

Una prospettiva diversa per vedere il mondo

Cattaneo Claudio

Responsabile del Segretariato Sociale della Fondazione ARES www.fondazioneares.com



tratto dalla Rivista: **Cure infermieristiche**, n°1, 2002, SBK/ASI

L'autismo o disturbo autistico è stato descritto su base clinica e denominato per la prima volta da Leo Kanner, della John Hopkins Children's Psychiatric Clinic di Baltimora, nel 1943 in quello che è stato il suo lavoro fondamentale.

Kanner osserva in 11 bambini alcune caratteristiche comuni e che gli sembravano rientrare in un medesimo gruppo. Tutti gli 11 bambini avevano in comune quattro caratteristiche: la preferenza per l'isolamento, la perseveranza in un comportamento, la predilezione per cerimoniali elaborati e alcune capacità (come ad esempio la memoria meccanica) che apparivano notevoli rispetto ad altri deficit.

Nello stesso tempo, anche se in maniera totalmente indipendente, Hans Asperger, a Vienna nel 1944, utilizza anche lui il termine "autismo" in riferimento ai tratti distintivi di questa patologia in un gruppo di bambini da lui osservati. Evidentemente l'autismo esisteva già prima di queste descrizioni; basti pensare alle caratteristiche descritte in riferimento all'"enfant sauvage dell'Aveyron". Sia Kanner che Asperger avevano ricavato questa terminologia dalla psichiatria dell'adulto, nella quale era stato impiegato per indicare la progressiva perdita di contatto con il mondo esterno, tipica delle persone schizofreniche.

I bambini autistici descritti sembravano soffrire di questa perdita di contatto fin dai primi anni di vita.

Il termine "autismo" è stato per anni, anzi per decenni, usato in maniera a volte impropria. In effetti, etimologicamente, la parola "autismo" deriva dal greco "autos" che significa "se stesso". Quindi per molti anni si è pensato ai bambini autistici come a persone imprigionate sotto una campana di vetro e che potendo infrangere questa campana ne potesse uscire un bambino normale, finalmente liberato.

Inoltre, per molti anni (e purtroppo ancora oggi e non in poche persone!) si è ritenuto che l'autismo fosse una malattia puramente psicologica, senza alcuna base organica. Per questo motivo, per decenni sono state avanzate teorie secondo le quali il bambino autistico si trovasse in quella determinata "situazione" come conseguenza a esperienze traumatiche o minacciose da parte del mondo circostante. Le teorie espresse ad esempio da autori come Bettelheim, hanno corroborato per anni l'idea che la mancanza di legame con la madre o disastrose esperienze di rifiuto potevano portare il bambino a ritirarsi in un mondo fantastico interiore. Queste teorie non hanno alcun sostegno sperimentale, ed è molto poco probabile che ne trovino, visti gli innumerevoli esempi di rifiuto e deprivazione affettiva nell'infanzia che non hanno prodotto casi di autismo.

Al contrario, una lunga serie di ricerche fisiologiche e psicologiche ha ormai ampiamente dimostrato che la persona affetta da autismo non vive affatto in un ricco mondo interiore ma è

vittima di un difetto biologico che rende l'intelletto e la psiche capace di comprendere ed agire in modo molto diverso dagli individui non autistici.

Per cercare di capire cosa sia l'autismo si potrebbe fare un paragone con la cecità. Si dovrebbe, in un certo senso, parlare di "cecità per avvenimenti psichici". Ma se la cecità dipende sovente da difetti periferici del sistema nervoso, l'autismo nasce da un difetto del sistema nervoso centrale, al più alto livello di elaborazione cognitivo.

L'autismo perdura per tutta la vita e chiunque affermi, al giorno d'oggi, che un bambino affetto da autismo potrà un giorno "uscirne" (si ripensi all'immagine della campana di vetro) commette un errore scientifico grossolano, ma inoltre sarà portato a basare il suo lavoro partendo da un punto di vista non corretto.

Purtroppo, ancora oggi, terapie più o meno basate su certi concetti costringono molti genitori a sentirsi in colpa per i deficit presentati dai loro figli affetti da autismo.

Per anni si sono confuse causa e conseguenza dell'agire di genitori altrettanto amorevoli di altri.

L'indimostrabilità di un'origine psicologica dell'autismo ha portato molti ricercatori e studiosi a cercare una causa biologica. I risultati indicano che esiste una struttura cerebrale difettosa. Gli studi maggiormente significativi sono quelli che indicano una **base genetica** per l'autismo. Infatti è stato provato che è molto più probabile che due gemelli monozigoti siano entrambi autistici che non due gemelli eterozigoti. Inoltre la possibilità che l'autismo si manifesti due volte nella stessa famiglia è da 50 a 100 volte superiore di quanto ci si potrebbe aspettare per fattori puramente casuali.

L'incidenza dell'autismo è, secondo i criteri restrittivi applicati da Kanner, di 4 nati su 10'000; con i criteri usati nella pratica diagnostica attuale si arriva però ad un'incidenza di 1-2 casi ogni 1000 nascite (paragonabile all'incidenza della sindrome di Down). I maschi sono colpiti circa 4 volte più che le femmine.

Autismo ≠ psicosi

Per anni il disturbo autistico è stato considerato alla stessa stregua di una psicosi infantile, con le relative conseguenze a livello di intervento. Per contro, dal 1980, nelle classificazioni internazionalmente riconosciute, esso viene considerato, a livello diagnostico, come un disturbo generalizzato dello sviluppo. Attualmente, sia il DSM-IV (ovvero il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali dell'Associazione psichiatrica americana) sia il ICD-10 (cioè la Classificazione Internazionale delle Malattie, capitolo V – Disturbi Mentali e Disturbi del Comportamento, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità), che sono i due maggiori manuali diagnostici ai quali qualsiasi persona che si occupa di autismo dovrebbe riferirsi, considerano, con un consenso internazionale fra specialisti, l'autismo come un **disturbo generalizzato (o pervasivo) dello sviluppo** (i termini "pervasivo" e "generalizzato" sono usati come sinonimi).

Il termine "**pervasivo**" significa che le compromissioni sono gravi e generalizzate a diverse aree dello sviluppo. Le difficoltà della persona con autismo si situano quindi nell'acquisizione di attitudini cognitive-linguistiche-motorie-sociali.

Queste difficoltà sono di ordine "**qualitativo**" poiché non sono "unicamente" dovute ad un eventuale ritardo mentale o ad un deficit specifico dello sviluppo (sensoriale, motorio,).

Il termine "**generalizzato**" implica che la persona abbia un disturbo che riguarda l'intero suo essere. Ciò che dà alla nostra vita un senso profondo è la comunicazione con gli altri, la comprensione dei comportamenti altrui ed il fatto di manipolare in modo creativo dei materiali, delle situazioni e le relazioni con le persone. E' appunto in questi tre ambiti che la persona affetta da autismo incontra le maggiori difficoltà.

Quindi le difficoltà presentate dalle persone affette da autismo vanno ben al di là del termine "autismo" se questo viene considerato solo come uguale a "chiuso su se stesso".

L'autismo è quindi **un handicap** e non una malattia mentale come invece lo è la psicosi. A livello di intervento questa distinzione è fondamentale; di fronte ad una malattia mentale posso prefigurarmi un intervento di ordine psicologico; di fronte ad un disturbo dello sviluppo che permane per tutta la vita sono invece obbligato a non pensare in termini terapeutici-curativi ma in termini educativi. Si pensi di nuovo alla cecità: con una persona non vedente non ci si porrà come obiettivo quello di farla “vedere” ma gli si potrà fornire una serie di strumenti affinché essa possa acquisire autonomia e indipendenze maggiori (ad esempio con la messa a disposizione di un cane-guida o di un bastone insegnandole gli spostamenti in vari ambienti, insegnandole il braille per leggere, ecc.). Inoltre, visto che il disturbo è presente fin dai primi momenti di vita, e che quindi lo sviluppo del bambino è qualitativamente diverso fin dall'inizio, il termine spesso usato di “riabilitazione” potrebbe essere sostituito con quello di “abilitazione”. Nel primo caso è implicito che la persona ha perso delle abilità che in precedenza possedeva, mentre nel secondo caso è chiaro che il compito è di fornire abilità che non sono presenti nel bagaglio “genetico” della persona.

La triade dei comportamenti

I criteri diagnostici del disturbo autistico sono definiti tramite la descrizione di caratteristiche comportamentali che devono essere presenti in una certa misura, entro i primi 3 anni di età. Le difficoltà principali sono le seguenti:

- ❖ Compromissione qualitativa dell'interazione sociale
- ❖ Compromissione qualitativa della comunicazione
- ❖ Modalità di comportamento, interessi e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati.

Per quanto concerne **l'interazione sociale** ci possono essere difficoltà importanti nell'utilizzo e nella comprensione di comportamenti non verbali (posture, mimica, sguardo, gesti) che regolano l'interazione sociale, difficoltà nello sviluppare relazioni adeguate all'età di sviluppo con dei coetanei, difficoltà nella condivisione di gioie, interessi ed obiettivi (per esempio il non attirare l'attenzione su oggetti di proprio interesse, non mostrare o portare un gioco per “commentarne” le caratteristiche, ecc.).

Per l'ambito della **comunicazione** si riscontra un ritardo o totale mancanza dello sviluppo del linguaggio parlato, senza compensazione con modalità di comunicazione alternative (come gesti o mimica). In soggetti con linguaggio, permane la difficoltà ad iniziare e sostenere una conversazione, oppure un utilizzo ecolalico del linguaggio, oppure un linguaggio eccentrico (bizzarro, strano, apparentemente senza significato). Inoltre si nota pure come vi sia una mancanza di giochi di finzione (far finta di...) e di imitazione adeguati all'età di sviluppo del bambino.

Infine i soggetti affetti da disturbo autistico possono dedicarsi incessantemente a pochi **interessi ristretti e stereotipati** anomali sia per intensità che per focalizzazione, avere abitudini e rituali specifici, stereotipie motorie, interesse per parti di oggetti.

Funzionamento cognitivo

Come appena visto i disturbi descritti sono di ordine qualitativo, cioè non dovuti ad un ritardo mentale (benchè nel 70-75 % dei casi si riscontra un ritardo più o meno importante e che possono essere presenti anche altre patologie cliniche) o ad un dato disturbo specifico dello sviluppo. Questo comporta un modo di funzionamento cognitivo che è **QUALITATIVAMENTE** diverso, ciò che non significa meno o più “intelligente”, ma differente. Occupandosi di persone autistiche, soprattutto quando si entra in contatto con quelle che hanno un linguaggio parlato, ci si rende conto chiaramente di questa diversa qualità di funzionamento. Basti pensare alla comprensione letterale che la persona con autismo ha delle frasi (chiedendo per esempio ad una persona autistica “mi puoi passare il sale ?” in un contesto di pranzo, questa risponderrebbe “Sì”, senza però capire che ciò che

le si chiede è di agire; per capire il suo punto di vista dobbiamo renderci conto che la sua risposta è corretta; infatti il senso letterale della nostra domanda è stato: “saresti in grado di passarmi il sale se te lo chiedessi ?), alla non comprensione di frasi metaforiche, di modi di dire (per esempio, l’affermazione “andiamo a fare quattro passi” può essere intesa nel suo senso letterale).

Altre caratteristiche pregnanti del funzionamento cognitivo della persona autistica sono il non sapere mettersi nei panni di un’altra persona, la mancanza di empatia, il non capire che un’altra persona può avere credenze, conoscenze, informazioni, impressioni diverse dalle sue. Questa incapacità, teorizzata tramite alcune teorie cognitive come ad esempio la **teoria della mente**, ci fa capire perchè la persona con autismo ha grandi difficoltà, per esempio, nel chiedere un’informazione (se io, persona con autismo, non so una cosa, penso che anche l’altra persona non la sappia, quindi non le chiedo). La persona affetta da autismo si trova in difficoltà nel dare un senso alle esperienze quotidiane, a situazioni per noi facili e comunemente comprese, in una parola “alla vita di tutti i giorni”.

Da molti studi ma anche da numerose testimonianze di persone affette da autismo (vedasi ad esempio gli scritti di Donna Williams, Temple Grandin, Gunilla Gerland, Thérèse Joliffe, Sean Barron, Jim Sinclair) che hanno descritto “dall’interno” cosa voglia dire vivere da persone affette da autismo, sul loro modo di essere, e quindi anche sulle difficoltà che esse incontrano nella vita di tutti i giorni, possiamo renderci conto che la persona con autismo è come se fosse un **“pensatore visivo”**. Il suo modo di comprendere il mondo circostante, sia esso fisico, relazionale, sociale, è legato ad una comprensione concreta (ciò che posso capire solo guardando è di più facile comprensione, per il resto incontro delle difficoltà maggiori).

Ci rendiamo a questo punto subito conto che il mondo attorno a noi non è esclusivamente fatto di situazioni concretizzabili, ma al contrario è intriso di situazioni astratte, di regole (sociali e non) che non sono né scritte né dette ma implicite, di mezze frasi, di molti comportamenti non verbali, di concetti astratti e relativi.

Si pensi per esempio ai concetti “grande” e “piccolo”: immaginiamoci due contesti. Nel primo abbiamo un bicchiere ed una bottiglia, nel secondo lo stesso bicchiere ed un cucchiaino. Nel primo il bicchiere è “piccolo” rispetto alla bottiglia, nel secondo esso diventa “grande” rispetto al cucchiaino. Per poter utilizzare due parole semplici come “grande” e “piccolo” è necessario considerarle nel contesto corrispondente. O ancora, le espressioni “è un topo grande” oppure “è un piccolo elefante” risultano essere praticamente assurde per qualcuno che si basi su criteri “letterali” di percezione e che incontri difficoltà nella comprensione della relatività del significato “grande” e “piccolo”. La persona affetta da autismo incontra anche difficoltà nella gestione del tempo, mancando sovente di strumenti di controllo che noi abbiamo invece imparato ad utilizzare (per es. orologi, agende, calendari). Quindi, espressioni come “puoi entrare nello studio del medico fra cinque minuti”, oppure “aspetta un attimo che poi ritorno”, o “ti farò la puntura fra poco”, ecc. possono non avere alcun valore significativo per la persona autistica, in quanto unità di misura non concretizzate visivamente. Se andiamo a rivedere le caratteristiche diagnostiche del disturbo autistico non possiamo non vedere che la persona con autismo incontra grandi difficoltà in innumerevoli aspetti della nostra esistenza.

Quali interventi per la persona con autismo

In generale, non solo quindi per quanto concerne l’autismo, si può affermare che esiste oggi un “corpus” di conoscenze scientifiche e di tecniche elaborate, negli ambiti più svariati, che sono utilizzate per alleviare le conseguenze o per migliorare le condizioni quando si è in presenza di problematiche complesse, per le quali non esistono rimedi univoci.

Molte di queste condizioni sono ad origine “multifattoriale”; spesso non se ne conosce la “causa” oppure quando essa è nota è impossibile annullarne gli effetti e quindi non vi è neanche il “rimedio”.

Ciò non ci esime dal voler e dover continuare la ricerca; per fare questo l'uomo dispone di molti mezzi che diventano però utilizzabili proprio quando il problema viene affrontato, a livello cognitivo ed emotivo, in maniera realistica. Questo modo di vedere le cose viene chiamato spesso “**approccio psicoeducativo**” quando si applica al miglioramento della qualità di vita delle persone coinvolte. Questo termine significa che il problema sta nella relazione fra diversi fattori: le abilità delle persone colpite e di chi se ne occupa; l'ambiente (fisico, sociale) in cui esse vivono; le risorse (materiali, umane) cui possono attingere, l'organizzazione della rete di appoggi, aiuti e interventi tecnici diversi. Per ottenere il massimo d'efficacia di questi fattori possiamo avvalerci di uno strumento principe: **l'educazione**.

Essa permette di aumentare abilità, capacità, padronanza, successo, stima di sé in tutte le persone coinvolte.

All'educazione si aggiungono strumenti derivati dalla Psicologia: ad esempio strumenti di valutazione, tecniche comunicative, di autocontrollo, di appoggio e di sostegno.

Perciò in assenza di un rimedio univoco, l'impegno è rivolto al **miglioramento della qualità di vita**.

Lo stesso discorso vale pure quando ci occupiamo del disturbo autistico, della persona che ne è affetta e di tutte le persone coinvolte. Non esiste un trattamento singolo che si possa ritenere efficace per l'autismo. Esiste però un insieme, un sistema di interventi che, dove è applicato da più di 20 anni, si è dimostrato il più efficace.

Qui molti lettori penseranno che è stata trovata “la pillola miracolosa” e non lo sapevano? Niente di tutto ciò: il “**sistema trattamento**” dimostratosi più efficace per l'autismo finora è il seguente:

- ❖ Una diagnosi precoce
- ❖ Precoce e chiara informazione alla famiglia
- ❖ Controllo, monitoraggio e supporto medico – farmacologico
- ❖ Educazione del bambino
- ❖ Aiuto pratico e psicologico alla famiglia
- ❖ Approntamento di servizi per l'intero ciclo di vita
- ❖ Coordinamento tra enti e servizi impegnati nel trattamento

Laddove questo “sistema-trattamento” viene applicato si ha il minor numero di persone affette da autismo ricoverate in istituzioni totali nell'età adulta. E si vede che dove si ha il minor numero di persone adulte ricoverate in questo tipo di istituzioni, questo avviene perché esse hanno applicato un sistema di interventi collegati fra loro.

A questo punto il lettore potrà chiedersi: “Ma allora cosa posso fare con la persona affetta da autismo ?” Si potrebbe rispondere “Qualsiasi cosa”. Se quanto detto finora rappresenta il “contenitore”, all'interno di questo si possono mettere infinite cose. I contenuti in sé possono essere relativi, non lo è però la finalità a cui si tende, cioè una migliore qualità di vita, tenendo evidentemente conto delle abilità che presenta il soggetto nei vari ambiti di sviluppo, del suo funzionamento cognitivo specifico in quanto persona affetta da autismo, del fatto che ogni persona è comunque unica, dei suoi interessi, delle priorità familiari e/o istituzionali, ecc.. Questa finalità dovrà poi essere resa operativa tramite obiettivi osservabili e misurabili. Se nell'ambito di un qualsiasi tipo di intervento (sia esso terapeutico, educativo, curativo, psicologico,...), ci si prefiggesse di far uscire la persona affetta da autismo da quella famosa e per decenni mitizzata “campana di vetro”, si sarebbe obbiettivamente fuori strada. Qualsiasi attività proposta ha senso di

esistere se la finalità ultima a cui si tende è una migliore qualità di vita. Questa finalità dovrà poi essere resa operativa tramite obiettivi osservabili e misurabili.

Quando incontro una persona con autismo

Chiunque sia chiamato ad occuparsi di un bambino, di un giovane o di un adulto affetto da autismo, in qualsiasi ambito, avrà tendenza a “raffigurarsi” la persona che gli sta di fronte secondo sue concezioni personali nel campo, secondo i suoi vissuti personali diretti o indiretti, secondo i “sentito dire” al riguardo, secondo la sua formazione. Se per esempio l’operatore pensa che la persona autistica capisce tutto quello che le viene detto verbalmente, userà il linguaggio verbale di conseguenza; se invece l’operatore è cosciente delle difficoltà della persona autistica in questo ambito, eviterà per esempio di usare modi di dire, metafore, o frasi simboliche ed utilizzerà invece modalità comunicative più concrete, visive e spaziali. L’accoglienza di un bambino o adulto che presenta le caratteristiche specifiche del disturbo autistico, con l’espressione di tutta una serie di comportamenti che risultano magari incomprensibili, talmente “diversi” da quello che è comunemente definito dalla norma, ci interpella e ci richiede uno sforzo ed un’attenzione “particolari”. Pensare che la persona che ci sta di fronte non è unicamente in difficoltà per eventuali ritardi o disturbi specifici dello sviluppo, ma che ha un modo di funzionare fondamentalmente differente (a cui poi spesso si sovrappongono altri disturbi, complicandone il quadro clinico), fa sì che dobbiamo rimettere in discussione le nostre conoscenze, magari stereotipate o legate a miti sul disturbo autistico, per cercare di meglio capirla e quindi di meglio aiutarla. Prima ancora di potere fare questo dobbiamo evitare di giudicare un determinato comportamento perché siamo tendenzialmente abituati a paragonarlo alla norma. Come ha affermato Theo Peeters, nell’autismo non bisogna dare niente per scontato.

Visto e considerato la diversità delle espressioni di comportamento che ci forniscono le persone affette da autismo, non sarebbe fattibile, ma neanche corretto, aspettarsi indicazioni su “come devo comportarmi”, cercando delle ricette che funzionino in ogni situazione.

In quanto professionisti della salute (nella sua accezione più ampia possibile), possiamo, indipendentemente dal ruolo e dalla funzione che ricopriamo, fare il possibile per instaurare un efficace rapporto di collaborazione fra noi, i familiari e gli altri operatori chiamati ad occuparsi della persona con autismo. Per giungere a questo dobbiamo considerare i seguenti fattori:

- ❖ Evitare un atteggiamento di giudizio
- ❖ Comprendere i problemi di gestione del bambino (o adulto)
- ❖ I professionisti (ognuno nel suo settore specifico) rappresentano guide, non gli unici esperti, i familiari sono esperti del **loro** figlio o figlia
- ❖ Considerare i bisogni globali della famiglia
- ❖ Saper condividere, sia gioie sia inquietudini.

In quanto medici, infermieri, psicologi, educatori, ecc., è il nostro atteggiamento che può gettare le basi per una fruttuosa collaborazione con la famiglia pensando alla qualità di vita del bambino e del suo “entourage”. I familiari sono detentori di una miriade di informazioni, di esperienze, di strategie che ci possono essere utili nel cammino che ci porti ad una migliore comprensione del loro figlio o figlia autistica. Queste conoscenze vanno combinate con il nostro “sapere” da professionisti. La raccolta obiettiva di questi dati è dunque di fondamentale importanza in qualsiasi processo d’intervento. L’integrazione della famiglia nel processo di costruzione di una “alleanza terapeutica” è subordinata alla nostra disponibilità ad accettarla, ad ascoltarla, a sostenerla ed a dividerne le preoccupazioni, i dubbi, lo scoramento e le inquietudini riguardo al futuro. La condivisione fra professionisti e familiari di questi elementi deve costituire un pilastro su cui poggiare l’aiuto per il bene del bambino.

Non bisogna inoltre mai dimenticare che l'infermiere o altri professionisti, a qualunque livello intervengano, rappresentano una "meteora" sull'arco dell'esistenza della persona affetta da autismo. Questi elementi vanno ad aggiungersi alle peculiarità della persona con autismo, unica nel suo essere "**persona vera**".

Una valutazione il più corretta ed approfondita possibile delle abilità e difficoltà del bambino o dell'adulto affetto da autismo va quindi di pari passo con quanto appena detto. La raccolta d'informazioni in questo senso coinvolge una équipe che deve essere multidisciplinare, ma dove ognuno deve considerare il bambino o l'adulto non solo per quello che è la sua disciplina medico-psicologica-pedagogica o sociale, ma condividere pienamente le sue osservazioni con le altre persone coinvolte, così da avere un'immagine la più completa possibile delle caratteristiche di "quella" persona affetta da autismo, e di formare un'immagine "comune" di quel bambino o adulto con i famigliari. Questo va fatto tenendo conto delle realtà che concernono l'autismo al giorno d'oggi, tramite un approccio obiettivo, e non veicolando, ancora e sempre, tutta quella serie di miti che si sono costruiti in decenni di false verità, ma che purtroppo resistono ancora ai nostri giorni. Solo dimenticando questi miti (un mito per definizione è una cosa non vera), e operando con conoscenza di causa si potrà migliorare la qualità di vita della persona affetta da autismo e di tutte le persone chiamate ad occuparsene.

Attività svolte dalla Fondazione ARES – Autismo Ricerca E Sviluppo

Via Zorzi 2 A

CH-6512 Giubiasco

Tel.: 091/850.15.80

Fax: 091/850.15.82

e-mail: info@fondazioneares.com

www.fondazioneares.com

- ❖ Valutare le capacità e competenze di bambini e adulti affetti da autismo o altri disturbi generalizzati dello sviluppo (DGS)
- ❖ Sostenere e consigliare le famiglie confrontate con la presenza di una persona affetta da autismo o DGS nel nucleo familiare
- ❖ Fornire indicazioni alla famiglia per migliorare la qualità di vita della persona affetta da autismo e dei famigliari stessi; come e cosa fare per adattare l'ambiente familiare alla presenza di una persona con autismo o DGS
- ❖ Collaborare con vari enti di presa a carico presente sul territorio (scuole, istituti, foyer, laboratori protetti, ecc.) al fine di fornire alla persona con autismo degli interventi adeguati alle sue particolarità, tramite l'elaborazione di programmi educativi individualizzati
- ❖ Attivare e supervisionare gli interventi educativi effettuati all'interno delle strutture di presa a carico presenti sul territorio
- ❖ Tramite accompagnamenti educativi specifici, fornire alla persona affetta da autismo quelle competenze che possono esserle utili in vista di un inserimento o reinserimento in strutture di accompagnamento diurne o residenziali
- ❖ Fornire un'informazione aggiornata sulle tematiche concernenti l'autismo e altri DGS
- ❖ Fare attività di formazione
- ❖ Gestione, aggiornamento e prestito di documentazione aggiornata (Centro di Documentazione (ca. 600 libri – riviste specialistiche – articoli – video)
- ❖ Sensibilizzazione dell'opinione pubblica in genere

Bibliografia al 2002

Per una bibliografia costantemente aggiornata cft. www.fondazioneares.com nelle pagine Centro Documentazione

- Baron-Cohen S., **L'autismo e la lettura della mente**, Ed. Astrolabio, 1997
- Beyer J., Gammeltoft L., **Autismo e gioco**, Ed. Phoenix, 2001
- DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali**, Ed. Masson, 1996
- Frith U., **L'autismo. Spiegazione di un enigma**, Ed. Laterza, 1991
- Gerland G., **Una persona vera**, Ed. Phoenix, 1999
- Grandin T., **Penser en images, et autres témoignages sur l'autisme**, Ed. Odile Jacob, 1997
- Grandin T., **Ma vie d'autiste**, Ed. Odile Jacob, 1994
- Ianes D., **Autolesionismo, stereotipie, aggressività: intervento educativo nell'autismo e ritardo mentale grave**, Ed. Erickson, 1992
- Milcent C., **A tu per tu con l'autismo**, Ed. Sansoni, 1993
- ICD-10**, Ed. Masson, 1996
- Jordan R., Powell S., **Autismo e intervento educativo**, Ed. Erickson, 1997
- Micheli E., **Autismo: verso una migliore qualità della vita**, Ed. Laruffa, 1999
- Peeters T., **Autisme: la forteresse éclatée**, Ed. Pro Aid Autisme, 1994
- Peeters T., **Autismo infantile. Orientamenti teorici e pratica educativa**, Ed. Phoenix, 1998
- Schopler E., Lansing M., Waters L., **Attività didattiche per autistici**, Ed. Masson, 1995
- Schopler E., Reichler R. J., Lansing M., **Strategie educative nell'autismo**, Ed. Masson, 1991
- Schopler E., Mesibov G. B., **Apprendimento e cognizione nell'autismo**, Ed. Mc Graw-Hill, 1998
- Schopler E., **Autismo in famiglia. Manuale di sopravvivenza per genitori**, Ed. Erickson, 1998
- Schopler E., Lord C., Schaffer B., Watson L. R., **La comunicazione spontanea nell'autismo**, Ed. Erickson, 1997
- Xaiz C., Micheli E., **Gioco e interazione sociale nell'autismo**, Ed. Erickson, 2001
- Williams D., **Nessuno in nessun luogo**, Ed. Ugo Guanda, 1992
- Williams D., **Il mio e loro autismo: itinerario tra le ombre e i colori dell'ultima frontiera**, Ed. Armando, 1998
- Wing L., **I bambini autistici: una guida per i genitori**, Ed. Armando, 1986