

REGIONE DEL VENETO



ULSS6
EUGANEA

CENTRO DI RIABILITAZIONE Uditiva

IL BAMBINO IPOACUSICO AL NIDO

GUIDA PER L' EDUCATORE



A cura di

Logopediste:

Sicoli Silvia, Paiola Giorgia, Varotto Elisa

Psicologa:

Ghiggeri Sabrina

Audiologo:

Turrini Marco

Foniatra:

Semenzato Gian Luca

Realizzato a partire dal progetto di tesi conclusiva del Master "La riabilitazione della sordità infantile" dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia della logopedista Francesca Frascioni.

Illustrazioni di Chiara Risti.

INDICE

1. "MI PRESENTO, SONO L' IPOACUSIA"

Il deficit uditivo nella prima infanzia

2. IL BAMBINO CON PROTESI ACUSTICA E/O IMPIANTO COCLEARE

2.1 Cos'è e come funziona la protesi acustica

2.2 Cos'è e come funziona l'impianto cocleare (IC)

2.3 Ascolto Bimodale

2.4 Gestione pratica dei problemi

2.5 Strategie per migliorare l'udibilità nell'ambiente

3. LA RETE DEI PROFESSIONISTI

3.1 Le figure sanitarie e il deficit uditivo nella prima infanzia

3.2 Il ruolo attivo dell'educatore

4. LO SVILUPPO DELLE ABILITA' PERCETTIVO-LINGUISTICHE

5. ASCOLTARE E COMPRENDERE PER PARLARE

5.1 Strategie per promuovere...l'ascolto

5.2 Strategie per promuovere...l'intenzionalità comunicativa

5.3 Strategie per promuovere...la comprensione del linguaggio

5.4 Strategie per promuovere...la produzione verbale

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI



I. "MI PRESENTO... SONO L' IPOACUSIA"

Il deficit uditivo nella prima infanzia

Mi presento, sono l'ipoacusia.

Negli anni hanno molto parlato di me e numerosi scienziati mi hanno studiata. Aggiungerei anche un bel " per fortuna" perché, se lasciata a me stessa, creo non pochi problemi nella vita di chi mi ospita.

Quando ancora apparivo piuttosto misteriosa, le persone sorde si sono organizzate; è nato l'ENS (Ente Nazionale Sordi), sono comparse le scuole per sordi e, per poter comunicare, è stata codificata la lingua dei segni (LIS). Qualcuno però ha pensato che anche i sordi potessero parlare usando la voce ed è nato il metodo d'insegnamento oralista.

Anche la tecnologia ha scommesso su di me e dalle protesi analogiche siamo passati a quelle digitali ed è stato introdotto e sempre più perfezionato, l'utilizzo dell'impianto cocleare.

Adesso tutte le regioni hanno un programma di screening neonatale che è stato davvero importante poiché per mezzo di questo, subito dopo la nascita, si riescono ad identificare i disturbi dell'udito moderati, gravi e profondi unilaterali o bilaterali; sfuggono però le ipoacusie di tipo lieve, progressivo e non congenito.

Se nessuno si accorge di me in tempo, posso creare problemi a livello linguistico, cognitivo e relazionale.

Avrai già intuito perché è così importante che anche voi educatori mi conosciate bene!

NEUROSENSORIALE

Causata da un danno all'orecchio interno ovvero alla coclea e/o al nervo acustico. Può avere gravità diversa ed è sempre permanente.

TRASMISSIVA

Causata da una patologia, da un danno o da una malformazione all'orecchio esterno o medio (tappo di cerume, otiti, episodi catarrali ricorrenti, adenoidi...); è solitamente di grado lieve o medio ed è solitamente risolvibile a livello medico o chirurgico.

IPOACUSIA

MISTA

Causata da fattori neurosensoriali e trasmissivi

GRADI DI PERDITA UDITIVA

LIEVE

tra 25-39 dBHL

MODERATA

tra 40-69 dBHL

GRAVE

tra 70-89 dBHL

PROFONDA

maggiore di 90 dBHL



PERMANENZA IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
PER PIÙ DI 48 ORE

*

PRESENZA DI SINDROMI ASSOCIATE AD IPOACUSIA

*

PRESENZA DI ANOMALIE CRANIO-FACCIALI
(del padiglione auricolare/condotto uditivo)

*

MENINGITE BATTERICA

*

IPERBILIRUBINEMIA E ASSUNZIONE DI FARMACI OTOTOSSICI

*

INFEZIONE DEL GRUPPO TORCH (Toxoplasmosi, Rosolia, Citomegalovirus, Herpes)
IN GRAVIDANZA

*

GRAVE PREMATURITA', BASSO PESO ALLA NASCITA (inf a 1500 gr), VENTILAZIONE
MECCANICA PER PIÙ DI 10 ORE

*

STORIA FAMILIARE DI IPOACUSIA NEUROSENSORIALE PERMANENTE NELL' INFANZIA

* ASSENZA di sussulto in risposta ad un suono forte ed improvviso

* Tra 8-9 mesi NON orienta lo sguardo verso la fonte sonora

* Babbling NON variato dai 9 mesi

* ASSENZA dell'esplosione del vocabolario in produzione verso i 18 mesi

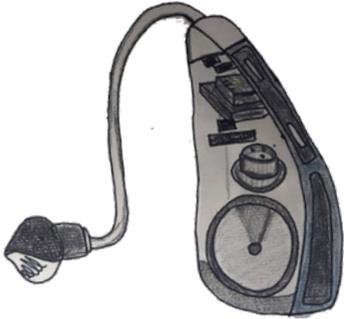
* NON risponde quando gli parlate o sembra NON CAPIRE facili comandi

* é POCO/NON interessato agli stimoli sonori



2. IL BAMBINO CON PROTESI ACUSTICA E/ O IMPIANTO COCLEARE

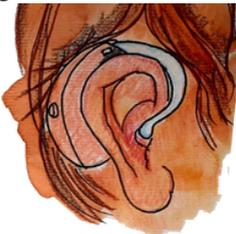
2.1 COS'È E COME FUNZIONA LA PROTESI ACUSTICA



La protesi acustica svolge la funzione di amplificare i segnali sonori in base alle caratteristiche della perdita uditiva.

Il medico specialista prescrive la protesi acustica più adatta per il bambino, successivamente l'audioprotesista regola la protesi in base alle indicazioni del medico.

Esistono vari tipi di protesi acustiche, ma tutte presentano alcune componenti comuni:



Un Microfono che capta i segnali sonori dall'esterno

Un circuito amplificatore che elabora i segnali aumentandone l'intensità

Un ricevitore che invia i segnali amplificati all'orecchio

PROTESI PER VIA AEREA RETROAURICOLARE

La trasmissione del suono amplificato avviene tramite un auricolare (o chiocciola) inserito nel condotto uditivo esterno.

La protesi acustica è composta da:

1-2 CURVETTA E TUBICINO DI RACCORDO che collegano la chiocciola alla protesi

3- CHIOCCIOLA che viene inserita nel condotto uditivo esterno. E' costruita su misura e dev'essere frequentemente cambiata a causa della continua crescita del bambino

4- INTERRUOTTORE ON-OFF

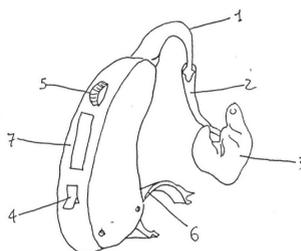
5- CONTROLLO VOLUME

per regolare l'intensità del segnale che arriva all'orecchio

6- Vano BATTERIE

7- PANNELLO CONTROLLI

Tra la curvetta e il corpo della protesi c'è il MICROFONO che permette l'ingresso dei segnali sonori.



PROTESI PER VIA OSSEA

E' una protesi acustica che invia le onde sonore all'orecchio interno attraverso la vibrazione ossea.

E' solitamente indossata, facendola aderire alla parete ossea del cranio con una fascetta o con un archetto.



2.2 COS'È E COME FUNZIONA L'IMPIANTO COCLEARE (IC)

Cos'è?

L'impianto cocleare è un ausilio protesico che viene indicato in caso di perdita uditiva grave- profonda, quando non si ottiene un recupero sufficiente della capacità uditiva con le protesi acustiche.

L'impianto cocleare, a differenza della protesi acustica, non sfrutta i residui uditivi della coclea amplificandoli, ma stimola direttamente il nervo acustico.

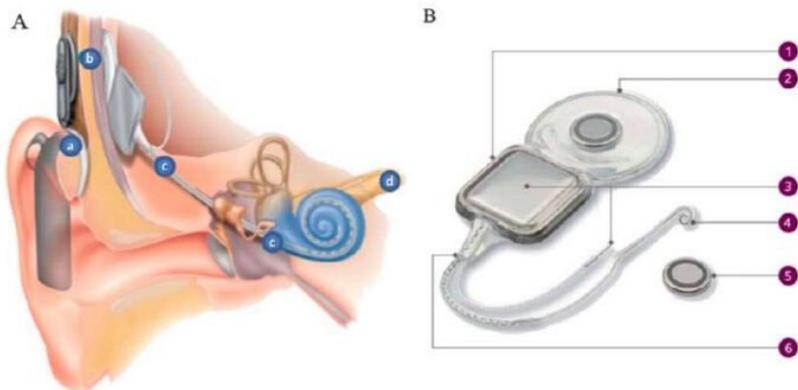
E' necessario un intervento chirurgico per l'applicazione del dispositivo e la sua successiva attivazione. E' importante seguire un percorso abilitativo mirato e periodici controlli audiologici per l'esatta regolazione dell'ausilio.

L'impianto cocleare può essere mono o bilaterale a seconda delle condizioni uditive del bambino.



Come funziona?

L'impianto cocleare è composto da una parte esterna ed una interna impiantata chirurgicamente.



Il suono entra nel microfono (posizionato in sede retroauricolare) e viene trasformato in impulsi elettrici ed elaborato dal processore.

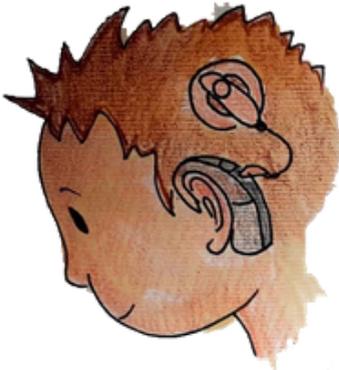
Il segnale arriva al trasmettitore che è appoggiato sulla cute al di sopra del padiglione auricolare e viene inviato al ricevitore (2) che si trova sotto la cute, mediante radiofrequenze.

Dal ricevitore gli impulsi elettrici arrivano agli elettrodi inseriti all'interno della coclea (4) stimolando direttamente le terminazioni del nervo acustico (d).



COME INDOSSARE GLI AUSILI UDITIVI

Per evitare che venga perso è consigliato FISSARE il PROCESSORE ad apposite fascette da far indossare intorno alla testa oppure fissarlo tramite mollette da attaccare ai vestiti.



La BOBINA (Trasmittitore) deve aderire correttamente alla cute in modo da poter trasmettere nel modo più efficace possibile il segnale alla parte impiantata. Se la bobina si stacca spesso si consiglia di farlo presente alla famiglia.

La chiocciolina della protesi acustica deve essere inserita adeguatamente all'interno della cavità auricolare e aderire bene alle pareti della cavità.



2.3 ASCOLTO BIMODALE



Per stimolazione bimodale si intende il contemporaneo utilizzo dell' impianto cocleare (IC) e di una protesi acustica (PA) nell'orecchio controlaterale che mantiene attiva la rete nervosa dell'orecchio non impiantato.



Utilizzare ausili uditivi in
entrambe le orecchie:

- 1) MIGLIORA L' ASCOLTO ANCHE NEL RUMORE
- 2) MIGLIORA LA LOCALIZZAZIONE DEL SUONO
- 3) MANTIENE POSSIBILE L'INGRESSO Uditivo IN CASO DI ROTTURA DI UNO DEI DUE APPARECCHI

2.4 GESTIONE PRATICA DEI PROBLEMI

E' IMPORTANTE:

- Chiedere INFORMAZIONI sulle modalità specifiche di FUNZIONAMENTO dell' APPARECCHIO ACUSTICO che indossa il bambino (segnale di problema, spegnimento, batteria scarica) .
- VERIFICARE con regolare frequenza le CAPACITA' PERCETTIVE del bambino attraverso routine ludiche.

Possibili problematiche:

1) Se ci si accorge della presenza di aree infiammate e/ o gonfie sotto la calamita dell'impianto, si raccomanda di AVVERTIRE immediatamente la famiglia.

2) Se ci si accorge della presenza di malfunzionamento dell'ausilio e/o il bambino risponde in maniera diversa dal solito a stimoli sonori, si raccomanda di avvertire la famiglia.

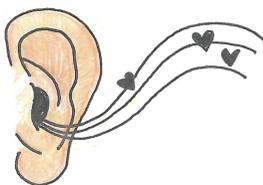
3) Se il bambino rifiuta di indossare gli apparecchi acustici, occorre assicurarsi che funzionino correttamente in quanto amplificazioni troppo elevate o troppo basse possono essere possibili cause di rifiuto.

Un altro motivo può essere rappresentato dalla presenza di fastidio/dolore dovuto per esempio a stati infiammatori del condotto uditivo (per le protesi acustiche), della zona retro-auricolare e/o in prossimità della bobina (per l'impianto cocleare).

COSA FARE



PARLANE
CON LA
FAMIGLIA



PROPONI ATTIVITA'
IN CUI OCCORRA
FOCALIZZARE
L'ATTENZIONE
SUGLI STIMOLI
SONORI



STABILISCI
ROUTINE PER
INDOSSARE
L'AUSILIO

URTI

Gli apparecchi acustici devono essere trattati con cautela, tuttavia è praticamente impossibile evitare tutti gli incidenti. Anche se il bambino è piccolo e quindi poco consapevole della fragilità degli apparecchi, è importante sin da subito aiutarlo a sviluppare una adeguata sensibilità.



ELETTRICITA' STATICA

Lo sfregamento dell'impianto cocleare con superfici di plastica come scivoli, materassini e piscine con palline di plastica, può generare scariche elettrostatiche che possono compromettere il funzionamento dell'impianto cocleare, ciò non succede con le protesi acustiche.

URTI,
ACQUA,
ELETTRICITA'
STATICA

ACQUA

Come tutti gli apparecchi elettronici anche le protesi acustiche e l'impianto cocleare **NON POSSONO** essere **BAGNATI**. Per le attività ludiche nelle quali è possibile che si bagni la faccia e/o la testa è consigliabile indossare il kit-acqua, mentre nelle operazioni di igiene quotidiana (doccia o bagnetto) è necessario rimuovere gli ausili uditivi fino al termine della procedura.

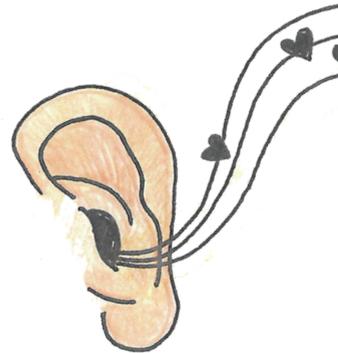
2.5 STRATEGIE PER MIGLIORARE L'UDIBILITÀ NELL'AMBIENTE

LA PERCEZIONE Uditiva in ambiente RUMOROSO è sempre DIFFICOLTOSA.

Per i bambini la soglia di comoda udibilità in ambiente rumoroso si ha quando il segnale supera di 15 dB il rumore di fondo.

I BAMBINI SORDI SONO UDITORI SPECIALI

La loro soglia di comoda udibilità ha bisogno di un rapporto segnale/rumore maggiore.



QUINDI E' NECESSARIO PORRE
ATTENZIONE ALL'ACUSTICA
DELL'AMBIENTE...COME?

- Installare pannelli fonoassorbenti per gestire il riverbero
- Usare paracolpi alle porte, feltrini sotto le sedie ed i tavoli per diminuire il rumore.
- Chiudere porte e finestre per la durata dell'attività per isolare il rumore esterno e la dispersione del suono.



...E ALLA POSIZIONE

E' importante che il bambino ipoacusico sia posizionato in modo da poter sempre vedere il viso di colui che parla durante specifiche attività come: lettura di libretti, canzoncine e conversazioni.



3. LA RETE DEI PROFESSIONISTI

3.1 LE FIGURE SANITARIE E IL DEFICIT Uditivo NELLA PRIMA INFANZIA



AUDIOLOGO

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

NEUROPSICHIATRA INFANTILE

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





AUDIOPROTESISTA

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

TECNICO AUDIOMETRISTA

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



LOGOPEDISTA

E' 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.



METODI D'INTERVENTO LOGOPEDICO

Il logopedista può decidere, in base alla situazione del bambino, l'approccio riabilitativo più adatto.

I due principali sono:

METODO UEDITIVO-VERBALE

E' un metodo d'intervento che mira a promuovere nel bambino con deficit uditivo l'acquisizione ottimale del linguaggio verbale attraverso l'ASCOLTO e la stimolazione linguistica.

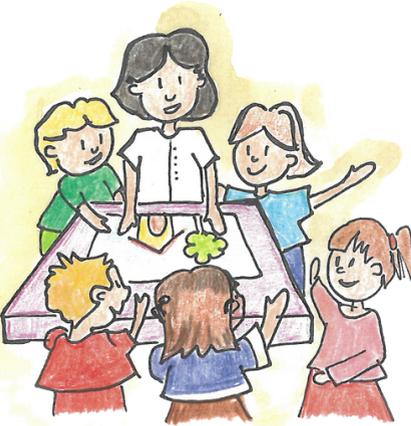
STIMOLAZIONE BIMODALE

E' un metodo d'intervento nel quale vengono utilizzate la modalità acustico-verbale, perché si parla, e la modalità visivo-gestuale, perché si segna, rispettando però la struttura della lingua vocale.

E' importante che l'educatore del nido sappia con quale metodo il bambino viene riabilitato perché la stimolazione, nei vari contesti di vita del bambino, sia coerente.

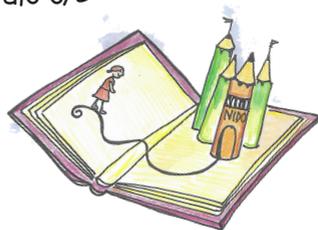
3.2 IL RUOLO ATTIVO DELL'EDUCATORE

Per garantire un efficace inserimento al nido dei bambini con disabilità uditiva, associata o no ad altre patologie, è indispensabile costruire una rete di comunicazione e condivisione tra educatori, famiglia e personale sanitario.



Per i bambini affetti da disabilità uditiva, lo sviluppo e l'acquisizione delle abilità percettive, linguistiche e talvolta anche cognitive, può non seguire lo stesso "ritmo evolutivo" del bambino normo-tipico; tuttavia è bene non sottostimarne le reali possibilità e proporre **QUOTIDIANAMENTE ATTIVITA' COLLOCABILI NELLA SUA ZONA PROSSIMALE DI SVILUPPO**

L'educatore, unitamente alla famiglia, rappresenta la figura che più di altre può garantire una quotidiana stimolazione percettiva e linguistica (orale e/o gestuale) del bambino.



E' necessario tenere in considerazione alcuni punti:

- Stimolare non vuol dire stressare
- "Sovrastimolare" in modo afinalistico NON riduce il gap di ritardo accumulato
- Le attività proposte si devono collocare nella ZONA PROSSIMALE di SVILUPPO (non troppo facili e nemmeno troppo complesse)
- La scelta delle attività da proporre deve tenere conto dell'ETA' UDITIVA del bambino e del suo sviluppo cognitivo



4. LO SVILUPPO DELLE ABILITA' PERCETTIVO-LINGUISTICHE

Va fatta una distinzione fra età anagrafica e età uditiva.

L'età uditiva del bambino, infatti, non corrisponde all'età anagrafica, ma è data dall'epoca di protesizzazione o di attivazione dell'impianto cocleare. Pertanto, se un bambino di due anni è stato sottoposto all'intervento di impianto cocleare a un anno, la sua età uditivo-verbale sarà di un anno e quindi potrebbe produrre le prime parole isolate come perlopiù accade a tutti i bambini di 12 mesi.

In assenza di problematiche particolari o patologie associate, lo sviluppo è normale a tutti gli altri livelli: cognitivo, motorio, percettivo-visivo.

Il bambino, pertanto, ha assolutamente bisogno di stimoli adeguati alla sua età cronologica per non accumulare ulteriori ritardi.

LA ZONA PROSSIMALE DI SVILUPPO
fa riferimento alle abilità non facenti
parte della zona attuale di sviluppo
ma che possono essere comprese e
quindi acquisite dal bambino
attraverso l'aiuto dei pari e/o
dell'adulto



Comportamenti uditivi comunicativi normali

A 3 mesi:

- si spaventa oppure smette di muoversi con un rumore improvviso (una porta che sbatte, un cane che abbaia, un urlo)
- si sveglia e/o piange quando qualcuno parla o c'è un rumore improvviso
- smette oppure accelera o rallenta la poppata quando c'è un rumore improvviso
- riconosce e viene tranquillizzato dalla vostra voce
- l'alternanza di suoni forti e deboli attira la sua attenzione (ad es. spalanca o socchiude gli occhi).



A 6 mesi:

- volge il capo nella direzione di un suono improvviso e forte
- di solito smette di piangere quando la mamma lo chiama
- rivolge lo sguardo nella direzione di chi parla e chiama
- suoni familiari come il tintinnio del cucchiaino nel piatto evocano una sua reazione come avesse capito che è l'ora della pappa
- gli piacciono giochi musicali



A 9 mesi:

- capisce il significato di "no", "ciao", "andiamo"
- usa la voce per attirare l'attenzione
- presta attenzione a musica e canzoni
- si gira se qualcuno lo chiama o se un rumore proviene da dietro (non è necessario che il rumore sia forte)
- riconosce il suo nome e quello dei membri della famiglia anche se non sono presenti
- capisce se la voce di una persona è "amichevole"
- rivolge lo sguardo in direzione di un suono, di una voce o di chi lo chiama
- produce molti più suoni nuovi rispetto a due mesi prima



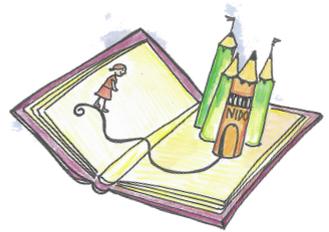
A 1 anno:

- riconosce il nome dei suoi giocattoli
- usa la voce per attirare l'attenzione dei presenti
- capisce il significato di domande semplici
- capisce il significato di comandi semplici (dammi la mano, apri la bocca)
- si guarda intorno quando ci sono rumori nuovi
- saluta a comando
- è attratto dallo squillo del telefono e dal campanello di casa
- sa identificare le persone e le parti del corpo
- balla quando c'è la musica
- localizza i suoni



A 2 anni:

- sa indicare gli oggetti che gli vengono nominati
- esegue ordini semplici
- gli piacciono la musica, la radio, lo stereo, la televisione
- riconosce i suoni
- riconosce e sa indicare le parti del corpo
- risponde con sì e no alle domande relative ad eventi familiari
- ascolta volentieri le storie in gruppo
- risponde quando lo si chiama da un'altra stanza
- vuole comunicare, esprimere i suoi interessi, i bisogni e raccontare le sue esperienze
- si arrabbia se gli adulti non riescono a capirlo



A 3 anni:

- pone delle domande
- inizia a capire il significato di dentro, fuori, sopra, sotto
- risponde a domande semplici
- ascolta le favole anche con voce registrata
- presta attenzione a richiami verbali di pericolo
- parla e ascolta al telefono

5. ASCOLTARE E COMPRENDERE
PER PARLARE

Le variabili che influenzano lo sviluppo linguistico nei bambini con deficit uditivo sono molteplici, tra queste possiamo citare:

la PRESENZA o meno di
DEFICIT ASSOCIATI



la presenza di
QUADRI SINDROMICI



l'ETA' di INSORGENZA
dell'ipoacusia



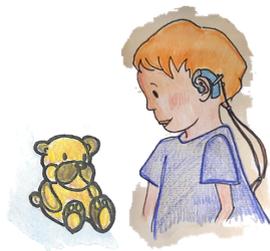
l'ETA' al momento
della DIAGNOSI



l'ENTITA' della
PERDITA UDITIVA



la QUALITA' e il TIPO
di PROTESI indossata
(PA e/o IC)



IL CONTESTO

SOCIO-CULTURALE

nel quale è inserito il bambino



la QUANTITA'/QUALITA'
dell' INPUT LINGUISTICO

(lingua orale, linguaggio orale
con supporto segni, LIS, bilinguismo...).

IL TIPO e la QUANTITA' di INPUT
risente in modo SIGNIFICATIVO del
BACKGROUND SOCIO-CULTURALE ma
anche LINGUISTICO dei GENITORI.

Basti pensare alla variabile genitori
udenti o sordi segnanti o stranieri.

5.1 STRATEGIE PER PROMUOVERE...L'ASCOLTO

SENTIRE

è l'atto del percepire le parole, i suoni e i rumori mediante l'udito

ASCOLTARE

Significa percepire le parole, i suoni ed i rumori interpretandoli e comprendendoli

Per promuovere l'abilità di ascolto è opportuno CREARE NUMEROSE ESPERIENZE PIACEVOLI DI ASCOLTO. E' importante che il bambino UTILIZZI L'UDITO PER ESPORARE l'ambiente e per ARRICCHIRE la CONOSCENZA del mondo che lo circonda.

L' ASCOLTO ATTIVO DEVE DIVENTARE PARTE INTEGRANTE DELLA COMUNICAZIONE INTENZIONALE.

Soprattutto nelle prime fasi è fondamentale RIDURRE AL MASSIMO IL RUMORE DI FONDO prima di proporre qualsiasi attività di ascolto e richiamare l'attenzione del bambino, indicando l'orecchio ed esprimendo stupore con la mimica facciale.



ALCUNE ATTIVITA' PER PROMUOVERE...L'ASCOLTO

USA STRUMENTI MUSICALI e VOCE MODULATA,

struttura un gioco in cui il bambino possa comprendere che esistono rumori/suoni diversi ai quali associare la fonte del suono

USA GIOCATTOLI SONORI in modo che il bambino possa associare il suono all'oggetto

CHIAMALO PER NOME

Organizza situazioni di gioco in cui sia necessario chiamarlo per nome al fine di CONDIVIDERE qualcosa di INTERESSANTE .

Usa una voce melodica ed enfaticizzata

RITMI E VOCE MODULATA

Proponi al bambino canzoncine riguardanti le attività della routine.

Associa alle parole il contatto oculare ed i gesti.

Proponi sequenze semplici di suoni con ritmo ed intensità variata

ALLA RICERCA DEI RUMORI.. E DEI SUONI
Sfrutta le occasioni di ascolto incidentale per richiamare l'attenzione del bambino ed aiutarlo a LOCALIZZARE ED IDENTIFICARE IL RUMORE/SUONO

LETTURA CONDIVISA DI LIBRI

Prediligi libretti che riguardino le routine della vita quotidiana e/o situazioni familiari e che offrano lo spunto per ASCOLTARE, RICONOSCERE ed IMITARE suoni ambientali ed onomatopeici

STRATEGIE UTILI:

- 1) Mantieni alta la prevedibilità
- 2) Nella scelta delle attività da proporre sostieni la ritualità
- 3) Rispetta il turno nella comunicazione
- 4) Assicurati che il bambino sia "sintonizzato" nella comunicazione utilizzando anche GESTI E MIMICA

S.2 STRATEGIE PER PROMUOVERE... L'INTENZIONALITA' COMUNICATIVA

Prima di poter parlare, un bambino deve acquisire e sviluppare l'INTENZIONALITA' COMUNICATIVA, che precede il linguaggio orale e ne è il presupposto.



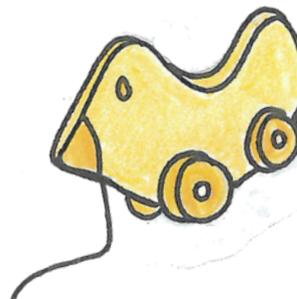
Lo sviluppo delle prime azioni comunicative dovrebbe comparire a partire dai 3 mesi anche per il bambino ipoacusico.

Prima compare il contatto oculare, poi arrivano la triangolazione dello sguardo e l'attenzione condivisa.



Risulta utile sfruttare le attività ludiche in modo da generare azioni condivise ed impostare una successione di routine prevedibili.

Inoltre è importante adottare comportamenti ritualizzati ed utilizzare una comunicazione multicanale (verbale/mimico-gestuale) ridondante nel rispetto dei turni comunicativi.



COSA FARE?

DAI RISPOSTE
CONTINGENTI ai
SEGNALI del bambino

IMITA LA PRODUZIONE
DEL BAMBINO...
RISPETTANDO I TURNI DI
"CONVERSAZIONE"

CREA E COMMENTA
L'IMPREVISTO
DURANTE L'INTERAZIONE

ENFATIZZA i SUONI
del LINGUAGGIO
durante l'interazione

MANTIENI ALTO
L'INTERESSE
E
CREA L'ASPETTATIVA

5.3 STRATEGIE PER PROMUOVERE... LA COMPrensIONE DEL LINGUAGGIO

È IMPORTANTE RICORDARE CHE LA COMPrensIONE LINGUISTICA
PRECEDE LA PRODUZIONE.

LE ORECCHIE SONO LA PORTA D'ACCESSO AL CERVELLO

(Karol Flexer 201)



Il cervello riceve degli
input che poi deve
organizzare in concetti
e significati.

In questo processo
diventano CRUCIALI la
QUALITA' e la QUANTITA'
del MESSAGGIO VERBALE.

Le INFORMAZIONI ricevute devono essere CHIARE e CONSISTENTI.

Nelle prime fasi dello sviluppo devono essere anche RIDONDANTI e
fortemente CONTINGENTI.

Attraverso le routine della vita quotidiana viene offerta al bambino la
possibilità di DARE SIGNIFICATO alle AZIONI, CONSOLIDARE le RELAZIONI
che intercorrono tra gli eventi e MEMORIZZARE alcune parole.

COSA FARE?

USA FOTO/ IMMAGINI
PER INTEGRARE LA
PERCEZIONE UDITIVA
CARENTE CON QUELLA
VISIVA INTEGRA

INTRODUCI
LA STESSA
PAROLA/ FRASE IN CONTESTI
DIVERSI CREANDO NUOVE
ESPERIENZE

VERIFICA LA POSIZIONE
DEL BAMBINO RISPETTO
ALLA FONTE SONORA

ATTRAVERSO
LA VOCE ATTIRA
L'ATTENZIONE DEL BAMBINO SULLE
PARTI DELLA FRASE CHE
ISOLATAMENTE NON HANNO
SIGNIFICATO
(es articoli, preposizioni, pronomi)

LASCIA IL TEMPO PER
L'ELABORAZIONE DEL
MESSAGGIO VERBALE.
NON ESSERE INCALZANTE!

5.4 STRATEGIE PER PROMUOVERE...

LA PRODUZIONE VERBALE

Il passaggio dalla comunicazione preverbale, dove vengono utilizzati i gesti dichiarativi e referenziali (dare, mostrare, non c'è più, salutare, mandare un bacio, ecc.) al linguaggio orale richiede la maturazione cognitiva delle capacità di rappresentazione, di astrazione, di simbolizzazione e di combinazione e può avvenire in momenti diversi a seconda delle caratteristiche del bambino.

Quando il bambino riesce a capire che, usando la propria voce ed imitando le parole ascoltate, genera effetto piacevole sull'adulto, inizierà ad **IMITARE** sempre con maggiore frequenza.

Quando avrà associato a quella stringa di suoni il significato, produrrà le prime **PAROLE INTENZIONALMENTE**.

Riformulando correttamente le **PAROLE** e/o la **FRASE** nel modo più **NATURALE** possibile gli **OFFRIRAI** la possibilità di migliorarsi.

COSA FARE?

IMITA LA PRODUZIONE DEL
BAMBINO VARIANDO LA
PROSODIA

RISPONDI AI VOCALIZZI
DEL BAMBINO DANDONE
UN'INTERPRETAZIONE
CONTINGENTE

PROPONI ATTIVITÀ DI
IMITAZIONE DEI MOVIMENTI
BUCCOFACCIALI, ES.
PERNACCHIA, SOFFIO,
MOVIMENTI DELLA LINGUA.

COMMENTA, DESCRIVI E
RISPONDI GUARDANDOLO
IN FACCIA

PROPONI
GIOCHI che prevedono SUONI
ONOMATOPEICI

PARLA PIU' LENTAMENTE
MA NON SILLABARE!
STIMOLA L'EMISSIONE VOCALE
A SCOPO COMUNICATIVO

**STIMOLA L'EMISSIONE VOCALE
A SCOPO COMUNICATIVO**

Fai muovere un giocattolo quando vocalizza, fai iniziare una routine di gioco dopo che ha usato la voce per richiamare la tua attenzione

**USA UN LINGUAGGIO SEMPLICE
LEGATO AL CONTESTO MA NON
TELEGRAFICO**

considerando le abilità linguistiche e l'età uditiva del bambino

**PROPONI DOMANDE A
SCELTA TRA DUE OPZIONI...**
(es. vuoi la mela o la
banana?)

**ARRICCHISCI LA
COMPLESSITA' DELLA
FRASE**

**CANTA CANZONCINE FACENDO DELLE
PAUSE PRIMA DI UNA PAROLA/FRASE
IN MODO CHE IL BAMBINO SIA
STIMOLATO A PRODURLA**
(se sei felice tu lo sai batti le...)

Come avrai capito, lavorare con il bambino sordo non richiede abilità diverse rispetto a quelle che metti in gioco con gli altri bambini, perché il bambino sordo ha le stesse esigenze loro su tutti gli altri piani.

Ricorda che il bambino deve indossare SEMPRE gli ausili uditivi, fondamentali per permettergli l'accesso al mondo dei suoni; poni inoltre costantemente attenzione al loro funzionamento, alle condizioni d'ascolto e ad integrare il canale uditivo con quello visivo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA); Roles of speech-language pathologist and teachers of children who are deaf and hard of hearing in the development of communicative and linguistic competence, 2004, documento presente online al link: www.asha.org
- Battisti, L.; Rossi, M.C.; Sicoli, S.; Ghiggeri, S.; Turrini, M.; Semenzato, G.: Il bambino con disabilità uditiva alla scuola dell'infanzia. 2015 documento presente online al link <http://www.ulss16.padova.it/it/distrettuali/distretto-n-1-via-scrovegni/centro-di-riabilitazione-uditiva/302>
- Berrettini, S. et al.: Linee guida per la conduzione dello screening audiologico neonatale nella regione Toscana, 2015, documento presente online al link <http://www.regione.toscana.it/documents/10180/13328260/Allegato+parere+n.+44-2015+Linee+guida+screening+audiologico+neonatale.pdf/6a80f229-1656-4031-b63e-b0cf12318fd;version=1.0>
- Datta, G.; Harbor, D.; Allen, C.; Harrigan, S., Primi suoni. documento presente online al link https://www.cochlear.com/it/home/supporto/riabilitazione/primi_suoni
- Estabrooks, W.; MacIver-Lux, K.; Rhoades, E.A.; Auditory-Verbal Therapy For Young Children with Hearing Loss and Their Families, and the Practitioners Who Guide Them, San Diego, CA: Plural Publishing Hardback. 2016 (1st edition)
- Garai, M.; Astolfi, A.(a cura di): Barbaresi L; Di Bella A.; Fausti, P.; Furlan, R.; Griginis, A.; Licitra, G.; Maffei, L.; Oberkalmsteiner, R.; Prodi, N.; Secchi, S.; Semprini, G.; Tombolato, A., Linee guida per una corretta progettazione acustica di ambienti scolastici, Roma, Associazione Italiana di Acustica (AIA), 2017, pp. 71 .
- Guerzoni, L.; Nicastrì, M.; Patelli, I.; Rocca, C.; Traisci, G.; Boscoa, E.: Che bella giornata! Uno strumento per sviluppare l'ascolto e la comunicazione nell'interazione quotidiana. documento presente online al link <https://advancedbionics.com/it/it/home/support/rehab.html>
- Harrigan, S.; Sheridan, C., Small Talk. L'adattamento italiano a cura di Feltrin, F. di Cochlear Italia. Documento presente online al link: https://www.cochlear.com/it/home/supporto/riabilitazione/small_talk
- Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. Pediatrics Vol. 120 No. 4 October 2007.
- Orzan, E.; Crovetto, F.; Rota, E., De Colle W. : Piccola guida per i genitori di bambini con problemi di udito, Milano, Ed. Amplifon, dispensa.

A disposizione per ulteriori informazioni

L'ÉQUIPE

DEL CENTRO DI RIABILITAZIONE Uditiva

AULSS 6 EUGANEA

Via Eulero 80/A, Padova

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

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