

L'intervento di Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA) in età evolutiva

Antonella Costantino*, Mara Marini**, Nora Bergamaschi**, Lucia Lanzini**

*Centro Sovrazonale di Comunicazione Aumentativa, Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

**Centro Sovrazonale di Comunicazione Aumentativa, Servizio di Neuropsichiatria Infantile, Azienda Ospedaliera di Treviso

Abstract

Augmentative and Alternative Communication in children and adolescents

More than 0.5% of children and adolescents have complex communication disabilities, which in absence of any interventions, may influence development, especially of cognitive and relational areas. It is necessary to enhance the existing communication strategies through Augmentative and Alternative Communication, in order to bypass the communication deficit and reactivate interactions and development. Symbol systems may be used, or photos, digital recorders that may "lend" the voice when necessary, assistive technology, or systems that allow functional reading and writing for people that have not reached alphabetical access or cannot use a pen. The system has to be multimodal in nature, flexible and sized on each individual; it has to follow the changing needs of the child due to growth and actively involve family and life context, according to a participated model. This article describes some of these aspects and their implications.

Quaderni acp 2007; 14(1): 34-38

Key words *Augmentative and Alternative Communication. Disability. Participation*

In età evolutiva, più dello 0,5 % della popolazione presenta disabilità complesse della comunicazione che, in assenza di adeguati interventi, interferiscono in modo significativo con lo sviluppo, in particolare nell'ambito cognitivo e relazionale. Diventa allora necessario potenziare le modalità di comunicazione esistenti, affiancandole con strumenti che permettano di superare il deficit comunicativo e di riattivare le relazioni con l'esterno, attraverso un intervento di Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA). Possono essere utilizzati sistemi di simboli o di immagini, strumenti digitali programmati per "prestare" la voce quando necessario, o tecnologie informatiche e strumenti computerizzati appositamente adattati, o modalità che consentano di leggere o scrivere anche a coloro che non sono in grado di usare l'alfabeto o la penna. Il sistema deve poter essere flessibile e su misura per ogni utente, seguendo progressivamente l'evolvere dei bisogni nel percorso di crescita, e soprattutto coinvolgere in modo attivo il contesto di vita, all'interno di un modello partecipato. Vengono descritti alcuni aspetti dell'intervento, e approfondite le implicazioni e ricadute.

Parole chiave *Comunicazione aumentativa e alternativa. Disabilità. Partecipazione*

Esiste una discreta quota di bambini con differenti tipi di disabilità che temporaneamente* o permanentemente presentano gravi problemi di comunicazione linguistica con l'ambiente che li circonda, che si ripercuotono sulla globalità della persona. La possibilità di stabilire una forma di comunicazione, e quindi di entrare in contatto con gli altri, è infatti fondamentale per lo sviluppo relazionale e cognitivo oltre che per garantire l'acquisizione di un ruolo sociale nel contesto di vita, in sintonia con i bisogni e le aspettative proprie dell'età. I dati epide-

miologici mostrano un'area di bisogno consistente (1). Circa il 2% della popolazione italiana tra 0 e 18 anni è disabile, e almeno un quarto di essi presenta disturbi di comunicazione transitori o permanenti, per un totale di almeno 50.000 bambini e ragazzi (2).

La messa in campo tempestiva di interventi di Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA) può avere un ruolo importante nel prevenire sia un ulteriore impoverimento simbolico e cognitivo che la comparsa di patologie psichiatriche secondarie. La CAA è "ogni comu-

nicazione che sostituisce o aumenta il linguaggio verbale", ed è "un'area della pratica clinica che cerca di compensare la disabilità temporanea o permanente di individui con bisogni comunicativi complessi attraverso l'uso di componenti comunicativi speciali o standard" (3-4). Si tratta quindi di un intervento e non di una tecnica, e come tale può utilizzare tante "tecniche" diverse. L'aggettivo "aumentativa" sta a indicare la continua attenzione non a sostituire ma ad accrescere la comunicazione naturale, utilizzando tutte le competenze dell'individuo e includendo le vocalizzazioni o il linguaggio verbale residuo, i gesti e i segni. Il termine "alternativa" è stato invece progressivamente sempre meno utilizzato perché le situazioni in cui l'intervento è "in alternativa" al linguaggio verbale sono pochissime (quasi esclusivamente le malattie neurologiche progressive).

L'utilizzo della CAA, inizialmente limitato a bambini con gravi problemi motori e sviluppo cognitivo nella norma, si è negli anni progressivamente esteso a disabilità molto differenti che possono coinvolgere l'intenzionalità comunicativa (disturbi autistici), le componenti espressive e motorie del linguaggio (paralisi cerebrali infantili, amiotrofia muscolare spinale, distrofia muscolare), la comprensione linguistica (alcune disfasie) o più spesso avere componenti miste (sindrome di Angelman, sindrome di Down e altre sindromi genetiche, ritardo mentale, disfasia grave, malattie neurologiche progressive, gli stessi disturbi dello spettro autistico ecc). Benché non tutti abbiano necessità di un intervento completo e a lungo termine, l'utenza potenziale rimane decisamente consistente.

Un sistema di CAA è una specie di "decodificatore immediato continuo" tra il linguaggio del bambino e il nostro, e viceversa. Possono essere utilizzati siste-

Per corrispondenza:
Antonella Costantino
e-mail: a.costantino@policlinico.mi.it

aggiornamento avanzato

mi di simboli o di immagini, in cui tutte le figure usate hanno scritto sopra la parola o il verbo che rappresentano, per renderle comprensibili anche al partner comunicativo (vedi figura). Il bambino può così riconoscere e indicare le immagini e l'interlocutore leggere le parole. Possono essere usati speciali registratori digitali programmati per "prestare" la voce **, o tecnologie informatiche e strumenti computerizzati appositamente adattati, o modalità che consentano di leggere o scrivere anche a coloro che non sono in grado di usare l'alfabeto o la penna. Non si tratta però solo di applicare una tecnica riabilitativa, ma di costruire un sistema flessibile su misura per ogni persona, da mettere in campo in tutti i contesti, poiché la comunicazione è un diritto fondamentale dell'individuo ed è per ognuno di noi necessaria e indispensabile in ogni momento, e non solo nella stanza di terapia. Tutti coloro che hanno a che fare con il bambino è come se dovessero imparare una nuova lingua, che come tale deve essere utilizzata in modo costante e soprattutto deve poter essere sempre a disposizione.

Si tratta di interventi assai diffusi all'estero, in particolare nei Paesi di lingua inglese che da sempre sono molto attenti al problema dei diritti e della qualità di vita, ma ancora poco presenti in Italia, anche per la mancanza di una cultura della comunicazione nelle situazioni di disabilità, che ha purtroppo permesso il permanere di pregiudizi che interferiscono con la buona riuscita degli interventi (per esempio la fantasia che l'uso di strumenti di CAA impedisca la strutturazione di un linguaggio verbale anziché facilitarla). L'enorme fiorire di ausili tecnologici di ogni genere ha paradossalmente peggiorato la situazione, nell'idea che "basta scegliere lo strumento giusto", anche senza un progetto "su misura" né training e supporto adeguati. Il rischio è di aspettative deluse per le famiglie e spreco di risorse e di possibilità.

Buona parte dei piccoli utenti presenta contemporaneamente diverse aree problematiche, e ciò rende necessaria la continua interazione di competenze professionali diverse (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, fisioterapista, educatore profession-

FIGURA: SISTEMI DI IMMAGINI



ale, informatico ecc.) in un quadro globale complesso e articolato.

Dopo molto dibattito, la letteratura è ormai concorde sul fatto che non vi siano prerequisiti minimi necessari nel bambino (non c'è quindi un livello cognitivo minimo, o di gravità, o di età al di sotto del quale è sconsigliato iniziare); vi sono invece caratteristiche minime dei servizi riabilitativi e dell'ambiente che sono indispensabili (5-6). In un contesto nel quale i Servizi di Neuropsichiatria infantile o riabilitativi mancano o non hanno operatori formati in comunicazione aumentativa, è molto difficile poter mettere in campo un sistema di CAA, poiché viene a mancare il supporto tecnico locale alla scuola e alla famiglia. Ancora più importante risulta essere il ruolo dell'ambiente, perché trattandosi di un intervento che va a permeare tutti i momenti della vita di un bambino, se non c'è la collaborazione attiva della scuola, della famiglia, dell'oratorio ecc., non basterà la migliore e più raffinata valutazione tecnica né il miglior servizio riabilitativo per consentire la buona riuscita degli interventi.

Due aree particolarmente importanti, all'interno dell'intervento di comunicazione aumentativa, sono la comunicazione iniziale e il costante aggiornamento del vocabolario, e in entrambe il ruolo attivo dell'ambiente di vita è assolutamente determinante. La loro conoscenza da parte del pediatra di base è importante per poter supportare adeguatamente dall'esterno gli interventi in corso, e nel caso della comunicazione iniziale anche per sensibilizzare le famiglie di tutti i bambini nella direzione di modalità di interazione che facilitino lo sviluppo della comunicazione e del linguaggio.

L'area della "comunicazione iniziale" include tutto il lavoro necessario a coinvolgere il bambino, partendo dai suoi

interessi e dai minimi spazi di aggancio (aspetto particolarmente importante nel bambino piccolo o in situazione di gravità), e a modificare/sensibilizzare l'ambiente perché possa meglio sostenere lo sviluppo comunicativo (7). È un'area che non tutti considerano appartenente a pieno titolo alla CAA, e che a volte viene ancora chiamata "lavoro sui prerequisiti". Le facilitazioni di base, utili molto precocemente (nel primo o al massimo secondo anno di vita) in tutte le situazioni in cui vi sia il minimo dubbio di possibili difficoltà nello sviluppo futuro della comunicazione, includono il sostegno alla "partner perceived communication", l'offerta di opportunità di scelta e l'introduzione di libri "su misura" (8). L'aumento della prevedibilità e del controllo del bambino sull'ambiente attraverso l'etichettatura, la striscia delle attività e altre modalità di utilizzo della CAA in entrata, oltre all'utilizzo mirato di ausili a uscita in voce, entrano in parallelo alle prime, in situazioni di maggiore complessità.

Particolare attenzione è posta al sostegno alla "partner perceived communication", una delle prime forme di comunicazione del bambino, quella "percepita dal partner", dipendente soprattutto dalla capacità recettiva e di dare significato dell'adulto. Qualunque attività o risposta del corpo, anche non intenzionale, può essere un segnale comunicativo potenziale, se viene prodotto in circostanze che sono interpretabili dai partner comunicativi. L'esempio tipico è il pianto del neonato, che inizialmente è solo un'espressione aspecifica di disagio senza alcuna consapevole intenzione comunicativa, e attraverso l'interazione continua con la madre e le risposte ricevute si modula, differenzia e assume progressivamente un significato comunicativo a tutti gli effetti. La capacità dell'adulto di raccogliere e dare significato è da tempo

nota come elemento di grande importanza per lo sviluppo della comunicazione e del linguaggio del bambino sano, ma diviene essenziale nel bambino con grave disabilità complessa o nell'autistico, dove i segnali possono essere molto difficili da cogliere, atipici o disturbati da continue interferenze, e per i partner comunicativi l'interazione può essere molto faticosa e richiedere continuo sostegno. Per svilupparsi, la comunicazione ha infatti bisogno della presenza di continue esperienze positive, che consentano di sperimentare che comunicare serve a qualcosa, che c'è un ritorno, incoraggiando così a interagire col mondo che ci circonda. L'intervento di comunicazione iniziale è molto centrato sul sostenere tutto il vasto ambito che porta allo sviluppo della comunicazione intenzionale e che precede la comunicazione simbolica, nella consapevolezza che la mancata risposta ai segnali del bambino induce un progressivo deterioramento della comunicazione e la perdita di fiducia nell'altro. Per proseguire l'esempio precedente, negli orfanotrofi rumeni i lattanti imparavano presto l'inutilità del pianto.

In parallelo, è necessario offrire al bambino opportunità (non obblighi!) di scelta in tutte le situazioni possibili. La scelta consente un ruolo attivo sull'ambiente, limita il rischio che sia sempre l'altro a interpretare il mio pensiero e consente la continua sperimentazione delle conseguenze delle proprie azioni. Pone inoltre le basi per un'autonomia futura e per un utilizzo di strumenti più elaborati di comunicazione. È importante partire da attività che interessano al bambino e che lo motivino a effettuare scelte: durante la lettura di un libro, davanti alla merenda, mentre si sta giocando con le bolle di sapone. Le proposte devono essere chiare (due oggetti non troppo vicini l'uno all'altro, posizionati in modo che possa quasi raggiungerli con la mano e quindi essere facilitato nell'indicare e chiedere), con un tempo sufficientemente lungo in modo da poter cogliere anche segnali minimi e molto lenti (davanti a un bambino che non parla, aspettare è sempre la cosa più difficile). Per sostenere la voglia di scegliere, può essere d'aiuto che all'inizio le due possibilità siano sufficientemente diverse, una che al bambino

piace e l'altra che verosimilmente non gli piace (*per esempio il gioco musicale che gli piace tanto e un pupazzo che non guarda mai, o le fragole che mangia sempre e aspetta con ansia e la mela che non gli piace*). Per un bambino che ha gravi difficoltà di comunicazione, offrire due alternative, entrambe molto gradite, rappresenta una trappola che pone adulto e bambino in situazione di stallo. Possiamo comprenderlo facilmente: se devo scegliere tra una fetta di torta alla panna e un pasticcino al cioccolato, faccio fatica a decidere, e continuo a passare dall'uno all'altro. Per poter scegliere, sperimentando gli effetti della mia scelta e conseguentemente imparando ad assumerne la responsabilità, devo poter avere di fronte due cose che hanno effetti diversi e ritorni diversi, rispetto a me e rispetto a cosa mi interessa. Se devo scegliere tra un pasticcino e del pane secco, mi è molto più facile capire la differenza e le conseguenze della mia scelta.

Nell'ambito delle scelte (e non solo) è poi di estrema importanza non effettuare verifiche prestazionali continue. Soprattutto in ambito scolastico è facile cadere nella tentazione di mettere continuamente alla prova, a maggior ragione con bambini che danno pochi ritorni. Immaginiamo che un bambino abbia indicato con gli occhi la banana anziché la mela tra le due merende possibili. L'insegnante sa che quel bambino non ha mai voluto la banana prima, e non si sente sicura della scelta. Invece di fargli semplicemente sperimentare le conseguenze, ed eventualmente lasciare a lui la responsabilità di far capire che non voleva la banana, sotto la pressione dell'ansia tende a fare ripetere la scelta, magari invertendo più volte di posto mela e banana. Il risultato è incredibilmente confusivo, soprattutto per un ragazzino che già ha delle notevoli difficoltà cognitive o di comprensione linguistica. Se fossimo noi al suo posto, penseremmo di avere sbagliato risposta, o che le banane non vanno proprio bene e a scuola si possono mangiare solo mele. Le verifiche sono fondamentali, ma vanno lasciate ai momenti e ai luoghi programmati.

Per alcuni bambini l'intervento di comunicazione iniziale è mirato anche a sostenere la comprensione. La possibilità di essere (o essere messi) in grado di

capire ciò che gli altri cercano di dire è un elemento senza il quale lo sviluppo della comunicazione è molto difficoltoso. Si tratta di un aspetto importante, perché spesso si scambia la comprensione linguistica con la comprensione intellettuale. Un bambino disabile può non capire perché non ce la fa dal punto di vista cognitivo, ma molti non capiscono perché non comprendono il linguaggio, un po' come succede a noi nei Paesi stranieri. A seconda del grado di compromissione della comprensione linguistica, possono non capire mai o quasi le parole o possono non capirle quando sono meno frequenti e conosciute, o quando la struttura della frase o del discorso diviene man mano più complessa e soprattutto lontana dalla realtà quotidiana. Ecco perché, in alcune situazioni, tra cui i disturbi dello spettro autistico, è di particolare importanza un uso della comunicazione aumentativa anche in entrata, cioè di un "decodificatore immediato continuo" per capire, oltre che per farsi capire, che ha la funzione di supportare e progressivamente di ampliare il livello della comprensione linguistica.

La seconda area di grande importanza, soprattutto nei ragazzi che sono arrivati alla possibilità di utilizzo di un sistema di comunicazione più complesso, con simboli e tabelle, è rappresentata dal costruire, condividere e soprattutto aggiornare il vocabolario di immagini. Effettuare la valutazione di un ragazzino, avviare l'intervento, scegliere un ausilio, decidere il tipo di simboli da usare è paradossalmente relativamente facile rispetto alla fatica di mantenere costantemente aggiornato il vocabolario che il bambino ha a sua disposizione, in modo consona a quelli che sono i suoi bisogni del momento. Per noi che possiamo attingere a un vocabolario illimitato è difficile da comprendere. Proviamo però a fare un esempio: fino a non molto tempo fa tutti i bambini della scuola elementare vedevano i Pokemon alla televisione. Di conseguenza, spesso un bambino con un sistema di Comunicazione Aumentativa sufficientemente elaborato aveva scelto di avere i Pokemon sulla propria tabella di comunicazione. Aveva così buoni momenti di interazione e scambio con i compagni di scuola. Immaginiamo però che qualche mese dopo i Pokemon non

interessino più a nessuno, e che tutti a scuola parlino dei Digimon; se i Digimon non sono stati aggiunti sulla tabella, il nostro bambino non potrà in alcun modo “chiacchierare” con i compagni dell’argomento del giorno. Nell’interazione egli infatti non può semplicemente attingere dal proprio infinito vocabolario interno e pronunciare le parole, è costretto a utilizzare solo il vocabolario che noi gli mettiamo a disposizione. Ecco perché il nostro ruolo e quello dell’ambiente di vita sono così fondamentali. Senza il nostro continuo supporto a quello che è il vocabolario di immagini disponibile, le possibilità di interagire per l’utente diminuiscono drammaticamente. In un bambino che cresce, le parole che ha bisogno di usare, i commenti che possono servire, le richieste che ha bisogno di fare, si modificano continuamente. L’aggiornamento del vocabolario è fortemente dipendente dai contesti di vita (famiglia, scuola, amici ecc.), che meglio conoscono le continue trasformazioni del quotidiano dei ragazzi e l’evolversi dei loro bisogni, e che necessitano però di adeguata formazione e supporto per poter trasferire queste conoscenze nel sistema di CAA dei ragazzi. L’insufficiente adeguamento rappresenta purtroppo una delle cause più frequenti di fallimento degli interventi.

Comunicazione iniziale e vocabolario sono solo due aree dell’intervento di CAA, che è composto da moltissimi strumenti, variabili a seconda della situazione e utilizzabili separatamente o insieme a seconda delle necessità del singolo e dei suoi bisogni all’interno del contesto di vita: scelte, simboli singoli, etichettatura, striscia delle attività, organizzazione degli spazi, facilitazione delle interazioni, controllo ambientale, selezione e aggiornamento del vocabolario, vocabolario dei gesti, libri “su misura”, tabelle a tema e tabella principale, lettura e scrittura in simboli, ausili con uscita in voce a messaggio singolo, a messaggi multipli o in sequenza ecc.

Obiettivo dell’intervento è facilitare la comunicazione significativa e la partecipazione della persona nelle attività della vita quotidiana e nella società, nel significato dato al termine dall’International Classification of Functions*** (9). Ma la partecipazione attiva del ragazzo, della famiglia e del contesto di vita è già ne-

cessarie e indispensabili nel momento dell’assessment in quanto “migliori esperti” del funzionamento comunicativo in essere e dei bisogni emergenti, e per la continua costruzione e negoziazione di un progetto su misura per *quel* ragazzo e *quella* famiglia in *quel* contesto e in *quel* momento della loro storia, intorno al quale vi sia pieno consenso e possibilità di mettersi in gioco da parte di tutti coloro che sono coinvolti. Partiti da un modello di intervento basato sui prerequisiti, si è passati a uno basato sui bisogni e infine a uno basato sulla partecipazione (*vedi box*) (10).

- ▶ L’operatore di CAA valuta le **limitazioni** del bambino e inizia un intervento **su di lui** per fargli raggiungere ipotetici **prerequisiti** (*modello basato sui prerequisiti, ovvero centrato sulle istituzioni*).
- ▶ L’operatore di CAA valuta le **competenze** del bambino, **ipotizza** i suoi **bisogni** e inizia un intervento **con lui**, definendo simboli, tabelle, ausili, training da usare a casa o a scuola in base **ai migliori strumenti tecnici per il bambino** (*modello basato sui bisogni individuali-centrato sul bambino*).
- ▶ L’operatore di CAA valuta le **competenze del bambino con la mamma**, possibilmente nel contesto di vita e con la presenza di altri. **Ascolta la conoscenza** che la mamma ha del proprio bambino e delle sue **diverse modalità di funzionamento** e coinvolgimento. Può così costruire un intervento **su misura per lui, concordato** con lui e la sua famiglia, e basato sulle sue preferenze, interessi, competenze e obiettivi, nonché sulle **barriere e facilitazioni** che ci sono nel suo specifico **contesto** di vita e sulle **priorità e bisogni della famiglia** in questo momento (*modello basato sulla partecipazione-centrato sulla famiglia*).

La situazione italiana, critica fino a pochi anni fa, è ora in attiva evoluzione: l’interesse è molto cresciuto, ma a fronte di alcuni ottimi centri di consulenza di terzo livello, pochissimi sono i servizi strutturati sul territorio e le reali possibilità di

accesso per l’utenza, in particolare nell’ambito pubblico. Per l’effettiva messa in atto dell’intervento di comunicazione aumentativa abbiamo infatti visto come vi sia contemporaneamente la necessità di competenze specialistiche molto specifiche per l’assessment (valutazione delle aree di aggancio motivazionale del bambino, del residuo motorio, delle problematiche visive, del disturbo di comportamento, delle facilitazioni ambientali necessarie, della tipologia di simboli o ausili o strumenti necessari, della tecnologia, del timing dei cambiamenti ecc.) e di attività di informazione/formazione/trasmissione di competenze ai contesti di vita. Mentre è opportuno che alcune componenti fortemente tecniche avvengano in Centri di terzo livello, l’intervento di comunicazione aumentativa vero e proprio deve poter essere messo in atto e supportato nel territorio dove vive l’utente e dove deve poter essere effettuata la presa in carico di lungo periodo. Non è sufficiente la presenza di un singolo operatore della riabilitazione, per quanto formato in CAA, all’interno di un Distretto o di Servizi monoprofessionali, magari non specifici per l’età evolutiva, è invece necessaria la presenza di un nucleo strutturato di operatori di diverse professionalità (di cui almeno uno formato in CAA e in grado di tenere i contatti con un Centro di terzo livello), all’interno di un Servizio multiprofessionale specifico per l’età evolutiva che garantisca la presa in carico delle problematiche del bambino e della famiglia nel suo complesso, in stretto raccordo e coordinamento con scuola, pediatria di base e territorio. Idealmente dovrebbe trattarsi quindi di un Servizio Territoriale di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (NPIA). Purtroppo, però, la situazione dei Servizi di NPIA è spesso critica, poiché nonostante diversi richiami normativi nazionali e regionali a un modello integrato e completo, sia in termini di professionalità (neuropsichiatri, psicologi, terapisti della Neuropsicomotricità dell’età evolutiva, fisioterapisti, logopedisti, educatori ecc.) sia in termini di strutture (polo territoriale, polo ospedaliero, comunità terapeutiche, servizi semiresidenziali, ecc.), la situazione reale risulta essere estremamente variabile da una Regione all’altra e a volte

È uscito il numero 15-16 della NEWSLETTER PEDIATRICA La sorveglianza della letteratura per i soci ACP

Bollettino bimestrale, Giugno-Settembre 2006, volume 4, pp. 64-85

In questo numero

Si tratta di un fascicolo doppio che comprende i numeri 15-16. Questa scelta è legata alle maggiori difficoltà redazionali e di coordinamento dovute alla nuova modalità di produzione della *Newsletter* che vede coinvolti in prima persona i pediatri di famiglia di tre gruppi ACP (Milano, Verona e Vicenza). Il meccanismo è entrato in crisi con l'estate e questo ha portato a un ritardo nella scrittura del numero 15. Ci sembra che questo ritardo sia però un piccolo prezzo da pagare a fronte di una crescita importante di alcuni gruppi e della sperimentazione di una nuova e promettente modalità di formazione continua.

Ci auguriamo che sempre più gruppi ACP possano aggiungersi a quelli che già partecipano al lavoro di produzione della *Newsletter*.

Nel numero 15-16 viene dato ampio spazio al tema dell'ipovitaminosi D e del rachitismo, argomenti su cui è stato pubblicato molto. Per completare le informazioni reperite sull'ultima letteratura abbiamo deciso di segnalarvi una serie di documenti che possono esservi di aiuto nella vostra pratica quotidiana. Per tutti questi è disponibile il testo completo che potete scaricare cliccando sui link attivi nel testo (le parti in azzurro).

Vengono recensiti, utilizzando le schede strutturate, diversi RCT. Come vedrete, molti vengono presentati più per mettere in evidenza i loro problemi metodologici che per la loro reale rilevanza clinica.

INDICE

Presentazione	pag. 65
Letteratura primaria	
<i>Ipoovitaminosi D e rachitismo</i>	pag. 66
<i>Acido folico e vit. B6 per normalizzare la disfunzione endoteliale nel diabete tipo I</i>	pag. 68
<i>Efficacia del prednisone nella porpora di Schönlein-Henoch</i>	pag. 69
<i>Corticosteroidi nel trattamento iniziale della malattia di Kawasaki</i>	pag. 70
<i>Ancora un RCT su associazione paracetamolo-ibuprofene nella febbre</i>	pag. 72
<i>Nitazoxanide nel trattamento della diarrea severa da Rotavirus</i>	pag. 73
<i>Depressione materna e salute del bambino</i>	pag. 74
<i>Fattori di rischio per maltrattamento ricorrente</i>	pag. 76
<i>Efficacia dei probiotici nella diarrea da antibiotici</i>	pag. 76
<i>Prognosi dell'idronefrosi identificata durante l'ecografia prenatale</i>	pag. 77
<i>Alcune notizie sull'asma</i>	pag. 77
<i>Valutazione del ritardo globale dello sviluppo</i>	pag. 79
<i>Il parere dei genitori sulla terapia occlusiva per l'ambliopia</i>	pag. 81
<i>Temperatura superiore a 41,1° e rischio di infezione batterica severa</i>	pag. 81
<i>Cochrane Database of Systematic Review: 4° aggiornamento del 2006</i>	pag. 85

La distribuzione della *Newsletter* è limitata ai soci ACP. Per riceverla è necessario iscriversi al servizio inviando una e-mail all'indirizzo: newsletter@csbonlus.org con oggetto "Conferma newsletter" e specificando nome, cognome, città e professione (pediatra di famiglia, ospedaliero ecc.).

addirittura tra aree diverse della stessa Regione, con livelli di disomogeneità di risorse a disposizione e di interventi conseguentemente erogati davvero notevoli, che lasciano alla sensibilità di singoli amministratori locali scelte che dovrebbero invece essere di scenario. ♦

Note

* Per esempio, durante un ricovero in Terapia Intensiva, nel decorso postoperatorio o in particolari fasi della storia naturale di certe patologie.

** Voice Output Communication Devices (VOCA) ora dette anche Speech-Generating Devices (SGD)

*** Nel modello bio-psico-sociale dell'OMS, la disabilità è considerata come il risultato dell'interazione tra fattori individuali e fattori contestuali/ambientali. Ogni persona si caratterizza quindi per vari patterns di funzionamento in diversi contesti, in base al fatto che gli elementi ambientali agiscano da *barriere* o da *facilitatori*. Il termine *handicap* viene abbandonato e si parla invece di *partecipazione e limitazione alla partecipazione*.

Bibliografia

(1) Matas JA, Mathy-Laikko P, Beukelman DR, Legresley K. Identifying the nonspeaking population: a demographic study. *Augmentative and Alternative Communication* 1985;1:17-31.

(2) Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca; Direzione Generale per i Sistemi Informativi. Sedi, alunni, classi, dotazioni organiche del personale della scuola statale, AS 2005/2006. www.istruzione.it/mpi/pubblicazioni/2005/sedi_05.shtml.

(3) American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Report: Augmentative and alternative communication. *Asha* 1991; 33:9-12.

(4) International Society for Augmentative and Alternative Communication (ISAAC). www.isaac-online.org.

(5) Beukelman DR, Mirenda P. *Augmentative and Alternative Communication: management of severe communication disorders in children and adults* (2nd ed). Baltimore: Paul H Brookes, 1998.

(6) Schlosser RW. *The efficacy of augmentative and alternative communication: Toward evidence-based practice*. New York: Academic Press, 2003.

(7) Reichle J, Beukelman DR, Light JC. *Exemplary practices for beginning communicators. Implications for AAC*. Baltimore: Paul H Brookes, 2002.

(8) Costantino MA, Marini M, Bergamaschi E, Lanzini L. Dal "libro su misura" alla "biblioteca di tutti". *Quaderni acp*, 2006; 13:199-203.

(9) World Health Organization International Classification of Functioning Disability and Health. World Health Organization. Geneva, 2001. www3.who.int/icf/

(10) Costantino MA. Comunicazione Aumentativa in età evolutiva e modello di intervento basato sulla partecipazione. *Notizie di POLITEIA - Rivista di etica e scelte pubbliche* 2006;81:61-71.

AVSI e Associazione Medicina e Persona propongono a medici e operatori sanitari interessati alle problematiche di salute nei Paesi del sud del mondo un Convegno che si terrà presso il Centro Universitario di Bertinoro (FC) nei giorni **9 marzo** (cena), **10 marzo** e **11 marzo 2007** (si termina con il pranzo) sul tema:

**Promozione della salute: orizzonte il mondo.
Esperienze sanitarie alla luce degli obiettivi del Millennio (MDGs)**

Iscrizione

Medici: **100 euro** – Specializzandi e operatori sanitari non medici: **50 euro**

Segreteria organizzativa

tel. 0547 360811 e-mail: seminar@avsi.org