

DISTURBI SPECIFICI DEL LINGUAGGIO

Cos'è il linguaggio?

- Un sistema di segni (simboli e suoni)
- usati in modi regolari di combinazione, secondo regole convenzionalmente stabilite
- hanno lo scopo di comunicare

DISTURBI SPECIFICI DEL LINGUAGGIO

Il sistema del linguaggio è composto

- FONOLOGICO
- MORFOSINTATTICO
- SEMANTICO
- PRAGMATICO



Interagiscono funzionalmente si determinano a vicenda

Apprendimento del linguaggio

Acquisire il linguaggio significa diventare competenti in questi 4 aspetti:

- Fonologia
- Semantica
- Sintassi
- Pragmatica

Fonologia

ORGANIZZAZIONE e **CLASSIFICAZIONE** dei suoni che hanno una funzione distintiva all'interno di un dato sistema linguistico

I suoni linguistici che fanno parte di una lingua formano il **SISTEMA FONOLOGICO** di quella data lingua

(es. suono R non esistente nel **S.F** cinese, difficoltà di discriminazione R/L)

La semantica

Semantica riguarda il significato:

- delle parole (s. lessicale)
- delle frasi (s. proposizionale)

Morfosintassi

Racchiude tutte le abilità grammaticali del linguaggio

- 16 - 18 mesi** sono presenti i **morfemi liberi** (articoli, preposizioni, congiunzioni) e i **morfemi legati** (genere e numero dei nomi, flessione dei verbi). Compaiono alcuni **tempi dell'indicativo** (presente, passato, futuro), il condizionale, il gerundio e l'infinito.
- **2 anni** si passa da **enunciati** di tipo telegrafico ad enunciati **più strutturati** con articoli e preposizioni.
 - **3 anni** concordanza fra **soggetto e verbo**.
 - **4 - 5 anni** elaborazione della strategia di tener conto **dell'ordine delle parole**.

Pragmatica

La pragmatica analizza in maniera sistematica il rapporto tra **significato e contesto**, le inferenze che permettono ai parlanti di assegnare un senso a parole e frasi.

L'insieme dei meccanismi e delle rappresentazioni mentali che consentono di risolvere le ambiguità nell'ambito del linguaggio verbale. (Orsolini 1995)

Esempio della parola SENTI

- *Senti bene adesso?* Viene chiesta conferma all'interlocutore se è in grado di udire bene il messaggio.
- *senti, sai che cosa mi è accaduto?* La parola “senti” è un richiamo per sollecitare l'attenzione.
- *che cosa senti quando ti dicono che sei il miglior calciatore?* In questo caso “senti” ha il significato di quale sentimento provi

TAPPE di SVILUPPO

La comprensione del linguaggio
precede la produzione

- La percezione sonora guida la produzione, **il bambino produce ciò che ascolta.**
- Il bambino apprende un certo numero di suoni (consonantici e vocalici) e contemporaneamente riesce a combinarli fra di loro perché abbiano un significato.
- Tutti i bambini, a prescindere dalla comunità linguistica in cui crescono, passano attraverso gli stessi stadi: per questo si parla di “**universalità**” dello sviluppo vocale prelinguistico.

TAPPE DI SVILUPPO

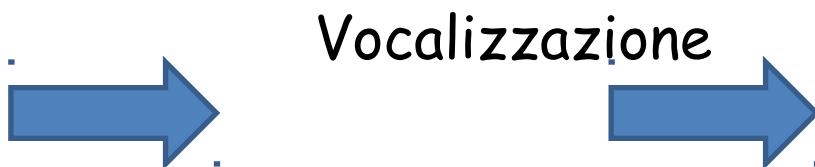
- **1° mese** comportamenti comunicativi gestuali (smorfie, sorrisi) e vocali (diversificazione del pianto, tosse, vagiti).
- **3° mese** suoni linguistici senza intenzione comunicativa. Impara ad ascoltare, si gira verso chi gli parla o risponde alla voce, e stimolato a vocalizzare.

Alternanza di sguardo fra:

BAMBINO

OGGETTO

MADRE



TAPPE DI SVILUPPO

- 6-7 mesi babbling canonico o lallazione
- 8 - 9 mesi comunicazione intenzionale
- 1 anno intenzione:
Richiesta : il bambino si tende verso l'oggetto, guarda l'adulto, vocalizza.
 - Gesti comunicativi deittici
 - Mostrare
 - Indicare
 - Dare
 - Vocalizzazione prime parole
 - Gesti comunicativi referenziali : il bambino comunica i suoi stati e i suoi bisogni
(bravo, buono, ciao, più grande, aprire, bere, mangiare....)

TAPPE DI SVILUPPO

- **17 - 20 mesi** arricchimento lessicale, progressiva soppressione dei processi di semplificazione (cancellazione di una sillaba /TALO/ per TAVOLO)
- **24 mesi** combinazione di 2 o 3 parole
parola - frase
- Si può dire che dai **2 ai 4 anni** il bambino deve acquisire tutti i fonemi della sua lingua e a **4.6 anni** non ci devono più essere processi di semplificazione.

Universalità del linguaggio

Tutti i bambini, a prescindere dall'ambiente linguistico in cui vivono, si evolvono nello stesso modo

- Le caratteristiche della lingua parlata influiscono sul tipo di suoni che verranno privilegiati
- Il rafforzamento ambientale porta il bambino a scegliere i suoni da produrre

Meccanismi di controllo

- **Il feed back ambientale**

Il bambino che produce dei suoni ha la possibilità attraverso il feed back ambientale e l'esercizio ripetuto, di controllarli sempre di più rendendo più preciso il movimento: scopre la relazione tra i movimenti del cavo orale e il risultato sonoro che ne consegue

- **Il feed back uditivo**

aiuta il bambino a prestare attenzione ai segnali vocali che lo circondano, in particolare a quelle parole che sono più simili ai suoni che lui stesso produce.

L'esercizio ripetuto e il controllo del feed back uditivo rafforzano le caratteristiche di volontarietà del babbling e creano le basi per il linguaggio verbale.

SEGNALI DI RISCHIO PER IL DISTURBO DI LINGUAGGIO

La presenza di due o più segnali associati può essere una spia di disordine fonologico:

1. Assenza di lallazione dai 5/7 ai 9/10 mesi;
2. Assenza di gesti deittici e referenziali dai 12 ai 14 mesi;
3. Mancata acquisizione di schemi d'azione con oggetti a 12 mesi;
4. Assenza o ridotta presenza di gioco simbolico da 24 a 30 mesi;
5. Vocabolario ridotto: meno di 20 parole a 18 mesi e meno di 50 parole a 24 mesi;
6. Ritardo nella comparsa della combinazione tra gesto e parola;
7. Deficit nella comprensione di ordini non troppo contestualizzati;
8. Persistere di espressioni verbali incomprensibili dopo i 2.6-3 anni.

Disturbi del Linguaggio

1. Disturbi del Linguaggio Espressivo

2. Il Disturbo della Comprensione del Linguaggio o Misto

3. Balbuzie

4. Mutismo selettivo

Disturbi fonologici

Essi si realizzano a livello delle seguenti componenti della comunicazione verbale:

- comprensione
- produzione
- entrambe
- LE ABILITÀ DI **PRODUZIONE** E LE ABILITÀ DI **COMPRESIONE** SONO TRA LORO **STRETTAMENTE COLLEGATE** PUR AVENDO **RITMI DI SVILUPPO DIVERSIFICATI**

Disturbi fonologici

- **DISTURBO DELLA COMPrensIONE (ICD-10)**
- La **comprensione** del linguaggio è al di sotto del livello appropriato all'età mentale del soggetto. In quasi tutti i casi **anche l'espressione** del linguaggio è marcatamente disturbata ed oltre ai difetti già elencati nei disturbi recettivi sono inoltre presenti difficoltà a capire parole, frasi o tipi specifici di parole come i termini spaziali e le frasi complesse.
- Il bambino **sembra non sentire o prestare attenzione**, appare confuso o non riesce a seguire le istruzioni. Sembra che non senta o che non presti attenzione quando gli si parla. Si associano disturbi dell'apprendimento.

Disturbi fonologici

II DISTURBO DEL LINGUAGGIO ESPRESSIVO

L'**espressione** verbale è marcatamente al di sotto di quanto prevedibile per età a fronte di capacità intellettive non verbali e di uno sviluppo del linguaggio recettivo nei limiti della norma.

I **sintomi variano a seconda della gravità e dell'età del bambino:**

- frasi prive di senso logico (ho mangiato una nuvola)
- linguaggio limitato sul piano quantitativo (rari e brevi interventi)
- vocabolario limitato
- difficoltà ad imparare parola nuove
- utilizzo di strutture grammaticali semplici
- omissioni di parti importanti della frase
- uso delle parole in un ordine insolito
- errori di coniugazione dei verbi
- frasi molto corte

L'uso e la comprensione della comunicazione non verbale e delle funzioni del linguaggio immaginativo sono entro i limiti di norma

DIFFICOLTA' NELLO SVILUPPO FONOLOGICO

A. 4 anni e 8 mesi. E' un bambino vivace, comunicativo, interessato a ciò che lo circonda. L'intelligenza di A. è nella norma.

Test di ripetizione di frasi:

S. "Anna legge il libro al bimbo"

A. "*Mamma etto libo bibo*"

S. "Anna porta la torta in cucina"

A. "*totta anna e ita*"

Tratto da Orsolini (2000)

COSA OSSERVARE IN ETÀ PRESCOLARE?

3 anni

- Difficoltà di comprensione
- Assenza di linguaggio (“non parla, parlerà”)
- Linguaggio incomprensibile
- Frase telegrafica: senza articoli, preposizioni
(“mamma gioca me”)
- Linguaggio a scatti

COSA OSSERVARE IN ETÀ PRESCOLARE?

- Inventario fonetico limitato a pochi suoni
- Presenza sistematica di un suono (TATO=gatto, dado, salto....)
- Presenza di processi fonologici insoliti :

NAIE=grande, CIE=scrive, CALA:scala,
CELLINO: uccellino

COSA OSSERVARE IN ETÀ PRESCOLARE?

A 4 anni

- Difficoltà di comprensione
- Frase telegrafica
- Frase compromessa (scorretto uso di articoli, preposizioni....) “METTO LO GIOCO DELLA SCATOLA”

- Persistenza di processi fonologici:
- CIMENA per cinema
- CAPPÀ per scarpa
- BABANA per banana.....
- Assenza dell'abilità narrativa

COSA OSSERVARE IN ETÀ PRESCOLARE?

A 5 anni

- Difficoltà di comprensione linguistica
- Difficoltà di strutturazione morfosintattica
- Assenza o difficoltà nella competenza narrativa
- Assenza o difficoltà nelle competenze metafonologiche

INTERVENTO PRECOCE

- Monitoraggio attento dello sviluppo del linguaggio con controlli ravvicinati
- Fornire indicazioni ai genitori per incrementare il grado di responsività e la qualità delle interazioni comunicative con il loro bambino
- far progredire le abilità del bambino impedendo che si consolidino e che diventino un disturbo alla scuola dell'infanzia e primaria

OBIETTIVI

- Far conoscere ed acquisire ai genitori le strategie che promuovono la comunicazione e il linguaggio del bambino
- Sviluppare nel genitore la capacità di rilevare i progressi del bambino
- Aiutare e sostenere il bambino nello sviluppo lessicale e sintattico

ESEMPI DI STRATEGIE

- Centrarsi sul bambino e seguire il suo interesse
- Parlare con un ritmo lento
- Rispettare i turni nella conversazione, lasciando al bambino il tempo di prendere la parola e di finire il suo enunciato
- Cogliere e confermare (rinforzo) i successi comunicativi
- Fare domande aperte
- Semplificare il linguaggio
- Ripetere le frasi

Disturbi fonetici

La balbuzie

La manifestazione principale della balbuzie consiste in una anomalia del normale fluire e della cadenza dell'eloquio, caratterizzata da frequenti:

- ripetizioni involontarie di parole, sillabe, frasi intere
- pause all'interno di una parola
- prolungamento dei suoni
- parole emesse con eccessiva tensione fisica
- circonlocuzioni (sostituzione di parole per evitare quelle problematiche)

La balbuzie

La costante mutabilità di tale disturbo fa pensare più ad una causa di carattere psicoaffettivo, che non ad un'anomalia funzionale. La sua gravità infatti varia in base:

- all'interlocutore,
- al contenuto del discorso,
- allo stato emotivo del bambino

Si attenua durante:

- il canto,
- il soliloquio
- il colloquio con oggetti e animali.

Spesso è il *segnale di un disagio psicologico* in seguito al verificarsi di situazioni nuove e traumatiche per il bambino come la nascita del fratellino, l'inserimento scolastico, lunghe malattie e ospedalizzazioni, separazione dei genitori, perdita di una persona cara.

La balbuzie

- Generalmente insorge **dopo i 4/5 anni**, con un rapporto maschi femmine di 4:1.
- Prima di tale età di solito si tratta di una **balbuzie fisiologica** transitoria dovuta alla forte eccitazione del bambino nell'esprimere i suoi pensieri o nel raccontare un fatto, che solitamente scompare da sola col tempo.
- In ogni caso è opportuno iniziare un trattamento prima che il bambino inizi la scuola elementare (**massimo entro i 6/7 anni**), poiché la balbuzie oltre a interferire con l'acquisizione della lettura e della scrittura, influisce in modo negativo sullo sviluppo armonico del bambino

La balbuzie

- L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce questo complesso sintomo nel seguente modo:
- “La balbuzie è un disordine nel ritmo della parola, nel quale il paziente sa con precisione ciò che vorrebbe dire, ma nello stesso tempo non è in grado di dirlo a causa di involontari arresti, ripetizioni o prolungamenti di un suono.”

La balbuzie

- Esistono 5 forme di balbuzie:
 - 1) **Balbuzie tonica**, caratterizzata da difficoltà fonica o prolungamento di una sillaba all'inizio della frase. I blocchi iniziali variano secondo il grado d'ansia. Questo tipo di balbuzie colpisce la maggioranza dei casi. Solitamente la persona affetta da questa forma di disfluenza, si presenta timida, schiva verso i rapporti umani, introversa e riflessiva.
 - 2) **Balbuzie clonica**, contraddistinta dalla ripetizione del fonema all'interno della frase. Questa forma di balbuzie è tipica dei bambini di età compresa tra i **cinque e sette anni**.

La balbuzie

- 3) **Balbuzie mista** che comprende la prime due forme, con un aggravamento del problema. Si presentano blocchi e prolungamenti del fonema. Questa forma di balbuzie compare **dopo i sette** anni.
- 4) **Balbuzie labio-coreica**, la quale si caratterizza con movimenti convulsivi dei muscoli labiali e linguali, determinando contrazioni a livello delle labbra e della lingua, con difficoltà nella pronuncia dei **suoni labiali e dentali**.

La balbuzie

- 5) **Balbuzie gutturo-tetanica**, determinata dalla rigidità dei muscoli faringei e laringei, che sono causa di una forte difficoltà nella pronuncia dei suoni gutturali e delle vocali.

Queste due ultime forme sono quasi sempre associate ad un momentaneo soffocamento, con la comparsa di sincinesie, ossia movimenti involontari a carico del viso e di altre aree del corpo

Mutismo selettivo

Disordine dell'infanzia caratterizzato da una ***persistente incapacità*** del bambino a comunicare verbalmente in determinati contesti di vita sociale (uno o più ambiti) all'interno dei quali ci si aspetterebbe ed è spesso richiesto l'uso del linguaggio verbale.

Al contrario, il bambino parla normalmente a casa con i familiari, con i fratelli e/o con altri adulti nell'ambito familiare.

A volte non parlano nemmeno nel contesto familiare se sono presenti amici stretti o parenti di primo grado (nonni, zii, cugini)

Mutismo selettivo

- Il disturbo è spesso contrassegnato da un'elevata ansia sociale; al contempo, la mancanza di parola può interferire con la comunicazione sociale.
- I bambini con questo disturbo possono utilizzare per comunicare strumenti non verbali o che non richiedono il linguaggio e possono essere disposti a partecipare ad incontri sociali quando non è richiesto il linguaggio (per es ruoli non verbali nelle recite scolastiche)

Storia del mutismo selettivo

- Afasia volontaria (Adolf Kussmaul, 1877)
- Mutismo elettivo (Tramer, 1934)
- “Persistente rifiuto di parlare” (ICD 10,1992 e DSM III-R, 1980)
- Mutismo selettivo DSM IV-TR (2000):
“Altri disturbi dell’infanzia, della
Fanciullezza e dell’Adolescenza”.

**Al concetto di rifiuto si sostituisce quello
di *incapacità***

Mutismo selettivo nel DSM 5: Disturbo d'Ansia (313.23)

- Costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche, in cui ci si aspetta che si parli (per es. a scuola), nonostante sia in grado di parlare in altre situazioni
- La condizione interferisce con i risultati scolastici o lavorativi o con la comunicazione sociale
- La durata è di almeno un mese (non limitato al primo mese di scuola)
- L'incapacità di parlare non è dovuta al fatto che non si conosce o non si è a proprio agio con il tipo di linguaggio richiesto con la situazione sociale
- La situazione non è meglio spiegata da un disturbo della comunicazione e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di disturbi dello spettro autistico, schizofrenia o altri disturbi psicotici.

Diagnosi differenziale

Disturbi della comunicazione

1. Disturbo fonetico-fonologico
2. Disturbo della fluenza (Balbuzie)
3. Disturbo pragmatico di linguaggio

**In queste situazioni il disturbo, infatti,
non riguarda una situazione sociale
specificata**

Diagnosi differenziale

Disturbi del neurosviluppo, schizofrenia e altri disturbi psicotici

1. Disturbo dello spettro autistico, schizofrenia, altri disturbi psicotici
2. Grave disabilità intellettiva con ansia sociale in comorbilità

Disturbo d'ansia sociale: l'ansia sociale e la fobia sociale possono tuttavia essere presenti in comorbilità.

Prevalenza

- Disturbo *relativamente* raro (non inserito in studi epidemiologici di prevalenza dei disturbi dell'età evolutiva)
- Prevalenza variabile da 0.03 a 1%
- La prevalenza non sembra subire variazioni legate al sesso oppure all'etnia
- Il disturbo si manifesta con più frequenza nei bambini che in adolescenti e adulti.

Sviluppo e decorso

L'esordio avviene di solito **prima dei 5 anni di età**, ma il disturbo può non giungere all'attenzione clinica fino all'inizio della scuola, quando aumentano le richieste sociali e prestazionali.

Il decorso è poco noto per mancanza di studi longitudinali. In alcuni casi il MS scompare ma persiste un disturbo d'ansia sociale.

Si può osservare un miglioramento nella sintomatologia in concomitanza di passaggi significativi nella vita del bambino (per es passaggio dalla scuola primaria a quella secondaria), in quanto l'interazione con persone nuove che non sono a conoscenza del problema può favorire il cambiamento (Capozzi et al).

Eziologia: condizioni di rischio e vulnerabilità

Le cause specifiche alla base dello sviluppo del MS sono attualmente oscure (Sloan, 2007).

L'ipotesi post-traumatica o come esito di un conflitto intrapsichico irrisolto, è stata completamente abbandonata (Gordon, 2001).

Studi più recenti concordano su un'ipotesi multifattoriale (Sharon et al 2006, Freeman et al 2004)

Caratteristiche cliniche del

MS

“Inibizione comportamentale”



Quando un bambino deve affrontare situazioni sociali nuove o insolite, può sperimentare cioè un'attivazione neurovegetativa molto intensa. Questa situazione innesca un processo emotivocognitivo che lo porta a sentire un intenso **disagio**.



Reazione comportamentale = ritiro fisico e verbale. L'inibizione aiuta il bambino a difendersi dalle sue paure.

Caratteristiche cliniche del MS

- Non parlare in specifiche situazioni non è un comportamento manipolatorio e **controllante**, dunque **NON è un disturbo oppositivo.**
- Tuttavia in alcuni studi emergono comportamenti di oppositività e di aggressività nelle relazioni intrafamiliari.

Fattori cognitivi e affettivi

- **Vulnerabilità:** il bambino nelle situazioni sociali esterne alla famiglia vive un'attivazione costante di **disagio**, sentendosi **minacciato**.
 - **Inadeguatezza:** il bambino si vive come incompetente.
 - **Paura del giudizio altrui**
 - **Vergogna e metavergogna:** timore di mostrare la propria vergogna.

Caratteristiche cliniche del MS

- Il bambino selettivamente muto generalmente parla a casa con i suoi genitori, o almeno con uno dei due genitori, e trattiene la verbalizzazione a scuola e con adulti al di fuori dell'ambiente familiare.
- Alcuni non verbalizzano nemmeno con i coetanei, oppure scelgono di parlare solo con un gruppo ristretto di bambini.
- Vi sono casi di bambini che evitano il contatto visivo, sono inespressivi e posturalmente rigidi e tesi, ma generalmente i bambini che rifiutano di parlare si servono di strategie non-verbali quali la mimica, la gestualità, i movimenti corporei, il segno grafico o la parola scritta per comunicare i loro bisogni ed ottenere quel che desiderano.

STILE DI ATTACCAMENTO

- E' possibile inquadrare la natura della relazione tra il bambino che evidenzia una situazione di mutismo selettivo e la sua figura di attaccamento nello stile

ANSIOSO-RESISTENTE

- Il bambino che si muove in questa esperienza diadica avrà **una marcata attenzione verso la figura di attaccamento** e metterà in atto una serie di strategie di controllo che gli precluderanno una sana esplorazione del mondo circostante (Crittenden 1997 e 1999).
- La figura di attaccamento non sarà sempre costante nel processo di sintonizzazione affettiva con il bambino e si potranno osservare dei **comportamenti di accudimento incoerenti e imprevedibili**.
- Le caratteristiche relazionali della diade si adatteranno in modo biunivoco dato che **entrambi cercheranno di controllarsi per cercare una posizione nella quale l'obiettivo principale è la diminuzione dell'imprevedibilità e dell'incoerenza**.
- L'invischiamento genitore-bambino, **l'eccessiva dipendenza e il controllo psicologico materno sono fortemente correlati con lo sviluppo del mutismo selettivo** (Meyers, 1984; Tatem e Del Campo 1995; Yeganeh et al.2006).

TERAPIA INDIVIDUALE

- ◆ Sedute semi-strutturate
- ◆ Setting con mezzi di comunicazione preferiti dal paziente
- ◆ OBIETTIVI :
- ◆ Incremento di abilità sociali e comunicative
- ◆ Acquisizione di miglior riconoscimento ed espressione delle emozioni

TECNICHE DELLA TCC

- ◆ ESTINZIONE DEL SINTOMO
(atteggiamento neutro che non rinforza)
- ◆ SHAPING DEL COMPORTAMENTO VERBALE
- ◆ RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA DELLE CONVINZIONI IRRAZIONALI
- ◆ IDENTIFICAZIONE ED ESPRESSIONE DELLE EMOZIONI

TECNICHE DELLA TCC

- ◆ DESENSIBILIZZAZIONE DEGLI STIMOLI ATTIVANTI
- ◆ UTILIZZO DEL SETTING COME LUOGO DI APPRENDIMENTO DI NUOVE COMPETENZE DA GENERALIZZARE
- ◆ HOME WORKING

BIBLIOGRAFIA

- D'ambrosio M., Coletti B. (2002) L'intervento cognitivo comportamentale nel trattamento del Mutismo Selettivo. I care 27:3
- Zimbardo PG., Radl SL. (2001) Il bambino timido. Comprendere e aiutare a superare le difficoltà personali. Erikson. Trento

Difficoltà vs Disturbo

Difficoltà

- si riferisce alle prestazioni
- lo usa chi valuta una prestazione
- non innato
(influenza dell'ambiente)
- modificabile
(interventi didattici mirati)
- Automatizzabile
(anche se i tempi sono dilatati)

Difficoltà vs Disturbo

Disturbo (Eziologia neurobiologica)

- hanno origine neurobiologica
- lo usa chi deve fornire una diagnosi
- Spesso innato
- resistente all'intervento
- resistente alla automatizzazione

Disturbi dell'Apprendimento

Classificazione:

- Disturbi **aspecifici** dell'apprendimento:
 - presenti in soggetti: con disabilità neurologica es. paralisi cerebrali infantili;
 - con ritardo mentale
 - con disabilità sensoriale es. deficit visivi o uditivi;
 - con problematiche psicologiche quali depressione, problemi relazionali;
 - con condizioni ambientali sfavorevoli come deprivazione culturale.

Disturbi dell'Apprendimento

Classificazione:

- Disturbi **specifici** dell'apprendimento
 - settorialità delle funzioni interessate, interessa uno specifico dominio di abilità in modo significativo ma circoscritto;
- assenza di deficit cognitivi generali

Incidenza

- disturbi aspecifici dell'apprendimento riguardano il 10-16% della popolazione scolastica
- disturbi specifici dell'apprendimento riguardano il 2-4% della popolazione scolastica
- più frequenti nei maschi (rapporto 3:1)

EZIOLOGIA

FATTORI GENETICI

- Gemelli dislessici
- Famiglie dislessiche: il rischio di dislessia tra parenti di primo grado si colloca fra il 35 e il 45 %
- Genetica molecolare: geni localizzati su alcuni cromosomi (gene DYX1C1 sul cr. 15, il gene KIAA319 e il DCDC2 sul cr.6, il gene ROBO1 sul cr.3...) coinvolti nello sviluppo neurologico (migrazione neuronale) potrebbero essere alla base della predisposizione alla dislessia
- Studi di neuroanatomia: ectopie corticali nell'emisfero sinistro
- Neuroimmagini (PET e RM funzionale) dimostrano alterazioni funzionali in specifiche aree corticali: alterazioni funzionali in aree corticali sx che processano il linguaggio verbale
- ipoattivazione delle aree occipito-temporale sinistre
- (AFVP) deficit del sistema di elaborazione visiva (ipotesi del deficit magnocellulare)

Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)

Sono disturbi funzionali che provocano difficoltà nella acquisizione e nella stabilizzazione di alcuni processi di decodifica (lettura e/o decodifica) e codifica (scrittura) delle parole e dei numeri, la cui eziologia è costituzionale e neurobiologica.

Caratteristiche

- esclusione di cause neurologiche, sensoriali, emotive, ambientali
- quoziente intellettivo nella norma (non inferiore a 85)
- grado clinicamente significativo di compromissione della abilità
- compromissione deve:
 - essere specifica
 - riguardare lo sviluppo della competenza e non la perdita di un'abilità precedentemente acquisita

Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche

“Sono disturbi nei quali le modalità normali di acquisizione delle capacità in questione sono alterate già nelle fasi iniziali dello sviluppo. Essi non sono semplicemente una conseguenza di una mancanza di opportunità di apprendere o di un ritardo mentale, e non sono dovuti ad un trauma o ad una malattia cerebrale acquisita”.

[OMS, 1992]

ITER DIAGNOSTICO

- DIAGNOSI CLINICA:
- **ANAMNESI** accurata e Approfondimenti diagnostici di INCLUSIONE (accertamento delle abilità comprese nei DSA, es: comprensione e decodifica di lettura; ortografia e grafia in scrittura; numero e calcolo in aritmetica)
- Indagini per la conferma diagnostica mediante l'ESCLUSIONE della presenza di patologie o anomalie sensoriali, neurologiche, cognitive e di gravi psicopatologie.
- **DIAGNOSI FUNZIONALE:**
- Completare il quadro diagnostico sia nelle individuazione delle funzioni deficitarie che di quelle integre (linguistiche, percettive, prassiche, visuomotorie, attentive, mnestiche); attenzione ai fattori ambientali e alla componente emotiva e relazionale per una presa in carico globale;
- Esame della comorbidità (co-occorrenza di altri DSA sia compresenza di altri disturbi dello sviluppo es ADHD, D. del comportamento, d dell'Umore...)

APPROCCIO ALLA VALUTAZIONE

- 1) E' preferibile un approccio interdisciplinare per la valutazione,
- 2) Importante non sovraccaricare il bambino di indagini cliniche e prove psicometriche

SI CONSIGLIA nello specifico

- visita neuropsichiatrica infantile
- Valutazione del quoziente intellettivo
- eventuale valutazione delle abilità linguistiche, metalinguistiche
- valutazione delle funzioni neuropsicologiche (memoria e attenzione)
- valutazione del livello di apprendimento scolastico (lettura, scrittura e calcolo)
- valutazione delle abilità prassiche
- valutazione psicologica

DISLESSIA

- riguarda l'80% della popolazione con DA
E' un disturbo dei processi di decodifica dei segni scritti che ostacola l'acquisizione della lettura fluente (la fluenza è la capacità di leggere un testo rapidamente, accuratamente e con un buon livello di comprensione = *lettore abile*)
- E' presente quando l'automatizzazione della lettura non si sviluppa o si sviluppa in maniera molto incompleta o con grandi difficoltà.

LETTURA LESSICALE

SECNODO UN PFROSSEORE
DLEL'UNVIESRITA' DI
CMABRDIGE, NON IMORPTA
IN CHE ORIDNE APAPAINO
LE LETETRE IN UNA PAOLRA,
L'UINCA CSOA IMNORPTATE
E' CHE LA PIMRA E L'ULIMTA
LETETRA SINAO NEL PTOSO
GITUSO. IL RIUSTLATO PUO'
SERBMARE MLOTO CNOFSUO,
MA NOONSTATNE TTUTO
SI PUO' LEGERGE SEZNA
MLOTI PRLEOBMI.

LETTURA FONOLOGICA

**Lapido munato bacuto miotra
notole ecchIU lapiro quodre
amizio gamapi falaso tigomo
nivaba barloma giagna dagumi
buglia strova defito fromopu
irrole scorpi pilcone tifola beniro
enchea vostia fucido avelli vicepo
chiore digato**

DISLESSIA: parametri diagnostici

Per Dislessia si intende uno specifico disturbo nell'automatizzazione (è la stabilizzazione di un processo automatico caratterizzato da un alto grado di velocità e di accuratezza; è realizzato inconsciamente " richiede minimo impegno attentivo...")e nella correttezza della lettura.

I parametri essenziali per la diagnosi di dislessia, nei sistemi verbali trasparenti come la lingua italiana, sono:

- ❖ la **velocità** misurata come il tempo di lettura di brani, parole o sillabe,
- ❖ la **correttezza** misurata come numero di errori di lettura.
- ❖ La **comprensione** del testo non concorre alla formulazione della diagnosi di dislessia, anche se fornisce informazioni utili sull'efficienza del lettore.

Letture: modello a due vie

1 - **via fonologica o indiretta**

- conversione grafema-fonema
- permette di leggere qualsiasi stringa scritta che segua le regole ortografiche
- è lenta
- è più soggetta ad errori

2 - **via lessicale o diretta**

- (riconoscimento globale della parola, riconoscimento e richiamo dal repertorio lessicale) prevede l'accesso diretto al lessico ortografico, cioè alla rappresentazione scritta della parola è rapida meno soggetta ad errori permette di leggere solo le parole già note.

FATTORI PREDITTIVI DSA

- Difficoltà nelle competenze comunicative-linguistiche, motorio-prassiche;
- uditive e visuospatiali in età prescolare.
- familiarità positiva per DSA

Indicatori precoci di rischio

- lettura ad alta voce lenta, poco espressiva e poco fluente
- scarsa comprensione del testo
- comprensione da ascolto migliore
- difficoltà ad imparare l'orologio analogico, a memorizzare i giorni, i mesi

Sintomatologia

1. lettura caratterizzata da:

- omissioni
- distorsioni di parole o parti di parole

2. Sostituzioni di lettere:

- grafia simile:
- p b d q g a o e a
- suoni simili:
- t d v f d b

3. anticipazioni

4. lunghe esitazioni

5. perdita della posizione nel testo

- La lettura del bambino dislessico è lenta, imprecisa e scorretta talvolta è presente difficoltà di comprensione del testo scritto
- Esempio

Una volta, verso sera Alì andò a prendere acqua. Curvandosi sul pozzo, vide laggiù in fondo (...)

- Ecco la lettura di un bimbo di II elementare dislessico:

“ Una vavolta verso sera, Alì anbò a preabere acqua. Curvanbosi sul paoso vide laghiù (tempo: 3 min. e 53 sec.)

Disturbi specifici della scrittura (Disgrafia, Disortografia)

- Scrivere richiede l'acquisizione ed il controllo di abilità: prassiche, linguistiche, cognitive.

DISGRAFIA

Per disgrafia si intende una specifica difficoltà nella realizzazione manuale dei grafemi e quindi nel grafismo

Disgrafia Evolutiva

- è un disturbo del linguaggio scritto che riguarda le abilità esecutivo-motorie della scrittura
- si concretizza in una prestazione scadente dal punto di vista della grafia
- a volte associata ad un più generale disturbo dell'organizzazione del gesto e di incoordinazione motoria

Caratteristiche:

- Lentezza di scrittura
- Pressione eccessiva sul foglio
- Macro-micrografia
- Distanza non adeguata tra le parole
- Errata direzionalità della scrittura
- Inesatta legatura dei segni
- Dove inizia la brutta calligrafia e quando possiamo parlare di disgrafia?

DISGRAFIA

PARAMETRI

- Lettere o parole mal allineate
- spazio insufficiente tra le parole
- curve acute di collegamento
- irregolarità nei collegamenti (pause)
- assenza di collegamenti
- collisione di lettere
- forma e dimensione delle lettere variabile
- deformazioni di lettere
- ripassature e correzioni

ESEMPI DI DISGRAFIA

Marta 7 febbraio
Cosa si fa da ora
scrivendo una lettera
e di questo:
a tu pratici qualche
spazio

UN MAI UN MA FINEANDO DINDINDO
PER TANTO TEMPO LE
TANTO BILIBITI A E VITE DE A TROIA
TANTO PERSONE E NELLE TERRE O
LAIRE DEI (PARTY) COLONY DEL
COMANDO EOI COMPANY X TORNO
SI POTE POTRIARE ALLA MORTE
PO MA MIS I B VOI DEL O O SOLE
FIZIO DEI C'ELI CHE FEDE AMBERO
I COMPENI O DEI PARAZI - 5-70
FIZIA OLZIS D'A CRANO - IN PIZIA
I SOLE I I SCA MATTI DELLA MORTE
410 (C) + PATA C'ELI

DISORTOGRAFIA

- E' una difficoltà specifica che interessa i processi di codifica cioè la trasformazione di stringhe di fonemi in stringhe di grafemi;
- gli errori interferiscono con il contenuto e saranno visibili anche se scritti chiaramente o al computer

- **Classificazione errori in ortografia**

1) Errori fonologici

- Scambio grafemi (b-p, b-d, f-v, r-l, p-q, a-e)
- omissioni o aggiunte di lettere o sillabe
- inversioni (il-li)
- grafema inesatto (sh,sch, ghi)

2) Errori non fonologici

- Separazioni irregolari (in-sieme)
- Fusioni irregolari ("lacqua", "nonèvero")
- Scambio grafema omofono ("quore", quaderno, squola)
- Omissione o aggiunta di h

3) Altri errori

- Accenti
- Doppie

DISCALCULIA EVOLUTIVA

Profilo 1: deficit delle componenti basali dell'intelligenza numerica :

- subitizzazione
- quantificazione
- comparazione
- seriazione
- strategie di calcolo mentale

Profilo 2: procedure esecutive e calcolo

Difficoltà nell'eseguire i compiti numerici e aritmetici di base con sufficiente rapidità e precisione

- lettura e scrittura di numeri
- Tabelline
- calcolo a mente e scritto
- problem solving

- Difficoltà nella numerazione regressiva
 - Errori al cambio decina
 - Mancata memorizzazione delle tabelline
 - Mancata memorizzazione della procedura del calcolo nelle quattro operazioni
 - Mancata memorizzazione delle formule
 - Incapacità ad esplicitare le procedure seguite per risolvere un problema
 - Difficoltà nei calcoli

STRUMENTI DIAGNOSTICI

- Efficienza intellettiva

WIPSI o WISC-IV

- Funzioni esecutive

TEST CAMPANELLE, TORRE DI LONDRA, BATTERIA BIA ecc.

- Lettura Brano (correttezza e rapidità)

Prove di Lettura MT per la scuola elementare

Prove di Lettura MT per la Scuola Media Inferiore e Superiore

- Lettura Brano (comprensione)

Prove di Lettura MT per la scuola elementare e Nuove

Prove di Lettura MT per la Scuola Media Inferiore

STRUMENTI DIAGNOSTICI

- **Scrittura**

Batteria per la Valutazione della Scrittura e della Competenza

ortografica (dettato ortografico)

DDE-2 Batteria per la valutazione della Dislessia e della

Disortografia Evolutiva - 2 (liste di parole - prova 6 ; non parole - prova 7)

- **Numero e Calcolo**

AC-MT Test di valutazione delle abilità di calcolo

BDE- Batteria per la Discalculia Evolutiva

INDICAZIONI PER IL TRATTAMENTO

- Impostare un Progetto terapeutico famiglia, scuola, operatori a seconda dell'età e dell'esigenze del bambino o adolescente.
- 1 - intervento riabilitativo: trattamento cognitivo-interpersonale (rinforzo positivo e negativo (,gratificare lo sforzo e ogni minimo progresso anche parziale); rinforzo informatico (Comunicare al bambino i tempi, la correttezza ecc... e tutti i dati della prestazione, rileggere e fare la stessa procedura facendo notare eventuali progressi ottenuti alla “successiva” prestazione...successiva generalizzazione in classe);

INDICAZIONI PER IL TRATTAMENTO

- analisi del compito (divisione in step)
- AUTOISTRUZIONI (autocontrollo e autorinforzamento);
- apprendimento senza errori (presentare al bambino gli obiettivi del compito semplificati attraverso l'uso di un aiuto molto forte, che, di fatto, gli impedisca di sbagliare per poi attenuare l'aiuto);
- lavorare sulla Metacognizione: cioè insegnando al bambino lo scopo ultimo della lettura che è capire ciò che si sta leggendo, leggere è come un amico che ci racconta le cose; serve per divertirsi, per passare il tempo, per informarsi, per imparare cose nuove (si possono usare tecniche di automonitoraggio, autorinforzamento; autoistruzione...)
- Tutte le tecniche sopra descritte (suddividere in elementi più semplici per es. decodifica, analisi grammaticale, analisi sintattica e analisi semantica
- Considerare SEMPRE la sfera emotiva e l'autostima del bambino
- Lavorare SEMPRE con la famiglia e con la scuola

IL PDP

- UTILIZZO STRUMENTI COMPENSATIVI E DI MISURE DISPENSATIVE (a seconda del caso)

Il PDP (Piano didattico Personalizzato) è necessario e prevede:

- È lo strumento che serve per documentare tutta l'attività di supporto e di monitoraggio adottata;
- è un contratto fra docenti, istituzioni socio sanitarie e famiglia;
- E' un documento dinamico stimolo a perseguire obiettivi di alto valore pedagogico ed educativo;
- Supporto alla famiglia e al bambino/ragazzo con DSA;
- Garantisce /necessita di collaborazione tra servizi sanitari, collegio docenti, famiglia;
- E' un documento vincolante nell'ambito degli esami di stato.

Dislessia la legge 170/2010. Il decreto attuativo e le linee guida. Il PDP (M.E.Bianchi; V. Rossi, L. Ventriglia)

Bibliografia

- BELLANTONE R. La dislessia raccontata agli insegnanti. Come riconoscerla. Cosa fare in classe, Ed. Libri Liberi, Firenze, 2002
- CORDIALE S., MONTINARI G. Il Compagno Adulto. Nuove forme dell'alleanza terapeutiche con gli adolescenti, Franco Angeli, Milano, 2012
- CORNOLDI C. Le difficoltà di apprendimento a scuola, Ed. Il Mulino, Bologna, 1999
- CORNOLDI C. Metacognizione e apprendimento, Ed. Il Mulino, Bologna, 1995
- GINEPRINI N., GUASTAVIGNA M., Mappe per capire. Capire per mappe, Rappresentazioni della conoscenza nella didattica, Carocci, Roma, 2004
- FRISO G., MOLIN A., POLI S. Difficoltà di lettura nella scuola media. Ed. Erickson, 1998
- STELLA G. In classe con un allievo con disordini dell'apprendimento, Fabbri Editori, Milano 2001
- STELLA G. Sviluppo cognitivo, Bruno Mondatori, Milano, 2000
- TRESSOLDI P.E., VIO C. (a cura di), Diagnosi dei disturbi dell'apprendimento scolastico, Ed. Erickson, 1998
-