Prenota un primo **COLLOQUIO GRATUITO**

PROGRESSI
CENTRO PER L'ETÀ EVOLUTIVA

CENTRO AUTORIZZATO REGIONE LAZIO
Determina n° G12681 del 09/10/2018

DIFFICOLTÀ DI LINGUAGGIO

Offre i servizi di

- **LOGOPEDIA**
- **NEUROPSICOMOTRICITÀ**
- **PSICOTERAPIA E PSICOTERAPIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA**
- **NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**
- **PARENT–TEACHER TRAINING**
- **TUTOR AGLI APPRENDIMENTI** (SPECIALIZZATO DSA–ADHD)
- **PEDAGOGIA**
- **OSTEOPATIA**
- **BIOLOGO NUTRIZIONISTA**
- **OSTETRICIA**

Settori – Specializzazioni

- RITARDO DI LINGUAGGIO
- DISTURBO SPECIFICO DI LINGUAGGIO
- DEGLUTIZIONE ATIPICA
- DISABILITÀ INTELLETTIVA
- DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO
- DSA: DISTURBO SPECIFICO D'APPRENDIMENTO (disortografia, disgrafia, dislessia, discalculia)
- RITARDO PSICOMOTORIO
- PARALISI CEREBRALE INFANTILE
- DISTURBO DELLA COORDINAZIONE MOTORIA (disprassia)
- ADHD: DEFICIT D'ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ
- DISFONIA
- DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

UNA EQUIPE SPECIALIZZATA RISPONDERÀ A OGNI BISOGNO TUO E DEL TUO BAMBINO

PROGRESSI S.R.L.
VIA LAGO DI MISURINA, 12, 00019, VILLA ADRIANA, TIVOLI (RM)
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808
www.progressietaevolutiva.it - info@progressietaevolutiva.it

Cosa Fare Prima, Durante e Dopo la Terapia

Approfondimento

Sommario

Cosa si intende per difficoltà di linguaggio? 5

Tappe di sviluppo del linguaggio 6

A livello diagnostico 8

Come riconoscere una difficoltà di linguaggio? 9

Cosa potrebbe succedere se non si interviene? 14

Cosa deve fare il genitore prima durante e dopo ? 17

Per saperne di più 18

Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie) 18

Il percorso con Progressi: 26

"Sono le difficoltà che fanno nascere i miracoli."

William F. Sharpe

COSA SI INTENDE PER DIFFICOLTÀ DI LINGUAGGIO?

Una difficoltà di linguaggio può essere il sintomo di diverse cause, più o meno gravi come:

- un disturbo specifico di linguaggio.
- un ritardo nello sviluppo del linguaggio,
- un deficit cognitivo,
- una sindrome,
- una disprassia verbale,
- un disturbo dello spettro autistico

Nel primo caso il disturbo, detto "specifico" perché non collegato o causato da altri disturbi evolutivi, si riscontra in bambini che, pur non avendo problemi neurologici, sensoriali o relazionali, hanno difficoltà a comprendere e/o produrre parole o frasi rispetto alla loro fascia d'età. Una condizione in cui l'acquisizione delle normali abilità linguistiche è disturbata sin dai primi stadi dello sviluppo. Tale difficoltà può essere accompagnata da un atteggiamento di chiusura soprattutto se il bambino non viene compreso nell'ambiente, familiare ed exta-familiare, che lo circonda.

Il ritardo nello sviluppo del linguaggio è più frequente di quello riguardante altre aree. Circa l'1% dei bambini ha un ritardo serio dello sviluppo del linguaggio; considerando anche le forme meno serie, la stima di incidenza del disturbo varia dal 3 al 15%. Il bambino apprende il linguaggio soprattutto per via uditiva ed impara a decodificare e a riprodurre le caratteristiche della lingua di appartenenza cui è esposto, maturando gradualmente le sue competenze fonetiche e fonologiche.

Il linguaggio è uno strumento necessario ma non sufficiente per la comunicazione.

La comunicazione richiede motivazione e intenzionalità, volontà di "mettersi in relazione" coinvolgendo abilità che vanno al di là del linguaggio.
Tali abilità possono essere variamente compromesse, provocando significative difficoltà nel linguaggio, nell'interazione sociale e nello sviluppo cognitivo.

PROGRESSI S.R.L.
VIA LAGO DI MISURINA, 12, 00019, VILLA ADRIANA, TIVOLI (RM)
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808
www.progressietaevolutiva.it - info@progressietaevolutiva.it

TAPPE DI SVILUPPO DEL LINGUAGGIO:

Nel bambino a sviluppo tipico l'acquisizione del linguaggio evolve secondo tappe regolari, sulle quali tanto la letteratura quanto l'esperienza clinica concordano abbondantemente. Si deve tuttavia tener presente che:

1. *il ritmo della progressione varia considerevolmente da un bambino all'altro;*
2. *qualunque acquisizione in uno dei settori del sistema linguistico (fonologia, morfologia, sintassi, semantica e pragmatica) è strettamente correlata ad acquisizioni negli altri settori;*
3. *lo sviluppo verbale del bambino va collocato nel contesto generale del suo sviluppo senso-motorio, cognitivo, relazionale, emotivo-affettivo.*

Se è vero e importante ricordare che bambini diversi sviluppano diverse abilità in tempi diversi, è altresì vero che conoscerne le principali tappe dello sviluppo può essere utile per capire se e come intervenire.

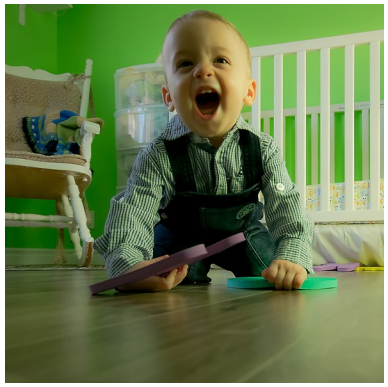
da 0 a 10 MESI:
PERIODO DELLE COMPETENZE PREVERBALI

Nelle prime settimane di vita il bambino compie diversi tipi di imitazioni facciali dell'adulto, la protrusione della lingua e delle labbra, l'apertura della bocca, arrivando a correggersi per avvicinarsi il più possibile al modelo adulto.

A tre mesi il bambino sa far capire quando ha sonno o ha fame; sorride apertamente in risposta al sorriso degli interlocutori, gorgheggia se gli si parla.

Intorno ai quattro mesi il bambino produce gridolini in risposta alle sollecitazioni dei genitori, solo **verso il sesto mese** inizia il periodo della lallazione. Il primo vocabolario del bambino è costituito da pochi suoni (balbettio o vocalizzazione). Uniti ai diversi toni di voce e all'espressione del viso, permettono al bambino di "colloquiare" con la madre, che ha imparato a riconoscerli.

da 10 a 18 MESI:
PERIODO DELLE PRIME PAROLE



La comunicazione intenzionale ha inizio **tra gli 8 e 13 mesi di vita**, attraverso lo sviluppo dei gesti per esprimere il dare, il mostrare, il chiedere e l'indicare.

Attorno ai nove mesi il bambino riconosce il proprio nome e si gira se viene chiamato: fa «ciao», «batti manine», su invito o spontaneamente, forma le parole più semplici (mamma e papà).

Intorno al primo anno di vita il bambino impara ad ascoltare la musica ed è attratto dagli altri bambini.
Alla conclusione del primo anno di vita il bambino comprende i suoni della propria lingua, esercita i propri organi fono-articolatori, sviluppa le capacità di usare i simboli, suoni, gesti, oggetti per riferirsi ad un determinato contenuto.

Verso i 12 -13 mesi compare la denominazione; anche se prima erano già presenti suoni vocalici che potevano sembrare parole (la lallazione) è solo dopo un anno di età che il bambino comincia ad utilizzare questi suoni per riconoscere, categorizzare, nominare gli oggetti.

da 18 MESI in poi:
PERIODO DELLA FRASE

Il secondo anno di vita è caratterizzato dall'affinamento delle abilità raggiunte nel corso del primo anno, ed **al termine dei 24 mesi** alcuni bambini compongono frasi complete, anche se povere sintatticamente, si rendono conto di ave-

re una propria volontà e di poter manipolare l'ambiente e gli oggetti che li circondano.

Dal secondo anno di vita inizia il periodo dei "perché". Chiede il nome delle cose, a cosa servono, il perché di una cosa o dell'altra. Il bambino capisce che la parola fissa le immagini, permettendo di chiarire meglio le proprie esigenze.

Verso i due anni acquisisce anche la capacità di parlare di se stesso in prima persona e di oggetti che egli riconosce e descrive come suoi, si descrive e si riconosce in un ruolo. Si esprime con una frase completa ed in questa fase può comparire una disfluenza (balbuzie), che può considerarsi transitoria e fisiologica se si risolve in breve tempo. Il gioco simbolico è più ricco ed i bambini di questa età cominciano ad includersi l'uno con l'altro nei loro giochi di simulazione.

A LIVELLO DIAGNOSTICO

Nel manuale diagnostico DSM 5 si parla di disturbi della comunicazione, che vengono così classificati:

- *Disturbo di linguaggio*
- *Disturbo fonetico-fonologico*
- *Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (in precedenza balbuzie) (vedi pag. ...)*
- *Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica)*

COME RICONOSCERE UNA DIFFICOLTÀ DI LINGUAGGIO?

Tanti possono essere i **campanelli d'allarme** che dovrebbero esortare un genitore ad approfondire la condizione del proprio bambino, di seguito alcune indicazioni da non sottovalutare:

- Tuo figlio ha superato i 24 mesi e dice meno di 50 parole
- Ha una pronuncia scorretta delle parole
- Non è comprensibile ciò che dice
- Riesce a comunicare solo con la mamma
- Balbetta *(vedi pag. 15)*
- Il linguaggio non è fluente
- È eccessivamente attivo (si muove in continuazione)
- Non riesce a concentrarsi (non porta a termine un'attività, cambia continuamente gioco, non presta attenzione a ciò che gli viene detto)
- Non gestisce i tempi della conversazione

Una delle frasi più comuni che viene detta da un genitore è
"Mio figlio parla poco".

Dietro a questa semplice asserzione si può nascondere un dato importante a livello clinico. **Un bambino di due anni che comunica con la rete familiare ed extra-familiare solo con pochi suoni e gesti e che ha un vocabolario di parole ristretto (<50 termini) ci può mettere in allarme**. É importante, per comprendere meglio questo punto, sapere qual è il canale comunicativo del bambino:

1. Utilizza una comunicazione gestuale?
2. Ci sono i gesti deittici (gesti che si riferiscono ad un oggetto/evento, ma sono privi di significato se non osservati nel contesto in cui vengono fatti, sono INDICARE, MOSTRARE, OFFRIRE, CHIEDERE) o i gesti referenziali (dal significato specifico che non varia in base al contesto, SALUTARE, MANDARE UN BACIO, BATTERE LE MANI...

3. La comunicazione è funzionale, riesce a comunicare i suoi bisogni e desideri?
4. Qual è il comportamento materno/paterno nella comunicazione con il piccolo?*

*questo punto è importante perché spesso i bambini vengono anticipati dai genitori.

COSA INTENDIAMO PER "ANTICIPARE UN BAMBINO":

- Rispondere al suo posto quando gli viene posta una domanda da un interlocutore:

«Come ti chiami? Quanti anni hai?» la mamma non aspetta la risposta del bambino e risponde al posto suo *«Alessandro, ha 3 anni»* In questo modo il bambino in questione è facilitato nella risposta, ma al contrario non compie il minimo sforzo per comunicare le informazioni richieste. A lungo andare questo atteggiamento porta in lui la convinzione di aver bisogno di un supporto per poter relazionarsi con i pari o gli adulti.

- Raccontare eventi ed esperienze vissute dal bambino, descrivendo in modo dettagliato azioni ed emozioni, togliendo al bambino la possibilità di esprimere il suo punto di vista:

«Fabio racconta a papà che oggi siamo andati al parco e c'era Marco e avete giocato sullo scivolo, poi abbiamo comprato il gelato, che ti è caduto e hai pianto per un'ora ed eri molto triste...» la mamma dopo un pomeriggio passato con il figlio al parco torna a casa e racconta la loro giornata al papà, il papà avrebbe potuto fare domande al bambino sulla giornata trascorsa con la mamma, per stimolarlo a raccontare. In questo modo il bambino non si allena a narrare, rispettando la giusta sequenza spazio-temporale e a manifestare le emozioni che prova relative ad un evento.

- Modificare sensibilmente il modo di parlare:

«Mettiti le pappe (per scarpe)...», «Gioca con la brum (per macchina)...»
Questo può involontariamente compromettere lo sviluppo del linguaggio e facilitare l'insorgenza delle atipie comunicative. Il bambino può dire "pappe" per scarpe, ma il genitore, che deve essere da modello, deve ripetere la parola in questione pronunciandola in modo corretto, allenando il bambino anche a livello uditivo.

- Forzare il bambino a parlare a tutti i costi:

«Giacomo fa a sentire alla zia come dici cane, gatto, uccello...»

Il genitore tende a far ripetere le parole al bambino non tenendo conto di alcune regole che stanno alla base della comunicazione: il contesto, il significato e quindi le regole pragmatiche e semantiche del linguaggio. In questo modo il bambino non comprende il significato di tale richiesta e potrebbe sentirsi sotto esame.

Anticipare il bambino può essere il risultato di due atteggiamenti, da una parte quello dell'adulto che parla molto e sovrasta il piccolo, dall'altra la volontà di risparmiare al bambino la fatica o il fallimento dovuto ad una difficoltà specifica.

Il nostro cervello funziona a "risparmio energetico", perché mai il bambino dovrebbe sforzarsi di parlare con il mondo quando c'è qualcuno che può farlo per lui?

L'IMPORTANZA DI ASPETTARE:

È importante rispettare i tempi personali del bambino, consentendogli di risondere quando gli viene posta una domanda e raccontare spontaneamente eventi di vita quotidiana, stimolandolo con domande aperte, sia a descrivere situazioni che a interpretare le sue emozioni e i suoi stati d'animo.

Ovviamente di fronte a una difficoltà reale, è corretto aiutare il bambino suggerendo in modo velato una risposta o iniziando una frase o una parola che lui può ampliare o completare.

Una cosa evidente, che può notare anche chi non è del settore, è l'errata pronuncia di una parola.

LA DISLALIA:

La parola è composta da foni, ovvero singoli suoni, la scorretta pronuncia di questi suoni si chiama **dislalia**.

Nella gran parte dei bambini dislalici non ci sono danni di tipo organico alla base della mancata acquisizione di un suono, ma cause "funzionali" che hanno alterato e modificato la produzione.

Tale premessa è utile per comprendere alcune semplificazioni che il bambino commette e che possono essere d'allarme per il genitore.

La tabella di seguito mostra le competenze fonologiche che un bambino dovrebbe aver raggiunto in una determinata fascia d'età.

Tra 24-30 mesi	p-b, t-d, k-g, m, n, l,
Tra 30-48 mesi	S, sci, f-v, ci-gi, z
Tra 48-60 mesi	R, gn ,gli e gruppi consonantici semplici.
Tra 60-72 mesi	Gruppi consonantici complessi
Oltre 72 mesi	Parole complesse con più di 4 sillabe.

tabella indicativa, tenere presente il margine di variabilità a seconda dello sviluppo generale del bambino

COMORBILITÀ:

Un aspetto rilevante quando si parla di linguaggio, che a prima vista può sembrare secondario, è il **comportamento del bambino**.

Un bambino che rifugge lo sguardo, evita il confronto, si allontana, non presta attenzione alle richieste che gli vengono fatte, diventa provocatorio e irrascibile, potrebbe celare anche una difficoltà di linguaggio.

Per fare chiarezza possiamo fare un esempio sulla dinamica che si manifesta in un bambino con adhd dove l'iperattività compromette lo sviluppo corretto del linguaggio e dell'apprendimento.

Un bambino, con scarsa attenzione, instabilità motoria e sguardo fugace, che sta sviluppando il linguaggio (il quale si apprende attraverso l'ascolto e la ripetizione) non riuscirà a concentrarsi tanto da poter comprendere quello che gli viene detto, assimilarlo e ripeterlo.

In terapia in questo caso si lavorerà sul potenziamento e allenamento dell'attenzione uditiva e sulla discriminazione dei tratti sonori, così da favorire non solo la concentrazione ma anche l'apprendimento di uno schema articolatorio corretto.

COSA POTREBBE SUCCEDERE SE NON SI INTERVIENE?

Il linguaggio è alla base del pensiero e del ragionamento, l'evoluzione del linguaggio è fondamentale per lo sviluppo delle abilità sociali e cognitivo.

Pensiamo attraverso le parole che conosciamo.

La difficoltà di linguaggio è spesso seguita da problemi associati.

Le **difficoltà nella lettura e nella scrittura**, le **anomalie nelle relazioni interpersonali** e i **disturbi emotivi e comportamentali** sono alcune delle conseguenze di un disturbo non trattato.

Difficoltà di linguaggio e apprendimento

(Approfondisci con l'opuscolo: DIFFICOLTÀ DI APPRENDIMENTO)

Un mancato intervento potrebbe creare diversi problemi,non è raro infatti, che all'inizio della classe prima, l'insegnante possa osservare nei propri alunni difficoltà linguistiche che interferiranno poi nell'**acquisizione della letto-scrittura**.

Il bambino che non possiede la mappa completa dei fonemi contenuti nella propria lingua, compie errori di pronuncia. Il rotacismo (errata pronuncia del fonema "R"), per esempio, è piuttosto frequente, così come il sigmatismo (errata pronuncia del fonema "S"), per questo puoi sentire il tuo bambino pronunciare:

LANA al posto di **RANA**

CIOLE al posto di **SOLE**

Varie possono essere le incertezze nella pronuncia e, chiaramente, conducono il bambino a successivi **errori nell'ortografia della parola**, poiché la sua autodettatatura non è corretta.

Eliminazione della sillaba più debole
"nana"per"banana","fante" per "elefante"

Armonia consonantica quando una consonante viene sostituita con un'altra già presente nella parola, ed in questo modo, l'articolazione viene resa più armonica…"pappeto" per "tappeto"

Per esempio la mancata acquisizione del gruppo consonantico (definita riduzione del gruppo consonantico) con il fonema S (sk, sp, st...), potrà rendere difficoltosa la pronuncia e la scrittura delle parole che lo contengono e quindi:"scatola" diventerà "catola","castello" sarà "catello"

Riduzione dei dittonghi "pede"per "piede" ed altre ancora...

È quindi evidente la forte correlazione tra sviluppo fonologico e apprendimento della letto-scrittura, visto che la nostra lingua segue un sistema di tipo alfabetico, per cui se il bambino si trova ad affrontare la scrittura prima di aver raggiunto una corretta produzione verbale, incorre sicuramente in errori che assomigliano alla sua produzione orale.

Difficoltà nel comportamento

(Approfondisci con l'opuscolo: DIFFICOLTÀ COMPORTAMENTALI)

Un bambino che vive una difficoltà articolatoria potrebbe attuare diversi comportamenti disfunzionali, al fine di evitare la frustrazione, il confronto con i pari e con gli adulti di riferimento.

I comportamenti che possono emergere sono:

- *chiusura*
- *opposizione*
- *evitamento*
- *instabilità*
- *iperattività*
- *mutismo selettivo*

Atteggiamenti del genere possono rappresentare un modo per attirare l'attenzione su altri aspetti di sé e nascondere le difficoltà che si stanno vivendo, delineando un meccanismo di difesa attuato da bambini consapevoli della propria condizione linguistico-comunicativa.
Comportamenti particolari e "strani" possono peggiorare quando il confronto tra pari rende evidenti queste difficoltà. Può capitare spesso che durante un gioco il bambino non venga capito e quindi escluso dal gruppo o deriso.

Se da una parte il bambino può sviluppare un comportamento di chiusura, dall'altra potrebbe adottare un atteggiamento esternalizzante e diventare oppositivo e provocatorio. Un bambino oppositivo-provocatorio manifesta spesso il suo disagio non rispettando i tempi, le scelte, le regole e le indicazioni da parte di adulti e coetanei.

Difficoltà nella sfera emotiva-relazionale

(Approfondisci con l'opuscolo: DIFFICOLTÀ DELLA SFERA EMOTIVO-RELAZIONALE)

I comportamenti che possono emergere sono:

- *ansia*
- *inibizione*
- *reazioni emotive non congrue*

Una mancata comprensione nel contesto familiare e/o extra-familiare, può generare frustrazione e ansia, che viene manifestata attraverso reazioni emotive apparentemente non congrue al contesto (scoppi d'ira improvvisi, pianto inconsolabile, "capricci"...).

COSA DEVE FARE IL GENITORE PRIMA DURANTE E DOPO ?

PRIMA:

- Non anticipare il bambino;
- Creare giochi stimolanti e interattivi
- Far scoprire il linguaggio come mezzo interessante e stimolante
- Cantare canzoncine,recitare filastrocche e raccontare storie
- Accettare ogni forma di comunicazione che il bambino utilizzi,sia gestuale che verbale
- Ascoltare il bambino senza fretta, non bisogna trasmettere preoccupazione.

DURANTE:

- Seguire le indicazione del terapista
- Promuovere il lavoro terapeutico tramite giochi nelle ruotine quotidiane
- Non ricattare o obbligare il bambino alla ripetizione di un suono in modo corretto
- Valorizzare le capacità del bambino così da favorire l'autostima e affrontare la terapia in modo positivo
- Essere da "specchio", il modeling è importante e funzionale. Bisogna fornire il modello corretto della parola.

DOPO:

- Monitorare il bambino nel linguaggio e negli apprendimenti scolastici.
- Promuovere attività extrascolastiche che favoriscono la relazione con i pari
- Effettuare un follow up

DISTURBO DELLA FLUENZA CON ESORDIO NELL'INFANZIA (BALBUZIE)

COS'È LA BALBUZIE?

"La balbuzie è un disordine del ritmo della parola, nella quale la persona sa con precisione ciò che vorrebbe dire, ma nello stesso tempo non è in grado di dirlo a causa di arresti, ripetizioni e/o prolungamenti di un suono, che hanno carattere di involontarietà" (O.M.S., 1997).

Il balbuziente, se pur in modo inconsapevole vorrebbe parlare con la stessa velocità con cui pensa. Ovviamente ciò non è possibile in quanto il pensiero è un flusso privo di vincoli linguistici, mentre il linguaggio richiede, per tutti, dei tempi diversi, a causa delle regole morfologiche e sintattiche.
Può capitare che il bambino che balbetta rinunci a dire quello che vuole per la paura stessa di balbettare o che metta in atto una serie di comportamenti disfunzionali, volti a superare le sue difficoltà.

La balbuzie è un disturbo della fluenza verbale complesso e le cause possono essere diverse. I fattori che influenzano tale disturbo (definito anche disturbo multidimensionale) sono:

- fisiologici,
- psicologici,
- genetici
- ambientali.

Circa l'80% dei bambini che cominciano a balbettare in epoca prescolare vanno incontro ad una risoluzione completa e spontanea entro l'anno dall'insorgenza. Ciò avviene in quei bambini che hanno bassi fattori di rischio (riportati successivamente) per balbuzie e che rientrano in una fase transitoria di disfluenza verbale.

> Tuttavia in alcuni casi il bambino non supera il disturbo entro i 12-18 mesi dalla comparsa. In tal caso può succedere che la disfluenza si cronicizzi (blocchi, ripetizioni di fonema e di sillaba, interruzioni, prolungamenti) con durate sempre più irregolari e variabili.

Le conseguenze di una disfluenza diventata cronica possono essere:

- segni di tensione muscolare,
- comportamenti di evitamento o fuga
- consapevolezza di avere una difficoltà
- frustrazione.

Può succedere che la balbuzie si verifichi in modo del tutto inaspettato senza campanelli d'allarme.

QUANDO COMPARE?

«Ricerche epidemiologiche recenti hanno stabilito che per il 75% dei soggetti colpiti da balbuzie, l'insorgenza si situa dai 18 ai 41 mesi (età media 32 mesi), quando le abilità linguistiche, cognitive e motorie del bambino sono interessate da un rapido processo di maturazione e sviluppo. Il 90% dei bambini che balbetta inizia entro i 4 anni. Per il 10% dei casi la balbuzie insorge tra i 4 e i 6 anni.[...] Le ricerche di tipo genetico basate sugli antecedenti familiari e sulle gemellarità monozigote fanno ritenere che la balbuzie venga trasmessa per via genetica, e, anche se il meccanismo di trasmissione resta sconosciuto, il tipo di legame parentale e il sesso contribuiscono a determinare le probabilità che un bambino cominci a balbettare» (C. Zmarich 2003).

La balbuzie compare quindi, tipicamente nella fase prescolare dell'infanzia quando le abilità linguistiche, motorie e cognitive sono in rapido sviluppo e maturazione. Proprio per questo è un periodo altamente critico.

QUALI SONO LE CAUSE?

Ricerche recenti su vari fronti sostengono l'idea della balbuzie come un **disturbo multifattoriale**.

Molte persone che balbettano dimostrano difficoltà in vari parametri di decodificazione uditiva, coordinazione motoria, e in alcuni parametri di controllo neuropsicologico degli emisferi.

La balbuzie ha una forte componente ereditaria, la percentuale di familiarità è del 70% circa, vuol dire che 7 bambini su 10 con balbuzie hanno avuto o hanno un parente che balbetta. Ricordiamo che si trasmette la predisposizione alla balbuzie e non la gravità e che la predisposizione sembra essere più forte se persistente e se proviene dalla linea materna, ma la sua espressione può essere ampiamente determinata dall'ambiente.
In molti bambini la balbuzia è in cocomitanza con altre patologie, come ritardo parola di linguaggio, disturbi dell'apprendimento, ADHD (sindrome da deficit di attenzione e iperattività), ecc., che possono contribuire al disturbo o indicare un più pervasivo fattore eziologico sottostante.
È opportuno ricordare inoltre, che i fattori di cambiamento ambientale (es. nascita di un fratellino, perdita di un nonno o di una persona cara, cambio di scuola o di casa, separazione dei genitori,...) sono possibili variabili presenti nella vita di tutti i giorni e quindi possono andare a modificare il decorso e l'andamento della balbuzie.

COSA POSSONO FARE I GENITORI?

La famiglia è il primo strumento per raccogliere importanti informazioni riguardo alla disfluenza del bambino. Con un'analisi differenziale si può capire da quanto tempo balbetta, se è variabile, la tipologia, aspetti psicologici che entrano in gioco, il tono della voce, lo sviluppo del linguaggio e così via. Il tempo trascorso dall'insorgenza è uno degli indici predittivi che ci aiutano a capire cosa è necessario fare.

Solitamente si consiglia di aspettare almeno 6 mesi dall'insorgenza della balbuzie, tempo prezioso in cui voi genitori potete osservare ed annotare cosa fa e se la fluenza si modifica.

Teniamo sempre bene a mente che nei bambini piccoli in età prescolare le abilità linguistiche sono in continua evoluzione, quindi in questo periodo sarebbe

opportuno parlargli usando un linguaggio facile, frasi brevi non complesse e parole comprensibili per un bambino della sua età. Nel 75% dei casi, infatti, l'insorgenza avviene tra i 18 e i 42 mesi e 3 bambini su 4 recuperano spontaneamente tra i 12 e i 18 mesi dall'insorgenza.

Dopo questo periodo di monitoraggio, se la balbuzie persiste, si consiglia di procedere con una valutazione linguistica approfondita, per accertare se ci sono indici che possono mantenere nel tempo il disturbo. Solo successivamente si deciderà se procedere con una terapia diretta o indiretta, ma questo dipende da caso a caso.

COSA È IMPORTANTE FARE?

- È importante intervenire precocemente (il primo intervento terapeutico può essere eseguito anche in età molto precoce, dai 3 anni)
- Saper riconoscere i sintomi in tempo, (la prognosi è tanto migliore quanto è minore l'intervallo temporale che separa l'insorgenza della balbuzie dal primo intervento terapeutico),
- Non aspettare troppo -più di sei mesi dall'insorgenza- (si rischia che la balbuzie si consolidi a tal punto da diventare refrattaria a qualsiasi intervento terapeutico.)
- Fornire un modello verbale facilmente riproducibile ed essere il miglior esempio comunicativo per lui.
- Accettare il bambino e i suoi tempi: Non anticiparlo o interromperlo
- Lasciargli il suo tempo per comunicare (Se gli diamo a disposizione poco tempo, il bambino probabilmente cercherà di andare più veloce o di sovrapporsi agli altri interlocutori, talvolta alzando il tono di voce.
- È utile mantenere il contatto oculare, specialmente quando balbetta.
- Fare delle pause mentre parliamo con lui e rispettare il proprio turno. (In questo modo creiamo dei momenti di silenzio che riducono la pressione comunicativa e facilitano la fluenza.)
- Privilegiare un eloquio più calmo e lento, questo può facilitare il modellamento e la fluenza verbale (rallentando il ritmo generale d'eloquio, diminuisce anche la frequenza della balbuzie.)

- Ascoltare e creare uno spazio comunicativo positivo.

Rispondendo a queste semplici 12 domande, è possibile fare una prima analisi differenziale:

1. Da quanto tempo balbetta
2. Ci sono casi in famiglia
3. Come e se la balbuzie è cambiata dall'insorgenza a oggi?
4. Ci sono stati fattori ambientali che pensa abbiano inciso in modo significativo (traumi, incidenti, lutti, bullismo...)?
5. Come è stato lo sviluppo del linguaggio?
6. Cosa fa quando si presenta la disfluenza: si blocca, prova a trovare altre parole, tende a ripetere sempre la prima sillaba, evita o abbandona la conversazione...?
7. Il disturbo è presente in egual modo con familiari ed estranei?
8. Avete riscontrato o riscontrate altre patologie associate (ansia, iperattività, disturbi fonologici pregressi)?
9. Cosa fate voi quando si verificano queste disfluenze?
10. Utilizza parole passe-partout (cioè, ma, quindi, allora, ehm...) prima di iniziare la frase o altre strategie per iniziare una conversazione?
11. Alza il tono della voce o bisbiglia quando parla?
12. Riscontrate comportamenti non verbali associati alla disfluenza: tensione muscolare (soprattutto a livello del collo), chiudere gli occhi, muoversi continuamente, dondolarsi, tamburellare con le dita, mordersi le labbra...?

Ricordiamo che queste informazioni sono importantissime e vanno condivise con la Logopedista e/o la psicologa che si occuperà del vostro caso!

QUALI SONO I FATTORI DI RISCHIO DI CRONICITÀ PER LA BALBUZIE?

I fattori di rischio predittivi di una cronicizzazione della balbuzie sono:

- Genere (maschio), le femmine tendono ad avere una prognosi più favorevole

- Storia familiare per balbuzie (persistente o meno) nei genitori, fratelli, parenti
- Età d'insorgenza (dopo i 3,6 anni è più alto il rischio di cronicizzazione)
- Tempo trascorso dall'esordio (più di 12 mesi)
- Balbuzie continua nel tempo senza remissione spontanea
- Presenza di disfluenze tipo balbuzie (ripetizioni, blocchi, prolungamenti)
- Comportamenti secondari associati alla balbuzie
- Ritardo/disturbo del linguaggio
- Vissuto negativo nel bambino

Il rischio di cronicità è lieve con la presenza di solo uno di questi fattori, moderato con la presenza di 2/3 fattori, mentre con quattro o più fattori il rischio di cronicità è elevato.

"Risk Factors Chart". Copyright 2014 by Stuttering Foundation of America; www.stutteringhelp.org

BIBLIOGRAFIA

Bernstein Ratner N. (2005). *Evidence-based practice in stuttering: Some questions to consider.* Journal of Fluency Disorders, Vol. 30, 3, 163-188.

Bloodstein O. & Bernstein Ratner N. (2008). *A handbook on stuttering*, **6 th edition. Clifton, NY: Delmar.**

Gregory H.H. & Gregory C.B. (1999). *Counseling children who stutter and their parents. In Stuttering and Related Disorders of Fluency* (2 nd Ed.). Thieme Medical Publishers, Inc., New York.

Guitar B., & Conture E. (2008). *If You Think Your Child Is Stuttering. Stuttering Foundation of America website, accessed.*

Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering* (2 nd Ed.). **Englewoods Cliffs, NJ:** *Prentice-Hall.*

Yairi E. & Ambrose N. (2005). *Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians. Austin, TX: Pro-Ed.*

Yairi E., & Ambrose N. (2013). *Epidemiology of Stuttering: 21 Century Advances. Journal of Fluency Disorders.*

Yairi E., Ambrose N., & Cox N. (1996). *Genetics of stuttering: a critical review. Journal of Speech and Hearing Research.*

Florio P, Bernardini S. *Balbuzie: assessment e trattamento. Modelli di intervento cognitivo comportamentale in ottica ICF***,** Erickson ed., 2014

Anchisi P., Febbo M., Sapuppo A.M. e Vicenza P., *Il disordine fonologico nel bambino con disturbi del linguaggio - eserciziario*, Milano Springer, 2001

Mariani E., Marotta L., Pieretti M., P*resa in carico e intervento nei disturbi dello sviluppo*, Erickson, 2010

IL PERCORSO CON PROGRESSI:

Perché fare un PRIMO COLLOQUIO?

Su vostra iniziativa personale, su suggerimento del pediatra o della scuola, potete richiedere un **PRIMO COLLOQUIO**. È lo strumento attraverso il quale avviene il primo approccio al tuo caso specifico, si tratta di un **INCONTRO INFORMALE** in cui potrai esporci tutti i tuoi dubbi sulle difficoltà del tuo bambino o su ciò che di strano hai riscontarto nei suoi comportamenti. La responsabile del centro ti guiderà nella comprensione del problema e nella scelta dell'intervento terapeutico che più si adatta alle sue esigenze.

La PRESA IN CARICO:

Il paziente e la famiglia incontrano il Referente di settore che presenta loro il Centro, l'Equipe riabilitativa affidataria ed il piano orario delle visite e delle valutazioni necessarie per la compilazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

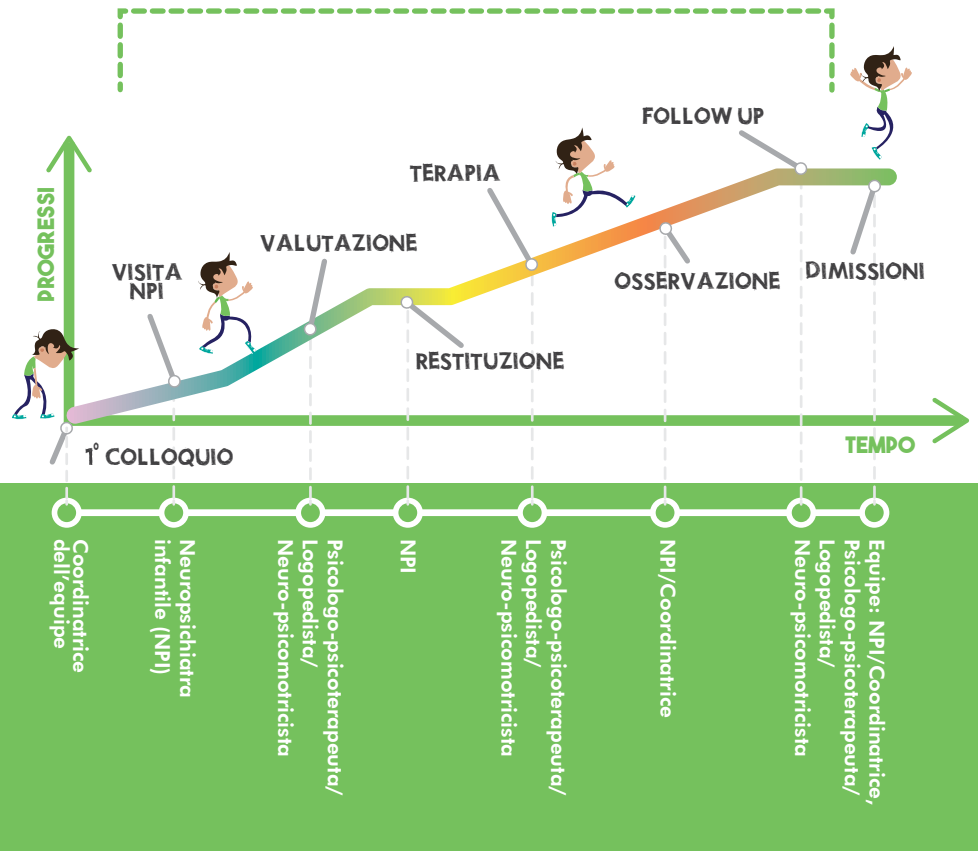
Per ogni processo eseguito all'interno delle sedi del Centro PROGRESSI, opera una Equipe riabilitativa multidisciplinare, espressione di diverse professionalità, che compongono il Gruppo di Lavoro ed assumono un importante ruolo nell'organizzazione, nella programmazione, nella supervisione e sostegno del progetto riabilitativo.

Il progetto riabilitativo individuale (PRI) è volto al recupero dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana.

IL PROGETTO RIABILITATIVO è quindi lo strumento per **"progettare il ciclo riabilitativo"**, viene elaborato dall'equipe interdisciplinare insieme con il bambino e la sua famiglia, ha un responsabile che è il Neuropsichiatra Infantile con la supervisione della direzione Sanitaria.

L'elaborazione di un progetto coinvolge diverse professioniste in varie fasi:

1. la **VISITA SPECIALISTICA** del Neuropsichiatra Infantile attraverso cui il NPI formula una diagnosi o orienta un sospetto clinico e pone indicazione ad ulteriori approfondimenti clinici e/o valutativi.
2. la **VALUTAZIONE** volta a identificare i problemi, le lore cause e le aree di miglioramento, consta di una serie di INCONTRI VALUTATIVI, che prevedono OSSERVAZIONE, somministrazione di TEST e QUESTIONARI, tali incontri possono coinvolgere il neuropsichiatra infantile, lo psicologo, il terapista della neuro-psicomotricità e il logopedista, questi specialisti lavorano in equipe per avere una visione globale del problema e delle strategie da mettere in atto nell'intervento riabilitativo.
3. la **RESTITUZIONE**, è un colloquio con i genitori in cui si condivide la definizione degli obiettivi elaborata sull'esito delle valutazioni specialistiche con la delineazione dei tempi previsti per raggiungerli e i rispettivi indicatori di esito (ovvero parametri o scale cliniche che misurano e dimostrano il livello di raggiungimento degli obiettivi)
4. la **TERAPIA** si prepara su un PROGETTO RIABILITATIVO e può essere effettuata uno a uno con la terapista (logopedista-tnpee)/psicologa di riferimento, o in terapie di gruppo, il *PERCORSO È PERSONALIZZATO* e cucito su ogni nostro paziente, tenendo conto dei punti di forza e debolezza emersi durante l'osservazione e la valutazione standardizzata. La/il terapista/psicologa/o programma delle attività di potenziamento delle aree deficitarie e accompagna il giovane paziente in ogni suo piccolo progresso.
5. il **FOLLOW UP**, durante l'attuazione del PRI è previsto un monitoraggio -Osservazione- per potere modificare e adattare il progetto ad eventuali cambiamenti e nuove esigenze del bambino. La verifica finale permette di valutare il raggiungimento degli obiettivi e l'efficacia del PRI. Durante il follow up *(CONTROLLO PERIODICO)* si aggiornano i genitori sull'andamento della terapia, il/la terapista informa i genitori sugli obiettivi raggiunti e quelli nuovi prefissiati, il tipo di lavoro svolto e il tipo di lavoro che si andrà a fare nella continuazione della terapia. Vengono somministrati dei test standardizzati che, insieme alla valutazione clinica, permettono di quantificare i miglioramenti del bambino nelle diverse aree



Le DIMISSIONI

Alla scadenza del progetto, l'equipe riabilitativa, valutati gli esiti e la sussistenza o meno di criteri di accesso agli interventi riabilitativi, decide il rinnovo del trattamento, con le modalità e i tempi ritenuti opportuni, oppure la dimissione del paziente. La valutazione deve essere espressa sempre dall'Equipe Riabilitativa mediante una relazione che motivi la proposta di sospensione o di rinnovo/ modifica del progetto.

Nel Centro operano diverse figure professionali (l'Equipe riabilitativa multidisciplinare), espressione di diverse competenze professionali che assumono un importante ruolo nell'organizzazione, nella programmazione, nella supervisione e nel sostegno del processo riabilitativo in atto.

Perché è importante lavorare in EQUIPE?

Quando in un bambino riscontriamo una difficoltà, un disturbo, una disabilità, raramente questa si manifesta in un solo ambito, che sia:
del linguaggio,
neuro-motorio,
visuo-spaziale,
emotivo,
comportamentale,
socio relazionale,
dell'apprendimento...

Molto più spesso abbiamo bisogno di intervenire su diversi aspetti in maniera sinergica e coordinata;

per questo Progressi lavora in Equipe

La nostra è un'equipe che si coordina e collabora per rispondere ad ogni esigenza, con l'obiettivo di stimolare e potenziare lo sviluppo del bambino nella sua globalità.

Progressi si avvale della collaborazione di:

- Neuropsichiatra infantile,
- Logopedisti,
- Terapisti della Neuro-psicomotricità,
- Tutor agli apprendimenti,
- Psicologi e Psicoterapeuti con competenze specifiche,
- Pedagosti,
- Osteopata,
- Nutrizionista,
- Musicoterapeuta

L'EQUIPE RIABILITATIVA ha il compito di:

1. effettuare le valutazioni di ingresso (visita medica specialistica, valutazioni funzionali iniziali);
2. definire, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine;
3. programmare le azioni e determinare le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;
4. verificare periodicamente la validità degli interventi programmati e valutare i risultati ottenuti (visite mediche intermedie, valutazioni funzionali intermedie, riunioni d'equipe con discussioni caso, osservazioni in terapia, GLH);
5. redigere il Progetto Riabilitativo o Cartella Clinica con lo scopo di monitorare l'evoluzione e le modificazioni della difficoltà, del disturbo o della disabilità;
6. redigere le Valutazioni Finali (visita medica specialistica finale, valutazioni funzionali finali).
7. Promuovere l'integrazione scolastica (diagnosi, funzionale, GLH), il coordinamento con referenti esterni e i contatti con i servizi sociosanitari del territorio.

L'Equipe riabilitativa, durante la "discussione del caso" (Riunione d'equipe), una volta concluse le valutazioni necessarie alla definizione della diagnosi, individua i trattamenti necessari alla riabilitazione del paziente, attraverso la stesura del programma riabilitativo.

Il Responsabile del P.R. - ad avvenuta Riunione d'Equipe/Elaborazione progetto - effettua il Colloquio di Restituzione del Progetto ai familiari o agli affidatari del paziente e condivide gli obiettivi a breve, medio e lungo termine.

COSA SI INTENDE PER ALLEANZA TERAPEUTICA?

Per ALLEANZA TERAPEUTICA noi di Progressi intendiamo
la condivisione di obiettivi e
la definizione di compiti reciproci ben precisi tra:

* paziente * terapisti/terapeuti * scuola * famiglia

La **terapia**, che sia logopedica, neuropsicomotoria, psicologica, soprattutto quando riguarda i bambini (da zero a diciotto anni), diviene un **lavoro collaborativo** tra tutti i soggetti coinvolti.

IL BAMBINO, L'EQUIPE RIABILITATIVA, LA SCUOLA E LA FAMIGLIA
devono essere tutti attivi nei loro ruoli!

Tutti gli elementi di questa unione clinica, ognuno con le propria storia evolutiva, i propri ruoli, le proprie capacità e i propri sforzi, sono chiamati a sentirsi coinvolti nel percorso terapeutico, divenendo di estrema importanza proprio nella **costruzione dell'alleanza** e nella **conduzione di un progetto riabilitativo** che possa essere fonte di Progressi.

L'ALLEANZA rappresenta un **fattore terapeutico** con grande capacità di indirizzare e collaborare al buon esito del trattamento, configurandosi come un nucleo concettuale e clinico **di estrema rilevanza**.

Il sistema cooperativo è il migliore per il mantenimento di buoni livelli di alleanza, in cui il piccolo paziente, il/i terapista/i, la scuola e la famiglia lavorano insieme per il conseguimento di obiettivi condivisi.

TABELLA COMPARATIVA: Differenze di approccio alla riabilitazione

	SERVIZI	GRANDI CENTRI CONVENZIONATI	TERAPISTA AUTONOMA CHE RICEVE A DOMICILIO	STUDIO/CENTRO DI PROFESSIONISTI AUTONOMO NON AUTORIZZATO	Progressi
PRESA IN CARICO	1° Colloquio con coordinatrice dell'equipe e inquadramento caso specifico	✗	✓	✓	✓
	Visita Neuropschiatrica Infantile (se necessaria) con NPI interna all'equipe che seguirà il bambino durante tutto il percorso	✓	✗	✓ (non interno)	✓
	Tempi di attesa per l'attivazione della terapia	indefiniti	definiti	definiti	**immediata**
	Definizione del PRI (Progetto riabilitativo individuale) e condivisione con la famiglia	✓	✗	✗	✓
SVOLGIMENTO	Turnover delle figure terapeutiche	alto	?	?	**prossimo a zero**
	Osservazione DURANTE il ciclo terapeutico da parte del Neuropschiatra interno	✗	✗	✗	✓
	Riunione di follow up finale con Famiglia Neuropsichiatra e Terapiste convolte, con analisi dei miglioramenti e discussione sull'avanzamento.	✓	No equipe	?	✓
	Flessibilità su scelta orario e spostamento terapie	✗	?	?	✓
	Segreteria disponibile 12 ore al giorno per spostamenti, avvisi o altre esigenze	✗	✗	?	✓
MATERIALE E STRUMENTI	Cartella clinica digitale per la famiglia che può trovare tutti i documenti relativi alla terapia comodamente da casa	✗	✗	✗	✓
	Materiale (DIARIO) per gli "appunti del genitore", per un monitoraggio più approfondito dei Progressi, (OPUSCOLI) per guidare il genitore durante il ciclo riabilitativo	✗	✗	✗	✓
	Download di Applicazione (app) per comunicare, interagire, scaricare materiale o avere quadro aggiornato sullo svolgimento del PRI	✗	✗	✗	✓
	Materiale per rafforzamento del lavoro extra terapia (a casa)	✗	✗	✗	✓
RISPETTO NORMATIVA	Autorizzazione sanitaria Regionale	✓	✗	✗	✓
	Presenza del Direttore sanitario	✓	✗	✗	✓
	Valutazioni convalidate dalla ASL per rimborsi	✓	✗	✗	✓
	Rispetto della normativa nazionale di Autorizzazione sanitaria	✓	✗	✗	✓
	Supervisione della ASL locale e Controlli continuativi degli standard e dei requisiti minimi e del personale impiegato	✓	✗	✗	✓
	Conformità agli standard di sicurezza degli spazi, ricambio aria, pulizia, barriere architettoniche e conformità dei locali alle normative antincendio.	✓	?	?	✓
SERVIZIO FINANZIARIO	Possibilità di sviluppare nel tempo il pagamento del PRI	✗	?	?	✓
	Possibilità di ottenere rimborsi da assicurazioni convenzionate.	✓	✗	✗	✓
	Supporto per richieste agevolazioni e rimborsi previsti dalla legge	✗	?	?	✓

APPUNTI...

APPUNTI...