

# I DISTURBI SPECIFICI DI LINGUAGGIO (DSL)

## Premessa

La tutela della Salute materno- infantile e la riabilitazione in età evolutiva, ha valenza strategica nei sistemi sanitari, sia per le ripercussioni sul futuro benessere psico-fisico della popolazione sia per la crescente rilevanza in ambito epidemiologico che vanno assumendo i disturbi dello sviluppo. Per attuare un programma efficace in questo ambito è necessario intervenire mediante un'azione convergente sul piano sanitario e su quello socio-assistenziale, tenendo conto delle peculiari caratteristiche dei soggetti in età evolutiva . La riabilitazione in età evolutiva è un processo articolato e longitudinale che deve tener conto dei bisogni di salute espressi nei vari momenti dello sviluppo. Pertanto la riabilitazione può avvenire solo con interventi rispettosi della globalità e dell'unitarietà del soggetto, se questo principio è valido e può essere condiviso trasversalmente anche per l'età adulta , in età evolutiva l'aspetto peculiare diventa l'agire che tenga conto di una prospettiva life-span, nell'ottica di manifestazioni di bisogni che possono variare nel corso dello sviluppo; ad esempio anche un disturbo settoriale di linguaggio che può essere considerato di facile risoluzione o di spontanea remissione, può evolvere nelle successive fasi di sviluppo in una difficoltà di apprendimento ed eventuale abbandono scolastico con successive ricadute in ambito psicopatologico, come riportato dalle varie fonti della letteratura scientifica.

Le attività erogate dai servizi che si occupano di età evolutiva non possono prescindere dal tener conto della:

- **Centralità dell'intervento territoriale** che consente di rispondere ai bisogni del bambino/o adolescente nel suo ambiente naturale di vita, nelle varie fasi evolutive .
- **Integrazione operativa** con i servizi socio-assistenziali degli Enti Locali, con il Sistema Scolastico, il Sistema Giudiziario e le Organizzazioni del Terzo Settore.

Una **criticità** in tal senso è la mancanza di una **legge nazionale** dedicata ai Servizi dell'età evolutiva che ne definisca le linee di attività e il conseguente modello organizzativo dedicato. E' sufficiente analizzare allo stato attuale i vari Piani Sanitari regionali che identificano tali servizi con nomi e modelli operativi difforni (TSMREE Tutela Salute Mentale riabilitazione età Evolutiva. NPI Servizi di Neuropsichiatria, Area Materno Infantile ecc.. )

**I Disturbi Specifici di Linguaggio (DSL)** sono:

- disordini che interessano lo sviluppo del linguaggio, sino dalla prima infanzia,
- caratterizzati dalla presenza di significativi ritardi o devianze nei diversi ambiti del linguaggio, (fonologia, semantica, sintassi e pragmatica) con un'evoluzione nel tempo che varia in rapporto alla severità e alla persistenza del disturbo linguistico
- non conseguenti a patologie neurologiche centrali o periferiche, a danni organici alle strutture dell'apparato articolatorio, a disturbi della sfera comportamentale o psico-affettiva, a deficit intellettivi o a situazioni di svantaggio socio-culturale

Una criticità rilevabile a livello nazionale è la mancanza di riferimenti epidemiologici affidabili e specifici per la realtà italiana secondo il DSM – IV (1994) la percentuale aumenta dal 3% al 5% a seconda che si consideri solo l'ambito espressivo o si includa anche l'ambito recettivo . Altro aspetto rilevante nella valutazione dell'incidenza del DSL è il collegamento all'età ,secondo alcuni autori il DSL risulta avere una diffusione del 5-7 % in età prescolare e tende a ridursi nel tempo con una incidenza dell'1-2% in età scolare, altro aspetto è che per l'inquadramento diagnostico si utilizzano modalità di classificazione eterogenee.

L'inquadramento diagnostico per inclusione od esclusione presenta dei limiti in quanto non si tiene conto delle variazioni linguistiche osservabili all'interno di ciascuna categoria per grado e tipologia.

### **Definizione**

Perché si parli di Disturbo Specifico del Linguaggio (DSL) devono sussistere i seguenti criteri:

- discrepanza tra sviluppo del linguaggio ed altri aspetti dello sviluppo cognitivo: deve esserci almeno una deviazione standard (1DS) di scarto tra abilità verbali e Quoziente Intellettivo (QI) non-verbale [Aram (1993) suggerisce almeno 1DS tra QI-non verbale e punteggio nelle varie prove linguistiche];
- evidente associazione tra il ritardo di linguaggio (e una compromissione del funzionamento sociale o scolastico [Aram (1993) suggerisce Lunghezza Media dell'Enunciato (LME) inferiore di 1DS rispetto all'età];
- esclusione di una diagnosi di Disturbo Pervasivo di Sviluppo (DPS).
- esclusione da una "difficoltà linguistica" causata da situazioni etnico-culturali particolari, derivanti da immigrazione o adozione ( falsi positivi )

La tipologia di DSL può essere definita sulla base del profilo evolutivo individuale, con differenziazione dei tre sottotipi previsti dai sistemi di classificazione ICD10 e DSM-IV.

### **Ipotesi eziopatogenetiche :**

- Familiarità
- Deficit neuroanatomici
- Deficit di elaborazione di eventi acustici ravvicinati
- Immaturità dello sviluppo simbolico
- Difficoltà di processamento delle informazioni
- Attualmente la causa rimane sconosciuta

**Disturbo specifico dell'articolazione dell'eloquio** (F80.0 ICD10/DSM-IV) (*Dislalia; Disturbo fonologico evolutivo*). In tale disturbo l'uso dei suoni verbali è al di sotto del livello appropriato all'età mentale, ma in presenza di un normale livello delle abilità linguistiche.

- La capacità di ARTICOLARE SUONI VERBALI, valutata con test standardizzato, è 2 DS al di sotto del *livello appropriato per l'età* del bambino.

- La capacità di ARTICOLARE SUONI VERBALI è 1 DS al di sotto del *QI non verbale*, valutato con test standardizzato.
- L'Espressione (Produzione verbale) e la Comprensione del linguaggio, valutate con test standardizzati, sono adeguate (entro il limite di 2 DS per l'età).

#### **Disturbo del linguaggio espressivo ( F80.1 ICD10/DSM-IV)**

*(Disfasia evolutiva, di tipo espressivo)*

In tale disturbo la capacità di esprimersi tramite il linguaggio è marcatamente al di sotto del livello appropriato all'età mentale, ma la comprensione del linguaggio è nei limiti normali. Vi possono essere o meno anomalie nell'articolazione.

- La capacità di ESPRIMERSI CON IL LINGUAGGIO, valutata con test standardizzato, è 2 DS al di sotto del *livello appropriato per l'età* del bambino.
- La capacità di ESPRIMERSI CON IL LINGUAGGIO è 1 DS al di sotto del *QI non verbale*, valutato con test standardizzato.
- La Comprensione del linguaggio, valutata con test standardizzato, è adeguata (entro il limite di 2 DS per l'età).

#### **Disturbo della comprensione del linguaggio (F80.2 ICD10/DSM-IV)**

*(Disfasia ricettiva evolutiva; sordità verbale)*

In tale disturbo la comprensione del linguaggio è al di sotto del livello appropriato all'età mentale. In quasi tutti i casi anche l'espressione del linguaggio è disturbata e la produzione di suoni verbali anomala (disturbo misto di espressione e comprensione del linguaggio).

- La capacità di COMPRESIONE DEL LINGUAGGIO, valutata con test standardizzato, è 2 DS al di sotto del *livello appropriato per l'età* del bambino.
- La capacità di COMPRESIONE DEL LINGUAGGIO è 1 DS al di sotto del *QI non verbale*, valutato con test standardizzati.

#### **Criteri Clinici di Accesso ( DGR n 731 del 4.08.05)**

All'interno di ciascuna tipologia di disturbo sopra descritta, costituiscono criterio di priorità per l'indicazione al trattamento, l'età del soggetto, la presenza di disturbi emozionali o comportamentali associati e l'entità della compromissione del disturbo linguistico, tenendo conto, per quest'ultimo punto di:

- *pervasività* del disturbo (numero di aree linguistiche colpite: Fonologia, Lessico, Morfologia, Sintassi, Pragmatica, valutate sia in Produzione sia in Comprensione verbale);
- "*gravità*": grado di compromissione delle varie aree linguistiche ("discrepanza" in rapporto al livello appropriato per l'età e al livello cognitivo non-verbale, espressa in numero di Deviazioni Standard, centili, ecc.).

Di seguito, si riportano dettagliatamente i criteri di accesso che tengono conto dell'età, della tipologia del disturbo, dell'entità della compromissione linguistica e dei disturbi associati.

Relativamente al disturbo *della comprensione del linguaggio*, esiste un ampio consenso sulla necessità di trattarlo urgentemente in tutte le fasce di età prescolare (dai 2 ai 6 anni).

Oltre i 6 anni la decisione se, e come, iniziare un trattamento, dipenderà dall'analisi della gravità del disturbo, dalla organizzazione cognitiva, neuropsicologica e affettiva del soggetto e dei precedenti interventi riabilitativi effettuati.

Rispetto al *disturbo del linguaggio espressivo*, i dati in letteratura sulle indicazioni al trattamento sono meno concordi (Paul, 1996; 2000; Rescorla, 1997), è però possibile fornire alcuni criteri, sostenuti anche dal consenso tra clinici che si occupano dei DSL.

Per i bambini con età comprese fra i 24 e i 36 mesi il trattamento è indicato:

- quando il bambino presenta a 24 mesi un vocabolario inferiore alle 8 parole;
- quando il bambino presenta, a 30 mesi, un vocabolario inferiore alle 50 parole e l'assenza di una struttura nucleare sintattica (frase perno nome, PN);
- negli altri casi (vocabolario a 24 mesi tra le 8 e le 50 parole; a 30 mesi frase PN), si consiglia un attento monitoraggio dello sviluppo.

Per i bambini con età compresa fra i 3 e i 4 anni il trattamento è indicato:

- quando il disturbo nella produzione verbale, valutato in base alla "discrepanza" di almeno 1 DS tra QI non-verbale e punteggio nelle prove "linguistiche" di produzione verbale, oppure alla MLU inferiore di almeno 1 DS rispetto all'età, è associato a disturbo emozionale o comportamentale;
- quando la compromissione della produzione verbale è "grave": discrepanza superiore alle 2 DS; MLU inferiore di almeno 2 DS rispetto all'età;
- quando la compromissione della produzione verbale è "pervasiva": le aree linguistiche compromesse (vocabolario, morfologia, sintassi) sono molteplici.

Per i bambini fra i 4 e i 5 anni il trattamento è indicato:

- quando presentano una produzione verbale, valutata con test standardizzati, inferiore a 2 DS dal livello appropriato per l'età e inferiore ad almeno 1 DS dal QI non-verbale, in almeno un'area linguistica (lessico, morfologia, sintassi).

Poiché molti test disponibili in italiano forniscono dati normativi espressi in centili, età media di acquisizione, ecc., si considerano equivalenti.

Relativamente al *disturbo specifico dell'articolazione dell'eloquio*, i dati in letteratura riguardo all'indicazione riabilitativa sono controversi, anche in considerazione dell'ampia variabilità dell'età di acquisizione della capacità di articolare adeguatamente i suoni.

Il trattamento riabilitativo è comunque indicato:

- al di sotto dei 4 anni, quando la caduta nell'abilità di produzione fonologica sia di almeno un anno rispetto l'età di acquisizione media e sia

stata valutata la non modificazione spontanea della competenza fonologica in un periodo di almeno sei mesi;

- dai 4 anni, quando la capacità di articolare i suoni verbali, valutata con test standardizzato, sia di almeno 2 DS (o equivalenti in centili, ecc.) al di sotto del livello appropriato per l'età e di almeno 1 DS al di sotto del QI non verbale.

### **ALCUNE INDICAZIONI SPECIFICHE**

- anticipare i tempi della diagnosi nella fascia di età infantile tenendo conto degli indici di rischio ( Late talkers );
- la valutazione clinica dei bambini che presentano un marcato ritardo non può limitarsi alle abilità linguistiche ma deve essere volgere agli antecedenti cognitivi della comunicazione e allo sviluppo delle competenze simboliche;
- dare continuità alla diagnosi e alla presa in carico con l'attivazione di interventi abilitativi e riabilitativi basati sulle evidenze e sulla valutazione funzionale individualizzata, con particolare attenzione alla precocità dell'intervento ;
- I dati devono essere ricavati da una metodologia di tipo *interindividuale* in cui si mettono in relazione i dati di ogni bambino rispetto a quelli normativi per pari fascia d'età mentale o cronologica. Associato deve esservi anche un confronto *intraindividuale*, che delinei un profilo funzionale delle diverse componenti;
- La presa in carico riabilitativa dovrebbe essere attivata il più precocemente possibile ;
- L'attività riabilitativa deve svilupparsi per obiettivi, attraverso la valorizzazione del progetto riabilitativo, inteso come riferimento del percorso e non come semplice prescrizione di atti, con una seria riflessione in termini di ruoli e di responsabilità sulla funzione del team;
- La presa in carico riabilitativa prevede un intervento specifico condotto da uno specialista della riabilitazione (logopedista ) con obiettivi ben definiti, tempi ben definiti (cicli) e modalità .
- La necessità di costruire una stretta rete di collaborazione e di raccordi tra operatori sanitari, educativi e famiglie avvalendosi di Accordi di Programma; in tale ottica vanno sperimentati modelli organizzativi che possano favorire continuità e efficacia alla collaborazione interprofessionale;