



**Bruna Molteni
Gloria Airaghi
Daniela Sarti**

I disturbi del linguaggio nell'età evolutiva

100 domande

 **hogrefe**

I disturbi del linguaggio nell'età evolutiva

Bruna Molteni, Gloria Airaghi e Daniela Sarti

100 domande

I disturbi del linguaggio nell'età evolutiva

Bruna Molteni, Gloria Airaghi e Daniela Sarti

ISBN: 978-88-98542-75-8

Come utilizzare questo libro

Nelle pagine che seguono troverete le seguenti icone:

	glossario	rinvia a un termine o a un contenuto spiegato nel glossario alla fine del volume; la parola o l'espressione cui la voce si riferisce è ombreggiata nel testo, o riportata sotto l'icona
	freccia	suggerisce di leggere la risposta alla domanda con quel numero per avere una visione più completa dell'argomento
	link	suggerisce la consultazione del sito web indicato
	video	a questo libro sono allegati dei video scaricabili dalla piattaforma multimediale di Hogrefe attraverso un codice che troverai nel libro. È sufficiente cliccare su https://elibrary.hogrefe.com/mycode , inserire il codice dove indicato e cliccare su "Download"

© 2022, Hogrefe Editore, Firenze
Viale Antonio Gramsci 42, 50132 Firenze
www.hogrefe.it

Coordinamento editoriale: Jacopo Tarantino
Redazione: Alessandra Galeotti
Impaginazione e copertina: Stefania Laudisa

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione dell'opera o di parti di essa con qualsiasi mezzo, compresa stampa, copia fotostatica, microfilm e memorizzazione elettronica, se non espressamente autorizzata dall'Editore.

Presentazione

Il ritardo del linguaggio è la causa più frequente di consultazione neuropsichiatrica in età evolutiva ed è il disturbo del neurosviluppo più comune in età prescolare. Si tratta di una condizione spesso sottovalutata e la decisione di rivolgersi a uno specialista viene talvolta rimandata nel tempo. Gli studi recenti hanno portato a significativi progressi sia in termini diagnostici che di intervento. Uno dei momenti più importanti è stata senza dubbio la prima consensus conference dedicata alla diagnosi e al trattamento del disturbo primario del linguaggio, tenutasi a Padova nel 2019. Il passaggio da “disturbo specifico del linguaggio” a “disturbo primario del linguaggio” ha segnato un cambiamento non solo terminologico ma anche interpretativo del disturbo, modificandone i termini diagnostici, l’attività trattamentale e la visione prognostica.

Il focus dell’interesse non può riguardare solo l’attualità clinica delle manifestazioni, e deve tener conto delle ripercussioni sul piano evolutivo che si possono manifestare nel medio-lungo termine. L’impatto negativo sullo sviluppo psicoaffettivo, relazionale e della qualità della vita in generale impone infatti l’identificazione precoce dei bambini a rischio.

Questo libro presenta gli aspetti generali e definitivi, lo sviluppo delle recenti acquisizioni in tema di diagnosi precoce, gli strumenti diagnostici e gli approcci terapeutici più attuali, rispondendo a tutte le domande più frequenti che vengono poste non solo da professionisti ma spesso anche da insegnanti e genitori. Genitori che, in quanto parte fondamentale ed integrante delle attuali terapie dei DPL, possono trovare informazioni e chiarimenti aggiuntivi a quanto i professionisti già hanno loro spiegato. Proprio dalle precise domande e dallo stimolo di una di loro, Laura, contemporaneamente psicologa attenta e mamma premurosa di Leonardo, è nata l’idea di inserire questo volume nella nostra collana di psicologia pratica.

Il lavoro delle tre autrici è frutto della loro lunga esperienza clinica e terapeutica svolta all’interno della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “C. Besta”, che si pone come polo di eccellenza per la ricerca e la cura delle più significative malattie neurologiche.

Questo libro ha diversi pregi. Oltre a rispecchiare gli orientamenti più attuali, è stato scritto in modo da aumentare la sensibilità tra psicologi, neuropsichiatri infantili, logopedisti – ma anche educatori, insegnanti e genitori –, permettendo di riconoscere e di intervenire tempestivamente. Si tratta di uno strumento nuovo ed originale di psicologia “pratica” inserito nel panorama dello studio dei disturbi del linguaggio.

Le autrici

Bruna Molteni

Medico specializzato in Neuropsichiatria infantile e Terapia fisica e riabilitazione, ha lavorato presso la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “C. Besta” di Milano, nella Sezione per i Disturbi del linguaggio e dell'apprendimento di cui è stata coordinatrice. Ha svolto attività clinica e di ricerca specialmente sui disturbi di linguaggio primari e secondari a patologie neurologiche, sui disturbi specifici di apprendimento, sulla messa a punto di strumenti diagnostici per la diagnosi differenziale dei disturbi del linguaggio e della comunicazione e sullo studio di efficacia di nuove metodiche riabilitative. Ha tenuto corsi di insegnamento universitario sui disturbi del linguaggio presso la Scuola di specializzazione di Neuropsichiatria infantile di Milano e ha partecipato in qualità di docente a numerosi corsi di formazione.

Gloria Airaghi

Logopedista dell'età evolutiva, si occupa in particolare di comunicazione e linguaggio e di intervento precoce in bambini di età prescolare e ha svolto la propria attività in ambito clinico e di ricerca presso la Sezione per i Disturbi del linguaggio e dell'apprendimento della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “C. Besta” di Milano. Docente in corsi di formazione e supervisore individuale e di gruppo nelle tecniche riabilitative, ha collaborato a numerose pubblicazioni e ricerche riguardanti i disturbi e la riabilitazione del linguaggio in bambini con patologie neurologiche e con disturbi primari del linguaggio.

Daniela Sarti

Psicologa e psicoterapeuta, svolge con esperienza trentennale il ruolo di Dirigente psicologo della Sezione per i Disturbi del linguaggio e dell'apprendimento della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “C. Besta” di Milano. La sua attività clinica, didattica e di ricerca riguarda la tipizzazione cognitiva, linguistica e socioemotiva nella dislessia, l'individuazione precoce e la diagnosi dei disturbi del linguaggio, l'uso delle nuove tecnologie nella riabilitazione. È partner in progetti di ricerca internazionali sul multilinguismo ed è coinvolta in tavoli di politica sanitaria su progetti innovativi per l'assistenza e la presa in carico riabilitativa dei disturbi del linguaggio.

INDICE

PARTE I

Elementi generali

1. Come si può definire il linguaggio?	1
2. Come sono cambiate le teorie sullo sviluppo del linguaggio negli ultimi cento anni?	3
3. Perché un modello di sviluppo influenza gli approcci diagnostici e riabilitativi?	7
4. Quali sono le classificazioni internazionali in uso e qual è la loro utilità?	8
5. Quali sono le strutture neuronali che sostengono lo sviluppo del linguaggio?	10
6. Cosa cambia a livello neuroanatomico e neurofunzionale tra un bambino e un adulto?	12
7. Quali modelli psicologici per capire il “linguaggio delle neuroscienze”?	13
8. Che cosa si intende per responsività ambientale?	14
9. Quali sono i fattori necessari perché un bambino possa imparare a parlare?	15
10. Quale rapporto sussiste tra regolazione emotivo-comportamentale e linguaggio?	16
11. Quali sono le funzioni neuropsicologiche che sostengono lo sviluppo del linguaggio?	17
12. Che rapporti ci sono tra capacità uditive e sviluppo del linguaggio?	19
13. Che rapporti ci sono tra capacità motorie e sviluppo del linguaggio?	24
14. Come potrebbe essere nato il linguaggio nell'uomo?	25
15. Che rapporti ci sono tra capacità attentive e sviluppo del linguaggio?	27
16. Esistono differenze tra maschi e femmine nello sviluppo del linguaggio?	27
17. Che cosa s'intende per disturbi “evolutivi” e “acquisiti” del linguaggio?	28
18. Che cosa s'intende per “plasticità cerebrale”?	30
19. Come può l'ambiente modificare lo sviluppo: che cosa s'intende per “epigenetica”?	31
20. È vero che le lesioni acquisite precoci vengono più facilmente compensate?	34
21. Che legame c'è tra status socioeconomico e sviluppo del linguaggio?	36
22. Quando cominciano ad emergere le differenze nelle abilità verbali in relazione allo status socioeconomico?	37
23. Come e perché raccogliere informazioni sullo status socioeconomico?	38
24. Perché è così importante per un logopedista conoscere le prime tappe dello sviluppo comunicativo e linguistico tipico? (1)	39
25. Perché è così importante per un logopedista conoscere le prime tappe dello sviluppo comunicativo e linguistico tipico? (2)	42
26. Perché è così importante per un logopedista conoscere le prime tappe dello sviluppo comunicativo e linguistico tipico? (3)	44
27. Come cambiano le competenze pragmatiche dopo i 3 anni?	45
28. Come cambia la morfosintassi nel linguaggio dei bambini?	46

29. "C'era una volta...": a che età i bambini cominciano a narrare?	49
30. È vero che l'uso dei gesti inibisce l'uso del linguaggio orale?	51
31. Il bilinguismo influisce sullo sviluppo del linguaggio?	52
32. Che cosa s'intende per "ritardo di emergenza del linguaggio"?	55
33. Che cosa s'intende per disturbo primario di linguaggio?	57
<i>RCC #1. RACCOMANDAZIONE DALLA CC SUL DPL</i>	58
34. Come si classificano i disturbi primari del linguaggio?	58
35. Quali sono le cause dei disturbi primari di linguaggio?	62
36. Perché l'approccio multidisciplinare è necessario nei disturbi del neurosviluppo?	63
37. Qual è il ruolo del pediatra e del neuropsichiatra nella gestione del disturbo di linguaggio?	64
38. Qual è il ruolo dello psicologo nella gestione del disturbo di linguaggio?	64
39. Qual è il ruolo del logopedista nella gestione del disturbo di linguaggio?	65
40. Capita spesso nella pratica clinica che i genitori si rivolgano direttamente al logopedista: quanto questo incide sulla presa in carico?	66

PARTE II

La diagnosi

41. Qual è l'incidenza dei ritardi di emergenza del linguaggio a 24 mesi?	68
42. Come evolvono i bambini con ritardo di emergenza del linguaggio?	68
<i>RCC #2. RACCOMANDAZIONE DALLA CC SUL DPL</i>	70
43. Qual è la prevalenza del disturbo primario di linguaggio?	70
44. Cosa deve fare un pediatra di fronte ad un bambino con ritardo di emergenza del linguaggio?	71
45. Quali sono i segnali di rischio nei bambini con ritardo di emergenza del linguaggio?	74
46. Cosa è importante chiedere nell'anamnesi quando un bambino tarda a parlare?	75
47. Quali patologie è necessario escludere in bambini con ritardo di emergenza del linguaggio?	76
<i>BOX 1. COSA SONO LE SCHISI SOTTOMUCOSE?</i>	78
48. Nei bambini in fase di emergenza del linguaggio, quali sono i segnali di rischio che possono orientare verso la presa in carico riabilitativa logopedica precoce?	79
49. Che cos'è la disprassia verbale?	80
50. Come imparano i bambini nello sviluppo tipico a parlare in modo rapido e coordinato?	82
51. Esistono evidenze su alterazioni neurobiologiche nella disprassia verbale idiopatica?	84
52. I bambini autistici possono anche avere disturbo di linguaggio?	86
53. Quali sono i principali tipi di approccio logopedico per i bambini con ritardo di emergenza del linguaggio?	87

54. Quale trattamento logopedico scegliere per un bambino con un ritardo di emergenza del linguaggio?	89
55. È importante stabilire il livello di sviluppo cognitivo e il profilo cognitivo?	90
56. Come valutare il livello e il profilo cognitivo del bambino con disturbo di linguaggio?	91
57. Come scegliere i test linguistici per valutare la pragmatica e la comprensione in un bambino di età prescolare?	93
<i>RCC #3. RACCOMANDAZIONE DALLA CC SUL DPL</i>	95
<i>BOX 2. VALUTARE LA PRAGMATICA E VALUTARE LA COMPRENSIONE VERBALE</i>	96
58. Come scegliere i test linguistici per valutare la produzione in un bambino di età prescolare?	97
<i>BOX 3. VALUTARE LA PRODUZIONE VERBALE</i>	98
59. Come valutare il linguaggio di un bambino in fase di linguaggio emergente che non aderisce ai test?	99
60. Quali sono gli strumenti di valutazione psicologica utilizzabili nella fase di emergenza del linguaggio?	103
61. Quali sono gli strumenti di valutazione psicologica utilizzabili nel bambino prescolare con disturbo del linguaggio?	105
62. Prima che emerga il linguaggio, cosa osservare e come?	108
63. I bambini con disturbo di linguaggio hanno un ritardo psicomotorio?	109
64. Perché osservare il gioco nel bambino con disturbo di linguaggio?	110
65. Quali sono gli strumenti di valutazione del gioco simbolico nel bambino con disturbo di linguaggio?	112
66. Cosa deve osservare un logopedista nel gioco?	113
67. Perché osservare la relazione genitore-bambino?	117
68. I bambini con disturbo di linguaggio possono avere anche difficoltà emozionali e relazionali?	118
69. Come e perché valutare le competenze sociali nei bambini con disturbo di linguaggio?	120
70. Cosa succede quando sento una parola e cerco di riprodurla?	121
71. In relazione al disturbo fonetico-fonologico, quali sono le componenti fonetiche e quali quelle fonologiche?	123
72. Come posso distinguere un disturbo fonetico-fonologico grave da un disturbo prassico verbale?	125
73. Sono sufficienti i test articolatori per valutare un bambino con uno Speech Sound Disorder?	130
74. Che cos'è la balbuzie?	133
75. Si può pensare ad un'unica causa nella balbuzie?	135
76. Quanto incidono nell'insorgenza e nell'evoluzione della balbuzie i fattori motori, linguistici ed emotivi?	136
77. Quando, nei disturbi di apprendimento, è opportuno eseguire anche la valutazione del linguaggio?	138

PARTE III

Trattamento e prognosi

78. Come si definisce la priorità tra gli obiettivi logopedici nella fase di emergenza e di primo sviluppo del linguaggio?	141
79. In base a quali parametri scelgo la frequenza del trattamento?	144
80. Quando ha senso lasciare degli esercizi logopedici da fare a casa?	146
81. Come si interviene sul linguaggio di un bambino che non è “pronto per la logopedia”?	146
82. Come posso misurare l'efficacia del trattamento logopedico?	148
<i>RCC #4. RACCOMANDAZIONE DALLA CC SUL DPL</i>	149
83. Perché il mio bambino non produce la /r/?	150
84. Come si raggiunge la generalizzazione di un'abilità che appare acquisita in seduta, ma non si estende nel contesto quotidiano del bambino?	152
85. Quando posso dimettere definitivamente un bambino che ho preso in carico?	154
86. Come si interviene in uno Speech Sound Disorder?	155
87. “Il mio bambino di quasi 8 anni non ha ancora imparato a leggere e a scrivere. Può aiutarlo?”	163
88. Quali interventi proporre al nido e alla scuola dell'infanzia per favorire lo sviluppo del linguaggio?	164
89. Come verificare l'efficacia dell'intervento attuato nella scuola dell'infanzia?	166
90. Riorganizzarsi ai tempi della COVID-19: come garantire continuità assistenziale per bambini con disturbo di linguaggio?	167
91. Riorganizzarsi ai tempi della COVID-19: quali percorsi in telemedicina?	169
92. Quali pregi e quali difetti nel trattamento logopedico da remoto in situazioni di emergenza sanitaria?	171
93. Attività in remoto: come stimolare le abilità prassiche e ampliare il lessico in un bambino piccolo con difficoltà pragmatiche e di attenzione?	172
94. Attività in remoto: come stimolare le competenze comunicative e sociali in un bambino piccolo con difficoltà pragmatiche?	173
95. Bambini con disturbo di linguaggio nella didattica a distanza: persi o ritrovati?	173
96. Quale prognosi e quale evoluzione può avere un disturbo del linguaggio?	174
97. DL nei bambini in età prescolare e DSA: quale nesso tra i due disturbi e quale prognosi?	178
98. La capacità di narrare da piccoli predice la capacità di comprensione della lettura da adolescenti?	180
99. Qual è la prognosi in termini di abilità narrative negli adolescenti con disturbo di linguaggio?	181
100. Qual è il rischio psicopatologico negli adolescenti con disturbo di linguaggio?	183
Bibliografia	187
Glossario	211

APPENDICE

Topo Federico. Un training percettivo-uditivo informatizzato	217
--	-----

PARTE I

Elementi generali

1. Come si può definire il linguaggio?

Il linguaggio è la facoltà umana che ci differenzia da tutti gli altri esseri viventi e si è sviluppata e continua ad evolversi nell'uomo allo scopo di interagire con i nostri simili, ricevere, comprendere e trasmettere informazioni, comunicare idee e sentimenti.

Tale funzione è espletata attraverso simboli arbitrari (parole e/o gesti), ordinati secondo le regole tipiche di ogni lingua (morfosintassi). Storicamente parlando del linguaggio, sia nello sviluppo naturale che in situazioni atipiche o patologiche, si sono distinti i diversi aspetti che lo caratterizzano:

- fonetica
- fonologia
- morfologia
- sintassi
- lessico
- semantica
- pragmatica.

Gli aspetti che lo caratterizzano

Considerandoli come unità discrete e separabili, fonetica, fonologia e morfosintassi sono considerate gli aspetti del linguaggio che riguardano la **forma**, la semantica l'aspetto che riguarda i **contenuti**, la pragmatica l'aspetto che riguarda gli **usi**. Per "forma" si intende "come parliamo", per "contenuti" "cosa esprimiamo" e per "usi" gli "scopi per cui comunichiamo" e le "modalità che usiamo" per rendere efficace la nostra

comunicazione adattandola ad un certo contesto culturale e sociale (si veda fig. 1).

Multimodalità del linguaggio

Gli ultimi orientamenti della linguistica pongono dubbi sull'inseparabilità di questi aspetti e sottolineano la multimodalità del linguaggio, includendo in esso anche gli aspetti un tempo considerati extra-linguistici come gesti e aspetti prosodici.

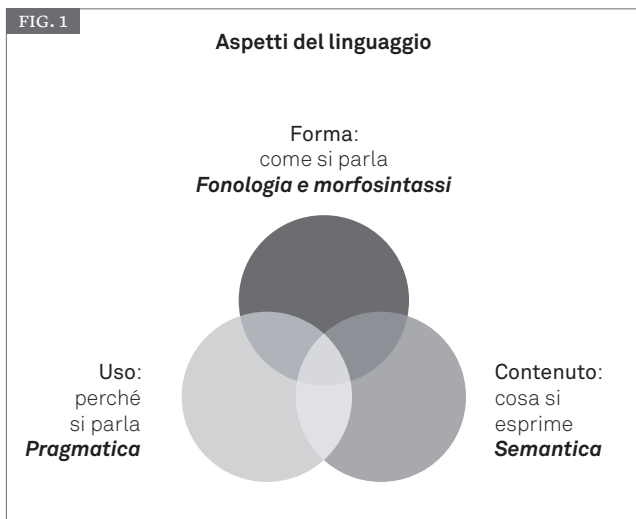
Il linguaggio ci consente di integrare le esperienze e gli apprendimenti e stimola il processo del pensiero coinvolgendo corpo, mente ed emozioni.

Attraverso il linguaggio abbiamo il potere di coordinare e sviluppare il pensiero ma allo stesso tempo la nascita del linguaggio si fonda sulla nascita di contenuti mentali.

Aleksandr Lurija diceva che quando il bambino padroneggia il linguaggio, acquista la capacità di organizzare ex novo la propria percezione e la memoria, acquista la capacità di trarre conclusioni dalle proprie osservazioni, di fare deduzioni, raggiunge la consapevolezza delle potenzialità del pensiero.

Il linguaggio non è un sistema autonomo, separato da altre capacità, ma è legato al complesso funzionamento della mente umana e quindi alle capacità cognitive e sociali.

FIG. 1



2. Come sono cambiate le teorie sullo sviluppo del linguaggio negli ultimi cento anni?

Il linguaggio come specifica capacità umana ha in tutte le epoche affascinato studiosi di diverse discipline. Le domande cui tutti hanno cercato di rispondere erano: la capacità di acquisire il linguaggio è una competenza innata? è dipendente o indipendente da altri sistemi percettivi o cognitivi? quanto può essere influenzata dall'ambiente? che rapporto c'è tra linguaggio e comunicazione?

Dalla risposta a queste domande dipenderanno tutte le scelte che noi faremo in ambito diagnostico e terapeutico.

Le teorie sullo sviluppo del linguaggio che si sono avvicendate nel secolo scorso, basate soprattutto su dati e intuizioni cliniche, oltre che su dati neuroanatomici post-mortem di pazienti adulti, hanno determinato i cambiamenti degli orientamenti diagnostici e riabilitativi.

Cercheremo di descrivere brevemente e sinteticamente i cambiamenti avvenuti tra gli anni trenta e i giorni nostri e chiediamo perdono se tale sintesi è parziale e non inclusiva di molti autori che hanno contribuito con i loro studi alle nostre conoscenze. Data la complessità e la vastità dell'argomento, abbiamo accennato solo ad alcuni autori, poiché lo scopo di questa sintesi è principalmente quello di mostrare come i modelli teorici siano fondamentali nel determinare le scelte della pratica clinica.

Teorie molto diverse tra loro sono state proposte tra gli anni trenta e cinquanta del secolo scorso: dal modello comportamentista, che considerava il linguaggio come un processo di apprendimento condizionato, al modello di Vygotskij, che sottolineava l'interdipendenza di linguaggio e pensiero e l'importanza dell'ambiente, alla teoria di Piaget che considerava il linguaggio come funzione dipendente dallo sviluppo cognitivo (si veda tab. 1).

1930-1950

Negli anni cinquanta il libro di Noam Chomsky *Syntactic structures* (1957) diede l'avvio alle teorie strutturali-innatiste: il linguaggio viene considerato come una funzione indipendente sia strutturalmente che funzionalmente dall'intelligenza, dal-

**Noam Chomsky e
gli anni cinquanta**

TAB. 1

Periodo storico	Autori	Idee	Conseguenze
1930-1950 Linguaggio come processo non autonomo ma visioni contrapposte	Skinner e psicologi comportamentisti	Linguaggio = apprendimento condizionato .	Bambino fruitore passivo di stimoli.
	Vygotskij	Linguaggio e pensiero interdipendenti . Funzioni mentali prima "inter-psicologiche" poi "intra-psicologiche".	Importanza interazione sociale e ambiente .
	Piaget	Sviluppo cognitivo precede l'emergere del linguaggio.	Attenzione ai prerequisiti cognitivi e simbolici .

la funzione comunicativa e dall'ambiente, determinato da un dispositivo innato e geneticamente determinato (grammatica universale) che contiene i principi comuni a tutte le lingue. L'acquisizione dipende da un processo di verifica di ipotesi, di regole mentali grammaticali che progressivamente il bambino elabora e padroneggia. Secondo tale modello, la psicolinguistica deve studiare la sintassi perché il linguaggio inizia con le prime associazioni di parole. Il bambino è attivo e creativo ma poca rilevanza hanno l'ambiente, l'intelligenza e la funzione comunicativa (si veda tab. 2).

Anni settanta

Negli anni settanta entra in crisi tale approccio, si rivalorizzano le teorie di Vygotskij, nasce il filone interazionista: si recupera l'importanza dei prerequisiti cognitivi, sociali e comunicativi, l'interesse viene allargato dalla sintassi alla semantica e poi alla **pragmatica**, il linguaggio è considerato tale già dalla comparsa delle prime parole e comincia a ipotizzarsi la continuità tra sviluppo pre-linguistico ed emergenza del linguaggio (si veda tab. 3).



TAB. 2

Periodo storico	Teorie	Idee	Conseguenze
1950-1960	Teorie strutturali-innatiste (Chomsky)	Linguaggio indipendente da intelligenza, interazione e ambiente. Sistema innato (LAD, regole grammaticali innate), geneticamente determinato .	Bambino attivo e creativo, sviluppo del linguaggio come processo di verifica di ipotesi innate. Sintassi come meccanismo fondamentale da indagare. Linguaggio inizia con prime associazioni di parole.

TAB. 3

Periodo storico	Autori	Idee	Conseguenze
1970-1980	Teorie interazioniste: Bloom, Brown, Parisi e Antinucci, Greensfield e Smith, Bruner, Bates, Leonard, Volterra, Camaioni, Hims, Snow e Ferguson, ecc.	Recupero importanza prerequisiti cognitivi, sociali e comunicativi (forma-contenuto e uso). Recupero ipotesi Vygotskij.	L'attenzione si sposta dalla sintassi alla semantica e alla pragmatica: importanza ambiente e interazione sociale . Dal concetto di competenza linguistica a quello di competenza comunicativa . Linguaggio inizia con le prime parole e si ipotizza continuità tra sviluppo prelinguistico e l'emergere del linguaggio.

Negli anni ottanta continua la diatriba tra fautori di una teoria modularista-innatista e dominio-specifica, che implica la presenza di strutture innate che vincolano l'elaborazione dell'input linguistico da parte del bambino, e le teorie cognitive-funzionaliste secondo le quali il linguaggio è acquisito e mantenuto attraverso processi mentali che condivide con altri

Anni ottanta

domini percettivi, cognitivi ed affettivi. Questo approccio teorico, erede della corrente interazionista, considera il linguaggio non dominio-specifico ma come un processo particolare di strutture e processi generali (si veda tab. 4).

Fine anni novanta Verso la fine degli anni novanta comincia a gettarsi “un ponte” tra queste visioni e si inizia ad elaborare una teoria maggiormente integrata del linguaggio e della comunicazione, sostenuta dall’esplosione delle neuroscienze e delle tecniche neuroradiologiche e neurofisiologiche. Nasce pertanto un modello che descrive lo sviluppo del linguaggio come frutto di complesse interazioni tra basi biologiche geneticamente determinate e fattori ambientali. Il modello neurocostruttivista, cui noi ci riferiamo, considera il linguaggio come il risultato dell’interazione tra fattori biologici, cognitivi, ambientali e relazionali (Karmiloff-Smith, 2013) (si veda tab. 5).

Il modello causale di Pennington (2006) mostra bene le complesse interazioni tra basi biologiche, geneticamente determi-

TAB. 4

Periodo storico	Autori	Idee	Conseguenze
1980-1990	Teorie modulariste-innatiste (Fodor, Karmiloff-Smith, Pinker e Bloom).	Linguaggio dominio-specifico, strutture linguistiche specifiche vincolano l'elaborazione dell'input linguistico.	Predisposizione innata, iniziali vincoli dominio-specifici.
	Teorie cognitiviste-funzionaliste (Bates, McWhinney, ecc.).	Linguaggio acquisito attraverso processi mentali che condivide con altri domini: percettivi, cognitivi ed affettivi.	Importanza funzione comunicativa e processi cognitivi generali per consentire alla predisposizione innata di estrinsecarsi.

TAB. 5

Periodo storico	Autori	Idee	Conseguenze
1990 - oggi	Approccio neurocostruttivista, modello cognitivo-interazionista (Morthon e Frith, Bishop e Snowling, Pennington, Karmiloff-Smith, Caselli, Volterra, ecc.).	Linguaggio non sistema autonomo, ma legato ad altre capacità cognitive e sociali, espressione di una predisposizione genetica-mente determinata, della maturazione biologica e psichica, di fattori interazionali e sociali.	Visione integrata dello sviluppo. Interazione tra fattori biologici, cognitivi, ambientali e relazionali. Continuità nello sviluppo. Variabilità nello sviluppo. Ricadute sulle modalità diagnostiche e riabilitative: diagnosi multidisciplinare, maggiore attenzione alla lingua orale e alle funzioni comunicative, recupero degli aspetti extralinguistici come parti integranti della lingua.

nate, fattori ambientali e fenotipi nel determinare i disordini dello sviluppo i cui fenotipi comportamentali sono l'ultima espressione di un processo a cascata e di interazioni etiologiche multiple.

3. Perché un modello di sviluppo influenza gli approcci diagnostici e riabilitativi?

Per "modello" si intende la struttura concettuale cui facciamo riferimento quando dobbiamo fare delle scelte operative. Le teorie che noi abbiamo circa lo sviluppo di una funzione cognitiva influenzano grandemente ogni scelta che facciamo, sia se vogliamo sollecitare lo sviluppo della funzione stessa in condizioni fisiologiche, sia quando dobbiamo riabilitare una funzione compromessa in situazioni patologiche.

Facciamo alcuni esempi: se pensiamo che il linguaggio sia una

**Una competenza
che si sviluppa
in modo passivo...**

competenza che si sviluppa in modo passivo attraverso l'imitazione di modelli e che non è influenzata da fattori ambientali ed emozionali, potremo pensare che per valutare le competenze linguistiche sia sufficiente chiedere di imitare o ripetere modelli verbali, senza cercare di sollecitare l'uso spontaneo del linguaggio; analogamente, per far parlare un bambino che ha un ritardo o un disturbo del linguaggio penseremo sufficiente chiedergli di imitare modelli verbali, senza tener conto dei suoi interessi e degli scopi per cui lui può aver voglia di imparare a parlare.

Allo stesso modo, se vogliamo insegnare una lingua straniera e il nostro modello di riferimento è di tipo comportamentista penseremo l'allievo come una "tabula rasa", soggetto passivo, non terremo conto della sua cultura di provenienza, dei suoi interessi e degli scopi per cui vuole imparare un'altra lingua. Adotteremo un approccio di tipo formalistico e un metodo grammaticale-traduttivo, basato su una logica deduttiva, sull'apprendimento di regole, e useremo esercizi ripetitivi e di memorizzazione.

**...o il risultato
di una
predisposizione
neurobiologica**

Al contrario, se pensiamo che il linguaggio sia il risultato di una predisposizione neurobiologica, che si sviluppa nell'interazione tra apprendente e l'ambiente sociale, che il soggetto che impara è attivo e creativo nel suo processo di apprendimento, daremo più importanza alla pragmatica, alla funzione comunicativa del linguaggio, alla relazione bambino-caregiver, terapeuta/insegnante-bambino/allievo, cercheremo di far emergere la competenza con modalità induttive, attraverso attività interessanti e divertenti che sollecitino l'uso del linguaggio e di determinate strutture grammaticali, e useremo tecniche di ripetizione di modelli solo per consolidare ed automatizzare competenze già emerse.



27, 57

4. Quali sono le classificazioni internazionali in uso e qual è la loro utilità?

Le classificazioni sono strumenti necessari per fornire un linguaggio comune per codificare le informazioni, condividere e confrontare le informazioni sanitarie, disporre di dati comparabili per le statistiche e il monitoraggio epidemiologico,

monitorare l'incidenza e la prevalenza delle malattie in paesi e periodi diversi.

L'**ICD** (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) è un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati in gruppi sulla base di criteri definiti. L'ultima versione è l'ICD-11 che è stato presentato all'Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2019 per l'adozione da parte degli stati membri e potrà cominciare ad essere utilizzato dal 2022.

L'ICD è utilizzato anche dalle assicurazioni di malattia, i cui rimborsi dipendono dalla codifica della patologia, dai gestori del programma sanitario nazionale, dagli specialisti della raccolta dati e da altri che monitorano i progressi nella salute globale e determinano l'allocazione delle risorse sanitarie.

Le classificazioni vengono periodicamente riviste, perché gli approcci e le conoscenze in ambito medico e scientifico si modificano e devono pertanto essere dei sistemi non statici ma dinamici. L'obiettivo è di individuare criteri sempre più precisi che consentano una diagnosi delle malattie sempre più uniformi e standardizzate in tutto il mondo.

L'ICD è pensato per consentire valutazioni diagnostiche basate sulla semeiotica clinica per clinici operanti anche in contesti socioeconomici disagiati o in via di sviluppo.

Il **DSM** (*Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*) è un altro sistema importante di classificazione per le malattie mentali, pensato per fornire una lingua comune alla psichiatria in modo da favorire la comunicazione tra clinici.

L'ultima edizione, DSM-5, pubblicata dall'American Psychiatric Association nel 2013, affiancando un approccio dimensionale a quello categoriale, presenta un sistema di classificazione che tenta di suddividere le malattie mentali in categorie diagnostiche sulla base della descrizione dei sintomi, della loro gravità, intensità, frequenza e del decorso della malattia. Sotto l'influsso della prospettiva neurocostruttivista non si parla più di disordini "specifici", c'è una visione dello sviluppo più plastica, le singole componenti della mente solo in parte dissociate, il sintomo è meno determinante nella formulazione della diagnosi ma assume valore all'interno di un pattern clinico. La prospettiva dimensionale porta con sé anche il concetto di spettro: ciò significa che molti disturbi sono strettamente correlati tra loro e condividono sintomi, fattori di rischio genetici



11, 33

**Le comorbidità
riflettono profili
clinici più ampi**



e ambientali e possono condividere substrati neurali.

Spesso le comorbidità riflettono profili clinici più ampi, inclusi di diverse categorie diagnostiche, molti sintomi appartengono a più categorie diagnostiche e possono riflettere una vulnerabilità di base per un più ampio gruppo di disturbi. Inoltre, viene allargata la distinzione in livelli di gravità a categorie diagnostiche in cui non era prevista, come il disturbo specifico dell'apprendimento (DSA) e l'autismo. Implicito è il suggerimento circa la continuità tra sviluppo tipico e disturbo con conseguenze su una minor medicalizzazione di casi lievi e a basso impatto disfunzionale. La continuità tra psicopatologia dello sviluppo e dell'adulto è affrontata attraverso la descrizione delle caratteristiche evolutive dei diversi disordini e della loro variazione nel corso della vita. Come conseguenza clinica, gli specialisti che si occupano dei disordini dello sviluppo, ed in particolare, per quanto riguarda l'argomento su cui di focalizza questo libro, dei ritardi/disordini del linguaggio e della comunicazione, devono essere preparati e formati per effettuare diagnosi in età precoce. Ciò presuppone, soprattutto in fase di emergenza del linguaggio, che le valutazioni siano multidisciplinari e che ogni operatore sia in grado di collocare il bambino nella traiettoria evolutiva rispetto al suo ambito di valutazione (sviluppo psicomotorio e psicoaffettivo, competenze comunicative non verbali, competenze verbali). I logopedisti dovrebbero essere in grado quindi di valutare non solo qualità e quantità di competenze verbali ma anche qualità e quantità delle competenze comunicative non verbali.

5. Quali sono le strutture neuronali che sostengono lo sviluppo del linguaggio?

La comprensione e la produzione del linguaggio sono processi molto complessi mediati da un sistema anatomico caratterizzato da multiple interconnessioni tra aree corticali situate nei lobi frontale, temporale, parietale e occipitale, e modulato a tutti i livelli (motorio, premotorio e prefrontale) da più circuiti cortico-sottocorticali che coinvolgono oltre alle aree corticali anche i gangli della base e il cervelletto.

**Verso una visione
integrata**

Il modello localizzatorio che considerava le aree di Broca, Wernicke, Geschwind come i centri di processamento del lin-