

REGIONE DEL VENETO



ULSS6
EUGANEA

CENTRO DI RIABILITAZIONE UDITIVA

IL BAMBINO CON DISABILITÀ UDITIVA NELLA SCUOLA D'INFANZIA

A cura di

Logopediste:

Lucarini Gaia, Paiola Giorgia, Sicoli Silvia

Psicologa:

Ghiggeri Sabrina

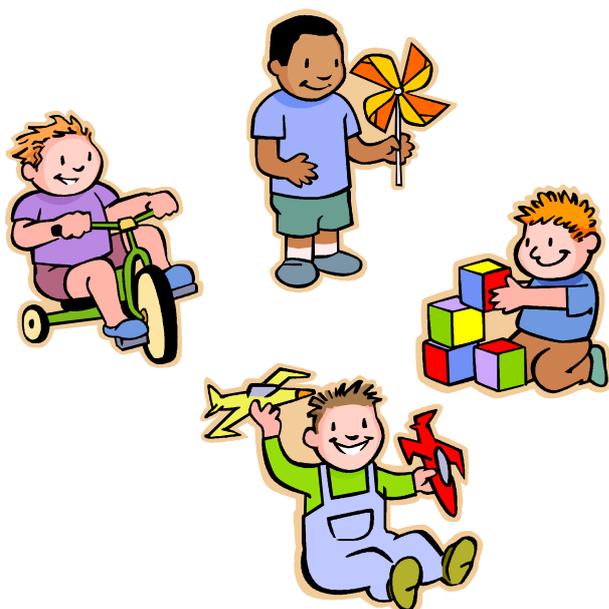
Audiologo:

Turrini Marco

Foniatra:

Semenzato Gian Luca

quarta EDIZIONE: 2021



Se stai leggendo questo opuscolo vuol dire che stai lavorando con un bambino affetto da ipoacusia.

Questa breve pubblicazione è rivolta agli insegnanti della Scuola dell'Infanzia che contribuiscono quotidianamente, insieme agli operatori sanitari e alla famiglia, al processo di crescita di questi bambini. L'obiettivo è di fornire degli spunti e dei consigli utili in relazione ai problemi quotidiani in cui ci si può imbattere durante il percorso scolastico.

L'UNIONE FA LA FORZA



BUONA LETTURA!

Che cos'è l'ipoacusia

Con il termine ipoacusia si fa riferimento ad una diminuzione della normale capacità di percepire i suoni per una disfunzione dell'apparato uditivo.

Si tratta di una delle cause più frequenti di **disabilità congenita** nell'infanzia. Un'alterata funzione uditiva interferisce con il naturale **apprendimento del linguaggio** ritardandone o alterandone le tappe. Ciò si verifica soprattutto se avviene nei primi mesi di vita o se è presente dalla nascita, con ricadute sugli aspetti cognitivi, sulla memoria e sull'attenzione, sugli apprendimenti scolastici e sul piano emotivo-relazionale e sociale.

L'ipoacusia viene classificata in base a diversi **criteri** quali l'epoca di insorgenza, la sede della lesione, l'entità della perdita uditiva, la causa e la presenza o assenza di segni o sintomi associati.

La **sede della lesione** permette di distinguere le ipoacusie in:

- **trasmissive**: causate da un'alterazione delle strutture dell'orecchio esterno e/o medio;
- **neurosensoriali**: il danno, localizzato nell'orecchio interno a livello della coclea o del nervo acustico, interessa il meccanismo di conduzione dell'informazione fino alla corteccia cerebrale. Queste ultime sono ipoacusie permanenti **ed è principalmente a questo tipo di danno uditivo che ci riferiamo nel presente lavoro.**



In base al **grado di perdita uditiva** (ipoacusia lieve, media, severa, profonda) si avranno conseguenze diverse sulla capacità di percepire i rumori e i suoni ambientali e i suoni del linguaggio.

La perdita uditiva non è soltanto quantitativa (intensità del suono), ma anche qualitativa (chiarezza, distorsione e intelligibilità).

Come si corregge un deficit uditivo

In base alla gravità del deficit, la perdita uditiva viene corretta con l'applicazione di **apparecchi acustici** o di **impianto cocleare**.

Questi ausili migliorano la percezione ma non permettono di ripristinare completamente la funzionalità uditiva.

Apparecchio acustico.

Funziona da amplificatore degli stimoli sonori per renderli più udibili.



È generalmente indicato nei casi di ipoacusia lieve, moderata e grave.

Impianto cocleare.

Stimola direttamente le fibre del nervo acustico.



È generalmente indicato nei casi di ipoacusia grave e profonda.

L'applicazione dell'apparecchio acustico o dell'impianto cocleare non è sufficiente a risolvere il problema.

Sono diversi, infatti, i fattori che influiscono sui risultati nelle differenti aree di sviluppo (percettivo, comunicativo-linguistico, cognitivo, psicologico e scolastico).



Grazie allo **screening neonatale** è possibile una diagnosi audiologica precoce e l'attuazione di un intervento protesico e logopedico entro i 6 mesi di vita. Ciò favorisce la maturazione del sistema uditivo, delle capacità percettive, comunicative e linguistiche.

La rete dei professionisti

AUDIOLOGO

È un medico specialista che si occupa della cura dei disturbi dell'apparato uditivo e vestibolare.

FONIATRA

È un medico specialista che si occupa dei disturbi del linguaggio, degli apprendimenti scolastici, della voce, dei disturbi della deglutizione o disfagia.

NEUROPSICHIATRA INFANTILE

È un medico specialista che si occupa dello sviluppo neuropsichico del bambino da 0 a 18 anni e cura disturbi neurologici e psichici.

PSICOLOGO

È un professionista sanitario che svolge attività di prevenzione, diagnosi, intervento, promozione della salute, abilitazione-riabilitazione, sostegno e consulenza in ambito psicologico, rivolte al singolo individuo, alla coppia, al gruppo e altri organismi sociali o comunità.

AUDIOPROTESISTA

È un professionista sanitario che si occupa della fornitura, adattamento e controllo dei presidi protesici per la correzione dei deficit uditivi.

LOGOPEDISTA

È un professionista sanitario che si occupa della prevenzione, della valutazione funzionale e della abilitazione/riabilitazione delle patologie e dei disturbi della voce, del linguaggio, della comunicazione e della deglutizione.

TECNICO AUDIOMETRISTA

È un professionista sanitario che svolge la propria attività nella prevenzione, valutazione e riabilitazione delle patologie del sistema uditivo e vestibolare.

L'ingresso del bambino ipoacusico alla scuola dell'infanzia

Il bambino ipoacusico può entrare alla scuola dell'infanzia con la certificazione *L.104/92*, che gli permette di avere un insegnante di sostegno e/o un assistente alla comunicazione.

In alternativa l'equipe, in accordo con la famiglia, può valutare opportuno l'ingresso alla scuola dell'infanzia senza certificazione.



In ogni caso si consiglia alla famiglia di contattare il dirigente scolastico al momento dell'iscrizione, per presentargli la diagnosi e richiedere alcuni sistemi compensativi che sono indispensabili a tutti i bambini che hanno una perdita uditiva. I principali sono:

- Il miglioramento dell'**acustica dell'aula e di altri locali della scuola.**
- **LIM** (Lavagna Interattiva Multimediale) installata nell'aula in cui sarà inserito il bambino ipoacusico

Tali compensazioni sono importanti perché in ambiente rumoroso, come l'aula scolastica, ma soprattutto il salone e la mensa, la percezione uditiva è molto faticosa per tutti. Il bambino con problemi uditivi si trova quindi in situazioni d'ascolto non favorevoli.

Lo sviluppo del linguaggio nel bambino ipoacusico

Il bambino ipoacusico alla scuola d'infanzia molto spesso presenta un **ritardo di linguaggio**. Nonostante la diagnosi e l'intervento riabilitativo precoci, il bambino non ha avuto un tempo adeguato per lo sviluppo del linguaggio secondo le tappe tipiche.

Per capire meglio, va fatta una distinzione fra età anagrafica e età uditiva.

L'**età uditiva** del bambino non corrisponde all'**età anagrafica**, ma è data dall'epoca di protesizzazione o di attivazione dell'impianto cocleare: se un bambino di tre anni è stato sottoposto all'intervento di impianto cocleare a un anno e mezzo, la sua età uditivo-verbale sarà di un anno e mezzo e quindi potrebbe produrre parole isolate e/o le prime associazioni di parole non sempre intelleggibili, come perlopiù accade a tutti i bambini di 18 mesi.

Va ricordato anche che circa il 40% dei bambini ipoacusici presenta problematiche o patologie associate, legate alla causa dell'ipoacusia.

Il bambino ha, in ogni caso, bisogno di stimoli adeguati alla sua età cronologica per non accumulare ulteriori ritardi.

È quindi indicato promuovere le stesse attività del gruppo classe ed eventualmente, su indicazione dell'equipe, prevedere attività di potenziamento specifiche in piccolo gruppo.

La compensazione a scuola

La **vista** e la capacità d'**imitazione** sono delle valide alleate, quindi vanno sfruttate nelle diverse attività proposte.

Partendo dal presupposto che è difficile per il bambino ipoacusico accedere ai contenuti solo ascoltando, è necessario supportare qualsiasi proposta linguistica con immagini, fotografie, oggetti, gesti, mimica facciale, drammatizzazione, ausili audiovisivi, ecc.

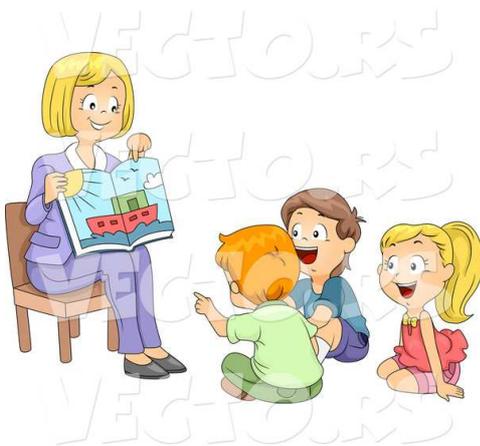
Con il bambino sordo è FONDAMENTALE utilizzare sempre anche il canale visivo che può chiarire le ambiguità del codice orale.



GLI OCCHI AIUTANO LE ORECCHIE!

In ambito **didattico** si devono compensare le difficoltà presenti perché il bambino possa raggiungere gli stessi obiettivi dei coetanei udenti privilegiando le funzioni integre a supporto di quelle deficitarie.

Compensare il suo deficit significa mettere il bambino ipoacusico nella condizione di comprendere meglio il linguaggio verbale utilizzando contemporaneamente il canale uditivo e quello visivo.



www.Vecto.rs · 8287

Ad esempio, l'insegnante racconta la storia ai bambini presentando **sempre** anche le immagini corrispondenti e indicando via via con il dito le immagini che si riferiscono alle parole pronunciate.

Quali tecnologie?



- ✓ **LIM** che consente agli insegnanti di arricchire le attività tradizionali con foto, video, musica.
- ✓ Uso del computer, lettore DVD, tablet, ecc.
- ✓ Sistema di amplificazione nell'aula o in salone, dove le difficoltà uditive potrebbero essere più evidenti. È necessario che tale sistema sia messo a punto da un tecnico.



Quali strategie?

Gli insegnanti devono trovare tutte le strategie possibili affinché l'informazione arrivi al bambino ipoacusico

Le strategie da attuare riguardano:

- AMBIENTE** migliorare l'acustica e diminuire i rumori di fondo
- POSIZIONE** individuare la migliore posizione del bambino nell'aula
- DIDATTICA** adottare stile comunicativo e comportamenti atti a favorire l'apprendimento e inserimento sociale del bambino



AMBIENTE

Migliorare l'acustica dell'aula con:

- Pannelli fonoassorbenti
- Cartelloni alle pareti per diminuire il riverbero
- Feltrini o gommini sotto le sedie e i banchi
- Paracolpi alle porte
- Porte chiuse nei locali dove si svolgono le attività
- Scelta di un'aula dalle dimensioni ridotte e soffitto basso

Per tutti ci sono difficoltà di percezione uditiva in ambiente rumoroso che diventano importanti per chi presenta problematiche uditive.

Per una buona intelligibilità, la voce del parlante deve superare di almeno 15 dB il rumore di fondo.

Per migliorare il rapporto segnale/rumore è quindi opportuno utilizzare sistemi di amplificazione in classe, in salone e nella sala mensa per avere la migliore qualità del suono in qualsiasi punto.



Inoltre controllare che il locale sia ben illuminato e che il viso di chi parla sia sempre in luce per favorire la lettura labiale.



POSIZIONE

La posizione ideale del bambino all'interno della classe varia a seconda della situazione protesica, tenendo conto che se c'è un **orecchio migliore** quest'ultimo va sempre favorito, cioè deve essere rivolto verso l'interlocutore e non verso il muro.

In generale:

- Bambino con Impianto Cocleare (IC) monolaterale: lato dell'IC rivolto verso l'insegnante e i compagni



- Bambino con ipoacusia simmetrica e Apparecchi Acustici (AA) o IC bilaterale:
c'è più libertà di scelta a livello di posizione, che va decisa a seconda dell'attività



- Bambino con IC monolaterale e AA: lato dell'impianto cocleare rivolto verso l'insegnante e i compagni



Queste indicazioni sono generali ma ci sono delle eccezioni, per cui ogni situazione va valutata in modo specifico. Inoltre è importante posizionare il bambino in modo da consentirgli il miglior controllo visivo dei compagni, dell'insegnante e della LIM.

DIDATTICA

- Per favorire la comprensione, **fare in modo che il bambino guardi il parlante, senza obbligarlo**. Quando il bambino rivolge la sua attenzione verso il volto dell'interlocutore quest'ultimo dovrà essere pronto a dirgli qualcosa di interessante rinforzando il messaggio verbale con l'intonazione della voce, la mimica e il gesto esplicativo. Questo permetterà al bambino di capire che guardare con attenzione l'interlocutore è una cosa divertente e piena di sorprese.
- Il **racconto di storie** è un'attività fondamentale per l'arricchimento linguistico.



Come può un bambino ipoacusico ascoltare e capire le storie?

Lo può fare se:

- ➡ può vedere immagini semplici, chiare e colorate, riferibili a ciò che viene detto; meglio ancora se la storia viene fatta prima vedere con filmati o viene rappresentata con pupazzi, burattini, marionette.
- ➡ è abbastanza vicino, non più lontano di un metro, per utilizzare anche le sue risorse uditive.



E' utile ricordare che chi racconta deve essere ben visibile al bambino (es. non nascosto da un teatrino o dietro al libro) per utilizzare anche la lettura labiale e tutti gli indizi mimico-gestuali utili alla comprensione del messaggio verbale.

- Le **consegne generali** ad es. "facciamo merenda", "andiamo in classe", "si va a dormire" devono essere date con voce forte e chiara, non gridando, meglio se ripetute due volte e rinforzate da **illustrazioni** che rappresentino la scansione giornaliera dei tempi della scuola. È utile fare largo uso dei cartelloni: calendari, giorni della settimana, foto dei bambini, contrassegni e simboli.



- o La **musica** va usata normalmente e in abbondanza, nessuna preclusione per il problema uditivo, tenendo conto che, mentre il ritmo e la melodia vengono di solito percepiti bene dal bambino anche tramite computer, lettori cd, registratori, ecc., questo non vale per le parole delle canzoncine. Pertanto, durante l'ascolto delle canzoni, si raccomanda anche di **cantarle in viva voce** in modo che il bambino, in posizione opportuna, possa avvalersi della lettura labiale. Si consiglia di non posizionare il bambino di fianco all'insegnante, ma di fronte. Sarebbe utile che i genitori avessero a casa la musica e il testo di canzoncine, filastrocche e poesie proposte a scuola, per riproporle ai loro bambini.



- o Qualora il bambino **non capisca** un ordine o una regola data alla classe, piuttosto che ripeterli molte volte, è più efficace fare una scenetta usando altri bambini, Es: "Dovete chiedere l'oggetto e non strapparli dalle mani del compagno!". Questa regola può essere spiegata creando la scena fra due bambini e mostrando che quello che strappa viene rimproverato con faccia seria e quello che chiede ottiene subito.
- o È importante **rinforzare ogni intenzione comunicativa** del bambino, anche se non del tutto corretta dal punto di vista linguistico, senza costringerlo a ripetere, ma riproponendo parole e frasi in modo corretto.
Es. Bambino: "Disegno mamma"
Insegnante: "Vuoi portare il disegno a casa per la mamma?"

- Durante le conversazioni di gruppo disporsi possibilmente in cerchio e identificare il bambino che inizia a parlare chiamandolo per nome e indicandolo.

- Fare in modo che le voci non si sovrappongano invitando i bambini a rispettare i **turni conversazionali**.



- Fare attenzione a non coprirsi la bocca quando si parla per favorire la **lettura labiale** a sostegno dell'ascolto.
Nel periodo di emergenza sanitaria, in cui vige l'obbligo di utilizzo della mascherina, si raccomanda di indossare le **mascherine trasparenti** come indicato nel protocollo di intesa del Ministero dell'Istruzione del 14/08/2021.
- Evitare di porsi dietro o di fianco al bambino, la posizione frontale è la migliore.
- Rivolgersi al bambino dopo averlo chiamato per nome in modo da **attirare la sua attenzione**.
- Parlare con **articolazione chiara**, non iperarticolata né eccessivamente ridotta.
- Parlare con ritmo normale, non scandito, a una normale intensità di conversazione, senza sussurrare né urlare. Quando il bambino non capisce è utile avvicinarsi a lui e ripetere **rallentando** l'eloquio.
- Segnalare l'argomento nuovo, ad es. "Adesso parliamo di...".

Queste strategie non sono destinate in modo esclusivo agli alunni con disabilità uditiva, ma aiutano tutti i bambini.

- Confrontarsi con i genitori e con gli operatori dell'equipe su eventuali dubbi relativi all'utilizzo degli apparecchi acustici e/o dell'impianto cocleare e alle precauzioni da adottare durante le attività scolastiche.
- Se il bambino è portatore di impianto cocleare chiedere ai genitori fotocopia del manuale d'istruzioni, perché alcune precauzioni da adottare potrebbero riguardare anche la scuola dell'infanzia: non sono consigliati ad esempio gli scivoli e i materassini di plastica che provocano scariche elettrostatiche nocive al funzionamento dell'impianto.

Per concludere

Coinvolgere il bambino ipoacusico nelle attività allo stesso modo di tutti gli altri alunni della classe e avere le stesse aspettative d'apprendimento **può aiutarlo a vivere serenamente il contesto scolastico e a sviluppare in modo corretto il linguaggio verbale e tutte le altre potenzialità.**



Bibliografia

Bubbico I. (2005), *Il mio bambino non sente - Guida per i genitori*, Ed. IMS Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma.

Crincoli S., Serrecchia R. (2011), *Senti chi parla - Breve guida per la crescita e l'apprendimento nei bambini ipoacusici ad uso di genitori e insegnanti*, Ed. FLI.

De Filippis A. (1997), *L'impianto cocleare in età pediatrica*, Ed. Masson.

Genovese E., Conti G. (2013), *Percezione uditiva e patologie del linguaggio*, Ed. Omega.

Luppari R. (2007), *Eziologia, diagnosi, prevenzione e terapia della sordità infantile preverbale*, Ed. TorGraf.

Orzan E., Crovetto F., Rota E., De Colle W., *Piccola guida per i genitori di bambini con problemi di udito*, Ed. Amplifon.

Orzan E., Bavcar A., Ciciriello E., Ricci G., Della Volpe A., Berrettini S., Conti G. (2016), *L'intervento precoce in audiologia pediatrica: "Per Sentire" percorsi di intervento precoce in audiologia pediatrica*, 5 settembre 2016, Trieste.

Pediatrics Official journal of the American Academy of Pediatrics (2007), Principi e linee guida per i programmi di rilevazione e di intervento precoce delle sordità infantili, Traduzione Italiana a cura di Oskar Schindler.

Pediatrics Official journal of the American Academy of Pediatrics (2013), JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING, Carianne Muse, Judy Harrison, Christine Yoshinaga-Itano, Alison Grimes, Patrick E. Brookhouser, Stephen Epstein, Craig Buchman, Albert Mehl, Betty Vohr, Mary Pat Moeller, Patti Martin, Beth S. Benedict, Bobbie Scoggins, Jodee Crace, Michelle King, Alice Sette, Beth Martin, *Supplement to the JCIH 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Intervention After Confirmation That a Child Is Deaf or Hard of Hearing*.

Per sentire: Percorsi di intervento precoce in audiologia pediatrica (2017), Formazione residenziale Burlo Garofalo – Trieste.

Rinaldi P., Tomasuolo E., Resca A. (2018), La sordità infantile. Nuove prospettive d'intervento, Erickson.

Rizzotto R. (2012), Il bambino sordo a scuola, Dipartimento Riabilitativo ULSS 20 Verona, Unità Operativa di Audiologia e Fonetica

“Eppure...sentire” - Notiziario F.I.A.D.D.A (Famiglie Italiane Associate per la Difesa dei Diritti degli Audiolesi) - Sezione Regionale Umbria onlus – periodico anno 4°/ numero 4

- “Scuola e sordità: istruzioni per l’uso” di Eleonora Lanari

- “Aiuto tecnologico” di Stefano Panicale

HandyLex.org (consultato il 31-8-21)

John Tracy Clinic: <https://www.jtc.org/> (consultato il 31-8-21)

A disposizione per ulteriori informazioni:

L'ÉQUIPE DEL CENTRO DI RIABILITAZIONE UDITIVA

Via Eulero 80/A, Padova

e-mail: cru.eulero@aulss6.veneto.it

Tel. 049-821 5421 / 5422 / 5423 / 5412/ 5418 / 5419 / 5420

Fax 049-8215414