



Descrizione delle Patologie Trattate

Disfonie

Disturbi della voce con cause disfunzionali (ipercinesie, ipocinesie o incoordinazione pneumofoniche), organiche (noduli, granulomi, lesioni intracordali congenite, disfonie spasmodiche, muta vocale, paralisi) o post intervento (cordectomie, laringectomie subtotali e totali).

Tutti noi sappiamo quanto la voce sia una presenza costante nella nostra vita quotidiana, strumento di espressione e comunicazione. Nella vita sociale e lavorativa la voce rappresenta un elemento di grande importanza nell'interazione con gli altri, indice della propria personalità, del proprio carattere, strumento indispensabile soprattutto da un punto di vista professionale, in particolare per coloro che la utilizzano come mezzo della propria attività lavorativa (pensiamo agli insegnanti, agli avvocati, ai rappresentanti ecc). Un cattivo utilizzo della voce, la permanenza di abitudini scorrette o ancora lo sforzo vocale che mettiamo in atto per "migliorare" la voce che ci appare diversa, sono causa di disfonia. In presenza di una disfonia l'emissione vocale può risultare pressata, debole, soffiata fino anche alla afonia, il timbro di voce cambia, parlare diventa "difficile" e spesso anche "doloroso".

Grazie ad un trattamento logopedico è possibile stabilire un comportamento vocale adeguato e consapevole il che può permettere a ciascun soggetto di sviluppare una migliore comunicazione orale, di adeguare la qualità della voce alle proprie esigenze professionali, e di prevenire future patologie disfunzionali e organiche.

La terapia logopedica prevede due livelli di intervento: uno aspecifico, che utilizza metodi generali e sempre applicabili in tutti i tipi di disfonia e riguardanti soprattutto le misure di igiene e riposo vocale, l'insegnamento delle corrette modalità di respirazione e le tecniche di rilassamento; uno specifico, che riguarda invece l'insegnamento di esercizi vocali per il controllo dell'altezza tonale, l'intensità della voce e dell'attacco vocale.

Balbuzie

La fluenza della parola può essere definita come un fluire armonico delle sequenze espressive in quantità adeguata, con variazioni di velocità mantenute entro determinati limiti, con pause di determinata durata e rapporto con i vari componenti delle sequenze, e senza la presenza di attività parassite. La balbuzie è una disfluente ma non tutti i disturbi della fluente sono classificabili come balbuzie.

Tutti noi abbiamo delle disfluente occasionali, quando siamo nervosi o emozionati.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S) classifica la balbuzie come disturbo specifico dello sviluppo, un disordine del ritmo della parola nel quale il paziente sa con precisione quello che vorrebbe dire, ma nello stesso tempo non è in grado di dirlo.

La balbuzie è caratterizzata da ripetizioni, prolungamenti, blocchi, accompagnati da disagio e in genere insorge in età evolutiva.

Quanto più il balbuziente è limitato dai contenuti e dai tempi della sua comunicazione, tanto maggiore sarà per lui il carico comunicativo in quella situazione. La pressione comunicativa aumenta anche con l'importanza del messaggio.

Partecipare ad una discussione collettiva aperta gli risulta più facile che usare le stesse parole per rispondere ad una domanda diretta.

C'è ereditarietà della balbuzie ma non è detto che si trasmetta a tutte le generazioni. Più precisamente è possibile riferirsi ad una predisposizione ambientale-ereditaria confermata da storie familiari di balbuzie in circa un 1/3 dei casi.

È possibile distinguere differenti tipi di balbuzie:

- Balbuzie primaria : tipica del periodo di massimo sviluppo del linguaggio, che si manifesta con alterazioni della fluenza tipiche (ad esempio esitazioni, una o due ripetizioni di parole monosillabe, ecc) in assenza di consapevolezza delle difficoltà
- Balbuzie di transizione: questo stadio non si differenzia molto dal precedente ma inizia ad essere presente la consapevolezza del disturbo senza l'ansia
- Balbuzie secondaria: include alterazioni della fluenza atipiche (ripetizione di fonemi, blocchi, prolungamenti, tensione visibile o udibile) ed è accompagnata da consapevolezza e reazioni affettive e manifestazioni ad esse conseguenti

Gli studiosi hanno inoltre classificato tre differenti tipi di balbuzie, tenendo presente la particolare configurazione del "blocco" e dei suoni caratteristici che il blocco verbale manifesta nello sforzo articolatorio:

- Forma Clonica: comporta la ripetizione di una o più parti iniziali, interne o finali di una parola. E' solitamente la forma più frequente con cui la balbuzie si manifesta nell'età infantile
- Forma Tonica: si manifesta all'inizio della parola con difficoltà di pronuncia e, nei casi più severi, comporta un vero e proprio "blocco" nella fluenza verbale del bambino
- Forma Palilalica o Mista: insieme delle forme precedenti caratterizzata dalla presenza di prolungamenti, tonicità e ripetizioni cloniche

Migliorare la fluenza dei bambini e delle persone che balbettano è possibile.

L'obiettivo terapeutico nella fascia d'età dai 3 ai 7 anni è evitare che la balbuzie diventi nel tempo troppo severa e si "cronicizzi", cercando di mantenerla ad un livello "gestibile" dal bambino e da coloro che lo circondano.

Partendo dal presupposto che la balbuzie non ha quasi mai un'unica causa ma è generalmente determinata da un "mix" di fattori inconsci, educativi, sociali, fonetici, motori, emotivi, sociali, culturali, ereditari, ecc. l'approccio che appare più funzionale è un approccio sinergico tra logopedista e psicologo.

Inoltre vergogna, senso di colpa, frustrazione e bassa autostima tendono a peggiorare i disordini del linguaggio ed una terapia che punti esclusivamente sul meccanismo del linguaggio è destinata a fallire.

Le tecniche Logopediche/Foniatriche cercano di agire direttamente sul sintomo migliorando e regolando: la coordinazione del sistema pneumo-fono-articolatorio, l'atto respiratorio, la ripetizione sillabica, la ritmica del linguaggio, l'articolazione dell'atto fonatorio e la coordinazione muscolare.

Le tecniche psicologiche hanno come obiettivo il rafforzamento dell'Io e partono dalla convinzione che sia la repressione di impulsi non coscienti a generare i problemi di controllo dei logospasmi. Le tecniche psicologiche si propongono di far evolvere la personalità del bambino considerando come cause principali della balbuzie l'angoscia, il carico emotivo e il senso di solitudine.

Disturbo Specifico di Linguaggio (DSL)

Quando lo sviluppo linguistico si arresta, o prosegue in modo atipico, in assenza di deficit sensoriali, cognitivi, socio-ambientali e di alterazioni organiche, siamo di fronte ad un caso di Disturbo Specifico di Linguaggio (DSL). Il linguaggio può essere compromesso in una o più componenti formali del linguaggio sia a livello di comprensione che di sola produzione.

L'evoluzione del disturbo varia in rapporto alla gravità e persistenza del disturbo linguistico.

CLASSIFICAZIONE DEL DISTURBO SPECIFICO DEL LINGUAGGIO:

Sulla base dei criteri diagnostici dell'ICD10 e dei profili linguistici riportati da *Cipriani, Chilosi, Fapone 2002; Leonard e Sabbadini 1998* è possibile identificare tre tipologie di disturbi specifici di linguaggio:

- disturbo fonologico isolato;
- prevalentemente espressivo con ritardo/deficit della componente fonologico-morfosintattica (DSL espressivo);
- Disturbo recettivo-espressivo con associati deficit lessicali (DSL recettivo-espressivo).

I bambini con DSL mostrano spesso delle difficoltà non linguistiche quali segni neurologici minori (disprassia, dislateralizzazione, ecc); lieve ritardo nello sviluppo motorio, lieve ritardo nell'organizzazione delle sequenze di gioco rappresentativo- simbolico.

Il linguaggio acquisito in modo stentato non permette di far assumere correttamente il ruolo di organizzatore del pensiero.

Il trattamento prevederà un intervento mirato all'incremento delle competenze extraverbali permettendo lo sviluppo delle abilità simboliche, delle competenze grafo-espressive, prassico-costruttive, dei reperti spazio-temporali, dei ritmi corporei, ecc., e un intervento mirato allo sviluppo delle competenze linguistiche più formali, ovvero sull'area fonologica, morfo-sintattica, semantica e/o narrativa. Inoltre l'intervento logopedico nei bambini in età prescolare sarà mirato anche sulle competenze metafonologiche e su attività di prealfabetizzazione.

È infatti riconosciuto che bambini con pregresso DSL hanno un maggior rischio di sviluppare un Disturbo Specifico degli Apprendimenti in età scolare.

I disturbi psicopatologici più frequentemente riscontrati in bambini con DSL sono disturbi della condotta e i disturbi emotivi. Il bambino che non è in grado di utilizzare il linguaggio con facilità o che sa che non verrà capito, tende a passare direttamente all'azione, procurandosi gli oggetti di interesse, a volte anche in modo aggressivo. Efficace pertanto una terapia che preveda una presa in carico globale.

Disturbi specifici degli apprendimenti

Le difficoltà di apprendimento costituiscono uno dei problemi più rilevanti dell'età evolutiva, sia per la loro elevata incidenza (20-25% della popolazione scolastica) sia per gli effetti a breve e lungo termine sullo sviluppo emotivo e sociale del bambino.

Il DSM IV definisce i criteri di diagnosi:

I disturbi dell'apprendimento vengono diagnosticati quando i risultati ottenuti dal bambino in test standardizzati, somministrati individualmente su lettura, scrittura, calcolo o espressione scritta, risultano significativamente al di sotto di quanto previsto in base all'età, all'istruzione ed al livello di intelligenza. Essi interferiscono in modo significativo con i risultati scolastici o con le attività della vita quotidiana che richiedono capacità di lettura, di calcolo o di scrittura.

Sono per ora state individuate quattro tipologie di disturbi di apprendimento:

- Disturbo di lettura: Dislessia F81.0
- Disturbi dell'espressione scritta: Disortografia e Disgrafia F81.1
- Disturbo di calcolo: Discalculia F81.2
- Disturbi di apprendimento non altrimenti specificato F81.3

Dislessia

L'ICD-10 e il DSM IV seppur con differenti sfumature inquadrano la dislessia evolutiva come "un disturbo manifestato nell'apprendimento della lettura, nonostante istruzione adeguata, assenza di deficit intellettivi, neurologici o sensoriali e adeguate condizioni socio-culturali".

Molti bambini, a causa delle suddette difficoltà sono vittima di un senso di grande frustrazione nel momento in cui entrano a fare parte del sistema scolastico. I bambini si sentono inadeguati e responsabili dei propri successi scolastici e tale sentimento è spesso dovuto ad una serie di malintesi che coinvolgono insegnanti, genitori e gli stessi bambini.

L'insegnante si interroga sull'impegno del bambino e ritenendo che il bambino si eserciti poco lo invita a moltiplicare lo sforzo.

I genitori sono perplessi e spesso oscillano fra comportamenti severi e punitivi con inviti all'impegno e lunghi periodi di attesa impotente sperando che il tempo aggiusti ogni cosa.

È necessario attivare tempestivamente tutte le misure adeguate, didattiche e abilitative affinché il problema sia compensato nel migliore dei modi.

Il bambino in età scolare:

- ha acquisito con ritardo le normali competenze linguistiche

- pronuncia male alcune parole, lettere o gruppi di lettere
- confonde le indicazioni di direzione (es. sopra/sotto, dentro/fuori)
- inciampa, sbatte, cade eccessivamente
- manifesta rapidità di pensiero e di azione
- ha difficoltà ad imparare le filastrocche per bambini
- presenta difficoltà con le "sequenze" (es. successione ordinata di perline colorate).

Il bambino fino ai 9 anni:

- incontra una difficoltà ad imparare a leggere e a scrivere
- inverte continuamente numeri e lettere (ad es. "15" per "51", "b" con "d")
- impara a fatica l'alfabeto, le tabelline e sequenze di nomi, come i giorni della settimana e i mesi dell'anno
- è disattento ed ha scarsa capacità di concentrazione
- non riesce agevolmente ad allacciarsi le scarpe, a colpire il pallone o a saltare

Il bambino dai 9 ai 12 anni:

- persiste negli errori nella lettura e/o possiede una scarsa comprensione dei contenuti
- inverte o omette lettere e parole nella lettura e nella scrittura
- per eseguire compiti scritti impiega un tempo superiore alla media
- è disorganizzato a scuola e a casa
- ha difficoltà a copiare dalla lavagna o dal testo
- vive sentimenti di mancanza di fiducia in se stesso e nelle sue capacità
- trova molta difficoltà ad imparare le lingue straniere

Disortografia e disgrafia

Con il termine "disortografia" si intende un disturbo specifico della scrittura che evidenzia una grande difficoltà a tradurre correttamente i suoni delle parole in simboli grafici (grafemi).

I bambini disortografici commettono degli errori sistematici che si distinguono:

Confusione tra fonemi simili: ad esempio F e V; T e D; B e P; L e R, ecc.

Confusione tra grafemi simili: difficoltà a riconoscere i segni alfabetici che presentano somiglianza nella forma, ad esempio: b e p; b e d

Omissioni: alcune parti della parola sono tralasciate, ad esempio la doppia consonante (*note-notte*); la vocale intermedia (*luogo-logo*); la consonante intermedia (*strada-srada*).

Inversioni: inversioni nella sequenza dei suoni all'interno della parole, ad esempio: *li* per *il*.

Nei bambini disortografici, l'incompiuta automatizzazione della scrittura richiede loro un'attenzione eccessiva sugli aspetti di ortografia, comportando una maggiore probabilità di errori e, spesso, un peggioramento della grafia, proprio per l'attenzione eccessiva che viene richiesta.

Con il termine "Disgrafia" si intende il disturbo che si manifesta nella difficoltà di organizzazione del pattern motorio, ovvero la capacità esecutiva del processo di scrittura, coinvolgendo esclusivamente il grafismo e non le regole

ortografiche e sintattiche.

Discalculia evolutiva

Difficoltà nei compiti numerici ed aritmetici di base, come ad esempio leggere e scrivere correttamente i numeri o eseguire calcoli a mente con sufficiente rapidità e precisione.

In contrasto con quanto accade per molti bambini con dislessia, i bambini con disturbo specifico delle abilità aritmetiche tendono ad avere capacità uditive-percettive e verbali nella norma mentre le capacità visuoperceptive e visuospatiali sono compromesse. Le difficoltà aritmetiche che possono verificarsi sono varie, tra le quali: un'incapacità a comprendere i concetti alla base di particolari operazioni aritmetiche; una mancanza di comprensione dei termini o dei segni matematici; il mancato riconoscimento dei simboli numerici; la difficoltà ad attuare le manipolazioni aritmetiche standard; la difficoltà di comprendere quali dati sono pertinenti al problema aritmetico in esame; la difficoltà ad allineare correttamente i numeri o a inserire decimali o simboli durante i calcoli; la difettosa organizzazione spaziale dei calcoli aritmetici; l'incapacità di apprendere in modo soddisfacente le tabelle della moltiplicazione.

Disturbi pervasivi dello sviluppo (dps)

I DPS rappresentano circa il 3% della popolazione psichiatrica dell'età evolutiva. Si manifesta nella prima infanzia ed è caratterizzato da ridotte e/o ritardate competenze sociali, comunicative e cognitive di base. Viene ad essere compromessa la comunicazione verbale e non verbale, la capacità di interazione sociale reciproca, ed è presente una difficoltà a rappresentarsi gli "altri" e la mente degli "altri".

Generalmente i primi ad accorgersi di comportamenti insoliti nei loro bambini sono i genitori. Il bambino sembrava "diverso" fin dalla nascita, per l'assenza di reazioni alla presenza degli altri, oppure per le fissazioni su un solo oggetto. I primi segnali di un DPS possono tuttavia comparire anche nei bambini che inizialmente sembravano aver seguito uno sviluppo normale. Quando un bimbo attento e chiacchierino all'improvviso diventa smette di parlare, si chiude nel "suo mondo", diventa autolesionista, oppure indifferente alle relazioni sociali, c'è qualcosa non va.

Fanno parte dei DPS le seguenti patologie: Disturbo Autistico, Disturbo di Rett, Disturbo Disintegrativo della Fanciullezza, Disturbo di Asperger e il Disturbo Generalizzato dello Sviluppo NAS

Autismo

I Disturbi dello Spettro Autistico possono essere diagnosticati in modo attendibile per lo più entro il terzo anno d'età e, in alcuni casi, addirittura entro i 18 mesi.

I Disturbi dello Spettro Autistico sono definiti da una serie di comportamenti che oscillano in un range da molto lievi a gravi. Nel Public Health Training Network Webcast, "Autismo Tra Noi (3)", sono stati individuati i seguenti possibili

indicatori.

Possibili Indicatori dei Disturbi dello Spettro Autistico

- All'età di 12 mesi non balbetta, non indica, non fa gesti significativi
- All'età di 16 mesi non dice neanche una parola
- All'età di 24 mesi non mette insieme due parole
- Non risponde al proprio nome
- Perde il linguaggio e le abilità sociali

Altri Indicatori

- Scarso contatto oculare
- Non sa come giocare con i giocattoli
- Allinea eccessivamente i giocattoli o altri oggetti
- Mostra un eccessivo attaccamento a un particolare giocattolo o oggetto
- Non sorride
- Talvolta sembra sordo

IL TRATTAMENTO LOGOPEDICO

La presa in carico logopedica deve :

incrementare la comunicazione non verbale;
sviluppare la competenza e l'uso delle abilità linguistiche nei versanti foneticofonologico, semantico-lessicale, grammaticale-sintattico);
educare alle percezioni (in particolare la percezione uditiva);
rafforzare i movimenti prassici.

Vengono stabiliti obiettivi a breve termine e si decide su quali abilità lavorare, in quali condizioni e per quanto tempo.

Inizialmente l'intervento vertirà sui prerequisiti all'apprendimento del linguaggio (contatto oculare, condivisione dell'attenzione, imitazione, ecc), valutando, individuando e insegnando atti comunicativi alla portata del bambino e del suo ambiente.

In tutti quei bambini che sviluppano il linguaggio verbale, l'intervento logopedico sarà indirizzato anche all'ampliamento dell'area semantico lessicale, sulla costruzione della frase e del racconto e sul miglioramento della comprensione del linguaggio verbale.

Un intervento precoce e tempestivo può facilitare il percorso di apprendimento e di generalizzazione delle regole comunicative e del linguaggio.

IL TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO

Gli obiettivi generali dell'intervento saranno: favorire la motivazione, la stabilità attentiva e il comportamento intenzionale, il riconoscimento e la differenziazione delle emozioni, la comprensione di sé e dell'altro, la comunicazione,

il gioco e il problem-solving. Fra i trattamenti più efficaci sono documentati quelli di natura comportamentale e molti interventi prevedono l'applicazione di strategie e di tecniche che si basano sui principi della psicoterapia cognitiva. Molti bambini autistici hanno difficoltà a trasferire le abilità appena apprese in un determinato setting terapeutico in altri luoghi e ad altre persone, per questo motivo un buon trattamento deve prevedere un lavoro con la famiglia.

La presa in carico del nucleo familiare è indispensabile e può essere effettuata mediante: interventi di sostegno, la psicoterapia individuale, di gruppo e la psicoterapia genitore-bambino.

Disturbo dell'attenzione DDAI e ADHD

Sindromi ipercinetiche

Disturbo ipercinetico

Nel disturbo ipercinetico si ha contemporanea presenza di sintomi di inattenzione, iperattività e almeno un sintomo di impulsività. La presenza di altri disturbi (es. disturbo della condotta) implica l'inclusione in specifiche categorie diagnostiche (es. disturbo ipercinetico della condotta).

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività

Questo disturbo si caratterizza per un esordio precoce (entro i primi cinque anni) e per una sintomatologia che viene raggruppata in due dimensioni psicopatologiche: disattenzione e impulsività/iperattività.

Studi epidemiologici indicano che il 3-7% dei bambini in età scolare e il 4-5% degli adolescenti e dei giovani adulti, rientra nei criteri del disturbo da deficit di attenzione stabiliti nel DSM-IV-TR con una proporzione che va da 2:1 a 9:1 tra maschi e femmine.

La disattenzione si manifesta come scarsa cura per i particolari, distraibilità, incapacità a portare a termine le azioni già avviate, mancanza di perseveranza nelle attività che richiedono un impegno cognitivo o abilità organizzative. I bambini appaiono sempre distratti, perdono oggetti significativi o dimenticano attività importanti.

L'impulsività si manifesta come la tendenza a passare da un compito/attività all'altra senza completarne alcuna, difficoltà ad organizzare azioni complesse, difficoltà a rispettare il proprio turno in situazioni di gioco e/o di gruppo. Solitamente l'impulsività si associa a iperattività, cioè ad una attività disorganizzata ed eccessiva che in classe, ad esempio, si caratterizza per difficoltà a stare seduti, tendenza a fare rumore, distrarre gli altri, dondolarsi sulla sedia, difficoltà a rispettare le regole, i tempi e gli spazi dei compagni. Questi deficit, che si manifestano nella maggior parte delle situazioni, sono causati da difficoltà oggettive nell'autocontrollo e nella capacità di pianificazione. Molti di questi bambini hanno difficoltà ad andare d'accordo con i coetanei e a stabilire con loro rapporti di amicizia probabilmente perché il loro comportamento è spesso aggressivo e in generale irritante per gli altri. In questi bambini è comune una compromissione cognitiva. Ritardi specifici dello sviluppo motorio, del linguaggio e difficoltà di apprendimento sono altresì frequenti. Fra le complicità secondarie si riscontra un comportamento antisociale e una scarsa autostima.

Si distinguono tre tipologie del disturbo: il sottotipo con disattenzione predominante, il sottotipo con impulsività/iperattività predominante e il tipo combinato al quale appartengono i bambini che presentano sia una scarsa capacità attentiva sia un comportamento iperattivo-impulsivo.

Tale disordine, se non trattato, espone al rischio di sviluppo successivo (adolescenza, adulti) di condotte antisociali, abuso di sostanze, difficoltà attentive, familiari, interpersonali ed educative.

Il trattamento cognitivo-comportamentale prevede un'interesse verso tutte le aree che risultano essere compromesse e riguardare pertanto le varie dimensioni implicate nel disturbo (cognitiva, emotivo-affettiva, comportamentale, relazionale).

Le procedure di intervento più comuni tengono conto delle difficoltà del bambino nel valutare attentamente quali siano i passi necessari per il raggiungimento dei propri obiettivi e nel controllare la qualità del proprio lavoro durante la sua esecuzione. Per tale ragione queste procedure propongono, oltre alla gestione delle contingenze (rinforzi e punizioni), prevista anche nei programmi di natura squisitamente comportamentista, l'insegnamento di varie tecniche tra cui le autoistruzioni verbali, il *problem-solving* e lo stress "*inoculation training*" (consapevolezza e controllo delle emozioni in situazioni stressanti).

Disturbi della condotta

Disturbo della condotta. È caratterizzato da una modalità ripetitiva e ricorrente di condotta antisociale, aggressiva o provocatoria che conduce a significative violazioni della legge, delle principali norme della società o dei diritti degli altri, non dovute a gravi disturbi psichici. Frequente è l'associazione con condizioni ambientali e psicosociali sfavorevoli. Fra i tipi di comportamento considerati sintomatici del disturbo vi sono la distruzione di oggetti appartenenti ad altri, frequenti fughe da casa, introduzione nelle proprietà altrui, furti, menzogne, crudeltà fisica verso le persone e gli animali, atteggiamento provocatorio, dispettoso e vendicativo. Inoltre il disturbo della condotta può essere limitato al contesto familiare o può caratterizzarsi per una ridotta socializzazione. In taluni casi il disturbo evolve in un disturbo di personalità antisociale.

Disturbo oppositivo-provocatorio. Questo disturbo si manifesta in bambini di età inferiore a nove-dieci anni. Si definisce per la presenza di un comportamento marcatamente e persistentemente provocatorio, ostile, disobbediente. Il bambino esibisce comportamenti quali perdita di controllo, litigi con gli adulti, opposizione attiva o rifiuto ripetuto di rispettare le regole e le richieste degli adulti, azioni compiute con lo scopo deliberato di infastidire gli altri ed è anche collerico, suscettibile, dispettoso e vendicativo. Raramente questi bambini si attribuiscono la responsabilità dei loro conflitti con gli altri e giustificano il loro comportamento oppositivo sostenendo che si tratta di una risposta a richieste irragionevoli. Si distingue dal disturbo della condotta per la mancanza dell'estrema aggressività fisica. Comunemente vi si associano il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, i disturbi dell'apprendimento e della comunicazione.

Sordità' e impianti cocleari (IC)

Per sordità si intende una condizione patologica caratterizzata da una perdita totale o parziale dell'udito. Il termine medico utilizzato per indicare questa patologia è IPOACUSIA, ovvero diminuzione della capacità uditiva.

La sordità infantile alla nascita ha un'incidenza dello 1,5 per 1.000 nati, ma raggiunge per i bambini con fattori di rischio audiologico, il 4-5%.

L'incidenza della sordità infantile è variabile anche in base all'età del paziente al momento della rilevazione. Questo fatto è indice del carattere evolutivo di alcuni tipi di sordità. Bisogna quindi distinguere l'incidenza della sordità nei primissimi anni di vita da quella che viene riscontrata durante l'età scolare.

Il primo approccio verso una diagnosi avviene grazie allo screening infantile, un sistema rapido ed economico per

individuare in una popolazione i portatori di una data patologia non frequente (nel nostro caso la sordità). Il riconoscimento precoce della sordità, infatti, può evitare la comparsa di gravi conseguenze come la mancata o alterata acquisizione del linguaggio.

Il linguaggio verbale si struttura nei primi tre anni di vita, dopodiché l'acquisizione del linguaggio è sempre possibile ma più difficoltosa.

Affinché questo complesso meccanismo possa realizzarsi è indispensabile un normale sviluppo del sistema nervoso centrale, un'adeguata stimolazione da parte dell'ambiente esterno, l'integrità del sistema uditivo, dell'apparato laringeo e della via nervosa uditiva.

Nel bambino affetto da sordità grave, le tappe dello sviluppo del linguaggio (vocalizzi, lallazione, prime parole, esplosione del vocabolario) non hanno luogo. La scomparsa della lallazione è un fenomeno di frequente riscontro nei bambini affetti da sordità.

Anche le sordità lievi ha ripercussioni sullo sviluppo del linguaggio, con la presenza, ad esempio di alterazioni nella produzione di fonemi (definite dislalie audiogene).

La deprivazione sensoriale uditiva determina non solo la mancata o alterata acquisizione del linguaggio, ma anche alterazioni dello sviluppo psicomotorio e disturbi del comportamento.

Anche il rapporto madre-bambino, in caso di sordità, è reso più complesso. In assenza del supporto dei contenuti forniti dal linguaggio verbale è possibile strutturare una personalità caratterizzata da diffidenza, tendenza all'isolamento, aggressività, depressione.

Ovviamente intervenendo con precocità attraverso l'applicazione della protesi (entro i 6 mesi) e con la riabilitazione logopedica, si possono limitare o annullare le alterazioni elencate.

La terapia della sordità prevede l'applicazione dell'apparecchio acustico precocemente (idealmente tra i 3 e i 6 mesi di età) per ridurre al minimo il periodo di deprivazione sonora. L'applicazione dell'impianto cocleare avviene invece dai due anni di età e segue comunque alla fase di utilizzo della protesi acustica. L'uso di protesi acustica o impianto comunque non è in grado di ripristinare al 100% la funzionalità dell'orecchio; perciò l'uso di apparecchio o impianto deve essere sempre associato alla terapia logopedica di abilitazione o riabilitazione.

È importante che al momento della prima protesizzazione vi sia la presenza dell'otorino, del tecnico audio protesico e della logopedista oltre che della madre, per poter registrare immediatamente le reazioni del bambino alla protesi.

Indispensabile un approccio integrato che preveda la presa in carico della coppia genitoriale dal punto di vista del sostegno psicologico.

Quando la diagnosi e l'applicazione della protesi vengono effettuate entro i 16-18 mesi, si parla di educazione logopedica. In questo periodo infatti i meccanismi di acquisizione del linguaggio generalmente non sono ancora significativamente compromessi.

Il lavoro del logopedista deve essere sempre affiancato dal lavoro dei genitori, che sono costantemente formati e dei quali è necessaria una stretta collaborazione.

La terapia rieducativa tiene conto dell'evoluzione del linguaggio cercando di ricreare le tappe del suo normale apprendimento: con la continua stimolazione il bambino è in grado di capire che ogni oggetto e ogni situazione ha una specifica denominazione.

Verso i 2 anni di età, l'intervento psicomotorio diventa complementare a quello logopedico, e questo è utile per superare le difficoltà di ordine motorio che spesso si associano alla sordità.

Per il recupero del bambino sordo viene utilizzata anche la musicoterapia, metodica riabilitativa con finalità diverse dall'insegnamento convenzionale della musica.

La rieducazione invece si pratica quando il bambino non ha acquisito il linguaggio o lo ha strutturato parzialmente con schemi espressivi e comportamentali alterati, a causa di una diagnosi effettuata oltre i 3 anni di età. L'intervento del logopedista deve tenere ovviamente conto del grado di perdita uditiva.

I principi della rieducazione si basano sull'allenamento acustico, sull'impostazione dei vari fonemi, sull'acquisizione di parole e frasi contenenti i fonemi che vengono progressivamente impostati, sull'esecuzione di esercizi per lo sviluppo della comprensione del linguaggio.

L'intervento logopedico non si limita solamente all'acquisizione del linguaggio ma continua nel tempo, facilitando l'inserimento del bambino prima nella scuola materna e successivamente attraverso l'iter scolastico.

L'Impianto Cocleare Indicazioni

L'I.C. può essere prescritto nell'adulto a condizione che vi sia:

- Sordità totale o profonda
- Nessun beneficio dall'uso della protesi acustica o discriminazione inferiore al 30%
- Elevata motivazione
- Buona lettura labiale

Sordità insorta da meno di un anno (si sono ottenuti buoni risultati anche in pazienti con sordità insorta 10 anni prima di effettuare l'I.C.)

Quadro neuropsicologico nella norma

Nel bambino, ovviamente, le condizioni che permettono la realizzazione dell'I.C. sono diverse:

- Diagnosi effettuata intorno all'anno di età
- Precoce protesizzazione
- Riabilitazione oralista
- Sordità profonda
- Presa in carico globale della famiglia dal punto di vista psicologico
- Intelligenza nella norma

L'intervento va eseguito precocemente possibilmente entro i 2-3 anni di vita per sfruttare al meglio la plasticità cerebrale.

Nella fase successiva all'impianto è indispensabile un periodo di terapia logopedica abilitativa o riabilitativa.

Deglutizione disfunzionale e terapia miofunzionale

La TMF nasce come metodo educativo - rieducativo delle funzioni orali che comprendono Respirazione, Alimentazione, Fonazione.

Uno squilibrio della muscolatura orofacciale può presentarsi con diversi sintomi: abitudini viziate (succhiamento del dito o delle dita, del ciucciottolo, onicofagia); respirazione orale; difficoltà nella masticazione o nella deglutizione di particolari cibi o consistenze; recidive di trattamenti ortodontici, crescita anormale del maxillo facciale (ad esempio palato alto e stretto) e dei denti (male occlusioni); distorsioni nell'articolazione e nella produzione di suoni come "s" di sale o di viso, "z" di zanzara o di pazzo, con interposizione della lingua tra i denti.

In età evolutiva i soggetti che presentano disturbi dell'articolazione del linguaggio correlati alle alterazioni delle funzioni orali hanno un'incidenza dell' 81%, e gli stessi disturbi hanno un'incidenza del 38% nella popolazione generale. (USA Kellum, 1992; Maul et al., 1999) (Andretta P. Rossi M., 2001)

La logopedista ricerca in ogni soggetto la motivazione, parte fondamentale di questo trattamento, e tramite semplici esercizi permette il riequilibrio della muscolatura oro facciale e delle funzioni orali alterate. La terapia mio funzionale è indicata per i soggetti di tutte le età, dai 3 – 4 anni con attività di consulenza e di accompagnamento nell'eliminazione delle abitudini viziate per prevenire problematiche secondarie.

Ma anche gli adulti possono trarre beneficio nella riduzione di cefalea muscolo tensiva, dolore all'articolazione temporo-mandibolare, per prevenire recidive di trattamento ortodontico, ecc).

Afasia

Gli afasici soffrono di disturbi del linguaggio causati da lesioni cerebrali di varia eziologia (trombosi, emorragie, traumi cranici, tumori, encefaliti).

Queste lesioni impediscono di utilizzare normalmente il linguaggio nelle attività comunicative di tutti i giorni ma molte volte non alterano l'intelligenza o la capacità di provare sentimenti come chiunque altro.

Esistono differenti forme di afasia a seconda delle aree cerebrali in cui è avvenuta la lesione e di conseguenza dei sintomi che si presentano. In alcuni casi i soggetti hanno difficoltà a produrre parole o a recuperarle, in altri casi le parole sono prodotte in modo "storpiato" o sostituite (es: "fino" per "vino" o "tavolo" per "sedia"), tanto che in molti casi l'eloquio non è intellegibile. In alcuni casi anche se è possibile recuperare semplici termini l'afasico non è in grado di inserirli in frasi grammaticalmente corrette. In altri casi può essere compressa anche la comprensione del linguaggio verbale e/o scritto, in altri casi la capacità di ripetizione.

La perdita della capacità di comunicare normalmente con gli altri ha spesso gravi conseguenze sull'autonomia della persona afasica (sia sul piano personale che su quello lavorativo) e sull'equilibrio sociale ed emotivo del suo ambiente.

La cura dell'afasia prevede interventi medici e riabilitativi.

La logopedia ha come obiettivo generale di riportare quanto più possibile il soggetto a comunicare verbalmente ed intenzionalmente con gli altri. La logopedista ha inoltre il compito di motivare, interessare e rendere maggiormente collaborativo il paziente che spesso ha difficoltà ad accettare la terapia e la nuova condizione in cui si trova a causa della patologia.

Ridurre le difficoltà comunicative permette di far interagire di nuovo il soggetto afasico con i propri cari, permette di non farlo rinunciare ai propri diritti e in alcuni casi permettere di essere reinserito nell'ambiente lavorativo e sociale.

Depressione

La persona depressa è afflitta da un profondo senso di astenia, ovvero trova difficile iniziare una qualsiasi azione o attività, anche la più semplice. Col progredire della malattia, la stanchezza diventa continua e tale da impedire lo svolgimento di ogni attività.

Inoltre il linguaggio diviene meno fluido, di scarsi contenuti delle idee e varietà di temi, le risposte sono brevi, talora monosillabiche. Il rallentamento si esprime anche sul piano fisico ed ideativo e si manifesta con sensazione di lentezza e di vuoto mentale.

Secondo il DSM IV si può fare diagnosi di depressione in fase acuta quando da almeno due settimane sono contemporaneamente presenti cinque (o più) dei seguenti sintomi:

- sensazione di tristezza e vuoto, marcata diminuzione di interesse o piacere, quasi ogni giorno;
- significativa perdita di peso, seguire una dieta, o aumento di peso (per es. un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese), oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno;
- insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno;
- agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato);
- affaticabilità o mancanza d'energia quasi ogni giorno;
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati;
- ridotta capacità di pensare, di concentrarsi o indecisione (come impressione soggettiva o osservata dagli altri);
- pensieri ricorrenti di morte, ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.

Se 5 o più sintomi sono presenti si rende necessario l'intervento dello specialista.

Ansia

L'interesse per i Disturbi d'Ansia e di Panico è aumentato notevolmente negli ultimi anni.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) rileva che i disturbi d'ansia sono i più diffusi, con una stima, al 1996, di circa 400 milioni di casi.

Paura e ansia sono emozioni complesse che segnalano all'individuo la preoccupazione e l'attesa per qualcosa d'indefinito, di spiacevole e, soprattutto, minaccioso.

L'ansia non è disfunzionale in sé in quanto è indispensabile per la sopravvivenza, segnalando la percezione di minacce imminenti o per la realizzazione dei progetti o per l'incolumità fisica.

L'ansia diventa patologica quando l'intensità e la frequenza della stessa e delle condotte problematiche attuate di conseguenza (es. evitamenti, rituali di controllo, etc.) sono tali da produrre significative compromissioni nella vita del soggetto.

La maggior parte degli individui con problemi di ansia presentano sintomi quali: palpitazioni; tachicardia; sudorazione eccessiva; sensazione di soffocamento; dolore o fastidio al petto; sensazioni di sbandamento e/o di svenimento.

Quando lo stato d'ansia è particolarmente intenso e prolungato nel tempo può causare una importante compromissione della vita di relazione e dell'autonomia.

Attacchi di panico

Gli **attacchi di panico** sono episodi di improvvisa ed intensa paura o di una rapida escalation dell'ansia normalmente presente. Sono accompagnati da sintomi somatici e cognitivi, quali tachicardia, sudorazione improvvisa, tremore, sensazione di soffocamento, dolore al petto, nausea, paura di morire o di impazzire, brividi o vampate di calore.

I soggetti che soffrono di attacchi di panico li descrivono come fenomeni altamente sgradevoli, tanto che si instaura rapidamente la paura di avere nuovi attacchi, sfociando in questo modo in un vero e proprio **disturbo di panico**.

L'**evitamento di tutte le situazioni potenzialmente ansiogene** diviene la modalità prevalente ed il paziente diviene schiavo del suo disturbo, evitando di uscire, cercando di non restare mai da solo.

La caratteristica essenziale del **Disturbo di Panico** è la presenza di **attacchi di panico** ricorrenti, inaspettati, seguiti da almeno 1 mese di preoccupazione persistente di avere un altro attacco di panico.

Data l'imprevedibilità soprattutto del primo episodio di attacchi di panico, è facile che i soggetti spaventati ricorrono alle cure del pronto soccorso.

Il trattamento prevede un intervento psicoterapeutico.

Disturbi del controllo sfinterico

Enuresi

L'**enuresi** è caratterizzata dalla perdita involontaria delle urine anormale in relazione all'età del bambino, non legata ad un controllo vescicale carente dovuto a patologie neurologiche, attacchi epilettici o anomalie anatomiche del tratto urinario. Tale condizione può essere presente fin dalla nascita (enuresi **primaria**) o insorgere dopo un periodo in cui il controllo vescicale era stato acquisito, di solito intorno ai 5-7 anni (enuresi **secondaria**). Si può associare ad un disturbo emozionale o comportamentale.

Encopresi

L'**encopresi** è caratterizzata da una ripetuta, volontaria o involontaria perdita di feci, in luoghi non appropriati, che persiste oltre i 4 anni di età. Tale condizione può rappresentare una anormale continuazione dell'incontinenza infantile

(encopresi **primaria**) o insorgere dopo un periodo in cui il controllo sfinterico era stato acquisito (encopresi **secondaria**). La condizione può conseguire alla mancanza di un adeguato addestramento al controllo sfinterico o riflettere un disturbo a genesi psicologica.