

INDICE

CAPITOLO 1 – LA COMUNICAZIONE	3
1.1 La comunicazione.....	3
1.1.1 La comunicazione verbale e i suoi elementi.....	3
1.2.1 La comunicazione non verbale.....	4
1.2 Definizione di linguaggio.....	5
1.3 Caratteristiche del linguaggio umano.....	5
1.4 Componenti del linguaggio	6
1.5 Modello del codice	7
1.6 Modello inferenziale.....	7
1.7 Il linguaggio in contesto d’uso	8
CAPITOLO 2 – LA NEUROANATOMIA DEL LINGUAGGIO.....	10
2.1 Cenni di neuroanatomia.....	10
2.2 Il sistema nervoso centrale e periferico	10
2.3 Vascolarizzazione del sistema nervoso centrale.....	11
2.4 L’encefalo.....	13
2.5 Suddivisione per aree secondo Brodmann	15
2.6 Neuroanatomia del linguaggio	17
CAPITOLO 3 – L’ ORGANIZZAZIONE CEREBRALE DEL LINGUAGGIO... 19	19
3.1 Organizzazione cerebrale del linguaggio: i vari modelli anatomo-funzionali	19
3.1.1 Modello di Wernicke.....	20
3.1.2 Modello di Lichtheim	20
3.1.3 Classificazione di Lurija e i sistemi funzionali	22
3.1.4 Modello di Geschwind.....	23
3.1.5 Modello di Garrett	24
3.2 Il sistema semantico-lessicale	26
CAPITOLO 4 – L’AFASIA	29
4.1 L’Afasia.....	29
4.2 Definizione di afasia.....	29
4.3 Classificazione delle afasie	30
4.3.1 Afasie fluenti	30

4.3.2 Afasie non fluenti	32
4.4 Eziopatogenesi.....	33
4.5 Epidemiologia	34
CAPITOLO 5 – LA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA ...	36
5.1 La comunicazione aumentativa alternativa	36
5.2 Cenni storici	37
5.3 Destinatari di CAA.....	37
5.4 Il sistema simbolico.....	38
5.5 Scelta del sistema	40
5.6 Valutazione.....	41
CAPITOLO 6 – L’APPROCCIO CONVERSAZIONALE	43
6.1 Caratteristiche della conversazione nella riabilitazione dell’afasia.....	43
6.2 Conversazionalismo	45
6.3 Approccio pragmatico - conversazionale.....	46
6.4 Conversazione supportata.....	49
CAPITOLO 7 – LO STUDIO SPERIMENTALE	52
7.1 Obbiettivo.....	52
7.2 Campione di ricerca.....	52
7.3 Strutturazione del progetto	52
7.4 Strumenti	53
7.4.1 Valutazione.....	53
7.4.2 Trattamento - Supporto di CAA	57
7.5 Casi clinici.....	60
7.5.1 Caso 1	60
7.5.2 Caso 2	2
7.5.3 Caso 3	64
7.6 Risultati	65
7.6.1 Caso 1	65
7.6.2 Caso 2	72
7.6.3 Caso 3	79
CAPITOLO 8 – LE CONCLUSIONI	86
BIBLIOGRAFIA.....	88

SITOGRAFIA	93
ALLEGATI	94
Allegato 1: Denominazione AAT (AACHENER APHASIE TEST).....	94
.....	95
Allegato 2: Denominazione ESAME DEL LINGUAGGIO – II.....	96
Allegato 3: Descrizione di una figura complessa – ESAME DEL LINGUAGGIO – II	
.....	98
Allegato 4: APHASIA NEEDS ASSESSMENT (©) 1997, revised 2006, Kathryn L. Garrett & David R. Beukelman.....	99
Allegato 5: Traduzione (a cura della Dott.ssa A. Riccardi) e adattamento dell'APHASIA NEEDS ASSESSMENT (©) 1997, revised 2006, Kathryn L. Garrett & David R. Beukelman.....	102
Allegato 6: Communicative Effectiveness Index-Modified, CETI-M (Yorkston et al., 1999).....	114
Allegato 7: Griglia di rilevazione linguistica-comunicativa per il caregiver del paziente afasico	116
Allegato 8: Questionario di valutazione sull'utilizzo del supporto di CAA – paziente	126
Allegato 9: Questionario di valutazione sull'utilizzo del supporto di CAA – caregiver	128

INTRODUZIONE

Questa tesi nasce dall'osservazione, durante il tirocinio curricolare, di una paziente con afasia con l'esigenza di avere un supporto con immagini e parole da poter consultare durante la seduta di trattamento per aiutarsi a comunicare. Infatti, la donna era solita portare con sé un libro scolastico della scuola primaria, molto semplice ma ricco di figure e parole chiave e lo consultava mentre svolgeva gli esercizi proposti dalla logopedista. Da lì si sviluppa l'idea più ampia di un supporto di Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) completamente personalizzato in base alle necessità del paziente e al suo contesto di vita quotidiana. Lo scopo della tesi era capire se l'uso di tabelle di CAA e l'Approccio Conversazionale, potessero rappresentare degli strumenti per aumentare il lessico nei pazienti adulti con afasia cronica e post-acuta. Gli obiettivi del trattamento erano quindi il potenziamento della produzione linguistica e una maggiore autonomia comunicativa attraverso l'uso del contesto extra-verbale e l'adozione di strategie di comunicazione.

Questo progetto si inserisce nell'ottica del modello bio-psico-sociale portato avanti dall'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute). Infatti, con l'ICF per la prima volta si tiene conto dei fattori contestuali ed ambientali in cui un soggetto vive. Ed è grazie a ciò se iniziano ad essere rilevanti per il trattamento anche il contesto e la figura dei caregivers. Si agisce così non solo sulla persona ma sull'ambiente in cui essa è immersa.

Prendono parte a questo studio tre pazienti affetti da afasia cronica o post-acuta nei quali non si è considerato il tipo di lesione ma solo la tipologia di afasia che è per tutti non fluente. Sono stati fondamentali per questo progetto anche i caregivers, coinvolti sia nella valutazione che nel trattamento. I familiari dei pazienti, infatti, sono parte integrante del percorso riabilitativo e necessitano di formazione al fine di raggiungere l'outcome globale: una comunicazione efficace nella vita quotidiana.

Il primo capitolo contiene una descrizione delle caratteristiche della comunicazione e del linguaggio che rappresentano la base teorica e fondamentale di questo progetto di tesi.

Il secondo descrive gli elementi dell'anatomia del sistema nervoso centrale ed in particolare le caratteristiche anatomo-funzionali dell'encefalo.

Nel terzo c'è un'analisi dell'organizzazione cerebrale del linguaggio e dei principali modelli che ne hanno spiegato, nel corso della storia, la complessa struttura.

Nel quarto si è definita l'afasia e la sua classificazione.

Nel quinto ci si è focalizzati sulla Comunicazione Aumentativa Alternativa e le sue applicazioni ed evidenze in campo riabilitativo, in particolare nell'afasia.

Nel sesto vengono presentati l'Approccio Conversazionale e le evidenze in merito alla riabilitazione dell'afasia.

Il settimo descrive il progetto ed in particolare il percorso effettuato dai tre pazienti che hanno preso parte allo studio.

Nell'ultimo capitolo si arriva alle conclusioni dello studio. Si analizzano quindi i risultati ottenuti e i limiti riscontrati durante il percorso.

CAPITOLO 1 – LA COMUNICAZIONE

1.1 La comunicazione

La comunicazione è un complesso processo interazionale che consente a individui diversi di trasmettersi reciprocamente una vasta gamma di informazioni. È la capacità di usare un codice di comunicazione in produzione e comprensione fatto di messaggi verbali (orali o scritti), costituiti da singole parole o da frasi.

Le parole scritte sono costituite da unità elementari, dette grafemi, che corrispondono alle lettere dell'alfabeto da cui è composta la parola. Analogamente nel linguaggio parlato le unità elementari sono dette fonemi, e corrispondono ai singoli suoni di cui è composta la parola.

Anche nell'atto di pensare un linguaggio verbale, si attiva una sequenza di fonemi, che viene ripetuta mentalmente, senza però emettere alcun suono nella realtà.

L'uomo dispone di diverse modalità comunicative definite competenze. Queste competenze comunicative possono essere:

- non verbali: non usano il canale fono-articolatorio;
- verbali: insieme di abilità che consentono di veicolare informazioni sfruttando il canale acustico-fonatorio.

1.1.1 La comunicazione verbale e i suoi elementi

Le competenze comunicative verbali sono:

- Paralinguistica: consiste nell'inserzione di pause nell'eloquio, enfaticizzazione di determinate parti del discorso, eventuale uso di risate o esclamazioni. È un'importante aggiunta al contenuto linguistico del messaggio. Aiuta l'interlocutore a comprendere.
- Linguistica: è la capacità umana di comunicare utilizzando il codice linguistico.

Andrea Marini¹ (2001) ha definito il linguaggio verbale umano come “una forma di comunicazione utilizzata per svolgere determinate funzioni e per mettere in relazione due o più partecipanti all’atto comunicativo, un emittente, che compie l’atto di codificare l’informazione [...], ed un ricevente che a sua volta decodifica l’informazione che riceve”. Possiamo fare riferimento al noto schema di Roman Jakobson, in cui egli aggiunge altri elementi che lo stesso Marini definisce “fondamentali per l’interazione comunicativa” (figura 1). Da questo schema possiamo osservare come ci sia un emittente, ossia colui che parla, che veicola un messaggio attraverso un canale (linguistico o non) al ricevente.



Figura 1. Lo schema a funzioni di Roman Jakobson (Albertoni, 2001)

1.2.1 La comunicazione non verbale

Le competenze comunicative non verbali sono:

- Cinesica: è la capacità di veicolare informazioni utilizzando i movimenti del proprio corpo come tramite comunicativo (movimenti degli occhi, delle braccia o del capo, contatto oculare, gestualità manuale);
- Prossemica: è la capacità dell’individuo di variare il rapporto con lo spazio in cui avviene l’interazione (distanza interpersonale, contatto fisico). Lo spazio che si

¹ Andrea Marini, Manuale di neurolinguistica (Carrocci editore, 2008);

interpone tra referente ed interlocutore è parte integrante del tipo di messaggio che si vuole veicolare;

- Socioculturale: è la capacità di ogni singolo individuo di interpretare correttamente le situazioni sociali, i rapporti di ruolo e di conseguenza la capacità di adeguare il messaggio al contesto nel quale si inserisce.

1.2 Definizione di linguaggio

Linguaggio: la capacità e la facoltà, peculiare degli esseri umani, di comunicare pensieri, esprimere sentimenti, e in genere di informare altri esseri sulla propria realtà interiore o sulla realtà esterna, per mezzo di un sistema di segni vocali o grafici;

Un soggetto, dunque, trasmette le informazioni (significati) attraverso dei comportamenti (segnali) che devono essere interpretati dal ricevente.

1.3 Caratteristiche del linguaggio umano

Le caratteristiche proprie del linguaggio umano sono:

- la discretezza;
- la doppia articolazione;
- la ricorsività;
- la dipendenza dalla struttura;

Discretezza: il linguaggio è costituito, ai suoi vari livelli (fonologico, morfologico, sintattico, ecc.) di unità minime distinte da un intervallo in cui non si possono inserire ulteriori unità. In altre parole, la differenza tra due unità non è graduale ma assoluta;

Doppia articolazione: possibilità di formare un numero altissimo di segni dotati di significato (parole) mediante un numero limitato di elementi che non hanno significato (fonemi²);

² suoni emessi dall'apparato fonatorio;

Ricorsività: è una proprietà grammaticale che ci dà la possibilità di costruire infinite strutture, sempre nuove, e di lunghezza potenzialmente infinita, a partire da un numero finito di regole;

Dipendenza dalla struttura: le frasi non sono organizzate come una semplice successione di parole, il loro significato dipende anche dall'organizzazione delle parole al loro interno.

1.4 Componenti del linguaggio

Il linguaggio si compone di diversi livelli:

- **Fonetica:** è lo studio dei suoni prodotti dall'uomo quando parla e agisce a livello concreto. Si suddivide metodologicamente in tre settori di studio fonetica articolatoria, fonetica acustica e fonetica uditiva. Si occupa dell'aspetto fisico dei suoni chiamati foni.
- **Fonologia:** studia il modo in cui i suoni si comportano sistematicamente in una lingua. L'unità linguistica oggetto di studio è il fonema, cioè la più piccola particella nel linguaggio che produce distinzioni nel significato (es. vaso/naso → /v/ - /n/).
- **Morfologia:** studia la struttura della forma delle parole, come le parole cambiano forma per esprimere funzioni grammaticali diverse. L'unità minima di studio è il morfema.
- **Sintassi:** studia le regole che governano il modo in cui le parole si compongono per formare le frasi di una lingua. Infatti, l'unità minima di studio, è il sintagma (frase). Rappresenta l'insieme di regole formali con cui le varie parti della sequenza di fonemi e vocaboli vengono assemblate per la produzione di un significato. L'assemblamento avviene attraverso parole di connessione (funtori) o attraverso le scelte di concordanza (morfologia).
- **Lessico:** rappresenta l'insieme delle parole di una lingua utilizzate per definire i concetti semantici. L'unità minima di studio è il lessema.
- **Semantica:** studia i significati degli elementi del linguaggio (parole, frasi, discorsi). Ha una parziale sovrapposizione con abilità di tipo astrattivo e concettuale.
- **Pragmatica:** studia la funzione comunicativa del linguaggio, e il modo in cui le persone usano il linguaggio nelle interazioni sociali.

1.5 Modello del codice

Il modello del codice deriva dal modello matematico della comunicazione (Teoria matematica dell'informazione, 1949) elaborato dai matematici statunitensi Claude Shannon e Warren Weaver. Secondo questo modello la comunicazione consiste nel trasferimento di messaggi e nella trasformazione delle informazioni attraverso un canale. L'informazione viene codificata in un segnale ed inviata attraverso un canale per essere infine decodificata dal ricevente in maniera sovrapponibile a ciò che accade ad un algoritmo che cripta e decripta dei codici. Questo tipo di linguaggio, per quanto spiegato, non prevede al suo interno alcun tipo di fraintendimento.

Questo modello è stato nella storia il più accreditato finché, attraverso i diversi studi che si sono susseguiti nel corso del tempo, non si è giunti a capire che era necessario un modello più contemporaneo e completo.

1.6 Modello inferenziale

Il modello inferenziale viene suggerito da Paul Grice e poi sviluppato in seguito dai teorici della "pertinenza". Secondo questo modello colui che comunica produce un indizio di ciò che vuole dire a partire dal quale sarà il destinatario di questa informazione ad inferire il contenuto di tale significato inteso. Ciò vuol dire che il significato letterale (ciò che è detto) è un indizio che va integrato con il contesto (in questo caso rappresentato dall'interlocutore e da ciò che lo influenza).

Questo modello ha come fondamenta due idee di Grice:

- l'espressione ed il riconoscimento di intenzioni rappresentano il carattere fondamentale della comunicazione umana;
- nell'inferire il significato di ciò che il parlante vuole dire, il destinatario viene guidato dall'aspettativa che l'enunciato soddisfi certi standard.

In questo modello, dato che l'informazione trasmessa non è altro che un indizio rispetto al significato letterale, sono possibili fraintendimenti tra ciò che il parlante voleva comunicare (significato del parlante) e ciò che il ricevente ha compreso integrando con il contesto.

1.7 Il linguaggio in contesto d'uso

Lo studioso psicolinguista Herbert H. Clark, nel 1996, ha identificato tre caratteristiche che riguardano il linguaggio in contesto d'uso (*using language*):

1. interattivo: quando comunico con una persona trasferisco delle informazioni e cerco di modificare un comportamento. Ciò non accade se ci si trova a denominare un'immagine. In questa situazione non c'è trasferimento di informazioni e soprattutto l'unico feedback è "ho fatto bene" laddove la denominazione sia corretta e "ho fatto male" qualora non lo fosse. Questa condizione ovviamente non è autentica e non rispecchia la realtà.
2. multimodale: il messaggio viene trasmesso attraverso l'interazione di moltissimi fattori, sia verbali che non (es. aggrottare le sopracciglia, cambiare espressione, scuotere la testa...). Tutti questi segnali coesistono e partecipano alla buona riuscita di uno scambio comunicativo. Tuttavia, in un contesto non ecologico come nella denominazione, vengono trascurati.
3. contestuale: è basata su un contesto. Si parla sia della realtà (dunque il contesto) che ci circonda, ma anche di ciò che riguarda il nostro interlocutore (ciò che l'altro sa) e infine l'elaborazione delle informazioni condivise in precedenza. In un contesto di denominazione non si può far riferimento a nessun aspetto contestuale.

Clark va dunque a suddividere due differenti tipologie di linguaggio:

- il linguaggio *in vacuo*;
- il linguaggio *in situ*.

Il primo fa riferimento ad un ambiente ben controllato dove gli stimoli linguistici vengono presentati senza contesto; il secondo si riferisce ad un ambiente che è naturale, ricco e dinamico. Sono evidenze sempre crescenti che confermano che il linguaggio è processato diversamente in queste due situazioni appena descritte.

Sapendo che la comunicazione richiede più di semplici competenze linguistiche, dovrebbe essere abbastanza scontato che gli interventi basati su compiti linguistici decontestualizzati (come, ad esempio, la denominazione di immagini) producono solo piccoli se non nessun miglioramento a livello della comunicazione quotidiana.

Infatti, dagli studi si è visto che il linguaggio migliora in ciò in cui viene stimolato. Recenti studi ci dicono che lavorando sulla denominazione otterrò miglioramenti in questa attività non portando benefici nella comunicazione funzionale. Se invece lavoro su aspetti ecologici della comunicazione oltre ad ottenere miglioramenti in questi ultimi è possibile che si estendano alle attività strutturate (es. denominazione).

Quanto detto è importante e ci servirà soprattutto nell'ultima parte di questo progetto di tesi in cui si analizzeranno i risultati ottenuti con i pazienti (capitoli sette e otto).

CAPITOLO 2 – LA NEUROANATOMIA DEL LINGUAGGIO

2.1 Cenni di neuroanatomia

Il sistema nervoso è l'insieme degli organi e delle strutture che permettono di trasmettere segnali tra le diverse parti del corpo e di coordinare le sue azioni e le sue funzioni volontarie e involontarie, sia fisiche che psicologiche. Il sistema nervoso è formato da cervello, midollo spinale, organi di senso e tutti i nervi che mettono in comunicazione questi organi con il resto del corpo. Al suo interno è possibile distinguere un sistema nervoso centrale e un sistema nervoso periferico, a loro volta suddivisibili in più componenti, ognuna dotata di una funzione specifica.

2.2 Il sistema nervoso centrale e periferico

Il sistema nervoso centrale è formato dal cervello e dal midollo spinale. In un adulto il primo contiene circa cento miliardi di cellule nervose (i neuroni) e un numero ancor più elevato di cellule che svolgono funzioni di supporto (note con il nome di glia). Localizzato all'interno della scatola cranica, è formato da due emisferi uniti fra loro ed è in continuità diretta con il midollo spinale, che, invece, è una struttura cilindrica che scorre all'interno della colonna vertebrale. Entrambi sono circondati da una serie di membrane protettive (le meningi). A proteggerli c'è anche il liquido cerebrospinale prodotto dal cervello, che scorre all'interno dello spazio delimitato da due delle meningi (la pia madre e l'aracnoide). Da entrambi si dipartono nervi diretti verso altre parti del corpo.

Il sistema nervoso periferico può essere diviso in due grandi parti: il sistema nervoso autonomo e il sistema nervoso somatico.

Il sistema nervoso mette in comunicazione le diverse parti dell'organismo e coordina le loro funzioni volontarie e involontarie. In particolare, il cervello e il midollo spinale integrano le informazioni provenienti dagli altri organi e dall'ambiente esterno e pianificano opportune reazioni. Le diverse strutture presenti nel cervello si occupano di

funzioni specifiche e nel loro insieme sono responsabili di pensiero, memoria, ragionamento, capacità di comprensione, linguaggio, movimenti volontari e involontari, equilibrio, postura, ma anche del respiro, del battito del cuore, della pressione sanguigna, del controllo della temperatura, delle emozioni, della senso di fame e di sete, dell'orologio biologico interno all'organismo e della rielaborazione delle informazioni percepite attraverso i cinque sensi, ad esempio la vista e l'udito.

Il midollo spinale si occupa invece di raccogliere le informazioni dirette al cervello e di smistare quelle che quest'ultimo invia al resto del corpo. È inoltre deputato al controllo dei riflessi muscoloscheletrici semplici.

Dal punto di vista funzionale il sistema nervoso periferico può invece essere diviso in più vie, che si occupano di portare le informazioni dalla pelle, dai muscoli o dagli organi di senso verso il sistema nervoso centrale, di controllare i muscoli trasmettendo loro le informazioni provenienti dal sistema nervoso centrale, di mettere in connessione il cervello e il midollo spinale alla periferia del corpo o di connettere gli organi interni al sistema nervoso centrale. In questo modo il sistema nervoso autonomo controlla le ghiandole, gli organi interni (il tratto gastrointestinale, il pancreas e la cistifellea) e i loro muscoli. Il sistema nervoso enterico è il responsabile dell'innervazione dei visceri. Il sistema nervoso somatico, invece, permette al sistema nervoso centrale di percepire le informazioni sensoriali e controlla i muscoli volontari.

2.3 Vascolarizzazione del sistema nervoso centrale

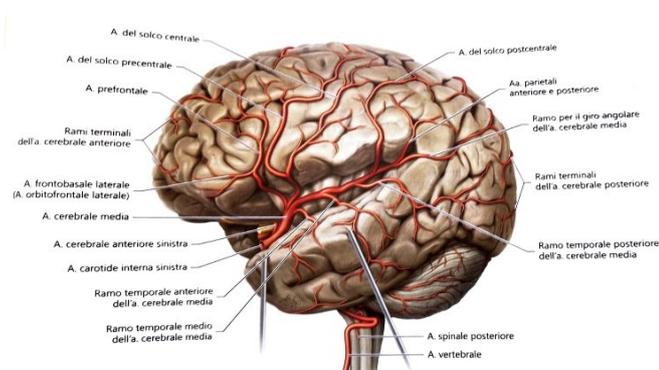


Figura 2. Arterie cerebrali, visione laterale dell'emisfero cerebrale sinistro, visibile la faccia insulare dell'arteria cerebrale media. (fonte: Elementi Anatomia umana, edi-ermes)

Nelle cavità craniche, ed in particolare nel neurocranio, le strutture cerebrali vengono ossigenate grazie all'apporto di sangue proveniente dalle arterie carotidi interne e dall'arteria basilare. Nella regione basilare del cranio, le arterie carotidi interne di ciascun lato, attraversando il canale carotideo, penetrano nella cavità cranica raggiungendo lo spazio subaracnoideo del seno cavernoso. Da ogni arteria carotidea interna si distaccano le arterie:

- Oftalmica;
- Comunicante posteriore;
- Corioidea anteriore.

Quest'ultima si divide a sua volta dando origine alle arterie:

- Cerebrale anteriore: provvede essenzialmente alla vascolarizzazione delle superfici mediali dei due emisferi cerebrali attraverso le arterie fronto-basale, calloso marginale e peri callosa;
- Cerebrale media: si presentano lungo la scissura laterale e vascolarizzano le superfici laterali degli emisferi attraverso due rami terminali di divisione superiore e inferiore (figura 2).

Le arterie vertebrali penetrano nel cranio attraverso il forame magno e si anastomizzano formando l'arteria basilare. Questa dà origine alle arterie:

- Cerebellari inferiori anteriori;
- Labirintica;
- Pontine;
- Cerebellare superiore.

Poi, in corrispondenza del margine superiore del ponte l'arteria basilare si divide nei suoi due rami terminali: le arterie cerebrali posteriori. Si vanno a distribuire nella porzione posteromediale dei lobi temporali e occipitali.

L'arteria comunicante posteriore, ramo dell'arteria carotide interna, si anastomizza con l'arteria cerebrale posteriore del corrispondente lato creando un circolo arterioso cerebrale tra il sistema carotideo (arterie comunicante anteriore, cerebrale anteriore e cerebrale media) e il sistema basilare, chiamato il circolo arterioso cerebrale o poligono di Willis.

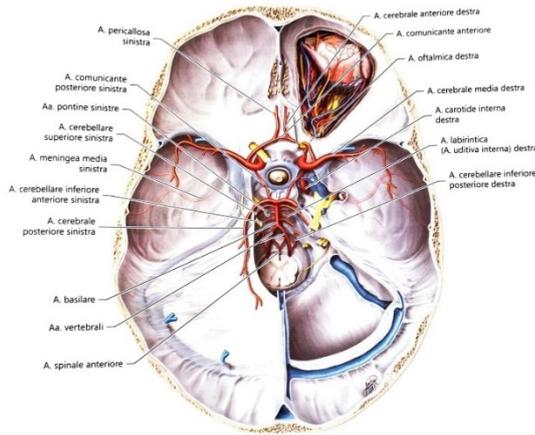


Figura 3. Circolo arterioso cerebrale (fonte: Elementi Anatomia umana, edi-ermes)

Il drenaggio venoso invece, è garantito dalla vena giugulare interna e in minima parte è garantito dalla vena facciale grazie alle numerose anastomosi con la vena oftalmica (figura 4). (Elementi Anatomia umana, edi-ermes)

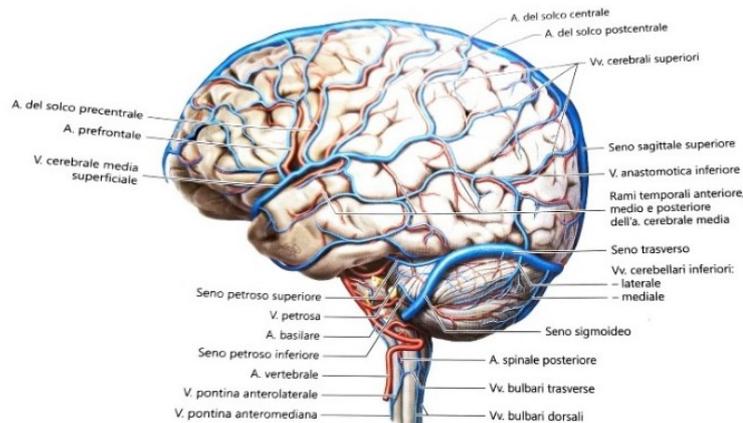


Figura 4. Vascolarizzazione della faccia superolaterale dell'emisfero cerebrale sinistro. (fonte: Elementi Anatomia umana, edi-ermes)

2.4 L'encefalo

L'encefalo è costituito da tre regioni principali: il tronco, il cervelletto e gli emisferi cerebrali. Questi ultimi si compongono di uno strato esterno che è la corteccia cerebrale, contenente i corpi cellulari di buona parte dei neuroni che si trovano dell'encefalo. Le fibre più corte sono fibre di associazione che mettono in collegamento tra loro varie

regioni di un emisfero; le fibre commessurali uniscono aree omologhe dei due emisferi e le fibre di proiezione connettono la corteccia con le strutture profonde.

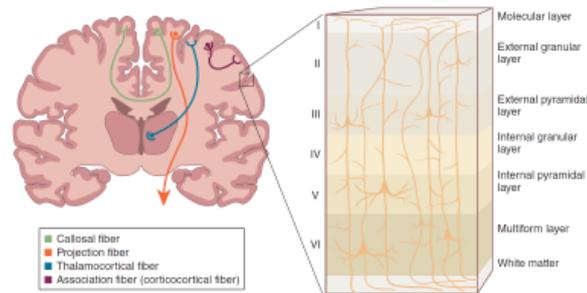


Figura 5. Sezione coronale del cervello che mostra i più importanti tipi di fibre da e verso la corteccia cerebrale (a sinistra); e i sei strati della corteccia cerebrale (a destra)

La corteccia cerebrale è costituita da pieghe profonde, dette scissure e da altre meno profonde, dette solchi. La parte compresa tra solchi e scissure è detta circonvoluzione. Quindi, benché abbia uno spessore medio di soli 3 mm, la corteccia è estremamente convoluta; di conseguenza, l'area che contiene i neuroni corticali è quattro volte più ampia di quanto sarebbe senza circonvoluzioni, senza che il volume cerebrale sia visibilmente aumentato. La natura della corteccia cerebrale umana, sviluppata in molteplici strati cellulari (figura 5), e la sua struttura altamente convoluta permettono un aumento del numero e dell'integrazione dei neuroni disponibili per l'elaborazione del segnale correlando quindi in maniera evidente la struttura, alla funzione.

I due emisferi sono separati dalla scissura interemisferica e sono connessi tra loro dalle fibre commessurali che formano il corpo calloso. Le fibre del corpo calloso consentono ai due emisferi di scambiarsi informazioni. Le scissure più accentuate sono la scissura di Rolando, la scissura di Silvio e la scissura parieto-occipitale.

Gli emisferi cerebrali sono simmetrici ma non identici: le simmetrie riguardano, ad esempio, il controllo dei movimenti delle due metà del corpo e i messaggi sensoriali. I movimenti della metà sinistra sono controllati dalla corteccia motoria dell'emisfero di destra, quelli della metà di destra invece dall'emisfero sinistro. Le asimmetrie riguardano numerose altre funzioni come il linguaggio, elaborato quasi interamente dall'emisfero sinistro che è l'emisfero dominante per il linguaggio nella maggior parte dei soggetti destrimani e in circa i due terzi dei soggetti mancini. Le abilità visuo-spaziali e gli aspetti

pragmatici, prosodici e parzialmente semantici del linguaggio sono controllati soprattutto dall'emisfero destro.

Ciascun emisfero è suddiviso in 4 lobi: occipitale, parietale, temporale e frontale. Quest'ultimo è il più grande ed è delimitato posteriormente dalla scissura di Rolando che lo separa dal lobo parietale, inferiormente dalla scissura di Silvio, che lo separa dal lobo temporale (figura 6).

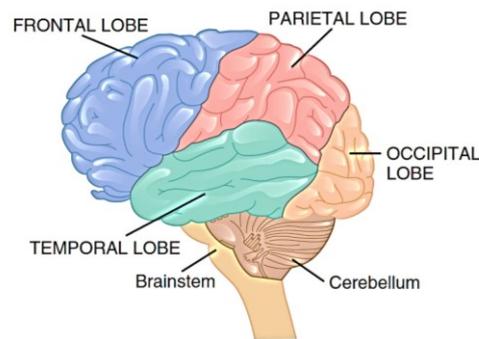


Figura 6. Suddivisione in lobi dell'encefalo

Il lobo parietale è separato dal lobo frontale attraverso la scissura di Rolando ed è separato dal lobo occipitale dal solco parieto-occipitale. Il lobo temporale è situato nella parte inferiore dell'emisfero cerebrale, al di sotto della scissura di Silvio. Il lobo occipitale si trova posteriormente al lobo parietale da cui è separato dal proseguimento della scissura parieto-occipitale e al lobo temporale.

2.5 Suddivisione per aree secondo Brodmann

Nel 1909, l'anatomico tedesco Korbinian Brodmann (1868-1918), pubblicò un trattato in cui localizzò, in base alla diversa organizzazione degli strati neurali e dei citotipi nella corteccia cerebrale, 52 diverse aree (aree di Brodmann) che, successivamente, fu dimostrato corrispondere, in parte, a territori con diverso significato funzionale. Le aree funzionali possono essere riconducibili ad aree primarie (sensitive e motorie), aree secondarie o aree di ordine superiore (sensitive e motorie) e aree associative.

Possiamo distinguere nel nostro cervello diverse aree, in base alla loro localizzazione (figura 7):

Aree sensitive

- area sensitiva primaria
- area sensitiva secondaria

Aree motorie

- area motoria primaria
- area motoria secondaria
- area motoria supplementare

Aree associative

- corteccia parietale, occipitale e temporale
- corteccia prefrontale

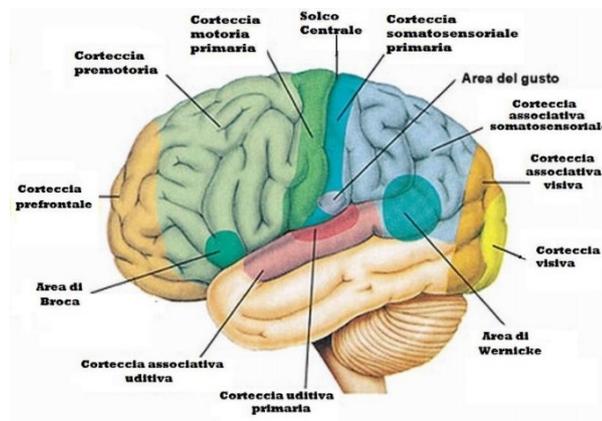


Figura 7. Suddivisione dell'encefalo in aree

Un'area di Brodmann (figura 8) è una regione della corteccia cerebrale definita, oltre che per la sua localizzazione anatomica in base alla sua citoarchitettura o organizzazione delle cellule cerebrali e delle fibre nervose. Le aree di Brodmann sono state discusse nel corso degli anni e rimangono il sistema di organizzazione della corteccia cerebrale umana più ampiamente noto e citato.

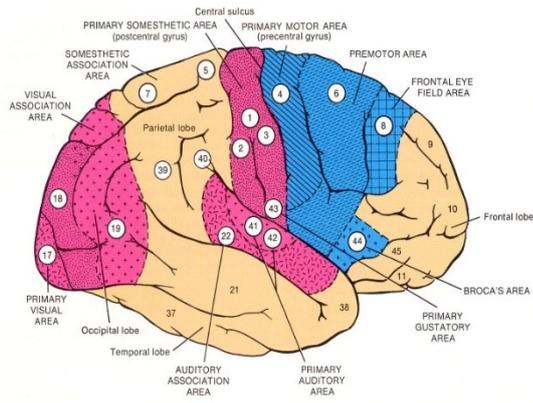


Figura 8. Suddivisione in aree secondo Brodmann

2.6 Neuroanatomia del linguaggio

Le basi neurali del linguaggio sono state studiate mediante l'osservazione dei disturbi acquisiti del linguaggio (afasie), poiché non vi erano modelli animali da poter studiare. Gli studi venivano effettuati su pazienti split-brain e su soggetti normali con presentazione tachistoscopica nei due campi visivi.

Si è visto che la maggior parte dei disturbi linguistici acquisiti sono causati da lesioni dell'emisfero sinistro, sia in soggetti destrimani che nei mancini. Dagli studi è emerso anche che l'emisfero sinistro pare sia specializzato per l'analisi dei fonemi, delle parole e delle frasi. L'emisfero destro invece elabora la prosodia, che veicola informazioni emozionali, ed è fondamentale per l'analisi dei discorsi e la loro organizzazione.

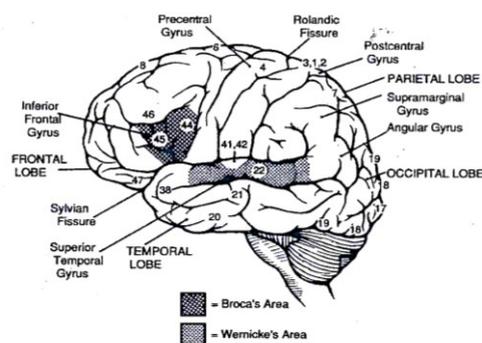


Figura 9. Individuazione delle aree del linguaggio di Broca e Wernicke

Area di Broca: il medico francese Pierre-Paul Broca nel 1861 descrive il caso di un paziente che, in assenza di deficit di comprensione, riesce ad articolare una sola parola

("tan-tan"), in seguito a lesione del piede della terza circonvoluzione frontale sinistra (aree 44 e 45 di Brodmann). Il paziente ha perso un tipo particolare di memoria, che non è la memoria delle parole, ma quella dei movimenti necessari per articolare le parole" ("afasia motoria").

Area di Wernicke: il medico Tedesco Carl Wernicke (1848-1905) nel 1874 parlò di "afasia sensoriale", causata da lesioni alla parte posteriore della prima circonvoluzione temporale di sinistra (area 22 di Brodmann). Questa è stata descritta come l'area sensoriale per la comprensione del linguaggio parlato. Lesioni che coinvolgono nell'adulto l'area di Wernicke sono associate ad afasia recettiva.

L'area di Wernicke e l'area di Broca sono collegate tra loro per mezzo di fibre associative del fascicolo arcuato, che si inarca intorno all'estremità posteriore della scissura laterale nella sostanza bianca profonda sottostante le due aree (figura 9).

Nei processi linguistici, le aree maggiormente interessate sono l'area di Broca, l'area di Wernicke, il fascicolo arcuato, l'area 40 che mette in rapporto, l'area di Broca con quella di Wernicke, il giro sovramarginale e il giro angolare (aree 37 e 39 di Brodmann). Nella profondità degli emisferi cerebrali si trova la sostanza bianca costituita al suo interno di masse di sostanza grigia. Quest'ultima è formata dai nuclei della base, che sono il nucleo caudato e il nucleo lenticolare che è formato da putamen, pallido e il talamo. I nuclei della base hanno funzione di controllo motorio, mentre il talamo si occupa della trasmissione e dell'integrazione di informazioni sensoriali che arrivano dalla periferia. (Basso, 2005)

CAPITOLO 3 – L' ORGANIZZAZIONE CEREBRALE DEL LINGUAGGIO

3.1 Organizzazione cerebrale del linguaggio: i vari modelli anatomico-funzionali

Carl Wernicke, nel 1874, pubblicò la descrizione di due pazienti con difficoltà di comprensione uditiva del linguaggio con capacità di produzione linguistica relativamente conservate. Seppur fluente e caratterizzato da un normale contorno intonativo, l'eloquio dei due pazienti presentava numerosi errori fonologici e semantici. Avendo notato che questi due pazienti presentavano sintomi opposti a quelli descritti da Broca, Wernicke ipotizzò che avessero una lesione in un'area cerebrale diversa da quella individuata da Broca. L'esame autoptico *post-mortem* confermò che il primo dei due pazienti aveva avuto un infarto cerebrale nella porzione posteriore del giro temporale superiore dell'emisfero sinistro. Egli formulò dunque una serie di ipotesi. La prima era che nell'area da lui individuata fossero immagazzinate le memorie (definite "immagini") acustiche delle parole e che queste immagini essenziali per la comprensione ma anche per i processi di produzione lessicale. La seconda ipotesi riguardava l'elaborazione linguistica. Per lui questa era il prodotto di un flusso di informazioni scambiate tra aree cerebrali diverse. Wernicke affermò dunque che gli aspetti espressivi del linguaggio fossero distribuiti nell'area identificata da Broca, definita come il centro delle immagini motorie; gli aspetti recettivi del linguaggio, invece, erano localizzati nell'area da lui individuata, definita come centro delle immagini acustiche. Le immagini acustiche delle parole venivano comunque evocate anche durante la produzione del linguaggio. Infine, affermò che l'area di Broca e quella da lui individuata fossero collegate grazie ad un fascio di fibre: il fascicolo arcuato. La terza ipotesi formulata da Wernicke postulava che la lesione di uno o entrambi i centri e delle strutture nervose responsabili del loro collegamento portassero a patologie diverse del linguaggio con manifestazioni visibilmente diverse. (Marini, 2018)

Queste osservazioni compiute da Wernicke costituirono un significativo passo in avanti nella ricerca riguardante la comprensione delle basi neuroanatomiche del linguaggio.

3.1.1 Modello di Wernicke

Sulla base delle sue scoperte e di quelle di Broca, Wernicke ipotizza l'esistenza di due centri del linguaggio e tre tipi di afasia:



Figura 10. Rappresentazione grafica del modello di Wernicke

In figura 10, A è il centro delle rappresentazioni uditive delle parole (area 22), B è il centro delle rappresentazioni motorie delle parole (area 44). a è l'analisi uditiva e b la programmazione articolatoria. AB rappresenta il fascicolo arcuato che collega i due centri di rappresentazione (capsula estrna).

I tre tipi di afasia che individuò erano così rappresentati:

- Un danno al centro delle rappresentazioni uditive delle parole (A) provoca afasia sensoriale o afasia di Wernicke;
- Un danno al centro delle rappresentazioni motorie delle parole (B) invece provoca afasia motoria o di Broca;
- Un danno al fascicolo arcuato (AB) causa un'afasia di conduzione.

3.1.2 Modello di Lichtheim

Nel 1885, l'anatomico tedesco Ludwig Lichtheim (1845-1928) incorpora il modello di Wernicke in uno schema ancor più complesso che voleva essere un completamento del modello precedente. Sposò le ipotesi di Wernicke sull'esistenza di due centri del linguaggio, uno uditivo e uno motorio, e che erano connessi tra loro da fasci di fibre. Inoltre, affermò l'esistenza di un centro di immagazzinamento dei concetti a essi sovrapposto. La sua ipotesi era quindi quella che l'organizzazione cerebrale del linguaggio consistesse in tre centri elaborativi principali, collegati fra di loro attraverso fasci di fibre: un centro per l'analisi uditiva che conterrebbe le immagini acustiche delle

parole nell'area di Wernicke; un centro per l'implementazione articolatorio-motoria che conterrebbe le immagini motorie delle parole nell'area di Broca; un centro dei concetti di cui però non viene data una localizzazione precisa (Marini, 2018) (figura 11).

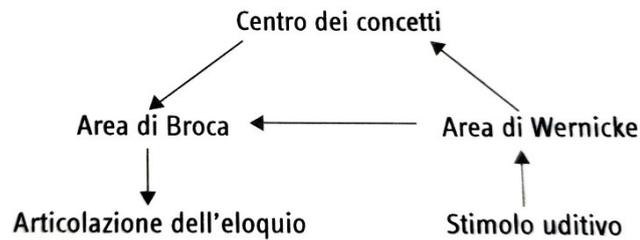


Figura 11. Modello anatomico-funzionale del linguaggio secondo Ludwig Lichtheim (fonte: Gazzaniga, Ivry, Mangun 2005, modificata da Marini)

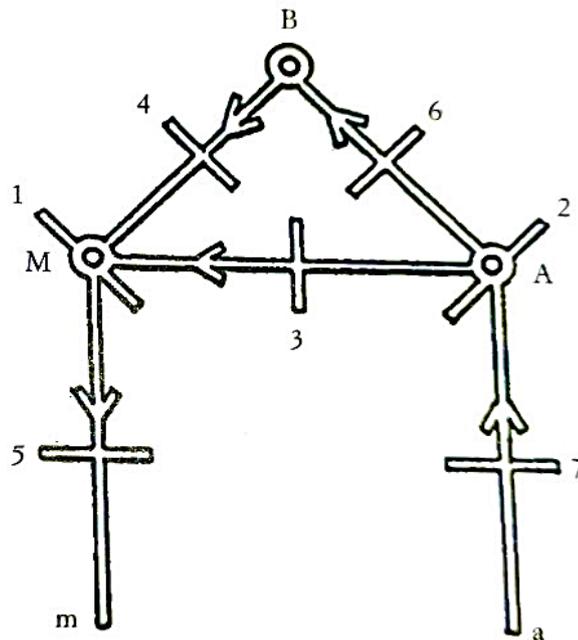


Figura 12. Modello di Lichtheim del linguaggio (fonte: Shallice [1988]).

In Figura 12, A indica il centro della rappresentazione uditiva delle parole (corrispondete all'area di Wernicke) e M il centro per la rappresentazione motoria delle parole (corrispondente all'Area di Broca). B indica il centro dei concetti, a e m rappresentano rispettivamente le aree uditive primarie e le aree motorie primarie. I numeri dall'1 al 7 indicano i possibili punti lesionali. (Ladavas, Berti)

Lo schema secondo Lichtheim prevedeva quindi molti tipi di afasia a seconda che la lesione andasse a colpire i centri stessi oppure le vie che mettono in collegamento i centri. Oltre all'afasia di Broca, di Wernicke e di Conduzione il modello comprendeva:

- afasia trascorticale motoria: compromissione del linguaggio spontaneo ma non della ripetizione e della comprensione;
- afasia trascorticale sensoriale: deficit di comprensione del linguaggio ma non della ripetizione;
- afasia subcorticale motoria: compromissione della produzione linguistica orale ma non di quella scritta;
- afasia subcorticale sensoriale: compromesse la comprensione del linguaggio parlato e la ripetizione ma non la comprensione della lettura e la produzione linguistica sia orale che scritta;

3.1.3 Classificazione di Lurija e i sistemi funzionali

Secondo Lurija (1966; 1970) un sistema complesso ed articolato come quello del linguaggio non può dipendere dall'attività di una zona ristretta e circoscritta del cervello. A suo avviso doveva esserci perciò la cooperazione di più regioni cerebrali che costruiscono un sistema funzionale. Per Lurija il linguaggio sta a rappresentare il sistema funzionale per eccellenza della mente umana che regola e media altre funzioni nervose superiori. Lo studioso propose un'ulteriore distinzione: egli distinse all'interno dell'afasia motoria altre due forme: una afferente (afasia cinestesica) e una efferente (afasia cinetica). La prima, corrispondente ad una lesione immediatamente post-rolandica dell'encefalo, sarebbe dovuta alla compromissione del feedback sensoriale che controlla i movimenti articolatori e si manifesterebbe con incapacità nella pronuncia dei suoni del linguaggio causata da un deficit degli organi muscolo-fonatori. La seconda sembrerebbe legata ad una lesione dell'area di Broca, andando a determinare l'impossibilità da parte del sistema fonatorio di passare in modo fluido, preciso e corretto da una posizione articolatoria all'altra.

Lurija sul versante recettivo distingue un'afasia sensoriale acustica ed un'afasia sensoriale amnesica. La prima dovuta ad una lesione del giro temporale postero-superiore caratterizzata dalla perdita dell'udito fonemico (incapacità di distinguere i suoni del

parlato). La seconda dovuta ad una lesione dei giri temporale medio e inferiore dove si andrebbe a perdere il valore semantico della parola. Nella sua classificazione incluse infine un'afasia dinamica che si manifesterebbe con l'incapacità di iniziare spontaneamente un discorso e formulare delle idee; e un'afasia semantica causata da lesioni parieto-occipitali e che consisterebbe nell'incapacità di cogliere e manipolare le relazioni tra i concetti e in un deficit di comprensione delle strutture grammaticali complesse. Queste distinzioni hanno contribuito significativamente alla comprensione delle diverse modalità con cui le lesioni cerebrali possono influenzare il linguaggio e hanno fornito basi importanti per lo studio e le diagnosi neuropsicologiche delle afasie.

In sintesi, Lurija sosteneva che il linguaggio coinvolge diverse parti del cervello che lavorano insieme in armonia per consentire la produzione e la comprensione del linguaggio parlato. Questa visione complessa del linguaggio come un sistema distribuito nel cervello ha contribuito significativamente alla comprensione moderna del modo in cui il cervello gestisce il linguaggio umano.

3.1.4 Modello di Geschwind

Geschwind focalizzò la sua teoria sull'interruzione della trasmissione dell'informazione tra i principali centri motori e sensitivi. Fondamentale per lui era il ruolo del lobo parietale posteriore come area di convergenza multimodale nel mediare la formazione delle associazioni tra esperienze visive, uditive e tattili. A tal proposito importantissima erano i fasci della sostanza bianca che permettono alle informazioni provenienti da diverse aree cerebrali di convergere su questa regione encefalica con un altissimo valore associativo. Geschwind descrisse così la "sindrome da isolamento delle aree del linguaggio" dovuta ad una disconnessione tra aree del linguaggio e regioni associative posteriori dell'emisfero sinistro. Inoltre, introdusse il concetto di fluente e non fluente per far riferimento alle due principali sottoclassi di afasia.

3.1.5 Modello di Garrett

Secondo Garrett la produzione della frase avviene attraversando frasi distinte cui corrispondono livelli di rappresentazione indipendenti.

Il processo di produzione ha inizio con un messaggio che il parlante vuole comunicare e si compie con l'articolazione di una serie di suoni. La produzione della frase si articola quindi, secondo questo modello, in tre livelli:

1. concettuale;
 2. linguistico (formulazione);
 3. articolatorio;
-
1. La concettualizzazione non è direttamente collegata alla lingua, è una fase in cui, colui che parla, decide cosa dire o meglio concettualizza l'idea del messaggio che vuole comunicare. È un'elaborazione prelinguistica del messaggio.
 2. Il secondo livello è prettamente linguistico, infatti, nella fase di formulazione, il messaggio assume la sua forma linguistica. In questo momento il parlante decide quali parole utilizzare e in che modo combinarle sintatticamente per esprimere il messaggio ideato nella fase precedente. Si elabora anche la struttura fonologica della frase e si pianificano i gesti articolatori necessari per la fase successiva.
 3. Nella fase di articolazione vengono recuperati e assemblati tutti gli elementi necessari all'effettiva produzione del messaggio. Il parlante qui emette nel giusto ordine i suoni che compongono la frase.

Il livello linguistico opera contemporaneamente su più sintagmi e si occupa di specificare la struttura sintattica della frase che deve essere prodotta. La selezione lessicale (su base semantica) avviene all'interno del lessico mentale in base alle relazioni concettuali espresse nel primo livello. Poi si ha specificazione delle strutture funzionali e sintattiche necessarie e infine, la relativa assegnazione delle posizioni corrispondenti ai vari elementi lessicali. Nel parlato continuo le tre fasi si trovano a sovrapporsi e momentanee mancanze di sincronizzazione possono causare esitazioni ed errori.

Le esitazioni consistono in una mancanza di fluidità. Si possono interpretare come bisogno di pianificazione nei punti cruciali dell'enunciato. Sono importanti perché non hanno luogo in tutti le posizioni, questo indica che certe parti di una frase sono pianificate insieme.

Gli errori invece, non sono delle imperfezioni ma vere e proprie deviazioni dell'intenzione comunicativa. I tipi principali di errori sono: spostamenti, scambi, anticipazioni, perseverazioni, aggiunte e delezioni, sostituzioni, fusioni. Grazie agli errori si possono comprendere due importanti meccanismi:

- In che modo immagazziniamo e recuperiamo le conoscenze sulle parole;
- In che modo assembliamo gli elementi linguistici all'interno dell'enunciato;

In definitiva, secondo il modello di Garrett ci sono diversi stadi che concorrono alla creazione di una frase:

- Stadio della rappresentazione del messaggio: si sceglie il contenuto concettuale del messaggio;
- Stadio della rappresentazione funzionale: avviene la pianificazione delle strutture logiche;
- Stadio della rappresentazione posizionale: si ha la specificazione delle posizioni delle diverse unità della frase;
- Stadio della rappresentazione fonologica: c'è la creazione di un programma motorio a livello fonetico-fonologico;
- Stadio della rappresentazione articolatoria: avviene la vera e propria esecuzione da parte dell'apparato articolatorio.

3.2 Il sistema semantico-lessicale

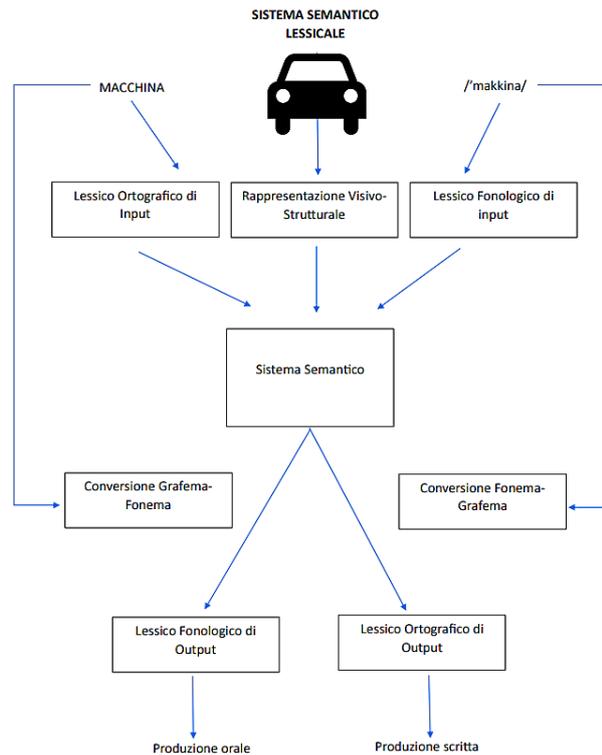


Figura 13. Sistema Semantico-Lessicale, ispirata da *Esame Neuropsicologico per l'Afasia* (Miceli & Capasso, 2001 Springer)

Questo modello teorico del linguaggio (figura 13) si basa su delle assunzioni:

1. Concetto di modularità: qualsiasi attività cognitiva (lettura, scrittura, denominazione, etc.) è il risultato dell'interazione e della collaborazione di diversi sottocomponenti separate del sistema cognitivo. Ciascuna di queste sottocomponenti può essere coinvolta in un compito.
2. Ciascuna componente può essere danneggiata, selettivamente o in combinazione con le altre: ne deriva che la varietà dei deficit che può derivare conseguentemente ad una lesione è enorme.
3. Per elaborare un'informazione servono 2 tipi di conoscenze: una di tipo concettuale (contenuta nel sistema semantico) e una relativa agli aspetti formali delle parole (contenuta nei lessici).

4. Il sistema semantico è unico e sovramodale: è indipendente dalla modalità in cui la parola viene presentata o dal modo in cui essa deve essere prodotta. Ne deriva che il sistema semantico è coinvolto in tutte le prove di comprensione e produzione di parole e di conseguenza un danno a questa componente si manifesterà con prestazioni scadenti in tutte le prove.
5. L'informazione semantica è componenziale: l'informazione concettuale su una parola consiste in una serie di tratti semantici. La rappresentazione semantica di un oggetto non è in altri termini monolitica (ciascuno dei tratti è comune a più di una rappresentazione). I sottoinsiemi di tratti attivano oltre alla parola target anche altre parole che condividono con la parola target alcuni elementi.
6. La componente lessicale è di tipo distribuito: non è unica e non è sovramodale; essa è composta da moduli distinti che intervengono alternativamente a seconda che si stia:
 - Parlando: lessico fonologico di output (rappresentazioni fonologiche e posizione dell'accento nelle parole che si devono produrre a voce alta);
 - Scrivendo: lessico ortografico di output (rappresentazioni ortografiche che sono attivate nel corso del linguaggio scritto);
 - Ascoltando: lessico fonologico di input (informazioni fonologiche sulle parole che vengono attivate da una specifica sequenza di fonemi uditi);
 - Leggendo: lessico ortografico di input (rappresentazioni ortografiche delle parole che vengono attivate dalle corrispondenti stringhe di grafi letti).
7. I lessici di input sono indipendenti dai lessici di output
8. I lessici contengono informazioni relative a: frequenza d'uso delle parole, grado di astrattezza/concretezza, classe grammaticale, morfologia.
9. La rappresentazione visuo-strutturale contiene le caratteristiche prototipiche degli oggetti: una sorta di lessico figurativo/visivo degli oggetti.
10. Esistono dei sistemi di conversione sublessicale dedicati al processamento di parole nuove e non parole.

I lessici sono organizzati in base alla frequenza d'uso per cui le parole più frequenti hanno una soglia di attivazione più bassa di quelle a bassa frequenza d'uso (più rare). Hanno

inoltre una rappresentazione categoriale delle classi grammaticali (nomi, verbi, aggettivi) che possono essere selettivamente compromesse.

Nella lingua italiana (lingua trasparente) anche in condizioni di alterazione di un sistema lessicale è possibile che la parola sia letta attraverso il sistema di conversione grafema-fonema (con possibilità di errore nell'accentazione).

Esistono infatti due vie per l'elaborazione del linguaggio (parlato e scritto):

- Una via lessicale per cui le parole udite o lette attivano le rispettive rappresentazioni lessicali fonologiche o ortografiche in entrata e poi queste attivano le rappresentazioni concettuali e poi fonologiche in uscita.
- Una via sublessicale per cui l'informazione udita o letta attraverso un sistema di conversione grafema-fonema o fonema-grafema attiva il buffer fonemico d'uscita senza passare per le rappresentazioni lessicali. Tale sistema è l'unico in grado di processare le non parole.

Nelle prove di denominazione orale o scritta l'informazione sulla rappresentazione visivo-strutturale dell'immagine attiverà una serie di tratti semantici e si andranno ad attivare anche tutte le rappresentazioni fonologiche vicine che condividono tratti semantici simili. In caso di un danno al sistema semantico ci saranno difficoltà sia nei compiti di produzione che comprensione di parole mentre se fosse presente un danno limitato ad un sistema lessicale, il paziente potrebbe avere difficoltà nelle prove lessicali.

CAPITOLO 4 – L’AFASIA

4.1 L’Afasia

“L’afasia compromette la capacità di tradurre il pensiero in parole e le parole in pensiero”
(Luigi Vignolo, 1973).

Si tratta di un disturbo acquisito selettivo delle funzioni linguistiche che generalmente perdura nel tempo (afasia cronica) ma che può avere anche carattere transitorio (ad esempio in caso di attacco ischemico transitorio (TIA), accessi emicranici o crisi comiziali). La sua eziologia è neuropatologica (vascolare, tumorale, traumatica, infettiva) e si manifesta solitamente in maniera acuta anche se può avere un decorso progressivo (Afasia Primaria Progressiva, PPA). Può insorgere in qualunque momento della vita (dopo che sia avvenuto lo sviluppo delle competenze lessicali e sintattiche di base).

4.2 Definizione di afasia

L’afasia è dunque un disturbo della formulazione e della comprensione di messaggi linguistici, che consegue a lesioni focali di specifiche regioni cerebrali, in persone che avevano in precedenza acquisito un uso normale del linguaggio. I pazienti affetti da questo disturbo non sono più in grado di convertire le rappresentazioni mentali di natura non linguistica nei simboli e nell’organizzazione grammaticale che costituiscono il linguaggio. Dunque, nell’afasia si ha una compromissione nella traduzione delle immagini e le rappresentazioni mentali in parole e frasi. Lo stesso vale per l’esatto opposto ossia è compromessa anche la conversione di parole e frasi in immagini mentali.

Il deficit coinvolge le diverse unità del linguaggio (deficit a livello fonologico, lessicale-semanticò e morfo-sintattico) e le diverse modalità (deficit di produzione e comprensione, sia a livello orale che nella letto-scrittura). Il deficit, inoltre, non è:

- una difficoltà riconducibile ad un disturbo di tipo percettivo;
- un deficit primariamente motorio;
- il prodotto di un disturbo primario del pensiero; (Neuropsicologia, Làdavas & Berti)

La compromissione è relativa alla sola componente linguistica del processo di comunicazione. Resta intatta la capacità di formulare uno scopo comunicativo, la capacità di rispettare la regola dell'alternanza dei ruoli e la capacità di interpretare le informazioni contestuali e di intuire motivazioni e aspettative dell'interlocutore.

Come abbiamo visto l'eziopatogenesi è neuropatologica ed è vasta, ma, nella maggior parte dei casi l'insorgenza è legata a lesioni vascolari dove si arriva ad una sofferenza cerebrale tale da portare alla perdita neuronale.

In seguito ad un evento vascolare il paziente attraversa tre fasi:

- Fase acuta
- Fase post-acuta
- Fase cronica

La fase si definisce acuta per il periodo che va fino a "poche settimane" dopo l'evento; si definisce post-acuta o subacuta fino a 6 mesi dall'evento e cronica a partire da 6 mesi dopo l'evento. In quest'ultima fase, quella cronica, non si verifica più recupero spontaneo; i miglioramenti ottenibili in questa fase sono solo quelli correlati alla riabilitazione.

4.3 Classificazione delle afasie

Le moderne classificazioni delle forme cliniche dell'afasia fanno riferimento a studi condotti alla fine degli anni Sessanta dal gruppo di ricerca di Boston coordinato da Norman Geschwind e Harold Goodglass. Queste vanno a suddividere le sindromi afasiche in due grandi gruppi, classificate in base alla ricchezza dell'eloquio:

- afasie fluenti;
- afasie non fluenti.

4.3.1 Afasie fluenti

Le afasie fluenti, solitamente conseguenti a lesioni encefaliche posteriori, presentano eloquio abbondante e talvolta logorroico ma spesso privo di contenuto informativo. La

prosodia è preservata, le frasi sono lunghe e molto complesse a livello sintattico. Frequenti errori di concordanza, sostituzioni di parole grammaticali (paragrammatismo). A livello qualitativo sono presenti parafrasia fonemica, semantica e neologismi (parole inventate, inesistenti) che possono esitare in un eloquio definito gergale, caratterizzato da sequenze di neologismi (gergo neologistico) oppure da una sequenza di parole reali ma che producono delle frasi prive di significato (gergo semantico). Queste caratteristiche possono rendere la comprensione del loro eloquio estremamente difficile per l'interlocutore. possibili deficit di comprensione. Di queste fanno parte:

- l'afasia di Wernicke: conseguente ad una lesione nell'omonima regione cerebrale (Brodmann Area [BA] 21/22). L'eloquio dei pazienti è abbondante, talvolta logorroico ma scarsamente informativo. Prosodia e articolazione sono conservate. Comprensione, ripetizione e denominazione possono essere coinvolte in maniera lieve, moderata e grave;
- l'afasia di conduzione: sarebbe conseguente ad una disconnessione tra area di Broca e area di Wernicke (lesione al fascicolo arcuato). La componente maggiormente compromessa è la ripetizione con una relativa conservazione della comprensione uditiva. L'eloquio è fluente e caratterizzato da anomalie, latenze anomie, parafrasie fonemiche con tentativi di correzione attraverso il fenomeno delle conduites d'approche (variazioni fonemiche di approssimazione della parola target);
- l'afasia transcorticale sensoriale: è una rara forma di afasia conseguente a lesioni che interessano la BA 37/39. Il deficit è prevalentemente semantico-lessicale sia in entrata che in uscita e sono relativamente risparmiate le abilità fonologiche e morfosintattiche. L'eloquio si presenta spesso ecolalico, caratterizzato da parafrasie semantiche e verbali e da circonlocuzioni. Queste rendono difficilmente comprensibile la produzione oltre che scarsamente informativa per l'ascoltatore. Frequenti le anomalie che intaccano anche la capacità di denominazione. Presenti gravi deficit di comprensione.
- l'afasia anomica (o amnesica): consegue a lesioni lacunari che coinvolgono il giro angolare (BA 39). È caratterizzata dalla presenza di deficit lessicali in uscita. L'eloquio nello spontaneo oltre che fluente è grammaticalmente corretto ma ci sono evidenti difficoltà di recupero lessicale. Sono frequenti inceppi e latenze,

anche alle prove di denominazione. I soggetti affetti da afasia anomica tendono a sopperire a queste difficoltà lessicali con delle strategie di compenso come, ad esempio, le circonlocuzioni o utilizzo di parole di riempimento (es. “cosa”, “roba”, “affare”). Comprensione e ripetizione sono in genere risparmiate.

4.3.2 Afasie non fluenti

Le afasie non fluenti sono solitamente dovute a lesioni encefaliche anteriori e presentano: eloquio ridotto e presenza di agrammatismo o aprassia verbale. L'eloquio è tipicamente scarso, telegrafico, privo di intonazione. Le frasi sono brevi con struttura sintattica estremamente semplificata. Sono presenti difficoltà articolatorie e inerzia verbale. Laddove non presenti difficoltà articolatorie si pone maggiormente l'attenzione sulla quantità dell'eloquio che, come è stato detto, è ridotto rispetto ad una produzione normale. Rientrano tra queste:

- l'afasia di Broca: consegue ad una lesione della terza circonvoluzione frontale dell'emisfero sinistro (BA 44). Il deficit colpisce fonologia, lessico e morfosintassi in maniera proporzionata. La produzione spontanea presenta intaccata anche la prosodia e le difficoltà nell'articolazione rendono il linguaggio estremamente lento, faticoso e ridotto. Spesso l'agrammatismo si associa a questo disturbo. Generalmente mantenute le serie automatiche (es. mesi dell'anno, giorni della settimana, numeri). Comprensione relativamente conservata in brevi conversazioni o per parole singole. Denominazione e ripetizione risultano compromesse.
- l'afasia transcorticale motorie: è una forma rara di afasia che si mostra generalmente a seguito di lesioni della corteccia frontale dorso-laterale dell'emisfero sinistro (BA 45). Presente inerzia verbale, riduzione della produzione (sia orale che scritta) spontanea e grandi difficoltà nell'iniziare una conversazione. Frasi brevi e sintatticamente molto semplici. Comprensione, ripetizione e denominazione sono risparmiate.
- l'afasia globale: è la forma più grave di afasia e consegue ad ampie lesioni che interessano l'intero territorio di irrorazione dell'arteria cerebrale media. È

caratterizzata da deficit fonologici, lessicali e morfosintattici. L'eloquio spontaneo spesso è limitato a dei frammenti sillabici ricorrenti. Comprensione ripetizione e denominazione sono gravemente compromesse.

La maggioranza dei pazienti non presenta deficit esclusivamente di produzione o comprensione, ma deficit del linguaggio come sistema, con le modalità di entrata e di uscita, del linguaggio orale e scritto, coinvolte in modo omogeneo e piuttosto che coinvolgere selettivamente le diverse modalità (input/output, linguaggio scritto/parlato) può compromettere in modo sproporzionato le diverse componenti.

4.4 Eziopatogenesi

Alla base dell'insorgenza di questo disturbo, come è stato precedentemente detto, possono esserci diverse condizioni patologiche, anche molto diverse tra di loro. Il filo conduttore fra tutte è che però le lesioni, vanno tutte ad intaccare l'emisfero cerebrale sinistro, dominante per il linguaggio. Possiamo raggruppare le principali cause in tre macrocategorie:

- cause di afasia ad insorgenza acuta con esiti perduranti nel tempo: si tratta dei casi più numerosi causati per lo più da *ictus cerebri* sia di tipo ischemico che emorragico. Altra causa scatenante possono essere traumatismi cranio-encefalici, processi infiammatori e/o infettivi e esiti di chirurgia endocranica.
- cause di afasia ad insorgenza acuta con esiti transitori: si tratta di fenomeni analoghi ai precedenti ma che si estinguono rapidamente senza lasciare conseguenze nell'individuo. Ricordiamo le afasie causate da TIA solitamente conseguenti a crisi epilettiche o le afasie che precedono eventi di emicrania definite aure afasiche.
- cause di afasia ad insorgenza progressiva: l'afasia primaria progressiva rappresenta il quadro principale di questa categoria. Tra gli altri possiamo inserire i quadri afasici delle malattie neurodegenerative come le demenze. Possiamo citare anche le afasie legate alla presenza di tumori cerebrali. Queste, infatti, presentano un decorso ingravescente a causa dell'espansione del tumore ma, tuttavia, l'esordio è spesso acuto.

4.5 Epidemiologia

L'afasia è un disturbo relativamente diffuso in Italia. È estremamente invalidante ed incide in maniera significativa con il normale decorso della vita di un paziente. Non ci sono però dati diretti su incidenza e prevalenza dell'afasia; dunque, solitamente si fa riferimento ai dati inerenti alle malattie vascolari che ne costituiscono la genesi più frequente. L'ictus rappresenta la prima causa di disabilità. La sua incidenza varia a seconda degli studi, tra 1,8/1000 e 4,5/1000 ed una prevalenza complessiva di 6,5/100. L'afasia a seguito di un evento ischemico si verifica in circa 1/3 dei casi con incidenza del 21% - 37% e una prevalenza dello 0,37% (Brust et al., 1976; Pedersen et al., 1995; National Aphasia Association, 1999). Rapportandoci alla popolazione italiana si stima la presenza di circa 213.000 afasici in Italia, con una stima variabile e indicativa di circa 22.000 – 99.000 nuovi casi ogni anno (Basso et al., 2012).

Secondo l'ISS (Istituto Superiore di Sanità) invece: “In Italia L'Ictus Cerebrale colpisce ogni anno circa 90.000 persone. Il dato di prevalenza segnala circa 930.000 persone con disabilità conseguente a ictus rappresentando così la prima causa di invalidità nazionale. Il grado di disabilità è determinato anche da problematiche cognitive, oltre che motorie e sensitive. Tra queste l'Afasia è presente nella percentuale del 33-34% in fase acuta e nel 48% di questi è ancora presente a 18 mesi. In Italia ci sono circa 20.000 nuove persone con afasia ogni anno. A questi si aggiungono i pazienti che diventano afasici in seguito a patologie neurodegenerative. L'afasia ha un forte impatto sulla funzionalità del paziente sin dalla fase acuta di malattia limitando il guadagno riabilitativo della persona colpita da ictus. Nella fase degli esiti, preclude la ripresa delle attività lavorative, determina isolamento sociale ed aumenta significativamente il carico assistenziale familiare. In quest'ottica la riabilitazione acquista un ruolo fondamentale in quanto può ridurre gli effetti disabilitanti dell'afasia.”

Non sembrano esserci differenze significative inerenti al sesso (incidenza del 19.4% negli uomini e del 22.4% nelle donne) (Hier et al., 1994) e nemmeno diversità di distribuzione tra forme afasiche fluenti e non fluenti in funzione del genere. Sembra però esserci maggiormente un effetto correlato all'età. Forme fluenti sembrano colpire di più la popolazione anziana mentre forme non fluenti la popolazione più giovane. Da uno studio di Basso e collaboratori del 1980 l'età media nella popolazione di pazienti afasici fluenti

per i maschi era di 57 anni e per le femmine 61. Nelle forme non fluenti, invece, l'età media risultava essere di 54 anni per i maschi e 50 per le femmine (Afasiologia, Gilardone e Monti 2019).

CAPITOLO 5 – LA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA

5.1 La comunicazione aumentativa alternativa

La comunicazione aumentativa alternativa (CAA) è il modo con cui le persone comunicano senza parola, è l'insieme di conoscenze, di tecniche, di strategie e di tecnologie attivabili per facilitare la comunicazione in soggetti che manifestano una carenza o assenza temporanea o permanente nella comunicazione. Secondo l'ASHA² “La Comunicazione Aumentativa Alternativa rappresenta un'area della pratica clinica che cerca di compensare la disabilità, di individui con bisogni comunicativi complessi, limitazioni nelle attività e restrizioni alla partecipazione.” Si tratta di “persone con severi disordini nella produzione del linguaggio (*language*) e/o della parola (*speech*) e/o di comprensione, relativamente a modalità comunicative orali e scritte.”

Si definisce aumentativa in quanto fornisce un sostegno o un ausilio che serve a sviluppare nel paziente una potenzialità che da fragile e immatura possa trasformarsi in una potenzialità robusta, duratura e forte. L'altra definizione, ossia alternativa, la si collega al concetto di supporto che prevede un'opzione comunicativa differente dalla modalità orale. In ogni caso per CAA dobbiamo intendere una qualsiasi forma di comunicazione che non punta a sostituire il linguaggio orale ma si propone di integrare, e dove possibile, aumentare, la comunicazione verbale.

Per essere efficace tale sostegno deve essere necessariamente contestualizzato e presupporre da un lato il rimodellamento delle relazioni - si pensi, ad esempio, al ruolo del partner comunicativo -, dall'altro l'utilizzo di strumenti a diverso grado di tecnologia - da carta e penna all'ausilio *high-tech* più sofisticato. (Flosi C., La comunicazione aumentativa alternativa, 2013)

² American Speech-Language-Hearing Association

5.2 Cenni storici

La CAA nasce intorno agli anni '50 negli Stati Uniti e in Canada in soccorso alla terapia logopedica tradizionale promuovendo una strada con approccio compensativo per i pazienti che non sviluppano il linguaggio verbale. Con la creazione di ISAAC (*International Society of Augmentative Alternative Communication*) nel 1983 si afferma ufficialmente. Questa pratica clinica, dunque, cerca di compensare la disabilità temporanea o permanente di individui con bisogni comunicativi complessi. Utilizza tutte le competenze comunicative dell'individuo inclusi vocalizzazioni, gesti, segni, linguaggio verbale residuo, comunicazione con ausili.

5.3 Destinatari di CAA

Possono essere destinatari di CAA le persone che hanno problemi temporanei o permanenti di comunicazione, associati ad un'ampia gamma di cause fisiche, sensoriali ed ambientali che possono portare ad una riduzione delle loro capacità di partecipare in modo autonomo alla vita sociale. A trarne beneficio sono inoltre i loro partner comunicativi che possiedono uno strumento in più che possa aiutarli a comprendere i bisogni, le richieste e i desideri di questi pazienti. Le condizioni di disabilità che possono beneficiare o richiedere l'uso di CAA sono: condizioni congenite, condizioni acquisite, condizioni neurologiche evolutive e condizioni temporanee. Le applicazioni sono molteplici sia in campo evolutivo che in età adulta. In alcuni casi, inoltre, i destinatari sono pazienti posti in situazioni particolari come i pazienti ricoverati in terapia intensiva, stranieri e persone che non riescono ad accedere al codice alfabetico per la lettoscrittura.

Un'altra categoria è quella dei pazienti afasici. Cristina Flosi all'interno del libro "La riabilitazione della persona con afasia" (2013) fa un importante riferimento all'utilizzo di questa tecnica. Nella popolazione afasica sono stati spesso riscontrati insuccessi a suo parere collegati soprattutto alla grande concentrazione che si ha nella scelta dello strumento "alternativo" e una minore attenzione al fondamentale obiettivo di aumentare il linguaggio residuo. Infatti, in un paziente afasico l'aspetto aumentativo dovrebbe essere considerato prioritario all'interno del percorso riabilitativo.

Nell'afasia la CAA è un'opportunità comunicativa che necessita che vengano soddisfatte queste due condizioni:

- Che ci sia la partecipazione intenzionale del soggetto (intenzionalità comunicativa);
- Che sia svolto un percorso di “apprendimento” per l’uso pratico del sistema di CAA e per la sua l’accettazione;

Dalle “Linee guida sulla gestione logopedica del paziente afasico adulto, 2009” si riportano i gradi di raccomandazione degli interventi basati sulla CAA:

Raccomandazione 2.22 (GRADO C): Interventi basati sulla CAA SONO INDICATI al fine di ridurre la disabilità e incrementare l’efficacia comunicativa in situazioni di vita reale nei pazienti con grave disabilità comunicativa.

Raccomandazione 2.23 (*GPP³): Interventi basati sulla CAA SONO INDICATI, al fine di ridurre la disabilità, facilitando il ripristino di attività e partecipazione e incrementare l’efficacia comunicativa nei pazienti con grave disabilità comunicativa, laddove altri interventi specifici siano risultati inefficaci dopo un adeguato periodo di training e nei casi in cui vi sia un peggioramento temporaneo o irreversibile delle funzioni comunicative.

Raccomandazione 2.24 (*GPP): Negli interventi basati sulla CAA SONO INDICATE un’attenta valutazione e la programmazione da parte del Logopedista, che si occupa anche dell’addestramento all’utilizzo dell’ausilio e degli eventuali adattamenti ambientali.

5.4 Il sistema simbolico

Un sistema simbolico è costituito da simboli che corrispondono ad un sistema di regole di rappresentazione di carattere linguistico e si distingue in due differenti sistemi:

- Sistemi non assistiti (*unaided*)
- Sistemi assistiti (*aided*)

I sistemi non assistiti non richiedono ausili esterni al proprio corpo e comprendono: gesti, vocalizzazioni e parlato, sistemi di segni manuali; i sistemi assistiti invece richiedono

³ Good Practice Point: sono state aggiunte le raccomandazioni (GPP), perché nella realtà pratica avvengono situazioni in cui non esiste un’evidenza formale (per insufficienza di studi o per impossibilità a sottoporle a studi controllati), ma per le quali c’è tuttavia una considerevole esperienza degli esperti che consente di individuare la prassi raccomandabile. (“Linee guida sulla gestione logopedica del paziente afasico adulto, 2009”)

strumenti esterni e comprendono: simboli tangibili, simboli pittografici (fotografie, simboli stilizzati e simboli astratti) e simboli ortografici (Braille).

Gli insiemi e sistemi simbolici più diffusi in Italia sono:

- *Picture Communication Symbols (PCS)*

È nato negli Stati Uniti d'America per essere utilizzato nei sistemi CAA ed è il più diffuso insieme di simboli nel mondo. Ha una raccolta di simboli molto ampia (12.000 circa) ed è stato tradotto in 42 lingue, con rappresentazioni adattate ai diversi contesti culturali. Ha una grafica trasparente e infatti è ricco di nomi e termini legati al concreto. Si presenta semplice da apprendere perciò indicato soprattutto per bambini piccoli o con grave disabilità intellettiva (figura 14). Mancano simboli astratti e non ha elementi morfosintattici.



Figura 14. Esempio di Picture Communication Symbols (PCS)

- *Widgit Literacy Symbols (WLS)*

È nato in Gran Bretagna per supportare la lettura, la scrittura e la comprensione del testo. Presenta una gran quantità di simboli (anche qui parliamo di circa 12.000) ed è stato tradotto in 17 lingue. Ha uno stile grafico molto più adulto rispetto ai PCS e possiede delle precise regole per la rappresentazione dei significati. Sono presenti elementi morfosintattici (plurali, pronomi, gradi dell'aggettivo, avverbi, congiunzioni, tempi verbali). È previsto l'uso del colore nei simboli *Widgit* ma calibrato con estrema attenzione per arricchire visivamente la presentazione del concetto senza aggiungere informazioni inutili che potrebbero distrarre il soggetto (figura 15).

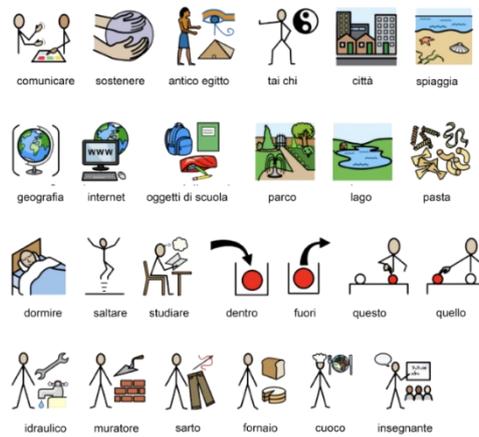


Figura 15. Esempio di Widgit Literacy Symbols (WLS)

- *Blissymbolics* (Bliss)

È stato inventato da Charles Bliss come lingua ausiliaria internazionale. È un sistema che si ispira agli ideogrammi cinesi e possiede 26 segni grafici che possono essere combinati per creare parole in modo potenzialmente infinito per esprimere elementi grammaticali e morfosintattici in maniera simile a quanto avviene con i suoni del linguaggio (figura 16).

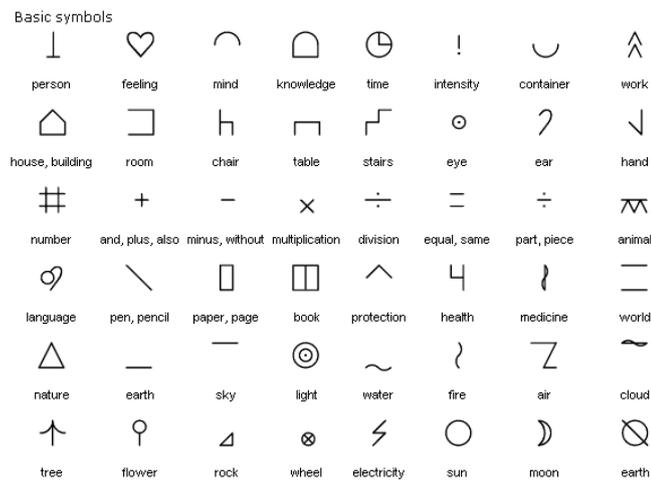


Figura 16. Esempio di Blissymbolics

5.5 Scelta del sistema

Il sistema o la combinazione di sistemi da utilizzare si scelgono in base al grado di soddisfazione dei bisogni a breve e a lungo termine della persona prevedendo ovviamente

anche delle modifiche nel corso del tempo, ascoltando le esigenze stesse del paziente e dei familiari. Per la scelta si considerano età del soggetto, gravità della sua disabilità, origine del danno (se congenito o acquisito). La cosa fondamentale da tenere a mente è la personalizzazione dell'intervento. Va scelto il sistema, o, se necessario, l'integrazione di sistemi, più adeguati al paziente. I simboli possono essere: isolati, mobili, su striscia, su pareti o superfici, su tabelle e libri, su Voca's, su dispositivi elettronici.

Inoltre, gli ausili possono essere:

- a bassa tecnologia (*low technology*): sono semplici ausili per la comunicazione con emissione di voce (VOCA). Questo tipo di strumento può dare un effetto rinforzante e motivante rispetto ai simboli e può rappresentare una facilitazione nella comunicazione a distanza.
- ad alta tecnologia (*high technology*): sono dispositivi elettronici più complessi dei precedenti e possono comprendere dispositivi con schermo dinamico che però necessitano di prerequisiti più elevati di tipo cognitivo per poter essere correttamente utilizzati (conoscere l'organizzazione lessicale, riconoscere la presenza di simboli non visibili ma presenti, comprendere la sequenza corretta di selezione per accedere al lessico richiesto, comprendere le categorie funzionali). Si possono considerare dispositivi *high technology* anche le tecnologie mobili (smartphone).

5.6 Valutazione

Prima di iniziare un intervento di CAA è necessario valutare il livello di maturazione di intenzionalità comunicativa raggiunto, è un prerequisito indispensabile sia che si tratti di età adulta che di età evolutiva.

Gli operatori sanitari, e nel nostro caso particolare il logopedista, si occupano di questo aspetto avvalendosi anche delle informazioni raccolte tramite i familiari. Questo perché un intervento di CAA non è rivolto solo al paziente ma anche e soprattutto al contesto nel quale è inserito e quindi la famiglia, la scuola, il lavoro. È un approccio che per risultare utile ed efficace deve essere generalizzato a tutti questi contesti e non solo nell'ambito del trattamento logopedico. Vanno valutati come prima cosa il comportamento e le

modalità comunicative del paziente nei vari contesti di vita quotidiana. I principali strumenti di valutazione della CAA nella pratica clinica sono:

- Il Participation Model (Beukelman e Mirenda, 1998), indicato per le persone con un linguaggio molto limitato o assente;
- Il SETT Framework (Student, Environment, Tasks, Tools; Zalaba, 2000) è sia uno strumento di tecnologia assistita che un sistema di valutazione di CAA;
- Il Social Networks è uno strumento di valutazione completo che si propone di individuare i bisogni comunicativi e scegliere gli interventi di CAA più adeguati. Ha la forma di un colloquio;
- Il VCAA (valutazione della comunicazione aumentativa alternativa) è indicato per le persone che comunicano efficacemente con i segni e con i due principali metodi comunicativi a bassa tecnologia (comunicazione basata sullo scambio di immagini PECS e comunicazione basata sull'indicazione di immagini). Una volta completato il protocollo, a seconda del risultato, si può stabilire la forma di comunicazione più appropriata al caso;

CAPITOLO 6 – L’APPROCCIO CONVERSAZIONALE

6.1 Caratteristiche della conversazione nella riabilitazione dell’afasia

La comunicazione in ambito medico e sanitario è stata, negli ultimi anni, oggetto di numerosi studi volti ad individuarne le caratteristiche nei vari contesti comunicativi. Nel caso della riabilitazione logopedica, essa si fonda sui trattamenti del linguaggio e della parola utilizzando come strumento il linguaggio stesso. In particolar modo la riabilitazione logopedica dell’afasia ha beneficiato di numerosi studi di analisi della conversazione. Alcuni di questi di Simmons-Mackie et al. (1998, 2014), hanno riconosciuto effettivamente un valore terapeutico della conversazione per il trattamento dell’afasia. Momenti di scambio conversazionale mostrano effetti positivi nella pragmatica ma anche e soprattutto in ambito motivazionale. Altri studi mostrano l’utilità dell’uso di strategie comunicative⁴ volte ad aumentare in primo luogo la partecipazione sociale del paziente, migliorando quindi la comunicazione “naturale”.

La conversazione in terapia può in ogni caso essere il frutto dell’iniziativa comunicativa del paziente stesso senza essere una scelta unidirezionale compiuta dal logopedista. In quest’ottica emerge l’importanza di questa metodica anche in vista di una maggior generalizzazione spostando quindi l’attenzione dal linguaggio alla comunicazione. Dopotutto va tenuto conto che quando si parla di riabilitazione, soprattutto nel caso del disturbo afasico, il setting riabilitativo è un ambiente favorevole per il paziente rispetto all’ambiente reale ed è proprio grazie alla conversazione che si può favorire l’efficacia e l’autonomia comunicativa del paziente nella sua vita quotidiana.

È necessario quindi spostare il focus dalla capacità (esecuzione di una determinata attività in ambiente standardizzato) alla performance (esecuzione di un’attività nella vita quotidiana). Perché ci sia un effettivo beneficio e una reale progressione è necessario raggiungere la funzionalità comunicativa, ossia l’abilità di comunicare in ambiti della vita vera (*“Speech and language therapy for aphasia following stroke (Review)” Kelly,*

⁴ *ad esempio*: non fare domande di cui si conosce la risposta, introdurre sempre nuovi argomenti, ripetere la domanda o fare domande a scelta multipla, non trattare la risposta del paziente come sbagliata ma insistere alla relazione interpretativa fra domanda e risposta (Basso, 2012)

Brady, Enderby). È proprio in questi termini che si lavora sulle componenti pragmatiche dell'afasia.

Un buon intervento di riabilitazione deve mirare, come ci ricorda il *Royal College of Language and Speech Therapists*, a:

- Ridurre la disabilità comunicativa sfruttando le abilità residue (intervento sulle attività);
- Permettere la partecipazione e l'indipendenza dell'individuo nella sua vita sociale riducendone l'isolamento sociale (intervento sulla partecipazione);
- Migliorare la qualità di vita e il senso di benessere (intervento sulla *Quality of Life, QoL*);

Naturalmente esistono diverse tipologie di trattamento e, come ci dice la dottoressa Bice Trombetti, si differenziano a seconda di come vengono combinati gli elementi portanti: obiettivi, setting, attività e procedure.

Differenti approcci o trattamenti si possono quindi distinguere in diverse categorie:

- Approccio classico: trattamenti di tipo didattico-esercitativo che si incentrano sulla limitazione delle attività;
- Approccio neuropsicologico: trattamenti incentrati sul deficit di funzione;
- Approccio pragmatico: trattamenti incentrati sulla limitazione delle attività, sulla restrizione nella partecipazione e sulla modificazione dei contesti;

In questa tesi ci concentreremo quindi su quest'ultimo approccio su cui si è basato il piano di trattamento dei tre pazienti (paragrafi 6.3 e 6.4).

Dalle “Linee guida sulla gestione logopedica del paziente afasico adulto, 2009” si riportano i gradi di raccomandazione delle terapie pragmatiche – conversazionali:

Raccomandazione 2.13 (Grado B): L'utilizzo di terapie pragmatiche o conversazionali È INDICATO come intervento nei casi di particolare complessità che coinvolgano più disturbi linguistici-comunicativi e nella fase di cronicità.

Raccomandazione 2.14 (Grado C): Interventi basati sull'uso di strategie alternative non verbali quali il gesto e la pantomima SONO INDICATI al fine di incrementare l'efficacia comunicativa in situazioni quotidiane.

Raccomandazione 2.15 (*GPP): L'utilizzo delle terapie pragmatiche o conversazionali È INDICATO come intervento finalizzato al ripristino delle attività e della partecipazione della persona afasica, allo scopo di ridurre la disabilità, come supporto importante per il reinserimento sociale e familiare.

6.2 Conversazionalismo

I disturbi del linguaggio e la loro evoluzione nel tempo, proprio a causa della complessità dei meccanismi che li riguardano, non dipendono solo dal danno neuro-funzionale ma anche dalle circostanze ambientali ed in particolare dal tipo di scambi comunicativi che i pazienti si trovano ad affrontare. Anche l'assenza di comunicazione, come spesso accade, rappresenta un importante fattore prognostico dell'evoluzione di questa patologia. Si è visto che soprattutto l'umore del paziente è fortemente influenzato dagli scambi comunicativi. Alla luce di queste evidenze si è andata via via sviluppando un'attenzione particolare alle parole prodotte dal paziente con afasia (senza dare importanza al come venissero pronunciate) e a quelle dei suoi interlocutori. Lo strumento che permette di arricchire ogni interazione con il paziente afasico di una valenza terapeutica è l'Approccio Conversazionale che se formalizzato si definisce Terapia Conversazionale. Il riferimento teorico si trova all'interno del Conversazionalismo di Giampaolo Lai².

È noto a tutti che se si fanno domande ad un paziente con disturbo di comprensione questi non le capisce. Se invece le domande vengono poste ad un paziente con disturbo di produzione questi non sarà in grado di rispondere. Il paziente posto, dunque, in una situazione di inadeguatezza è spesso soggetto a frustrazione e ciò può portarlo a reagire con rabbia o acquisire un atteggiamento depresso fino ad arrivare ad una ipotetica chiusura completa evitando gli scambi verbali. Il problema è il raggiungimento di uno "scambio felice" che secondo Lai si raggiunge, nel caso del paziente afasico, evitando di fare domande. Al posto di queste è utile lasciar spazio al silenzio, che può però riempirsi con:

- Un atteggiamento accogliente;
- Un'attesa rispettosa;

² Giampaolo Lai è medico psicoanalista, membro ordinario della International Psychoanalytical Association, IPA. Tra i suoi scritti, alcuni sono dedicati all'innesto della filosofia del linguaggio sulla teoria e pratica della psicoanalisi. (Vita e pensiero, Pubblicazioni dell'Università Cattolica)

- Un ascolto partecipe;

Oltre al silenzio però è importante rispettare la lentezza del paziente afasico, utilizzare principalmente frasi dichiarative semplici, restituire il motivo narrativo (dire ciò che si è capito, chiedendo conferma).

Approccio Conversazionale e Terapia Conversazionale⁵ si basano su due principi:

- Far leva sulle capacità residue di comprensione e di espressione verbale del paziente afasico;
- Avere come obiettivo la felicità e l'efficacia conversazionale piuttosto che il recupero delle funzioni deficitarie;

6.3 Approccio pragmatico - conversazionale

Questa tipologia di approccio, coinvolgendo non solo il paziente ma anche i caregivers, si definisce anche terapia centrata sull'utente. Questo perché nel seguente approccio è fondamentale la componente personale e non va in alcun modo trascurata.

Per terapie pragmatiche-conversazionali si intendono tutte le terapie che hanno in comune la conversazione come strumento stesso di riabilitazione. Durante la conversazione il logopedista e il paziente sono posti in una naturale condizione di alternanza del turno, fondamentale per generare un contesto di successione fra produzione e comprensione, e devono contribuire attivamente alla costruzione del significato, utilizzando in particolar modo il linguaggio (Marini, 2008). Lo scopo è quindi modificare comportamenti comunicativi per migliorare la comunicazione linguistica. In ambito internazionale sono diverse le proposte di approcci conversazionali, tra cui si citano: la PACE, Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness (Davis, Wilcox, 1985), la SCA, Supported Conversation for Adult with Aphasia (Kagan et al., 2001), la SPPARC, Supporting Partners of People with Aphasia in Relationship and Conversation (Lock, Wilkinson, Bryan, 2001). Il più strutturato, ed anche il più conosciuto in Italia, è sicuramente la

⁵ Terapia programmata, diretta, progettata per migliorare l'abilità conversazionale e la sicurezza di sé con attività che riguardano direttamente la conversazione e si focalizzano sulla modifica dei comportamenti nel contesto di una conversazione autentica (Simmons – Mackie 2008).

PACE, con uno sfondo teorico prettamente pragmatico. La SCA³ è un altro metodo in cui invece rivestono una grande importanza l'interlocutore e le facilitazioni contestuali.

La comunicazione è fondamentale per la vita di un uomo, è un processo che permette all'uomo di vivere all'interno della società autoaffermandosi. Laddove il canale verbale risulti alterato si è spinti a cercare altri canali per poter comunicare, utilizzando ad esempio il canale non verbale. In alcuni casi questo processo avviene in maniera spontanea, in altri casi è necessaria la guida di un esperto della comunicazione.

I principali benefici osservati con questo tipo di trattamento nel paziente afasico sono:

- Riconoscersi come interlocutore ancora valido;
- Aumento della produzione verbale;
- Aumento e riscoperta del piacere del comunicare e dell'uso della parola;
- Risoluzione più rapida delle situazioni depressive post ictus;

Le terapie pragmatiche-conversazionali si collocherebbero solo alla fine di un percorso esclusivamente linguistico in un'ottica di timing. Questo perché, classicamente, la componente pragmatica è vista solo come una delle componenti su cui lavorare e gerarchicamente non è quella da cui partire. Tuttavia, queste tecniche, dovrebbero collocarsi lungo tutto il percorso di presa in carico del paziente con afasia in quanto l'unico mezzo per utilizzare la comunicazione è l'atto comunicativo stesso. In ogni caso è bene specificare che non mancano evidenze sull'efficacia di questo metodo in fase cronica mentre non ci sono ancora sufficienti riferimenti sulla sua efficacia in pazienti in fase acuta.

Durante la conversazione con una persona afasica è importante stabilire una buona relazione e ottenere delle informazioni dal discorso ma, soprattutto, è fondamentale osservare se e come avviene lo scambio comunicativo nella sua struttura e nel suo processo. Osservare lo scambio comunicativo è uno strumento professionale indispensabile. Ciò permette di individuare gli aspetti meno efficaci dell'atto comunicativo del paziente e andare a lavorare proprio su questi. Lo scambio comunicativo con un paziente afasico è molto faticoso e complesso, lungo ed impegnativo

³ Vedi paragrafo successivo "6.4 conversazione supportata".

e richiede grande attenzione sia da parte del paziente (che deve mostrare interesse e motivazione come prerequisiti fondamentali) che da parte dell'interlocutore (che spesso si caratterizza come facilitatore soprattutto “incoraggiando naturalmente”).

Con questo scopo è stata fatta una “Proposta di un protocollo per l'analisi del comportamento comunicativo” (S. Bertasini, M. T. Iurato, B. Trombetti, 2013). Si tratta di una vera e propria analisi che valuta lo scambio comunicativo attraverso undici domande che esplorano diversi domini:

Tabella 1. "Proposta di un protocollo per l'analisi del comportamento comunicativo" (S. Bertasini, M. T. Iurato, B. Trombetti, 2013)

1. È attento/concentrato?
2. È motivato?
3. Interagisce con l'interlocutore
4. Utilizza il contesto extra-verbale per interagire con l'interlocutore?
5. Interloquisce con l'interlocutore?
6. Assume alternativamente il ruolo di ascoltatore/parlante?
7. Ha problemi di comprensione verbale?
8. Si accorge quando non comprende?
9. Ha problemi in risposta a domande chiuse?
10. Ha problemi di produzione in risposta a domande aperte?
11. Si accorge quando non si spiega?

Dato l'oggetto della tesi per i tre pazienti che hanno preso parte allo studio ci si è focalizzati sul quarto e sul nono punto dell'analisi ossia, l'uso del contesto extraverbale e la capacità di rispondere a domande chiuse. Per contesto extra verbale intendiamo un qualsiasi strumento (disegni, tabelle, calendari, telefono, quaderno etc...) che sono extra personali e quindi non direttamente disponibili alla persona come il corpo (ad esempio i gesti o la mimica). Mentre la capacità di rispondere a domande chiuse correla direttamente con le abilità lessicali e di scelta dell'etichetta più adeguata.

È prevista anche l'assegnazione di un punteggio da 0 a 3 per ogni voce della “Proposta di analisi”, vediamo in particolare l'assegnazione del punteggio per i due punti della proposta su cui ci siamo focalizzati:

4) “La persona utilizza ciò che il contesto extra verbale offre per comunicare il suo pensiero?”

- a) Autonomamente (3)
- b) Su richiamo (2)
- c) Su ripetuto richiamo (1)
- d) Non utilizza (0)

9) “Ha problemi di produzione verbale in risposta a domande chiuse?”

- a) Il messaggio è congruo (è corretto e comprensibile) (3)
- b) Il messaggio è riconoscibile (è comprensibile e necessita solo di conferma) (2)
- c) Il messaggio è parzialmente riconoscibile (è intuibile ma richiede ulteriori specificazioni) (1)
- d) il messaggio non è riconoscibile (0)

Per confrontare due momenti a distanza di tempo si utilizzano delle videoregistrazioni fatte al paziente. Ricordiamo però che nella pratica clinica, e soprattutto in un campo talmente complesso come la comunicazione, è molto difficile far rientrare un comportamento all'interno di un numero a causa dell'estrema variabilità.

6.4 Conversazione supportata

Il nome di questo approccio (*supported conversation*) si deve ad Aura Kagan (logopedista e direttore esecutivo dell'*Aphasia Institute* di Toronto). Questo titolo segnala l'importanza della conversazione in questo intervento sulla comunicazione. Aura Kagan ha colto l'importanza dei vari elementi della conversazione integrandoli fra di loro dando vita al training dei partner comunicativi. Un esempio di addestramento per i partner comunicativi è il mantenere il flusso dell'interazione usando strategie così da preservare, almeno in parte, la tipica alternanza dei turni comunicativi che caratterizza una conversazione naturale. Secondo le assunzioni teoriche della Kagan la comunicazione presenta due obiettivi principali:

- Lo scambio di informazioni (*transaction*);
- Il soddisfacimento dei bisogni sociali (*interaction*);

L'approccio tradizionale tende a focalizzare la terapia sul raggiungimento del primo obiettivo.

Un modello sociale dell'intervento sull'afasia richiede che la comunicazione sia migliorata in contesti ed eventi personali rilevanti. Quindi, questo miglioramento deve portare ad una sostanziale differenza nella qualità di vita dell'individuo. In aggiunta, l'uso di strategie compensatorie (ad esempio: uso del disegno, gesti, circonlocuzioni) è stato pensato per aumentare l'attivazione delle idee mentali in tutti i modi possibili, in alcuni casi portando alla pronuncia della parola target (anche se in maniera approssimativa) e quindi al raggiungimento dell'obiettivo. Gli strumenti per la conversazione supportata, come anche le risorse pittografiche sembrano essere molto rilevanti e rispondenti ad un forte senso di proprietà se personalizzati e fatti ad hoc per il paziente. Il contributo della conversazione supportata della Kagan è estremamente significativo: ci offre un modello per la ricerca futura e sembra garantire un metodo ecologico valido e potenzialmente efficace per porre rimedio soprattutto alle conseguenze sociali dell'afasia. La conversazione supportata per adulti con afasia è stata pensata dunque per ridurre anche le conseguenze psicologiche dell'afasia includendo il coinvolgimento dei partner comunicativi nell'uso di appropriate risorse materiali e fornendo opportune occasioni comunicative. E, in questo senso, non va visto come un metodo tradizionale per il trattamento dell'afasia. Si tratta di un insieme di tecniche (utilizzo di parole chiave, supporti gestuali, uso di disegni) che la inseriscono a metà strada fra una terapia pragmatica-conversazionale e una strategia aumentativa.

La componente di partecipazione deve essere correlata in maniera specifica alla funzione all'interno della vita quotidiana e non alla sola capacità di esecuzione di un compito o di un'attività in modo asettico. Per questo motivo il paziente è sicuramente la persona più adatta per giudicare se ci sono stati effettivamente dei cambiamenti all'interno della propria vita e deve essere lui stesso a percepire un reale beneficio. Il paziente, inoltre, si pone come autore degli esiti che desidererebbe raggiungere con il trattamento.

Si può ben notare come l'interazione sociale riveste un peso importantissimo al pari dello scambio di informazioni: la persona con afasia è una persona competente e che quindi necessita esclusivamente di un supporto per portare alla luce la propria competenza nella maniera più efficace possibile. Da ciò si può notare che con questa tecnica la

conversazione riveste contemporaneamente un duplice ruolo: quello di strumento e quello di fine.

Da alcuni studi (Wertz et al. 1981, Shewan e Kertesz 1984, Kagan 2001, Wilkinson 2010, Wilkinson e Wielaaert 2011) si è visto che l'utilizzo di metodi con orientamento pragmatico-conversazionale ha prodotto miglioramenti non solo in ambito di comunicazione funzionale attraverso l'utilizzo di strategie di compenso, ma anche un miglioramento della performance linguistica, sovrapponibile a quello ottenuto con una stimolazione diretta del linguaggio verbale (metodi di stimolazione logopedica e neurocognitiva). Dopotutto, non dimentichiamo che la conversazione è proprio la prima forma di esposizione alla lingua.

CAPITOLO 7 – LO STUDIO SPERIMENTALE

7.1 Obiettivo

L'obiettivo di questo progetto di tesi era verificare se, utilizzando la Comunicazione Aumentativa Alternativa e l'Approccio Conversazionale, si potesse verificare un aumento della abilità lessicali nel paziente adulto con afasia (post-acuta e cronica).

Tutti i pazienti condividevano come obiettivo di trattamento l'adozione di strategie alternative per migliorare la loro interazione linguistica e comunicativa.

7.2 Campione di ricerca

Allo studio hanno preso parte tre pazienti, di cui due uomini e una donna, che erano disponibili a partecipare al progetto e avevano il desiderio di provare un supporto di comunicazione aumentativa alternativa personalizzato in un contesto di approccio conversazionale. Due pazienti sono in fase di cronicità e uno è in fase post acuta. Il criterio di inclusione stabilito per questo studio è la presenza di afasia in fase cronica o post acuta con adeguato funzionamento intellettuale (assenza di decadimento cognitivo), presenza di comprensione della lettura lessicale e almeno parziale lettura ad alta voce, assenza di aprassia ideativa. Non si è tenuto conto né dell'età, né del tipo di lesione.

Due pazienti sono stati trattati ambulatorialmente (casi 1 e 2) presso l'U.O.C di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Ospedale di Senigallia; una paziente (caso 3) è stata reclutata grazie all'associazione A.IT. A Marche di Ancona e trattata presso la sede dell'associazione.

7.3 Strutturazione del progetto

Il progetto si è articolato in 5 fasi:

1. Valutazione: è stata effettuata una valutazione preliminare delle aree *linguistica* e *comunicativa* con gli strumenti che verranno analizzati nel paragrafo 7.4.1.

2. Creazione del supporto: dopo la valutazione è stato ideato il supporto di CAA personalizzato sulla base dei bisogni e desideri comunicativi del paziente con modificazioni e integrazioni di tabelle nel corso del trattamento.
3. Trattamento: è stato adottato l'approccio conversazionale integrato all'utilizzo dei supporti comunicativi di CAA. I pazienti hanno svolto sedute bisettimanali per un periodo di cinque mesi con una pausa di tre settimane (vacanze estive) in cui hanno lavorato in autonomia.
4. Valutazione follow-up: al termine del trattamento sono state nuovamente somministrate tutte le prove. È stato aggiunto un "Questionario per la valutazione del supporto di CAA" somministrato a pazienti e caregivers.
5. Analisi dei risultati ottenuti: sono stati analizzati i risultati ottenuti nelle varie prove, confrontandoli con quelli iniziali. È stata fatta un'analisi quantitativa e qualitativa delle informazioni ottenute.

7.4 Strumenti

In questa sezione si analizzano gli strumenti utilizzati in questo progetto di tesi, sia nella parte valutativa che in quella di trattamento.

7.4.1 Valutazione

Per la valutazione del profilo linguistico, prettamente lessicale, sono state utilizzate le seguenti prove:

- Sub-test denominazione dell'*Aachener Aphasia Test*; (allegato 1)
- Sub-test denominazione dell'*Esame del linguaggio - II*; (allegati 2 e 3)

Per la valutazione del profilo comunicativo sono state utilizzate le seguenti prove:

- *Aphasia needs assessment* (1997, revised 2006, Kathryn L. Garrett & David R. Beukelman) tradotta⁶ e modificata (versione originale allegato 4 e modificata allegato 5);

⁶ A cura della dott.ssa Alessandra Riccardi Phd in linguistica e neurolinguistica (unipg – CUNY University NY)
Post-doc in neurolinguistica e psicolinguistica comparata (university of Alberta and universitè de Monreal Canada)
Docente a contratto di English Linguistics – Facoltà di Mediazione linguistica - Perugia

- *Communicative Effectiveness Index-Modified*, CETI-M (Yorkston et al., 1999), somministrato al caregiver (allegato 6);
- Domande 4) e 9) della “*Proposta di un protocollo per l’analisi del comportamento comunicativo*” (S. Bertasini, M. T. Iurato, B. Trombetti, 2013) (capitolo 6 – paragrafo 6.3).

Sono stati somministrati inoltre:

- “Griglia di rilevazione linguistica-comunicativa per il caregiver del paziente afasico”. La “guida” è stata consegnata al caregiver di riferimento dando un tempo ritenuto sufficiente per una compilazione accurata (1-2 settimane) (allegato 7);
- “Questionario di valutazione sull’utilizzo del supporto di CAA”, somministrato a pazienti e caregivers a fine trattamento (allegati 8 e 9).

Descriviamo di seguito gli strumenti citati e i motivi della loro scelta.

- L’*Aphasia needs assessment* (1997, revised 2006, Kathryn L. Garrett & David R. Beukelman) è stato scelto per analizzare la comunicazione e i bisogni comunicativi del paziente aiutandoci a creare il supporto di CAA. Questa valutazione serve a rispondere a due domande fondamentali:
 - Che cosa non stai facendo che vorresti fare?
 - Chi desidereresti come partner comunicativo e come dovrebbe comportarsi per facilitarti la comunicazione?

Per la strutturazione del supporto di CAA sono state utili le domande “*Di cosa le piacerebbe parlare facendo conversazione?*”, “*Quali situazioni le risultano più difficili nella comunicazione?*” e “*Quali abilità comunicative sono più difficili per lei?*”).

Di questo strumento, come preannunciato, è stato necessario fare delle modifiche in quanto, nella versione originale, si sono riscontrati delle criticità per la somministrazione. Si descrivono di seguito le modifiche apportate.

Alcune domande di questo strumento prevedono una risposta in scala numerica da (1 a 5). Nell’originale era così proposta (figura 17):

Poorly **So-So** **Very Well**
 1 2 3 4 5

Figura 17. Scala per le risposte a domande di quantificazione nell'Aphasia needs assessment, versione originale.

Per facilitare la risposta, si è pensato di dare un'etichetta verbale anche ai punteggi "2" e "4". Si temeva infatti che il paziente, mancando un riferimento verbale, non si soffermasse o non considerasse queste possibilità. Inoltre, a nostro avviso era utile fornire anche un riferimento grafico: sono state proposte delle barre di altezza crescente associandovi valori da 1 a 5 e con una faccina triste sull'1 e una faccina felice sul 5, per comprendere e dare le risposte a domande di quantificazione numerica (es. "come vanno le cose per lei?" con risposta da 1 a 5) (figura 19).

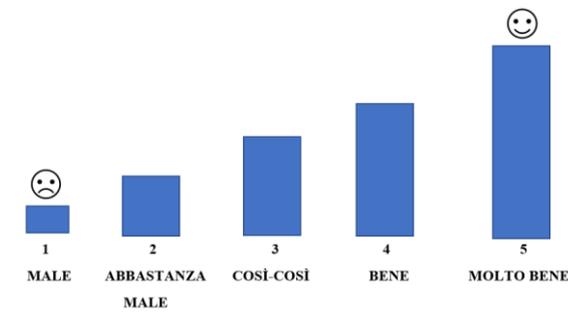


Figura 18. Scala per le risposte a domande di quantificazione nell'Aphasia needs assessment, versione tradotta e adattata per i pazienti.

Ulteriori adattamenti riguardano le domande relative a lettura e scrittura. Sono state aggiunte rispettivamente le domande: "le piace leggere?" e "le piace scrivere?" prima di chiedere "che tipo di cose le piacerebbe leggere?", "che tipo di cose le piacerebbe scrivere?" (vedi allegato 2) in quanto in caso di risposta negativa non sarebbero seguite le domande correlate.

Si sottolinea che, alla seconda valutazione, si è deciso di prendere in considerazione solo le domande utili a valutare eventuali cambiamenti nella comunicazione (1. - 2. - 3. - 5. - 6. - 8.).

- Il CETI-M è stato utile per inquadrare i caregiver e la loro percezione, a inizio e a fine trattamento, dell'efficacia comunicativa dei propri familiari in situazioni di vita quotidiana. Si è scelta per questo studio la versione modificata (*modified*) sia per la tipologia che per la quantità di domande.

- Della “Proposta di un protocollo per l’analisi del comportamento comunicativo” (Bertasini, Iurato, Trombetti) sono state utilizzate le domande 4) e 9). La domanda 4) ci ha permesso di valutare l’uso del contesto extra-verbale prima e dopo il trattamento. La domanda 9) invece ci ha dato informazioni riguardo alla micro-pianificazione tra cui l’evocazione dei lessemi nel contesto d’uso, infatti, analizza la capacità di rispondere a domande chiuse.

- La “Griglia di rilevazione linguistica-comunicativa per il caregiver del paziente afasico” (allegato 7) è una raccolta di varie categorie lessicali per avere un quadro sulla produzione di parole da parte del paziente e sulla loro frequenza d’uso, prima e dopo il trattamento. È stato creato pensando a quali potessero essere le categorie più importanti da considerare, ed in particolare ne sono state scelte quattro (con le relative subordinate):
 1. ambiente domestico:
 - a) scansione temporale;
 - b) luoghi della casa;
 - c) oggetti della casa;
 - d) cibi e bevande;
 - e) abbigliamento;
 - f) stati d’animo;
 - g) medicine;
 2. bisogni e necessità;
 3. contesti sociali:
 - a) uscite, acquisti e tempo libero;
 - b) parole di cortesia;
 4. nomi propri;

È stata inoltre inserita una sezione in cui riportare la presenza di eventuali gesti e comportamenti comunicativi attivati spontaneamente dal paziente:

5. gesti e comportamenti.

Il familiare, seguendo le istruzioni, doveva indicare tutte le parole dette dal paziente e la frequenza con la quale queste venivano pronunciate (esempio in figura 19).

Sezione 1: ambiente domestico

A. Scansione temporale

Il suo familiare utilizza le seguenti parole (una o più) per riferirsi alla scansione temporale e dei pasti in ambiente domestico? Se sì, quali? E se sì, quanto spesso?

PAROLE	FREQUENZA D'USO				
<input type="checkbox"/> Colazione	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Pranzo	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Cena	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Mattina	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Pomeriggio	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Sera	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Notte	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Oggi	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Domani	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Dopo / poi	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

*Altro:

Figura 19. Estratto allegato 7, “Griglia di rilevazione linguistica-comunicativa per il caregiver del paziente afasico”

- Il “Questionario di valutazione sull’utilizzo del supporto di CAA” (allegati 8 e 9): lo scopo dello strumento era analizzare l’utilità, l’adeguatezza, l’autonomia nell’uso del supporto e la volontà di continuare ad utilizzarlo in futuro. Sono state inserite 6 domande. Le prime 4, strutturate secondo una scala likert, prevedevano una risposta in una scala da 0 a 4. L’ultima voce del questionario (la 6.) chiedeva di esprimere eventuali suggerimenti per migliorare lo strumento proposto. Sono stati previsti aiuti iconici e grafici per facilitare i pazienti afasici nelle risposte (emoticon, caratteri con dimensioni maggiori, parole chiave di ogni domanda scritte in stampato maiuscolo).

7.4.2 Trattamento - Supporto di CAA

Per quanto riguarda il trattamento il supporto di CAA è stato integrato con l'approccio conversazionale. Si descrive di seguito la scelta del supporto per ogni paziente e la sua strutturazione pratica.

Per il caso 1 e il caso 3 si è visto che un supporto cartaceo fosse più utile e accettato con più facilità. Sono state scelte insieme le categorie e le parole da inserire in base alle necessità valutate e ascoltando anche il parere dei familiari. Realizzate le tabelle (esempio in figura 20), sono state stampate ed inserite in un quaderno con bustine trasparenti. Le

immagini, tutte a colori, sono pittogrammi presi tutti da ARASAAC⁷ oppure immagini realistiche prese dal web.



Figura 20. Esempio pagina di quaderno di CAA - sezione ristorante

Nella prima pagina del quaderno è stata inserita una raccolta di tutte le categorie (figura 21) presenti all'interno del quaderno (a simulare un indice) e sono stati realizzati anche dei segnapagina, con il nome e l'immagine della categoria corrispondente, per dividere le sezioni e facilitare la consultazione del raccoglitore.

LA MIA STORIA 	LA MIA FAMIGLIA 	METEO 	EMOZIONI 
BISOGNI 	LUOGHI 	RISTORANTE 	CIBO 
OGGETTI 	AZIONI 	TV 	LA MIA GIORNATA 

Figura 21. Esempio della prima pagina (indice) del quaderno di CAA

⁷ Centro aragonese di comunicazione aumentativa alternativa, <https://arasaac.org/>

Per il caso 2 invece, data la giovane età e l'abitudine ad usare strumenti tecnologici, è stato pensato un supporto per il suo smartphone. Abbiamo aggiunto le tabelle sottoforma di foto nella galleria inviandole tramite WhatsApp e il paziente è diventato sempre più autonomo nello spostare le immagini all'interno dell'album corrispondente (figura 24). Ogni categoria al suo interno aveva una o più tabelle per lo più in formato 2x3 (due colonne e tre righe per un totale di sei immagini per tabella), in modo da non affollare troppo lo schermo. Anche nel suo caso le immagini simboliche sono state prese da ARASAAC e quelle realistiche dal web.

Sono state proposte alcune applicazioni gratuite di CAA ma risultavano troppo complesse per il paziente. Pertanto, abbiamo proseguito con le tabelle nella galleria fotografica.



Figura 22. Esempio album di CAA nella galleria

Con tutti e tre i pazienti, ogni volta, a fine incontro, si raccomandava l'uso del supporto nell'arco dei giorni successivi inizialmente leggendo i vari items scelti e successivamente anche cercando di usarlo in modo funzionale durante gli scambi comunicativi.

7.5 Casi clinici

Si descrivono ora i tre casi clinici e i loro percorsi all'interno di questo progetto di tesi.

7.5.1 Caso 1

V. A., uomo di 81 anni con esiti di ictus ischemico fronto-insulare sinistro risalente a due anni fa. Il paziente vive a casa con la moglie. Ha due figli, di cui uno stabilizzato all'estero e quattro nipoti. Il caregiver di riferimento è la moglie con cui vive ma risulta molto importante anche il figlio che abita vicino.

Presenta afasia non fluente con marcato agrammatismo, aprassia dell'articolazione e aprassia bucco-facciale. La comprensione contestuale risulta buona.

Il paziente appare piuttosto riservato. La moglie lamenta una riduzione della motivazione e della volontà di comunicare. Accade a volte che il paziente vada in frustrazione quando non riesce ad esprimere un concetto. Ciò provoca in lui sconforto evidente e reazioni a volte brusche soprattutto verso la moglie. Il paziente durante le sedute è collaborativo, attento e ha il desiderio di comunicare e raccontare.

Durante il trattamento, attraverso domande per lo più chiuse, venivano utilizzate le attività quotidiane (routine della giornata) e le eventuali novità della vita del paziente (es. uscite al ristorante). Di fronte alle anomalie o alle difficoltà comunicative veniva sollecitato ad utilizzare le strategie: quaderno personale di CAA e gesti comunicativi.

Le categorie scelte per il quaderno del paziente sono:

- La mia storia
- La mia famiglia
- Emozioni
- Meteo
- Bisogni
- Azioni
- Luoghi
- Ristorante

- Oggetti
- Cibi
- La mia giornata
- Tv
- Affari
- Auto

Il paziente ha accettato volentieri questo supporto. Inizialmente ci si è concentrati sulla lettura delle parole e successivamente è stato stimolato alla ricerca di specifici items: prima su richiesta (es. “cerca dove sono i luoghi”) e poi, di fronte a sue necessità comunicative, veniva sollecitato all’uso del quaderno.

Alcune volte la moglie restava durante la seduta per essere partecipe delle attività del marito e allo stesso tempo per apprendere alcuni comportamenti e strategie da poter mettere in pratica a casa.

7.5.2 Caso 2

M. F., uomo di 54 anni con esiti di due eventi emorragici. Il primo, fronto-temporo-parietale sinistro, risalente a 37 anni fa a cui seguì intervento di evacuazione neurochirurgica; il secondo, cortico-sottocorticale frontale sinistro, risalente a 2 mesi fa. Vive con i genitori ed ha una sorella sposata con 3 figli.

Presenta un’afasia non fluente con molte anomalie, circonlocuzioni, frequenti perseverazioni, espressioni ricorrenti e difficoltà a restare sull’argomento del discorso.

Il paziente sin dalle prime sedute si mostra sempre partecipe e collaborante. Dapprima mostra reticenza sull’uso dei gesti, da lui ritenuti inutili. È lui stesso a dire “Io non faccio come voi” (riproducendo in modo svalutativo gesti proposti dalla logopedista).

In questo caso l’addestramento all’uso del supporto ha richiesto più tempo in quanto è stato utilizzato uno strumento tecnologico (il suo smartphone).

Di seguito le categorie scelte per il suo supporto di CAA (figura 22):

- Lavoro

- Tempo
- Luoghi
- Afasia e salute
- Con gli amici
- Viaggi
- Famiglia

Nella sezione “Afasia e salute”, oltre alle immagini con singole parole, sono state inserite delle frasi, su richiesta del paziente. Sono frutto di una sua elaborazione per esprimere alcuni bisogni comunicativi nei confronti dei suoi interlocutori (figura 23):



Figura 23. Esempio di frasi supporto di CAA

In ogni seduta il paziente, su domanda aperta, proponeva un argomento, spesso consultava le tabelle di CAA sul telefono oppure utilizzava le strategie consigliate: i gesti, il silenzio (spazio di lavoro per organizzare ed esporre il suo pensiero), la scrittura (della prima lettera o parte della parola), il disegno. Le strategie più efficaci per lui sono risultate essere i gesti e il silenzio.

7.5.3 Caso 3

M. F., donna di 64 anni con esiti di emorragia cerebrale frontale sinistra con evacuazione neurochirurgica risalente a 17 anni fa. Vive con il marito e ha tre figli e quattro nipoti.

Presenta afasia non fluente con agrammatismo, perseverazioni, conduites d'approche fonemiche e anomie. La paziente mostra grandi difficoltà nella produzione linguistica, soprattutto nell'uso di verbi, con produzione di parole per lo più isolate. È collaborativa e possiede grande forza di volontà. La comprensione contestuale risulta discreta e spesso chiede di ripetere o spiegare meglio il concetto (es. *“no capito”*).

Le categorie scelte per il suo quaderno di CAA personalizzato sono:

- Emozioni
- Meteo
- Bisogni
- Azioni
- Luoghi
- Oggetti
- Cibi
- La mia giornata

Per prima cosa sono state lette tutte le categorie e le relative immagini, poi la paziente si è poi allenata nella ricerca su richiesta (es. *“cerca dove sono le azioni”*). All'inizio di ogni seduta veniva ricercato un argomento di cui parlare o una storia da raccontare. Il più delle volte la conversazione verteva su incontri di famiglia, storie riguardanti i figli e i nipoti oppure cene e attività svolte con amici.

Davanti alla paziente era sempre presente un foglio su cui lei poteva scrivere informazioni che non riusciva a dire a voce (solitamente lo utilizzava per scrivere numeri). Durante la terapia conversazionale ci si focalizzava sulle anomie e sul loro superamento attraverso le tabelle di CAA o l'uso di strategie. La più efficace con lei risulta essere l'uso del silenzio.

7.6 Risultati

Si analizzano ora i risultati ottenuti per ogni paziente.

7.6.1 Caso 1

V. A., alle prove linguistiche di denominazione dell'Aachener Aphasia Test (tabella 2), nella seconda valutazione mostra un miglioramento solo nei colori e nei nomi composti mentre c'è un calo delle prestazioni soprattutto nella descrizione di figure in cui tende a denominare elementi. C'è una riduzione del punteggio complessivo (da 69/120 a 63/120) a cui non corrispondono differenze nel livello di compromissione (tabella 3). Il paziente, infatti, si colloca ad un livello di compromissione medio in entrambe le valutazioni.

Tabella 2. Risultati Denominazione - Aachener Aphasia Test (paziente 1)

<i>Aachener Aphasia Test – DENOMINAZIONE (DEN)</i>		
Sezioni	I valutazione	II valutazione
I. Oggetti	28/30	26/30
II. Colori	14/30	15/30
III. Nomi composti	15/30	17/30
IV. Descrizione di figure	12/30	5/30
TOTALE	69/120	63/120

Tabella 3. Livello di compromissione Aachener Aphasia Test (paziente 1)

I valutazione:			
Punteggio grezzo	Rango Percentile	Punteggi T	Punteggi standard nine
69	39	47	4
			Livello di compromissione: MEDIO
II valutazione:			
Punteggio grezzo	Rango Percentile	Punteggi T	Punteggi standard nine
63	35	46	4
			Livello di compromissione: MEDIO

Nelle prove di denominazione dell'Esame del linguaggio II mostra maggiori difficoltà nella denominazione di verbi, sia alla prima che alla seconda valutazione (tabella 4). La descrizione di figura è particolarmente deficitaria, si limita infatti a fare un elenco degli oggetti e personaggi presenti nell'immagine. Alla seconda valutazione si evince un lieve miglioramento nella prova di denominazione dei verbi e nella descrizione di figura con produzione di più sintagmi.

Si segnala che in sede di valutazione con test standard il paziente si mostra più agitato rispetto alle situazioni di valutazione della comunicazione o alle sedute di trattamento.

Tabella 4. Risultati Denominazione - Esame del Linguaggio II (paziente 1)

<i>Esame del linguaggio II – DENOMINAZIONE</i>		
Sezioni	I valutazione	II valutazione
Denominazione di sostantivi	70 %	70 %
Denominazione di verbi	40 %	45 %
Descrizione di figura	10 %	20 %

Per quanto riguarda la valutazione della comunicazione, analizzando il quesito 4) della “Proposta di un protocollo per l’analisi del comportamento comunicativo” (“Utilizza il contesto extra-verbale per interagire con l'interlocutore?”) ad inizio trattamento si collocava a 0 = non lo utilizza, il paziente non si avvaleva di supporti ambientali per trasmettere il suo messaggio (ad es. non ricercava neanche il calendario per riferire una data). Dopo il trattamento utilizza il quaderno personalizzato: spesso lo ricerca autonomamente ma per un utilizzo funzionale ha necessità dell’aiuto dell’interlocutore. Anche con altri ausili esterni, come ad esempio il calendario, necessita spesso di richiamo. Perciò, si colloca attualmente ad un livello 2 = utilizza il contesto extra-verbale su richiamo. Alla domanda 9) - “Ha problemi in risposta a domande chiuse?” – il paziente ad inizio trattamento rispondeva con messaggi non riconoscibili collocandosi quindi ad un punteggio 0. Alla seconda valutazione, dopo il percorso di trattamento, possiamo collocarlo ad un punteggio 1 = il messaggio prodotto in risposta a una domanda chiusa è parzialmente riconoscibile, è dunque intuibile ma necessita di ulteriori specificazioni. In questo livello si è evidenziato un aumento di produzione di parole, a volte sintagmi o frasi semplici.

Per la valutazione dell'efficacia comunicativa è stato somministrato il CETI-M alla moglie del paziente (tabella 5). Alla seconda valutazione vengono segnalati miglioramenti della comunicazione in alcune situazioni della vita quotidiana (items in grassetto). In nessun item si riscontrano peggioramenti rispetto alla prima valutazione. Il paziente, quindi, si mostra migliorato nell'ambito comunicativo.

Tabella 5. Punteggi CETI-M (paziente 1).

CETI-M Valutazione dell'efficacia comunicativa in varie situazioni		
Domanda	I valutazione	II valutazione
1) Sostenere una conversazione con persone conosciute/familiari in ambiente silenzioso;	5	5
2) Sostenere una conversazione con estranei in ambiente silenzioso;	3	3
3) Sostenere una conversazione al telefono con una persona conosciuta/familiare;	5	6
4) Sostenere una conversazione con bambini piccoli;	2	2
5) Sostenere una conversazione al telefono con estranei;	1	2
6) Sostenere una conversazione mentre si viaggia in macchina;	5	5
7) Sostenere una conversazione con qualcuno a una certa distanza;	1	1
8) Sostenere una conversazione con qualcuno in un ambiente rumoroso;	1	2
9) Sostenere una conversazione davanti ad un gruppo di persone;	1	2
10) Sostenere una lunga conversazione con qualcuno (oltre un'ora);	1	1
<i>Legenda: 7 = comunicazione molto efficace / 1 = comunicazione per niente efficace</i>		

Sempre inerente all'area di comunicazione, si riporta in tabella 6 il confronto fra le risposte date dal paziente alla prima e alla seconda valutazione con l'Aphasia needs assessment. Il paziente riferisce un buono stato di benessere (domanda 1.) e afferma di riuscire a comunicare abbastanza male (domanda 2.), sia alla prima che alla seconda valutazione. Al follow-up indica un minor numero di situazioni e abilità comunicative per lui difficoltose (domande 3. - 5.). A livello di autonomia (domanda 6.) riferisce in entrambe le valutazioni di aver bisogno, per la maggior parte delle volte, dall'aiuto della moglie o del figlio. Il paziente, dunque, sembrerebbe percepire un lieve miglioramento nelle proprie abilità ed efficacia comunicative o quantomeno una riduzione delle difficoltà.

Tabella 6. Aphasia needs assessment (confronto prima/seconda valutazione – paziente 1)

I valutazione	II valutazione
1. Come vanno le cose per lei? Bene (4)	1. Come vanno le cose per lei? Bene (4)
2. Quanto bene riesce a comunicare? Abbastanza male (2)	2. Quanto bene riesce a comunicare? Abbastanza male (2)
3. Quali situazioni le risultano più difficili nella comunicazione? <input type="checkbox"/> Conversazioni con estranei <input type="checkbox"/> Transazioni comunitarie (banca, farmacia, agenzia di viaggi, autista di autobus, ecc.) <input type="checkbox"/> Parlare al telefono <input type="checkbox"/> Dare indicazioni <input type="checkbox"/> Discussioni sugli affari personali <input type="checkbox"/> Dal dottore o in ambiente medico <input type="checkbox"/> Ristoranti	3. Quali situazioni le risultano più difficili nella comunicazione? <input type="checkbox"/> Conversazioni con estranei <input type="checkbox"/> Transazioni comunitarie (banca, farmacia, agenzia di viaggi, autista di autobus, ecc.) <input type="checkbox"/> Parlare al telefono <input type="checkbox"/> Dare indicazioni <input type="checkbox"/> Discussioni sugli affari personali <input type="checkbox"/> Dal dottore o in ambiente medico
4. Di cosa le piacerebbe parlare facendo conversazione? <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Cibi preferiti/ristoranti <input type="checkbox"/> La mia casa/città natale/cose da sistemare <input type="checkbox"/> Il mio ictus e/o altri problemi medici <input type="checkbox"/> Trasferimenti o viaggi <input type="checkbox"/> Hobby o interessi personali (“partite di calcio”)	/

<input type="checkbox"/> Storia della famiglia/antenati/genealogia <input type="checkbox"/> Tempo (meteo)	
<p>5. Quali abilità comunicative sono più difficili per lei?</p> <input type="checkbox"/> Chiacchierare <input type="checkbox"/> Spiegare l'afasia e come comunico <input type="checkbox"/> Introdurre nuovi argomenti <input type="checkbox"/> Rispondere a domande che richiedono una risposta formulata in maniera specifica <input type="checkbox"/> Spiegare qualcosa usando un linguaggio specifico e una sequenza di passaggi <input type="checkbox"/> Raccontare una storia <input type="checkbox"/> Raccontare una barzelletta <input type="checkbox"/> Comunicare esigenze fisiche specifiche in modo rapido e preciso <input type="checkbox"/> Cercare di risolvere le interruzioni/problemi di comunicazioni <input type="checkbox"/> Ortografia <input type="checkbox"/> Aiutare il mio interlocutore con "indizi" <input type="checkbox"/> Fare domande <input type="checkbox"/> Parlare del passato <input type="checkbox"/> Parlare del presente <input type="checkbox"/> Rispondere a domande familiari e prevedibili <input type="checkbox"/> Fornire conforto <input type="checkbox"/> Comunicare come mi sento	<p>5. Quali abilità comunicative sono più difficili per lei?</p> <input type="checkbox"/> Chiacchierare <input type="checkbox"/> Spiegare l'afasia e come comunico <input type="checkbox"/> Introdurre nuovi argomenti <input type="checkbox"/> Rispondere a domande che richiedono una risposta formulata in maniera specifica <input type="checkbox"/> Spiegare qualcosa usando un linguaggio specifico e una sequenza di passaggi <input type="checkbox"/> Raccontare una storia <input type="checkbox"/> Raccontare una barzelletta <input type="checkbox"/> Comunicare esigenze fisiche specifiche in modo rapido e preciso <input type="checkbox"/> Cercare di risolvere le interruzioni/problemi di comunicazioni <input type="checkbox"/> Ortografia <input type="checkbox"/> Aiutare il mio interlocutore con "indizi" <input type="checkbox"/> Fare domande <input type="checkbox"/> Parlare del passato <input type="checkbox"/> Parlare del presente <input type="checkbox"/> Passare dall'esprimermi all'ascoltare
<p>6. Fai la maggior parte delle comunicazioni in autonomia (da solo)? NO Se hai risposto "no", chi lo fa per te? Mia moglie e mio figlio</p>	<p>6. Fai la maggior parte delle comunicazioni in autonomia (da solo)? NO Se hai risposto "no", chi lo fa per te? Mia moglie e mio figlio</p>
<p>7. Cosa devono imparare a fare i suoi facilitatori comunicativi?</p> <input type="checkbox"/> Non indovinare o anticipare parole a meno che io non dica che va bene	<p>/</p>

<input type="checkbox"/> Rallentare quando mi parlano <input type="checkbox"/> Aiutarmi a rispondere alle domande sì/no dandomi le opzioni sì e no <input type="checkbox"/> Farmi domande, darmi l'opportunità di comunicare	
8. Quali strategie di comunicazione usate attualmente lei o i suoi facilitatori? Descriveteli e diteci quando li usate: Non le utilizzo	8. Quali strategie di comunicazione usate attualmente lei o i suoi facilitatori? Descriveteli e diteci quando li usate: Gesti e quaderno con le tabelle
9. Come riesce a leggere? Così-così (3)	/
10. Le piace leggere? SI Che tipo di materiale ti piacerebbe leggere? Giornali quotidiani	/
11. Come riesce a scrivere? Male (1)	/
12. Le piace scrivere? Si Che tipo di cose le piacerebbe scrivere? Compilare moduli	/

Infine, nella “Griglia di rilevazione linguistica-comunicativa per il caregiver del paziente afasico”, alla seconda compilazione, si nota un aumento del numero di parole prodotte nelle sezioni “scansione temporale” (da 6 a 9) e “oggetti della casa” (da 13 a 16) riguardanti la categoria “ambiente domestico”.

Il paziente col passare del tempo prendeva in autonomia il quaderno e, alcune volte, riusciva a trovare le parole di cui aveva bisogno. Alcune volte il tentativo di ricerca finiva a vuoto dato che il quaderno, per ovvie ragioni, non poteva contenere all'interno tutte le parole necessarie. È stato però bello e interessante notare come il paziente, nonostante l'età avanzata, abbia acquisito subito sicurezza e soprattutto curiosità e beneficio nell'utilizzarlo. Il paziente utilizza inoltre il gesto che, seppur non sempre comprensibile, è in molti casi anticipatorio alla parola e quindi funzionale alla produzione lessicale.

A fine trattamento è stato somministrato il “Questionario di valutazione sull’utilizzo del supporto di CAA” sia al paziente che alla moglie (allegati 8 e 9). In tabella 7 si riportano le risposte del paziente a confronto con quelle della moglie. Entrambi concordano sull’utilità di questo strumento e anche sull’adeguatezza rispetto alle capacità e necessità del paziente. Il paziente si reputa abbastanza autonomo nel suo utilizzo e lo stesso riferisce la moglie. Entrambi inoltre affermano che il quaderno viene ricercato spesso anche a casa.

Tabella 7. Questionario di valutazione sull’utilizzo del supporto di CAA (confronto paziente 1 - caregiver)

PAZIENTE (pz)	CAREGIVER (cg)
1. Quanto spesso HAI CERCATO il supporto (quaderno/telefono) per aiutarti a comunicare? SPESSO (3)	1. Quanto spesso il suo familiare ha cercato il supporto (quaderno/telefono) per aiutarsi a comunicare? SPESSO (3)
2. Quanto pensi sia stato UTILE questo supporto (quaderno/telefono)? UTILE (3)	2. Quanto pensa sia stato utile questo supporto (quaderno/telefono)? MOLTO UTILE (4)
3. Quanto pensi di essere AUTONOMO nell’uso di questo supporto (quaderno/telefono)? ABBASTANZA AUTONOMO (2)	3. Quanto pensa che il suo familiare sia autonomo nell’uso di questo supporto (quaderno/telefono)? ABBASTANZA AUTONOMO (2)
4. Quanto pensi che questo supporto (quaderno/telefono) sia stato ADEGUATO alle tue capacità e alle tue necessità? ADEGUATO (3)	4. Quanto pensa che questo supporto (quaderno/telefono) sia stato adeguato alle capacità e alle necessità del suo familiare? ADEGUATO (3)
5. Pensi che CONTINUERAI ad usarlo in futuro? SI	5. Pensa che il suo familiare continuerà ad usarlo in futuro? SI
6. SUGGERIMENTI per migliorare e/o modificare questo strumento: /	6. Suggerimenti per migliorare e/o modificare questo strumento: È completo e molto utile
Legenda: ■ = risposte date	

7.6.2 Caso 2

M. F., nella prima valutazione, alla denominazione dell'AAT, mostra maggiori difficoltà nella sezione nomi composti e nella descrizione di figure (vedi tabella 8). Non ci sono state modifiche sostanziali nelle abilità linguistiche. C'è una riduzione del punteggio complessivo (da 84/120 a 79/120) a cui non corrispondono differenze nel livello di compromissione (tabella 9). Il paziente, infatti, si colloca ad un livello di compromissione medio in entrambe le valutazioni.

Tabella 8. Risultati Denominazione - Aachener Aphasia Test (paziente 2)

<i>Aachener Aphasia Test – DENOMINAZIONE (DEN)</i>		
Sezioni	I valutazione	II valutazione
I. Oggetti	25/30	25/30
II. Colori	27/30	24/30
III. Nomi composti	17/30	13/30
IV. Descrizione di figure	15/30	17/30
TOTALE	84/120	79/120

Tabella 9. Livello di compromissione Aachener Aphasia Test (paziente 2)

I valutazione:			
Punteggio grezzo	Rango Percentile	Punteggi T	Punteggi standard nine
84	59	5	5
			Livello di compromissione: MEDIO
II valutazione:			
Punteggio grezzo	Rango Percentile	Punteggi T	Punteggi standard nine
79	50	50	5
			Livello di compromissione: MEDIO

Nella denominazione dell'Esame del linguaggio II mostra una performance invariata per quanto riguarda la denominazione di sostantivi e la descrizione di figura. Migliora la denominazione di verbi (tabella 10). A livello qualitativo si può osservare che, durante la

prova di denominazione di sostantivi, nella seconda valutazione utilizza spontaneamente gesti in maniera efficace.

Tabella 10. Risultati Denominazione - Esame del Linguaggio II (paziente 2)

<i>Esame del linguaggio II – DENOMINAZIONE</i>		
Sezioni	I valutazione	II valutazione
Denominazione di sostantivi	77,5%	77,5%
Denominazione di verbi	75 %	90 %
Descrizione di figura	50%	50 %

Si evidenziano quindi miglioramenti solo nella produzione di verbi (Esame del Linguaggio II) e descrizione di figure (Aachener Aphasia Test).

Per quanto riguarda l'area comunicativa, nell'uso del contesto extra-verbale (domanda 4 della "Proposta di un protocollo per l'analisi del comportamento comunicativo" - "Utilizza il contesto extra-verbale per interagire con l'interlocutore?") ad inizio trattamento si collocava a 1 = lo utilizza su ripetuto richiamo. Il paziente in maniera autonoma utilizzava solo il cellulare per la ricerca di nomi propri (amici/colleghi/familiari). Attualmente si colloca ad un livello 3 = utilizza il contesto extra-verbale in autonomia la maggior parte delle volte. Prende ora anche il calendario cartaceo per ricercare i giorni o i mesi. Lo ha utilizzato anche per chiedermi "quindi quando la tua tesi?" mostrando abilità anche nel porre domande all'interlocutore. In alcuni momenti necessita ancora di una minima sollecitazione che gli ricorda che può e deve utilizzare strategie quando necessario. Utilizza in maniera autonoma anche le tabelle di CAA nello smartphone. Al quesito 9) - "Ha problemi in risposta a domande chiuse?" - ad inizio trattamento possiamo dire che il messaggio di risposta era parzialmente riconoscibile, dunque, intuibile ma con ulteriori specificazioni, punteggio = 1. Alla seconda valutazione invece si colloca ad un punteggio 2 = il messaggio in risposta alla domanda chiusa è riconoscibile: è dunque comprensibile e necessita solo di conferma da parte dell'interlocutore. Migliora la sua capacità di recupero del lessico pertinente e anche la capacità di organizzare il suo messaggio.

L'efficacia comunicativa è stata indagata somministrando il CETI-M alla madre (tabella 11) che riferisce generali miglioramenti nella comunicazione, in particolare ha notato una

miglior gestione della comunicazione del figlio in contesti di gruppo (es. in riunioni di famiglia) e in conversazioni telefoniche con persone conosciute. Lo vede più sicuro di sé e più autonomo. L'attenzione e la concentrazione sono migliorate consentendogli di mantenere più a lungo la conversazione (domanda 10).

Tabella 11. Punteggi CETI-M (paziente 2).

CETI-M Valutazione dell'efficacia comunicativa in varie situazioni		
Domanda	I valutazione	II valutazione
1) Sostenere una conversazione con persone conosciute/familiari in ambiente silenzioso;	4	4
2) Sostenere una conversazione con estranei in ambiente silenzioso;	2	2
3) Sostenere una conversazione al telefono con una persona conosciuta/familiare;	2	4
4) Sostenere una conversazione con bambini piccoli;	4	4
5) Sostenere una conversazione al telefono con estranei;	2	2
6) Sostenere una conversazione mentre si viaggia in macchina;	5	5
7) Sostenere una conversazione con qualcuno a una certa distanza;	2	2
8) Sostenere una conversazione con qualcuno in un ambiente rumoroso;	2	2
9) Sostenere una conversazione davanti ad un gruppo di persone;	2	4
10) Sostenere una lunga conversazione con qualcuno (oltre un'ora);	1	2
<i>Legenda: 7 = comunicazione molto efficace / 1 = comunicazione per niente efficace</i>		

All'Aphasia needs assessment (tabella 12) il paziente riporta miglioramenti riguardo al suo stato di benessere (domanda 1.) e alla sua capacità di comunicare (domanda 2.).

Segnala meno difficoltà sia nelle situazioni che nelle abilità comunicative evidenziandone un numero minore (domande 3. - 5.). In merito alla sua autonomia comunicativa alla prima valutazione dichiarava di non essere autonomo e di dipendere dall'aiuto di familiari e amici; nella seconda afferma di essere più autonomo e di riuscire quindi a fare la maggior parte delle comunicazioni da solo (domanda 6.). Si possono notare miglioramenti percepiti su vari ambiti.

Tabella 12. Aphasia needs assessment (confronto prima/seconda valutazione - paziente 2)

I valutazione	II valutazione
1. Come vanno le cose per lei? Così-così (3)	1. Come vanno le cose per lei? Bene (4)
2. Quanto bene riesce a comunicare? Abbastanza male (2)	2. Quanto bene riesce a comunicare? Così così (3)
3. Quali situazioni le risultano più difficili nella comunicazione? <input type="checkbox"/> Conversazioni con estranei <input type="checkbox"/> Transazioni comunitarie (banca, farmacia, agenzia di viaggi, autista di autobus, ecc.) <input type="checkbox"/> Ristoranti <input type="checkbox"/> Dare indicazioni <input type="checkbox"/> Parlare al telefono <input type="checkbox"/> Comprendere gli altri	3. Quali situazioni le risultano più difficili nella comunicazione? <input type="checkbox"/> Conversazioni con estranei <input type="checkbox"/> Transazioni comunitarie (banca, farmacia, agenzia di viaggi, autista di autobus, ecc.) <input type="checkbox"/> Ristoranti <input type="checkbox"/> Dare indicazioni <input type="checkbox"/> Parlare al telefono
4. Di cosa le piacerebbe parlare facendo conversazione? <input type="checkbox"/> Storie divertenti riguardo i suoi bambini <input type="checkbox"/> Le sue avventure da bambino/adolescente <input type="checkbox"/> Storia della famiglia/antenati/genealogia <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Politica/economia/governo <input type="checkbox"/> Relazioni personali e matrimonio <input type="checkbox"/> I suoi lavori più importanti/la tua carriera <input type="checkbox"/> Trasferimenti o viaggi <input type="checkbox"/> Hobby o interessi personali <input type="checkbox"/> La mia casa/città natale/cose da sistemare	/

<input type="checkbox"/> Il mio ictus e/o altri problemi medici	
<p>5. Quali abilità comunicative sono più difficili per lei?</p> <input type="checkbox"/> Spiegare l'afasia e come comunico <input type="checkbox"/> Rispondere a domande che richiedono una risposta formulata in maniera specifica <input type="checkbox"/> Spiegare qualcosa usando un linguaggio specifico e una sequenza di passaggi <input type="checkbox"/> Raccontare una barzelletta <input type="checkbox"/> Comunicare esigenze fisiche specifiche in modo rapido e preciso <input type="checkbox"/> Cercare di risolvere le interruzioni/problemi di comunicazione <input type="checkbox"/> Ortografia <input type="checkbox"/> Chiacchierare <input type="checkbox"/> Rimanere sull'argomento della conversazione <input type="checkbox"/> Fare domande <input type="checkbox"/> Introdurre nuovi argomenti <input type="checkbox"/> Raccontare una storia <input type="checkbox"/> Pensare di utilizzare un'altra strategia di comunicazione <input type="checkbox"/> Trovare informazioni che so di avere nel mio sistema di comunicazione <input type="checkbox"/> Aiutare il mio interlocutore con "indizi"	<p>5. Quali abilità comunicative sono più difficili per lei?</p> <input type="checkbox"/> Spiegare l'afasia e come comunico <input type="checkbox"/> Rispondere a domande che richiedono una risposta formulata in maniera specifica <input type="checkbox"/> Spiegare qualcosa usando un linguaggio specifico e una sequenza di passaggi <input type="checkbox"/> Raccontare una barzelletta <input type="checkbox"/> Comunicare esigenze fisiche specifiche in modo rapido e preciso <input type="checkbox"/> Cercare di risolvere le interruzioni/problemi di comunicazioni <input type="checkbox"/> Ortografia <input type="checkbox"/> Rimanere sull'argomento della conversazione <input type="checkbox"/> Fare domande
<p>6. Fai la maggior parte delle comunicazioni in autonomia (da solo)? Se hai risposto "no", chi lo fa per te?</p> <p>NO, famiglia e amici</p>	<p>6. Fai la maggior parte delle comunicazioni in autonomia (da solo)?</p> <p>SI</p>
<p>7. Cosa devono imparare a fare i suoi facilitatori comunicativi?</p> <input type="checkbox"/> Non indovinare o anticipare parole a meno che io non dica che va bene <input type="checkbox"/> Dirmi cosa capiscono quando ho difficoltà a comunicare in maniera chiara	<p>/</p>

<input type="checkbox"/> Rallentare quando mi parlano <input type="checkbox"/> Darmi un'informazione alla volta quando mi parlano <input type="checkbox"/> Scrivere le cose, disegnarle o fare un gesto per aiutarmi a capire meglio <input type="checkbox"/> Scrivermi le possibili risposte così che io le possa indicare	
8. Quali strategie di comunicazione usate attualmente lei o i suoi facilitatori? Descriveteli e diteci quando li usate: scrittura con le logopediste	8. Quali strategie di comunicazione usate attualmente lei o i suoi facilitatori? Descriveteli e diteci quando li usate: Telefono con tabelle, gesti, silenzio
9. Come riesce a leggere? Abbastanza male (2)	/
10. Le piace leggere? No Che tipo di materiale ti piacerebbe leggere? /	/
11. Come riesce a scrivere? Abbastanza male (2)	/
12. Le piace scrivere? No Che tipo di cose le piacerebbe scrivere? /	/

Ultima parte della valutazione è stata la “Griglia di rilevazione linguistica-comunicativa per il caregiver del paziente afasico”. Confrontando la prima e la seconda compilazione si notano alcune differenze con un aumento nel lessico relativo alla categoria “ambiente domestico” nelle sezioni, “luoghi della casa” (da 2 a 7) e “cibi/bevande” (da 7 a 10).

Con lui si è raggiunta l'autonomia nell'uso di strategie comunicative: sia mimico-gestuali che nell'uso del contesto extra-verbali, sono diventate per lui funzionali al recupero dell'etichetta verbale. In particolare, le strategie dei gesti e del silenzio lo aiutano la maggior parte delle volte ad arrivare al lessema risolvendo i blocchi comunicativi. Il paziente stesso ha riconosciuto l'utilità dell'impiego dei gesti e durante una seduta ha affermato *“mi sto rendendo conto che i gesti vanno fatti”*.

È molto più attento e concentrato. In situazioni di conversazione si è rilevato un incremento di produzione spontanea di parole, tra cui alcune presenti all'interno delle tabelle. Ad esempio, le parole “neurologo”, “impegnativa” e “pensione” (categoria

“Afasia e salute”), per lui spesso necessarie ma molto difficili da produrre, dopo l’uso delle tabelle sono state evocate spontaneamente durante le terapie. Il supporto di CAA sembrerebbe quindi efficace nell’aumentare il lessico ma in relazione alle parole contenute al suo interno e soprattutto alla frequenza con la quale le si consulta.

Anche M. F. e la madre hanno compilato il questionario di valutazione del supporto di CAA (tabella 13). Il paziente è estremamente soddisfatto e si reputa autonomo nell’utilizzare questo strumento. Anche la madre concorda. Il suggerimento che lascia il paziente è quello di aggiungere sempre più parole per ampliare il lessico presente all’interno.

Tabella 13. Questionario di valutazione sull’utilizzo del supporto di CAA (confronto paziente 2 - caregiver)

PAZIENTE (pz)	CAREGIVER (cg)
1. Quanto spesso HAI CERCATO il supporto (quaderno/telefono) per aiutarti a comunicare? SPESSO (3)	1. Quanto spesso il suo familiare ha cercato il supporto (quaderno/telefono) per aiutarsi a comunicare? QUALCHE VOLTA (2)
2. Quanto pensi sia stato UTILE questo supporto (quaderno/telefono)? MOLTO UTILE (4)	2. Quanto pensa sia stato utile questo supporto (quaderno/telefono)? UTILE (3)
3. Quanto pensi di essere AUTONOMO nell’uso di questo supporto (quaderno/telefono)? AUTONOMO (3)	3. Quanto pensa che il suo familiare sia autonomo nell’uso di questo supporto (quaderno/telefono)? ABBASTANZA AUTONOMO (2)
4. Quanto pensi che questo supporto (quaderno/telefono) sia stato ADEGUATO alle tue capacità e alle tue necessità? ADEGUATO (3)	4. Quanto pensa che questo supporto (quaderno/telefono) sia stato adeguato alle capacità e alle necessità del suo familiare? ABBASTANZA ADEGUATO (2)
5. Pensi che CONTINUERAI ad usarlo in futuro? SI	5. Pensa che il suo familiare continuerà ad usarlo in futuro? SI
6. SUGGERIMENTI per migliorare e/o modificare questo strumento: Aggiungere più parole e tabelle	6. Suggerimenti per migliorare e/o modificare questo strumento: /
Legenda: ■ = risposte date	

7.6.3 Caso 3

M. F., nella valutazione linguistica, dalle prove di “Denominazione” dell’AAT risultano maggiori difficoltà sui nomi composti e descrizione di figura alla prima valutazione. Alla seconda somministrazione migliora soprattutto nella sezione nomi composti e nella descrizione di figure (tabella 14). Si evidenzia un significativo aumento del punteggio complessivo (da 73/120 a 83/120) seppur mantenendosi, in entrambe le valutazioni, in un livello di compromissione medio (tabella 15).

Tabella 14. Punteggi Denominazione - Aachener Aphasia Test (paziente 3)

<i>Aachener Aphasia Test – DENOMINAZIONE (DEN)</i>		
Sezione	I valutazione	II valutazione
I. Oggetti	29/30	30/30
II. Colori	24/30	23/30
III. Nomi composti	7/30	14/30
IV. Descrizione di figure	13/30	16/30
TOTALE	73/120	83/120

Tabella 15. Risultati della prova di "Denominazione"

I valutazione:			
Punteggio grezzo	Rango Percentile	Punteggi T	Punteggi standard nine
73	43	48	5
			Livello di compromissione: MEDIO
II valutazione:			
Punteggio grezzo	Rango Percentile	Punteggi T	Punteggi standard nine
83	57	52	5
			Livello di compromissione: MEDIO

Nella denominazione dell’Esame del linguaggio II si evincono miglioramenti alla seconda valutazione sia nella produzione di sostantivi che di verbi (tabella 16).

Tabella 16. Risultati Denominazione - Esame del Linguaggio II (paziente 3)

<i>Esame del linguaggio II – DENOMINAZIONE</i>		
Sezione	I valutazione	II valutazione
Denominazione di sostantivi	75 %	92,5 %
Denominazione di verbi	65 %	90 %
Descrizione di figura	20 %	20 %

La paziente ad inizio trattamento non utilizzava strategie extra-verbali di alcun tipo, infatti, alla domanda 4 della “Proposta di un protocollo per l’analisi del comportamento comunicativo” (“Utilizza il contesto extra-verbale per interagire con l’interlocutore?”) si attribuiva un punteggio di 0 = non lo utilizza. Dopo il trattamento si colloca ad un livello 1= su ripetuto richiamo necessitando di aiuto per utilizzarlo in modo contestualmente efficace. Al quesito 9) sulla capacità di risposta a domande chiuse otteneva il punteggio 1 = il messaggio è parzialmente riconoscibile; è intuibile ma richiede ulteriori specificazioni. Dopo il trattamento il punteggio resta 1 ma si nota che utilizzando la strategia del silenzio, ha migliorato i tempi con cui raggiunge l’etichetta verbale e se le si dà il giusto tempo produce anche frasi semplici. Durante l’ultimo incontro è stata in grado di dire: “*Grazie tanto perché è andata molto bene*”. È stato osservato un maggior uso dei verbi. La signora continua a non utilizzare gesti nonostante le sollecitazioni.

Per la valutazione dell’efficacia comunicativa è stato somministrato il CETI-M al marito della paziente. Alla seconda valutazione diversi ambiti c’è stato un aumento del punteggio (tabella 17). La paziente e il marito notano maggior iniziativa e sicurezza nel comunicare con maggior efficacia comunicativa in diverse situazioni della vita quotidiana.

Tabella 17. Punteggi CETI-M (paziente 3).

CETI-M Valutazione dell’efficacia comunicativa in varie situazioni		
Domanda	I valutazione	II valutazione
1) Sostenere una conversazione con persone conosciute/familiari in ambiente silenzioso;	4	5
2) Sostenere una conversazione con estranei in ambiente silenzioso;	4	4

3) Sostenere una conversazione al telefono con una persona conosciuta/familiare;	5	6
4) Sostenere una conversazione con bambini piccoli;	4	5
5) Sostenere una conversazione al telefono con estranei;	1	1
6) Sostenere una conversazione mentre si viaggia in macchina;	5	5
7) Sostenere una conversazione con qualcuno a una certa distanza;	2	2
8) Sostenere una conversazione con qualcuno in un ambiente rumoroso;	3	4
9) Sostenere una conversazione davanti ad un gruppo di persone;	5	6
10) Sostenere una lunga conversazione con qualcuno (oltre un'ora);	1	1
<i>Legenda: 7 = comunicazione molto efficace / 1 = comunicazione per niente efficace</i>		

All'Aphasia needs assessment (tabella 18), alla seconda valutazione la paziente segnala un numero minore di difficoltà percepite in situazioni e abilità comunicative (domande 3. - 5.). Per quanto riguarda l'autonomia comunicativa dichiara sia alla prima che alla seconda valutazione di non essere autonoma ma di necessitare dell'aiuto del marito (domanda 4).

Tabella 18. Aphasia needs assessment (confronto prima/seconda valutazione – paziente 3)

I valutazione	II valutazione
1. Come vanno le cose per lei? Bene (4)	1. Come vanno le cose per lei? Bene (4)
2. Quanto bene riesce a comunicare? Così così (3)	2. Quanto bene riesce a comunicare? Così così (3)
3. Quali situazioni le risultano più difficili nella comunicazione? <input type="checkbox"/> Conversazioni con estranei	2. Quali situazioni le risultano più difficili nella comunicazione? <input type="checkbox"/> Conversazioni con estranei

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transazioni comunitarie (banca, farmacia, agenzia di viaggi, autista di autobus, ecc.) <input type="checkbox"/> Dal dottore o in ambiente medico <input type="checkbox"/> Comprendere gli altri <input type="checkbox"/> Dare indicazioni <input type="checkbox"/> Discussioni sugli affari personali 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transazioni comunitarie (banca, farmacia, agenzia di viaggi, autista di autobus, ecc.) <input type="checkbox"/> Dal dottore o in ambiente medico <input type="checkbox"/> Comprendere gli altri
<p>4. Di cosa le piacerebbe parlare facendo conversazione?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Storie divertenti riguardo i suoi bambini <input type="checkbox"/> Le sue avventure da bambino/adolescente <input type="checkbox"/> Relazioni personali e matrimonio <input type="checkbox"/> Storia della famiglia/antenati/genealogia <input type="checkbox"/> Eventi locali <input type="checkbox"/> La mia casa/città natale/cose da sistemare 	<p>/</p>
<p>5. Quali abilità comunicative sono più difficili per lei?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Spiegare l'afasia e come comunico <input type="checkbox"/> Chiacchierare <input type="checkbox"/> Introdurre nuovi argomenti <input type="checkbox"/> Rispondere a domande che richiedono una risposta formulata in maniera specifica <input type="checkbox"/> Raccontare una storia <input type="checkbox"/> Raccontare una barzelletta <input type="checkbox"/> Spiegare qualcosa usando un linguaggio specifico e una sequenza di passaggi <input type="checkbox"/> Comunicare esigenze fisiche specifiche in modo rapido e preciso <input type="checkbox"/> Ortografia <input type="checkbox"/> Comunicare come mi sento <input type="checkbox"/> Cercare di risolvere le interruzioni/problemi di comunicazioni <input type="checkbox"/> Trovare informazioni che so di avere nel mio sistema di comunicazione 	<p>5. Quali abilità comunicative sono più difficili per lei?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Spiegare l'afasia e come comunico <input type="checkbox"/> Chiacchierare <input type="checkbox"/> Introdurre nuovi argomenti <input type="checkbox"/> Rispondere a domande che richiedono una risposta formulata in maniera specifica <input type="checkbox"/> Raccontare una storia <input type="checkbox"/> Raccontare una barzelletta <input type="checkbox"/> Spiegare qualcosa usando un linguaggio specifico e una sequenza di passaggi <input type="checkbox"/> Comunicare esigenze fisiche specifiche in modo rapido e preciso <input type="checkbox"/> Ortografia <input type="checkbox"/> Comunicare come mi sento

<input type="checkbox"/> Pensare di utilizzare un'altra strategia di comunicazione <input type="checkbox"/> Aiutare il mio interlocutore con "indizi" <input type="checkbox"/> Attirare l'attenzione di qualcuno <input type="checkbox"/> Presentarmi agli altri Parlare del presente	
6. Fai la maggior parte delle comunicazioni in autonomia (da solo)? NO Se ha risposto "no", chi lo fa per lei? "Mio marito"	6. Fai la maggior parte delle comunicazioni in autonomia (da solo)? NO Se ha risposto "no", chi lo fa per lei? "Mio marito"
7. Cosa devono imparare a fare i suoi facilitatori comunicativi? <input type="checkbox"/> Non indovinare o anticipare parole a meno che io non dica che va bene <input type="checkbox"/> Rallentare quando mi parlano <input type="checkbox"/> Darmi un'informazione alla volta quando mi parlano <input type="checkbox"/> Farmi domande, darmi l'opportunità di comunicare <input type="checkbox"/> Dirmi cosa capiscono quando ho difficoltà a comunicare in maniera chiara <input type="checkbox"/> Non interrompere	/
8. Quali strategie di comunicazione usate attualmente lei o i suoi facilitatori? Descriveteli e diteci quando li usate: Parlare lentamente, ripetere varie volte, aspettare la risposta	8. Quali strategie di comunicazione usate attualmente lei o i suoi facilitatori? Descriveteli e diteci quando li usate: Parlare lentamente, ripetere varie volte, aspettare la risposta, usare il quaderno
9. Come riesce a leggere? Così così (3)	/
10. Le piace leggere? Sì, riviste Che tipo di materiale ti piacerebbe leggere? /	/
11. Come riesce a scrivere? Così così (3)	/

12. Le piace scrivere? No Che tipo di cose le piacerebbe scrivere? /	/
--	---

Ultimo elemento della valutazione è stato anche in questo caso la “Griglia di rilevazione linguistica-comunicativa per il caregiver del paziente afasico”. Confrontando la prima compilazione con la seconda c’è un aumento di parole prodotte, in particolare quelle relative a “scansione temporale” (da 2 a 10), “luoghi della casa” (da 4 a 9), “cibi e bevande” (da 25 a 28) (sezione 1. ambiente domestico).

Al questionario di valutazione del supporto di CAA (tabella 19) vengono assegnati dalla paziente punteggi massimi in tutte le categorie. Lei si ritiene molto autonoma e riferisce di utilizzare sempre il quaderno. Il marito concorda in buona parte con le risposte date dalla moglie. Entrambi suggeriscono di proseguire con l’utilizzo di questo supporto in quanto ne hanno trovato giovamento e propongono di inserire più parole al suo interno per poter avere più materiale con cui allenarsi. Dalle loro risposte si evidenzia fiducia ed entusiasmo riguardo alla proposta di questo supporto anche se in sede di terapia la signora non è risultata autonoma nell’utilizzarlo in modo funzionale.

Tabella 19. Questionario di valutazione sull’utilizzo del supporto di CAA (confronto paziente 3 - caregiver)

PAZIENTE (pz)	CAREGIVER (cg)
1. Quanto spesso HAI CERCATO il supporto (quaderno/telefono) per aiutarti a comunicare? SEMPRE (4)	1. Quanto spesso il suo familiare ha cercato il supporto (quaderno/telefono) per aiutarsi a comunicare? SPESSO (3)
2. Quanto pensi sia stato UTILE questo supporto (quaderno/telefono)? MOLTO UTILE (4)	2. Quanto pensa sia stato utile questo supporto (quaderno/telefono)? MOLTO UTILE (4)
3. Quanto pensi di essere AUTONOMO nell’uso di questo supporto (quaderno/telefono)? MOLTO AUTONOMO (4)	3. Quanto pensa che il suo familiare sia autonomo nell’uso di questo supporto (quaderno/telefono)? AUTONOMO (3)

<p>4. Quanto pensi che questo supporto (quaderno/telefono) sia stato ADEGUATO alle tue capacità e alle tue necessità?</p> <p>MOLTO ADEGUATO (4)</p>	<p>4. Quanto pensa che questo supporto (quaderno/telefono) sia stato adeguato alle capacità e alle necessità del suo familiare?</p> <p>MOLTO ADEGUATO (4)</p>
<p>5. Pensi che CONTINUERAI ad usarlo in futuro? SI</p>	<p>5. Pensa che il suo familiare continuerà ad usarlo in futuro? SI</p>
<p>6. SUGGERIMENTI per migliorare e/o modificare questo strumento:</p> <p>Mi piacerebbe che ci fossero più cose dentro</p>	<p>6. Suggerimenti per migliorare e/o modificare questo strumento:</p> <p>Aggiungere altre immagini</p>
<p>Legenda: ■ = risposte date</p>	

CAPITOLO 8 – LE CONCLUSIONI

Riprendiamo il quesito dello studio ossia “Comunicazione Aumentativa Alternativa e Approccio Conversazionale possono essere degli strumenti per aumentare le abilità lessicali nel paziente afasico?”.

Analizzando i risultati ottenuti, solo nel caso 3 ci sono stati evidenti miglioramenti alla valutazione linguistica eseguita con i test standardizzati (sub-test AAT e sub-test Esame del Linguaggio – II) e allo stesso tempo è migliorata anche l'efficacia comunicativa (Aphasia needs assessment, CETI-M, “Proposta di un protocollo per l'analisi del comportamento comunicativo”, “Griglia di rilevazione linguistica-comunicativa per il caregiver del paziente afasico”). Nel caso 2 si è evidenziato miglioramento solo nella denominazione di verbi (sub-test Esame del Linguaggio II) e descrizione di figure (sub-test AAT) e miglioramenti generali nell'area comunicativa. Nel caso 1 ci sono stati lievi miglioramenti nella denominazione di colori e nomi composti (sub-test AAT), nella denominazione di verbi e descrizione di figure (sub-test Esame del Linguaggio - II) e miglioramenti generali nell'area della comunicazione. In tutti e tre i pazienti ci sono stati cambiamenti nella “Griglia di rilevazione linguistica-comunicativa per il caregiver del paziente afasico” in cui tutti i familiari, alla seconda valutazione, indicano parole in più tra quelle pronunciate spontaneamente. Inoltre, come anticipato nei risultati, nel paziente 2 c'è stato un aumento nella produzione spontanea di parole presenti all'interno del supporto di CAA. In quest'ottica sembrerebbe avere un'efficacia nell'aumento del lessico in relazione alle parole contenute al suo interno e soprattutto alla frequenza con la quale le si consulta. Inoltre, in tutti e tre i casi si è evidenziato come l'adozione di strategie quali il silenzio “riflessivo” e i gesti comunicativi siano risultate le più efficaci ai fini della produzione lessicale. Per questa ragione la nostra proposta di trattamento combinato, realizzato in modalità intensiva, potrebbe essere un punto di partenza per un nuovo studio.

Riprendendo il concetto di linguaggio *in situ* (nel contesto d'uso) e linguaggio *in vacuo* (decontestualizzato) (modello di Clark, 1996) numerosi studi dimostrano come il linguaggio migliori in relazione al tipo di trattamento svolto riportando l'attenzione sul fatto che, lavorando *in vacuo*, non è detto che si ottengano generalizzazioni in situazioni di vita quotidiana.

Attraverso questo studio abbiamo verificato però che lavorando *in situ* è possibile avere miglioramenti valutabili anche *in vacuo*. Infatti, è accaduto in 1 paziente su 3, corrispondete quindi al 33% dei casi analizzati. La paziente M. F., pur avendo lavorato *in situ* come gli altri, mostra dei miglioramenti anche nei test standardizzati che da definizione sono attività decontestualizzate (*in vacuo*). Negli altri due casi invece l'incremento della produzione lessicale è emerso solo in minima parte ai test standardizzati. Questo ci conferma come nel 100% dei casi migliora l'area in cui si dirige il trattamento (lavorando *in situ* migliora la comunicazione *in situ*) e nel 33% dei casi lavorando *in situ* vanno a migliorare anche le abilità linguistiche valutate *in vacuo*.

Quanto detto ci porta a riflettere sulle criticità riguardanti gli strumenti valutativi attualmente in uso: riescono a valutare i miglioramenti della produzione lessicale in contesto d'uso? Sono sufficienti a spiegare miglioramenti in un ambito così complesso come quello della comunicazione? Sono utili ai fini della prosecuzione o sospensione dei trattamenti riabilitativi?

Dato che l'outcome globale del trattamento dell'afasia è il miglioramento dell'efficacia comunicativa in situazioni di vita quotidiana, questo studio mette in evidenza l'importanza di migliorare la valutazione del lessico *in situ*. Pertanto, si rende sempre più necessaria l'introduzione di strumenti di valutazione standardizzati che possano mettere in luce i cambiamenti delle abilità sia linguistiche che comunicative al fine di sostenere la scelta di percorsi riabilitativi.

BIBLIOGRAFIA

- Adornetti I., Il linguaggio: origine ed evoluzione, 2016, Carocci Editore
- Adornetti I., Patologie del linguaggio e della comunicazione, 2018 Carocci Editore
- Ball L. J., Beukelman D. R., Pattee G. L., Communication effectiveness of individuals with amyotrophic lateral sclerosis, *Journal of Communication Disorders*, 2004
- Barnes S., Bloch S., Why is measuring communication difficult? A critical review of current speech pathology concepts and measures, *Clinical linguistics & phonetics*, 2018, DOI: 10.1080/02699206.2018.1498541
- Basile G, Casadei F, et al., *Linguistica generale*, 2010, Carocci Editore
- Basso A., *Aphasia and its therapy*, 2003, Oxford University Press
- Basso A., Prognostic factors in aphasia, *Aphasiology*, 1992
- Beck A., Fritz H., Can people who have aphasia learn iconic codes?, 1998 DOI: 10.1080/07434619812331278356
- Beukelman D., Fager S., Ball L., Dietz A., *AAC for Adults with Acquired Neurological Conditions: A Review*, *Augmentative and alternative communication*, 2007
- Buzolich M. J., *Augmentative and Alternative Communication (AAC) Assessment: Adult Aphasia*, 2006, DOI: 10.1044/nnsld16.4.4
- Cable A., Wiemer H., Kanapathy N., Russell T., *Augmentative and Alternative Communication: Aphasia*, *Clinical Review*, 2019
- Carlomagno S., Blasi V., Labruna L., Santoro A., The role of communication models in assessment and therapy of language disorders in aphasic adults, *Neuropsychological Rehabilitation*, 2000
- Carlomagno S., Rampone P., Razzano C., *Riabilitazione nella fase di stabilizzazione: l'approccio pragmatico*, in *Update in Afasiologia*, 2010
- Chapey R., Duchan J. F., Elman R., J., Garcia L. J., Kagan A., Lyon J., G., Simmons-Mackie N., *Life Participation Approach to Aphasia: A Statement of Values for the Future*, *ASHA Leader*, 2000

- Dietz A., Wallace S. E., Weissling K., Revisiting the Role of Augmentative and Alternative Communication in Aphasia Rehabilitation, American journal of speech-language pathology, 2020, DOI: 10.1044/2019_AJSLP-19-00041
- Dietz A., Vannest J., Maloney T., Altaye M., Holland S., Szaflarski J. P., The feasibility of improving discourse in people with aphasia through AAC: clinical and functional MRI correlates, Aphasiology, 2018, DOI: 10.1080/02687038.2018.1447641
- Doedens W. J., Meteyard L., The importance of situated language use for aphasia rehabilitation, 2018, DOI: 10.31234/osf.io/svwpf
- Doedens W. J., Meteyard L., Measures of functional, real-world communication for aphasia: a critical review, Aphasiology, 2020, DOI: 10.1080/02687038.2019.1702848
- Doyle M., DeRuyter F., Augmentative and alternative communication intervention for persons with severe aphasia, Topics in stroke rehabilitation, 1995, DOI: 10.1080/10749357.1995.11754052;
- Flosi C., Consolmagno P., Rossetto T., La riabilitazione della persona con afasia, 2013
- Flosi C., Afasia Post-Stroke. Dalle linee guida all'intervento logopedico, 2010
- Fried-Oken M., Beukelman D. R., Hux K., Current and Future AAC Research Considerations for Adults with Acquired Cognitive and Communication Impairments, Assistive technology : the official journal of RESNA, 2012, DOI: 10.1080/10400435.2011.648713
- Garrett K. L., Beukelman D. R., Changes in the Interaction Patterns of an Individual with Severe Aphasia Given Three Types of Partner Support, Clinical Aphasiology, 1995
- Garrett K. L., Lasker J. P., AAC and Severe Aphasia – Enhancing Communication Across the Continuum of Recovery, 2007, DOI: 10.1044/nnsld17.3.6
- Gilardone M., Monti A., Afasiologia Clinica, valutazione, trattamento, 2019 FrancoAngeli

- Goodwin C., Co-constructing meaning in conversations with an aphasic man. *Research on Language and Social Interaction*, Research on Language and Social Interaction, 1995, DOI: 10.1207/s15327973rlsi2803_4
- Graffi G, Scalise S., *Le lingue e il linguaggio. Introduzione alla linguistica*, 2013, Il Mulino
- Grimaldi M., *Il cervello fonologico*, 2019, Carocci Editore
- Hersh D., Sherratt S., Howe T., Worrall L., Davidson B., Ferguson A., An analysis of the “goal” in aphasia rehabilitation, *Aphasiology*, 2012
- Hough M., Johnson R. K., Use of AAC to enhance linguistic communication skills in an adult with chronic severe aphasia, *Aphasiology*, 2009, DOI: 10.1080/02687030802698145
- Irwin W. H., Wertz R. T., Avent J. R., Relationships among language impairment, functional communication, and pragmatic performance in aphasia, *Aphasiology*, 2002, DOI: 10.1080/02687030244000086
- Jacobs B., Drew R., Ogletree B. T., Pierce K., Augmentative and Alternative Communication (AAC) for adults with severe aphasia: where we stand and how we can go further, *Disability and rehabilitation*, 2004, DOI: 10.1080/09638280412331280244;
- Kagan A., Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners, *Aphasiology*, 2007 DOI: 10.1080/02687039808249575
- Kendon A., *Gesture. Visible action as utterance*, Cambridge University Press, 2004
- Kraat A. W., *Augmentative and alternative communication: Does it have a future in aphasia rehabilitation*, *Aphasiology*, 2007
- Làdavas E., Berti A., *Neuropsicologia*, il Mulino, 2020
- *Linee Guida sulla gestione logopedica del paziente afasico adulto*, 2009
- Lomas J., Pickard L., Bester S., Elbard H., Finlayson A., Zoghaib C., The communicative effectiveness index: development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia, *The Journal of speech and hearing disorders*, 1989, DOI: 10.1044/ JSHD.5401.113

- Marini A., *Manuale di neurolinguistica. Fondamenti teorici, tecniche di indagine, applicazioni*, 2016, Carocci Editore
- Merlino S., *La comunicazione parlata (Spoken Communication)* pp. 171–199, 2020, DOI 10.4399/97888255339039
- Moretta P., Lanzillo A., Lo Sapio M. D., Spaccavento S., Cellamare F., Nisoli F., Ianni A., Pain D., Feroldi S., et al., *The Italian validation of the Communicative Effectiveness Index Questionnaire: a multicentric study*, *Neurological Sciences*, 2020, DOI: 10.1007/s10072-020-04781-z
- Mucchielli R., *Apprendere il counseling*, 2016, Erickson
- Pallavi, J., Perumal, R. C., & Krupa, M., *Quality of Communication Life in Individuals with Broca's Aphasia and Normal Individuals: A Comparative Study*, *Annals of Indian Academy of Neurology*, 2018
- Purcell C., *Effects of Intensive Speech Treatment for an Individual with Spastic Dysarthria Secondary to Stroke*, 2015
- Rangamani, G. N., & Judovsky, H. M. (2020). *Quality of Communication Life in People with Aphasia: Implications for Intervention*. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 23(Suppl 2), S156–S161
- Shewan C. M., Kertesz A., *Effect of Speech and Language Treatment on Recovery from Aphasia*, *Brain and language*, 1984
- Simmons-Mackie N., *In support of supported conversation for adults with aphasia*, *Journal of speech, language, and hearing research*, 2007, DOI: 10.1080/02687039808249576
- Simmons-Mackie N., Savage M. C., Worrall, L., *Conversation therapy for aphasia: A qualitative review of the literature*, *International journal of language & communication disorders*, 2014, DOI: 10.1111/1460- 6984.12097
- Simmons-Mackie N., Threats T. T., Kagan A., *Outcome assessment in aphasia: a survey*, *Journal of communication disorders*, 2005
- Simmons-Mackie N., Kagan A., *Application of the ICF in Aphasia*, *Seminars in speech and language*, 2007
- Tota T., *Autonomia nella gestione di sistemi di Comunicazione Aumentativa ed Alternativa*, A.A 2005/2006, Politecnico di Torino

- Vigorelli P., Il trattamento conversazionale dell'anziano afasico post-ictus, *Geriatric&Medical Intelligence*, 2004
- Wilkinson R., Conversation and aphasia: Advances in analysis and intervention, *Aphasiology*, 2015, DOI: 10.1080/02687038.2014.974138
- Wilkinson R., Interaction-Focused Intervention: A Conversation Analytic Approach to Aphasia Therapy, *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, 2010

SITOGRAFIA

- <https://cehs.unl.edu/aac/>
- <https://www.iss.it/>
- <https://arasaac.org/>
- <https://lingraphica.com/clinical-guides/aphasia-assessment-tools/#:~:text=Aphasia%20Needs%20Assessment%3A%20looks%20at,their%20confidence%20in%20varying%20situations>
- https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?portal_view=public_custom_page&id=25
- https://www.cspdm.org/cose_icf_73.html

ALLEGATI

Allegato 1: Denominazione AAT (AACHENER APHASIE TEST)

Aachener Aphasie Test (AAT) Versione italiana	Denominazione (DEN) Punteggio totale (parti I-IV): <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <small style="float: right;">segue</small>
Parte prima: OGGETTI	
1. letto	0 1 2 3
2. libro	0 1 2 3
3. valigia	0 1 2 3
4. scopa	0 1 2 3
5. cintura	0 1 2 3
6. pipa	0 1 2 3
7. martello	0 1 2 3
8. candela	0 1 2 3
9. bilancia	0 1 2 3
10. trattore	0 1 2 3
Totale parte I:	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Parte seconda: COLORI	
1. rosso	0 1 2 3
2. bianco	0 1 2 3
3. verde	0 1 2 3
4. nero	0 1 2 3
5. giallo	0 1 2 3
6. blu/azzurro	0 1 2 3
7. marrone	0 1 2 3
8. grigio	0 1 2 3
9. viola	0 1 2 3
10. arancione	0 1 2 3
Totale parte II:	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Parte terza: NOMI COMPOSTI	
1. aspirapolvere	0 1 2 3
2. lavapiatti/lavastoviglie	0 1 2 3
3. grattacielo	0 1 2 3
4. cavatappi/cavaturaccioli	0 1 2 3
5. giradischi/grammofono	0 1 2 3
6. apriscatole	0 1 2 3
7. battipanni/battitappeti	0 1 2 3
8. cacciavite	0 1 2 3
9. mappamondo	0 1 2 3
10. schiaccianoci	0 1 2 3
Totale parte III:	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

Parte quarta: DESCRIZIONE DI FIGURE (Esempio: La donna pela le patate)

- | | |
|---|---------|
| 1. L'uomo mendica | 0 1 2 3 |
| 2. La donna cola la pasta | 0 1 2 3 |
| 3. Il ragazzo gioca con il cane | 0 1 2 3 |
| 4. L'uomo ha pescato uno stivale | 0 1 2 3 |
| 5. Il ragazzo ha rotto una tazza | 0 1 2 3 |
| 6. Padre e figlio giocano a pallone | 0 1 2 3 |
| 7. Il poliziotto arresta un ladro | 0 1 2 3 |
| 8. Due uomini si salutano | 0 1 2 3 |
| 9. La maestra interroga la bambina alla lavagna | 0 1 2 3 |
| 10. L'uomo è sdraiato sul divano fuma la pipa e legge il giornale | 0 1 2 3 |

Totale parte IV:

Allegato 2: Denominazione ESAME DEL LINGUAGGIO – II

Denominazione dei sostantivi	_____ %
(MF) topo	_____
(AF) orologio	_____
(MF) fungo	_____
(MF) coltello	_____
(AF) scala	_____
(AF) automobile	_____
(AF) sedia	_____
(MF) occhiali	_____
(AF) pesce	_____
(AF) bicchiere	_____
(MF) penna	_____
(AF) campana	_____
(AF) letto	_____
(MF) bilancia	_____
(MF) barca	_____
(MF) ombrello	_____
(AF) chiave	_____
(AF) telefono	_____
(MF) pipa	_____
(MF) ciliegie	_____

Legenda. **AF** = sostantivo ad alta frequenza; **MF** = sostantivo a media frequenza.

Denominazione dei verbi

_____ %

(AF) mangiare _____

(MF) stirare _____

(AF) correre _____

(MF) spingere _____

(AF) dormire _____

(MF) tagliare _____

(AF) leggere _____

(MF) suonare _____

(AF) scendere _____

(MF) pettinare _____

Serie automatiche

Numeri: UNO _____

Giorni: LUNEDI' _____

Mesi: GENNAIO _____

Legenda. **AF** = sostantivo ad alta frequenza; **MF** = sostantivo a media frequenza.

Allegato 3: Descrizione di una figura complessa – ESAME DEL LINGUAGGIO – II

ESPRESSIONE ORALE

Descrizione di una figura complessa

_____ %

Descrizione di un evento

Descrizione di una giornata di vacanza al mare o in montagna

Descrizione di come si fa la doccia (o il bagno)

Allegato 4: APHASIA NEEDS ASSESSMENT (©) 1997, revised 2006, Kathryn L. Garrett & David R. Beukelman

Appendix and Form 6.2 Aphasia needs assessment.

APHASIA NEEDS ASSESSMENT
 (©) 1997, revised 2006, Kathryn L. Garrett & David R. Beukelman

COMMUNICATOR: _____ **INFORMANT:** _____
INTERVIEWER: _____ **DATE:** _____

	Poorly		So-So		Very Well
HOW ARE THINGS GOING FOR YOU?	1	2	3	4	5
HOW WELL ARE YOU COMMUNICATING?	1	2	3	4	5

WHICH SITUATIONS GIVE YOU THE MOST DIFFICULTY WITH COMMUNICATION? (Mark all that apply)

- Talking on the phone
- Conversations with family or friends
- Conversations with strangers
- Discussions about personal business
- Community Transactions (bank, pharmacy, travel agent, bus driver, etc.)
- Restaurants
- Doctor/Medical settings
- Work
- Giving directions
- Understanding others
- Other: _____

WHAT WOULD YOU LIKE TO TALK ABOUT DURING CONVERSATIONS?

- Funny stories about your children
- Your adventures as a young child/growing up
- Dating and getting married
- Being in the military
- Your worst jobs
- Your most important job/career
- Moving or traveling
- Hobbies or unique interests List: _____
- Family history/ancestry/genealogy
- Local events
- Current events
- Sports
- Politics/the economy/the government
- Weather
- Favorite meals/restaurants
- My house/home town/things to fix
- My stroke and/or other medical issues

WHICH COMMUNICATION SKILLS ARE THE MOST DIFFICULT FOR YOU?

- Getting someone's attention
- Introducing myself and others
- Explaining about aphasia and how I communicate
- Engaging in "small talk"
- Introducing new topics
- Interrupting
- Asking questions
- Talking about the present
- Talking about the past
- Answering familiar, predictable questions (e.g., "How was your weekend?")
- Answering questions that require a specifically-worded answer
 - (e.g., "I cooked red beet salad.")
- Explaining something using specific language and a sequence of steps
- Telling a story
- Telling a joke
- Holding my communication partner's attention
- Providing comfort
- Communicating how I feel
- Communicating specific physical needs quickly and accurately
- Expressing commands
- Following commands
- Resolving breakdowns
- Switching from expressing myself to listening
- Finding information I know that I have in my communication system
- Thinking to use another communication strategy
- Spelling
- Helping my communication partner with "clues"
- Staying on topic or on track in the conversation

DO YOU DO MOST OF THE COMMUNICATING FOR YOURSELF? YES NO

IF YOU ANSWERED "NO", WHO DOES? _____

WHAT DO YOUR COMMUNICATION FACILITATORS NEED TO LEARN TO DO?

- Not to interrupt
- Not to guess or fill in words unless I say it's OK
- To guess more efficiently by narrowing down the category of the target message
- Tell me what they do understand when I have difficulty communicating clearly
- Slow down when talking to me
- Give one item of info at a time when talking to me
- Write things down, draw, or gesture to help me understand better
- Help me answer yes/no questions by tagging them (yes....or no?)
- Ask me questions/give me opportunities to communicate
- Write down possible answers for me so I can point to them
- Help me find the correct pages/messages when I use my communication system

WHAT COMMUNICATION STRATEGIES DO YOU or YOUR FACILITATORS CURRENTLY USE? DESCRIBE THEM, and TELL US WHEN YOU USE THEM:

Strategy 1: _____

Strategy 2: _____

Strategy 3: _____

Strategy 4: _____

	Poorly		So-So		Very Well
HOW WELL DO YOU READ?	1	2	3	4	5

WHAT KINDS OF MATERIALS WOULD YOU LIKE TO READ?

- Popular Magazines Titles: _____
- Daily Newspaper Sections: _____
- Personal Letters
- Professional articles or journals
- Fiction – short books Topics: _____
- Fiction – long books Topics: _____
- Nonfiction Topics: _____
- Email
- Other: _____

	Poorly		So-So		Very Well
HOW WELL DO YOU WRITE?	1	2	3	4	5

WHAT KINDS OF THINGS WOULD YOU LIKE TO WRITE?

- Lists of things to buy or appointments to remember
- Bills and forms
- Cards
- Short personal letters
- Long letters
- Stories
- Business documents (letters, requests, manuscripts)
- Journals or diary entries
- Email

Allegato 5: Traduzione (a cura della Dott.ssa A. Riccardi) e adattamento dell'APHASIA NEEDS ASSESSMENT (©) 1997, revised 2006, Kathryn L. Garrett & David R. Beukelman

Traduzione - APHASIA NEEDS ASSESSMENT

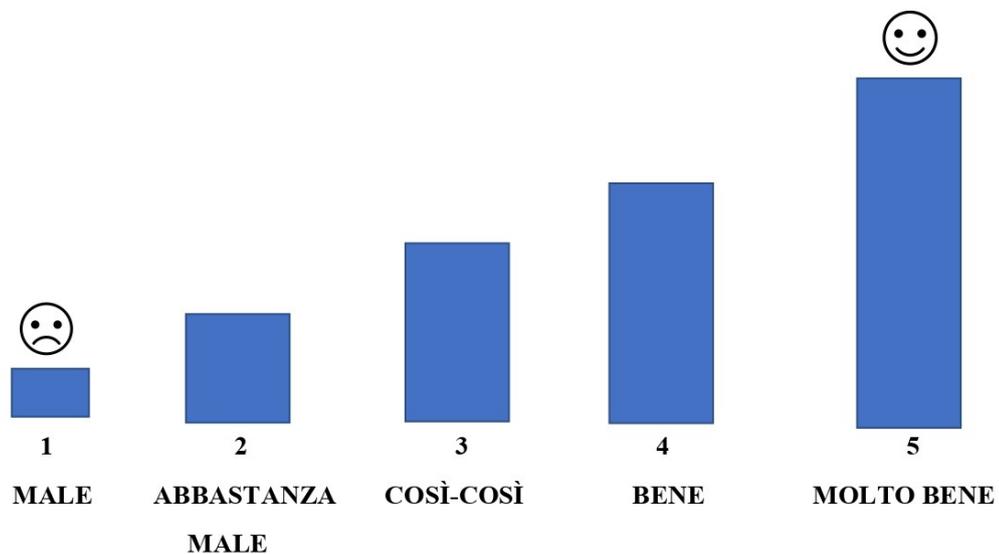
(©) 1997, revised 2006, Kathryn L. Garrett & David R. Beukelman

COMUNICATORE: _____ INFORMATORE: _____

INTERVISTATORE: _____ DATA: _____

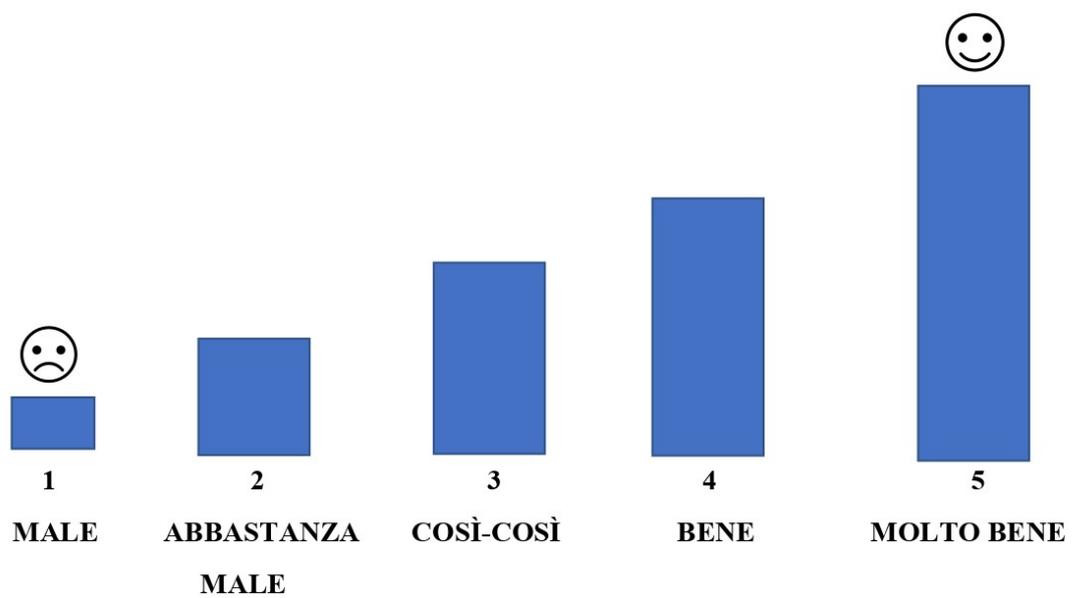
In una scala che va da 1 a 5, dove 1 è male e 5 è molto bene:

COME VANNO LE COSE PER LEI?



In una scala che va da 1 a 5, dove 1 è male e 5 è molto bene:

QUANTO BENE RIESCE A COMUNICARE?



**QUALI SITUAZIONI LE RISULTANO PIÙ DIFFICILI NELLA
COMUNICAZIONE?**

- Parlare al telefono
 - Conversazioni con la famiglia o gli amici
 - Conversazioni con estranei
 - Discussioni sugli affari personali
 - Transazioni comunitarie (banca, farmacia, agenzia di viaggi, autista di autobus, ecc.)
 - Ristoranti
 - Dal dottore o in ambiente medico
 - A lavoro
 - Dare indicazioni
 - Comprendere gli altri
 - Altro: _____
-

DI COSA LE PIACEREBBE PARLARE FACENDO CONVERSAZIONE?

- Storie divertenti riguardo i suoi bambini
- Le sue avventure da bambino/adolescente
- Relazioni personali e matrimonio
- Esperienze nell'esercito
- I suoi lavori peggiori
- I suoi lavori più importanti/la tua carriera
- Trasferimenti o viaggi
- Hobby o interessi personali

Elencali: _____

-
- Storia della famiglia/antenati/genealogia
 - Eventi locali
 - Attualità
 - Sport
 - Politica/economia/governo
 - Tempo (meteo)
 - Cibi preferiti/ristoranti
 - La mia casa/città natale/cose da sistemare
 - Il mio ictus e/o altri problemi medici

QUALI ABILITÀ COMUNICATIVE SONO PIÙ DIFFICOLTOSE PER LEI?

- Attirare l'attenzione di qualcuno
- Presentarmi agli altri
- Spiegare l'afasia e come comunico
- Chiacchierare
- Introdurre nuovi argomenti
- Interrompere
- Fare domande
- Parlare del presente
- Parlare del passato
- Rispondere a domande consuete e prevedibili (es. "Come è stato il tuo weekend?")
- Rispondere a domande che richiedono una risposta formulata in maniera specifica (es. "Ho preparato un'insalata di barbabietole rosse")
- Spiegare qualcosa usando un linguaggio specifico e una sequenza di passaggi
- Raccontare una storia
- Raccontare una barzelletta
- Mantenere l'attenzione del mio interlocutore
- Fornire conforto
- Comunicare come mi sento
- Comunicare esigenze fisiche specifiche in modo rapido e preciso
- Impartire/dare comandi
- Eseguire comandi
- Cercare di risolvere le interruzioni/problemi di comunicazioni
- Passare dall'esprimermi all'ascoltare
- Trovare informazioni che so di avere nel mio sistema di comunicazione
- Pensare di utilizzare un'altra strategia di comunicazione
- Ortografia
- Aiutare il mio interlocutore con "indizi"
- Rimanere sull'argomento della conversazione

FAI LA MAGGIOR PARTE DELLE COMUNICAZIONI IN AUTONOMIA

(da solo)? SI NO

SE HAI RISPOSTO “NO”, CHI LO FA PER TE?

COSA DEVONO IMPARARE A FARE I SUOI FACILITATORI COMUNICATIVI?

- Non interrompere
- Non indovinare o anticipare parole a meno che io non dica che va bene
- Indovinare in modo più efficiente, il senso del messaggio
- Dirmi cosa capiscono quando ho difficoltà a comunicare in maniera chiara
- Rallentare quando mi parlano
- Darmi un'informazione alla volta quando mi parlano
- Scrivere le cose, disegnarle o fare un gesto per aiutarmi a capire meglio
- Aiutarmi a rispondere alle domande sì/no dandomi le opzioni sì e no
- Farmi domande, darmi l'opportunità di comunicare
- Scrivermi le possibili risposte così che io le possa indicare
- Aiutarmi a trovare le pagine/messaggi corretti quando uso il mio sistema di comunicazione

QUALI STRATEGIE DI COMUNICAZIONE USATE ATTUALMENTE LEI O I SUOI FACILITATORI? Descriveteli e diteci quando li usate:

Strategia 1: _____

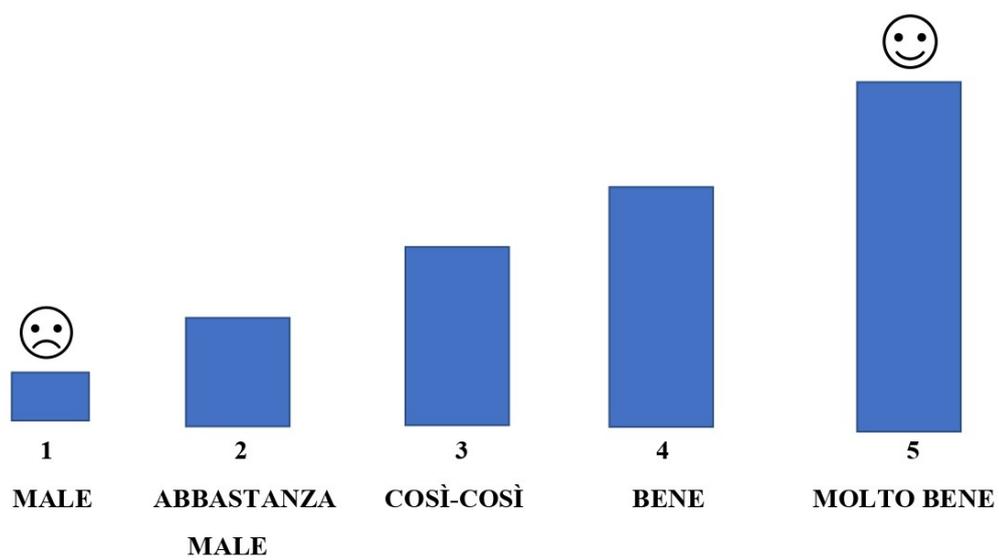
Strategia 2: _____

Strategia 3: _____

Strategia 4: _____

In una scala che va da 1 a 5, dove 1 è male e 5 è molto bene:

COME RIESCE A LEGGERE?



**(Le piace leggere? SI NO) CHE TIPO DI MATERIALE TI PIACEREBBE
LEGGERE?**

Riviste

Titoli: _____

Giornali quotidiani

Sezioni: _____

Lettere personali

Articoli o riviste professionali

Brevi libri Argomenti: _____

Lunghi libri Argomenti: _____

Saggistica

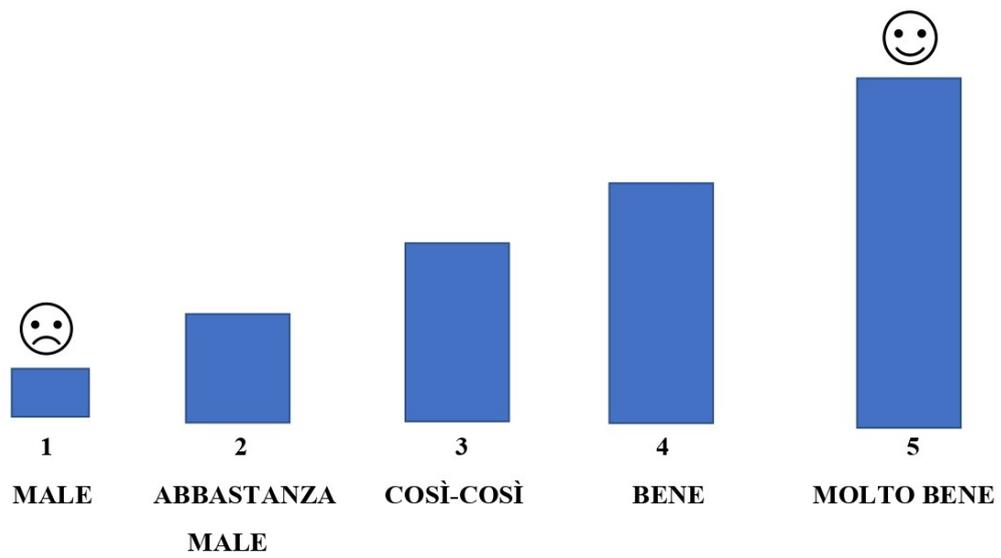
Argomenti: _____

Email

Altri: _____

In una scala che va da 1 a 5, dove 1 è male e 5 è molto bene:

COME RIESCE A SCRIVERE?



(Le piace scrivere? SÌ NO) CHE TIPO DI COSE LE PIACEREBBE SCRIVERE?

- Liste di cose da comprare o appuntamenti da ricordare
- Bollette e moduli
- Biglietti
- Brevi lettere personali
- Lunghe lettere
- Storie
- Documenti di lavoro (lettere, richieste, manoscritti)
- Diari o annotazioni di diario
- Email

Allegato 6: Communicative Effectiveness Index-Modified, CETI-M (Yorkston et al., 1999)

CETI-M VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA COMUNICATIVA IN VARIE SITUAZIONI

Compilato da: paziente familiare/amico/caregiver

Cerchiare il numero che nella scala descrive meglio la comunicazione in quella situazione.
Se si pensa che la comunicazione sia efficace cerchiare il 7.
Se la comunicazione non avviene per nulla, cerchiare 1.

1) Sostenere una conversazione con persone conosciute/familiari in un ambiente silenzioso

1	2	3	4	5	6	7
per niente efficace						molto
efficace						

2) Sostenere una conversazione con estranei in un ambiente silenzioso

1	2	3	4	5	6	7
per niente efficace						molto
efficace						

3) Sostenere una conversazione al telefono con una persona conosciuta/familiare

1	2	3	4	5	6	7
per niente efficace						molto
efficace						

4) Sostenere una conversazione con bambini piccoli

1	2	3	4	5	6	7
per niente efficace						molto
efficace						

5) Sostenere una conversazione al telefono con estranei

1	2	3	4	5	6	7
per niente efficace						molto
efficace						

6) Sostenere una conversazione mentre si viaggia in macchina

1	2	3	4	5	6	7
per niente efficace						molto
efficace						

7) Sostenere una conversazione con qualcuno a una certa distanza

1	2	3	4	5	6	7
per niente efficace						molto
efficace						

8) Sostenere una conversazione con qualcuno in un ambiente rumoroso

1	2	3	4	5	6	7
per niente efficace						molto
efficace						

9) Sostenere una conversazione davanti ad un gruppo di persone

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

per niente efficace
efficace

molto

10) Sostenere una lunga conversazione con qualcuno (oltre un'ora)

1
per niente efficace
efficace

2

3

4

5

6

7
molto

Allegato 7: Griglia di rilevazione linguistica-comunicativa per il caregiver del paziente afasico

Griglia di rilevazione linguistica-comunicativa per il caregiver del paziente afasico

Nome e cognome del paziente _____ Data di nascita _____
Età _____ Data compilazione _____

ISTRUZIONI per la compilazione:

Segni con una X tutte le parole che il suo familiare dice spontaneamente, anche se usa una parola diversa da quella riportata nella lista che abbia un identico significato (es. calze / calzini), o che abbia una pronuncia diversa (es. "pappe" invece di "scarpe").

Indichi poi con una X, per le parole da lei contrassegnate, anche la frequenza di utilizzo di queste ultime utilizzando la scala riportata di fianco ("quasi mai", "raramente"; "a volte", "spesso", "sempre").

** Sotto ogni categoria, nella voce "altro" può aggiungere eventuali altre parole dette e segnare di fianco la frequenza con la quale le dice (come per le altre indicare se la parola viene detta "quasi mai", "raramente"; "a volte", "spesso", "sempre")*

Sezione 1: ambiente domestico

A. Scansione temporale

Il suo familiare utilizza le seguenti parole (una o più) per riferirsi alla scansione temporale e dei pasti in ambiente domestico? Se sì, quali? E se sì, quanto spesso?

PAROLE	FREQUENZA D'USO				
<input type="checkbox"/> Colazione	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Pranzo	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Cena	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Mattina	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Pomeriggio	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Sera	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Notte	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Oggi	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Domani	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Dopo / poi	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

*Altro:

B. Luoghi della casa

Il suo familiare utilizza i seguenti termini per riferirsi ai luoghi della casa? Se sì, quali? E se sì, quanto spesso?

PAROLE	FREQUENZA D'USO				
<input type="checkbox"/> Cucina	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Bagno	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Salotto/sala/salone	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Camera da letto	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Terrazzo	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Balcone	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Giardino	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Garage	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Soffitta	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

*Altro:

C. Oggetti della casa

Il suo familiare utilizza i seguenti termini per denominare / chiedere i seguenti oggetti della casa? Se sì, quali? E se sì, quanto spesso?

PAROLE	FREQUENZA D'USO				
<input type="checkbox"/> Televisione/TV	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Telefono/ cellulare	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Caricatore/ caricabatterie	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Giornale	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Orologio	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

2

<input type="checkbox"/> Scopa	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Aspirapolvere	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Porta	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Coperta	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Cuscino	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Luce	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Divano/ poltrona	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Letto	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Wc/water/ gabinetto	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Doccia	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Vasca da bagno	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Lavandino	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Sedia	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Finestra	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Tavolo	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

*Altro:

D. Cibi e bevande

Il suo familiare utilizza i seguenti termini per riferirsi ai cibi e/o bevande? Se sì, quali? E se sì, quanto spesso?

PAROLE	FREQUENZA D'USO				
<input type="checkbox"/> Pasta	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Riso	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Pane	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Pomodoro	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

<input type="checkbox"/> Olio	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Sugo	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Pesce	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Carne	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Pollo	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Uova	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Verdura	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Patate	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Insalata	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Minestrone/ Minestrina/ Pastina/ brodino	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Latte	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Caffè	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Thè	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Frutta	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Mela	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Pera	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Banana	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Arancia	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Vino	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Biscotti	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Dolce	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Gelato	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Sale	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Zucchero	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

*Altro:

E. Abbigliamento

Il suo familiare utilizza i seguenti termini per denominare i capi di abbigliamento? Se sì, quali? E se sì, quanto spesso?

PAROLE	FREQUENZA D'USO				
<input type="checkbox"/> Pantaloni	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Maglia/ Maglione	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Felpa	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Tuta	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Canottiera	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Mutande	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Reggiseno	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Calzini	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Scarpe	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Ciabatte	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Pigiama	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Gonna	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Sciarpa	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Jeans	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Anello/fede	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Collana	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Pantofole/ ciabatte	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Cappello	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Giacca/ Cappotto	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

*Altro:

F. Stati d'animo

Il suo familiare utilizza i seguenti termini per riferire i suoi sentimenti o i suoi stati d'animo? Se sì, quali? E se sì, quanto spesso?

PAROLE	FREQUENZA D'USO				
<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Felice	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Preoccupato	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Stanco	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Arrabbiato	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

*Altro:

G. Medicine

Il suo familiare utilizza termini relativi ai farmaci da lui utilizzati? Li denomina? (oppure se dice solo "medicina", "pasticca", "pillola")

Se SÌ, scrivere di seguito i nomi utilizzati e la frequenza d'uso ("*quasi mai*", "*raramente*"; "*a volte*", "*spesso*", "*sempre*"):

Sezione 2: **bisogni e necessità**

Il suo familiare utilizza i seguenti termini per riferire i suoi bisogni o le sue necessità? Se sì, quali? E se sì, quanto spesso?

PAROLE	FREQUENZA D'USO				
<input type="checkbox"/> Acqua	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Sete (es. ho sete, bere)	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Cibo	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

6

<input type="checkbox"/> Fame (es. ho fame, mangiare)	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Pipi/bagno (es. mi scappa la pipi)	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Cacca/bagno (es. devo andare in bagno)	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Lavare (lavarmi)	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Freddo (es. ho freddo/sento freddo)	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Caldo (es. ho caldo/sento caldo)	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Sonno (es. ho sonno, dormire)	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Dolore (es. ho male a/alla.....)	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Voglio (es. voglio	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Mi piace	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Non mi piace	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

*Altro:

Sezione 3: contesti sociali

A. Uscite, acquisti e tempo libero

Il suo familiare utilizza i seguenti termini quando uscite e/o vi recate a fare acquisti? Se sì, quali?

PAROLE	FREQUENZA D'USO				
<input type="checkbox"/> Carrello	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Supermercato	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Spesa	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Negozio	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Gettone	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Cassa	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Sacchetto/ busta	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Fila	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Comprare (compra/copro)	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Prendere (prendi/prendo)	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Mettere (metti/metto)	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Andare (andiamo/ vai/vado)	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Parcheggio	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Macchina	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Ascensore	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Scale	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Soldi	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Carta/ bancomat	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Mare	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Montagna	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Passeggiata	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

<input type="checkbox"/> Medicine	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Dottore	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Ospedale	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Palestra	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Chiesa	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

*Altro:

B. Parole di cortesia

Il suo familiare utilizza una o più di queste parole di socialità? Se sì, quali? E se sì, quanto spesso?

PAROLE	FREQUENZA D'USO				
<input type="checkbox"/> Buongiorno	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Ciao/salve	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Buonasera	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Arrivederci	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Grazie	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Prego	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Per favore	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Va bene/Ok D'accordo	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Mi scusi/ scusa	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

*Altro:

Sezione 4: nomi

Scriva i nomi che il suo familiare è solito utilizzare (*es. il suo nome o quello dei figli*):

Sezione 4: Gestii e comportamenti

Segni con una X se il suo familiare fa le seguenti azioni. Se le compie, indichi anche la frequenza:

<input type="checkbox"/> Usa dei gesti comunicativi per nominare o richiedere qualcosa? (<i>ad es. porta la mano all'orecchio per indicare il "telefono", gira il dito sulla guancia per "buono", annuisce con la testa per dire "sì" oppure la scuote per dire "no" ecc.</i>)	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Indica un oggetto che desidera?	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Imita o tenta di riprodurre parole ascoltate/dette a casa?	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Pronuncia bene le parole che dice?	<input type="checkbox"/> Quasi mai	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> Sempre

Allegato 8: Questionario di valutazione sull'utilizzo del supporto di CAA – paziente

Nome e cognome _____ Data _____

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE SULL'UTILIZZO DEL SUPPORTO DI CAA – PAZIENTE

1. Quanto spesso HAI CERCATO il supporto (quaderno/telefono) per aiutarti a comunicare?

0 	1	2	3	4 
MAI	RARAMENTE	QUALCHE VOLTA	SPESSO	SEMPRE

2. Quanto pensi sia stato UTILE questo supporto (quaderno/telefono)?

0 	1	2	3	4 
PER NULLA UTILE (non mi è servito)	POCO UTILE	ABBASTANZA UTILE	UTILE	MOLTO UTILE (mi è servito molto)

3. Quanto pensi di essere AUTONOMO nell'uso di questo supporto (quaderno/telefono)?

0 	1	2	3	4 
PER NULLA AUTONOMO (non lo uso mai da solo/a)	POCO AUTONOMO	ABBASTANZA AUTONOMO	AUTONOMO	MOLTO AUTONOMO (lo uso sempre da solo/a)

1

4. Quanto pensi che questo supporto (quaderno/telefono) sia stato ADEGUATO alle tue capacità e alle tue necessità?

0 	1	2	3	4 
PER NULLA ADEGUATO (non era per niente come lo immaginavo)	POCO ADEGUATO	ABBASTANZA ADEGUATO	ADEGUATO	MOLTO ADEGUATO (era esattamente come lo immaginavo)

5. Pensi che CONTINUERAI ad usarlo in futuro?

		
NO	NON LO SO	SI

6. SUGGERIMENTI per migliorare e/o modificare questo strumento:

Totale: ____/16

Allegato 9: Questionario di valutazione sull'utilizzo del supporto di CAA – caregiver

Nome e cognome _____ Data _____

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE SULL'UTILIZZO DEL SUPPORTO DI CAA – CAREGIVER

1. Quanto spesso il suo familiare ha cercato il supporto (quaderno/telefono) per aiutarsi a comunicare?

0	1	2	3	4
MAI	RARAMENTE	QUALCHE VOLTA	SPESSO	SEMPRE

2. Quanto pensa sia stato utile questo supporto (quaderno/telefono)?

0	1	2	3	4
PER NULLA UTILE	POCO UTILE	ABBASTANZA UTILE	UTILE	MOLTO UTILE

3. Quanto pensa che il suo familiare sia autonomo nell'uso di questo supporto (quaderno/telefono)?

0	1	2	3	4
PER NULLA AUTONOMO (non lo uso mai da solo/a)	POCO AUTONOMO	ABBASTANZA AUTONOMO	AUTONOMO	MOLTO AUTONOMO (lo uso sempre da solo/a)

4. Quanto pensa che questo supporto (quaderno/telefono) sia stato adeguato alle capacità e alle necessità del suo familiare?

0	1	2	3	4
PER NULLA ADEGUATO (non era per niente come lo immaginavo)	POCO ADEGUATO	ABBASTANZA ADEGUATO	ADEGUATO	MOLTO ADEGUATO (era esattamente come lo immaginavo)

5. Pensa che il suo familiare continuerà ad usarlo in futuro?

NO	NON LO SO	SI
----	-----------	----

6. Suggestimenti per migliorare e/o modificare questo strumento:

Totale: ____/16