



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E PSICOLOGIA APPLICATA
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE E DELLA FORMAZIONE
CURRICOLO SERVIZI EDUCATIVI PER L'INFANZIA (EPI)

RELAZIONE FINALE
POSSIBILI CORRELAZIONI TRA IL DISTURBO DEL LINGUAGGIO E IL
DISTURBO SPECIFICO DELL'APPRENDIMENTO

Uno studio bibliografico

RELATORE Prof. SINATORA FRANCESCO

LAUREANDO/A BEDIN MARTINA

MATRICOLA 1206388

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

SOMMARIO

Introduzione

Capitolo 1 : Lo sviluppo del linguaggio

- Normale sviluppo del linguaggio
- Fasi evolutive del linguaggio
- Noam Chomsky e il linguaggio

Capitolo 2 : Ritardo del linguaggio e disturbo di linguaggio

- Caratteristiche ritardo del linguaggio
- Caratteristiche disturbo specifico di linguaggio

Capitolo 3 : Valutazione, diagnosi e possibile correlazione con DSA

- Valutazione e diagnosi ritardo del linguaggio
- Valutazione e diagnosi disturbo di linguaggio
- Trattamenti, modelli e interventi ritardo del linguaggio
- Trattamenti, modelli e interventi disturbo di linguaggio
- Correlazione tra DSL e DSA
- Caratteristiche DSA e PDP

Conclusione

Bibliografia e Sitografia

INTRODUZIONE

All'interno dell'elaborato scritto sono state approfondite diverse tematiche; il ritardo del linguaggio, il disturbo specifico di linguaggio e il disturbo specifico dell'apprendimento che, dopo la pandemia del covid-19, risultano in aumento.

Questo mio elaborato nasce dalla curiosità di capire se un disturbo di linguaggio (DSL) può effettivamente portare ad un disturbo specifico dell'apprendimento (DSA) riportando le possibili correlazioni.

Nel primo capitolo viene approfondito il linguaggio prestando attenzione al normale sviluppo del linguaggio, alle varie fasi evolutive di esso collegandolo con Noam Chomsky, un filosofo.

Nei capitoli successivi invece, parlando sempre di linguaggio vengono introdotte le possibili anomalie in esso soffermandosi sul ritardo di linguaggio e il disturbo di linguaggio. E' molto importante saperli distinguere perché, anche se riportano inizialmente dei sintomi simili, non riportano le stesse caratteristiche, la stessa diagnosi, modelli, trattamenti, valutazioni e possibili interventi da attuare.

Dopo aver approfondito e differenziato il ritardo del linguaggio con il disturbo di linguaggio, viene presentato un approfondimento sulla possibile correlazione tra DSL e DSA riportando le caratteristiche di quest'ultimo.

Ritengo che sia fondamentale per le educatrici saper riconoscere le caratteristiche con le relative differenze di un ritardo e un disturbo di linguaggio in modo da poter intervenire precocemente nel bambino cercando di capire se la situazione riscontrata può essere transitoria oppure un rischio per il suo sviluppo.

Capitolo 1 : LO SVILUPPO DEL LINGUAGGIO

Normale sviluppo del linguaggio

L'uomo è l'unico animale munito di parola in quanto, durante il tempo, gli si sono sviluppate le basi neurologiche che rendono possibile l'acquisizione del linguaggio, il quale aiuta a comprendere il mondo, le esperienze e le relazioni con il prossimo. Il linguaggio è uno degli aspetti fondamentali della vita di ogni individuo umano; è una delle abilità centrali all'interno dello sviluppo cognitivo e sociale¹. L'acquisizione di esso avviene attraverso una serie di fasi ordinate che sono condivise da tutti i bambini i quali possono utilizzare tempi, modi e strategie diverse per il raggiungimento delle stesse. E' molto importante conoscerle in quanto aiutano a riconoscere/individuare precocemente delle eventuali difficoltà del bambino sulle quali poter attivare degli interventi mirati.

I possibili fattori che possono generare delle differenze individuali nello sviluppo del linguaggio sono i fattori costituzionali ed i fattori ambientali. Come fattori costituzionali vengono intesi la dotazione intellettuale specifica, la costituzione fisica ed il sesso del bambino; è stato visto, in merito a quest' ultimo, che le bambine risultano leggermente più avanzate rispetto ai maschi della stessa fascia d'età. I fattori ambientali invece comprendono la stimolazione linguistica, la ricchezza delle esperienze extra-linguistiche come ad esempio delle gite o delle vacanze lunghe effettuate in luoghi nuovi.

Un altro elemento importante che influenza lo sviluppo linguistico del bambino è il grado di adattamento emotivo e sociale all'ambiente che lo circonda.

L'essere umano nasce predisposto ad acquisire il linguaggio ma esso non avviene senza stimoli esterni. L'ambiente, ad esempio, è uno stimolo esterno ed è molto importante per lo sviluppo del linguaggio nel bambino in quanto la presenza di un ambiente povero può aumentare la possibilità di sviluppare un ritardo del linguaggio/artratezza nello sviluppo del linguaggio nel bambino. Una possibile soluzione a questo problema potrebbe essere l'esposizione del bambino ad un ambiente più ricco in quanto il linguaggio è una forma utilizzata per socializzare.

Spesso gli adulti con i bambini utilizzano un linguaggio semplificato, simile a quello che gli stessi bambini utilizzano con i propri coetanei fatto da frasi semplici, brevi, solitamente accompagnate dalla gestualità. La qualità dell'interazione tra bambino e

¹ Bonifacio S. , Hvastja Stefani L. (2010). L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio, il modello interact per il bambino parlatore tardivo. Milano : Angeli , p. 114.

genitore è molto importante in quanto incide sui progressi del linguaggio del bambino nei primi anni di vita.

Il bambino impara ad usare il linguaggio in tempi relativamente brevi; gli serve, come già anticipato precedentemente, per poter comunicare e condividere con gli altri ciò che pensa, costruendo e arricchendo le proprie conoscenze. Questo percorso, anche se breve, è molto complesso in quanto richiede diverse capacità come quelle linguistiche e quelle socio-cognitivo-emotive. Solitamente, il bambino, non parla prima di 1 e mezzo-2 anni di età e purtroppo dopo i 13-14 anni diminuiscono le probabilità di apprendimento del linguaggio.

Molti psicologi², quando viene trattato l'argomento del linguaggio, danno molta importanza all'esperienza, ossia all'influenza dell'ambiente sul bambino. La spiegazione del linguaggio, dal loro punto di vista, viene appunto attribuita ad essa (l'esperienza) infatti, se il bambino fa delle espressioni verbali corrette, viene premiato con un sorriso o con un bravo; se invece le sue espressioni sono scorrette viene punito con un "no". Come dichiarato anche dalla legge dell'effetto, i comportamenti premiati tendono ad essere appresi e rafforzati mentre quelli puniti tendono a sparire poi nel tempo. All'inizio il bambino modifica il suo comportamento verbale in base alle punizioni e ai premi che riceve ma poi, crescendo, impara da solo a distinguere le espressioni giuste da quelle sbagliate. Questa concezione sopra descritta però appare errata in quanto, oltre all'ambiente esterno, sono molto importanti anche quei fattori che fanno maturare fisiologicamente l'individuo. Di conseguenza è difficile pensare che l'inizio dell'uso del linguaggio nel bambino avvenga solo perché premiato in quanto esso avviene come un processo spontaneo dato dai cambiamenti interni all'individuo. Inoltre, è molto importante sottolineare come il linguaggio sia un qualcosa di complicato in quanto parlare non significa solo ripetere le parole o le frasi "corrette" ma imparare le regole e le strutture che stanno al di sotto di una semplice frase, regole che non sono visibili.

² Pizzamiglio, L. Baldan, G. (1974). I disturbi del linguaggio : manuale di diagnosi e terapia.- Milano: Etas Libri , p.84, 85.

Fasi evolutive del linguaggio

Come riportato precedentemente, l'acquisizione del linguaggio avviene attraverso una serie di fasi che sono condivise da tutti i bambini i quali possono avere tempi, strategie e modi diversi per il raggiungimento delle stesse. Le fasi del linguaggio³ si dividono per fascia d'età del bambino e variano con la sua crescita.

La fase iniziale del linguaggio comprende la fascia 0-12 mesi dove troviamo i prerequisiti linguistici. Essi sono molto importanti in quanto la non presenza degli stessi potrebbe significare assenza o ritardo del linguaggio. Il pianto ad esempio, è il primo metodo attraverso cui i bambini comunicano i propri bisogni, esso infatti varia in base alla necessità del piccolo. Già dai 3 mesi il bambino impara ad ascoltare i suoni esterni e ad avere un "controllo" dei suoni che egli stesso produce. In questa fase il bambino piange meno e, quando qualcuno gli parla, sorride e produce dei suoni di tipo vocalico che possono durare fino a 15-20 secondi. Verso i 4 mesi invece, avviene nel bambino una piccola evoluzione in quanto risponde alla voce umana in modo più definito e con gli occhi cerca chi parla e fino a circa i 6 mesi, inizia lo sviluppo della capacità di orientare l'attenzione che porta a sviluppare anche la capacità di fissazione dello sguardo nel bambino. Durante questa prima fase è presente anche quella della lallazione che parte dai 6 mesi fino agli 8 mesi dove il bambino inizia a produrre dei vocalizzi che riproducono dei suoni simili a sillabe isolate. Esistono due tipologie di lallazione; quella cronica dove il bambino ripete sempre la stessa sequenza di sillabe come pa-pa-pa, paa, ba-ba; e quella variata dove avvengono delle combinazioni sillabiche più elaborate come ma-ba, ba-bi. Questa tipologia di lallazione inizia però successivamente, intorno gli 8/9 mesi; in questa fascia d'età il bambino specifica i suoi stati emotivi attraverso i suoni da lui prodotti. L'intenzione comunicativa si sviluppa e verifica invece intorno ai 9 mesi, questa è una fase fondamentale in quanto avviene il passaggio dalla comunicazione non intenzionale alla comunicazione intenzionale. Qui il bambino diventa consapevole delle sue potenzialità comunicative e degli effetti che i suoi comportamenti producono sulle persone; impara inoltre a raggiungere uno scopo. Tra gli 8-10 mesi, il bambino inizia a sviluppare anche la capacità di comprendere e più verso i 10 mesi sembra mostrare interesse nell'imitare i suoni. A partire dai 9 ai 12 mesi, nel bambino si sviluppa il gesto

³ Pizzamiglio, L. Baldan, G. (1974). I disturbi del linguaggio : manuale di diagnosi e terapia. Milano: Etas Libri, p. 92, 93.

dell'indicare; questa è una fase molto importante in quanto i gesti sono fondamentali perché precedono il linguaggio e accompagnano le prime parole.

Successivamente a questa prima fase, avviene quella linguistica che si sviluppa dai 12 ai 24 mesi dove troviamo lo sviluppo lessicale del bambino. Le prime parole però compaiono solitamente tra i 12 e 15 mesi. In questa fase il bambino può eseguire delle semplici istruzioni come “batti le mani”, “dammi la mano”. Essa è molto importante in quanto i gesti diventano simbolici; inizia il gioco dell'imitare. L'esplosione vera e propria del vocabolario arriva dai 20 ai 24 mesi dove il bambino impara ad usare più parole infatti il suo vocabolario passa da 50 parole a 300-500. In questa fase nascono anche le prime combinazioni di parole come “bimbo mangia”, “bimba dorme”.

La fase finale, dai 24 ai 36 mesi, è caratterizzata dalla composizione di frasi dove il bambino impara a formare delle frasi che poi con il tempo diventeranno sempre più ricche di elementi. Già a 30 mesi il bambino appare frustrato quando non si sente capito dall'adulto. Le frasi che produce sono di minimo due parole ma spesso anche di 3-5; in questa fase sembra che capisca quasi tutto quello che gli viene detto. A 36 mesi il bambino dovrebbe avere un vocabolario di circa 1000 parole e quello che esterna, all'80%, risulta comprensibile agli altri. Il vocabolario, ai 48 mesi (4 anni) dovrebbe essere ormai acquisito.

Noam Chomsky e il linguaggio

Uno studioso che ha prestato attenzione al linguaggio e alla produzione di esso è Noam Chomsky, nato il 7 dicembre 1928 a Filadelfia da una famiglia ebraica. Chomsky è un filosofo e all'interno del suo libro, le strutture della sintassi del 1957⁴, ha definito le regole grammaticali come delle proprietà fondamentali della mente umana opponendosi quindi, di conseguenza, all'interpretazione precedente di alcuni psicologi i quali sostenevano che le proposizioni sono generate in ordine sequenziale quindi che ogni singola parola inneschi la successiva. Questo libro mette in evidenza come la produzione di un testo verbale sia un atto creativo guidato da delle regole mentali implicite. Chomsky sostiene che un individuo, diversamente dal pensiero degli altri psicologi, prima di

⁴ Natura innata del linguaggio secondo Noam Chomsky Artemij Keidan Versione breve dell'articolo pubblicato su NFA nel 2016. [Natura innata del linguaggio secondo Noam Chomsky \(researchgate.net\)](#) PDF.

enunciare una proposizione, si crei una rappresentazione del significato dell'intera frase, alla quale poi applicare la grammatica rispettando tutte le varie regole anche se possono essere diverse in base alla lingua. Le regole grammaticali consistono in proprietà innate della mente umana le quali spiegano le caratteristiche universali del linguaggio. Esse nascono sempre da alcuni principi fondamentali che costituiscono la grammatica universale.

Parlando sempre di linguaggio, Chomsky crea il LAD ossia il dispositivo per l'acquisizione del linguaggio che serve per indicare gli interi meccanismi mentali innati che danno al bambino la capacità di acquisire il linguaggio con rapidità ed efficienza. Il LAD, oltre a comprendere i meccanismi mentali innati, comprende anche tutti i fondamenti innati della grammatica universale.

Riferendoci sempre all'innatismo del linguaggio, l'argomentazione da Chomsky riportata in merito⁵, la si può descrivere in una serie di caratteristiche ben distinte dove; la sintassi, ossia le regole che governano la costruzione di frasi a partire dalle parole e dai gruppi di parole, è ricorsiva ed è la componente più importante del linguaggio umano. La semantica invece, che riguarda il significato delle parole, viene vista solo come una conseguenza della sintassi, non come un fattore determinante all'interno della costruzione frasale. La ricorsività invece è potenzialmente infinita quindi le frasi formulabili in una determinata lingua possono avere lunghezza e complessità illimitate, non ci sono regole. Inoltre tutti i parlanti di una lingua specifica sono in grado di giudicare se una frase è corretta o meno, sono capaci di capire la correttezza della grammaticalità di una sequenza di parole. La capacità di capire se una frase è corretta non viene limitata né dall'illimitatezza della lunghezza e complessità delle frasi le quali sono illimitate, né dalle caratteristiche individuali del parlante (come l'età o l'istruzione dell'individuo). I problemi di colui che parla sono due, o il meccanismo che rende possibile il giudizio su un input infinito oppure il come avviene l'apprendimento di questo meccanismo da parte di un bambino che sta imparando a parlare. Il meccanismo che rende possibile all'individuo di criticare la grammaticalità non sta nel memorizzare le frasi corrette, ma nell'utilizzo di un algoritmo che permette di calcolare la grammaticalità di una qualsiasi

⁵ Natura innata del linguaggio secondo Noam Chomsky Artemij Keidan Versione breve dell'articolo pubblicato su NFA nel 2016. [Natura innata del linguaggio secondo Noam Chomsky \(researchgate.net\)](#) PDF.

frase. L'apprendimento di questo algoritmo può avvenire in due modi, o da uno stimolo esterno quindi ascoltando frasi e generalizzando le informazioni che vengono prodotte dagli altri parlanti, oppure da una conoscenza innata. L'apprendimento della grammatica proveniente da uno stimolo esterno è povero e quindi viene escluso. Il bambino, nell'apprendimento della lingua materna (all'interno della comunicazione madre-bambino) la qualità e la quantità degli enunciati è assai bassa. Inoltre, nella comunicazione mamma-bambino è presente solo lo stimolo positivo, non quello negativo in quanto il genitore parla al bambino con frasi corrette senza spiegarli gli errori.

La grammatica, è la componente più importante, fondamentale, condivisa da tutte le lingue del mondo, è innata nell'essere umano, localizzata nel cervello al pari di un organo.

Chomsky sostiene, come già anticipato precedentemente, che l'input linguistico ricevuto dal bambino durante la fase di acquisizione del linguaggio sia povero, di bassa qualità, privo di feedback, di reinforcement e di informazione negativa. L'adulto, quando parla con il bambino, presta attenzione a parlare correttamente senza soffermarsi all'insegnamento della grammatica della propria lingua in modo esplicito e completo ma, semplicemente limitandosi a fornirgli alcune frasi grammaticali. Il bambino però, nonostante non abbia una guida o delle regole grammaticali corrette da seguire, riesce lo stesso ad acquisire la grammatica completa e perfetta della lingua che è potenzialmente infinita. Questo processo il bambino lo fa abbastanza velocemente, indipendentemente dalle condizioni storiche, sociali o culturali.

L'intuizione del parlante, secondo Chomsky, è alla base del metodo di indagine scientifica sul linguaggio. Si tratta dell'introspezione del linguista che indaga nella propria prima lingua. I parlanti non colti, quando vengono interrogati dal linguista nella grammaticalità di determinate frasi, spesso non capiscono neanche la domanda.

L'intuizione quindi è correlata al livello di istruzione dell'individuo, ossia alla coscienza metalinguistica.

Riprendendo il discorso della grammatica infinita, quando si parla di linguaggio infinito si può, ad esempio, far riferimento al fenomeno dell'embedding⁶ delle relative ossia alla presenza di frasi relative dentro ad altre frasi relative. Un esempio di frase con

⁶ Natura innata del linguaggio secondo Noam Chomsky Artemij Keidan Versione breve dell'articolo pubblicato su NFA nel 2016. [Natura innata del linguaggio secondo Noam Chomsky \(researchgate.net\)](#) PDF.

l'embedding singolo è: "Una ragazza, che Anastasia non aveva mai visto prima, è entrata nella stanza". A questa frase è possibile aggiungervi una seconda relativa, ottenendo di conseguenza un doppio embedding: "Una ragazza, che Anastasia, la quale notoriamente aveva una buona memoria, che non aveva mai visto prima, è entrata nella stanza". In tutto ciò però esiste un corpus di enunciati che sono limitati, contenenti errori dovuti ad interruzioni durante l'eloquio, ripensamenti, dimenticanze che sono eseguiti dai parlanti. Chomsky, in merito a questa situazione fa due affermazioni: "il corpus è così ricco da essere rappresentativo di un linguaggio infinito;" e "il corpus è troppo povero per poter costituire l'input sufficiente per l'acquisizione di un linguaggio infinito." Questi dati sono stati utilizzati sia come prova che qualcosa è infinito, sia come prova che qualcosa è finito quindi, le stesse frasi, vengono considerate nello stesso momento sia "praticamente infinite" sia "troppo finite".

Chomsky sottolinea anche come sia importante osservare come una lesione in uno qualsiasi dei due emisferi cerebrali, se avviene nei primi due anni di vita, possa comportare ad un ritardo dello sviluppo del linguaggio. Diversa invece la situazione se la lesione avviene dai 2 anni ai 10 anni in quanto, in questo caso, se la lesione riguarda la parte sinistra dell'emisfero cerebrale, l'85% dei casi riporta un disturbo del linguaggio. In merito a ciò, viene evidenziata l'importanza dell'ambulatorio del pediatra in quanto esso può fungere come riferimento ideale per identificare precocemente atipie dello sviluppo da indirizzare successivamente verso una consulenza specialistica. Esso è anche molto importante perché considerato luogo di sorveglianza dello sviluppo affettivo, comportamentale e neuro-psico-motorio del bambino.

Capitolo 2 : RITARDO DEL LINGUAGGIO E DISTURBO DI LINGUAGGIO

Caratteristiche ritardo del linguaggio

Come già visto precedentemente, è molto importante conoscere le fasi dello sviluppo del linguaggio in quanto una possibile anomalia come l'assenza di lallazione, di gestualità, produzione di un numero ridotto di parole, difficoltà di combinazione delle stesse, ridotta presenza di gioco simbolico, potrebbero identificare un possibile ritardo di linguaggio. Il ritardo del linguaggio, negli anni 70-80, veniva visto come uno dei principali problemi di salute mentale nell'età scolare e, da uno studio effettuato sui bambini, avevano notato come il 4-8% di essi riportassero effettivamente un disturbo nello sviluppo del linguaggio.

E' fondamentale prima di tutto precisare che un ritardo di linguaggio non è un disturbo di linguaggio in quanto il ritardo porta più ad una difficoltà linguistica nel bambino. La difficoltà è qualcosa di non innato, non è resistente al cambiamento e quindi, di conseguenza, è modificabile attraverso il potenziamento. Il ritardo del linguaggio⁷ è una condizione relativamente benigna nella quale avviene un rallentamento nel ritmo di acquisizione delle normali tappe evolutive. Esso è già visibile all'età di 2 anni in quanto un bambino di quest'età dovrebbe avere un vocabolario di circa 50 parole con combinazione di almeno 2-3 parole. L'assenza di questi due elementi manifesta già un campanello di allarme in quanto segnala un ritardo nello sviluppo del linguaggio.

In generale, un bambino con un ritardo del linguaggio, definito parlatore tardivo, riporta un vocabolario espressivo ridotto ossia produce meno parole rispetto ai suoi coetanei. Sono bambini che solitamente acquisiscono il linguaggio più tardi rispetto agli altri senza mostrare significative difficoltà in altre aree dello sviluppo e solitamente questa difficoltà si risolve entro i 3-4 anni d'età.

Il ritardo di linguaggio risulta avere un esito peggiore quando il bambino riporta un basso livello di comprensione insieme ad un basso livello di produzione verbale rispetto ad un bambino che riporta ritardo solo nell'area espressiva.

In alcuni casi, il ritardo del linguaggio può avvenire come conseguenza o in concomitanza di un disturbo noto come un danno all'udito, disturbo psichiatrico, disturbo

⁷ Zanobini, M. Viterbori, P. Scopesi, A. Bedin, A.G. (2015). Le difficoltà e i disturbi del linguaggio attraverso le lenti dell'ICF. Milano: Angeli, p. 43, 44, 45.

neurologico. Uno dei problemi, che affrontano i logopedisti quando sono in presenza di bambini con ritardo del linguaggio, è il comportamento problematico dato dalla loro frustrazione nella mancata riuscita di comunicazione con gli altri. Questa non riuscita crea nel bambino una scarsa motivazione di comunicazione che a sua volta porta ad una riduzione della quantità della pratica e del feedback che alimentano il lento sviluppo del linguaggio. Inoltre, il problema del clinico, non è quello di riuscire ad identificare un ritardo del linguaggio, ma capire se esso sia un fenomeno transitorio oppure un fattore di rischio per lo sviluppo delle aree del linguaggio, per questo motivo è importante indagare precocemente sulle possibili cause e caratteristiche.

L'identificazione precoce da parte di medici e professionisti di un ritardo di linguaggio consente un intervento precoce nel bambino il quale può ridurre la possibilità di verificare successivamente una disabilità. In alcuni casi, il bambino che manifesta un ritardo del linguaggio è capace di raggiungere con il tempo i suoi coetanei; il caso però è diverso quando si è in presenza di una condizione più ampia come ad esempio il ritardo dello sviluppo globale che richiede uno specifico lavoro diagnostico.

Il sospetto di presenza nel bambino di un possibile ritardo del linguaggio è una delle principali cause di consultazione in ambito neuropsichiatrico infantile⁸. Esso viene spesso sottovalutato da parte dei genitori e dei pediatri in quanto viene visto come una condizione transitoria definita “aspetta e vedrai” ma, dal punto di vista clinico, un ritardo del linguaggio deve essere sempre sottoposto ad una accurata e precoce osservazione e approfondimento clinico-diagnostico. Alcuni psicologi⁹ hanno condotto uno studio su una popolazione pediatrica di parlatori tardivi mettendo come focus questa problematica “dell’aspetta e vedrai” dimostrandola come poco appropriata ed evidenziando il fatto che i pediatri non dovrebbero sottovalutare il ritardo di linguaggio. Sottoponendo i bambini parlatori tardivi ad un accurato protocollo clinico comprendente i vari esami e valutazioni specifiche, è stato visto come il 22% di essi manifestasse in associazione al ritardo di linguaggio altri disturbi neuro evolutivi inerenti alla sfera cognitiva o relazionale.

Invece¹⁰, in uno studio trasversale condotto tra il 2011 il 2015 nell’ambito della rete della ricerca sulle cure primarie, è stato esaminato, all’interno di visite programmate e

⁸ Bonifacio S. , Hvastja Stefani L. (2010) – L’intervento precoce nel ritardo di linguaggio, il modello interact per il bambino parlatore tardivo – Milano : Angeli – p. 114.

⁹ Ivi, p. 114-115.

¹⁰ [MobileMediaDeviseUseisAssociatedwithExpressiveLanguageDelayin18-Month-OldChildren-PMC.](#)

concordate con i genitori dei bambini, l'associazione tra i dispositivi multimediali mobili e i ritardi di comunicazione nei bambini di 18 mesi. L'utilizzo degli strumenti multimediali mobile è stato misurato attraverso l'utilizzo di uno strumento d'indagine segnalato dai genitori ai quali veniva chiesto di riportare il numero di ore che il loro bambino trascorrevva sveglia e il numero di ore che passava giocando con i dispositivi multimediali come telefono, tablet, Nintendo DS e televisione. L'uso quotidiano dei dispositivi multimediali veniva calcolato come media ponderata dell'utilizzo di essi nei giorni feriali e nei weekend. Al termine dello studio è emerso che la maggior parte dei genitori aveva segnalato "0" minuti al giorno di utilizzo di dispositivi multimediali da parte del proprio figlio (77,6%), altri invece avevano segnalato un tempo di 15 minuti al giorno di utilizzo (22,4%). L'utilizzo medio giornaliero dei dispositivi multimediali è stato di 15.71 minuti. Dallo studio sono stati esclusi tutti quei bambini che avevano già una diagnosi di disturbo dello spettro autistico oppure un grave ritardo nello sviluppo delle condizioni croniche ad esclusione dell'asma. Da questo studio sono stati infine riscontrati due esiti; alcuni bambini che stavano più tempo davanti ai dispositivi multimediali mobili, presentavano un ritardo del linguaggio espressivo mentre altri presentavano altri ritardi della comunicazione e che quindi, i bambini che passavano più tempo con i dispositivi multimediali mobili, manifestavano una maggiore possibilità di sviluppare un ritardo. Questi dati sono stati misurati attraverso ITC che è un questionario che misura 3 parti diverse che sono: la parte sociale come emozione e sguardo, comunicazione e uso dei gesti, la parte simbolica come la comprensione e l'uso degli oggetti e la parte vocale come suoni e parole. Queste tre parti danno un punteggio totale dove ogni punteggio tende a mettere in risalto ciò che dà "preoccupazione" e "nessuna preoccupazione". Il questionario è composto da 24 voci, viene utilizzato per i bambini dai 6 mesi ai 24 mesi ed è riportato dai genitori. Esso ha un'elevata affidabilità e validità; misura la comunicazione precoce e le abilità simboliche dei bambini. E' stato progettato come strumento di screening per identificare i bambini con ritardi comunicativi precoci.

In un altro studio effettuato nel 2018¹¹ su bambini di età compresa tra 1 anno e i 12 anni di un ambulatorio pediatrico di un ospedale universitario di cure terziarie, sono stati osservati 84 bambini. Ai tutori di questi bambini è stato chiesto di rispondere a un questionario preimpostato che consisteva in domande relative ai dati demografici del

¹¹ [Speech and language delay in children: Prevalence and risk factors - PMC \(nih.gov\)](#) - Speech and language delay in children.

bambino, alla storia della nascita di esso e alle sue malattie (se presenti) che avevano generato un ricovero. Successivamente, attraverso l'osservazione e la valutazione, è stato visto come alcuni di questi bambini presentassero delle caratteristiche autistiche, paralisi cerebrali, perdita dell'udito oppure anche comorbilità. E' stato inoltre visto come l'ambiente, la sua storia familiare, la bassa educazione paterna e materna, consanguineità, ambiente multilingue e stimolazione inadeguata siano un fattore di rischio del ritardo del linguaggio nel bambino.

Ci sono anche altri studi¹² che evidenziano invece come un bambino con un ritardo del linguaggio possa successivamente sviluppare un disturbo di linguaggio il quale potrebbe poi ricevere una possibile diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento.

Caratteristiche disturbo di linguaggio

Riprendendo il discorso del ritardo di linguaggio, è stato visto, attraverso numerosi studi¹³ che un bambino con un ritardo del linguaggio può successivamente avere una diagnosi di disturbo specifico di linguaggio con possibile e successiva diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento. Inoltre, è stato visto come il disturbo di linguaggio sia uno dei disturbi più frequenti in età evolutiva; circa il 3-5%¹⁴ della popolazione in età infantile riporta questo disturbo.

Il disturbo primario del linguaggio (DPL) precedentemente chiamato disturbo specifico del linguaggio (DSL), è comunemente definito disturbo del/di linguaggio. Il disturbo è diverso dalla difficoltà/ritardo; esso è innato, resistente al cambiamento e con bisogno di definizione e successiva pianificazione dei nuovi obiettivi da raggiungere. Il disturbo è una condizione più stabile e grave nella quale si verifica una deviazione importante rispetto allo sviluppo tipico dei bambini in quella fascia d'età. Esso viene definito come una severa limitazione¹⁵ all'interno di uno o più ambiti linguistici in

¹² Marini, A. Vicari, S. (2022). I disturbi del linguaggio in età evolutiva : caratteristiche, diagnosi e trattamento. Bologna: Il Mulino, p. 80, 92 e <https://www.nidcd.nih.gov/health/developmental-language-disorder/#Is-DLD-same> , Developmental language disorder.

¹³ Ibid.

¹⁴ Marini, A. Vicari, S. (2022). I disturbi del linguaggio in età evolutiva : caratteristiche, diagnosi e trattamento. Bologna: Il Mulino, p. 60.

¹⁵ Zanobini, M. Viterbori, P. Scopesi, A. Bedin, A.G. (2015). Le difficoltà e i disturbi del linguaggio attraverso le lenti dell'ICF. Milano: Angeli – p. 45, 46, 47.

assenza di deficit che possono essere sensoriali, cognitivi, motori, affettivi. Il disturbo del linguaggio è uno tra i maggiori disturbi del neuro sviluppo che può manifestarsi in età evolutiva e solitamente la diagnosi è spesso differita fino ai 3-4 anni d'età.

I sintomi compaiono per la prima volta durante l'infanzia; questo però non significa che con l'aumentare dell'età e quindi con lo sviluppo, si risolva la loro problematica. E' una condizione che è molto evidente nella prima infanzia ma che molto probabilmente continuerà e cambierà con la crescita. Colpisce circa 1 bambino su 14 all'asilo e tende a persistere anche nell'età adulta¹⁶.

Il disturbo del linguaggio è un disturbo dello sviluppo neurologico e in generale, i disturbi del neuro-sviluppo, tendono ad essere ereditari; infatti ci sono alte probabilità¹⁷ che un bambino che ha una diagnosi di disturbo di linguaggio abbia fratelli o genitori che hanno avuto/hanno delle difficoltà o ritardi nel linguaggio. Da alcuni dati è stato visto come il 50/70 % dei bambini con questo disturbo abbia almeno un familiare con il disturbo. Esso fa parte anche dei disturbi della comunicazione in quanto interferisce all'interno di ambiti diversi come l'apprendimento, la comprensione e l'uso del linguaggio che può influenzare la scrittura, l'ascolto, la lettura e il parlare di un bambino. Le difficoltà linguistiche però, nel caso di disturbo, non dipendono da altre condizioni come perdita di udito, autismo.

Purtroppo questo disturbo è ancora poco conosciuto all'interno della popolazione generale e tenuto poco in considerazione nei servizi clinici. Esso si manifesta, come già anticipato, tipicamente durante l'infanzia sotto forma di ritardo nelle prime competenze del linguaggio come nello sviluppo lessicale ossia nel vocabolario e nello sviluppo sintattico ossia nella struttura della frase. Anche se purtroppo è ancora poco conosciuto, è davvero molto importante agire precocemente in quanto, in questo modo, si ha maggiore possibilità di ottenere un miglioramento significativo che può portare a dei benefici e a dei miglioramenti sia per i parlatori tardivi che per i bambini che hanno una diagnosi di disturbo di linguaggio.

A volte, le difficoltà linguistiche vengono viste come un problema di comportamento e di conseguenza trascurate. E' per questo motivo che è sempre importante determinare se queste difficoltà siano parte del problema oppure no.

¹⁶ <https://www.nidcd.nih.gov/health/developmental-language-disorder/#Is-DLD-same> , Developmental language disorder

¹⁷ Ibid.

Nei casi in cui i bambini con questo disturbo non abbiano un'adeguata presa in carico paragonata ad un'assenza di essa, il disturbo persiste nel tempo determinando di conseguenza importanti implicazioni non solo relative alle competenze linguistiche. In alcuni casi, il disturbo del linguaggio può persistere fino all'età adulta¹⁸, quindi risulta necessario, da parte della comunità scientifica e clinica, pianificare e realizzare interventi che non siano solo per il recupero a breve termine del disturbo linguistico ma anche sulla presa in carico di medio e lungo periodo in un'ottica riabilitativa centrata sulla persona. Molti adulti infatti sviluppano delle strategie per gestire i sintomi del loro disturbo. L'applicazione di queste strategie può migliorare la loro vita sociale, quella familiare e quella lavorativa quotidiana. Da una ricerca fatta sull'inserimento degli adulti con DSL all'interno del mondo del lavoro, è stato visto che, rispetto ai loro pari, hanno un tasso di occupazione minore e una doppia probabilità di rimanere senza lavoro per più di un anno. Quando invece sono al lavoro, si trovano più frequentemente a svolgere lavori manuali dove non sono richieste capacità di alfabetizzazione. Spesso gli adulti con storia di disturbo specifico del linguaggio, raggiungono la loro indipendenza a tempi più avanzati rispetto ai loro pari a causa di una maggiore dipendenza familiare in quanto si sentono meno indipendenti nello svolgimento di attività quotidiane. Inoltre dichiarano di avere minori relazioni di amicizia e relazioni sentimentali.

Nell'età prescolare¹⁹ invece si manifestano delle difficoltà in domini diversi come nel dominio fonetico-fonologico ossia nella percezione, selezione e produzione dei suoni linguistici, nel dominio morfologico come nella flessione, derivazione e composizione delle parole e nel dominio testuale-discorsivo cioè nell'elaborazione di testi con argomenti coerenti e strutture linguistiche coese.

Alcune evidenze scientifiche evidenziano come i bambini con questo disturbo vengano visti da parte dell'insegnante come meno abili nelle competenze sociali a livello generale. Essi hanno appunto meno amici e risultano meno aperti alle comunicazioni e meno apprezzati e accettati dai loro pari. Una delle caratteristiche principali del bambino con disturbo del linguaggio è il ritiro sociale ossia la presenza di timidezza, isolamento, passività e l'essere cauti nell'ambito sociale. Esso non dipende solo dalla severità del

¹⁸ Marini, A. Vicari, S. (2022). I disturbi del linguaggio in età evolutiva : caratteristiche, diagnosi e trattamento. Bologna: Il Mulino, p. 81.

¹⁹ Ivi, p. 78, 79.

disturbo ma, soprattutto, dall'interrelazione tra le competenze linguistiche e quelle emotive. Nonostante il bambino con DSL sia più soggetto a subire atti di bullismo da parte dei coetanei, in alcuni casi, a causa della difficoltà di adattamento socio-emotivo e comportamentale, possono manifestare disturbi della condotta. In ambito di qualità della vita²⁰ invece è stato visto come i bambini con disturbo del linguaggio presentino una qualità di vita inferiore a quella dei coetanei.

Molti adolescenti con il disturbo di linguaggio, riguardo l'adattamento socio-emotivo, mostrano una bassa autostima. Inoltre hanno una probabilità 6 volte maggiore rispetto ai coetanei di manifestare stati di ansia e una probabilità 3 volte maggiore di incorrere in una depressione clinica.

Uno dei fattori che contribuisce alla variabilità dello sviluppo del linguaggio è il genere; quello femminile produce più parole rispetto a quello maschile nelle primissime fasi dello sviluppo. Un altro fattore che ha maggiore rilevanza è la familiarità, anche se non tutti i bambini con ritardo di linguaggio e con familiarità con questo disturbo poi lo sviluppano. La familiarità, il livello socio economico e la bassa educazione materna sono un fattore di rischio per il ritardo del linguaggio nel bambino fin dalle primissime fasi che potrebbe successivamente sfociare in un disturbo del linguaggio (DSL). Uno degli indicatori precoci invece, è la lenta insorgenza del linguaggio ma l'indicatore più precoce è il vocabolario espressivo (è per questo che i bambini che producono meno parole di quelle aspettate per la fascia d'età vengono definiti parlatori tardivi).

In un bambino con diagnosi DSL grave si può verificare una ridotta intelligibilità dell'eloquio. Essa può comportare nel bambino una difficoltà nell'esprimere efficacemente il proprio messaggio all'interlocutore inducendolo quindi, di conseguenza, a delle modificazioni comunicative-relazionali che vengono eseguite dal caregiver che spesso si sostituisce al bambino quando si relaziona con altre persone. Il caregiver tende a spiegare all'interlocutore del bambino quanto esso gli sta dicendo e a correggere il bambino per aiutarlo. Anche se esso viene fatto con intenzioni positive, può portare nel bambino la creazione di uno stato di inadeguatezza, di disagio o frustrazione.

Nello studio di Cipriani et al. (2002), ad esempio, è stato visto come i bambini di 4 anni con disturbo specifico del linguaggio, abbiano riportato a partire dal 24-36 mesi un

²⁰ Marini, A. Vicari, S. (2022). I disturbi del linguaggio in età evolutiva : caratteristiche, diagnosi e trattamento. Bologna: Il Mulino, p. 81.

grave livello di comprensione verbale insieme ad una produzione lessicale compromessa.

Questo disturbo²¹ può colpire sia i bambini che parlano una sola lingua che i bambini multilingue, in questi casi il DSL avrà impatto in tutte le lingue che il bambino parla. E' importante sapere che l'apprendimento di più lingue non creerà nel bambino con DSL maggiori difficoltà rispetto al bambino che parla una sola lingua.

Nel 2016, due psicologi²² hanno promosso un progetto internazionale che aveva l'obiettivo di capire come identificare e caratterizzare i problemi di linguaggio nel bambino. In questo progetto nasce anche la sigla DLD (developmental language disorder : disturbo dello sviluppo del linguaggio) e viene stabilito che l'utilizzo di questo termine avvenga solo quando il bambino manifesta delle difficoltà linguistiche che conseguentemente ne ostacolano la comunicazione e l'apprendimento all'interno della vita di tutti i giorni. Difficilmente i problemi linguistici del bambino si risolvono entro i 5 anni; è importante ricordare che le problematiche del linguaggio non sono associate ad altri disturbi. La prima cosa importante da verificare è capire se le difficoltà espressive e di comprensione del linguaggio interferiscono con la vita quotidiana.

Il disturbo specifico di linguaggio è identificabile nei bambini dai 3 e 5 anni di età; esso riguarda l'area linguistica composta da morfosintassi, lessico, fonologia oppure quella pragmatica.

Il National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD)²³ supporta un'ampia varietà di ricerche che si basano sulle cause, sui sintomi, sulla diagnosi e sul trattamento del disturbo di linguaggio. Gli scienziati che sono supportati da NIDCD stanno anche determinando come diagnosticare con precisione il DSL. I programmi supportati da NIDCD inoltre stanno anche studiando come istruire genitori e/o coetanei di bambini con DSL in modo da riuscire a sostenere la crescita linguistica sia a casa che a scuola.

Spesso, le cause di questo disturbo sono multifattoriali ed è impossibile capire la specifica influenza di fattori singoli causali. Esso ha un'insorgenza quindi variabile che dipende dalla maturazione delle competenze linguistiche e dalle richieste ambientali. Queste caratteristiche del DSL come le cause, l'insorgenza variabile, la sua evolutività,

²¹ <https://www.nidcd.nih.gov/health/developmental-language-disorder#Is-DLD-same> , Developmental language disorder.

²² Marini, A. Vicari, S. (2022). I disturbi del linguaggio in età evolutiva : caratteristiche, diagnosi e trattamento. Bologna: Il Mulino, p. 61, 62.

²³ <https://www.nidcd.nih.gov/health/developmental-language-disorder#Is-DLD-same> - Developmental language disorder.

trasformabilità e comorbilità devono essere tenute in considerazione nell'esaminazione della successione del disturbo del linguaggio. È soprattutto molto importante²⁴ tenere conto dell'eziologia, dell'insorgenza, della sintomatologia ed interpretare con molta attenzione le fragilità manifestate in domini diversi.

Le varie sequele del DSL vengono discusse tenendo presente che nel corso dello sviluppo, le difficoltà nell'acquisizione del linguaggio possono essere rilevate in relazione alla maturazione di altre competenze ossia quelle cognitive, emotive, socio-relazionali e comportamentali.

Solitamente, un bambino che riporta diagnosi DSL manifesta delle difficoltà sia nel linguaggio espressivo che in quello ricettivo. Nel linguaggio espressivo può riportare delle possibili difficoltà nell'eloquio semplificato nel funzionamento del linguaggio generale, difficoltà nell'ordine delle parole all'interno della grammatica, nell'abilità conversali (pragmatica), nella semantica mostrando vocabolario e perifrasi scadenti e delle difficoltà nel discorso nell'organizzazione ed espressione delle idee. Nel linguaggio ricettivo può invece riportare difficoltà di comprensione, pochi/nessun deficit nella produzione del linguaggio, difficoltà nell'interpretazione delle frasi complesse nell'ambito della grammatica, difficoltà a capire una conversazione (semantica), difficoltà nel capire le idee provenienti dalle conversazioni (pragmatica) e nella comprensione di informazioni complesse nel discorso. I bambini che ricevono diagnosi di DSL possono manifestare diversi comportamenti come frequenti errori grammaticali quando parla, difficoltà per imparare nuove parole e per fare conversazione, ritardo nel mettere insieme le parole creando delle frasi e difficoltà a seguire le indicazioni; non perché siano testardi, ma perché non comprendono appieno le parole. I sintomi più comuni sia di adulti che di bambini con diagnosi DSL²⁵ includono una narrazione e scrittura disorganizzate, difficoltà a trovare le parole giuste, a comprendere il linguaggio figurativo, un uso limitato di frasi complesse, problemi di lettura e frequenti errori grammaticali e ortografici. La presenza di indicatori variabili come limitazione del lessico, combinazioni di parole, uso dei gesti, attenzione condivisa (al di sotto dei 3 anni), e di indicatori più stabili come presenza di disturbi di comprensione, familiarità per il

²⁴ Marini, A. Vicari, S. (2022). I disturbi del linguaggio in età evolutiva : caratteristiche, diagnosi e trattamento. Bologna: Il Mulino, p.78.

²⁵ <https://www.nidcd.nih.gov/health/developmental-language-disorder/#Is-DLD-same> , Developmental language disorder.

disturbo, permette di definire il problema linguistico nel bambino come disturbo del linguaggio.

Quando si parla di disturbo di linguaggio non si parla solo delle sue caratteristiche ma anche dei predittori diagnostici negativi, dei possibili fattori di rischio, della possibile comorbidità e delle possibili malattie mediche associate. I predittori diagnostici negativi del disturbo di linguaggio mostrano un'impossibilità di combinazione di 2 parole con una ridotta comprensione verso i 3 anni, una compromissione di aree linguistiche e deficit nella ripetizione delle frasi tra i 3-4 anni e un'intelligenza non verbale compromessa e deficit di comprensione ai 5 anni.

Il genere maschile, la familiarità per disturbi di linguaggio, elevato numero di fratelli e un basso livello di istruzione dei genitori vengono definiti come fattori di rischio.

La comorbidità invece è la presenza in un individuo di più disturbi insieme. Facendo riferimento al disturbo di linguaggio possiamo trovarlo in comorbidità con l' ADHD ossia deficit di attenzione con iperattività, o con il disturbo specifico dell' apprendimento DSA, con i disturbi emotivi, con il disturbo del comportamento adattivo o di elaborazione uditiva centrale, con speech sound disorder oppure con il disturbo evolutivo di coordinazione motoria. Al disturbo del linguaggio vengono associate anche delle possibili malattie come il trauma cranico, l'emorragia cerebrale, la disabilità intellettiva, la paralisi cerebrale infantile, l'epilessia acquisita, le malattie genetiche, la sordità infantile e il disturbo dello spettro autistico ASD.

Il disturbo del linguaggio viene riportato sia all'interno dell'ICD 10 che del DSM 5 e del PDM2 i quali riportano dei dati specifici.

Il sistema ICD 10²⁶ (International Classification of Diseases ossia la Classificazione internazionale delle malattie) permette una classificazione dove le malattie e i possibili traumatismi vengono ordinati in gruppi specifici sulla base di criteri definiti. All'interno di questo sistema, il disturbo del linguaggio viene classificato in Disturbo specifico dell'articolazione, Disturbo del linguaggio espressivo, Disturbo del linguaggio ricettivo, Afasia (acquisita da epilessia).

Il DSM 5²⁷ è invece un manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, è un

²⁶ Kemali, D. (1996). ICD10 : Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali: descrizioni cliniche e direttive diagnostiche, criteri diagnostici per la ricerca. Milano: Masson,

²⁷ American psychiatric association (2014). DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Raffaello Cortina.

manuale definito clinico che viene utilizzato dagli operatori sanitari per diagnosticare e classificare un disturbo mentale. Esso è organizzato in categorie che includono diversi disturbi come le sindromi somatoforme, i disturbi psicotici, disordini d'ansia, disordini alimentari, disturbi dell'umore, disordini di abuso di sostanze, disordini dissociativi e psicopatologia associata a sviluppo o condizionamento sociale. Il DSM 5 ha classificato il disturbo di linguaggio in - Disturbo del linguaggio- Disturbo fonologico-Disturbo della comunicazione sociale- Balbuzie

Il PDM 2²⁸ è un manuale diagnostico che propone una descrizione del funzionamento della personalità sana e patologica, dei pattern sintomatologici comprendente sia le diverse possibili risposte emotive del clinico che l'esperienza soggettiva dei sintomi e le varie capacità mentali come la relazione con gli altri, di osservare le proprie emozioni e i propri comportamenti, la capacità di regolare gli impulsi e di fronteggiare ansia e stress, la comprensione e l'espressione degli stati d'animo. Esso include la descrizione specifica di ogni singolo disturbo mentale compreso di prevenzione, cause, sintomi e diagnosi e possibili trattamenti. Esso è molto importante in quanto consente ai clinici di categorizzare e descrivere gli stili di personalità, il profilo del funzionamento mentale, l'esperienza soggettiva dei sintomi, le capacità emotive e sociali rispettando la specificità del singolo paziente, permettendo successivamente agli operatori sanitari di diagnosticare correttamente il disturbo mentale al paziente garantendo la pianificazione di un trattamento appropriato. All'interno del PDM 2, il disturbo del linguaggio viene diviso in due parti, in quello espressivo e ricettivo. Quello espressivo è caratterizzato da mancanza di scioltezza, disnomia e difficoltà di ripetizione delle parole (vocabolario limitato) e nel comprendere le informazioni. In quello ricettivo, la fluidità verbale è conservata. Se sono presenti entrambi i deficit, sia quello espressivo che quello ricettivo, si è in presenza di un disturbo misto dell'espressione e della ricezione del linguaggio; definito anche all'interno del DSM 5.

Ad esempio, all'interno del disturbo del linguaggio troviamo altri disturbi di diversa origine come quello della voce (alterazione dell'altezza, intensità e qualità della voce), della parola, della fluenza (balbuzie, farfugliamento) e linguaggio che richiedono diagnosi medica.

²⁸ Lingiardi, V. McWilliams, N. (2020). PDM-2. Manuale diagnostico psicodinamico. Milano: Raffaello Cortina, p. 622,623.

Capitolo 3 : VALUTAZIONE, DIAGNOSI E POSSIBILE CORRELAZIONE CON DSA

Valutazione e Diagnosi ritardo del linguaggio

La valutazione di un ritardo del linguaggio viene attuata attraverso 3 esami che sono: l'esame clinico, l'esame fisico e l'esame clinico diretto²⁹. L'esame clinico consiste inizialmente in un'accurata indagine anamnestica ossia in un'indagine sulla storia dell'individuo antecedente al bisogno di richiedere una contestazione. Viene quindi prestata maggiore attenzione a tutti i fattori di rischio quali familiarità (per patologie), eventi patologici peri-natali (grave prematurità) e storie di otiti ricorrenti (patologie infiammatorie a carico dell'orecchio). La valutazione anamnestica dovrà poi ricostruire tutte le tappe antecedenti dello sviluppo del bambino soprattutto l'evoluzione delle competenze posturo-cinetiche ossia l'età dell'autonomia di deambulazione che solitamente avviene tra gli 11 e i 16 mesi, e la presenza di disturbi di regolazione delle funzioni primarie quali i disturbi della capacità di organizzare, modulare, la gestione dell'umore e la tolleranza ai cambiamenti di stato. L'esame fisico invece consiste in due parti; in un esame obiettivo neurologico e in un esame delle prassie oro-bucco-facciali (innervazione dei nervi cranici). L'Esame clinico diretto consiste nel valutare, in relazione alla fase di sviluppo del bambino, quegli aspetti fondamentali che vengono considerati prerequisiti per l'acquisizione del linguaggio. In questo esame troviamo sia l'esame delle funzioni cognitive che utilizza strumenti e test differenti in base alla fascia d'età, che l'esame dei pre-requisiti comunicativo-sociali del linguaggio ed infine anche l'esame del linguaggio. La mancata comparsa di attenzione condivisa agli 8/9 mesi del bambino e la mancata comprensione di gesti che solitamente va dai 9 ai 12 mesi, costituiscono due dei principali e precoci segni indicatori di una patologia dello spettro autistico. L'esame di linguaggio però può avere diverse tipologie di strumenti di valutazione la quale può essere diretta o indiretta. Gli strumenti di rilevazione indiretta sono i diari, le interviste e i questionari, i quali vengono somministrati ai genitori del bambino e servono per descrivere i comportamenti comunicativi di esso all'interno del contesto familiare. Gli strumenti invece di rilevazione diretta permettono di analizzare le competenze comunicativo-linguistiche che vengono messe in relazione ad un modello

²⁹ Bonifacio S. , Hvastja Stefani L.(2010). L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio : il modello interact per il bambino parlatore tardivo. Milano : Angeli, p. 120-126.

neurolinguistico di riferimento. E' importante che l'esame del linguaggio espressivo sia sempre integrato con un esame del linguaggio recettivo.

E' molto importante ricordare che valutare significa pensare sia a "cosa valutare" che a "come valutare". Lo sviluppo di un piano di valutazione per un bambino parlatore tardivo pone 3 domande: il perché è necessario valutare il bambino, quali e quante informazioni bisogna acquisire e con quali metodi.

Il primo obiettivo indubbiamente è quello di capire se effettivamente il bambino presenta un ritardo del linguaggio e, solo in caso di esito positivo, se esso è accompagnato anche da delle difficoltà comunicative. È anche importante osservare quanto effettivamente sia significativo il ritardo del linguaggio nel bambino rispetto ai coetanei con sviluppo tipico. Il secondo obiettivo della valutazione è capire di cosa ha bisogno il bambino, esso ne determina sia il successivo approccio che la tipologia di intervento e la pianificazione. Un solido punto di partenza del processo di valutazione è il coinvolgimento dei genitori attraverso la somministrazione di questionari preposti che servono per rilevare le modalità comunicative e linguistiche del bambino all'interno dell'ambiente naturale. Un percorso valutativo può utilizzare approcci diversi e la validità dei dati raccolti dipenderà dall'affidabilità dello strumento applicato.

Per ottenere la massima collaborazione da parte dei genitori occorre chiarire 3 aspetti fondamentali: le finalità della valutazione, il processo e la comunicazione dell'esito. È fondamentale che la scelta delle procedure sia dettata dallo scopo ossia nel rilevare i punti di forza e di debolezza del bambino. Il primo incontro³⁰ con la logopedista è un incontro molto importante che avviene con i genitori del bambino ed il bambino; è il primo passo e si articola in diverse fasi. All'inizio dell'incontro i genitori raccontano qual'è secondo loro il problema del loro bambino mentre la logopedista, attraverso un ascolto attivo, mette a confronto quanto sta ascoltando con le proprie conoscenze e prende atto della sensibilità che i genitori riportano alla difficoltà comunicativa del bambino. Viene prestata attenzione anche se il fatto di appoggiarsi ad un clinico sia stato consigliato da un pediatra o da altri clinici oppure se è stata una loro decisione. Ad esempio, alcuni genitori, possono sostenere che il loro bambino parli più o meno rispetto ai suoi coetanei minimizzando il problema. Al contrario, altri genitori, confrontando le capacità

³⁰ Bonifacio S., Hvastja Stefani L. (2010). L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio, il modello interact per il bambino parlatore tardivo. Milano : Angeli, p. 191, 192.

comunicative del loro bambino rispetto ai coetanei o alle tempistiche del figlio precedente, rivolgono questa anomalia al pediatra il quale a volte risulta non d'accordo con questa loro ipotesi e rimanda la visita specialistica in età più avanzate (la “tecnica dell’aspetta e vedrai : wait and see³¹).

Nella seconda parte del colloquio avviene una prima osservazione informale dell’interazione genitore-bambino all’interno di un contesto semi-strutturato dove il logopedista non ha nessun controllo. Viene proposto al genitore di commentare le pagine di un libro adatto alla fascia 2-3 anni che riporta delle azioni e parole già note al bambino; qui il genitore è libero di interagire con il proprio figlio. Prima della spiegazione dell’attività proposta e alla durata della stessa, viene scelto il materiale che non può essere modificato nemmeno nel caso in cui il bambino ne facesse richiesta. Il bambino, insieme ai genitori, i quali vengono posizionati in modo da facilitare la postura del faccia a faccia, possono utilizzare solo il materiale che è stato messo a disposizione. I materiali scelti all’interno della pratica dipendono però dal contesto in cui il genitore è invitato a fare la pratica. Alcuni materiali possono avere una loro specifica funzione, altri possono essere più neutri; essi vengono distribuiti in diversi contenitori. Uno dei materiali particolari a cui prestare attenzione sono i libri che devono rispondere alle diverse esigenze. È meglio scegliere dei libri senza un testo scritto per promuovere la creatività del narratore nel raccontare la storia la quale va costruita in base all’interesse del bambino. Vengono consigliati anche i libri che hanno effetti a sorpresa, dei suoni oppure degli oggetti extra da toccare. Il materiale viene proposto in maniera contenuta, non più di 5/6 giocattoli alla volta; ogni seduta ha degli oggetti/giocattoli specifici che vengono scelti dal logopedista in base alle conoscenze del bambino. L’attività di lettura del libro è molto importante perché permette al bambino di arricchire il suo vocabolario espressivo e recettivo ed il libro può anche essere letto più volte.

All’interno di una seduta si possono presentare al massimo due strategie, il logopedista seleziona la strategia più adatta per affrontare un obiettivo specifico, la spiega al genitore, ne definisce il contesto ed infine, in base al caso, fa da modello oppure esibisce un comportamento intrusivo. È importante far praticare la stessa strategia al genitore più volte per diversi motivi quali: la prima volta l’applicazione della strategia

³¹ Bonifacio S., Hvastja Stefani L. (2010). L’intervento precoce nel ritardo di linguaggio, il modello interact per il bambino parlatore tardivo . Milano : Angeli, p. 191.

potrebbe non riuscire e ha quindi di conseguenza bisogno di essere guidato dal logopedista, il genitore potrebbe applicare la strategia in modo corretto ma il bambino potrebbe non avere un atteggiamento collaborativo nei confronti del genitore, il genitore potrebbe partecipare poco perché giudica il comportamento del bambino come poco modificabile. Le strategie vengono selezionate in funzione agli obiettivi specifici da raggiungere in tempi brevi. Ogni strategia ha una scheda che è molto utile come supporto per i familiari che si occupano del bambino la quale riporta lo scopo, gli esempi, l'indicazione del contesto e dei materiali in cui è consigliata la pratica.

Se la famiglia, all'interno del progetto dell'intervento, risulta essere il primo focus delle sessioni di terapia, alla fine del primo incontro, ci si concentra sulla motivazione dei genitori a collaborare fornendo tutte le informazioni possibili in base al concetto di trasparenza. È molto importante avere il consenso informato alla valutazione in quanto è una parte integrante della comunicazione dei contenuti della stessa valutazione. Si procede quindi con la consegna dei questionari familiari ossia i parent report utili per l'osservazione diretta ma "utilizzabile" solo dopo aver ottenuto il consenso. I parent report sono i questionari per i genitori che se ben istruiti imparano ad apprezzare alcune caratteristiche del bambino sulle quali non si erano mai soffermati. Inoltre permettono di capire le capacità comunicative e linguistiche di esso.

Ad esempio, per la valutazione all'interno del modello interact2,³² i questionari utilizzati sono due e sono: il questionario PVB (primo vocabolario del bambino) nelle schede parole e gesti, parole e frasi e il questionario ASCB (le abilità socio-conversazionali del bambino). Il questionario PVB³³ (primo vocabolario del bambino) è molto importante come strumento di supporto per l'identificazione del ritardo di linguaggio. Questo questionario, se utilizzato per intero, può essere applicato anche per misurare il vocabolario espressivo in bambini con ritardo di linguaggio che hanno già superato l'età limite prevista ossia i 36 mesi. La scelta di utilizzare le schede di parole e gesti o parole e frasi va in base all'età del bambino (se rientra entro l'età limite) oppure in base al livello delle sue abilità linguistiche e comunicative (se risulta molto scarso rispetto all'età; è un dato che viene rilevato attraverso l'osservazione delle abilità

³² Bonifacio S., Hvastja Stefani L. (2010). L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio, il modello interact per il bambino parlatore tardivo. Milano : Angeli, p. 193.

³³ Ibid.

comunicative all'interno del colloquio logopedico). Se la rilevazione dei dati inerenti al vocabolario espressivo viene fatta ad interventi regolari ossia prima dell'intervento, dopo 3 mesi e a fine intervento, è possibile cogliere l'andamento del intervento individuando il punto di maggiore espansione. In caso di assenza di esso, la rilevazione dei dati inerenti al vocabolario espressivo fatta ad interventi regolari permette di individuare l'andamento lineare e infine di calcolare l'incremento medio di parole al mese. Questi dati sono fondamentali per comunicare e rendere consapevoli i genitori dell'effettiva crescita lessicale del bambino. Il questionario ASCB³⁴ (abilità socio-conversazionali del bambino) permette di registrare le abilità conversazionali del bambino attraverso una percezione data dai genitori. Queste informazioni permettono di avere un'idea su questa capacità del bambino sulla base del punteggio ottenuto con le due scale che sono quella della responsività e dell'assertività, attraverso le quali è possibile individuare gli obiettivi i quali possono essere collaterali o prioritari. Un bambino che è bilanciato dal punto di vista assertivo e responsivo è un bambino che ha le capacità ben sviluppate, esso riporta, in entrambe le scale, un terzo livello. Gli obiettivi dell'intervento, in questo caso, possono essere sulla combinazione di parole, sulla sintassi, sull'espansione del vocabolario e sulla morfologia.

Con il bambino meno bilanciato ad esempio più responsivo e meno assertivo, bisogna utilizzare delle strategie diverse centrate sul bambino che promuovano le interazioni. Il bambino invece, che manifesta assenti abilità conversazionali, bisogna come prima cosa promuovere le interazioni con i genitori facendo utilizzare turni più bilanciati stimolando di conseguenza il bambino ad avere varietà di atti comunicativi assertivi e responsivi. Successivamente si passerà agli obiettivi linguistici.

Durante il processo di valutazione c'è la fase di osservazione diretta che avviene attraverso la videoregistrazione dell'interazione tra bambino e genitore all'interno di 3 contesti diversi che permettono di evidenziare le diverse caratteristiche del bambino nello stile comunicativo. I 3 contesti nei quali avviene la videoregistrazione sono il GFF ossia nel gioco di fare finta, il GC cioè nel gioco di costruzione e L che è la lettura di un libro che hanno 3 procedure diverse. Nel GFF (gioco del far finta) è possibile rilevare la complessità/rigidità degli schemi di gioco del bambino e anche la capacità dell'adulto di

³⁴ Bonifacio S., Hvastja Stefani L. (2010). L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio, il modello interact per il bambino parlatore tardivo. Milano : Angeli, p. 195.

sostenerlo all'interno di una realtà diversa dal qui e ora. In questo contesto, al genitore, viene consegnato un set di giocattoli da utilizzare durante il gioco. Esso ha due consegne, la consegna iniziale è quella che il bambino ha la libertà di giocare come fosse a casa, la consegna finale invece richiede al genitore di trovare un modo per chiudere il gioco. Spesso, nella fase iniziale, i genitori o si limitano ad elencare i giochi e a predisporre il gioco senza ascoltare le scelte del bambino oppure è così interessato a dimostrare ciò che il bambino sa fare che lo sollecitano con domande dimenticandone la consegna. Nella fase finale invece è molto usuale sentir dire al bambino dal genitore "ora metti via tutto nella scatola"; è più inusuale sentir dire "ora tutti vanno a dormire e quindi tutti tornano a casa nella grande scatola". Nel GC³⁵ (gioco di costruzione) è più facile individuare il livello di direttività e le modalità con cui il genitore esercita il controllo e supporto per la soluzione del compito condiviso. In questo contesto viene utilizzato un gioco che il bambino non conosce, un qualcosa di nuovo. Ad esempio, nel modello di valutazione interact³⁶, come oggetto da costruire, innovativo/nuovo è stato scelto l'utilizzo di una palla fatta da dischi ad incastro che hanno colori e forme diverse che si possono comporre e scomporre. In questo contesto, al genitore viene chiesto di aiutare il bambino a costruire la palla. Spesso il genitore all'inizio scompone la palla senza mostrare al bambino com'è strutturata, portando poi ad una prima ricostruzione dell'oggetto in modo non corretto dato dall'inserimento scorretto dei dischi. L (lettura di un libro) avviene in una seduta separata dalle altre due. Vengono utilizzati due libri privi di testo che rappresentano immagini di oggetti che il bambino conosce. Il primo libro che viene consegnato al bambino è più semplice ad esempio una storia di bambini che vanno al supermercato a fare la spesa; il secondo invece racconta la storia di un cane e di un gatto che vivono in fattoria. In questo contesto viene sempre chiesto al genitore di portare da casa i libri preferiti del bambino (senza dirglielo) da utilizzare nel caso in cui quelli proposti non fossero di suo gradimento (del bambino). In questo contesto, ai genitori viene data la consegna iniziale ossia quella di commentare, raccontare la storia come fa a casa. Nella consegna finale invece viene chiesta la conclusione del racconto, spesso i genitori mostrano molta attenzione nel capire il senso della storia.

Ciascun contesto (GFF, GC, L) viene registrato sia attraverso video che audio per

³⁵ Bonifacio, S. Hvastja Stefani, L. (2010). L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio : il modello interact per il bambino parlatore tardivo. Milano : Angeli, p. 196.

³⁶ Ivi, p.198, 199

l'intera durata della seduta. Per poter fare l'analisi corretta dei dati raccolti è importante che la durata dei vari contesti sia uguale tra loro in modo tale da consentirne un confronto. Nella fase di selezione delle parti registrate vengono esclusi i momenti dove il bambino non è interessato a relazionarsi con il genitore. La scelta delle parti avviene solo dopo aver osservato per intero le singole registrazioni dei contesti facendo attenzione ai comportamenti non verbali, infine vengono valutati 15 minuti di ogni singolo contesto. È indubbiamente molto importante prendere appunti durante l'osservazione.

La valutazione dei risultati avviene in sola presenza dei genitori³⁷ (meglio se presenti entrambi) durante la quale vengono mostrate loro le precedenti videoregistrazioni. All'inizio vengono mostrate senza la presenza della logopedista in modo da dare la possibilità ai genitori di commentare liberamente quanto vedono. Prima però della visione delle videoregistrazioni, la logopedista chiede di osservare se le modalità comunicative bambino - genitore corrispondono a quanto avviene normalmente nella vita quotidiana dando un valore che può essere simile, diversa, molto diversa. Dopo la visione dei video e confermata la somiglianza tra video e quotidianità, il logopedista sottolinea i punti di forza sia del bambino che del genitore evitando di soffermarsi (nel caso dei genitori) nei punti negativi ma valorizzandone quelli positivi per dare un feedback positivo.

Più volte è stato accennato il modello interact2, esso è un modello che viene utilizzato in caso di ritardo del linguaggio il quale si pone come obiettivo l'intervento nel contesto. La parola interact³⁸ è l'acronimo di interactive, naturalistic, tutorial, empathic, reciprocal, active, communicative, tuning. Ogni singola parola riporta poi un significato; interactive (interattivo): l'attuazione avviene all'interno della coppia bambino/madre, naturalistic (naturalistico): rispetto delle caratteristiche naturali del processo di acquisizione del linguaggio, tutorial (tutoriale): sostegno allo sviluppo linguistico e comunicativo del bambino sostenendolo nel suo percorso, empathic (empatico): riguarda la comunicazione affettiva adulto – bambino stimolando ulteriormente, reciprocal (reciproco): centralità sul bambino che lo porta ad uno scambio più paritario dove il bambino ha sempre più spazio, active (attivo): propone situazioni dinamiche che

³⁷ Bonifacio S., Hvastja Stefani L. (2010). L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio : il modello interact per il bambino parlatore tardivo. Milano : Angeli, p. 215.

³⁸ Ivi, p. 218.

richiedono la comunicazione attiva, comunicative (comunicativo): favorisce la comunicazione, tuning (sintonizzato): sollecita l'adulto ad entrare in sintonia con comportamento ed iniziativa del bambino. All'interno di questo modello risulta fondamentale, per attuare l'intervento, un rapporto tra logopedista e genitori affinché esso (l'intervento) possa essere applicato. Il programma interact2³⁹ è personalizzato sulla coppia genitore-bambino ed è rivolto ai bambini parlatori tardivi tra i 24-30 mesi che hanno un vocabolario tra 10-50 parole. Esso comprende 18 sedute per la durata di 6 mesi (3 sedute all'interno di una settimana al mese). Questa distribuzione aiuta il genitore ad assimilare quanto proposto all'interno delle singole sedute.

Questo modello riporta due obiettivi da realizzare durante i 6 mesi. Il primo obiettivo è l'aumento delle interazioni sociali tra genitore e bambino migliorandone l'interazione e la comunicazione. Per rendere più efficaci gli scambi comunicativi tra genitore e bambino viene utilizzata la pratica clinica che deve essere sempre presa in considerazione dal logopedista sia per l'organizzazione del setting, per i momenti di interazione della coppia, che per il genitore in quanto soggetto direttamente coinvolto. All'interno della pratica clinica, il logopedista assume più ruoli ad esempio nella scelta delle strategie, nelle istruzioni, nella messa in pratica con spiegazioni, nelle dimostrazioni, nei feedback e nella discussione finale con le videoregistrazioni. Il secondo obiettivo è l'aumento dello sviluppo del linguaggio espressivo, del lessico insieme alla combinazione di più parole. Questi due obiettivi vengono raggiunti attraverso il raggiungimento degli obiettivi specifici da realizzare in 1 mese.

Ogni seduta dura 45 minuti ed è divisa in 3 parti. Nella parte iniziale il genitore racconta l'esperienza della pratica a casa con le eventuali modificazioni del bambino, nella parte centrale (setting) avviene la presentazione della strategia ed attività che verrà attuata mentre nell'ultima parte avviene la sintesi di quanto è stato proposto insieme alla consegna della scheda della strategia messa in pratica. In questa parte avviene anche la discussione su come il genitore può attuare la pratica a casa individuando i momenti migliori / contesti più facilitanti per il bambino.

Il modello interact2 utilizza 24 strategie⁴⁰ divise in 4 gruppi che sono le strategie

³⁹ Bonifacio S. , Hvastja Stefani L. (2010). L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio : il modello interact per il bambino parlatore tardivo. Milano : Angeli, p. 219 220 221 222.

⁴⁰ Ivi, p. da 222 a 232.

centrate sul bambino, quelle che promuovono l'interazione, le strategie che modellano il linguaggio e infine quelle che promuovono l'emergere del discorso. Le strategie centrate sul bambino⁴¹ si suddividono in 4 strategie che vengono considerate come strategie di base in quanto hanno l'obiettivo di sensibilizzare il genitore agli spunti proposti dal bambino in modo da farlo coinvolgere dall'argomento di conversazione di esso. Queste 4 strategie sono la comunicazione faccia a faccia, centrarsi sul bambino, seguire l'interesse di esso e commentare in diretta. La comunicazione faccia a faccia è la base dell'intervento interact. Qui il bambino non deve solo sentir parlare l'adulto ma anche vedere il modo in cui si esprime per poter trasmettere conoscenza. La comunicazione è reciproca ed è importante mantenere il contatto visivo nello scambio comunicativo. Centrarsi sul bambino significa imparare a conoscere, da parte del genitore, come e se il bambino invia dei messaggi che possono essere verbali o non verbali. Seguire l'interesse del bambino invece significa che il genitore deve lasciarsi guidare durante le attività dal bambino senza manipolarle a suo favore, senza prendere iniziative. La strategia di commentare in diretta significa commentare in modo adeguato le azioni di gioco del bambino che diventano quasi una cronaca dell'attività le quali contribuiscono ad un'interazione dialogica tra genitore e bambino soprattutto nel bambino che ha un approccio passivo alla comunicazione e che agisce solo se sollecitato.

Parlando invece di quelle che promuovono l'interazione⁴², ci sono 5 strategie che la promuovono dove le prime 4 sono quelle di base. L'obiettivo delle strategie è quello di incrementare e migliorare l'interazione sociale tra genitore e bambino favorendone il ruolo attivo del bimbo all'interno della conversazione. Le 5 strategie utilizzate sono parlare con un ritmo lento, fare frequenti pause, usare turni di conversazione più bilanciati, cogliere e formare il successo comunicativo e fare domande aperte. Facendo riferimento alla strategia di parlare con il ritmo lento, è molto importante che il ritmo dell'adulto assecondi quello del bambino; l'adulto non deve mai mostrare fretta nel parlare. Le frequenti pause invece favoriscono la presa del turno conversazionale quindi nel caso di presenza di genitori molto loquaci, viene consigliato di fare una pausa di almeno 5 secondi tra una frase e l'altra per dare la possibilità al bambino di elaborare

⁴¹ Bonifacio S. , Hvastja Stefani L. (2010). L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio : il modello interact per il bambino parlatore tardivo. Milano : Angeli, p. 223-224.

⁴² Ivi, p. 225-226.

quanto gli è stato detto e di organizzare la sua risposta gestuale o verbale. Inoltre, un'altra strategia è quella di usare dei turni più bilanciati in quanto l'enunciato dell'adulto non deve essere troppo lungo. È importante creare un'alternanza di scambi equamente distribuiti. La conferma della comprensione del messaggio del bambino la vediamo all'interno della strategia del cogliere e formare il successo comunicativo. Essa può essere data o attraverso un'imitazione di tutto o di alcune parti di quanto il bambino ha detto, accettando le sue espressioni vocali oppure esprimendo un sentimento di soddisfazione verso il bambino. L'ultima strategia è quella di fare domande aperte le quali servono per evitare di fare le classiche domande chiuse o quelle domande che danno luogo a delle semplici risposte come "sì o no" che non incoraggiano il bambino all'uso di parole nuove e non stimolano il linguaggio. Con questa strategia viene offerta la possibilità al bambino di esprimersi attraverso più alternative; ad esempio, domande come "cosa succede? Riferito ad un'immagine" oppure "cos'hai trovato? riferito ad una grande scatola piena di giocattoli con un buco per infilarci la mano" sono delle domande che stimolano il bambino a parlare.

Le strategie invece che modellano il linguaggio⁴³ sono 7. Le prime 2 sono quelle di base che sono semplificare il discorso e ripetere frequentemente le frasi. La semplificazione del discorso da parte del genitore favorisce nel bambino la comprensione del linguaggio insieme ad un ascolto più motivato. Inoltre è più adeguato ripetere la stessa frase più volte mantenendo simile la struttura rispetto al proporre frasi diverse che portano poi allo stesso significato. Le altre strategie sono denominare in modo contingente, descrivere, imitare ed espandere, stimolare l'apprendimento di una parola target e ristrutturare. Denominare in modo contingente serve per stimolare l'apprendimento di parole nuove. L'apprendimento avviene più velocemente quando l'adulto nomina oggetti ed azioni di interesse, dove il bambino è concentrato. Questo favorisce anche l'apprendimento di parole nuove che l'adulto utilizza verso l'oggetto che il bambino sta guardando. È importante che il genitore utilizzi parole adeguate al livello di conoscenza del bambino. È utile utilizzare anche dei libri con effetti speciali che permettono al bambino di scoprire qualcosa di nuovo. La strategia, descrivere, viene applicata mentre il bambino sta esplorando l'oggetto. Qui la comunicazione è regolata da ciò che il bambino

⁴³ Bonifacio S. , Hvastja Stefani L. (2010). L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio : il modello interact per il bambino parlatore tardivo. Milano : Angeli, p. 227-228-229-230.

fa e non da ciò che dice. Il genitore si lascia guidare dall'interesse del bambino. Per questa strategia sono indicati i libri a struttura narrativa che sono più complessi. Nella strategia dell'imitare ed espandere si parte da ciò che il bambino sa fare per portarlo successivamente a ciò che dovrebbe fare. Questa strategia richiede la sensibilità del genitore nel rispondere alle verbalizzazioni del bambino e quindi ad interpretarle adeguatamente. Lo scopo è quello di stimolare il bambino nella formulazione di enunciati di più parole. Mentre, lo scopo della strategia, stimolare l'apprendimento di una parola target, è quello di ampliare il vocabolario del bambino. Le parole target vengono selezionate dal logopedista sulla base delle conoscenze del bambino (devono essere tra le parole che il bambino riesce a comprendere ma che non riesce ancora a produrre). All'interno del modello interact2, questa strategia viene applicata quando il bambino ha un vocabolario superiore alle 50 parole. Ad esempio se come parola target viene scelta mangiare, le combinazioni di parole saranno il cane mangia, il gatto mangia, il leone mangia, il pesce mangia, la scimmia mangia (almeno per 5 volte). Ristrutturare invece è l'ultima strategia, in questa fase l'enunciato del bambino è il focus, la base da cui partire. L'applicazione di questa strategia richiede al genitore una particolare sensibilità nel comprendere e riconoscere le strutture grammaticali che il bambino sa o non sa usare.

Le strategie invece che aiutano l'emergere del discorso⁴⁴ sono diverse e promuovono delle forme particolari di discorso che non sono quelle del qui e ora ma di un linguaggio astratto che va oltre all'informazione diretta del testo. Le prime due strategie che sono dare spiegazioni e dare suggerimenti, sono quelle di base. Dare spiegazioni consiste nello spiegare e motivare il perché di una determinata cosa/accaduto prendendo spunto da un evento fatto dal bambino o da una sua azione di gioco. Dare suggerimenti invece servono per aiutare il bambino su quello che sta facendo o dicendo cercando di aiutarlo ad arrivare al suo obiettivo. Le altre strategie invece sono creare una realtà immaginaria, esprimere in modo organizzato i contenuti, far riferimento all'esperienza passata e/o futura, aiutare a raccontare gli eventi e ad esplicitare il punto di vista ed infine descrivere eventi/immagini in modo complesso.

La strategia di creare una realtà immaginaria serve per creare una situazione fantastica che è centrata sull'interesse di gioco del bambino dove il genitore coglie

⁴⁴ Bonifacio S., Hvastja Stefani L. (2010). L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio: il modello interact per il bambino parlatore tardivo. Milano: Angeli, p. 230-231-232.

l'iniziativa del bambino ed organizza il gioco. Mentre, nell'esprimere in modo organizzato i contenuti, i sentimenti e i desideri impliciti, il genitore deve essere in grado di comprendere ed interpretare l'interesse del bambino. Attraverso questa strategia vengono liberate le emozioni ed espressioni del bambino e viene evidenziato il punto di vista del protagonista che dà significato alla sua esperienza, alla situazione e alla vita in generale. Nella strategia di far riferimento all'esperienza passata e/o futura, il genitore commenta i fatti accaduti o che devono ancora accadere dove il bambino è stato o sarà protagonista. Aiutare invece ad esplicitare il punto di vista serve per promuovere il ruolo attivo del bambino nella conversazione chiedendo al bambino di esplicitare il suo punto di vista, la sua opinione in merito ad un oggetto, evento o storia. Nell'ultima strategia ossia quella di descrivere eventi/immagini in modo complesso invece è importante che il genitore sappia controllare la sua loquacità per non occupare troppo a lungo il turno verbale.

Valutazione e Diagnosi disturbo di linguaggio

Nei bambini con la lenta insorgenza del linguaggio è sempre molto importante valutare la qualità delle loro capacità comunicative nonostante il loro linguaggio espressivo sia inferiore rispetto alle attese. Come già anticipato precedentemente, è possibile verificare lo stile e le modalità comunicative del bambino attraverso i parent reports ossia i questionari appositi da far compilare ai genitori; attraverso le interviste, le osservazioni durante il gioco, le analisi di video che vengono visti come uno screening per l'individuazione del ritardo del linguaggio.

La valutazione di un disturbo di linguaggio è molto complessa in quanto multidimensionale. Essa è collegata all'eterogeneità con cui le difficoltà possono manifestarsi e all'età del bambino. I bambini con disturbi di linguaggio mostrano spesso difficoltà a bloccare i comportamenti inappropriati, manifestano facilmente rabbia o crisi di pianto, assumono atteggiamenti che portano il clinico a spostarsi da un focus all'altro rendendo di conseguenza difficoltosa la raccolta di informazioni pienamente attendibili. Prima dei 3-4 anni di età si dispone di una diagnosi orientativa e presuntiva⁴⁵, successivamente si passa ad una diagnosi precisa.

⁴⁵Marini,A. Vicari,S.(2022).I disturbi del linguaggio in età evolutiva: caratteristiche, diagnosi e trattamento. Bologna:Il Mulino p.87

Per avere una diagnosi medica⁴⁶ di disturbo di linguaggio è importante far riferimento a due punti specifici ossia alla necessità di definire quali sono le aree comunicative compromesse e quali quelle non compromesse (voce, parola, fluenza e linguaggio) e anche alla necessità di definire il funzionamento di altre aree come udito, attenzione, abilità intellettive e le abilità interpersonali necessarie per stabilire le interazioni sociali.

Il medico responsabile della diagnosi lavora sempre in equipe con vari professionisti sanitari (medici e non medici) al fine di disporre di dati quantitativi che chiariscono se una funzione è nella norma oppure no. All'interno dell'equipe è presente un'audiometrista che insieme all'otorinolaringoiatra forniscono informazioni relative alla performance uditive, uno psicologo/medico neuropsichiatra infantile che invece fornisce dati relativi alle abilità attentive ed intellettive, un terapeuta della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva che fornisce dati sullo sviluppo socio relazionale e psicomotorio, un foniatra che analizza gli aspetti anatomici e funzionali degli organi fono-articolari ed infine un logopedista che fornisce tutti i dati relativi alla performance della parola e linguaggio e delle comunicative generali. La diagnosi di DSL viene fatta da un logopedista ossia da un professionista che è addestrato a valutare e a curare le persone che hanno problemi di parola o di linguaggio.

La tipologia di valutazione dipende dall'età del bambino e dalle varie preoccupazioni che hanno portato alla valutazione. Quando parliamo di valutazione parliamo di diversi strumenti che consentono al logopedista di confrontare le abilità del bambino con quelle dei coetanei identificando anche le difficoltà specifiche del bambino pianificando i potenziali obiettivi terapeutici.

La diagnosi di disturbo di linguaggio⁴⁷ deve basarsi su elementi diversi i quali sono la soddisfazione dei criteri di inclusione attraverso la somministrazione di test standardizzati, e dei criteri di esclusione attraverso la valutazione quantitativa e formale della soglia audiometrica, del quoziente intellettivo, delle abilità motorie e relazionali (se c'è un sospetto in tali aree). Gli altri elementi consistono nell'individuare i fattori di rischio attraverso analisi di elementi anamnestici significativi ai fini prognostici,

⁴⁶ Marini, A. Vicari, S. (2022). I disturbi del linguaggio in età evolutiva : caratteristiche, diagnosi e trattamento. Bologna: Il Mulino, p. 84.

⁴⁷ Ivi, p. 85.

individuazione delle possibili comorbilità in caso di sospetto e diagnosi di altri quadri psicologici, individuazione dei fattori prognostici negativi ossia l'analisi delle score ai test linguistici e intellettivi ed infine il tentativo di individuare i possibili fattori ambientali e genetici per una diagnostica interpretativa. La mancata osservazione di questi 6 punti può portare a gravi conseguenze sulla prognosi, sulla modalità, sui professionisti sanitari coinvolti, sui rapporti con le altre istituzioni come ad esempio quella educativa.

La diagnosi medica è indispensabile⁴⁸ per la presa in carico di un bambino con un disturbo comunicativo di linguaggio e di parola. Essa però non basta per disegnare un progetto ed un programma riabilitativo; essa viene quindi integrata con i dati della diagnosi riabilitativa la quale prevede la mappatura delle funzioni integre, l'analisi delle attività della vita quotidiana ad esempio gioco e autonomie, l'inserimento sociale come le relazioni, la comunicazione, l'inserimento in ambito educativo ed infine la stima delle risorse o barriere ambientali al funzionamento del bambino.

I dati della diagnosi riabilitativa servono a costruire il progetto riabilitativo⁴⁹ cioè l'individuazione degli obiettivi, delle risorse e dei tempi entro cui raggiungere gli obiettivi. La diagnosi deve quindi prevedere un momento di verifica che serve per analizzare se sono stati raggiunti gli obiettivi proposti ed, in caso di fallimento, quali siano i nuovi obiettivi. La responsabilità della stesura della diagnosi riabilitativa è medica e vi partecipano psicologi, logopedisti, terapisti della neuro-psicomotricità, neuropsichiatri infantili, audiologi e foniatristi. Questo progetto deve essere condiviso dal bambino e dai suoi caregiver in quanto attori principali. In esso il paziente ed i caregivers non sono passivi ma attivi in entrambe le fasi, sia in quella terapeutica che in quella diagnostica. È anche per questo motivo che il progetto si deve concentrare non solo sul breve termine ma anche sul medio e lungo termine. Il progetto riabilitativo si articola in un programma riabilitativo cioè in una serie di atti (counseling, parent training, esercizi di stimolazione, esercizi cognitivi, esercizi motori) che vengono organizzati in successione per raggiungere gli obiettivi proposti.

È stato osservato attraverso degli studi, come i diversi trattamenti e strumenti di screening siano efficaci per i bambini piccoli ai quali è stato già diagnosticato un ritardo

⁴⁸ Marini, A. Vicari, S. (2022). I disturbi del linguaggio in età evolutiva : caratteristiche, diagnosi e trattamento. Bologna: Il Mulino, p. 87.

⁴⁹ Ivi, p. 88.

o disturbo del linguaggio in quanto essi individuano con precisione le valutazioni ed i possibili interventi diagnostici da attuare con il bambino. E' stato visto come gli interventi mirati migliorino alcune misure del ritardo e dei disturbi del linguaggio e della parola.

Inoltre, numerosi studi hanno dimostrato e verificato come i genitori siano una fonte attendibile in quanto le informazioni da loro ricavate sono congruenti con quelle ricavate attraverso misure diverse. I parent reports sono molto importanti perché rilevano i parlatori tardivi che sono a rischio di sviluppare un successivo disturbo del linguaggio.

Il disturbo del linguaggio viene osservato e descritto sia all'interno del DSM 5 che è il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali che all'interno del PDM 2 ossia nel manuale diagnostico psicodinamico. All'interno del DSM 5 viene riportato che una diagnosi di disturbo del linguaggio viene fatta solo quando la compromissione delle competenze linguistiche non deriva da altre condizioni patologiche. Nel PDM 2 invece, in caso di presenza del disturbo del linguaggio espressivo, vengono attuati dei test standardizzati sul funzionamento del linguaggio che sono individuali i quali, in caso di diagnosi di questo disturbo, mostrano valori sotto la media rispetto ai bambini della stessa fascia d'età. Nel caso di disturbo del linguaggio ricettivo, la diagnosi viene fatta quando sono presenti nel bambino alcune difficoltà come la comprensione dei nomi, nel ripetere le parole e nel comprendere del linguaggio. La diagnosi avviene però dopo aver fatto un test sul funzionamento del linguaggio che viene somministrato individualmente il quale, in caso di esito positivo, riporta risultati al di sotto della media dei bambini della stessa fascia d'età.

Trattamenti /modelli / interventi ritardo del linguaggio

Quando si è in presenza di un bambino con ritardi di linguaggio, è importante che la progettazione di un programma per lui, tenga conto sia degli aspetti qualitativi (bisogni e aspettative della famiglia e bisogni del bambino) che degli aspetti teorici (scelta modello, tecniche, tipo di assistenza, contenuti, durata). I programmi si distinguono in varie tipologie⁵⁰ come il training di gruppo, solo per i genitori, per l'insegnamento e discussione delle tecniche oppure il training dove il clinico, oltre a modellare le tecniche,

⁵⁰ Bonifacio S. , Hvastja Stefani L. (2010). L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio : il modello interact per il bambino parlatore tardivo. Milano: Angeli, p. 180.

mentre interagisce con il bambino, dà un feedback immediato sull'interazione bambino-genitore o la combinazione di entrambi.

Gli incontri hanno lo scopo di fornire informazioni sullo sviluppo del linguaggio e sulle varie tecniche per svilupparlo all'interno delle azioni quotidiane. Spesso gli incontri sono accompagnati da manuali, materiali scritti e videoregistrazioni. È fondamentale, nella progettazione dell'intervento, avere un rapporto di collaborazione tra genitori, clinico e logopedista in quanto incide sulla qualità dell'intervento. L'intervento del logopedista è fondamentale per far capire ai genitori le difficoltà del figlio; esso viene visto sia come un istruttore, nell'azione di spiegare al genitore come attuare una strategia, che di counselor, nel sostegno al genitore durante il percorso. Il rapporto tra genitori, clinico e logopedista presta molta attenzione alla trasparenza delle informazioni, alla condivisione delle scelte e alla flessibilità intesa come quanto effettivamente i genitori siano in grado di coinvolgersi all'interno del programma che gli viene proposto valutandone anche la riuscita o meno di esso. È molto importante che ci sia una continuità tra attività clinica e quella domestica ossia tra quella attuata nel setting clinico e quella attuata a casa. Alcuni genitori però non si sentono capaci di fare da facilitatore e quindi passano l'intervento alle educatrici di nido.

L'interesse principale degli approcci naturalistici è il processo di interazione tra genitori e bambino che, se organizzati ai fini dell'intervento, hanno il vantaggio di poter essere utilizzati in modo frequente all'interno di una giornata rispetto ad un intervento unicamente clinico. Essi devono includere 3 aspetti⁵¹: il setting, il tipo di attività e l'esperto. Il setting è la visione delle condizioni ottimali che possono esaltare le abilità acquisite dal bambino e offrirgli altre opportunità di apprendimento come ad esempio apprendere il nome di alcune parti del corpo nell'atto del bagnetto. Il tipo di attività consiste in momenti di interazione in cui il bambino esprime il proprio interesse, motivazione, iniziativa a comunicare invece di essere trainato dal genitore (riproponendo l'attività del bagnetto si può fare "mano c'è" e "mano non c'è più" nascondendola sotto la schiuma).

All'interno delle tecniche indirizzate sul bambino troviamo il gioco facilitante⁵²

⁵¹ Bonifacio S., Hvastja Stefani L. (2010). L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio: il modello interact per il bambino parlatore tardivo. Milano: Angeli, p. 173, 174.

⁵² Ivi, p. 178, 179.

dove il bambino è libero di scegliere i materiali di gioco che il clinico ha predisposto per lui. Questo approccio è il più indicato per i bambini che riportano una diagnosi di disturbo del linguaggio. In questa strategia è importante lasciarsi guidare dal bambino quindi aspettare che lui prenda l'iniziativa, commentare per se (l'adulto verbalizza le proprie azioni di gioco mentre fa lo stesso gioco del bambino) e in parallelo all'azione del bambino (l'omino sale in macchina, l'omino guida la macchina, la macchina va veloce); espandere l'enunciato del bambino aggiungendo alcuni elementi (es. bimbo dice fiore, l'adulto dice il fiore bianco), dilungarsi (dare informazioni rilevanti come il cane deve fare la pipì), ristrutturare l'enunciato aggiungendo elementi grammaticali omessi, semplificare la complessità del linguaggio ed infine arricchire e semplificare .

L'obiettivo delle tecniche orientate sul bambino è quello di condividere momenti di attenzione centrati sull'interesse/argomento di conversazione del bambino. Il ruolo dell'adulto è quello di osservatore il quale aspetta l'iniziativa del bambino dandogli dei piccoli stimoli incentrati sull'azione/oggetto dove il bambino sta ponendo attenzione.

Lo scopo invece delle tecniche che promuovono l'interazione è quello di creare un equilibrio tra le posizioni di colui che risponde e di colui che parla. La motivazione del bambino che lo porta a comunicare contribuisce al successo dell'interazione; il genitore ad esempio, mentre parla con il bambino, può fare delle pause più lunghe permettendo così al bambino di partecipare alla conversazione.

I modelli centrati sul bambino non utilizzano tecniche direttive (ripetizione); l'adulto deve lasciarsi trainare dall'interesse del bambino all'interno di situazioni spontanee che nascono nei contesti quotidiani. L'interactive model di Tannock e Girolametto⁵³ è il modello interattivo che ha come obiettivo generale la qualità delle relazioni sociali e l'incremento della frequenza tra chi si prende cura del bambino ed il bambino stesso. Esso coinvolge i genitori nel processo di intervento in modo da poter dare la possibilità ad essi di proporre buone interazioni più volte nell'arco della giornata. Il modello utilizza tre gruppi di tecniche: le tecniche orientate sul bambino, le tecniche che promuovono l'interazione e le tecniche che modellano il linguaggio. Tra i modelli didattici invece troviamo l'incidental language teaching⁵⁴ (insegnamento incidentale del

⁵³ Bonifacio S. , Hvastja Stefani L. (2010). L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio : il modello interact per il bambino parlatore tardivo. Milano: Angeli, p. 176, 177 (1992).

⁵⁴ Ivi, p. 174.

linguaggio) che serve per modificare l'ambiente del bambino e il suo contesto che di conseguenza fanno strutturare nuove situazioni che corrispondono all'interesse dello stesso. Il modello milieu teaching (insegnamento dell'ambiente di appartenenza) invece è basato sulla conversazione ed utilizza le iniziative e gli interessi del bambino come opportunità per modellare e sollecitare il linguaggio nei contesti quotidiani. L'Obiettivo di questo modello è rivolto all'apprendimento, al lessico e alla semantica.

Le tecniche applicate invece sono : time delay (pausa) per attendere una risposta (verbale e non verbale), il modellamento, il richiedere di ripetere una parola /frase.

Il modello Enhanced Milieu teaching⁵⁵ è un approccio naturalistico che è basato sulle strategie di conversazione in modo tale da insegnare abilità linguistiche e comunicative ai bambini che hanno un vocabolario espressivo di circa 10 parole. È un modello considerato ibrido in quanto riprende alcuni aspetti del milieu teaching per sollecitare il linguaggio produttivo. Include anche la manipolazione e il controllo dell'ambiente e dei materiali che servono al bambino per incoraggiarlo ad iniziare la comunicazione. In primis però è sempre molto importante selezionare un obiettivo.

Ci sono anche altri metodi⁵⁶ che però vengono definiti ibridi che hanno delle caratteristiche simili a quelli incentrati sul bambino. All'interno di questi metodi troviamo la stimolazione focalizzata che si distingue dalla stimolazione generale la quale non predispone obiettivi specifici. La stimolazione focalizzata predispone degli obiettivi specifici, ossia attenzione e interesse del bambino su determinati obiettivi che promuovono la forma, il contenuto e l'uso del linguaggio; è rivolta alla comprensione, non alla produzione. Fey descrive due aspetti chiave, il primo è che l'adulto predispone contesti che motivino il bambino ad utilizzare parole / strutture linguistiche, il secondo è che il linguaggio dell'adulto deve rappresentare gli obiettivi linguistici e quindi presentarsi ricco di strutture/parole che li rappresentano.

⁵⁵ Bonifacio S. , Hvastja Stefani L. (2010). L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio : il modello interact per il bambino parlatore tardivo. Milano: Angeli, p. 175-176.

⁵⁶ Ivi p. 177-178 (Fey 1986- Paul 2001).

Trattamenti / modelli / interventi disturbo di linguaggio

La prevenzione di un disturbo di linguaggio potrebbe essere affrontata già a 24-30 mesi attraverso una valutazione sugli aspetti produttivi e ricettivi del linguaggio. Ci sono diversi approcci che si possono erogare per il trattamento delle persone con disabilità linguistica. Un esempio è il milieu therapy che è un trattamento basato sul coinvolgimento familiare; esso è composto da un insieme di metodi integrati all'interno dell'ambiente naturale del bambino che includono alcune stimolazioni durante le attività svolte durante il giorno le quali non sono limitate al tempo della terapia.

La presa in carico logopedica implica diverse fasi: la pianificazione di interventi mirati per bambini specifici, il lavoro in collaborazione tra famiglie ed educatori dando consulenza, formazione, sensibilizzazione e coaching. È di conseguenza necessario utilizzare un approccio a più livelli sia nell'erogazione dei servizi (tenendo presente la crescente richiesta di consulenza ed intervento e la specificità e complessità di ogni bambino) che da parte della logopedista. Dopo che il logopedista ha scelto una certa tipologia di intervento o di approccio (diretto o indiretto) è necessario che la programmazione logopedica dell'intervento preveda la scelta della tipologia (se farla individuale o di gruppo), degli agenti (se solo il pedagogista o anche i caregivers), il dosaggio (la frequenza e l'intensità), il tempo di durata generale e l'ambiente dove si svolgerà l'intervento (clinico, domestico, scolastico, eterogeneo). Ci sono varie tipologie di trattamento logopedico utilizzate all'interno della presa in carico di un bambino con DSL; l'obiettivo principale però è sempre quello di migliorare quanto possibile la comunicazione dell'individuo nei suoi vari contesti di vita e nella suo accesso all'istruzione.

Ci sono vari gruppi di metodi, un primo gruppo di metodi è centrato sul clinico che è il soggetto che ha il compito di selezionare gli obiettivi e gli stimoli da utilizzare ossia i rinforzi per le risposte corrette da parte del bambino. Questa tipologia di metodi è rivolta agli interventi che si basano sugli aspetti linguistici formali come sintassi e morfologia. Un secondo gruppo di metodi è orientato al bambino dove il clinico utilizza tecniche di stimolazione indirette di linguaggio seguendo il bambino all'interno delle attività quotidiane. Nell'approccio invece ibrido, il clinico propone attività molto naturali stimolando anche l'uso spontaneo di forme linguistiche più evolute rispetto al livello

posseduto dal bambino.

Gli obiettivi⁵⁷ poi del trattamento vengono selezionati sulla base del profilo di sviluppo dell'individuo e sul suo potenziale in relazione al bisogno di migliorarne la comunicazione ed il suo successo accademico e sociale. I principi generali di base garantiscono l'efficacia di un intervento e prevedono la stimolazione di strategie che servono per facilitare la comunicazione e l'uso di un intervento individualizzato che è basato sulla natura del deficit e sullo stile di apprendimento individuale. Gli obiettivi riguardanti i bambini con sviluppo atipico prevedono 4 punti diversi che sono il focus on, la semantica, la morfologia e sintassi ed infine i suoi sotto-obiettivi. Il focus on è relativo alla chiarezza e alla presenza nell'individuo di un significativo livello di frustrazione dato dalle eventuali alterazioni fonologiche presenti. In questo punto viene coinvolta l'efficacia comunicativa e/o le alterazioni che mascherano le problematiche di lessico e morfosintassi. La semantica invece viene analizzata sia dal punto di vista della necessità dell'aumento del vocabolario sia nell'incremento della comprensione e produzione di relazioni semantiche. L'aspetto invece della morfologia e sintassi si riferisce alla lunghezza e complessità delle strutture frasali mentre i suoi sotto-obiettivi sono relativi all'incremento della flessibilità di utilizzo del linguaggio nei vari contesti con il miglioramento delle abilità conversazionali e lo sviluppo iniziale delle abilità narrative.

Per la fascia 5-10 anni sarebbe invece importante prevedere anche la stimolazione dell'alfabetizzazione e dell'apprendimento tenendo conto del come e quanto il curriculum del bambino richieda alcune abilità linguistiche che devono essere assolutamente tenute in considerazione. Gli obiettivi quindi, in questo caso, riguardano anche le abilità di alfabetizzazione.

Con la crescita dell'età e quindi, di conseguenza, dell'istruzione, aumenta anche la richiesta di abilità linguistiche idonee. Dagli 11 anni fino alla scuola superiore di secondo grado, gli interventi sono mirati a comprendere i deficit linguistici. Il trattamento dovrebbe prevedere strategie che facilitino le abilità metacognitive e metalinguistiche che si fondano sul come imparare e su che cosa imparare. Molto spesso però, le persone con disabilità linguistiche non completano il ciclo di istruzione della scuola superiore di secondo grado e non conseguono la laurea. Sono quindi più orientati ad avere delle

⁵⁷ Marini, A. Vicari, S. (2022). I disturbi del linguaggio in età evolutiva : caratteristiche, diagnosi e trattamento. Bologna: Il Mulino, p. 89, 90, 91, 92.

qualifiche professionali che li portano a lavorare in lavori meno qualificati rispetto ai coetanei. Per questo motivo viene suggerita una pianificazione del passaggio dalla scuola secondaria di secondo grado al passo successivo, il quale può essere sia accademico che lavorativo, e anche una forma di supporto che comprende sia servizi dedicati agli studenti universitari che ai futuri lavoratori. Esso dovrebbe includere ad esempio la preparazione del curriculum, un aiuto nella compilazione domanda di lavoro, nella presentazione delle proprie abilità e dei propri limiti in sede di colloquio.

Ci sono vari strumenti tradizionali che vengono presi in considerazione per l'efficacia del trattamento i quali sono l'età soggetto, i suoi punti di forza e di debolezza, il suo livello di abilità non linguistiche, l'epoca di inizio trattamento, lo stile di apprendimento, le caratteristiche del suo ambiente ed infine le condizioni familiari. Non vengono invece presi in considerazione le caratteristiche legate al singolo operatore.

All'interno della psicologia del counseling⁵⁸ è nato il modello dei fattori comuni che hanno fornito le basi per descrivere quali sono i meccanismi dei clinici che rendono più efficace il trattamento. I fattori comuni in totale sono 10 e sono :

- il rapporto tra il logopedista ed il paziente⁵⁹
- la comunicazione tra logopedista ed il paziente
- la quantità e la qualità della comunicazione con la famiglia ed il paziente
- la volontà di cambiare gli obiettivi e le varie attività nel corso del trattamento
- il possesso di adeguate conoscenze in merito al quadro di riferimento del disturbo del paziente
- il grado con cui il logopedista segue i principi della medicina basata sulle evidenze
- la frequenza con cui il logopedista esamina i progressi compiuti dal paziente
- la quantità di motivazione posseduta per il trattamento di quello specifico paziente
- la creatività del logopedista
- l'adeguatezza del contesto professionale

I trattamenti per il DSL sono solitamente forniti o supervisionati da uno specialista ossia da un logopedista autorizzato. E' molto importante e sarebbe l'ideale identificare e di conseguenza trattare i bambini con DSL nelle prime fasi della vita anche se le persone possono trarre beneficio dal trattamento indipendentemente da quando lo si inizia. Il trattamento varia in base all'età e alle esigenze della persona. Altri interventi invece mirano, in modo focalizzato, sull'incremento di componenti linguistiche specifiche come la semantica oppure la sintassi. Gli interventi mediati dal genitore invece prevedono l'utilizzo da parte degli stessi di procedure dirette che servono per aumentare le

⁵⁸ Marini, A. Vicari, S. (2022). I disturbi del linguaggio in età evolutiva : caratteristiche, diagnosi e trattamento. Bologna: Il Mulino, p. 94.

⁵⁹ Ibid.

acquisizioni di nuove abilità linguistiche.

Gli approcci invece mediati dai pari ossia dai propri coetanei vengono visti come partner comunicativi essenziali per una migliore comunicazione i quali forniscono strategie per facilitarne il gioco.

Iniziare precocemente il trattamento può aiutare i bambini piccoli, oltre ad acquisire gli elementi grammaticali mancanti, anche a sviluppare abilità di comunicazione sociale e ad espandere la loro comprensione ed uso delle parole.

Per i bambini in età scolare, il trattamento può concentrarsi sulla comprensione delle istruzioni date in classe come ad esempio i problemi, aiutando quindi il bambino a comprendere il significato delle parole che gli insegnanti usano, organizzare le informazioni che sono state date, seguire le indicazioni e aiutarlo a migliorare le capacità di parlare scrivere e leggere.

Gli adulti che hanno DSL, quando entrano nel mondo del lavoro, che accedono a nuovi lavori, programmi professionali o anche ad un'istruzione superiore, potrebbero aver bisogno di aiuto sia per apprendere il vocabolario tecnico che migliorare le capacità di scrittura sul posto di lavoro.

Correlazione tra DSL e DSA

E' molto importante ricordare che il disturbo del linguaggio non è un disturbo specifico dell'apprendimento, esso però è un fattore di rischio⁶⁰ per esso in quanto i problemi con le competenze linguistiche di base influiscono sulle prestazioni successive che avverranno in classe. Infatti alcuni studi hanno riportato come un disturbo di linguaggio nel 50% dei casi manifesti un successivo disturbo specifico dell'apprendimento in quanto vi è un'immaturità delle abilità del processamento fonologico. In pratica, i bambini con un disturbo del linguaggio rispetto ai loro coetanei, hanno maggiori probabilità di ricevere una successiva diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento. Essi possono riportare difficoltà nella parte di lettura nel tradurre le lettere in suoni, nella parte di scrittura in quanto le capacità possono essere indebolite dal loro vocabolario limitato, dagli errori grammaticali e da problemi di comprensione ed organizzazione dei loro pensieri in frasi coerenti. Un bambino con disturbo di linguaggio

⁶⁰ <https://www.nidcd.nih.gov/health/developmental-language-disorder#Is-DLD-same> , Developmental language disorder.

ha 6 volte in più la probabilità⁶¹ di ricevere diagnosi di disabilità di lettura e ortografia e quattro volte in più la probabilità di ricevere diagnosi di disabilità matematiche rispetto agli individui che non hanno un DSL. Alcuni bambini con diagnosi di disturbo di linguaggio possono già mostrare precocemente dei segni di dislessia la quale appartiene alla categoria dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA).

È stato visto come⁶², da un punto di vista scolastico, il disturbo specifico di linguaggio possa successivamente portare il bambino ad avere una diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento (DSA). Infatti, i bambini che hanno una diagnosi di DSL, rispetto ai propri pari, come già precedentemente anticipato, hanno la probabilità 6 volte superiore di manifestare difficoltà nella parte di lettura, 4 volte superiore di manifestare difficoltà nell'ambito della scrittura/ortografia e di calcolo e 12 volte superiore di manifestare tutte e tre le difficoltà insieme. Indipendentemente che il bambino manifesti 1 o tutte le difficoltà insieme, esso sta manifestando un disturbo specifico dell'apprendimento.

Il NIDCD⁶³ (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders – istituto nazionale sulla sordità e altri disturbi della comunicazione) riporta un'informazione importante ossia che i bambini che hanno 1/più familiare/familiari con un disturbo del linguaggio aumenti la probabilità di manifestare in essi la dislessia e l'autismo. Inoltre riporta come i bambini con diagnosi di disturbo del linguaggio abbiano una maggiore probabilità di sviluppare successivamente e di conseguenza di ricevere diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento (DSA) rispetto ai bambini che non hanno DSL.

Il disturbo specifico dell'apprendimento lo troviamo anche all'interno dell' ICD 10 e del DSM 5. Nell'ICD 10 il disturbo specifico dell'apprendimento viene definito come un disturbo dove le normali capacità di acquisizione risultano alterate. Esso però non deriva da malattie cerebrali ma da anomalie nell'elaborazione cognitiva legata a qualche tipo di disfunzione biologica. Risulta essere più frequente nei maschi rispetto alle femmine. Nel DSM 5 invece viene definito con una serie di punti che riportano diverse

⁶¹ <https://www.nidcd.nih.gov/health/developmental-language-disorder#Is-DLD-same> , Developmental language disorder.

⁶² Marini, A. Vicari, S. (2022). I disturbi del linguaggio in età evolutiva : caratteristiche, diagnosi e trattamento. Bologna: Il Mulino, p. 80.

⁶³ <https://www.nidcd.nih.gov/health/developmental-language-disorder#Is-DLD-same> , Developmental language disorder.

caratteristiche. Innanzitutto, le difficoltà nell'apprendimento e nell'uso di abilità scolastiche riportano diversi sintomi i quali (anche solo 1) deve permanere per almeno 6 mesi. I sintomi possono essere delle difficoltà ortografiche, difficoltà nel manipolare i numeri/calcoli, nella comprensione del testo, nell'espressione scritta, una lettura stentata, lenta o non accurata di parole e/o difficoltà nel ragionamento matematico.

Solitamente un bambino che ha queste difficoltà riporta abilità scolastiche al di sotto di quelle attese per l'età cronologica. Le difficoltà di apprendimento cominciano durante l'età scolare ma possono manifestarsi anche quando ne viene richiesto l'utilizzo.

Cosa sono DSA e varie caratteristiche e PDP

Prima di approfondire il disturbo specifico di linguaggio è importante sottolineare che disturbo e difficoltà non sono la stessa cosa. All'interno dell'ambito scolastico, si sente spesso utilizzare le parole "difficoltà" e "disturbo" come sinonimi anche se ognuna di esse si riferisce a situazioni specifiche che hanno prognosi diverse. La difficoltà, ad esempio di apprendimento, fa riferimento ad una qualsiasi difficoltà che un individuo incontra all'interno del suo percorso di studi. I disturbi evolutivi invece dell'apprendimento fanno riferimento a problematiche più gravi che hanno un'evoluzione incerta. Questi disturbi dipendono dalle basi neuropsicologiche dell'apprendimento stesso; essi non sono una conseguenza di un handicap oppure di fattori esterni come differenze culturali, insegnamento insufficiente.

Il termine disturbo riferito ai DSA compare anche all'interno dei sistemi di classificazione dei Disturbi Mentali DSM e ICD (manuali), i quali contengono i criteri condivisi da parte della comunità scientifica per identificare i disturbi. Da questa breve spiegazione risulta che quindi il termine difficoltà e disturbo non sono sinonimi e che di conseguenza devono essere utilizzati nei contesti corretti e nel modo corretto in base alla situazione senza correre il rischio di attribuire etichette errate e pesanti ai bambini. Il termine DSA⁶⁴ è l'acronimo di disturbi specifici dell'apprendimento e riguarda 3 aree che sono: l'area della lettura (dislessia), della scrittura (disortografia e disgrafia), del calcolo (discalculia). Nella dislessia viene compromessa l'area della lettura, nella disgrafia e

⁶⁴ Come lavorare nei DSA, disturbi specifici dell'apprendimento, webinar (igeacps).

disortografia invece viene compromessa l'area della scrittura, mentre nella discalculia viene compromessa l'area dell'abilità di calcolo. I dati epistemologici segnalano inoltre un'alta comorbidità cioè la compresenza di disturbi diversi nel bambino ad esempio, nel caso del disturbo di lettura spesso è presente anche il disturbo di scrittura e di calcolo.

Un bambino dislessico⁶⁵ è molto lento nella lettura in quanto prima di leggere la parola, legge la singola letterina e poi infine dice la parola intera. Ha problemi di accuratezza infatti sono presenti degli errori fonologici che possono essere dati per somiglianza fonologica (suono), somiglianza ortografica o dal crowding che è la sovrapposizione delle parole. Un bambino dislessico però non ha problemi nella comprensione del testo ma solo nella lettura. Una possibile soluzione per aiutarlo potrebbe essere la scelta di un lettore esterno.

La disgrafia e la disortografia sono due disabilità che troviamo all'interno dell'area della scrittura ma anche se all'interno della stessa area, riportano caratteristiche diverse. La disgrafia è il disturbo della scrittura di natura grafo motoria mentre la disortografia è il disturbo della scrittura di natura linguistica. La disgrafia presenta una scrittura poco chiara, ampi spazi tra le singole parole, macro e micro grafie irregolari, difficoltà di mantenimento del rigo, incoerenza inclinazione parole e mancato rispetto dei margini sul foglio. A volte, per decifrare la scrittura, basta chiedere al bambino di scrivere in stampatello. La disortografia invece riporta degli errori diversi che possono essere fonologici dove la parola viene dal suono alterato (importa-inporta , persona-personi , testimonianze-destimonianze) oppure ortografici dove vengono infrante le regole di ortografia (scuola-squola , quintale-cuintale , niente-gniente).

La discalculia è il disturbo del numero e del calcolo dove sono presenti difficoltà del sistema dei numeri (errori di base lessicale ed errori di base sintattica) e difficoltà del sistema di calcolo (errori nel sistema di calcolo, errori nel mantenimento e recupero procedure, errori dell'applicazione delle procedure ed errori visuo-spaziali).

I disturbi specifici dell'apprendimento tendono a permanere nell'individuo anche per tutta la vita e, a causa di esso, si riconosce il bisogno di avere una gamma di aiuti che siano protratti nel tempo. La disabilità tende a permanere e a persistere nel tempo. Le persone con DSA costituiscono una percentuale significativa della popolazione generale e, durante le fasi della vita, sono esposte al rischio di non sviluppare a pieno le proprie

⁶⁵ Dislessia a trattamenti innovativi, webinar (igeacps).

potenzialità. I disturbi specifici dell'apprendimento dimostrano nell'individuo la presenza di limitazioni del funzionamento di specifiche abilità/competenze, queste limitazioni possono manifestarsi durante la prima o la seconda infanzia.

Nel 2009, le raccomandazioni per la pratica clinica per i DSA affermano che, in teoria, l'età minima in cui è possibile effettuare una diagnosi certa di DSA coincide con il completamento del secondo anno della scuola primaria. Esso però fa porre il problema della presenza di un disturbo (DSA) solo dopo il completamento del secondo anno della scuola primaria inviando successivamente la segnalazione alla famiglia e ai servizi sanitari. Di conseguenza, solo alla fine del terzo anno di scuola primaria si arriva ad una formulazione di diagnosi con l'avvio dell'intervento al quarto anno di scuola primaria. Una presa in carico precoce quindi prima della stabilizzazione del disturbo, riduce il rischio di far insorgere problemi psicopatologici secondari in quanto i soggetti con DSA hanno un rischio 3 volte superiore di sviluppare problemi emotivi e di abbandono dell'iter formativo rispetto ai loro coetanei. Questo mostra come sia importante agire quanto prima e quindi di quanto sia necessario abbassare l'età di riconoscimento, segnalazione e diagnosi DSA evitando però di formulare diagnosi cliniche errate. Gli indicatori di rischio per la comparsa di un DSA sono molto importanti, il fattore di rischio che ha ricevuto più conferme è quello del processamento fonologico⁶⁶ ossia la capacità del bambino di percepire la forma sonora delle parole, manipolarle, scomponendole e ricomponendole nei suoni che la compongono. Un intervento sui fattori di rischio riduce l'entità del disturbo DSA ma non lo elimina del tutto. Negli ultimi anni è aumentata l'attenzione verso il disturbo specifico di linguaggio che ha portato le scuole verso delle attività di screening che però, molto spesso, sono senza un modello definito di riferimento. I limiti di questi progetti sono di due tipi :

-la segnalazione del bambino come soggetto a rischio che di conseguenza viene inviato alla struttura sanitaria. Un gran numero di soggetti però spesso non riporta alcun disturbo creando quindi un allarme errato nelle famiglie, confusione negli insegnanti e risentimento dei servizi sanitari che si trovano costretti a dedicare le poche risorse disponibili a soggetti che non ne necessitano.

-questi screening, essendo fatti dall'esterno, utilizzano strumenti che sono poco

⁶⁶ La dislessia e i disturbi specifici di apprendimento - Teoria e prassi in una prospettiva inclusiva.
000API2_2010.qxd(sostegnobes.com), PDF.

utilizzabili dalla scuola. Spesso però i risultati prodotti rimangono fini a se stessi in quanto non vengono discussi con insegnanti e famiglie.

Per l'individuazione dei fattori di rischio, gli screening⁶⁷ devono essere fatti dagli insegnanti insieme alla consulenza di professionisti della salute. Il metodo da preferire per gli screening è ricerca-azione, esso richiede un'attività di formazione e di costruzione condivisa degli strumenti con operatori sanitari in modo tale di aiutare gli insegnanti nel riconoscimento degli indicatori di rischio e di favorire lo sviluppo delle competenze legate all'apprendimento. L'aumento delle competenze dei docenti comporta un cambiamento all'interno delle pratiche didattiche e favorisce l'individuazione dei bambini che sono resistenti al cambiamento nonostante gli interventi didattici diretti. Di conseguenza vi è una riduzione del numero di consulenze da parte dei servizi sanitari sui falsi positivi concentrando quindi l'attenzione e l'azione riabilitativa su chi ne necessita realmente. L'utilizzo del questionario rivolto agli insegnanti è il sistema meno costoso per rilevare una difficoltà di lettura/scrittura/calcolo, questo questionario potrebbe essere costituito dalle pagelle scolastiche e registri ma questo metodo così economico si scontra con il rischio che gli insegnanti (soprattutto quelli meno preparati) forniscano informazioni meno attendibili soprattutto nei casi più lievi. La somministrazione diretta ed individuale di prove specifiche che servono per misurare le diverse competenze di esso, risulta essere il sistema più accurato da utilizzare per tutti i bambini.

I bambini che nascono in famiglie dove almeno un membro della famiglia presenta il disturbo specifico dell'apprendimento hanno un rischio 4 volte maggiore di sviluppare DSA. L'appartenenza a famiglie di basso livello socio-economico, scarsa istruzione risultano come elementi che aumentano fino a 10 volte il rischio di sviluppare un disturbo specifico dell'apprendimento in quanto la coesistenza di fattori genetici e ambientali contribuiscono alla sua comparsa. Se appunto la diagnosi viene confermata, gli insegnanti, i genitori e gli specialisti si riuniscono per fare il PDP ossia il piano didattico personalizzato che è il primo intervento sul bambino con DSA. Esso prevede l'individualizzazione di potenzialità e difficoltà, le misure di compensazione e dispensative da adottare sia nella normale attività didattica che nella valutazione e per pianificare e di conseguenza garantire interventi metodici adeguati. È importante che, dal

⁶⁷ La dislessia e i disturbi specifici di apprendimento - Teoria e prassi in una prospettiva inclusiva.
000API2_2010.qxd(sostegnobes.com), PDF.

momento in cui la scuola è in possesso di una diagnosi di DSA, attivi le iniziative didattiche ed organizzative appropriate come ad esempio il PDP⁶⁸. Oltre a questo intervento, in ambito extrascolastico possono essere attuati altri interventi come il trattamento cognitivo che mira ad allenare la funzione cognitiva che può essere basata sul potenziamento o sulla riabilitazione. Esso deve essere specifico, personalizzato e continuo e fatto da specialisti oppure il tutoring. Il tutoring è un doposcuola specialistico e può essere effettuato insieme al trattamento cognitivo dove all'interno è presente un tutor dell'apprendimento. Il tutor attiva le strategie di compenso, guida verso l'autonomia nello studio e dialoga con gli specialisti e partecipa alle riunioni periodiche con la famiglia. Il tutor è molto importante perché intercetta le esigenze specifiche ed entra in contatto con le componenti emotive, affettive e relazionali del ragazzo.

⁶⁸ La dislessia e i disturbi specifici di apprendimento - Teoria e prassi in una prospettiva inclusiva. [000API2_2010.qxd\(sostegnobes.com\)](#), PDF.

CONCLUSIONE

All'interno dell'elaborato scritto sono state approfondite diverse tematiche. Nel primo capitolo è stato fatto un approfondimento in merito allo sviluppo del linguaggio, sulle varie fasi evolutive di esso collegandolo a Noam Chomsky, un filosofo che ha prestato particolare attenzione al linguaggio.

Nel capitolo successivo invece vengono riportate le possibili anomalie in merito al linguaggio a cui prestare attenzione, soffermandosi sul ritardo e disturbo del linguaggio. E' molto importante saper distinguere una difficoltà da un disturbo in quanto riportano caratteristiche, diagnosi, trattamenti ed interventi diversi da attuare nel bambino.

Nel terzo capitolo invece viene approfondita il quesito iniziale ossia le possibili correlazioni tra disturbo del linguaggio e disturbo specifico dell'apprendimento spiegando le caratteristiche di quest'ultimo.

Dopo aver approfondito il linguaggio con le sue varie fasi evolutive, il pensiero di Chomsky in merito ad esso, la differenza tra il ritardo ed il disturbo di linguaggio con le loro caratteristiche, diagnosi, trattamenti da attuare e il disturbo specifico dell'apprendimento, attraverso l'utilizzo di diversi libri e siti riportati all'interno della bibliografia e sitografia, è effettivamente emerso, grazie ad alcuni studi, che il disturbo specifico di linguaggio può portare ad un disturbo specifico dell'apprendimento.

BIBLIOGRAFIA

American psychiatric association (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina.

Bonifacio, S. Hvastja Stefani, L (2010). *L'intervento precoce nel ritardo di linguaggio: il modello INTERACT per il bambino parlatore tardivo*. Milano: Angeli.

Cornoldi, C. (2023). *I disturbi dell'apprendimento*. Bologna: Il Mulino.

Gray, P. (2012). *Psicologia / Peter Gray -3. ed. italiana condotta sulla 6. ed. americana*. Bologna: Zanichelli.

Kemali, D. (1996). *ICD10 : Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali: descrizioni cliniche e direttive diagnostiche, criteri diagnostici per la ricerca*. Milano: Masson.

La dislessia e i disturbi specifici di apprendimento - Teoria e prassi in una prospettiva inclusiva. [000API2_2010.qxd \(sostegnobes.com\)](#) PDF.

Lingiardi, V. McWilliams, N. (2020). *PDM-2. Manuale diagnostico psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina.

Lucangeli, D. Vicari, S. (2019). *Psicologia dello sviluppo*. Milano: Mondadori Università.

Marini, A. Vicari, S. (2022). *I disturbi del linguaggio in età evolutiva : caratteristiche, diagnosi e trattamento*. Bologna: Il Mulino.

Natura innata del linguaggio secondo Noam Chomsky Artemij Keidan Versione breve dell'articolo pubblicato su NFA nel 2016. [Natura innata del linguaggio secondo Noam Chomsky \(researchgate.net\)](#) PDF.

Pizzamiglio, L. Baldan, G. (1974). *I disturbi del linguaggio : manuale di diagnosi e terapia*. Milano: Etas Libri.

Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Bologna: Il Mulino.

Zanobini, M. Viterbori, P. Scopesi, A. Bedin, A.G. (2015). *Le difficoltà e i disturbi del linguaggio attraverso le lenti dell'ICF*. Milano: Angeli.

SITOGRAFIA

Come lavorare nei DSA, disturbi specifici dell'apprendimento, webinar (igeacps)

Developmental language disorder - Disturbo del linguaggio nello sviluppo:
<https://www.nidcd.nih.gov/health/developmental-language-disorder#Is-DLD-same>

Dislessia a trattamenti innovativi, webinar (igeacps)

Language disorders. Diagnosis and treatment - Disturbo del linguaggio. Diagnosi e trattamento: [\[Language disorders. Diagnosis and treatment\] - PubMed \(nih.gov\)](#)

Mobile media device use is associated with expressive language Delay in 18-month-old children - L'uso di dispositivi multimediale mobili è associato a un ritardo del linguaggio espressivo in un bambino di 18 mesi : [Mobile Media Device Use is Associated with Expressive Language Delay in 18-Month-OldChildren - PMC \(nih.gov\)](#)

Screening for language and speech delay in children under five years - screening del ritardo di parola e linguaggio nei bambini sotto i 5 anni : [Screening for language and speech delay in children under five years - PubMed \(nih.gov\)](#)

Screening for speech and language Delay in children 5 years old and Younger - screening del ritardo di parola e linguaggio nei bambini sotto i 5 anni e dei minori : [Screening for Speech and Language Delay in Children 5 Years Old and Younger: A Systematic Review - PubMed \(nih.gov\)](#)

Speech and language delay in children - linguaggio e ritardo del linguaggio nel bambino : [Speech and language delay in children: Prevalence and risk factors - PMC \(nih.gov\)](#)

Speech delay in toddler: are they only late talkers? - ritardo del linguaggio nei bambini: sono solo parlatori tardivi? [Speech delay in toddlers: Are they only 'late talkers'? - PubMed \(nih.gov\)](#)