

**descrizione e risultati di un progetto di caa messo in opera dalla associazione ops, in collaborazione con la caritas diocesana di messina, espletato dalla dott. ssa maria-anna bruschetta**

Il mio primo approccio alla Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) risale al novembre 2006.

In quel periodo venni a conoscenza di una nuova associazione , l'**OPS**, ovvero Onlus Persona Sempre, che, nata da poco, aveva già una finalità ben precisa: migliorare la qualità di vita di quelle persone che, per cause neurologiche o altre disabilità, hanno gravi difficoltà di comunicazione.

A parlarne più approfonditamente fu una rappresentante dell'associazione, che mi chiese se ero interessata ad interagire con delle bambine presentanti un quadro di assente linguaggio orale (a parte qualche vocalizzo identificativo) e gravi compromissioni a livello muscolare; tutto il lavoro doveva essere impostato seguendo un programma di CAA.

Feci così subito delle ricerche su questo tipo d'intervento, sulle fondazioni che si servono di esso e sulla diagnosi delle bambine alle quali sarebbe stato mirato il progetto di cui si parlerà più avanti.

Realizzai il tutto solo quando, a seguito di diversi incontri con le varie persone interessate alla realizzazione di tale Progetto, mi venne proposto di partecipare ad un corso sulla CAA, a Palermo.

Accettai e solo lì mi resi conto del reale disagio sociale e del numero considerevole di persone (tenendo presente tutto il ciclo di vita, dai bambini sino agli anziani) che soffrono più o meno (in base alla gravità e ai deficit che la malattia comporta) la difficoltà di relazionarsi e soprattutto di **essere compresi dagli altri**.

Cosa più importante, ma strettamente correlata, ho imparato che **c'è sempre qualcosa da fare!**

Tornata a Messina, arricchita di un enorme bagaglio emotivo, dovevo prendere una decisione: il mio compito consisteva nel portare avanti un Progetto, annuale e

finanziato dalla Caritas diocesana di Messina, rivolto a due bambine affette da SMA 1( Sindrome Muscolare Amiotrofica), che comporta un progressivo decadimento muscolare in presenza di un buon livello intellettuale, con lo scopo di apportare un miglioramento della loro qualità di vita e dell'ambiente familiare.

Sapevo che se avessi accettato, avrei dovuto adeguarmi ai loro bisogni, ai loro tempi, cercando di far conciliare la mia sensibilità alla loro innocenza ma, al tempo stesso, alla capacità (delle piccole) di comprendere tutto quello che accade loro attorno.

Così accettai, nonostante il timore di non saper agire nella maniera giusta; il loro disagio fisico, inizialmente, si era tramutato in un mio disagio "prestazionale".

Da quel momento iniziai questa splendida esperienza (partecipando ad altri eventi formativi sulla CAA), e mi resi subito conto che le piccole, se pur diverse per molti aspetti nel loro modo di "essere" e di "relazionarsi", condividono lo stesso destino e tanta voglia di "comunicare".

Certo, non si può negare l'impatto fortemente emotivo dettato da una situazione così estrema e dai disagi fisici che una malattia del genere comporta: il fatto di vivere tramite respiratore artificiale e di avere un residuo muscolare che si limita a piccole parti del corpo costringe le piccole ad essere allettate ed a prevedere un'alimentazione che non viene fatta per via naturale.

Ed è in questo momento, quando si arriva ad una cosciente elaborazione della situazione in maniera totale che la tua mente viene bombardata da mille domande, da molteplici dubbi esistenziali. Dubbi che, dopo aver percorso la tua mente alla ricerca di scappatoie, si riducono ad un unico interrogativo al quale fino ad ora non ho avuto la capacità di dare risposta: "per quale ragione queste bimbe così piccole ed indifese debbano essere allettate ed attaccate alla vita da un respiratore artificiale?".

Si faccia attenzione a quest'ultima parola, "artificiale": come può essa avere a che fare con l'umano, come possono due parole che a livello di significato sono totalmente opposte, trovare in questo caso una ragione quasi complementare; come può proprio quell'opposto essere la tua ragione di vita? Beh! Questo è sicuramente uno di quei tanti paradossi per i quali la ragione non è sufficiente a dare una risposta.

Una volta aver assodato che non puoi fare molto per evitare la sorte di queste bambine, ci si rende conto che invece si può fare tanto per riempire con piccole dosi di emozioni quotidiane le loro anime; si può cercare di migliorare la qualità della loro vita e del contesto familiare in cui vivono; magari, col tempo, riuscire a guadagnarsi la loro simpatia ed un posticino nei loro cuori.

Ricordo la sensazione di disagio che ho provato nell'interagire per le prime volte con le piccole (disagio che a volte avverto ancora adesso): è disarmante come nel tentare di comunicare attraverso un meccanismo di sguardi (la cui *carica emozionale* è davvero indescrivibile), ci si rende conto come questi rappresentino il canale comunicativo per eccellenza, almeno per quella situazione; ma ciò che mi ha colpito di più è stato “*sentirmi letta dentro*”; ho provato una senso di insicurezza, come se mi stessero denudando di quella copertura che riveste le emozioni insite in noi; ero lì ad osservare loro, a captare i loro pensieri ma in realtà erano loro a leggere i miei, quasi a capire le mie successive mosse.

Potrebbe apparire inverosimile, una comunicazione priva di parole, fatta di sguardi, di mimica facciale, di vocalizzi.

Ebbene sì! In un mondo in cui non si fa altro che parlare, discutere, litigare con le parole, in un mondo dove ormai si è abituati ad un “abuso comune” di esse, ci si rende conto come spesso il silenzio possa porre le basi della comunicazione.

Se non si abitua la mente a questo modo di pensare si rischia di andare incontro ad un errore molto diffuso nella nostra società: in essa vige un “ignoranza culturale” che porta a far coincidere il termine “linguaggio” con “comunicazione”.

Ne deriva, erroneamente, che una persona priva di linguaggio sarebbe incapace di comunicare.

Sicuramente il linguaggio ne rappresenta il sistema simbolicamente più evoluto ma la comunicazione comprende anche la mimica, la gestualità, i suoni, la postura, l'uso dello sguardo ed il comportamento inteso in senso generale.

La CAA, infatti, si basa sullo studio di tutti questi aspetti; essa è “ogni comunicazione che sostituisce o aumenta il linguaggio verbale”; è “un'area della

pratica clinica che cerca di compensare la disabilità temporanea o permanente di individui con bisogni comunicativi complessi attraverso un vasto patrimonio di conoscenze teoriche e metodi”.

Certo, è anche vero che in questo caso si tratta di soggetti che, pur privi di linguaggio e con un grave deficit motorio, hanno comunque una forte **intenzionalità comunicativa**, che è alla base di un ‘intervento di CAA.

Ci sono invece casi in cui i soggetti sembrano apparentemente privi di intenzionalità comunicativa; “sembrano” perché la loro patologia, purtroppo, può rendere difficoltosa l’individuazione di segnali comunicativi, in quanto essi possono essere sottili ed atipici.

In questo caso, quindi, è importante fare un lavoro mirato a cogliere i minimi spazi di agganci del soggetto col quale si tenta di entrare in relazione.

Per cui, i partner comunicativi devono essere sensibili sia ad osservare che a rispondere ai segnali “unici”, restituendo così significato a quei medesimi segnali.

Di volta in volta , inoltre, è necessario diversificare l’interazione comunicativa adeguandosi ai tempi ed alle esigenze (sia fisiche che mentali) di ciascun soggetto.

Sarebbe molto limitativo, sterile e privo di senso mettere in atto un tipo di comunicazione uguale per tutti.

Non esistono delle regole, dei dogmi, degli schemi fissi; è necessario improntare tutto il lavoro seguendo delle linee guida che siano dettate prima di tutto dai bisogni stessi dei soggetti; tali bisogni e difficoltà varieranno naturalmente, da bambino a bambino, in base all’età, allo sviluppo cognitivo e relazionale, all’ambiente in cui vive.

Quel che è certo e di fondamentale importanza è **iniziare un intervento di CAA da subito**, in modo da facilitare l’interazione tra il bambino ed il suo ambiente.

Quando si vuole iniziare un programma di CAA per un determinato soggetto, bisogna partire sempre dalle sue conoscenze di base: prima di tutto conoscere la sua patologia e tutto ciò che essa comporta dal punto di vista neurologico, motorio, linguistico e comportamentale; verificare se è presente l’intenzionalità comunicativa e quali sono i canali comunicativi (se presenti) e/o se sono deficitari; dare al soggetto la possibilità

di fare capire la propria volontà, effettuando delle scelte, e di essere persona a tutti gli effetti.

Bisogna inoltre precisare che gli interventi di CAA non si fondano sull'esercizio terapeutico ma sull'individuazione di soluzioni immediatamente utili al bambino e che egli deve apprendere ed impiegare nei diversi contesti comunicativi.

Queste le linee base da seguire per sapere quale iter iniziare per quel determinato soggetto.

Vediamo adesso, invece, le varie tappe d'intervento della CAA:

- ✓ partire da minimi spazi d'aggancio (osservare, introdurre attività interessanti, focalizzare l'attenzione sugli oggetti o le situazioni verso i quali il bambino mostra segnali d'interesse; ripetere l'interazione in modo stabile e prevedibile, introducendo minime variazioni);
- ✓ scegliere situazioni motivanti (è importante il rinforzo che riflette su preferenze ed interessi del soggetto; esempi di attività motivanti sono la musica, le bolle di sapone, le canzoni, palloncini, giochi senso-motori come il solletico, ecc...);
- ✓ creare un ambiente facilitante specifico (riporre i giochi ed i materiali in posti non accessibili ai bambini ma identificabili attraverso il simbolo; categorizzare i giochi; etichettatura negli ambienti di vita, ossia posizionare i simboli nell'ambiente o sugli oggetti per "denominarli" o all'esterno di contenitori per indicare i contenuti; questo lavoro dà la possibilità di fornire input in entrata, stabilità, esporre il bambino ad un codice rappresentazionale, facilitando l'accesso ad un codice simbolico);
- ✓ garantire maggiore controllo e prevedibilità (perché fornisce sicurezza, contiene le ansie, permette di comprendere le situazioni, anticipare quello che accade, fare scelte, sviluppare un pensiero, ecc.);
- ✓ offrire opportunità di effettuare delle scelte (la scelta consente un ruolo attivo, limita la continua interpretazione degli adulti, pone le basi per lo sviluppo di autonomia, sviluppa l'immagine di sé permettendo all'individuo di esprimere

la propria identità e volontà; bisogna offrire opportunità di scelta sempre, anche quando si pensa di conoscere le risposte del bambino, perché così si dà la responsabilità della scelta; le scelte devono essere reali, praticabili, motivanti, non obbligate, non retoriche, non banali/scontate, sufficientemente differenziate);

- ✓ utilizzare la CAA sia in entrata (esplicitare ciò che succede e che il bambino comunica, anticipare ciò che si sta per fare, far sperimentare ciò che si andrà a fare, espandere ed arricchire i significati, usare più modalità comunicative contemporaneamente, cioè verbale, visiva, tattile, ecc...) che in uscita (utilizzo di “voca”);
- ✓ non effettuare “verifiche prestazionali” continue (il bambino non deve sentirsi sotto pressione, quindi è importante porsi al suo stesso livello);
- ✓ sviluppare il “sì” ed il “no”(questo è un aspetto molto importante perché molto spesso si verifica una fortissima dipendenza del soggetto da quello che noi gli diciamo);
- ✓ affinare un sistema di indicazione/puntamento (se con lo sguardo o un movimento volontario del corpo);
- ✓ costruire, condividere ed aggiornare un vocabolario di immagini;
- ✓ sviluppare ausili personali di comunicazione (simboli singoli, voca, tabelle a tema, libri modificati e personalizzati, ecc...);
- ✓ sostenere lo sviluppo ed il rispetto dei turni (l’alternanza di turno è la base della conversazione, consente a genitori e bambini di sentirsi ingaggiati l’uno sull’altro in una situazione di scambio; la pausa consente all’altro di entrare nel “discorso”; l’adulto tende a comprimere le pause invece di incrementarle; bisogna, quindi, attendere i segnali di richiesta, rispondere tempestivamente ai minimi segnali, dilazionare lievemente le risposte, introdurre giochi di turno, saper aspettare e, se la situazione lo richiede, barare!!).

Naturalmente ciascuna di queste tappe deve essere personalizzata, in termini di tempo e modalità d'impiego, per ciascun soggetto.

Prima di passare a discutere del progetto messo in atto sul territorio messinese nei riguardi delle bambine sopra citate, vorrei porre brevemente l'attenzione su dei dati di fatto e su alcuni principi fondamentali che non riguardano solo aspetti pratici come quelli appena citati ma che hanno molto a che vedere con la mentalità, o meglio, la cultura che si dovrebbe avere riguardo al tema della disabilità, oggi ed in futuro.

Un dato di fatto prettamente sociale è che la “**disabilità comunicativa**” comporta sempre una riduzione delle possibilità di partecipazione, con l'immediata conseguenza dell'insorgere di situazioni di isolamento ed emarginazione.

E questo è il primo muro da abbattere.

L'altro dato di fatto è l'esistenza delle **barriere architettoniche**, che purtroppo ancora oggi, almeno nel nostro territorio, rappresenta un problema irrisolto, invischiato tra movimenti politico-sociali.

Questo il secondo muro da abbattere.

Un principio fondamentale, invece, che riguarda più nello specifico l'ambiente clinico, è la **partecipazione** e la **condivisione** che deve esserci alla base di un lavoro d'equipè, i cui rappresentanti (mi riferisco a neuropsichiatria infantile, psicologo, pediatra, logopedista, fisioterapista, educatore, medico di medicina generale, insegnanti e soprattutto genitori) operino nell'unanime interesse del benessere del soggetto; e che quest'ultimo non venga ritenuto come oggetto di studio di un “caso”, ma per quello che è, cioè **persona** a tutti gli effetti ed in quanto tale nel rispetto totale dei suoi bisogni e necessità.

L'altro aspetto indispensabile ai fini del benessere del soggetto è la **collaborazione** tra terapisti e famiglia: quest'ultima deve essere in grado di attuare i consigli forniti dai terapisti e rappresenta al tempo stesso un enorme fonte d'informazioni sul soggetto, sui suoi comportamenti nella quotidianità; deve riuscire a creare un ambiente rassicurante, facilitante l'esplicazione dei suoi bisogni; deve condividere con l'equipè successi ed insuccessi del proprio bambino.

Naturalmente tutto ciò implica molto tempo e l'accettazione di un "sostegno psicologico" continuo e concreto.

Per cui rivolgo un appello a tutti i genitori: *“ noi confidiamo in voi, affinché riponiate fiducia nei vostri figli, cosicchè essi potranno essere fiduciosi di se stessi”*.



## PROGETTO

Il progetto di cui fanno parte le due bambine sopra citate (residenti l'una a Messina, l'altra a Barcellona Pozzo di Gotto), si estrinseca a livello diocesi di Messina e consiste in un intervento educativo domiciliare di CAA, di due ore settimanali per ciascuna bambina, basato sulle seguenti attività:

- preparazione materiali (cartelli, figure, lettere, parole, immagini, libri modificati, ecc.);
- lettura di libri con sostegno alla comprensione delle azioni;
- riconoscimento parti del corpo umano;
- riconoscimento azioni semplici di stato e moto;
- conoscenza parti note della casa;
- visioni cartoni animati con comprensioni delle scene;
- scoperta tattile nuovi materiali (farina, zucchero, sale, acqua, ecc.);
- utilizzo di ausili informatici con programmi causa-effetto col passaggio graduale, ove possibile, a programmi di apprendimento.

Questi gli obiettivi generali, posti inizialmente .

Obiettivi iniziali, perché naturalmente nel corso dell' *iter comunicativo* si sono riscontrati dei problemi, facendo sì che l'attenzione si spostasse, per un determinato periodo, alla risoluzione di questi.

La parte iniziale di questo intervento ha previsto tre fasi principali:

- ✓ **fase conoscitiva**, ovvero dei canali di comunicazione delle bambine (il “sì”, espresso da chiari vocalizzi e da un assenso visibile attraverso la mimica facciale, ed il “no”, costituito da un corrugamento della fronte e da vocalizzi di dissenso), delle loro *conoscenze cumulative*, (acquisite nel tempo), delle preferenze nelle attività ludico-educative, delle risorse e capacità di comprensione, ecc;

- ✓ **fase esplorativa:** presentazione di oggetti già conosciuti e/o nuovi, con lo scopo di rinforzare conoscenze già possedute e di apportare delle modifiche al fine di stimolare la curiosità e l'interazione;
- ✓ **fase ludica:** permette l'accesso alle prime due, rappresenta il miglior canale comunicativo caratteristico dell'infanzia, stimolandone fantasia e creatività;

Alla base di questo lavoro deve esserci un ambiente idoneo alle esigenze delle piccole; inoltre, considerato le diverse capacità delle bambine, l'intervento comunicativo è stato portato avanti, passo dopo passo, mediante un accurato monitoraggio delle loro preferenze, interessi, capacità, bisogni, mirando quindi ad obiettivi diversi.

Di seguito verrà riportato un breve excursus delle varie tappe d'intervento:

**Partire da minimi spazi d'aggancio:** una volta aver osservato e conosciuto le bambine si sono introdotte attività che destassero il loro interesse e sulle quali poter costruire significati; si è ripetuta l'azione in modo stabile e prevedibile, introducendo minime variazioni.

**Scegliere situazioni motivanti:** musica, bolle di sapone, palloncini, solletico (gioco senso-motorio), azionare giocattoli e strumenti con l'adattatore per giocattoli e con il Power link (adattatore per elettrodomestici); gioco del cucù; ascolto di fiabe; lettura di libri con commento alle immagini; attività manuali con zucchero, acqua; attività di pittura, ecc....

**Offrire opportunità di scelta:** sono sempre le piccole a scegliere cosa fare e cosa non fare; entrambe sono irremovibili nelle loro volontà ed è difficile fargli cambiare idea.

**Utilizzare la CAA in entrata:** si anticipa ciò che succede e si andrà a fare, cercando di arricchire i significati ed utilizzando sempre verbalizzazioni, sguardi e tatto.

**Sviluppare il "sì" ed il "no":** per quanto riguarda questo aspetto siamo a due livelli differenti delle piccole; in una è chiarissima l'espressione, tramite vocalizzi (riuscendo a far capire ai suoi interlocutori anche la diversa tonalità) del "sì" e del

“no”; l'altra bambina ancora fa confusione nell'esprimere l'assenso ed il dissenso, anche se il più delle volte sembra sbagliare volontariamente (forse dovuto ad un senso di stanchezza; la piccola, comunque, ha dei tempi d'attenzione pressoché brevi); per cui si sta lavorando sul rinforzo del “sì” e del “no”.

**Affinare un sistema di indicazione/puntamento:** in questo caso si tratta dello sguardo; le loro scelte avvengono tramite il canale visivo, rafforzate da vocalizzi;

**Sviluppare ausili personali di comunicazione:** gli ausili in uso dalle piccole sono l'adattatore per giocattoli (Toy cable), l'adattatore per elettrodomestici (Power link), che utilizzano tramite il Microlight, un sensore che sostituisce il tradizionale mouse e che necessita della forza di solo 10 gr.; inoltre, tramite tale sensore le bambine interagiscono col il computer utilizzando semplici software causa-effetto (Happening, Hipp), immagini animate costruite col Power Point, e solo una di esse utilizza il Cliker , un software di apprendimento; sono state utilizzate anche foto e simboli PCS per la costruzione di libri personalizzati, ovvero libri basati su eventi ed esperienze del bambino.

E' da sottolineare che ciascun ausilio informatico è stato scelto in base alle esigenze e capacità di ciascuna bambina, e la scelta è frutto di un accurata consulenza da parte dell'ing. Informatico R.Militello (della Leonardo ausili).

**Sostenere lo sviluppo e l'alternanza di turni:** questo è uno degli obiettivi su cui si sta lavorando in particolar modo, ed è deficitario in entrambe le bambine.

Naturalmente, considerato il livello intellettuale delle piccole, si cerca di non privarle di un apprendimento di piccole unità didattiche tipiche di tale età. Si mira , per cui, al riconoscimento dei colori, delle parti del corpo, di semplici azioni quotidiane, dell'esistenza delle stagioni, dello scorrere del tempo, insomma tutto quello che un bambino dovrebbe imparare a quest'età andando alla scuola materna.

Si sta cercando di fare in modo tale che tutti i **partner comunicativi** con i quali le bambine interagiscono lavorino sul raggiungimento degli stessi obiettivi, con incontri tra terapeuti e famiglie, allo scopo di creare un ambiente facilitante.

Gli obiettivi che ancora ci proponiamo sono:

- rinforzo del “sì” e del “no”;
- maggiore sicurezza nell’effettuare delle scelte, per lo sviluppo di una totale autonomia;
- far acquisire il significato ed il rispetto dei turni in una conversazione;
- aumentare gli incontri tra terapisti e famiglie;

Al di fuori del progetto, inoltre, l’intervento di CAA nel territorio messinese è stato esteso ad altri due bambini affetti da Paralisi cerebrale infantile (PCI) , con esiti differenti sia dal punto di vista motorio che nello sviluppo delle loro capacità mentali. In attesa della consulenza informatica si è messo in atto, per ciascuno bambino, un lavoro che mirasse a creare un ambiente facilitante, partendo da minimi spazi d’aggancio (osservare e conoscere il soggetto e cosa lo interessa), scegliendo situazioni motivanti al fine ultimo di costruire possibilità di scambi comunicativi.

Questo in generale.

Nello specifico, una volta aver asodato la presenza dell’intenzionalità comunicativa in entrambi i soggetti ed aver verificato i loro canali comunicativi (il “ sì” ed il “no”, varie espressioni di sentimenti, ecc..) si è cercato di stimolare quegli accessi deficitari (ossia quelle limitazioni causate dalla patologia), sfruttando le capacità integre:

- ✓ favorire la postura del capo, in modo da mantenere il più a lungo possibile l’attenzione verso un determinato oggetto (obiettivo a medio termine);
- ✓ valutare se sono maggiormente colti stimoli visivi o uditivi e cominciare a lavorare con attività che interessano diversi canali sensoriali partendo da quello privilegiato (obiettivo a breve termine); in questo caso, essendo soggetti che hanno difficoltà a reggere il capo, il canale favorito è quello uditivo; per cui si è sfruttato questo, con giocattoli emettenti suoni e luci in modo da invogliare il soggetto ad esplorare la scena ed a mantenere il capo eretto ;

- ✓ capire le abilità motorie e sensoriali da un lato, quali le abilità cognitive e sociali dall'altro (importante per definire gli obiettivi che si vogliono raggiungere);
- ✓ utilizzo di guanti rivestiti di velcro (sul palmo della mano e sugli oggetti) così da non provocare un senso di frustrazione, che spesso avviene in quei soggetti che non riescono a tenere un oggetto in mano, o comunque per pochi secondi (obiettivo a lungo termine);
- ✓ esplorazione degli oggetti (come sonagli) a livello corporeo per una stimolazione senso- motoria; gioco del solletico; sensazione di caldo/freddo; sfregamento in varie parti del corpo di diversi tessuti, ecc..(obiettivo a medio termine);
- ✓ costruzione di tabelle di comunicazione con foto per il riconoscimento delle figure parentali(obiettivo a medio termine).

Per questi soggetti, oltre la consulenza informatica, è stata effettuata una valutazione della funzione comunicativa da parte della Dott.ssa C.Marchese (logopedista ed esperta in C.A.A.), formata al Centro Benedetta d'Intino (Milano) e membro del Comitato direttivo dell'ISAAC (Società Internazionale per la Comunicazione Aumentativa ed Alternativa) e che, valutando le tecniche adatte per ciascun soggetto, supervisionerà l'intervento con una cadenza all'incirca trimestrale.

Al momento uno dei due soggetti con PCI sta lavorando con semplici software causa-effetto per la stimolazione dei movimenti oculo-motori, con presenza di feedback acustici, e per allenare il movimento delle parti del corpo che azionano i sensori; con un voca mono-messaggio per il riconoscimento di figure parentali e per rinforzare la relazione causa-effetto.

Naturalmente tutte le strategie utilizzate, sia quelle in cartaceo sia quelle in termini di dispositivi tecnologici, vengono utilizzate allo scopo di dar vita, all'interno di una relazione, alla costruzione di significati da restituire ai soggetti impegnati nella relazione stessa.

Infine, è stata accolta la richiesta di altri due soggetti che da poco sono stati inseriti all'interno di un' intervento di CAA e che già sono stati valutati dalla Dott.ssa Marchese.

Volevo concludere dicendo che se tutto ciò che è scritto sul cartaceo oggi è diventato realtà, se questi soggetti hanno dato voce a queste testimonianze, un enorme grazie deve essere rivolto all' associazione OPS ed a tutti coloro che ne fanno parte e che con grande bontà d'animo si sono impegnati in questa “*missione d'amore*”.

La OPS, inoltre, per rendere attuabile sul territorio ciò di cui si è detto ha provveduto ad organizzare corsi di apprendimento sulla CAA, rivolti a tutte le figure che si occupano del mondo della disabilità e della riabilitazione.

Di tali corsi il primo si è espletato nel Giugno 2007 (presso Istituto S. Luigi,) ed il secondo è previsto in data 19 e 20 Giugno 2008, presso l'Auditorium dell'Ordine dei Medici.

Un ulteriore ringraziamento è rivolto alla Caritas di Messina ed in particolar modo a padre Caminiti, che si è occupato del finanziamento del progetto ed a tutti i volontari e non (Ordine dei Medici, Comune di Messina, Università) che si sono prodigati (sia economicamente che fisicamente) a sostenere tutte le varie iniziative.

Ovviamente il Progetto non può dichiararsi concluso ma **in itinere**, considerato che ogni intervento di CAA prosegue e **si modifica** per tutta la vita dei pazienti inseriti.

Dr.ssa Marianna Bruschetta

Laurea in Scienze dell'Educazione indirizzo

Educatore extrascolastico professionale

