

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL LINGUAGGIO IN ETÀ PRESCOLARE.

DSL: profilo di un modello osservativo-valutativo.

I Disturbi Specifici del Linguaggio rappresentano nel loro insieme la categoria di disordine evolutivo prevalente, con incidenza in età prescolare e scolare pari al 6-8 % , per tale ragione necessitano di un trattamento precoce del disordine linguistico sotteso da un'attenta valutazione delle competenze individuali. Alla luce delle più recenti evidenze scientifiche, relative a tale ambito di ricerca, che sottolineano come lo sviluppo atipico del linguaggio rientri frequentemente in un quadro più generico e complesso di ritardo psico-motorio, caratterizzato dalla co-presenza di disordine del linguaggio e di deficit in specifiche funzioni cognitive extra-linguistiche, l'obiettivo del progetto sperimentale condotto è stato approfondire la fase di valutazione dei bambini, con ritardo/disordine linguistico, al fine di delineare un "profilo globale" del caso, utile al fine del trattamento riabilitativo.

La prima parte della trattazione è stata dedicata all'analisi dei prerequisiti neuro-anatomici necessari per l'acquisizione della funzione linguistica, e dei mutamenti relativi alle principali funzioni cognitive, percettive, comunicative e motorie nei primi 12 mesi di vita, evidenziando il parallelismo tra i vari percorsi evolutivi e al contempo l'interdipendenza tra gli stessi. Ciò ha consentito non solo di individuare le finestre temporali critiche per ogni funzione (discriminazione uditiva, sviluppo posturo-motorio, tipo di espressione comunicativa etc.) ma anche di rimarcare come l'apprendimento "tipico" del linguaggio sia frutto di uno sviluppo integrato tra acquisizioni psicomotorie e capacità comunicative, ragion per cui anche la riabilitazione dovrà prevedere una stimolazione globale e multisensoriale. L'influenza degli stimoli esterni nonché dell'esperienza del bambino con l'ambiente che lo circonda è confermata dagli studi di Neuroimaging che evidenziano come il processo di sinaptogenesi, particolarmente attivo nei primi mesi di vita nel delicato equilibrio tra fenomeni di "sprouting" e "pruning", sia geneticamente determinato ma al tempo stesso modulato dall'esposizione a fattori epigenetici.

Approfondite le fasi dello sviluppo del linguaggio verbale a partire dal *periodo prelinguistico* a finire al *periodo della stabilizzazione* (4-6 anni), si è proseguito con il definire il Disturbo Specifico del Linguaggio precisando l'aspetto eziologico, i fattori di rischio e di predisposizione per poi delineare la differenza tra bambini con DSL e "Late Talkers".

Un ampio capitolo è stato inoltre dedicato al dibattito in letteratura circa la sottoclassificazione dei DSL vista l'esigenza di distinguere quadri clinici molto eterogenei che ben rispecchiano sia la complessità delle capacità coinvolte nel processo di apprendimento, che la grande variabilità

interindividuale nei tempi e nei modi di acquisizione della funzione linguistica. Quest'ultima se analizzata nei suoi livelli (fonologico, semantico, lessicale, morfosintattico e pragmatico) può risultare deficitaria o ritardata secondo diverse linee e/o dimensioni dello sviluppo; ciò unito all'impossibilità di generalizzare i risultati scientifici condotti, a causa delle differenze strutturali di ogni lingua, spiega perché la tassonomia di tali disturbi sia ancora oggi uno dei temi più discussi tra esperti di varie discipline quali psicologi, psicolinguisti, neuropsicologi e linguisti

Per porre una diagnosi di Disturbo Specifico del Linguaggio occorre un tempo di osservazione sufficiente a valutare: sviluppo cognitivo adeguato; discrepanza tra sviluppo del linguaggio e sviluppo cognitivo; esclusione di patologie primarie (sensoriali, neurologiche, psichiatriche e mal formative); assenza di turbe socio-relazionali; pattern linguistici specifici inferiori a 2 deviazioni standard rispetto ai valori attesi per quella età. La logopedista ha, quindi, il compito di valutare le competenze linguistiche attraverso prove cliniche e test, che consentono di avere informazioni di tipo quantitativo, ma anche momenti di osservazione, che permettono di rilevare dati qualitativi, così da giungere a una dettagliata analisi delle competenze del bambino in ambito fonologico, fonologico, semantico-lessicale e grammaticale-sintattico. Premessa l'enorme variabilità nel procedere, nella trattazione è stato proposto un prototipo di iter valutativo suddiviso in 3 momenti: indagine neuromotoria, indagine uditivo-percettiva e indagine cognitivo-linguistica. Dettagliatamente esposta la fase di valutazione delle aree linguistiche si è proceduto con l'analisi di tutte quelle concause imprescindibili per uno sviluppo tipico del linguaggio quali le principali funzioni mentali e le influenze ambientali, così da giungere a un bilancio complessivo delle capacità del bambino. L'obiettivo dello studio è stato la stesura di un *Modello osservativo-valutativo* che asservisse tale scopo così da avere un quadro generico, seppur riassuntivo, delle singole abilità del soggetto, individuando punti di debolezza e di forza, entrambi fondamentali per la stesura del progetto riabilitativo, poiché i primi rappresenteranno gli obiettivi terapeutici e i secondi potranno invece essere valorizzati per una compensazione e facilitazione del compito.

Per giungere alla strutturazione del modello si è fatto riferimento all' "International Classification of Functioning Disability and Health" nella versione per bambini ed adolescenti (ICF-CY,2007), questo sistema classificativo è stato elaborato dall'OMS con lo scopo di favorire un modello concettuale di riferimento del "funzionamento globale della persona". All'interno di esso sono stati individuati solo i domini inerenti e/o influenzanti lo sviluppo comunicativo-linguistico (Tab.1), i quali, essendo molteplici, sono stati confrontati con i fattori di rischio per DSL (Tab.2) e le ultime ricerche scientifiche in tale ambito (Tab.3), così da attenzionare quelle risultate deficitarie nei bambini con DSL. Gli aspetti in comune sono stati evidenziati cromaticamente in rosso per le

funzioni mentali, in blu per la comunicazione e l'eloquio e in verde per i fattori contestuali, il tutto riassunto nella tabella 4.

FUNZIONI E STRUTTURA		ATTIVITA E PARTECIPAZIONE + FATTORI CONTESTUALI		
Funzioni mentali	Funzioni della voce e dell'eloquio	Apprendimenti e applicazioni di conoscenze	Comunicazione	Contesto di crescita
<i>Attenzione</i> Mantenimento attenzione Spostamento dell'attenzione Distribuzione dell'attenzione Condivisione dell'attenzione	<i>Funzioni della voce</i> Produzione della voce Qualità della voce	<i>Copiare</i> (imitare o mimare come componente basilare dell'apprendere)	<i>Comunicare- ricevere messaggi verbali</i> Comprendere messaggi verbali semplici. Comprendere messaggi verbali complessi	<i>Relazioni sociali informali:</i> Relazioni con i pari
<i>Memoria</i> M. a breve termine M. a lungo termine Recupero/elaborazione della memoria	<i>Articolazione della voce</i>	<i>Imparare attraverso le azioni con gli oggetti</i> Imparare con un solo oggetto Imparare con 2 o più oggetti Apprendere con il Gioco simbolico Apprendere con Gioco di finzione	<i>Comunicare- ricevere messaggi non verbali.</i> Comprendere gesti del corpo Comprendere segni e simboli Comprendere disegni e foto	<i>Relazioni familiari</i> Relazioni genitore-figlio Relazioni figlio-genitore Relazioni tra fratelli Relazioni nella famiglia allargata
<i>Funzioni psicomotorie</i> Controllo psicomotorio Dominanza manuale Dominanza laterale	<i>Fluidità e ritmo dell'eloquio</i> Fluidità Ritmo Velocità Melodia	<i>Acquisire il linguaggio</i> Acquisire singole parole o simboli Combinare parole in frasi Acquisire la sintassi	<i>Comunicare-produrre</i> Parlare Vocalizzazione prelinguistica Produrre messaggi non verbali	<i>Istruzione informale</i> (apprendimento a casa o in altro ambiente non istituzionalizzato dai propri membri della famiglia)
<i>Funzioni percettive</i> Percezione uditiva Percezione visiva Percezione tattile Percezione visuo-spaziale		<i>Ripetere</i> (Ripetere una sequenza di eventi o simboli come una componente basilare dell'apprendere)	<i>Conversazione</i> Avviare una conversazione Mantenere una conversazione Conversare con una persona Conversare con molte persone	<i>Istruzione pre-scolastica e scolastica</i> Accedere/mantenere/progredire e/terminare un programma di istruzione prescolastica/scolastica
<i>Funzioni cognitive</i> Astrazione Organizzazione e pianificazione Gestione del tempo Flessibilità cognitiva Soluzione di problemi		<i>Acquisire concetti</i> Concetti di base(dimensione, forma, quantità, uguale, opposto) Concetti complessi(classificazione raggruppamento, reversibilità, seriazione)		<i>Ricreazione e tempo libero</i> Gioco Sport Arte e cultura Hobby Socializzazione
<i>Funzioni mentali del linguaggio</i> Recepire il linguaggio (verbale,gestuale) Espressione del linguaggio (verbale,gestuale) Funzioni integrative		<i>Applicazione delle conoscenze</i> Focalizzare l'attenzione Dirigere l'attenzione Pensare (fingere, ipotizzare,speculare) Risoluzione di problemi		<i>Relazioni e sostegno sociale</i> Famiglia ristretta Famiglia allargata Amici Vicini di casa e membri della comunità Estranei

Tab 1

FATTORI DI RISCHIO
Assenza della lallazione vocale e/o consonantica (dai 5-7 mesi ai 9-10 mesi)
Assenza di utilizzazione di gesti: - deitici(9 mesi) : dare, mostrare, indicare ecc. - referenziali (12-14 mesi): gesto del ciao,telefonare ecc
Assenza di imitazione del gioco combinatorio, assenza o ridotta presenza di gioco simbolico (24-30 mesi)
Mancata acquisizione di schemi d'azione con gli oggetti (12 mesi)
Espressione linguistica: -Prime parole: 12-13 mesi -Vocabolario < 20 parole (18 mesi), < 50 parole (24 mesi) -Assenza dell'esplosione del vocabolario (19-24 mesi) >5 parole nuove a settimana -Assenza produzione frasale (20-22 mesi)
Ritardo nella comparsa delle prime combinazioni di gesto-parola
Deficit nella comprensione di ordini non contestualizzati e che implicano una decodifica linguistica (24-30mesi)

Tab. 2

ANNO	AUTORI	RICERCA	RISULTATI
2014	Sandrine Leroy, ChristelleMaillart, Christophe Parris	L "analogical mapping" nei bambini con DSL	Deficit nell' "Analogical Mapping" : processo cognitivo generale di astrazione e generalizzazione
2013	Andrea Dohmen, Shula Chiat, Penny Roy	Imitazione di azioni non verbali nei parlatori tardivi di 24-40 mesi	Carenti performance dei late talkers nei movimenti di coordinazione corporea e nelle azioni di finzione (giochi simbolici).
2012	Duinmeijer, de Jong J, Scheper A.	Le abilità narrative, la memoria e l'attenzione uditiva nei	Carenti performance nelle attività narrative :l'abilità nell'inventare una storia è correlata all' attenzione uditiva mentre l'abilità nel

		bambini con DSL	raccontare una storia ascoltata alla memoria (ripetizione lista di parole)
2008	Dodwell K, Bavin EL.	Associazione tra capacità narrative e memoria fonologica nei bambini di 6 anni con DSL	Capacità narrative carenti a causa di un deficit di memoria fonologica .
2003	Conti-Ramsden e Heskett	Indicatori di rischio DSL	Performance inferiore nei compiti relativi alla processazione delle informazioni .
2002	Perucchini	Il gesto di indicare e lo sviluppo del linguaggio	L'età di comparsa del gesto di indicare è correlata con lo sviluppo linguistico .
2007	Zubrick et al.	Lo stato socio-economico familiare associato ai deficit linguistici.	Lo stato socio-economico della famiglia comprensivo di educazione della madre, lavoro, stile di vita e mancanza di benessere dei genitori (es. depressione, stress) sono fattori di rischio per uno sviluppo atipico del linguaggio nei bambini.
2008	Desmarais et al.	Fattori ambientali favorevoli allo sviluppo atipico del linguaggio	Lo stress dei genitori è associato a un disturbo del linguaggio espressivo nel bambino.
2005	Vigil, Hodges & Klee	Interazione comunicativa tra i genitori e i bambini con ritardo del linguaggio	I genitori dei bambini late talkers rispondono meno spesso alle esigenze comunicative del proprio bambino rispetto ai genitori di bambini con sviluppo tipico che al contrario favoriscono la conversazione.
2002	Laicardi, Baldassarri	Comportamento materno come predittore dello sviluppo cognitivo nel 1° anno di vita	Discriminazione tra bambini nati a termine e bambini nati pretermine, discreta predizione dello sviluppo cognitivo (in senso generico) sulla base del comportamento materno

Tab 3

Funzioni mentali	Comunicazione ed eloquio	Contesto di crescita
Attenzione	Articolazione della voce	Relazione genitori-figlio
Memoria	Produzione messaggi non verbali: -gesti deittici -gesti referenziali	Stato socio-culturale familiare
Capacità di copiare/imitare	Comprensione messaggi non verbali	Istruzione informale
Capacità di ripetere	Comprensione messaggi verbali	Istruzione prescolastica
Acquisizione di "schemi di azione" con gli oggetti	Vocalizzazione prelinguistica	Attenzione dei genitori alle esigenze comunicative del figlio
Gioco simbolico e gioco di finzione	Espressione verbale: -Età di comparsa prime parole -Vocabolario -Livello fonologico -Livello lessicale -Livello morfosintattico	
Astrazione e generalizzazione (Analogical mapping)	Fluidità e ritmo dell'eloquio	Stimolazione multisensoriale
Organizzazione e pianificazione	Capacità narrative	Mancanza di benessere dei genitori (depressione, stress)
Controllo psicomotorio		
Dominanza laterale		
Percezione visuo-spaziale		
Discriminazione uditiva		
Strutturazione spazio-temporale		
Strutturazione dello schema corporeo		

Tab 4

Considerando i dati della tabella 4 delle linee guida è stato possibile proporre un modello di riferimento suddiviso in aree di osservazione associate a un punteggio compreso tra 0=prestazione assente e 5= performance superiore all'età. Per verificare l'utilità del *modello osservativo valutativo* si è prevista l'applicazione su un campione di 6 bambini di età compresa tra i 2 e i 6 anni (3 maschi e 3 femmine). La fase valutativa ha previsto la dedizione di più momenti strutturati in un arco di tempo variabile a secondo del soggetto facendo riferimento al livello raggiunto dal bambino per quella specifica abilità in base all'età cronologica, perciò un identico valore numerico per un'area

corrisponde al raggiungimento di obiettivi differenti a seconda del grado di competenza richiesto per quella tappa. Nella trattazione si è fatto riferimento agli strumenti di valutazione utilizzati durante la sperimentazione (test, prove, gioco spontaneo ecc.), sottolineando la non specificità degli stessi ovvero l'opportunità per ogni terapeuta di una piena autonomia gestionale del momento osservativo, così che possa essere articolato a seconda delle caratteristiche soggettive del bambino, dei mezzi a disposizione e del settore indagato. Dai dati ricavati è emersa familiarità per il disturbo in un rapporto 3/6 e presenza di patologie ORL nei primi anni di vita in 4/6 casi. Relativamente alle *funzioni mentali* ogni soggetto ha evidenziato diverse aree di forza e di debolezza, dalla media tra i sei, però, gli ambiti risultati carenti sono stati: attenzione, organizzazione e pianificazione e controllo psicomotorio. Per quanto concerne gli items della *comunicazione ed eloquio* i diversi punteggi ottenuti hanno consentito la diagnosi differenziale in Disturbo fonico-articolatorio (caso E), Ritardo specifico espressivo (caso A), Disturbo specifico espressivo (casi C-D-F), Disturbo specifico recettivo-espressivo (caso B). In riferimento al *contesto ambientale*, invece, i valori ottenuti sono stati conformemente alti, tranne che per l'area "relazione parentale" risultata deficitaria in ben 5 casi. Da quanto esposto si evince che nonostante il numero esiguo del campione di riferimento, il modello osservativo valutativo sia un valido ausilio in grado di consentire; una conoscenza globale del caso-persona, un bilancio delle competenze e conseguentemente una programmazione di intervento specifica, una conoscenza del percorso evolutivo e dei fattori di rischio per DSL e la presenza di fattori predisponenti a un'evoluzione del disturbo in Disturbo Specifico di Apprendimento.