

DPL e DSA nei bilingui: il difficile dilemma diagnostico

SLI and LD in bilingual children: A diagnostic dilemma

Stefania Millepiedi*, Bruno Sales**

*MD, PhD Responsabile UFSMIA Versilia, ATNO,
Coordinatore Sezione di Neuropsicologia SINPIA,
Via A. Fratti, 532 - Viareggio, LU, Italia;
e-mail: stefania.millepiedi@uslnordovest.toscana.it.

**MD, Responsabile UFSMIA Pistoia, ATC;
e-mail: bruno.sales@uslcentro.toscana.it

Ricevuto: 21.05.2024 - **Accettato:** 30.06.2024

Pubblicato online: 30.10.2024

Riassunto

Il presente articolo si prefigge di delineare le aree di indagine utili per la valutazione clinica dei disturbi primari del linguaggio (DPL) e dei disturbi specifici di apprendimento (DSA) nella condizione di bilinguismo, in bambini che imparano l'italiano come seconda lingua (L2). Si tratta di una popolazione estremamente eterogenea, sia per fenotipi clinici, che per fattori ambientali, che per timing dell'esposizione. Ci focalizziamo in particolare sulla tipologia di bilinguismo che viene definito sottrattivo, quello in cui il valore sociale della lingua madre (L1) è poco riconosciuto. A partire dall'approccio diagnostico, ormai consolidato, dei disturbi del neurosviluppo in cui variabili fenotipiche si intersecano con variabili ambientali in un continuum temporale, si applicherà lo stesso approccio anche a questa particolare popolazione di bilingui. Si passerà quindi a delineare quali possano essere i passaggi fondamentali dell'anamnesi, della valutazione clinica sia nei DPL che nei DSA e

S. Millepiedi & B. Sales / *Ricerche di Psicologia*, 2024, Vol. 47 (1)
ISSNe 1972-5620, Doi: 10.3280/rip2024oa18563

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>

quali elementi ambientali e temporali debbano essere tenuti in particolare considerazione.

Parole chiave: bilinguismo, valutazione, disturbo del linguaggio, disturbo dell'apprendimento, intervento

Abstract

This article aims to outline the areas of investigation useful for the clinical evaluation of specific language impairment (SLI) and learning disabilities (LD) in the condition of bilingualism, especially in children who learn Italian as a second language (L2). This is an extremely heterogeneous population in terms of clinical phenotypes, environmental factors and timing of exposure. We focus in particular on the type of bilingualism that is defined subtractive, in which the social value of the mother tongue (L1) is not recognized. Starting from the diagnostic approach of neurodevelopmental disorders in which phenotypic variables intersect with environmental variables in a temporal continuum, we try to apply the same approach to bilingual children. We outline the most important steps of anamnesis and clinical evaluation in both SLI and LD, and the principal environmental and temporal elements that must be taken into consideration.

Keywords: bilingual, developmental language/learning disorder, assessment, intervention

Introduzione

Il fenomeno del bilinguismo in età evolutiva in Italia è in costante aumento. Dai dati del Ministero dell'Istruzione e del Merito del 2024 (anno scolastico 2023-2024) si evince che circa il 12% degli alunni (con differenze tra le diverse regioni) sono di cittadinanza non italiana, contro l'1.4% del 2000 (con un aumento di quasi 10 volte in poco più di 20 anni); è presumibile che per lo più si tratti di minori in condizione di bilinguismo. Il numero degli studenti di cittadinanza non italiana decresce dalla scuola primaria (14.9%) alla scuola secondaria di secondo grado (8.8%) a rendere ragione del recente aumento del fenomeno migratorio (MIM, 2023). Attualmente non esistono dati ufficiali a cui fare riferimento per comprendere l'entità del fenomeno del bilinguismo, e nemmeno abbiamo dati certi relativi all'epidemiologia delle difficoltà e dei disturbi del linguaggio e dell'apprendimento in bambini bilingui.

In Italia il fenomeno del bilinguismo è da sempre rappresentato dall'uso dei dialetti, vere e proprie lingue differenziate rispetto alla lingua italiana in diverse regioni, e dalla presenza di bilinguismo in senso stretto nelle regioni di confine. Negli ultimi anni il fenomeno migratorio ha portato a un aumento significativo dei bambini che sono esposti alla lingua (o alle lingue) madre (L1) nell'ambito del contesto familiare mentre si confrontano con la lingua italiana (L2) nel contesto scolastico e sociale (Contento et al., 2010). Numerosi studi riportano i vantaggi che la presenza di una condizione di bilinguismo può portare anche in termini di sviluppo cognitivo (Garaffa et al., 2020; Marini, 2019a), ma si tratta di un vantaggio che si esplicita soprattutto nelle condizioni ambientali caratterizzate da un livello socio-economico elevato e in situazioni di bilinguismo additivo. In questo articolo ci occuperemo invece dei quadri clinici che si sviluppano in bambini bilingui che si trovano in condizioni di difficoltà ambientale.

I numerosi bambini bilingui che giungono ai servizi sanitari di Neuropsichiatria Infantile territoriale sono minori in cui l'esposizione a L2 si verifica all'ingresso della scuola dell'infanzia o addirittura della scuola primaria (bilinguismo sequenziale o successivo). La lingua L1 spesso non è ritenuta una risorsa positiva da parte del contesto (e a volte nemmeno dalla stessa famiglia), che non ritiene un vantaggio sociale la conoscenza di quella lingua (bilinguismo sottrattivo). Altrettanto spesso il livello socio-culturale delle famiglie, e talvolta l'isolamento sociale in cui esse si trovano, tende a non facilitare e a non sostenere l'apprendimento di L1, al punto che questa viene quasi dimenticata dai figli che finiscono con il comprenderla solo parzialmente e con il parlarla poco fluentemente. Occorre inoltre considerare il fatto, spesso trascurato, che una non completa e fluente conoscenza di L1 rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo delle competenze in L2 (Bonifacci, 2018); sarebbe pertanto fondamentale incoraggiare i genitori ad utilizzare la lingua di origine nel contesto familiare perché l'apprendimento di L2 ne sarebbe avvantaggiato. Infine con l'ingresso alla scuola primaria, in situazioni di non stabilità di acquisizione di L2 e in condizioni sociali che non sempre sostengono gli apprendimenti in ambito familiare, diventa talvolta difficile anche la corretta evoluzione degli apprendimenti scolastici.

È evidente che bilinguismo non è sinonimo di disturbo del linguaggio o dell'apprendimento e nella maggior parte i bambini bilingui presentano uno sviluppo linguistico e degli apprendimenti del tutto in linea con le aspettative, sebbene con differenze dovute alle variabilità individuali e ambientali. Tuttavia è altrettanto vero che i bambini per i quali l'italiano è L2 possono presentare aree di debolezza dello sviluppo linguistico pur frequentando la scuola italiana (Chilosi et al., 2017), soprattutto nelle condizioni di svantaggio o disagio socio-economico.

Uno studio di Chilosi et al. (2017) condotto su un campione di 1189 bambini della scuola dell'infanzia con l'utilizzo di una checklist compilata dagli insegnanti (CCC-2, Bishop, 2003) ha indicato una prevalenza di rischio per disturbi del linguaggio nel 18% del campione di bambini con italiano come L2, rispetto al 4,8% dei bambini con italiano come L1.

È all'interno di questa cornice che diventa di particolare rilevanza clinica sia intercettare precocemente i bambini bilingui che presentano incertezze e difficoltà di tipo linguistico, così da poter attivare supporti psicoeducativi volti a potenziare il linguaggio e favorire traiettorie evolutive positive, sia diagnosticare precocemente la presenza di disturbi del linguaggio e dell'apprendimento al fine di attivare adeguate misure di intervento.

Focus di questo articolo è la diagnosi di quadri clinici specifici (e complessi) come i Disturbi Primari del Linguaggio (DPL) e i Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) in un bambino bilingue o multilingue.

I DPL e i DSA sono inseriti all'interno di una categoria più ampia di disturbi definita Disturbi del Neurosviluppo (DSM-5-TR, 2021). Il termine neurosviluppo indica un processo di crescita complesso, che dal concepimento porta ad un'armonica acquisizione di competenze emotive, motorie, cognitive, linguistiche e sociali fino all'età adulta, con un intreccio costante e continuo tra le componenti genetiche, neurobiologiche e ambientali (Gillbert, 2010). In questa ottica sono diversi gli elementi che devono essere presi in considerazione nell'ambito della diagnosi; in particolare è necessario delineare sia il fenotipo clinico, la cui espressività è di tipo dimensionale piuttosto che categoriale, sia la componente ambientale familiare e sociale extra-familiare, sia la traiettoria evolutiva e cioè la variabilità del quadro clinico all'interno di una dimensione temporale.

La diagnosi dei DPL e DSAp nei bilingui

Quanto sopra delineato comporta che la diagnosi di DPL e DSA implica l'analisi di un insieme di variabili (cliniche, ambientali e temporali) che possono contribuire alla diversa espressività del fenotipo clinico.

Alla complessità della diagnosi in ambito clinico dei DPL e DSA nei bambini monolingui si aggiunge un ulteriore aspetto di complessità costituito dal bilinguismo o multilinguismo. Di seguito analizzeremo gli elementi di specificità e di criticità diagnostica.

L'anamnesi

Come primo aspetto occorre porre grande attenzione alla raccolta anamnestica. In generale, nel sottogruppo di bambini bilingui di tipo sottrattivo, che abbiamo deciso di trattare come focus di questo articolo, non è sempre agevole la raccolta di dati anamnestici. La scarsa dimestichezza che la famiglia talvolta riporta con la lingua italiana può rendere necessario disporre di un mediatore linguistico la cui neutralità e corrispondenza nel riportare le informazioni, tuttavia, sebbene spesso data per scontata, non è sempre ottimale. Inoltre può capitare che le famiglie, soprattutto nei casi di bilinguismo sottrattivo dove scarso valore sociale viene attribuito a L1, tendano a negare l'utilizzo della lingua madre nei contesti domiciliari per timore di essere giudicate, finendo così con il fornire informazioni scarsamente attendibili e poco utili per l'inquadramento clinico.

Non ci addentriamo nei contenuti della raccolta anamnestica, rimandando a testi più esaustivi, ma ci sentiamo di raccomandare l'attenta analisi di una familiarità (talvolta purtroppo anche questa negata o non conosciuta) rispetto ai disturbi del linguaggio, dell'apprendimento o più in generale ai disturbi del neurosviluppo. La presenza di familiarità costituisce un importante fattore di rischio che fornisce una chiave di interpretazione rispetto al quadro clinico osservato.

Alcune parole devono, invece, essere impiegate per delineare quale debba essere il focus della raccolta anamnestica rispetto allo sviluppo delle tappe linguistiche e di apprendimento, degli stimoli ambientali presenti e della esposizione temporale a L1 e L2.

In generale l'acquisizione delle tappe linguistiche in L2 segue la stessa sequenza delle tappe linguistiche in L1, talvolta lievemente accelerata dalla presenza di una pregressa solidità linguistica fornita proprio da L1 (Guasti, 2017). È importante indagare la presenza del *code-switching* (utilizzo di parole di L1 e L2 all'interno dello stesso atto linguistico) che viene interpretato, erroneamente, come un indicatore di un processo scorretto di apprendimento linguistico. In realtà si tratta di un fenomeno frequente che può riguardare sia la componente lessicale che quella morfo-sintattica (Gross et al., 2021) e sta ad indicare una progressiva dimestichezza con i diversi codici linguistici, rappresentando una risorsa soprattutto di tipo narrativo e socio-pragmatico (Gross et al., 2023). Pertanto il fenomeno del *code-switching* non può essere considerato come un marcatore di DPL.

In relazione all'ambiente di sviluppo del bambino è necessario comprendere bene i contesti ecologici e linguistici in cui è immerso. È opportuno non limitare, ma anzi sostenere l'esposizione familiare in L1 (lingua madre) che facilita la trasmissione di contenuti affettivi e propone modelli linguistici

corretti, aspetto fondamentale anche per facilitare l'acquisizione di L2. D'altra parte diversi studi evidenziano che i bambini che ricevono una scarsa esposizione linguistica a L2 hanno un repertorio lessicale inferiore e risultano a maggior rischio di fallimento scolastico (Marinelli et al., 2020). Altrettanto importante è delineare i contesti ambientali in cui il bambino può essere esposto a L2, come la scuola o altri ambienti ad espressione socio-relazionale e ludico-ricreativa. Questi ultimi ambienti non sono sempre di facile accessibilità per le famiglie non italofone e diventa spesso necessario prevedere un supporto da parte dei servizi sociali presenti sul territorio. Secondo la letteratura internazionale uno dei parametri più importanti che influenzano lo sviluppo linguistico del bambino è proprio la condizione di vita ambientale (familiare, scolastico ed extra-scolastico) la quale è in grado di determinare il tipo di bilinguismo (additivo o sottrattivo) (Mari et al., 2010).

Ultimo parametro da indagare in termini anamnestici è la variabile temporale, sia in termini trasversali (*per quanto tempo* il bambino risulta esposto a contesti L1/L2), sia in termini longitudinali (*da quanto tempo* il bambino è esposto a L2) sia in termini qualitativi (*a quale modello* di L2 il bambino è esposto). È importante anche condividere con la famiglia la storia migratoria del bambino ed eventuali aspetti traumatici ad essa collegata che potrebbero interferire con l'investimento comunicativo e linguistico verso L2.

Gli aspetti clinici: DPL

L'aspetto centrale è la valutazione specifica della sintomatologia clinica propria del DPL e del DSA. Nella valutazione clinica di entrambi i disturbi ci sono due rischi che si pongono: da una parte quello di sovrastimare i quadri clinici (falsi positivi, cioè identificare un disturbo quando si tratta di una discrepanza dovuta alla non sufficiente esposizione linguistica) dall'altra quello, ben più frequente, di sottostimarli (falsi negativi, cioè non identificare un disturbo, attribuendo alla condizione di bilinguismo le differenze rispetto a quanto atteso).

Purtroppo la carenza di strumenti diagnostici sufficientemente sensibili e specifici per la diagnosi di DPL monolingui (Consensus Conference, 2019) diventa ancora più evidente per la diagnosi di DPL bilingui, come avremo modo di delineare più avanti.

Come prima cosa è importante sottolineare che per porre diagnosi di DPL nei bambini bilingui è necessario che sia identificato uno sviluppo linguistico ritardato, alterato o deficitario in *entrambe* le lingue parlate dal bambino. La presenza di difficoltà in un'unica lingua, infatti, deve far ipotizzare una insufficiente esposizione alla lingua deficitaria (Bonifacci, 2018). Questo

aspetto, apparentemente di facile rilevazione clinica, pone in realtà numerose criticità. Per esempio è possibile che le difficoltà in L2 possano essere dovute ad una scarsa e tardiva esposizione alla lingua e le difficoltà in L1 possano essere dovute ad una sottostimolazione della lingua per fattori socio-culturali che possono renderne poco stabile e solido l'apprendimento. Questi aspetti possono esitare in un apparente ritardo in entrambe le lingue, in realtà dovuto a fattori di origine ambientale, su cui torneremo successivamente. Nonostante queste criticità, di cui si deve tenere conto sul piano clinico, rimane di fondamentale importanza la possibilità di prevedere una valutazione clinica in entrambe le lingue.

Essendo evidentemente difficile, o comunque poco probabile, poter effettuare una valutazione clinica *diretta* per entrambe le lingue (dovremmo disporre di clinici multilingue in ogni servizio, cosa evidentemente impraticabile), rimangono due alternative. La prima è quella di affidarci per l'analisi del linguaggio in L1 alla compilazione da parte dei genitori (purtroppo non sempre attendibili) di questionari, ormai presenti e diffusi nella maggior parte delle lingue. La seconda è quella di utilizzare test di tipo computerizzato somministrati in L1. Purtroppo anche questa soluzione, pur auspicabile nonostante alcune criticità (per esempio avere a disposizione test computerizzati in tutte le lingue), non è ancora diffusa in tutti i servizi territoriali, ma sembra essere la strada più promettente anche per consentire di intercettare precocemente possibili aree di difficoltà dello sviluppo linguistico ed attivare progetti di potenziamento specifici.

La valutazione di L2 appare anch'essa critica, in particolare per la difficoltà di reperire dati normativi in L2 che possano essere utilizzati nell'ambito della valutazione clinica testologica. Purtroppo questo aspetto risente fortemente dell'estrema variabilità delle situazioni linguistiche che si possono presentare. La variabilità riguarda in primo luogo la tipologia di L1 e dei rapporti in termini di affinità linguistica tra L1 e L2, in secondo luogo la solidità dell'apprendimento linguistico in L1 che come abbiamo detto influenza la possibilità di apprendimento in L2, in terzo luogo il tempo di esposizione e la qualità dell'esposizione stessa a L2. A questo si aggiunge la poca attendibilità della traduzione dei test, che per ovvi motivi, difficilmente riesce a mantenere le condizioni di bilanciamento tra gli stimoli proposti nella traduzione da una lingua all'altra (per esempio in termini di frequenza d'uso delle parole o in termini di struttura fono-articolatoria) (Vender, 2020).

Per individuare precocemente un DPL sarebbe importante identificare dei marcatori clinici. Tra questi il compito di ripetizione, sia di parole che di non parole, risulta un compito utile per evidenziare difficoltà linguistiche nei DPL monolingui, con buone caratteristiche di sensibilità e specificità (Consensus Conference, 2019; Bloder et al., 2024). Il compito di ripetizione è un

compito molto complesso che coinvolge l'abilità di immagazzinare nella memoria a breve termine e analizzare sequenze di sillabe per poi ripeterle: riguarda quindi le abilità di memoria e di competenza fonologica, abilità che risultano compromesse nei DPL. Da diversi studi sembra inoltre che un compito di ripetizione, soprattutto di non parole, può essere utile anche per evidenziare difficoltà linguistiche in L2 nei bambini bilingui (Guasti, 2017; Guasti, 2021). Inoltre l'abilità di ripetizione di non parole risulta essere un importante indicatore anche dopo tempi brevi di esposizione a L2, soprattutto se il compito riguarda parole corte (Thordardottir et al., 2013). Dalla Consensus Conference (2019) emerge che anche l'uso del clitico mostra valori elevati di sensibilità e specificità nella identificazione di disturbi del linguaggio nei monolingui. L'errore nell'uso dei clitici suggerisce la presenza di "una difficoltà a tenere in memoria le informazioni grammaticali rilevanti per recuperare dal lessico la forma corretta del pronome clitico ai fini della relazione a distanza" (Cardinaletti, 2017). Si tratta di una abilità molto complessa, che implica una buona capacità di manipolazione di diversi elementi linguistici. L'assenza di uso dei clitici appare un buon marcatore clinico di DPL anche nei bilingui, sebbene sia necessario un tempo di esposizione a L2 di almeno 18 mesi (Guasti, 2017; Vender et al., 2016). È importante precisare che l'uso errato del clitico non è un indicatore di DPL, ma può essere presente nei bambini con italiano in L2 con sviluppo tipico.

In sintesi l'individuazione dei DPL in bambini bilingui è molto complessa e rende necessario di effettuare una valutazione il più completa possibile del profilo linguistico, in modo da avere più elementi a disposizione (Lorusso et al., 2022).

Gli aspetti clinici: DSA

Anche nell'ambito dell'apprendimento scolastico, così come abbiamo visto per il DPL, è molto complesso riuscire a distinguere un ritardo degli apprendimenti da un disturbo su base neurobiologica, con i conseguenti rischi già analizzati di sovra- e sottodiagnosi. Per un adeguato apprendimento scolastico è richiesto che L2 sia sufficientemente maneggiata dai bambini in termini di fonologia, di ampiezza del vocabolario e di accuratezza grammaticale, aspetti per i quali sono necessari almeno 5/7 anni di esposizione a L2 (Cummins, 2000). Questo significa che anche gli studenti che hanno un adeguato livello di conoscenza della lingua parlata L2 possono mostrare prestazioni inferiori ai pari monolingui in compiti scolastici di maggiore complessità (LG, 2022). Ricordando che il focus del presente articolo è una riflessione sui bambini con bilinguismo sottrattivo è possibile che alle difficoltà

di tipo linguistico possano associarsi problematiche relative all'utilizzo di strategie di tipo metacognitivo, scarso investimento motivazionale rispetto alla scuola, bassa autostima, difficoltà a reperire in famiglia un aiuto ed un sostegno nei compiti.

Anche nella valutazione di DSA nei bambini bilingui non è sempre facile il reperimento di strumenti diagnostici specifici e standardizzati per le stesse difficoltà sopra delineate per la valutazione del DPL. Dalla letteratura emergono, tuttavia, alcune indicazioni che ci permettono di delineare alcuni fattori che possono essere predittori di adeguate abilità di apprendimento. Nell'ambito della lettura, tra gli indicatori precoci di una velocità e correttezza bella norma troviamo le abilità di consapevolezza fonologica, l'abilità di associazione tra un suono e la sua rappresentazione grafica sia in L1 che in L2, l'abilità di denominazione rapida, l'ampiezza del vocabolario in L2 e la ripetizione di non parole L2 (Bellocchi, 2018). L'area degli apprendimenti scolastici che appare maggiormente fragile nei bambini bilingui è la comprensione del testo scritto, soprattutto nelle forme di bilinguismo tardivo e/o sottrattivo. Rispetto al compito di comprensione del testo appaiono di particolare rilevanza l'abilità di comprensione orale di L2, sia lessicale che morfo-sintattica, ma anche la presenza di buone competenze linguistiche in L1 (Bellocchi, 2010).

Nonostante le difficoltà, l'impegno dei clinici e dei ricercatori italiani ha permesso di delineare, all'interno delle recenti Linee Guida sui DSA (2022), alcune indicazioni per la diagnosi. La prima riflessione ha riguardato la necessità di un *assessment dinamico*, cioè di una valutazione non statica, ma che includa osservazioni ripetute, intervallate da periodi di potenziamento e di intervento, prima di giungere a una diagnosi definitiva. In altre parole diventa un fattore diagnostico fondamentale la modificabilità del quadro clinico: si tratta di un concetto innovativo, perfettamente in linea con la definizione di disturbo del neurosviluppo, e particolarmente rilevante per la popolazione di bambini con bilinguismo sottrattivo che per vari motivi possono non aver potuto usufruire di una adeguata stimolazione ambientale.

Sebbene emerga dalla raccomandazione delle LG la possibilità di effettuare una diagnosi di DSA dopo almeno 2 anni di regolare frequenza scolastica, si sottolinea in più punti la necessità di prudenza nella diagnosi, e si raccomanda di avvalersi anche di un criterio dimensionale di severità clinica.

Anche nell'ambito della diagnosi di DSA diventa necessaria una puntuale ed accurata raccolta anamnestica (ad esempio attraverso questionari rivolti ai genitori), come già sopra discusso, per poter comprendere la storia personale e familiare del bambino, la tempistica e la qualità di esposizione linguistica L2, nonché la presenza di un DPL.

Nelle LG si raccomanda di utilizzare test dotati di dati normativi per i bilingui. Oltre ad alcuni test pubblicati che già presentano dati su bilingui soprattutto per la scuola primaria (ALCE, Bonifacci et al., 2014), in letteratura stanno comparando numerosi articoli che riportano dati su campioni di bilingui sufficientemente numerosi da poter essere utilizzati nella pratica clinica (Marinelli et al., 2020) e a cui si rimanda.

Nell'eventualità si utilizzino test per monolingui devono essere tenute in considerazione alcune raccomandazioni. Per la valutazione della lettura è raccomandato l'utilizzo di prove di lettura di parole e non parole volte ad indagare l'abilità di decodifica, mentre *non viene raccomandato l'utilizzo della lettura di un brano* che sembra avere una bassa specificità e quindi un maggior rischio di identificare falsi positivi. L'utilizzo di prove di lettura di parole e non parole permette invece di discriminare tra profili tipici e profili con difficoltà nei bilingui.

Maggiormente complessa è invece la valutazione delle abilità di scrittura, dove la componente linguistica risulta avere un peso maggiore nella capacità di automatizzazione della decodifica (Bellocchi e Baraldi, 2010). Data la presenza di frequenti errori ortografici di tipo fonologico, non fonologico e fonetico nella scrittura di parole, di non parole e del brano, le LG raccomandano di non effettuare una diagnosi di disortografia fino alla fine della scuola primaria. È evidente che anche in questa situazione il giudizio clinico e la valutazione complessiva del bambino devono essere determinanti nella formulazione di una diagnosi: l'immodificabilità del quadro clinico nonostante adeguati interventi, l'estensione delle difficoltà ad altre aree dell'apprendimento e la gravità del quadro debbono essere tenute in considerazione per evitare il rischio di falsi negativi. Coerentemente con i dati di letteratura che indicano l'area della comprensione del testo come quella di maggiore fragilità anche nel lungo periodo per quanto già sopra delineato, nelle LG non si fa riferimento alla possibilità di effettuare una diagnosi in questa area. Infine, rispetto alla possibilità di diagnosi di discalculia attualmente non si ritrovano in letteratura dati univoci.

In sintesi l'individuazione dei DSA in bambini bilingui è molto difficoltosa e l'interpretazione dei dati rimane fortemente ancorata ad un giudizio clinico e di valutazione globale del quadro anche in relazione alle variabili ambientali e temporali. Diventa inoltre necessaria, oltre alla valutazione delle competenze specifiche linguistiche e di apprendimento, anche la valutazione complessiva del bambino in termini cognitivi, neuropsicologici ed affettivo-comportamentali.

Gli aspetti clinici extra-linguistici

La valutazione clinica del bambino con DPL e DSA non può prescindere dalla valutazione del profilo cognitivo e neuropsicologico, non solo per una diagnosi differenziale rispetto a condizioni cliniche con un disturbo del neurosviluppo più globale, ma anche per definire un profilo di funzionamento complessivo e per delineare i punti di forza e di debolezza del bambino.

Rispetto alla valutazione cognitiva è necessario sottolineare l'importanza che questa venga effettuata attraverso test di tipo non verbale, per evitare che richieste di carattere linguistico possano interferire con la valutazione cognitiva globale.

Dai dati di letteratura emerge che i bambini bilingui a sviluppo tipico tendono a presentare un vantaggio rispetto ai monolingui nelle abilità di attenzione, inibizione e memoria di lavoro (Marini et al., 2014). Tale vantaggio non si mantiene invece nei bambini bilingui con DPL. Inoltre sia i bambini monolingui con DPL che i bambini bilingui con DPL mostrano una caduta nell'ambito della memoria di lavoro fonologica a breve termine. Pertanto sia la presenza di un deficit nell'ambito della memoria fonologica a breve termine che la perdita di un vantaggio sulle funzioni neuropsicologiche tipiche del bilingue a sviluppo tipico possono guidare il clinico nella interpretazione del fenotipo linguistico osservato e facilitare quindi la diagnosi (Marini et al., 2019a, Marini et al., 2019b).

La valutazione clinica del bambino bilingue con DPL o DSA non può prescindere dall'analisi della componente psicopatologica. Non esistono studi che analizzano in maniera sistematica la presenza di disturbi emotivi e/o comportamentali nei bambini bilingui con DPL o DSA: tuttavia, sulla base della letteratura dei bambini monolingui con DPL e DSA che evidenzia un aumento della co-occorrenza di disturbi psicopatologici sia internalizzati (disturbi ansiosi, disturbi depressivi) che esternalizzati (disturbo da deficit di attenzione, disturbo oppositivo provocatorio) è da supporre che anche nei bambini bilingui con DPL o DSA siano presenti disturbi psicopatologici in co-occorrenza. È facilmente intuibile che esperienze di difficoltà comunicativa o di insuccesso scolastico in un bambino bilingue (soprattutto se di tipo sottrattivo) possano costituire un fattore di rischio importante per lo sviluppo di bassa autostima, timore dell'insuccesso, demoralizzazione, atteggiamenti rinunciatari o rabbiosi, etc. Il disagio emotivo che il bambino può sperimentare in situazioni di insuccesso può comportare la comparsa di sintomi ansiosi che possono a loro volta portare a comportamenti di evitamento che si manifestano con intensità differenti (da marcata inibizione nella comunicazione fino a comportamenti più chiaramente oppositivi come il rifiuto di parlare o il rifiuto di fare compiti). Talvolta la componente ansiosa può avere

una marcata interferenza sulle strategie di tipo metacognitivo, la cui importanza rispetto ai processi di apprendimento è nota da tempo (Cornoldi, 2006). Soprattutto nei bambini in epoca prescolare la componente di disagio emotivo può esprimersi attraverso agiti comportamentali che possono diventare particolarmente evidenti nelle situazioni in cui il bambino sperimenta una difficoltà, per esempio quando al bambino con difficoltà linguistica viene richiesto di effettuare un compito di tipo linguistico.

Oltre a questi quadri a patogenesi di origine reattiva al DPL e/o al DSA, possono essere presenti anche quadri clinici psicopatologici in comorbidità con DPL e/o DSA. Esula dagli obiettivi del presente articolo una disamina completa di questi quadri clinici, ma appare molto importante, in un'ottica sia di valutazione clinica globale sia di programmazione di percorsi di cura, che essi vengano tenuti in considerazione.

Gli aspetti ambientali

Tra i fattori ambientali da indagare accuratamente, pur sempre con le limitazioni sopra delineate, troviamo la valutazione dello status socio-economico (SES) della famiglia che sembra uno degli indicatori prognostici più importanti (Levickis et al., 2022). Esistono diversi potenziali meccanismi attraverso i quali il SES può influenzare l'apprendimento del linguaggio orale e scritto. I genitori con SES più elevato forniscono ai propri figli un input linguistico caratterizzato da un vocabolario più ampio e una morfosintassi più complessa; inoltre ci sono evidenze che l'ampiezza del vocabolario sia correlata con l'accuratezza dell'apprendimento nei bambini in età scolare tra gli 8 e i 15 anni (Onofrio et al., 2019).

È fondamentale anche valutare la possibilità del sistema familiare di sostenere il bambino all'interno del percorso di cura. La possibilità di generalizzare e trasferire quanto appreso nel contesto di trattamento è alla base del successo del trattamento stesso. Purtroppo questo non è sempre possibile e le forme di trattamento indiretto non sono sempre applicabili. Le famiglie non italofone hanno spesso scarso supporto nell'ambiente, sono spesso isolate, presentano un basso livello socio culturale, ma d'altro canto, sono animate dalla volontà di aiutare il proprio bambino pur trovandosi non sempre in condizione di farlo.

Accanto alla indubbia importanza dell'ambiente familiare non possiamo sottovalutare il ruolo svolto dalla scuola. L'ambiente scolastico infatti spesso rappresenta il primo e spesso l'unico luogo dove il bambino entra in contatto con L2. La scuola, soprattutto quella dell'infanzia, può diventare un elemento fondamentale per l'analisi in un contesto ecologico del linguaggio L2

del bambino (per esempio attraverso questionari specifici), ma anche per promuovere attività di potenziamento dello sviluppo del linguaggio nel bambino. Il gruppo di pari costituisce una risorsa per lo sviluppo della competenza sociale e dell'uso del linguaggio in un contesto ecologico e familiare per il bambino, favorendo lo sviluppo delle regole di interazione (turni, rispetto delle regole comunicative), dell'efficacia comunicativa, delle capacità di condivisione e aiuto e del controllo dell'egocentrismo. Il gruppo rappresenta inoltre una risorsa per l'apprendimento, poiché il setting di gruppo supporta l'imitazione e/o la cooperazione, la mediazione con i pari, la possibilità di ripetere esperienze favorendo il mantenimento e la generalizzazione delle informazioni apprese. Il contatto tra sistema sanitario e sistema scolastico diventa, in queste situazioni, ancora più necessario e determinante. La possibilità di attivare percorsi di potenziamento linguistico in contesti educativi dovrebbe diventare un obiettivo primario all'interno del percorso di cura del bambino bilingue con DPL o DSA.

Infine, è necessaria una riflessione in merito alla concettualizzazione di disturbo del neurosviluppo in relazione all'ambiente, cioè di un disturbo che si esprime attraverso un non adattamento del soggetto alle richieste dell'ambiente. La domanda che dobbiamo porci però deve essere anche: quanto l'ambiente si adatta o è adattabile al bambino con un disturbo del neurosviluppo? Solo rispondendo a questa domanda possiamo comprendere al meglio le difficoltà di un bambino con un disturbo della comunicazione e riuscire a costruire un percorso di cura che sia davvero "sistemico". Una possibile risposta da parte dell'ambiente al bambino bilingue con DPL, soprattutto quando è recente l'esposizione a L2, è l'utilizzo della Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA) nell'ambiente prossimale ed educativo del bambino. Si tratta di una strategia di comunicazione altamente flessibile, adattabile ad ogni contesto e ad ogni bambino. Inizialmente nata per situazioni cliniche molto complesse e per lo più permanenti, il suo utilizzo si sta progressivamente allargando anche a situazioni transitorie di difficoltà di comunicazione. La CAA consente di sostenere e sviluppare la comprensione linguistica e comunicativa, di facilitare l'inclusione sociale e la partecipazione, di supportare le relazioni, di prevenire e ridurre i comportamenti problematici, di sostenere e sviluppare l'espressione comunicativa e linguistica (Costantino, 2020). Può costituire pertanto un valido supporto alla comunicazione e all'inclusione di bambini che presentano un ritardo/ disturbo della comunicazione.

La variabile temporale

All'interno del complesso approccio ai disturbi del neurosviluppo la variabile temporale diventa un elemento determinante per una corretta interpretazione dei dati clinici.

La prima riflessione rispetto alla dimensione del tempo è che possiamo osservare in tutti i disturbi del neurosviluppo un'estrema variabilità fenotipica proprio in termini temporali, cioè rispetto a quanto emerge nel corso dell'evoluzione del bambino. Se dunque applichiamo l'ottica di osservazione dei disturbi del neurosviluppo anche ai DPL e DSA nei bambini bilingui, dobbiamo allora tenere in considerazione un aspetto rilevante che ritroviamo nella clinica dei disturbi del neurosviluppo: non sempre la riduzione manifesta della sintomatologia coincide con una corrispondente riduzione dell'*impatto funzionale* che il disturbo provoca in termini di adattamento del bambino all'ambiente, in particolare quando il contesto sollecita fortemente sia il carico cognitivo che le funzioni neuropsicologiche, come avviene in ambito scolastico. Nel caso dei disturbi del linguaggio orale e scritto, la possibilità di acquisizione di un linguaggio orale sufficientemente in linea con le richieste ambientali dopo 2 anni di esposizione a L2 non è sufficiente per rispondere alle crescenti richieste ambientali della scuola primaria, per le quali sono necessari almeno 5-7 anni di esposizione all'italiano (L2). In questo senso è necessario tenere sempre in considerazione la possibilità di un'interferenza funzionale del disturbo anche quando la sintomatologia clinica risulta essere ridotta o addirittura non immediatamente evidente.

La seconda riflessione sulla variabile temporale è quella relativa alla tempistica della diagnosi. È necessario mantenere un'ottica di osservazione dinamica del bambino, lasciando che ad una prima valutazione clinica, necessaria per definire un quadro clinico iniziale, seguano controlli successivi alternati a periodi di potenziamento e di intervento terapeutico: in questo modo è possibile monitorare non solo la modificabilità del quadro clinico, ma anche la sua velocità di modifica, fattore cruciale in termini prognostici. È inoltre di non secondaria importanza valutare con attenzione la tipologia e l'intensità dell'intervento che l'ambiente di vita del bambino, cioè il suo contesto allargato, deve mettere in atto per modulare il quadro clinico.

In termini operativi questo non è sempre di facile attuazione, in quanto il riconoscimento di una diagnosi nosografica, talvolta in qualche modo *forzata*, consente in prima battuta soprattutto l'attivazione di strumenti di assistenza socio-sanitaria per il bambino e la sua famiglia. È doveroso tuttavia ricordare, anche in questo contesto, che gli obiettivi del potenziamento e del trattamento, nell'ambito di tutti i disturbi del neurosviluppo, sono da riferirsi

al *profilo funzionale* del bambino (dinamico) e non alla diagnosi nosografica specifica (statica).

Conclusioni

La diagnosi di DPL e di DSA nei bambini bilingui risulta particolarmente complessa. L'intreccio tra fattori clinici ad espressione dimensionale (linguistici ed extralinguistici), fattori ambientali e fattori temporali deve essere analizzato con attenzione, per non giungere a conclusioni scorrette, diagnosticando la presenza di un disturbo laddove lo sviluppo del bambino bilingue è nella norma o, all'opposto, dando al solo bilinguismo la responsabilità delle problematiche riscontrate. È necessaria ancora molta ricerca per poter giungere a dati e protocolli di diagnosi più affidabili e certi. La letteratura in questo campo appare comunque in forte espansione, spinta dal numero crescente di casi che giungono ai Servizi di Neuropsichiatria Infantile segnalati dalle scuole e dai pediatri.

Alcuni punti fermi possono però essere tracciati:

1. Una corretta anamnesi può consentire di tracciare la reale curva di esposizione del bambino all'italiano, elemento chiave per il successivo ragionamento diagnostico, in termini trasversali (per quanto tempo al giorno), longitudinali (da quanto tempo) e qualitativi (quali sono stati i modelli linguistici).
2. Alcuni parametri sono suggestivi di possibile disturbo del linguaggio: ad esempio le performance del bambino nel compito di ripetizione di non parole e nell'uso del clitico. Per quanto riguarda la valutazione di un disturbo di apprendimento risulta utile la prova di lettura di parole e non parole, mentre la prova di velocità di lettura e la prova di comprensione del testo possono risultare fuorvianti se non rapportate alle competenze linguistiche del bambino.
3. L'utilizzo di test computerizzati anche nelle strutture territoriali deve essere implementato per facilitare la diagnosi dei DPL e DSA nei bambini bilingue
4. È necessario effettuare una valutazione completa e analitica del bambino, osservando sia gli aspetti linguistici che quelli extralinguistici.
5. L'analisi dell'ambiente costituisce un passaggio fondamentale soprattutto per definire il programma di potenziamento o di intervento riabilitativo per il bambino.
6. La dimensione temporale, vale a dire la non staticità del processo diagnostico, è quella che consente al clinico di mettere alla prova l'ipotesi diagnostica e di verificarne l'attendibilità.

7. L'implementazione delle conoscenze e delle competenze didattiche sul bilinguismo nell'ambito dei contesti educativi, infine, deve essere obiettivo specifico dei sistemi di cura, con l'obiettivo anche di sostenere i potenziali vantaggi del bilinguismo in tutti i bambini.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (APA, 2021). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder, fifth edition, text revision (DSM-5-TR)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bellocchi, S., & Baraldi, S. (2010). Bilinguismo e apprendimento della letto-scrittura sviluppo tipico e difficoltà. In S. Contento (a cura di), *Crescere nel bilinguismo* (pp. 55-68). Roma: Carocci Editore.
- Bellocchi, S., Baraldi, S., & Bonifacci, P. (2018). Apprendimento scolastici e bilinguismo. In P. Bonifacci, *I bambini bilingui. Favorire gli apprendimenti nelle classi multiculturali*. (pp. 121-154). Roma: Carocci editore.
- Bishop, DV. *The children's communication check-list, Version 2 (CCC-2), psychological corporation*. London 2003 (Ed. It. CCC-2, S. Di Sano, A. Saggino, M.S. Barbieri, et al. Firenze: Giunti, 2013).
- Bloder, T., Eikerling, M., & Lorusso, M. L. (2024). Evaluating the role of word-related parameters on the discriminative power of a novel nonword repetition task for bilingual children. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 38, 550-567. DOI: 10.1080/02699206.2023.2226304.
- Bonifacci, P., Tobia, V., Lami, L., & Snowling, M. (2014). *Alce-Assessment di lettura e comprensione per l'età evolutiva*. Firenze: Hogrefe Editore.
- Bonifacci, P. (2018). *I bambini bilingui. Favorire gli apprendimenti nelle classi multiculturali*. Roma: Carocci Editore.
- Cardinaletti, A. (2017). Elementi funzionali e relazioni a distanza nello sviluppo tipico e atipico (DSL, DSA): il caso dei pronomi clitici. In F. Dovetto (a cura di), *Lingua e patologia. Le frontiere interdisciplinari del linguaggio* (pp. 201-222), Roma: Aracne editrice.
- Chilosi, A., Millepiedi, S., Monti, A., Guccione, F., Costantino, A., Di Lieto, M. C., Cristofani, B., Cacciola, F., Doniselli, F., Corridori V. U., Dirindelli, P., Balboni, G., & Brizzolara, D. (2017). Uno studio epidemiologico sui disturbi del linguaggio e della comunicazione in età scolare. *Giornale di Neuropsichiatria dell' Età Evolutiva*, 37, 100-108.
- CLASTA & FLI (a cura di) (2019). *Consensus Conference sul Disturbo Primario del Linguaggio*. Scaricabile da www.disturboprimariolinguaggio.it
- Contento, S., Melani, S., & Rossi, F. (2010). Dimensioni e tipologie di bilinguismo. In S. Contento (a cura di), *Crescere nel bilinguismo* (pp. 13-27). Roma: Carocci Editore.
- Cornoldi, C. (2006). *Metacognizione e apprendimento*. Bologna: il Mulino.

- Costantino, A. (2012). *Costruire libri e storie con la CAA*. Trento: edizioni Erickson.
- Cummins, J. (2000). *Language, power and pedagogy. Bilingual children in the crossfire*. Clevedon: Multilingual Matters.
- Garaffa, M., Sorace, A., Vender, M. (2020). *Il cervello bilingue*. Roma: Carocci Editore.
- Gillbert, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: early symptomatic syndrome eliciting neurodevelopmental clinical examination. *Research in Developmental Disabilities, 31*, 1543-51.
- Gross, M., & Castilla-Earls, A. (2023). Code-Switching During Narratives by Bilingual Children With and Without Developmental Language Disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research (JSLHR)*, *54*, 996-1109. DOI: 10.1044/2023_LSHSS-22-00149.
- Gross, M., & Kaushanskaya, M. (2022). Language control and code-switching in bilingual children with developmental language disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research (JSLHR)*, *65*, 1104-1127. DOI:10.1044/2021_JSLHR-21-00332.
- Guasti, M. T. (2017). Disturbi specifici del linguaggio in bambini con italiano L2. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, *37*, 82-88.
- Guasti, M. T., White, M. J., Bianco, G., Arosio, F., Camilleri, B., & Hasson, N. (2021). Two clinical markers for DLD in monolingual Italian speakers: What can they tell us about second language learners with DLD? *Clinical Linguistics and Phonetics*, *35*, 829-846. DOI: 10.1080/02699206.2020.1830303.
- ISS (2022). *Linea Guida per la gestione dei Disturbi Specifici di Apprendimento*. Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità. Scaricabile da <https://www.iss.it/-/snlg-disturbi-specifici-apprendimento>.
- Kapantzoglou, M., Brown, J. E., Cycyk, L. M., & Fergadiotis, G. (2021). Code-switching and language proficiency in bilingual children with and without developmental language disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research (JSLHR)*, *64*, 1605-1620. DOI: 10.1044/2020_JSLHR-20-00182.
- Levickis, P., Eadie, P., Mensa, F., McKean, C., Bavin, E. L., & Reilly, S. (2022). Associations between responsive parental behaviours in infancy and toddlerhood, and language outcomes at age 7 years in a population-based sample. *International Journal of Language & Communication Disorder*, 1098-1112. DOI: 10.1111/1460-6984.12846.
- Lorusso, M. L., Eikerling, M., Bloder, T., Rinker, T., Guasti, M. T., & Marinis, T. (2022). Come migliorare la valutazione e il trattamento dei bambini multilingui con disturbo primario del linguaggio e disturbo specifico dell'apprendimento. *La Mente Multilingue: Policy Report su DPL e DSA (Policy Report 1)* Konstanzer Online-Publikations-System (KOPS). DOI: 10.48787/kops/352-2-v54lieceelvn8.
- Mari, R., Porelli, M., & Cottafavi, L. (2010). Il disturbo specifico del linguaggio (DSL) in condizioni di bilinguismo. In S. Contento (a cura di), *Crescere nel bilinguismo* (pp. 41-54), Roma: Carocci Editore.
- Marinelli, C. V., Iaia, M., Cassibba, R., Traficante, D., Zoccolotti, P., & Angelelli, P. (2020). La valutazione del linguaggio orale e scritto e del profilo

- neuropsicologico in bambini bilingui. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 24, 437-472. DOI: 10.1449/98294.
- Marini, A., Gentili, C., Molteni, M., & Fabbro, F. (2014). Differential verbal working memory effects on linguistic production in children with specific language impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 3534-3542.
- Marini, A. (2019a). Correlati cognitivi e neurali della competenza bi-/plurilingue. In C. Levorato & A. Marini, *Il bilinguismo in età evolutiva* (pp. 19-35). Trento: Erickson.
- Marini, A. (2019b). Disturbo primario del linguaggio in bambini bilingui. In C. Levorato & A. Marini, *Il bilinguismo in età evolutiva* (pp. 177-190). Trento: Erickson.
- Ministero dell'Istruzione e del Merito (2023). *Principali dati della scuola, Anno Scolastico 2023-2024*. Ufficio di Statistica. Scaricabile da: <https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Principali+dati+della+scuola+-+Focus+avvio+anno+scolastico+2023-2024.pdf>.
- Onofrio, D., Caselli, M. C., & Ferri, R. (2019). Lo sviluppo lessicale nei bambini bilingui in età prescolare. *Psicologia clinica dello Sviluppo*, 1, 28-48.
- Thordardottir, E., & Brandeker, M. (2013). The effect of bilingual exposure versus language impairment on nonword repetition and sentence imitation scores. *Journal of Communication Disorder*, 46, 1-16.
- Vender, M. Garaffa, M., & Sorace, A. (2016). Child L2 learning and specific language impairment: superficially similar but linguistically different. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 30, 150-69.
- Vender, M., Delfitto, D., & Melloni, C. (2020). How do bilingual dyslexic and typically developing children perform in nonword repetition? Evidence from a study on Italian L2 children. *Bilingualism: Language and Cognition*, 23, 884-896. DOI: 10.1017/S1366728919000828.