

Comunicare e parlare: la nascita di un gioco

Come prevenire il ritardo del linguaggio

Serena Bonifacio, Annamaria Reginella, Elisabetta Zocconi
S.C. di Otorinolaringoiatria, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Abstract

Communication and speaking: the birth of a game. How to prevent language delay
Early identification of a late talker usually comes around 24 months of age, based on linguistic and clinical criteria: the absence of sensorineural and psychiatric disorders, an expressive vocabulary with 50 words or less and the absence of a two word-phrase. The Authors created a poster (www.quaderniacp.it) aimed at the sensitization and prevention of language delay for parents, educators and paediatricians. The study considers some important aspects regarding communication and language development during the corresponding well child visits at 8, 12, 24 and 36 months of age. Recommendations in order to identify late talkers at 24 months of age or a language delay at 36 months of age are also enumerated.

Quaderni acp 2006; 13(1): 41-43

Key words Late talkers. Early identification of language delay

L'identificazione precoce di un bambino parlatore tardivo avviene all'età di 24 mesi secondo criteri clinici e linguistici: assenza di disturbi neurosensoriali e psichiatrici, un vocabolario espressivo inferiore a 50 parole e l'assenza della fase combinatoria di due parole in un enunciato. Gli Autori hanno progettato un poster (scaricabile da www.quaderniacp.it) finalizzato alla sensibilizzazione e alla prevenzione del ritardo di linguaggio indirizzato a genitori, educatori, pediatri e clinici. Lo studio prende in esame alcuni aspetti fondamentali dello sviluppo della comunicazione e del linguaggio alle età corrispondenti ai bilanci di salute degli 8, 12, 18, 24 e 36 mesi. Vengono elencate alcune raccomandazioni utili per identificare un bambino parlatore tardivo a 24 mesi e con ritardo di linguaggio a 36 mesi d'età.

Parole chiave Parlatori tardivi. Identificazione precoce dei ritardi di linguaggio

Paola parlatrice tardiva

Paola si presenta al logopedista accompagnata dalla madre; alla domanda su quale sia il motivo della visita la madre prontamente risponde: "Ha 2 anni e ancora non parla, dice solamente alcune parole eppure sente noi genitori che parliamo, sente la TV". Alla mamma di Paola va spiegato che non basta esporre un bambino al linguaggio per apprendere ma come sostiene Manolson nel suo libro *It takes two to talk* occorre essere in due per parlare o meglio, potremmo aggiungere, per comunicare (1). Infatti lo scambio dialogico, ed è auspicabile che questo avvenga, presuppone la presenza attiva di due o più interlocutori in cui l'adulto, interlocutore più esperto, favorisce nel bambino, interlocutore meno esperto, il ruolo di conversatore attivo per garantirgli un'interazione sociale adeguata. Potremmo aggiungere che, come nel caso di Paola, il linguaggio scarso e la

presenza di una passività sul piano comunicativo sono elementi che devono essere sempre accuratamente valutati e confrontati con lo stile comunicativo interattivo dei genitori o di coloro che si prendono cura del bambino.

Va ribadito che nei primi due anni di vita del bambino, il suo interlocutore privilegiato è l'adulto/genitore che si pone come il principale sostegno al suo sviluppo in quanto può incoraggiare, facilitare e promuovere lo sviluppo stesso. Sebbene i bambini imparino a "usare il linguaggio" in un tempo relativamente breve, cioè a comunicare in modo adeguato con gli altri e a condividere e costruire conoscenze utilizzando lo strumento verbale, per Paola e per molti altri bambini che giungono alla nostra osservazione ciò non avviene (2). Sappiamo che ogni bambino è unico nel suo percorso di acquisizione del linguaggio, ha i suoi tempi, ha il suo stile, tuttavia l'orga-

nizzazione delle varie fasi e i tempi di sviluppo sono ormai conoscenze ben consolidate.

Abbiamo scelto Paola come esempio per introdurre il tema del bambino con "linguaggio a lenta comparsa" o come lo definisce la comunità scientifica "Late Talker" (LT), letteralmente "Parlatore Tardivo" (PT), poiché ci è sembrato il caso più significativo per sottolineare come un percorso di educazione alla comunicazione e al linguaggio abbia anche finalità preventive.

Identificazione precoce del bambino parlatore tardivo

Nella letteratura è condiviso il protocollo finalizzato all'identificazione di un bambino parlatore tardivo secondo criteri clinici e linguistici: per quanto riguarda i primi, l'assenza di deficit uditivi importanti, di disturbi psichiatrici, di disturbi relazionali e con performance non verbali nell'ambito della norma; per i secondi, la dimensione del vocabolario uguale o inferiore a 50 parole differenti e la mancanza della combinazione di più parole in un unico enunciato a 24 mesi (3).

Nella definizione di PT è implicita l'ipotesi del ritardo o di un "rallentamento" dello sviluppo del linguaggio; ciò significa che il linguaggio attraversa le stesse fasi dei bambini con "Sviluppo di Linguaggio Tipico" (SLT) ma con tempi di comparsa diversi.

I PT producono le prime parole quando i coetanei possiedono un vocabolario espressivo di più di 50 parole e le usano in modo funzionale; producono onomatopее e solamente pochi nomi comuni, mentre il lessico dei coetanei è formato da un'alta percentuale di nomi comuni e, in misura minore, da aggettivi e verbi; sono in grado di realizzare un repertorio di suoni consonantici (foni) molto limitato che segnala un'imaturità nell'acquisizione del sistema fonologico della propria lingua mentre i bambini con svilup-

Per corrispondenza:
Serena Bonifacio
e-mail: logopedia@burlo.trieste.it

saper fare

po tipico di pari età producono le parole applicando e sperimentando il sistema. Anche altri aspetti oltre al linguaggio possono risultare immaturi. Sono state studiate le abilità conversazionali verbali e non verbali di un campione di 30 bambini PT con un'età media di 27,6 mesi, confrontandoli sia con coetanei SLT che con bambini SLT che producevano lo stesso numero di parole (4). I risultati hanno messo in evidenza una differenza significativa tra i bambini PT e i coetanei SLT, mentre questi ultimi presentavano abilità conversazionali molto più avanzate, i PT esibivano comportamenti simili a quelli dei bambini appaiati per pari ampiezza lessicale ma con un'età cronologica media di 17 mesi.

Sulla base dei risultati degli studi condotti a partire dagli anni '90 in poi si può ipotizzare come la presenza nei bambini PT di un'immaturità nella capacità simbolica, sottostante allo sviluppo dell'uso dei gesti e delle parole per scopi comunicativi, possa essere dovuta a uno sviluppo cognitivo più lento (5).

Sembra difficile individuare l'incidenza di questo fenomeno in tempi recenti poiché gli studi epidemiologici risalgono agli anni '70-'80 in cui emergeva che il 4-8% dei bambini presentava un ritardo dello sviluppo del linguaggio a tre anni, e nel 14% a due anni. Studi più recenti, condotti nell'ultimo decennio utilizzando gli stessi strumenti d'identificazione su campioni di bambini americani di età compresa tra i 24 e i 29 mesi, riportano che circa il 10-20% presenta i criteri linguistici e clinici d'inclusione descritti sopra.

Le domande "quando", "perché" e "come" intervenire per ridurre il ritardo iniziale trovano solide risposte in Olswang et al. (6). Gli Autori sottolineano la necessità di un intervento precoce per promuovere progressi nello sviluppo linguistico a breve termine e per ridurre gli effetti cumulativi del ritardo e il suo impatto sullo sviluppo emotivo, sul comportamento e sugli apprendimenti nelle aree interessate al linguaggio. Dalla letteratura è noto che i bambini PT possono manifestare persistenti difficoltà nello sviluppo del linguaggio, in particolare nella fonologia, nella morfologia, nella sintassi, e anche negli apprendimenti

della lettura e scrittura, se l'evidenza per un Disturbo Specifico di Linguaggio (DSL) diviene più forte rispetto al ritardo transitorio. Ne deriva che un atteggiamento di attesa del tipo predefinito "aspetta o sorveglia e vedi" è ingiustificato, considerato che un intervento più vicino al periodo in cui si verifica l'esplosione del vocabolario, e cioè tra i 20 e i 21 mesi, sembra essere quello più efficace rispetto a un'età più tarda prossima all'eventuale emergere di un DSL (spesso all'ingresso della scuola materna).

I programmi definiti *home/parent-based intervention* nella letteratura nord-americana e anglosassone sono costruiti per promuovere lo sviluppo del linguaggio espressivo nei bambini con ritardo di linguaggio di età compresa tra i 2 e i 3 anni. Coinvolgono direttamente i genitori e sono finalizzati a incrementare le capacità comunicative e linguistiche attraverso gli scambi nella conversazione. In Italia, Bonifacio e Hvastja Stefani hanno progettato il programma *INTERACT* (marchio registrato) studiato in maniera specifica per bambini PT d'età compresa tra i 24 e i 30 mesi che sono nella fase del "linguaggio emergente", cioè hanno un vocabolario compreso tra 10 e 50 parole usate in modo funzionale (7). Il nome costituisce un acronimo teso a sottolineare gli aspetti interattivi, naturalistici e di sostegno (*scaffolding*) che gli sono propri: *Interactive, Naturalistic, Tutorial, Empathic, Reciprocal, Active, Communicative, Tuning*. È centrato e costruito in funzione delle caratteristiche comunicative e interattive della diade genitore-bambino, comprende 18 sedute cliniche distribuite in sei mesi e si propone i seguenti obiettivi: incrementare la frequenza delle interazioni sociali tra genitore e bambino, migliorando la qualità dell'interazione e della comunicazione; incrementare lo sviluppo del linguaggio espressivo, il lessico e la combinazione di più parole in un enunciato.

Il poster Comunicare e parlare, nascita di un gioco

Il poster, scaricabile dalla versione on line di questo articolo, nasce dalla filosofia del programma *INTERACT*. Ciò che si vuole sottolineare è il concetto "inse-

gnare al bambino per mezzo del genitore o di chi si prende cura di lui, a imparare attraverso le cose, più che imparare delle cose, aiutarlo a sviluppare strategie d'apprendimento, o meglio educare l'adulto/genitore a sviluppare il potenziale di apprendimento del bambino attraverso "una partita a tennis" come la definisce Piero Angela nel suo libro *Da zero a tre anni* in cui la madre – ma noi preferiamo usare il termine adulto/genitore – è una tennista: ogni volta risponde ai lanci, rimanda la palla, e permette alle potenzialità del piccolo di esprimersi (8).

Il poster è stato costruito tenendo presente le tappe dei bilanci di salute degli 8, 12, 18, 24 e 36 mesi. Ogni tappa è introdotta da una breve sintesi che evidenzia alcuni aspetti "cruciali" della: a) comunicazione, b) comprensione verbale, c) produzione vocale/linguaggio.

Una descrizione più puntuale degli aspetti "cruciali" viene riportata per ciascuna modalità all'interno di ogni tappa. Abbiamo selezionato quegli aspetti che consideriamo come marcatori perché tipici dei bambini normali nell'età considerata. Questi riferimenti sono stati tratti da studi di vari Autori condotti su bambini italiani, di cui per motivi di spazio, non potendo essere commentati tutti, segnaliamo solamente quelli che riteniamo fondamentali per le tematiche trattate senza far torto agli altri. In particolare, lo studio di Caselli e Casadio per i riferimenti relativi ai dati normativi della produzione gestuale e verbale e della comprensione per le fasce d'età comprese tra gli 8 e i 17 mesi, e tra i 18 e i 30 mesi per la produzione lessicale, lo sviluppo della grammatica e della complessità delle frasi (9). Per questi ultimi due aspetti segnaliamo anche Cipriani et al. (10). Gli studi di Zmarich si focalizzano sugli aspetti fonetici del passaggio dal *babbling* (lallazione) alle prime parole, riferimenti che nel poster si trovano nelle tappe degli 8 e dei 12 mesi (11-12). L'acquisizione degli schemi motori e il controllo articolatorio derivano dall'attività neuro-muscolare legata alla masticazione. L'attività motoria data dall'alternanza ritmica tra mandibola aperta e chiusa, tipica del *babbling canonico* evidente dai 6 mesi d'età in poi, genera un effetto acustico che viene percepito dagli adulti

come una successione di sillabe del tipo consonante-vocale (CV) che si ripetono in modo identico. Dal momento in cui il bambino acquisisce un maggior controllo dell'articolazione dei suoni della lingua cui è esposto e allo stesso tempo riceve conferma dal suo ambiente che queste produzioni generano un effetto gradito e divertente, per esempio i genitori imitano ciò che il bambino dice, si assiste a un consolidamento delle sillabe e della loro combinazione con altre definito *babbling variato* in cui ciascuno dei due suoni CV cambia. La sillaba rappresenta il punto di contatto tra biologia e fonologia. In sintesi, l'aspetto legato allo sviluppo articolatorio prelessicale e nel periodo delle prime parole (12 mesi) è talmente complesso che la pronuncia di una parola per un bambino può risultare un compito molto impegnativo e condizionato da numerosi fattori. L'attenzione che i clinici, e in particolare i pediatri di famiglia, dovrebbero porre nei bilanci di salute dai 6 ai 18 mesi è motivata dal fatto che l'espansione del vocabolario, che tipicamente avviene intorno ai 18-21 mesi a partire dalle 50 parole, è strettamente legata a quanto il bambino è riuscito a realizzare nella sua pratica motoria nella fase del *babbling*. È dimostrato che le prime parole contengono gli stessi *fon*i presenti già nelle combinazioni CV degli episodi di *babbling*. Perché vigilare dunque? Perché l'incremento costante delle parole dipenderà dalla evoluzione e quindi anche dalla crescita del sistema fonetico, cioè dalla capacità di acquisire nuovi *fon*i e di combinarli tra loro per formare le parole adulte, inizio dell'acquisizione del sistema fonologico. Le parole possono essere considerate come dei mattoni il cui assemblaggio permetterà al bambino di creare combinazioni sempre più complesse e diverse per esprimere intenzioni e scopi e manifestare sempre più efficacemente un suo pensiero organizzato. Il linguaggio diventerà per lui uno strumento molto potente che gli consentirà di comunicare socialmente, in particolare all'ingresso della scuola materna.

Nell'ottica di sensibilizzare l'adulto/genitore su "come fare", cioè quale ruolo assumere per promuovere le potenzialità del bambino nei contesti quotidiani e di

gioco relativi invece al "cosa fare", abbiamo selezionato per ogni tappa le strategie più significative del programma *INTERACT*. Le nostre indicazioni si centrano sulla qualità dell'input più che sulla quantità. Riportiamo a titolo di esempio alcuni aspetti più correlati allo sviluppo del vocabolario come la *contingenza semantica* (denominare ciò che il bambino indica), la *sintonizzazione accurata* su ciò che il bambino "fa" o "dice", la ristrutturazione corretta dei suoi enunciati aggiungendo le parole mancanti o correggendo quelle distorte senza richiederli mai di ripetere.

Sulla base di quanto emerge dalla letteratura sui bambini parlatori tardivi, abbiamo voluto elencare, nella parte finale del poster, i principali indicatori di rischio che caratterizzano lo sviluppo del linguaggio di questi bambini a 24 mesi. Quando il ritardo nei mesi successivi non viene recuperato, a 36 mesi molti aspetti dello sviluppo del linguaggio persistono nella loro immaturità che, se non vengono affrontati con una terapia logopedica, possono evolvere verso un DSL.

La prevenzione di un disturbo nell'apprendimento del linguaggio potrebbe essere affrontata con una valutazione centrata sugli aspetti comunicativi e sugli aspetti produttivi e ricettivi del linguaggio già all'età di 24 mesi. In questo senso la promozione di una campagna di sensibilizzazione pubblica, rivolta a genitori, sanitari e clinici sulle pietre miliari dello sviluppo linguistico e su quando "allertarsi" se il bambino non segue per tempi e modi le tappe indicate, potrebbe contrastare gli invii tardivi, in genere dopo i 4 anni.

Un intervento precoce eseguito tra i 24 e i 30 mesi ha come obiettivo generale la riduzione del rischio che il ritardo di linguaggio possa consolidarsi intorno ai 3 anni, un'età "spartiacque" in cui, come abbiamo già sottolineato, la compromissione delle aree linguistiche legate alla fonologia, alla semantica e alla morfosintassi e alla comprensione morfo-sintattica lo definisce come DSL. Quest'ultimo, è importante segnalarlo, richiede un intervento logopedico diretto sul bambino, con cicli di terapia che comportano un numero di sedute più elevato rispetto a quanto previsto dai programmi

d'intervento precoce, andando a incidere così sui costi e sul numero di casi in carico presso i Servizi di Logopedia.

Se, come avviene nella nostra esperienza clinica, dopo l'intervento *INTERACT* alcuni soggetti mostrano ancora delle debolezze in una o più delle aree citate, l'approccio è quello di monitorare i cambiamenti sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo, ogni tre mesi e non oltre i tre anni e sei mesi d'età, per valutare se la consistenza dei punti di debolezza è predittiva di un disturbo specifico di linguaggio, che andrebbe affrontato con una terapia individuale diretta sul bambino o di gruppo, avendo tuttavia alle spalle un percorso che si potrebbe costituire come fattore facilitante. ♦

Bibliografia

- (1) Manolson A. It takes two to talk: A parent's guide to helping children communicate. The Hanen Centre ed Canada, 1992.
- (2) Bruner JS. Child's talk: learning to use language. New York: Norton, 1983.
- (3) Rescorla L. The Language Development Survey: a screening tool for delayed language in toddlers. Journal Speech and Hearing Disorders 1989;54:587-99.
- (4) Bonifacio S, Bulligan M, Callegari M, et al. Le abilità conversazionali dei bambini parlatori tardivi. Poster presentato al convegno Update on Specific Language Impairment, Urbino 4-6 aprile 2005.
- (5) Camaioni L. La lingua frenata. Psicologia Contemporanea 2003;175:31-7.
- (6) Olswang L, Rodriguez R, Timler G. Recommending intervention for toddlers with specific language learning difficulties: We may not have all the answers, but we know a lot. American Journal of Speech-Language Pathology 1998;71:23-32.
- (7) Bonifacio S, Hvastja Stefani L. Modelli d'intervento precoce per il bambino parlatore tardivo: il modello *INTERACT*. Tirrenia (Pisa): Del Cerro ed, 2004.
- (8) Angela P. Da zero a tre anni. Milano: Aldo Garzanti ed, 1973.
- (9) Caselli MC, Casadio P. Il Primo Vocabolario del Bambino. Guida all'uso del questionario MacArthur per la valutazione della comunicazione e del linguaggio nei primi anni di vita. Milano: Franco Angeli ed, 1995.
- (10) Cipriani P, Chilosi AM, Bottari P, et al. L'acquisizione della morfosintassi in Italiano: fasi e processi. Padova: Unipress ed, 1993.
- (11) Zmarich C. Aspetti fonetici dello sviluppo pre-linguistico. Incontri di Pediatria Pratica 1999; 7:103-29.
- (12) Zmarich C, Bonifacio S. Gli inventari fonetici dai 18 ai 27 mesi d'età: uno studio longitudinale. In: Albano Leoni F, Cutugno F, Pettorino M, Savy R (a cura di), Il Parlato Italiano. D'Auria ed., CD-ROM 2004.