

Identificare i ritardi nello sviluppo del linguaggio a 2-3 anni: il ruolo determinante del pediatra

Arianna Bello¹, Silvia Stefanelli², Maristella Scorza³, Michela Camia³, Erika Benassi^{4*}

¹ Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Università Roma Tre; ² Dipartimento di Scienze Umane, Università della Repubblica di San Marino; ³ Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia; ⁴ Dipartimento di Educazione e Scienze Umane, Università di Modena e Reggio Emilia

I genitori si rivolgono al pediatra quando i loro figli all'età di 2-3 anni non sono in grado di parlare, mentre la maggior parte dei bambini di questa età vi riesce con facilità. La preoccupazione dei genitori è spesso giustificata e per questo andrebbe accolta dal pediatra che di fronte a un lento sviluppo del linguaggio potrebbe svolgere un colloquio mirato con i genitori per indagare le possibili cause e condurre un'osservazione dello sviluppo del linguaggio infantile, adottando agili strumenti di rilevazione. Inoltre, il pediatra potrebbe suggerire alla famiglia alcune strategie di base per migliorare le capacità linguistiche infantili e, in caso di esito positivo allo screening condotto, accompagnare le famiglie a prendere contatto con gli specialisti che svolgeranno un approfondimento clinico per esaminare il profilo di sviluppo del bambino. Data la continuità esistente tra condizioni di ritardo di linguaggio, disturbo di linguaggio e di apprendimento, è necessario abbandonare l'approccio denominato *wait and see*, "aspetta e vedi", e adottare precocemente strategie di intervento mirate ed efficaci che modifichino sensibilmente le traiettorie di sviluppo linguistico.

Parents seek the guidance of pediatricians when their children, aged 2-3 years, exhibit delays in expressive language acquisition, a milestone typically achieved by the majority of children within this age range. The parents' concerns are often well-founded and warrant attention from pediatricians. With the aim to identify language delays, pediatricians should engage in targeted dialogue with parents to explore potential individual and environmental risk factors, and also use efficient screening tools for language development. Furthermore, they may recommend behavioral strategies aimed at enhancing the child's linguistic competencies. In cases where this initial observation indicates developmental concerns, pediatricians should accompany the family in contacting specialists for in-depth clinical evaluations of the child's developmental trajectory. Given the continuity between conditions of language delay, language disorder, and learning disability, it is necessary to move away from the "wait and see" approach and adopt early on targeted and effective intervention strategies that significantly alter language development trajectories.

Prestare attenzione al linguaggio verbale e ai suoi precursori nei primi anni di vita

Il pediatra, professionista che ha un rapporto privilegiato con le famiglie e i bambini sin dalla loro nascita, dovrebbe prestare attenzione allo sviluppo linguistico del bambino a 2-3 anni e attivarsi nel caso in cui i genitori siano preoccupati per un eventuale rallentamento del linguaggio o si renda conto egli stesso di un eventuale lento sviluppo linguistico infantile. Le ragioni di questa attenzione rivolta al linguaggio verbale sono molteplici.

In primo luogo, perché la capacità di comprendere e parlare è un'abilità che viene acquisita molto precocemente nei bambini con sviluppo tipico. La maggior parte di essi tra i 2 e i 3 anni, pur considerando l'ampia variabilità interindividuale, ha acquisito la lingua o le lingue a cui è esposto sin dalla nascita [1,2].

In secondo luogo, perché la capacità di usare parole è una abilità che non sorge all'improvviso ma è preceduta da altre abilità, come quelle cognitivo-sociali e comunicative che i bambini sviluppano già a partire dal primo anno e costituiscono dei requisiti fondamentali per lo sviluppo del linguaggio [3]. Sono numerose le evidenze scientifiche che spiegano come i piccoli della nostra specie sviluppino un linguaggio "incarnato" fatto di sguardi, espressioni del volto, corpo in movimento, gesti manuali e parole [4]. L'acquisizione del linguaggio va dunque ricercata nella continuità tra le azioni che i bambini compiono a partire dal primo anno di vita, i gesti comunicativi e simbolici attraverso cui esprimono intenzioni e le conoscenze durante il secondo anno di vita, abilità che quindi hanno un ruolo propulsivo nel determinare lo sviluppo della comprensione e produzione linguistica durante la prima infanzia [5]. Nella **Tabella 1** vengono presentate le principali tappe del linguaggio infantile nei primi anni di vita.

Tabella 1. Tappe evolutive del linguaggio infantile

Età (mesi)	Tappe evolutive
6-12	Comparsa e sviluppo della lallazione
8-12	Produzione di schemi di gioco simbolici e uso di gesti deittici (mostrare, dare, indicare)
8-16	Produzione di gesti comunicativi (ad es., fare ciao con la mano) e gesti rappresentativi (ad es., portare la mano all'orecchio per dire "telefona") Esplosione della comprensione verbale
12-15	Produzione delle prime parole
16-20	Uso della combinazione di gesti e parole
21-26	Esplosione del vocabolario espressivo
18-24	Combinazione di parole in frasi
24-36	Espansione grammaticale Efficienza lessicale e grammaticale
Entro i 42-48 mesi	Inventario di suoni consonantici completo (a eccezione dei suoni r, gl, sci/sce) Ridotta presenza di alterazioni fonologiche nelle parole

Quindi il sistema comunicativo e linguistico infantile non si sviluppa in modo isolato ma in stretta relazione con lo sviluppo del sistema motorio [6]. Ne consegue che un rallentamento del linguaggio solitamente non interessa solo questa funzione ma anche altre abilità che si sviluppano parallelamente, come quelle percettive, motorie e sociali. Un bambino che ha difficoltà a parlare potrebbe quindi celare immaturità in uno o più ambiti dello sviluppo, immaturità presenti già da tempo ma meno identificabili da parte dei caregiver.

In terzo luogo, è opportuno precisare che il linguaggio si sviluppa grazie all'interazione dinamica ed evolutiva di fattori individuali di tipo biologici (es. sesso, temperamento, nascita a termine), genetici (es. familiarità per ritardi di linguaggio), legati allo sviluppo cognitivo (es. imitazione, attenzione, memoria) e fattori ambientali legati all'esposizione linguistica (in termini di quantità e qualità dell'input linguistico ricevuto) e alla relazione con i caregiver. La combinazione di tutti questi differenti e molteplici fattori nei primi anni di vita, in un periodo particolarmente sensibile in cui è massima la plasticità cerebrale, consentirà il pieno sviluppo del sistema linguistico.

Ne consegue che è imprescindibile esplorare tali fattori per comprendere il peso che essi hanno nel determinare la variabilità interindividuale evidente nello sviluppo linguistico infantile. Presentiamo qui di seguito una breve intervista predisposta per il pediatra da rivolgere ai genitori in modo da rilevare quegli aspetti che sono ritenuti cruciali in quanto associati o predittori dello sviluppo linguistico [Tabella 2].

Tabella 2. Intervista per le famiglie di bambini che hanno un rallentamento del linguaggio

Aspetti legati allo stato di salute del bambino

1. Il bambino è nato a termine?
2. Il bambino ha manifestato problemi di salute alla nascita?
3. Il bambino ha avuto frequenti otiti (almeno 4) nel primo anno di vita?
4. Il bambino ha manifestato problemi di salute nei primi anni di vita?
5. È presente familiarità positiva per ritardo/disturbo di linguaggio o dell'apprendimento scolastico?

Aspetti legati all'ambiente familiare ed esposizione linguistica

1. Il bambino è esposto a due o più lingue a casa?
2. Quale è il livello di scolarità della mamma?
[] licenza media [] liceo/diploma [] laurea [] post-laurea
3. Quale è il livello di scolarità del padre?
[] licenza media [] liceo/diploma [] laurea [] post-laurea
4. Quali pratiche educative attua con frequenza regolare (spesso/ sempre) insieme al suo bambino?
- Lettura di libri insieme al bambino []
- Racconti e narrazioni []
- Ascolto della TV []
- Ascolto di canzoni []
- Giochi motori []
- Giochi di costruzioni []
- Giochi simbolici (giochi di far finta, travestimenti, messa in scena di situazioni di routine) []
5. A oggi, quali tipi di giochi predilige il vostro bambino? Con chi gioca solitamente il vostro bambino?

Aspetti legati allo sviluppo linguistico nei primi due anni

1. Il bambino ha prodotto lallazioni (MA MA; DA DA; BA BI; NA NE) prima dei 10 mesi?
2. Il bambino ha mostrato il gesto di indicare con funzione di richiesta (es. per ottenere un oggetto non raggiungibile) e di condivisione (es. per condividere attenzione e piacere con l'adulto) intorno ai 12 mesi o poco più?
3. Il bambino ha prodotto le prime parole verso i 12-15 mesi?
4. Il bambino ha prodotto gesti comunicativi (es. ciao, no con la testa) e gesti rappresentativi (es. mette la mano vicino all'orecchio per dire TELEFONA; mette la mano sotto l'orecchio e abbassa la testa per dire DORME) in accompagnamento o in sostituzione al parlato durante il secondo anno di vita?
5. Il bambino imitava comportamenti e parole altrui durante il secondo anno di vita?
6. Il bambino ha combinato le parole in brevi frasi (es. mamma palla) prima dei due anni?

Infine, un'ulteriore ragione che spiega l'importanza di valutare precocemente il linguaggio verbale dei bambini risiede nel fatto che molti bambini con ritardo del linguaggio (ossia che a 2 anni producono poche parole) andranno incontro in età successive a difficoltà di linguaggio e di apprendimento, come verrà meglio spiegato in seguito. Un intervento precoce, fin dai 2-3 anni, riduce quindi la gravità delle difficoltà linguistiche o è addirittura in grado di modificare queste traiettorie.

Quando si può parlare di ritardo primario di linguaggio

Un ritardo nella comparsa o nello sviluppo del linguaggio può essere la spia di difficoltà che interessano primariamente il sistema linguistico, in assenza di deficit di tipo sensoriale, relazionale e cognitivo. In questi casi i bambini vengono nominati *parlatori tardivi* (dall'inglese *late talker*) o *bambini con un ritardo primario di linguaggio* e la stima tra i 2 e 3 anni sulla popolazione infantile è pari al 15% [7]. Si tratta di una popolazione di bambini con profili linguistici molto eterogenei e ciò giustifica le diverse traiettorie di sviluppo e i differenti tipi di intervento che occorre adottare [8].

In particolare, sono evidenti almeno tre tipi di ritardo primario linguistico.

Il primo tipo è il *ritardo solo espressivo lieve*, per cui i bambini hanno difficoltà a produrre parole e frasi correttamente e l'eloquio è poco intellegibile, ma hanno buona comprensione e buone abilità comunicative, gestuali e cognitive. Questi bambini tendono a recuperare spontaneamente il lento sviluppo del linguaggio prima dei 4 anni.

Il secondo tipo consiste in un *ritardo solo espressivo ma marcato*, in cui si osserva un consistente ritardo nel vocabolario espressivo e nella prima grammatica. Più nel dettaglio, sono due i criteri clinici che, se osservati nel bambino dai 2 ai 3 anni, devono far sospettare la presenza di un ritardo del linguaggio marcato: 1) vocabolario espressivo (quantità di parole prodotte) inferiore al 5° percentile¹ nelle prove di screening (ossia all'incirca 10 parole sulle 100 proposte a 2 anni o all'incirca 40 parole sulle 100 proposte a 3 anni al questionario PVB – forma breve; per una descrizione dettagliata, si veda il paragrafo degli strumenti); 2) assenza di combinazioni di parole a formare prime frasi a 27 mesi (quando il 70% dei bambini presenta questa capacità). Questi bambini a 3 anni hanno un linguaggio espressivo pari a quello di bambini di 24 mesi, con capacità comunicative-gestuali e cognitive ridotte seppur in norma. Questi bambini, rispetto ai pari con traiettoria di sviluppo tipico, sono maggiormente a rischio di manifestare un disturbo primario del linguaggio (DPL) dopo i 4 anni.

Infine, il terzo tipo, quello più severo, è rappresentato dai bambini con *ritardo misto – recettivo ed espressivo*; essi hanno difficoltà sia a comprendere sia a produrre parole e frasi, e compromissioni nella comunicazione (es. scarso uso di gesti) e nello sviluppo di certe abilità cognitive extra-linguistiche (es. imitazione, attenzione, memoria e gioco). Questi bambini hanno un'alta probabilità di manifestare un DPL persistente per tutta l'età prescolare [10]).

Recentemente un'indagine longitudinale su un campione numeroso di bambini con sviluppo tipico e parlatori tardivi, dall'età di 3 anni fino all'età di 8 anni, ha permesso di esplorare le traiettorie evolutive del ritardo di linguaggio [11]. I risultati di questo studio evidenziano che la condizione del ritardo nell'ampiezza del vocabolario espressivo e l'assenza di combinazione di parole in frasi nel terzo anno di vita sono indicatori precoci di un DPL che persiste in tutta l'età prescolare e talvolta anche in età scolare [12]. Inoltre, la presenza di una diagnosi di DPL è un fattore che predice il disturbo specifico di apprendimento (DSA) in età scolare. La probabilità di manifestare un DSA risulta 5,41 volte più alta in bambini che hanno avuto nei primi anni di vita un pregresso ritardo di linguaggio combinato a DPL rispetto a bambini con sviluppo tipico. L'in-

interpretazione data dagli autori è che il ritardo nella comparsa del linguaggio celi anche condizioni più compromesse, come il ritardo misto espressivo-recettivo, che, seppure sia la condizione meno frequente, provocherebbe condizioni di fragilità nell'apprendimento della lingua scritta e quindi della lettura e della scrittura [12].

È comunque importante considerare che anche i bambini che mostrano tra i 2 e i 3 anni un ritardo del linguaggio lieve, spontaneamente recuperato a età successive (i cosiddetti *late bloomers*), tendono a mostrare fragilità in età scolare in alcune competenze, quali accesso al lessico, morfo-sintassi, narrazione, memoria verbale e lettura [13].

Inoltre, come è noto dalla letteratura, la presenza di ritardi e disturbi di linguaggio si associa spesso a problematiche di tipo emozionale e comportamentale, e legate alle funzioni esecutive [14-17]. Sia bambini con ritardo del linguaggio sia con DPL mostrano maggiore impulsività, irrequietezza motoria, maggiori difficoltà di regolazione emotiva e minori competenze sociali [18,19].

Per questo l'identificazione precoce di ritardi linguistici sarebbe auspicabile divenisse una priorità nei bilanci di salute del pediatra il quale, a tal fine, può avvalersi di strumenti di identificazione precoce standardizzati e validati su campioni di bambini italiani.

Strumenti per l'identificazione del ritardo primario di linguaggio

Nel panorama italiano esistono diversi strumenti di osservazione del linguaggio per bambini di prima e seconda infanzia a uso dei pediatri. Noi intendiamo in questa sede presentare solo alcuni strumenti di identificazione precoce, quelli che appartengono alla nostra esperienza clinica e di ricerca, e che a nostro parere risultano molto utili per identificare ritardi primari del linguaggio. Tali strumenti si configurano come strumenti di screening e pertanto, nei casi in cui emerga un esito positivo allo scoring da parte del pediatra, richiedono una conferma successiva in sede di valutazione clinico-diagnostica.

Nella **Tabella 3** descriviamo il tipo di strumento (di osservazione indiretta o diretta del linguaggio infantile), le specifiche abilità comunicativo-linguistiche che indaga, la fascia di età per cui è indicato (espressa in mesi) e la durata di somministrazione.

Il primo vocabolario del bambino

I primi due strumenti in elenco sono le due forme brevi del questionario per genitori "PVB – Il primo vocabolario del bambino" [20], strumenti progettati per la prevenzione e l'identificazione di condizioni di rischio di sviluppo del linguaggio (es. per follow up di bambini che hanno avuto nascita prematura o di bambini con problemi di salute nei primi anni di

vita; per bambini con fratelli o genitori con disturbi di comunicazione o linguaggio; per bambini i cui genitori sono preoccupati che il loro figlio/a non stia sviluppando il linguaggio verbale).

Le forme brevi si prestano per essere compilate in autonomia dal genitore o come interviste durante i bilanci di salute a 24-36 mesi da parte del pediatra.

La *Scheda gesti e parole – forma breve* è stata validata per bambini italiani di età compresa tra gli 8 e i 24 mesi e permette di osservare la comprensione e produzione del vocabolario infantile, le azioni e gesti che essi producono e alcune abilità associate all'acquisizione del linguaggio (es. attenzione uditiva, gioco di finzione, combinazione gesto-parola).

La *Scheda parole e frasi – forma breve* è stata validata su bambini italiani di età compresa tra i 18 e i 36 mesi e permette di valutare la produzione del vocabolario infantile, la capacità di combinare le parole in frasi, il livello di complessità e di completezza morfosintattica delle frasi prodotte e alcune abilità legate all'acquisizione del linguaggio (es. la comprensione di frasi che riguardano cose non presenti/eventi passati, imitazione di parole, intelligibilità delle parole prodotte).

Mediante la comparazione con i dati normativi siamo in grado di stimare se la prestazione nel vocabolario espressivo è al di sotto al 5° percentile o il totale delle frasi prodotte è significativamente inferiore a quanto atteso per l'età, e quindi rilevare o meno la presenza di un ritardo primario del linguaggio. Ricordiamo che il ritardo di linguaggio di cui stiamo parlando riguarda primariamente la funzione linguistica, quindi compare in bambini che non presentano segni riconducibili ad altri disturbi del neurosviluppo (es. autismo, disabilità intellettiva).

Pappagallo Lallo

In Italia è disponibile lo strumento di identificazione precoce "Pappagallo Lallo" [21] che permette di valutare le abilità fonetico-fonologiche espressive dei bambini a partire dall'età di 3 anni.

È noto dalla letteratura che i ritardi e di disturbi di linguaggio di tipo solo espressivo e prevalentemente fonologici (ossia che riguardano la corretta pronuncia dei fonemi nelle parole e la giusta sequenza di fonemi a formare le parole) sono i più comuni tra i bambini [22]. Un bambino con ritardo nello sviluppo fonologico è un bambino che intorno ai 3 anni produce un numero di vocaboli sufficiente ma commette ancora molti errori nella pronuncia dei fonemi (es. d, c, g, ci, gi, f, v, s, z) e nella pronuncia delle parole (es. potrebbe dire "tottolata" per cioccolata, "tatolo" per tavolo, "uo" per suo), rendendo molte delle sue produzioni incomprensibili all'orecchio di chi ascolta. Queste difficoltà fonologiche, se non identificate e corrette precocemente, possono avere ricadute consistenti su tutte le

Tabella 3. Strumenti a disposizione del pediatra presenti nel panorama italiano per identificare un ritardo del linguaggio

Strumento	Tipo	Abilità	Fascia di età (mesi)	Durata (minuti)
PVB Gesti e parole – forma breve (Caselli et al., 2015)	Questionario per genitori	Comprensione e produzione di parole Azioni e gesti prodotti Comportamenti legati al linguaggio (attenzione uditiva; tipi di lallazioni; combinazioni gesto-parola; intellegibilità delle parole)	8-24	10
PVB Parole e frasi – forma breve (Caselli et al., 2015)	Questionario per genitori	Produzione parole Combinatoria di parole in frasi Tipi di frasi prodotte Comportamenti legati al linguaggio (gesti deitici; comprensione decontestualizzata; imitazioni verbale; gioco simbolico; intellegibilità)	8-24	10
Pappagallo Lallo (Stella et al., 2013)	Prova diretta	Abilità fonetico-fonologiche espressive	36-84	5

altre competenze del linguaggio e sugli apprendimenti scolastici in età scolare [23,24]. È dunque importante identificare queste difficoltà entro i 3-4 anni per poi inviare tempestivamente il bambino per un intervento logopedico centrato su questi aspetti linguistici.

Lo strumento di identificazione precoce “Pappagallo Lallo” è una prova molto rapida, compatibile con i tempi di un bilancio di salute che conduce un pediatra e consiste nel chiedere al bambino di ripetere alcune parole e non-parole. Esistono due versioni, cartacea o digitale, e sta al pediatra scegliere la modalità più consona a lui e al bambino affinché si crei una situazione ludica e piacevole per entrambi.

Lo strumento, oltre a contenere la prova di identificazione precoce di ritardo o disturbo fonologico, contiene anche proposte di giochi e attività che favoriscono lo sviluppo del linguaggio. Queste attività possono essere proposte al genitore da parte del pediatra oppure eseguite al nido o alla scuola dell'infanzia da parte di educatrici o insegnanti.

Gli autori dello strumento propongono di ri-somministrare la prova una seconda volta dopo 3 mesi di attività mirata alla stimolazione del linguaggio (eseguito a casa da parte dei genitori o al nido/scuola dell'infanzia da parte delle educatrici/insegnanti), per poi suggerire un intervento logopedico qualora il bambino risultasse ancora nella fascia di richiesta di potenziamento.

Interventi e strategie per promuovere lo sviluppo del linguaggio a 2-3 anni

In questi ultimi anni si è molto riflettuto sui possibili interventi da attuare precocemente per modificare le traiettorie di sviluppo a 3 anni. Innanzitutto, si condivide la necessità di abbandonare la strategia definita “aspetta e vedi” (*wait and see*), ovvero il non prendere in carico un bambino parlatore tardivo che non supera uno screening linguistico [7,25].

Nel caso in cui il pediatra rilevi un ritardo del linguaggio, da lieve a severo, è invece importante attivare una serie di strategie e interventi. In alcuni casi, quando il ritardo del linguaggio è solo espressivo ed è lieve, la scelta da operare è quella di monitorare il ritmo e la qualità dei cambiamenti del bambino, attraverso follow up periodici fino a 4 anni mediante gli strumenti di screening sopraccitati. In altri casi sono efficaci trattamenti centrati sulla famiglia all'età dei 3 anni, soprattutto se i bambini hanno un ritardo di linguaggio espressivo consistente (si veda il programma per genitori evidenced based “Oltre il libro” [8]).

Infine, quando il ritardo del linguaggio è più grave (es. ritardo misto), quando l'eloquio è davvero poco intellegibile e solo ai familiari, quando il bambino fa fatica a esprimere i suoi bisogni, ha associate difficoltà di attenzione uditiva e visiva e ha ridotte capacità di comprendere le consegne verbali dei caregiver (genitori, educatori), allora si auspica un intervento diretto sul linguaggio del bambino già all'età di 3 e 4 anni da parte di un logopedista, che settimanalmente incontra il bambino e i caregiver e stimola i prerequisiti del linguaggio.

Questa impostazione riguarda anche i bambini figli di famiglie migranti che sono nati in Italia, che sono esposti a due o più lingue a casa e fuori casa e che possono avere un lento sviluppo del linguaggio verbale. In questi casi è necessario valutare il livello linguistico raggiunto dal bambino nelle due lingue, ossia la lingua d'origine della famiglia e la lingua italiana, tenendo conto dell'esposizione linguistica che il bambino riceve per ogni lingua (quantità e qualità di input) sia a casa sia fuori casa. A tal fine sono state già realizzate nel territorio nazionale, all'interno di alcuni distretti sanitari, delle interessanti esperienze di screening, monitoraggio, valutazione per dirimere eventuali presenze di ritardo di linguaggio nei bambini bilingui [26].

In tutti questi casi (dal caso lieve a quello severo), il pediatra può comunque giocare un ruolo attivo, suggerendo ai genitori

strategie per promuovere lo sviluppo del linguaggio [27]. Dalla letteratura emerge infatti chiaramente l'effetto consistente che le modalità comunicative del genitore hanno sullo sviluppo linguistico di bambini sia con sviluppo tipico sia con condizioni di rischio, con effetti più significativi su questi ultimi [28]. In primo luogo il pediatra può consigliare ai genitori di osservare attentamente, durante le routine quotidiane (i pasti a tavola, la merenda, i giochi, la preparazione per andare a letto ecc.), le modalità (contatto visivo, gesti, suoni e parole) che il bambino privilegia per comunicare i suoi desideri e bisogni o per commentare qualcosa.

Il pediatra può inoltre consigliare al genitore di compiere una auto-osservazione e riflettere sul proprio stile comunicativo (es. tendo a essere un parlatore loquace? sono attento a rispettare i turni di parola? dò a mio figlio/a spazio per partecipare alle conversazioni?). L'adulto può essere invitato nel quotidiano a coinvolgere il figlio in dialoghi che stimolino l'attenzione e siano adatti al livello del bambino, in modo da consolidare l'alternanza dei turni, offrire un modello da imitare per apprendere il linguaggio verbale; il genitore stesso dovrà cercare di utilizzare un linguaggio bimodale gestuale e verbale, sempre “sincronizzato” sulle capacità recettive del bambino e centrato sui suoi interessi.

Inoltre è importante invitare l'adulto a leggere insieme al bambino un po' tutti i giorni. È importante che il genitore accompagni la lettura con immagini, con oggetti reali per renderla più attraente, e che utilizzi un'intonazione accattivante, priva di frasi lunghe, offrendo così un input linguistico semplificato, ricco di gestualità, per stimolare l'apprendimento di vocaboli specifici. Il genitore andrà poi indirizzato verso l'utilizzo della lettura “dialogica” dove le molteplici pause durante l'interazione consentono al bambino di guardare le illustrazioni, di indicare e condividere ciò che trova interessante. Infatti i bambini necessitano di tempo per elaborare e comprendere quello che dice/legge l'adulto, e poi manifestano il desiderio di comunicare in tanti modi diversi: attraverso lo sguardo, o con gesti spesso associati a vocalizzazioni, oppure con parole e frasi. Sta al genitore cogliere questo sforzo comunicativo e provvedere a interpretare i segnali non verbali. Nei casi in cui i bambini pronuncino una parola, una combinazione di parole o una frase, il genitore può rinforzare questo comportamento e, partendo da ciò che il bambino ha prodotto, riformulare ed espandere: se il bambino dice solo una parola, l'adulto ne combinerà due (più gli articoli); se il bambino ne dice due, l'adulto ne combinerà tre (più gli articoli) e così via.

Conclusioni

Come sottolineato in precedenza, il ritardo primario di linguaggio può rappresentare una condizione di rischio per successivi disturbi del linguaggio e dell'apprendimento. Inoltre tutte queste condizioni, se non riconosciute tempestivamente e adeguatamente supportate fin dall'età precoce, rischiano di compromettere la salute scolastica e psicologica e la qualità di vita del bambino in età successive [29-31].

Valutazione e promozione dello sviluppo, in particolare nei primi anni di vita, sono un aspetto essenziale delle cure primarie pediatriche [32]. Incontrando buona parte dei bambini e dei genitori nei bilanci di salute, il pediatra deve quindi essere visto come una “figura chiave” nell'identificazione precoce dei ritardi di linguaggio dai 2 ai 3 anni. Il pediatra dovrebbe inoltre fornire al genitore consigli che promuovano gli scambi comunicativi genitore-bambino e indirizzare il bambino verso un intervento individualizzato di potenziamento del linguaggio fin dai 2 anni di età nei casi che lo richiedono. Intervenire precocemente significa prevenire problemi successivi di più grande entità e che gravano maggiormente sul sistema sanitario nazionale. L'identificazione e la presa in carico precoce di ritardi di linguaggio nella prima infanzia appare in molte Regioni d'Italia

ancora una “sfida”, ma crediamo che la sensibilità e l’attenzione del pediatra, insieme a quella degli educatori di nido, sia la strada giusta da percorrere. ■

Note

1. Nella letteratura internazionale il limite percentile che identifica un ritardo di linguaggio viene fissato al 10° percentile; dall’esperienza di ricerca e clinica in ambito italiano [9] si ritiene che il limite possa essere fissato al 5° percentile.

Bibliografia

1. Bertelli B, Majorano M, Ferrari R. Lo sviluppo del linguaggio nella prima infanzia. Carocci, 2023.
2. Golinkoff RM, Hirsh Pask K. Il bambino impara a parlare. L’acquisizione del linguaggio nei primi anni di vita. Raffaello Cortina, 2001.
3. Murray L. Le prime relazioni del bambino, Raffaello Cortina, 2014.
4. Ammaniti M, Ferrari PF. Il corpo non dimentica. L’io motorio e lo sviluppo della relazionalità. Raffaello Cortina, 2020.
5. Caselli MC, Volterra V. Dall’azione al linguaggio in bambini con sviluppo tipico e atipico. Una prospettiva cognitiva e sociosemiotica. Erickson, 2024.
6. Carnevali L, Pezzotti S, Farroni T, et al. Dall’io al noi. Percorsi e attività per stimolare l’intelligenza comunicativa. Erickson, 2023.
7. Rescorla LA, Dale PS. Late talkers. Language, development, interventions and outcomes. Paul Brookes Publishing, 2013.
8. Girolametto L, Bello A, Onofrio D, et al. Parent-coaching per l’intervento precoce sul linguaggio. Percorsi di lettura dialogica nel programma “Oltre il libro”. Erickson, 2017.
9. Bello A, Remi L, Oliosio G, et al. Un’esperienza di screening per l’identificazione di bambini con ritardo del linguaggio nella provincia di Mantova: primi risultati e prospettive future. Psicologia Clinica dello Sviluppo. 2014;2:329-242.
10. Bonifacio S. Il lento sviluppo del linguaggio. Inquadramento teorico e modalità operative. Carocci Editoriale Faber, 2021.
11. Rinaldi P, Bello A, Simonelli I, Caselli MC. Is Specific Learning Disorder predicted by Developmental Language Disorder? Evidence from a follow up study on Italian children. Brain Sci. 2023 Apr 21;13(4):701.
12. Rinaldi P, Caselli MC, Simonelli I, et al. Prevalenza e predittori del Disturbo Primario di Linguaggio in età prescolare. Logopedia e Comunicazione. 2023;19:282-290.
13. Sansavini A, Favilla ME, Guasti MT, et al. Developmental Language Disorder: Early Predictors, Age for the Diagnosis, and Diagnostic Tools. A Scoping Review. Brain Sci. 2021 May 17;11(5):654.
14. Pettenati P, Benassi E, Deevy P, et al. Extra-linguistic influences on sentence comprehension in Italian-speaking children with and without specific language impairment. Int J Lang Commun Disord. 2015 May-Jun;50(3):312-321.
15. Rescorla L. Ritardo del linguaggio e problemi emotivo-comportamentali prima dei 3 anni. Psichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza. 2009;76.
16. Gandolfi E, Zanobini M, Dodici S, et al. Sviluppo del linguaggio, temperamento e funzioni esecutive emergenti nel terzo anno di vita. Psicologia clinica dello sviluppo. 2020;1:35-57.
17. Marzocchi GM, Pecini C, Usai MC, et al. Le funzioni esecutive nei disturbi del neurosviluppo. Dalla valutazione all’intervento. Hogrefe, 2022.
18. Viterbori P, Re AR, Usai MC. L’autoregolazione in età prescolare. Una guida per sostenere lo sviluppo per educatori e insegnanti. Carocci, 2024.
19. Pecini C, Brizzolara D. Disturbi e traiettorie atipiche del neurosviluppo. Diagnosi e intervento. McGraw-Hill Education, 2024.
20. Caselli MC, Bello A, Rinaldi P, et al. Il Primo Vocabolario del Bambino: gesti, parole e frasi. Valori di riferimento fra 8 e 36 mesi delle forme complete e delle forme brevi del questionario MacArthur-Bates CDI. Raffaello Cortina, 2015.
21. Stella G, Gallo D, Bacchion M, et al. Pappagallo Lallo. Identificazione precoce di difficoltà fonologiche e laboratori per lo sviluppo linguistico da 3 a 5 anni. GiuntiEdu, 2013.
22. Sabbadini L, Caselli MC. Indicazioni per la diagnosi, la valutazione e l’intervento riabilitativo dei bambini con Disturbo Specifico di Linguaggio. Psicologia clinica dello sviluppo. 1998;2:477-494.
23. Marini A, Vicari S. I disturbi del linguaggio in età evolutiva. Caratteristiche, diagnosi e trattamento. Mulino, 2022.
24. Marotta L, Caselli MC. I disturbi del linguaggio. Caratteristiche, valutazione, trattamento. Erickson, 2014.
25. Capone Singleton N. Late talkers: Why the wait-and-see approach is outdated. Pediatr Clin North Am. 2018 Feb;65(1):13-29.
26. Rinaldi P, Caselli MC. Bambini figli di migranti in età prescolare. Esperienze di formazione, valutazione e presa in carico. Erickson, in stampa.
27. Girolametto L, Bello A. La lettura dialogica, Guida Pratica. Uppa magazine. 2022;1:18-26.
28. Benassi E, Guarini A, Savini S, et al. Maternal responses and development of communication skills in extremely preterm infants. First Lang. 2018;38:175-197.
29. Benassi E, Bello A, Camia M, et al. Quality of life and its relationship to maternal experience and resilience during COVID-19 lockdown in children with specific learning disabilities. Eur J Spec Needs Educ. 2022;37:632-647.
30. Camia M, Benassi E, Padovani R, et al. Relationships between pragmatic abilities, school well-being and psychological health in typically developing children. Med J Clin Psych. 2021;9:1-19.
31. Camia M, Benassi E, Giovagnoli S, et al. Specific learning disorders in young adults: Investigating pragmatic abilities and their relationship with theory of mind, executive functions and quality of life. Res Dev Disabil. 2022 Jul;126:104253.
32. Tamburlini G, Rapisardi G, Davidson A, et al. Valutazione neuroevolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio 0-3 anni. Documento di consenso. Quaderni acp. 2012;19:169-174.