

CHE COS'E' L'AUTISMO ?

L'autismo oggi non è considerato una condizione patologica unitaria, ma un insieme di disturbi dello sviluppo, ad insorgenza precoce e pervasiva per tutto l'arco della vita, che si manifestano con uno sviluppo anomalo e con una chiara deviazione dalla norma in più linee dello sviluppo e nell'integrazione complessiva della personalità.

Gli esseri umani sono circondati da altre persone oltre che dagli oggetti del mondo esterno. Che tipo di relazione regola i contatti tra gli umani? In che cosa tale relazione è diversa da quella che regola il loro rapporto con il mondo esterno? Questi sono gli interrogativi che la psicologia e le neuroscienze si sono poste e che ognuno di noi si trova di fronte nel rapporto con un soggetto autistico.

In termini diagnostici, nell'ultima edizione del DSM V ¹ (manuale diagnostico per i disturbi mentali), si definiscono come "*Disturbi dello Spettro Autistico*" (ASD) e sono caratterizzati da una disfunzione significativa nelle aree della interazione sociale e della comunicazione, verbale e non verbale, associata ad un repertorio di comportamenti, interessi ed attività molto ristretto e disfunzionale. Queste criteri generali sono poi declinati in tre gradi di gravità, a seconda delle capacità di adattamento ed autonomie del soggetto e del grado di supporto necessario.

Oggi questa definizione racchiude un ampio spettro di condizioni che vengono specificate da tre livelli di gravità: da condizioni associate a severa disabilità intellettiva e problematiche neurologiche che limitano l'autonomia del soggetto e richiedono un costante supporto, a forme cosiddette ad "alto funzionamento" con buone competenze cognitive e presenza di linguaggio, in cui l'area più compromessa permane l'interazione sociale; queste forme erano precedentemente definite come "Sindrome di Asperger".

BREVE STORIA degli AUTISMI

Le prime descrizioni risalgono agli inizi del '900 da parte di Sante de Sanctis, ma è Kanner che descrive il quadro classico di autismo infantile precoce. Nel 1943 Kanner utilizzò il termine Autismo (= se stesso) per denominare una sindrome clinica comportamentale osservata in 11 bambini che si caratterizzavano per l'incapacità a stabilire e mantenere rapporti normali con le persone, compresa la madre, ad usare il linguaggio a fini comunicativi e per la mancanza di attività immaginativa.

Nella seconda metà del '900 la psicoanalisi ha avuto un ruolo di primo piano nelle iniziali scienze della mente ed in particolare negli studi sullo sviluppo infantile; l'autismo venne descritto come il paradigma del disturbo relazionale precoce: la "causa" era attribuita al deficit di contatto affettivo tra madre e bambino (le "*madri frigorifero*" di B. Bettelheim). Solo alla fine degli anni '80 F. Tustin, allora presidente dell'Associazione psicoanalitica inglese e responsabile della principale clinica psicoanalitica, la Tavistock clinic di Londra, scrisse una famosa lettera di scuse alle madri "per aver aggiunto dolore a dolore" alla loro esperienza di genitori di bambini con autismo.

¹ American Psychiatric Association- *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Milano, R. Cortina 2014

Dalla fine degli anni '70 lo sviluppo delle ricerche sulle caratteristiche cognitive e neuropsicologiche (studi sull'organizzazione percettiva, l'attenzione, il linguaggio, le competenze sociali, l'attaccamento, l'imitazione e l'organizzazione motoria) nelle diverse condizioni di disturbi generalizzati dello sviluppo ha portato al definitivo abbandono delle ipotesi psicogenetiche come causa del disturbo autistico e si sono sviluppati diversi modelli teorici e clinici nel tentativo di individuare le funzioni deficitarie alla base dell'autismo.

Sintesi dei principali modelli :

Teoria della Mente (ToMM): ipotizza un deficit nella capacità di comprendere le intenzioni e gli stati mentali dell'altro (credenze, desideri, scopi...) e di prevedere il comportamento dell'altro sulla base di questi. Negli anni '80 questo è stato il modello di riferimento ed i test sulla "falsa credenza" vennero usati per documentare le specifiche difficoltà dei soggetti con autismo. Non sapere cosa l'altro può aspettarsi o desiderare determina una incapacità di orientarsi socialmente e di comunicare se non con comportamenti problematici o manifestazioni reattive (pianto, rabbia). Queste carenze sono tipiche nelle forme più severe, mentre spesso i soggetti con autismo ad alto funzionamento o sd. di Asperger riescono a superare i test di "falsa credenza" pur mostrando altri aspetti tipici del disturbo autistico.

Teoria "socio-affettiva" basata sul deficit di intersoggettività: riprende l'intuizione originale di Kanner e ne propone una base empirica. Hobson descrive il deficit primario come un'alterazione dei meccanismi innati del legame Io-Tu, cioè dell'intersoggettività originaria, mentre i deficit cognitivi relativi alla "teoria della mente" ne sarebbero una conseguenza. Questo modello si sviluppa a partire dalle numerose ricerche sull'imitazione: capacità spontanea ed innata, documentata da Meltzoff, già alla fine degli anni '70, in neonati di 18 ore di vita!

Deficit delle Funzioni Esecutive: ipotizza deficit a carico delle funzioni neuropsicologiche di base che sovrintendono la pianificazione, il controllo, il monitoraggio, il coordinamento e l'esecuzione di azioni e sequenze di azioni finalizzate, dette appunto funzioni esecutive (FE). Questo modello si basa su molti riscontri neurofisiologici che documentano alterazioni a carico dei lobi frontali (sede delle FE) e delle connessioni fronto-parietali, riscontrate in molte ricerche su soggetti con autismo. Nelle numerose ricerche cliniche svolte negli anni '90, a partire dal modello originale di Ozonoff, è stato documentato come i deficit delle FE siano presenti nella totalità dei soggetti con autismo, in modo ancora più rilevante dei deficit della ToMM. I limiti di questo modello sono dati alla difficoltà a spiegare le particolari "isole di abilità" presenti in alcuni soggetti con autismo e ben descritti in letteratura (cfr. "Rain Man").

Deficit di coerenza centrale: caratterizzato da incapacità di cogliere il significato globale dell'esperienza, senza perdersi nei dettagli, questo sia a livello della percezione, visiva ed uditiva, sia a livello comunicativo-relazionale. Caratteristica molto comune nei soggetti con autismo è la predilezione per i dettagli e le forme astratte e, in relazione al linguaggio, non è tanto compromessa la comprensione delle singole parole, ma la loro connessione semantica in insiemi significativi (sul linguaggio nell'autismo sono fondamentali gli studi di U. Frith e M.J. Snowling) : da questi deficit risulta un'esperienza percettiva disorganizzata e frammentata, caratterizzata da una carenza nella tendenza spontanea del nostro cervello ad organizzare la percezione in insiemi significativi, una debole "coerenza centrale", anche in presenza di pur notevoli "abilità" settoriali.

Nessuno di questi modelli è risultato del tutto esplicativo del "mondo autistico", ma ognuno di essi ha colto aspetti peculiari del "funzionamento autistico" e si è via via arricchito di dati clinici sperimentali e di osservazioni derivati dagli sviluppi delle neuroscienze, in particolare dalle tecniche di neuroimaging, in grado di cogliere aspetti funzionali, in vivo, dell'attività cerebrale.

Nel corso dell'ultimo decennio si è abbandonata l'ipotesi di individuare una causa unica dell'autismo e si è cercato di integrare i modelli teorici con le evidenze sperimentali e le nuove conoscenze sul funzionamento del cervello e del suo sviluppo.

Il sistema dei NEURONI SPECCHIO, una delle più importanti scoperte della neurofisiologia alla fine del secolo scorso, ha determinato la possibilità di una maggiore comprensione del "mondo autistico". Un gruppo di neurologi dell'Università di Parma, coordinati dal prof. G. Rizzolatti, ha individuato un sistema di neuroni che si attiva nello stesso modo sia quando viene eseguita un'azione, sia quando la stessa azione è osservata dal soggetto. Questa scoperta iniziale nel macaco ("*scimmia vede, scimmia fa*") è stata riscontrata anche nell'uomo e successivamente individuata anche in altre aree corticali ed in particolare in aree del sistema audiomotorio: le proprietà principali dei neuroni specchio sono dunque quelle di attivarsi sia nella percezione (alla vista e/o al suono) di un'azione dotata di significato, sia durante l'esecuzione della stessa azione. Questa capacità di singoli neuroni, di essere responsabili sia di aspetti percettivi, sia di aspetti motori è una vera rivoluzione rispetto alle conoscenze tradizionali delle nostre cellule nervose e fornisce la base neurofisiologica per spiegare le capacità imitative, presenti non solo nella nostra specie.

Un deficit nello sviluppo del sistema dei neuroni specchio può essere considerato la base neurofisiologica comune dei disturbi dell'interazione sociale, in particolare nei casi in cui i deficit imitativi e dell'orientamento sociale appaiono primari: verrebbe a mancare la base neurobiologica per la comprensione dell'azione e delle intenzioni dell'altro.²

LE CAUSE

Attualmente, pur nella varietà dei modelli interpretativi, la maggior parte del mondo scientifico è concorde nel considerare i disturbi dello spettro autistico un insieme che, pur presentandosi all'osservazione clinica con alcune caratteristiche comuni, non è un'entità clinica singola ma un insieme di sindromi: oggi si parla di "autismi"; di conseguenza le cause all'origine sono multifattoriali e di diverse eziologie. Un altro punto di accordo è il ruolo della genetica; l'autismo è considerata una malattia geneticamente complessa: è documentata un'alta concordanza nei gemelli e sono numerosi i loci genetici collegati all'autismo. In particolare il gene della relina (RELN) svolge un ruolo fondamentale per il posizionamento dei neuroni durante l'embriogenesi ed è implicato anche nel rimodellamento delle sinapsi (ruolo post-natale).

I disturbi dello spettro autistico (ASD) sarebbero una via finale comune di situazioni patologiche di svariata natura e con diversa etiologia. La natura organica di questi disturbi è documentata dalla frequente associazione di altri sintomi neurologici: epilessia e alterazioni EEG (in circa 30 - 50 % dei casi) emorragie cerebrali ed altre sindromi genetiche (X-fragile, Sclerosi Tuberosa, forme di Trisomia 21, Fenilchetonuria) Ritardo Mentale (nel 70 - 90%) ed infezioni pre-perinatali (CMV, toxoplasmosi, Rosolia congenita). Inoltre nel 30-50% dei casi sono documentate alterazioni neurologiche (ipotonia, ipertonìa, movimenti involontari, impaccio, tremori) disfunzioni dei nuclei della base, in particolare delle strutture collegate al lobo frontale e/o al sistema limbico.

In sintesi oggi la base neurobiologica dei ASD è da ricondurre a disturbi dello sviluppo del sistema nervoso centrale, dovuta a cause diverse, ma la cui risultante comune è un'alterata connettività tra aree associative corticali, in particolare fra i lobi frontali ed i lobi temporo-parietali (numerosi sono oggi i dati che documentano queste alterazioni nei primi tre anni di vita) ed è a queste alterazioni, definite "disconnessione dello sviluppo", che si possono ricondurre i deficit dei sistemi dei neuroni specchio.

² V. Gallese, *La molteplicità condivisa. Dai neuroni mirror all'intersoggettività*, in A. Ballerini, F Barale, et alt., *Autismo. L'umanità nascosta*. Einaudi, Torino, 2006

EPIDEMIOLOGIA

L'autismo non presenta prevalenze geografiche e/o etniche, è stato descritto in tutte le popolazioni del mondo, di ogni razza o ambiente sociale. Presenta, viceversa, una prevalenza di sesso, in quanto sembra colpire i maschi in misura da 3 a 4 volte superiore rispetto alle femmine e questa è un'ulteriore conferma del ruolo genetico.

Sulla base dei dati disponibili era stimata una prevalenza di 10 casi per 10000 (Fombonne, 2003; Volkmar et al., 2004). Questo dato, confrontato con quelli riferiti in passato ha portato a concludere che: attualmente l'autismo è 3-4 volte più frequente rispetto a 30 anni fa. Inoltre nel periodo 2005 – 2011 negli USA è segnalato un incremento dell'incidenza > al 10 -15% [Prevalenza in USA: 1:150 (2002) – 1:110 (2008) – 1.88 (2012)]. Questo aumento è sicuramente dovuto ad una maggiore definizione dei criteri diagnostici, con inclusione delle forme più lievi; alla diffusione di procedure diagnostiche standardizzate e ad una maggiore sensibilizzazione degli operatori, ma sembra indubbio un reale incremento dei casi di autismo.

CRITERI DIAGNOSTICI

La diagnosi dei disturbi dello spettro autistico si basa sui criteri delle classificazioni internazionali (DSM V e ICD 10), non esistono tuttora indicatori biologici univoci; e viene effettuata sull'osservazione e la valutazione del comportamento con strumenti standardizzati (le scale ADOS-2³ e ADI-R⁴, associate alla valutazione dei comportamenti adattativi con la scala Vineland⁵, sono attualmente le più accurate) rilevando: A) deficit permanenti nella comunicazione e nelle interazioni sociali e B) modelli di comportamento, interessi o attività ripetitivi e ristretti. Accanto ai criteri diagnostici è molto utile la valutazione funzionale con i criteri ICF⁶ per definire le priorità degli interventi, l'entità del supporto necessario e la definizione del percorso didattico individualizzato.

TRATTAMENTI ABILITATIVI

Dalla varietà di forme e di condizioni cliniche all'origine dei disturbi dello spettro autistico è ovvio che non sia possibile un "metodo" unico, efficace in tutti i casi dei vari "autismi", ma è necessario considerare alcuni principi generali oggi condivisi (si vedano *Le Linee Guida del Ministero della Salute* e della *SINPIA*, reperibili in rete). I disturbi dello spettro autistico (ASD) conseguono a disordini del neurosviluppo che, nei primi anni di vita, alterano la capacità di entrare in relazione con gli altri (intersoggettività) e questo provoca effetti drammatici e distorsioni nello sviluppo emotivo, cognitivo e nelle capacità di adattamento al mondo esterno. L'importanza del trattamento precoce è dovuto proprio al fatto che prima si riesce a promuovere lo sviluppo dell'intersoggettività maggiormente si riducono i danni evolutivi.

Le priorità e gli interventi specifici necessari cambiano in relazione sia alle caratteristiche cliniche e funzionali, sia in relazione all'età ed alle risorse emotive e cognitive del soggetto con autismo. In generale, dopo aver promosso l'intersoggettività primaria, la capacità di indicare, l'attenzione condivisa e l'imitazione, occorre potenziare le competenze comunicative e, in caso di particolari deficit intervenire sui disordini percettivi e sulle abilità prassiche; questo in età prescolare: successivamente le priorità andranno

³ Michael Rutter, Ann Le Couteur e Catherine Lord - *ADI-R Autism Diagnostic Interview - Revised*, Giunti OS, Firenze, 2005

⁴ C. Lord, M. Rutter, et Al. - *ADOS-2 Autism Diagnostic Observation Schedule-Second Edition* - Hogrefe Editore, Firenze, 2013

⁵ S. Sparrow, et Al. - *Vineland Adaptive Behavior Scales* - Giunti OS, Firenze, 2003

⁶ ICF-CY - *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute* - Erickson, Trento, 2002

sul potenziamento cognitivo e sulle abilità sociali, inoltre occorrerà, se necessario, intervenire sui "comportamenti problema" e sulle eventuali condizioni cliniche associate.

Per una sintetica descrizione dei diversi approcci riabilitativi e di come dovrebbero essere articolati nel ciclo di vita si rimanda al prezioso volume della Prof.^{ssa} P. Venuti, responsabile del Laboratorio di Osservazione Diagnosi e Formazione dell'Università di Trento e collaboratrice del NIH Bethesda⁷.

I principali "metodi" giudicati utili nel trattamento dei ASD (*cf. Linee Guida per l'Autismo - SINPIA*) si distinguono in approcci comportamentali ed in modelli evolutivi. I principali in uso nel nostro paese sono:

A) Metodi comportamentali

1 - ABA : *Applied Behavioral Analysis*

2 - TEACCH : *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*

B) Modelli evolutivi :

1 - DIR : *Developmental Individual Difference Relationship-Based / Floortime Model*

2 - ESDM : *Early Start Denver Model*

Quest'ultimo modello, meno conosciuto in Italia anche perché di più recente introduzione, rappresenta il modello che, allo stato attuale, meglio traduce le conoscenze scientifiche relative allo sviluppo infantile ed al funzionamento del "cervello autistico" in una serie di buone prassi cliniche che uniscono le caratteristiche evolutive necessarie per lo sviluppo dell'intersoggettività e le tradizionali tecniche di apprendimento su base cognitivo-comportamentale e vengono definite in modo personalizzato sulle caratteristiche funzionali e sui bisogni evolutivi del soggetto.

COSA FARE A SCUOLA ?

L'intervento educativo è di primaria importanza per i soggetti con ASD, per questo il percorso scolastico dovrebbe essere fortemente integrato con il progetto ri-abilitativo.

Uno degli obiettivi principali del percorso scolastico dovrebbe essere quello di promuovere l'integrazione sociale attraverso la generalizzazione delle competenze acquisite in ambito ri-abilitativo ai contesti della vita quotidiana; questo potrà essere promosso tramite l'educazione alla comprensione degli stati emotivi e delle intenzioni degli altri, in primo luogo degli insegnanti e dei compagni.

All'interno di un "ambiente sicuro" inteso sia come spazi fisici, sia come relazioni, potrà poi essere definito il curriculum di apprendimenti didattici adeguato allo sviluppo cognitivo. Questa attenzione iniziale è l'approccio più utile per ridurre l'ansia sociale e prevenire l'insorgenza di comportamenti problematici.

Organizzazione dello spazio e modalità operative

Il disordine percettivo, presente in molti soggetti con ASD, crea ansia in ambienti nuovi e di fronte ad ogni cambiamento imprevisto; per questo è importante strutturare spazi organizzati in modo semplice e la disposizione degli arredi e degli oggetti dovrebbe favorire la comprensione delle azioni da svolgere: occorre favorire un ambiente prevedibile e costante.

⁷ P. Venuti - *Intervento e Riabilitazione nei disturbi dello spettro autistico* - Carocci editore, Roma 2012

Accanto ai momenti comuni in classe sarebbe ideale poter disporre di almeno 3 aree distinte dove lavorare individualmente ed in piccoli gruppi:

1 - Area delle attività sensoriali e/o occupazionali - In questo spazio l'allievo dovrebbe avere la possibilità di sperimentare le percezioni sensoriali (visive, uditive e tattili) e potenziare la coordinazione visuo-motoria (attività costruttive e grafo-motorie).

2 - Area motoria - la promozione della coordinazione motoria favorisce una maggiore consapevolezza di sé e dell'ambiente esterno; percorsi, motori, di equilibrio, lanci con la palla, costruzioni con cubi etc.. sono attività in cui è molto utile investire molto tempo, anche per promuovere i prerequisiti per l'apprendimento.

3 - Area cognitiva - spazio dedicato alle attività di potenziamento cognitivo dai processi di base (associare, classificare, seriare, sviluppare criteri di inclusione ed esclusione) alle competenze più complesse di problem solving e ragionamento astratto.

In classe, se è possibile, bisognerebbe organizzare un "angolo riservato" per svolgere un'attività in modo tranquillo e sereno. Per esempio, con un tavolino rivolto al muro, con dei pannelli laterali.

Una particolare attenzione, oltre allo spazio, è necessaria per il tempo: la giornata didattica va organizzata con una routine chiara e possibilmente stabile, per ridurre l'ansia e favorire in primo luogo lo sviluppo della capacità di previsione su "cosa verrà dopo".

Per ogni allievo con ASD occorre conoscere, o impegnarsi a scoprire, le particolari modalità sensoriali per presentare il materiale didattico attraverso il canale più adeguato; la maggior parte dei soggetti con ASD hanno un pensiero prevalentemente "visivo", ma vi sono casi in cui la maggior sensibilità può essere uditiva o tattile.

A tal fine la prima fase dell'intervento educativo dovrebbe essere finalizzata a conoscere le caratteristiche funzionali del soggetto: i suoi punti di forza e di debolezza, per poter scegliere cosa potenziare e cosa usare per proporre strategie alternative nei processi di apprendimento. In questa fase si possono usare le numerose scale di sviluppo, dal classico PEP-3⁸ alle schede di osservazione funzionale presenti nei volumi di P. Venuti⁹; il tempo impiegato per acquisire una personale conoscenza sul livello di sviluppo dell'allievo è prezioso e dovrebbe essere prioritario nei primi mesi di conoscenza con l'allievo. Questo permetterebbe di acquisire una maggiore competenza nell'integrare il percorso didattico con gli interventi abilitativi.

Teacher Training: modifiche a scuola

Approccio adeguato

- Incoraggiamento positivo
- Comunicazione emotiva
- Motivazione alla base di ogni proposta educativa
- Scelta degli obiettivi in accordo con l'equipe
- Regole e comportamenti chiaramente espressi e visivamente rappresentati

⁸ PEP-3 Profilo Psicoeducativo - Vannini editrice, Brescia, 2006

⁹ P. Venuti - Scheda osservativa per la valutazione delle funzioni di base di soggetti autistici, in Venuti - L'autismo. Percorsi d'intervento. Carocci editore, Roma 2003 e P. Venuti - L'intervento in rete per i Bisogni Educativi Speciali, Erickson, Trento, 2010

- Organizzazione delle attività e preparazione del materiale
- Aiuto nel mantenere l'attenzione e previsione di tempi di "pausa"

Cambiamenti strutturali

- Rimuovere i distrattori dalla classe (presentare all'allievo solo i materiali necessari per l'attività prevista)
- Posizione strategica dei banchi
- Attenzione all' "angolo di lavoro" dell'allievo con ASD
- Materiale per l'apprendimento visivo
- Attenzione nello stabilire e favorire il contatto oculare
- Proporre schematizzazioni e colori vivaci
- Favorire la formazione di partner di lavoro (principi di "cooperative learning")
- Variazioni nel tono di voce per enfatizzare i contenuti emotivi della comunicazione
- Presentare specifici riferimenti temporali (Agenda visiva: calendario delle attività della giornata con immagini e/o foto)

Il materiale

- Programmare poche attività alla volta.
- Presentare un'attività alla volta; è necessario preparare in anticipo i materiali necessari.
- Utile "ritualizzare" l'inizio e la fine delle singole attività utilizzando marcatori e gesti significativi.
- Lo scopo dell'attività deve essere chiaro e significativo. Si possono utilizzare gli interessi specifici dell'allievo come supporto all'attività didattica e man mano diminuirne l'uso.
- Offrire la possibilità di scegliere tra due alternative ed attendere un tempo di risposta adeguato.

Le modalità

- Una nuova attività all'inizio deve durare poco e comprendere pochi passaggi, e man mano allungate i tempi e aggiungete una fase.
- Assicurarsi che vi sia sempre un contatto visivo mentre si interagisce con lui; (es. modulando la voce con richiami diversi, facendo facce buffe).
- Favorire l'imitazione di gesti, suoni, azioni ed espressioni.
- Commentare con poche parole, semplici e contestuali con volume di voce non elevato, rispettando le pause e modulando l'intonazione.
- Utilizzare gesti significativi (indicare - aspetta - ancora - guarda - ascolta - finito - dopo via -.....), tali gesti dovranno essere comuni a tutti gli interlocutori, (scuola, terapia, altre attività...)
- Utilizzare poche azioni precise e ripetute.
- Non anticipare o sostituire azioni e risposte significative lasciando spazio all'intenzionalità comunicativa, cognitiva e sociale: è molto importante saper ASPETTARE....
- Utilizzare gli altri allievi come "insegnanti". Spesso il soggetto con difficoltà si fa più facilmente coinvolgere dai compagni che imita e utilizza come modelli.
- Calibrare bene le attività sulle reali capacità dell'allievo: è indispensabile agire vicini al "*punto di sviluppo prossimale*".

Promuovere lo sviluppo delle abilità comunicative e del linguaggio

Il soggetto con ASD non è chiuso alla comunicazione: non ha strumenti, o ne pochi e non sa come usarli per comunicare; per questo lo sviluppo di tali abilità è un compito educativo primario.

Nei soggetti non verbali occorre promuovere tecniche di CAA ("Comunicazione Alternativa Aumentativa") che si avvale di supporti visivi (schede PECS), oggi presenti anche in supporti informatici e di più facile utilizzo. Per un uso efficace di tali strumenti è indispensabile non solo insegnarne l'uso al soggetto con ASD,

ma anche ad un numero sufficientemente ampio di persone vicine: familiari, insegnanti e compagni di classe.

L'obiettivo prioritario deve essere sempre lo sviluppo di capacità comunicative anche solo in modo funzionale, per poter operare scelte nelle diverse situazioni della vita quotidiana.

La possibilità di comunicare è il principale fattore per prevenire e ridurre l'insorgenza dei comportamenti problematici.

Per i soggetti che hanno raggiunto competenze verbali gli obiettivi didattici dovrebbero essere finalizzati allo sviluppo del linguaggio: dall'arricchimento lessicale alla costruzione sintattica e, soprattutto è necessaria una particolare attenzione alla semantica, spiegando il significato dei singoli lemmi in connessione con esperienze concrete e vissute dal soggetto; infine sarà necessario promuovere la pragmatica comunicativa e la comprensione degli enunciati e del testo scritto, base necessaria per una maggiore integrazione sociale e per gli apprendimenti curricolari.

IL LINGUAGGIO: prospettiva pragmatica

➤ di che cosa parlo?	contenuto - <u>semantica</u>
➤ come parlo?	forma della <u>lingua</u>
➤ perché parlo?	uso <u>pragmatica</u>

1. favorire la comunicazione spontanea

- incoraggiare i tentativi comunicativi: riconoscere un atto comunicativo, notificare con la voce, il corpo, il contatto e l'espressione
- ascoltare e capire: lasciare tempo, non anticipare, interpretare, riformulare, essere ridondanti
- mantenere il dialogo: espansione, estensione, sapere aspettare

2. migliorare le proprie competenze comunicative

- sapere ascoltare attivamente
- prendere l'iniziativa: attirare l'attenzione, fare scegliere.
- variare gli atti comunicativi (commentare, raccontare).
- accompagnarsi di gesti, mimiche.
- essere aderenti al contesto, adattare il livello di complessità.

3. moltiplicare le occasioni di interazioni comunicative

- riscoprire il piacere del gioco condiviso
- non si può non comunicare: sfruttare le numerose occasioni offerte dal quotidiano.
- creare situazioni comunicative nuove e divertenti: creare delle routine e modificarle, fingere di sbagliare o di dimenticarsi cose importanti, creare situazioni impreviste.

Sviluppare un codice comune con il soggetto ASD consiste nel dosare l'utilizzo di tutti i codici, canali e mezzi disponibili in funzione delle sue possibilità in un determinato momento e in determinate circostanze; è un fatto di adattamento reciproco che si sviluppa all'interno di una relazione significativa.