace che permette di fornire alle persone con ASD il mezzo per avviare una comunicazione funzionale spontanea.

## Gli ausili CAA: unaided e aided

"La forza della CAA risiede in gran parte nella vasta gamma di simboli e segnali, diversi da quelli utilizzati nel parlato, che le persone possono impiegare per inviare messaggi. Soprattutto per le persone che non sono in grado di leggere o scrivere, la capacità di rappresentare messaggi e concetti in modi alternativi risulta centrale per la comunicazione<sup>55</sup>".

La CAA è per definizione multimodale, dunque sono diverse le modalità e tecniche espressive che si possono utilizzare, le quali si suddividono in due tipologie principali: *unaided* ed *aided*<sup>56</sup>.

Con il termine *Unaided* indichiamo tutti quei strumenti di comunicazione non assistita, ossia tutte quelle modalità che non presuppongono di ricorrere all'utilizzo di dispositivi esterni al corpo per comunicare. Sono unaided il linguaggio parlato, la

<sup>&</sup>lt;sup>54</sup> Joanne M. Cafiero, Comunicazione aumentativa e alternativa. Strumenti e strategie per l'autismo e i deficit di comunicazione, Erickson, 2009

<sup>55</sup> Beukelman D.R., 2014

<sup>&</sup>lt;sup>56</sup> Documento preliminare ISAAC ITALY: CAA e Condizioni dello spettro dell'Autismo, 2017

lingua dei segni, l'alfabeto segnato, le vocalizzazioni, i gesti. Questi sistemi richiedono un buon controllo motorio<sup>57</sup>.

Con il termine Aided invece, ci si riferisce a modalità assistite che si avvalgono dell'utilizzo di strumenti ed oggetti esterni al corpo sui quali vengono composti messaggi in forma linguistica<sup>58</sup>. Un esempio di modalità comunicative aided sono l'utilizzo di agende visive, PECS ( ad esempio un cartellino con una parola scritta su di esso oppure un simbolo per la comunicazione che vengono indicati o scambiati dal partner comunicativo per facilitare la comunicazione con la persona con autismo), tabelle di comunicazione e strumenti elettronici, quest'ultimi suddivisi in due differenti modalità operative; strumenti elettronici aided low-tech, che comprendono alcuni ausili di comunicazione come ad esempio quelli ad uscita in voce, ossia ausili per la comunicazione a emissione vocale che riproducono singoli messaggi o messaggi in sequenza di pochi minuti, precisamente fino ad otto minuti (VOCA, Vocal Output Communication Aids), oppure l'ETRAN (dall' inglese Eyes Transfer) ausilio ampiamente usato per la composizione di parole e frasi costituito da un pannello in plexiglass sul quale vengono fissate dal soggetto con ASD lettere e numeri; e gli strumenti elettronici aided high-tech, che includono ausili più complessi che permettono di riprodurre centinaia di messaggi come, ad esempio, comunicatori simbolici multi caselle, comunicatori alfabetici multi display o le tastiere portatili con le quali è possibile generare linguaggio e anche prevedere parole. A differenza degli ausili a bassa tecnologia però, per l'utilizzo di quelli ad alta tecnologia sono necessari alcuni prerequisiti di tipo cognitivo. Ad esempio, l'utilizzo di uno schermo dinamico

<sup>&</sup>lt;sup>57</sup> Documento preliminare ISAAC ITALY: CAA e Condizioni dello spettro dell'Autismo, 2017

<sup>&</sup>lt;sup>58</sup> Ivi.

richiedere che chi lo sta utilizzando sia in grado di comprendere l'organizzazione del lessico, la sequenza corretta di selezione per accedere al lessico necessario (...) occorre che il soggetto sia quindi in grado di comprendere le categorie funzionali.

# L'efficacia degli stimoli visivi con persone ASD

Per garantire il diritto alla comunicazione e la possibilità di poter sviluppare una comunicazione funzionale spontanea, con le persone affette dal disturbo dello spettro autistico si ha maggiormente un uso sistematico di supporti visivi. Questo perché la maggior parte delle persone con ASD ha forti abilità di elaborazione visiva a differenza delle abilità di elaborazione uditiva che sono molto più deboli. Gli stimoli visivi, come immagini e parole scritte, sono permanenti e più facili da elaborare e comprendere per i soggetti con disturbo dello spettro autistico. Ciò è stato evidenziato a seguito di una ricerca condotta nel 2013 da Schlosser dove ha indagato il potenziale della CAA per supportare la comprensione in un gruppo di 9 bambini con autismo, è emerso che i bambini con autismo sono maggiormente in grado di seguire direttive se l'input è fornito con modalità aumentative, visive e uditive, in contrasto alla sola modalità parlata-uditiva. Questo perché il soggetto autistico ha buone capacità visive di natura e molto spesso, parallelamente, le sue difficoltà di elaborazione uditivoverbale rappresentano ragioni sufficienti per proporre strategie di tipo visivo a supporto della comunicazione. Queste strategie che impiegano l'utilizzo di simboli e immagini si sono rilevate utili anche per favorire lo sviluppo delle autonomie e l'autocontrollo in questi soggetti. Come già descritto da Kenner, la "insistence on sameness" (il bisogno che ambienti e situazioni rimangano il più possibile uguali) rappresenta una caratteristica che può essere resa funzionale dall'impiego di aiuti visivi che sono più stabili percettivamente rispetto alla comunicazione verbale e

consentono inoltre di prevedere un cambiamento, rassicurando quindi il soggetto su che cosa accadrà e con quale sequenza. Gli strumenti visivi vengono perciò utilizzati maggiormente con i soggetti con ASD perché essenzialmente sono adatti alla mente autistica e quindi permettono di comprendere un'attività in sequenza, di diminuire la confusione riducendo la sorpresa e perché sono prevedibili, chiari, e conferiscono sicurezza. Pertanto, le informazioni per le persone con autismo devono essere concrete, visibili e "collocate nello spazio". L'intervento sulla comunicazione nell'autismo partirà proprio dalle caratteristiche che definiscono la comunicazione stessa, come l'intenzionalità, la condivisione di un codice, il valore di scambio dell'interazione comunicativa. Le parole chiave dell'intervento per lo sviluppo della comunicazione nell'autismo saranno dunque: scambio, chiarificazione, funzionalità.

I principali strumenti visivi utilizzati con i soggetti ASD sono:

- Il linguaggio del corpo, come ad esempio l'espressione facciale, la prossimità corporea, movimento, postura;
- Segnali ambientali usuali come ad esempio indicazioni stradali, cartelli, insegne, prezzi;
- Strumenti visivi per organizzare la vita e dare informazioni quali calendari, agende, orari, lista della spesa.

Entrando nel concreto, gli elementi maggiormente utilizzati sono fotografie, pittogrammi, disegni, la parola scritta, la gestualità, oggetti di varia natura che vengono scelti in base alla portata del soggetto. Infatti, la scelta dell'utilizzo di un sistema piuttosto che di un altro, o l'attuazione della modalità più adeguata a far esperire alla

persona con autismo la sua efficacia comunicativa nel proprio ambiente di vita, e che tale comunicazione può avvenire in maniera metodica e volontaria<sup>59</sup>, dipende dalle abilità emergenti del soggetto con ASD.

## Gli strumenti CAA: dal NAL ai sistemi di simboli

Un altro punto fondamentale per l'attuazione di un intervento comunicativo è quello di dover indispensabilmente anticipare l'attività alla persona con autismo, ovvero annunciarle cosa si farà e come. Nello specifico bisogna: decidere come dovrà essere resa nota l'attività (rispettando la consueta modalità di comunicazione recettiva della persona); integrare la comunicazione all'interno della programmazione giornaliera (schema giornaliero); definire i segnali di avvio e di fine attività, stabilire gli aiuti visualizzati che dovranno essere forniti durante l'esecuzione dell'attività (schema dell'attività).

Per fare ciò che è stato fino ad ora descritto, sono diversi gli strumenti e metodi utilizzati con soggetti ASD:

■ *Il Natural Aided Language* (NAL, Goossens', Crain e Elder, 1992; Cafiero, 1995) è una strategia di CAA che utilizza il metodo della lingua materna per insegnare il linguaggio<sup>60</sup>. Questo sistema implica che entrambi i partner comunicativi siano in grado sia di trasmettere che di ricevere un input comunicativo attraverso l'abbinamento di stimoli visivi. Nel NAL, il controllo della comunicazione viene condiviso da entrambi i componenti e tutti gli sforzi

Carotto et ai, 2010

<sup>&</sup>lt;sup>59</sup> Caretto et al, 2016

<sup>&</sup>lt;sup>60</sup> Documento preliminare ISAAC ITALY: CAA e Condizioni dello spettro dell'Autismo, 2017

comunicativi del partner non verbale vengono riconosciuti come tali e ricevono una risposta. Usando questo metodo si possono valutare e adattare le interazioni comunicative di entrambi gli interlocutori, in modo da stimolare un linguaggio migliore e maggiore. Il NAL è un'immersione totale misurabile nel sistema di linguaggio visivo, in cui il partner di comunicazione che parla abbina il linguaggio parlato all'indicazione di simboli corrispondenti: in poche parole, il facilitatore indica il simbolo sul display di comunicazione e al tempo stesso vocalizza le parole chiave. Questo sistema insegna simultaneamente al partner non verbale sia a comprendere che a generare un linguaggio interattivo.

• Il Picture Exchange Communication System (PECS; Bondy e Frost,1994) è una strategia comunicativa sviluppata all'interno del Delawere Autistic Program negli Stati Uniti, ideato per bambini con autismo in età prescolare e per persone che presentavano deficit della comunicazione sociale. È un sistema composto da una moltitudine di parole illustrate dove ciascuna immagine (foto, disegni) viene presentata in un riquadro o cella e comprende anche la parola corrispondente.



Figura 7: Immagini PECS

# Questo sistema si sviluppa in sei fasi:

- 1. Durate la prima fase, viene fatto apprendere alla persona con autismo ad avviare una comunicazione facendo delle richieste attraverso l'utilizzo di simboli, ossia porgendo al partner comunicativo un simbolo visivo per esprimere un proprio desiderio come ad esempio avere un oggetto molto desiderato. In cambio del simbolo (immagine, foto, disegno) gli viene consegnato l'oggetto voluto. In questa pima fase, le persone coinvolte sono il soggetto con autismo e il partner comunicativo a cui viene indirizzata la richiesta e l'aiuto (prompter fisico, verbale, gestuale o visivo che sarà poi gradualmente eliminato).
- 2. Nella seconda fase viene ampliato l'utilizzo delle immagini così da comprendere il maggior numero di richieste che il soggetto con ASD

potrebbe domandare e desiderare. L'obiettivo principale di questa fase è la persistenza nonostante le barriere, ossia è quello di far apprendere al soggetto con autismo a chiamare il partner comunicativo lontano da lui, a fare richieste in attività di gruppo e a portarsi dietro il quaderno PECS in ambienti non abitudinali.

- 3. Nella terza fase, viene insegnato al soggetto a discriminare e a fare scelte specifiche tra le immagini. Questo step inizia con consegnare al soggetto con ASD due immagini, una rappresentativa qualcosa che al soggetto piace, e l'altra che raffigura un qualcosa che non piace alla persona. La nuova abilità da dover acquisire quindi è quella di scegliere: se il soggetto sceglie correttamente, gli si dà in maniera immediata il rinforzo sociale positivo, dicendogli ad esempio "bravo!".
- 4. Durante la quarta fase il soggetto inizia ad apprendere a fare richieste attraverso l'utilizzo combinato del linguaggio simbolico con quello parlato, costruendo semplici frasi con le immagini, ad esempio: "Voglio" accompagnato dall' immagine che rappresenta il desiderio del soggetto<sup>61</sup>.
- 5. Nella quinta fase la persona con autismo impara a rispondere alla domanda "che cosa vuoi?", acquisendo la capacità sia di rispondere ad una domanda che di commentarla.
- 6. Nella sesta ed ultima fase viene insegnato al soggetto con ASD a sviluppare abilità di conversazione, facendo commenti su vari oggetti e

65

.

<sup>&</sup>lt;sup>61</sup> Joanne M. Cafiero, Comunicazione aumentativa e alternativa. Strumenti e strategie per l'autismo e i deficit di comunicazione, Erickson, 2009

attività a scopo sociale non solo per avere una ricompensa tangibile. Un esempio è quello di insegnare al soggetto a rispondere a domande di commento del tipo "Che cosa vedi? Che cosa senti?". Affinché il soggetto inizi a fare richieste o commenti e necessario che durante le attività funzionali quotidiane si creino un minimo di trenta o più opportunità.

È un sistema basato sullo "scambio" in quanto alla richiesta del bambino attraverso l'uso della carta comunicativa l'adulto risponde dando in cambio il rinforzo. L'obiettivo principale di questo sistema è quello di incoraggiare la spontaneità e l'iniziativa alla comunicazione, in quanto permette alla persona con ASD lo sviluppo del linguaggio verbale grazie all'incremento del vocabolario visivo in quanto l'immagine utilizzata agisce come tramite simbolico verso la parola verbale.

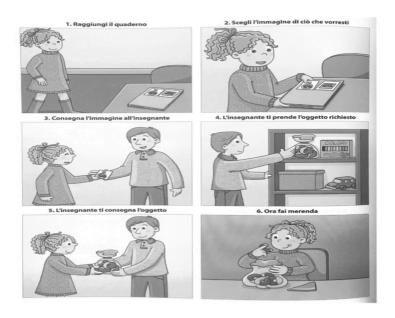


Figura 8: Rappresentazione grafica dell'utilizzo del sistema PECS

- Le agende visive sono ausili composti da oggetti, foto, immagini, semplici parole o disegni che rappresentano le attività specifiche nelle quali il soggetto sarà coinvolto e che vengono disposti in sequenza lineare a seconda di quando avverranno le rispettive attività. L'agenda visiva rappresenta perciò un promemoria visivo per il soggetto con autismo, che permette di fargli chiarezza riguardo ciò che è successo, che cosa sta succedendo e che cosa accadrà in seguito. Spesso questo tipo di ausili comprendono, al termine, un sistema visivo per segnalare alla persona con ASD il completamento dell'attività, e può essere realizzato sotto forma di lista da spuntare o di tasca rappresentante il "finito" in cui inserire i simboli delle attività che si sono terminate<sup>62</sup>.
- Il System for Augmenting Language (SAL, sistema per aumentare il linguaggio) è una tecnica molto simile a quella del NAL, in quanto anche qui gli interlocutori verbali forniscono ai loro partner non verbali sia un input che un output di comunicazione con la differenza che la comunicazione viene veicolata dall'utilizzo di dispositivi con emissione vocale.
- La *Lingua dei Segni* è un sistema che fa parte della CAA non assistita in quanto si avvale esclusivamente di segni manuali. Per aumentare la comunicazione e l'eloquio, è importante che il partner verbale usi sia i segni, che il linguaggio verbale durante tutte le attività di lavoro e di gioco. In questo tema rientra anche la ricezione tattile dei segni, dove la persona con ASD mette la propria mano su quella per partner comunicativo che segna in modo da poter "sentire" i segni. Lo svantaggio principale di questa tecnica riguarda la difficoltà nell'imparare e

<sup>&</sup>lt;sup>62</sup> Joanne M. Cafiero, Comunicazione aumentativa e alternativa. Strumenti e strategie per l'autismo e i deficit di comunicazione, Erickson, 2009

comprendere i segni per i partner comunicativi, oltre al fatto che richiedono comunque una buona mobilità motoria. Di contro, però, l'utilizzo dei segni si è visto come spesso stimoli il linguaggio negli utenti ASD, e permettono l'utilizzo di un vocabolario illimitato.

I *sistemi di simboli*, i quali si suddividono in sistemi di simboli rappresentazionali e sistemi di simboli tangibili<sup>63</sup>. Per quanto riguarda la prima tipologia, sono sistemi che utilizzano simboli bidimensionali e comprendono fotografie o disegni semplici, come quelli del Picture It (Slater Software, 1994-2005). Un esempio di sistema di simboli rappresentazionali è Il Picture Communication Symbols (PCS) che rientra nella CAA assistita. I sistemi tangibili, invece, sono composti da piccole parti di oggetti che servono ad indicare una determinata azione. Ad esempio, simboli con superfici tattili come le setole di una spazzola attaccate ad un cartoncino stanno ad indicare l'azione di spazzolarsi i capelli<sup>64</sup>.

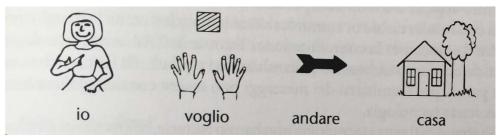


Figura 9: Simboli generati dal programma Picture It

<sup>63</sup> Joanne M. Cafiero, Comunicazione aumentativa e alternativa. Strumenti e strategie per l'autismo e i deficit di comunicazione, Erickson, 2009

<sup>&</sup>lt;sup>64</sup> Ibidem.

• *I VOCA* sono dei dispositivi a bassa ed alta tecnologia per la comunicazione con emissione vocale. Questi dispositivi elettronici, attivati tramite un tocco da parte del partner non verbale, emettono messaggi parlati. Esistono diverse tipologie di strumenti VOCA che si differenziano in base alla variabilità del numero di messaggi e parole che possono contenere e alla loro struttura funzionale, ad esempio ci sono quelli composti da un singolo pulsante che riproducono un suono o una frase, a quelli che, sempre con la sola presenza di un pulsante, riproducono una sequenza di più messaggi ogni volta che il pulsante viene premuto dal soggetto (definito "Step by Step Communicator").

Alcuni VOCA producono messaggi sintetizzati, ciò significa che i messaggi vengono riprodotti da una voce quasi meccanica, simile ad un robot. Questo tipo di VOCA sempre essere preferito dai soggetti ASD in quanto permette appunto di poter scegliere una voce sintetizzata simile, per sesso ed età, a quella del soggetto che lo sta utilizzando, a differenza dei VOCA che riproducono messaggi digitalizzati, ossia registrati da qualche altra persona.

Gli strumenti VOCA permettono una maggiore partecipazione al soggetto nel suo ambiente di vita, permettendogli di interagire attivamente con i suoi partner comunicativi, aumentando le interazioni relazionali.

"I potenziali vantaggi dei VOCA per le persone con ASD includono: 1) il fatto che l'uscita in voce combina la richiesta di attenzione con l'atto comunicativo stesso; 2) la disponibilità di un'uscita in voce di alta qualità che può costituire un facile e comprensibile "ponte sociale" verso partner comunicativi familiari e non familiari (...); 3) la possibilità di programmare nei VOCA interi messaggi

(...) oltre a singole parole e frasi, incrementando, così, l'efficienza comunicativa e riducendo potenziali cadute della comunicazione<sup>65</sup>".

Vero è che molte persone con ASD vengono spesso sovrastimolate dall'utilizzo del VOCA continuandolo ad azionare in maniera ripetitiva distraendosi quindi dall'attività in atto. È necessario quindi che ci sia una valutazione iniziale da parte dell'operatore riguardo l'adeguatezza nell'utilizzo dello strumento o meno da parte del soggetto con ASD.

- Le tastiere possono essere strumenti altamente funzionali per le persone con ASD e bisogni comunicativi complessi in generale. Questo perché il partner verbale fornisce un input di tipo visivo indicando le lettere sulla tastiera che formano le parole che sta dicendo al partner non verbale che, a sua volta, indica nuovamente le lettere sulla tastiera e comunica compitando. La ricerca ha dimostrato che quando entrambi gli interlocutori comunicativi digitano le parole sulla tastiera, i soggetti con autismo rispondono scrivendo frasi più lunghe e complesse<sup>66</sup>.
- Strumenti interattivi tramite l'utilizzo di Internet. La CAA è un campo che sta letteralmente scoppiando di nuove tecnologie: infatti, i progressi nel campo dell'informatica hanno fornito alcuni efficaci strumenti per la comunicazione. Un esempio ne è la posta elettronica, mezzo semplice, stabile e concreto che dà la possibilità alle persone con autismo di esprimersi e comunicare bene; oppure

<sup>65</sup> Beukelman & Mirenda, 2015

<sup>66</sup> Forsey, Bird e Bedrosia, 1996

siti internet più sofisticati, come ad esempio il Mini-Speak o il programma Inter\_Comm (Mayer-Johnson) sono sempre più all'avanguardia per facilitare e favorire la comunicazione in coloro che non hanno molte abilità e competenze di lettura-scrittura.

È importante dare un'occasione di usare la CAA ad ogni persona con ASD, tenendo ovviamente conto delle numerose particolarità e differenze che distinguono una persona con ASD ad un'altra sempre con autismo. Da qui infatti nasce la difficoltà ad associare un particolare strumento o strategia di CAA a persone con disturbo dello spettro autistico, le quali spesso hanno un profilo di sviluppo disarmonico nella comunicazione, passando da picchi nell'acquisizione di abilità per poi andare verso periodi di forte regressione. Ogni strumento viene quindi scelto in base a diversi aspetti, come ad esempio rispetto le caratteristiche della persona con autismo, all'obiettivo che si è posti di dover raggiungere assieme alla persona con ASD, alla facilità d'uso dell'ausilio per i programmatori (i genitori, gli operatori che, se considerano il sistema troppo difficile da programmare o usare non lo utilizzeranno), alla facilità d'uso per il partner comunicativo non verbale, al costo dello strumento comunicativo, alla trasportabilità e alla durata dell'ausilio.

Importante sottolineare che il lavoro di comunicazione aumentativa rivolto a persone con spettro autistico si fonda sulla condivisione di significati che deve necessariamente avvenire da parte di tutte le persone coinvolte. Infatti, per una buona riuscita dell'intervento di CAA, è fondamentale che ci sia un'alleanza tra i diversi partner comunicativi per sostenere la comunicazione nei diversi contesti di vita e facilitare la condivisione delle informazioni, oltre che per sensibilizzare l'ambiente ed agire sulle barriere che limitano le occasioni di partecipazione e comunicazione. A questo scopo,

all'interno di un progetto di CAA, è presente la figura del facilitatore che avrà il compito di fare da tramite tra l'utente e gli altri partner comunicativi: il suo ruolo sarà quello di creare contesti di partecipazione, all'interno dei quali valorizzare la comunicazione e, al contempo, introdurre gli strumenti di CAA in tutte le situazioni. Inoltre, è necessario e fondamentale che entrambi i partner comunicativi utilizzino la CAA. Molte persone ritengono che basti fornire la CAA ai soggetti con autismo affinché questi la usino in maniera spontanea, ma non è così: è necessario che il partner verbale interagisca con il partner non verbale e allo stesso tempo gli insegni il linguaggio modellandone l'uso. I partner verbali devono quindi aumentare ciò che dicono. Riassumendo, l'intervento sulla comunicazione non può essere confinato ad un ambito specifico, ma deve prevedere il coinvolgimento di tutti coloro che vivono con la persona con autismo ed essere esteso ai diversi ambienti e alle differenti situazioni di vita reale in cui la persona vive.

## CONCLUSIONE

Fortunatamente, oggi, la CAA viene considerata uno strumento di grande valore per le persone con disturbo dello spettro autistico in tutti i loro contesti di vita, grazie al fatto che, essendo composta da strumenti perlopiù di comunicazione visiva, rappresenta la combinazione ideale per i punti di forza e le difficoltà spesso incontrate nelle persone con ASD. In particolare, come notato durante il mio tirocinio universitario, l'utilizzo della CAA, a livello di comunicazione espressiva, facilita la relazione con la famiglia e i coetanei migliorando le social skills, oltre al fatto che con l'utilizzo dei supporti visivi una persona con ASD può comprendere meglio il proprio ambiente e le abitudini insite in esso.

L'utilizzo della Comunicazione Aumentativa Alternativa con soggetti ASD permette di far acquisire un maggiore controllo alla persona con disturbo dello spettro autistico sul suo ambiente, senza dover ricorrere a comportamenti problematici come eccessi di collera o aggressioni. La CAA infatti, aiuta a prevenire i comportamenti negativi correlati all'incapacità di comunicare del soggetto prima che diventino un modo abituale di rispondere, riducendo perciò l'ansia e favorendo la comparsa di comportamenti più appropriati alla situazione.

L'utilizzo di ausili comunicativi aumentativi alternativi permette di valorizzare le abilità già esistenti del soggetto scoprendo anche potenziali nascosti. Importante confutare anche la credenza che molti, tra professionisti, operatori, genitori hanno, secondo la quale l'utilizzo della CAA con persone con ASD interferisca con lo sviluppo del loro linguaggio naturale, credendo che la CAA possa impedire l'uso

adeguato e convenzionale del linguaggio. La ricerca fortunatamente contesta questa opinione (Ganz e Simpson, 2004; Broderick e Kasa-Henderickson, 2001; Garrison-Harrell et al., 1997; Rowland e Schweigert, 2000; Dexter, 1998; Frost, Daly e Bondy, 1997; Mirenda, Wilk e Carson, 2000): si è evidenziato come la CAA faciliti il linguaggio aumentando le abilità di comunicazione e di conseguenza le opportunità relazionali e di interazione del soggetto ASD. È stato dimostrato come la CAA nel formato di scambio di immagini, e quindi dell'utilizzo di PECS, abbia facilitato lo sviluppo in una percentuale di bambini che va dal 50 all'89%<sup>67</sup>, oppure come la CAA usata con tavole di comunicazione formate da immagini, ha aumentato la frequenza e la lunghezza delle espressioni verbali in contesti di lettura di storie<sup>68</sup>, o ancora come l'utilizzo combinato del linguaggio dei segni e di quello parlato, aumenti la comunicazione espressiva e recettiva in maniera più rapida rispetto all'intervento sul solo linguaggio verbale.

Sono fermamente convinta che le persone con ASD, spesso ritenute non comunicative e antisociali, che siano bambini o adulti, possano trarre un grande vantaggio e beneficio dalle strategie e tecnologie disponibili nel campo della CAA. L'utilizzo adeguato e continuo dei metodi di Comunicazione Aumentativa Alternativa, permette ai soggetti con autismo di imparare a utilizzare correttamente la comunicazione verbale e non verbale, capendo e comprendendo la comunicazione degli altri e quindi gli aspetti legati alla pragmatica, ossia l'uso sociale della comunicazione<sup>69</sup>. Ogni soggetto ha il diritto di comunicare, di poter utilizzare ausili, strumenti, dispositivi

<sup>&</sup>lt;sup>67</sup> Schwartz, Garfinkle e Bauer, 1998; Bondy e Frost, 1998

<sup>&</sup>lt;sup>68</sup> Dexter, 1998

<sup>&</sup>lt;sup>69</sup> L. Cottini, G. Vivanti, Autismo come e cosa fare con bambini e ragazzi a scuola, GiuntiEdu, 2016

necessari per favorire la comunicazione funzionale, indipendentemente dal suo livello di abilità cognitive e/o linguistiche. L'utilizzo della CAA nelle persone con autismo permette di migliorare in loro la comunicazione funzionale se esistente, fornendo un sostegno per lo sviluppo del linguaggio per coloro che non possiedono un linguaggio simbolico, oltre a stimolare un linguaggio più complesso in coloro che presentano linguaggio limitato. Le ricerche attuali sulle pratiche di CAA rivolte alle persone con disturbo dello Spettro dell'Autismo suggeriscono ed attestano l'importanza di un impiego sistematico di input aumentativi per sostenere e favorire la comprensione, e di un impiego metodico di output aumentativi per permettere l'espressione. Un utilizzo di strategie aumentative e metodologie affiancate ad una continua esposizione al linguaggio verbale, insieme ad un impiego sistematico di strategie e strumenti di comunicazione aumentativa, può aiutare ad inserire la persona in reali interazioni comunicative e a ridurre i problemi di comportamento (Linea Guida 21 dell'Istituto Superiore di Sanità)<sup>70</sup>.

L'impiego della CAA con persone determinate dal disturbo dello spettro autistico sta crescendo sempre di più, grazie alla presa di consapevolezza riguardo le potenzialità che la CAA permette di far acquisire e sviluppare alle persone con autismo. Da qui si sta sviluppando sempre di più il campo produttivo degli ausili di CAA: degli esempi sono l'AIDA srl- Ausili e Informatica per Disabili e Anziani (www.aidalabs.com) o l'Easy Lab srl- Informatica e Tecnologie Comunicative per Disabili (www.easylabs.it)

<sup>&</sup>lt;sup>70</sup> Documento preliminare ISAAC ITALY: CAA e Condizioni dello spettro dell'Autismo, 2017

che offrono una varietà di strumenti da poter adoperare per facilitare la comunicazione alle persone con difficoltà relazionali comunicative.

La Comunicazione Aumentativa Alternativa nello spettro autistico è utilizzata inoltre per l'insegnamento di abilità di autonomia: l'uso delle immagini o di procedure scritte, elaborate attraverso l'analisi del compito, permette alla persona di sopperire a difficoltà nella memoria procedurale e velocizzare l'apprendimento di procedure semplici e complesse<sup>71</sup>. La CAA è infine utile per la persona con autismo al fine di comprendere ed effettuare delle scelte, abilità che spesso necessitano di insegnamento diretto ed esplicito. Visualizzare differenti opzioni (come nell'utilizzo della PECS), può essere il modo migliore per permettere alla persona di fare una scelta utilizzando le proprie modalità e i propri tempi. Attraverso la scelta, oltre a permettere al soggetto interessato di strutturare le opzioni disponibili, la persona con autismo è più propensa a prestare attenzione, è supportata nell'instaurare una relazione, è incoraggiata alla partecipazione attiva (anche in soggetti meno abili), è altamente motivata alla comunicazione, offrendo un rinforzo immediato, diminuendo i comportamenti problematici legati all'impotenza e alla frustrazione comunicativa (Hodgdon, 2004).

Secondo Linda Burkhart, dal suo libro "Total Augmentative Communication in the Early Chilhood Classroom" (1993), la CAA migliora l'immagine e la stima che si ha di sé, riducendo le frustrazioni e i problemi di comportamento delle persone con ASD, facilitando quindi l'apprendimento, rendendolo un processo interattivo invece che

<sup>&</sup>lt;sup>71</sup> Joanne M. Cafiero, Comunicazione aumentativa e alternativa. Strumenti e strategie per l'autismo e i deficit di comunicazione. Erickson, 2009

passivo così da permettere di aumentare la partecipazione e creare relazioni sociali nei contesti di vita giornalieri.

Concludendo, è importante che i soggetti con autismo abbiano a disposizione strumenti per comunicare: quelli che non hanno alcun mezzo per esprimersi sono esclusi dal mondo sociale, meno in grado di apprendere, più esposti a frustrazione, e di conseguenza più a rischio di problemi comportamentali gravi.

#### **BIBLIOGRAFIA**

American Psychiatric Association. DSM5 Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Raffaello Cortina Editore, 2013, IT. 2014.

A. Canevaro, J. Gaudreau, L'educazione degli handicappati, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1990.

D.R. Beukelman, M. P., Accesso alternativo. Manuale di comunicazione aumentativa e alternativa, Erikson, 2014.

D.R. Buekelman, P. Mirenda, Augmentative and alternative communication: Supporting children e adults with complex communication needs, Baltimore, P.H. Brokes.

Flavia Caretto, Gabriella Dibattista e Bruna Scalese, Autismo e autonomie personali. Guida per educatori, insegnanti e genitori, Erickson, 2012.

Franchini R., Disabilità, cura educativa e progetto di vita, Trento, Erikson, 2007.

Frederick Toates, Psicobiologia del comportamento, Pearson, 2014.

Hymes, On communicative competence, 1971.

Joanne M. Cafiero, Comunicazione Aumentativa e Alternativa. Strumenti e strategie per l'autismo e i deficit di comunicazione, Erickson, 2009.

Legge Regionale 09 ottobre 2014, n. 25. Disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico.

Linda Burkhart: Total Augmentative Communication in the Early Chilhood Classroom, 1993.

- L. Cottini, G. Vivanti, Autismo come e cosa fare con bambini e ragazzi a scuola, GiuntiEdu, 2016.
- P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson, Pragmatica della comunicazione umana, Roma, Astrolabio, 1971.

Piero Crispiani, Ippocrate Pedagogico. Manuale professionale di pedagogia speciale della abilitazione e riabilitazione, 2019.

- R. Rivarola, Comunicazione Aumentativa Alternativa, Milano, Centro Benedetta D'Intino Onlus 2009.
- T. Peeters, H. De Clercq, Autismo: dalla conoscenza teorica alla pratica educativa, 2012.

## **SITOGRAFIA**

Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura dell'Istituto superiore di sanità: <a href="https://www.epicentro.iss.it/">https://www.epicentro.iss.it/</a>

ISAAC International. (2014). ISAAC Position Statement on Facilitated Communication. <a href="https://www.isaaconline.org/english/members-only/position-statement-on-facilitated-communication/">https://www.isaaconline.org/english/members-only/position-statement-on-facilitated-communication/</a>

http://old.iss.it/binary/publ/cont/undici33web\_new.pdf

http://www.spazioasperger.it/rispostesemplici/

http://www.isaacitaly.it

http://portale.siva.it/files/doc/library/corso\_ta\_rivarola\_01\_slides.pdf

https://www.portale-autismo.it/la-storia-della-comunicazione-aumentativa-alternativa/

# MANUALI E DOCUMENTI

ASHA - American Speech Language Hearing Association, 2005

Documento preliminare ISAAC ITALY: CAA e condizioni dello spettro dell'autismo. A cura del Comitato Scientifico di ISAAC Italy (Società Internazionale Comunicazione Aumentativa e Alternativa), 2014/2017

ISAAC Italy – Principi e Pratiche in CAA, 2017

•