

RELAZIONE
SULL'ATTIVITÀ SVOLTA PRESSO
L'ASSOCIAZIONE BAMBINI CRI DI CHAT
NELL'ANNO 2006 NELL'AMBITO
DEL "PROGETTO TERAPISTI" FINANZIATO DALLA
FONDAZIONE MONTE DEI PASCHI DI SIENA.



1. INTRODUZIONE:

Generalità:

La sindrome del Cri du Chat è una rara sindrome genetica scoperta e definita piuttosto recentemente (1963) dal genetista francese Lejeune e che è causata dalla delezione del braccio corto di uno dei due cromosomi 5. La delezione può coinvolgere la parte terminale del braccio corto oppure una parte interstiziale; l'ampiezza della perdita varia da caso a caso. Nell'80% dei casi la delezione è causata da una mutazione "de novo" per cui il cariotipo dei genitori risulta normale mentre in una piccola percentuale di casi il cariotipo di uno dei due genitori può essere portatore di un'anomalia cromosomica, spesso una traslocazione bilanciata, che non ha manifestazioni di per sé ma può dare origine alla delezione nel figlio. In pochi casi è originata da altre aberrazioni cromosomiche come mosaicismo, inversione o cromosoma ad anello. La presenza e la gravità delle manifestazioni patologiche è variabile e in parte correlabile proprio all'ampiezza della perdita del patrimonio genetico che, in particolare, può determinare la perdita di regioni "critiche " per la comparsa di certi segni patologici.

La lesione genetica comporta la manifestazione di una vasta gamma di alterazioni a livello somatico, problemi medici, problemi neurologici, ritardo di crescita, dello sviluppo psicomotorio e del linguaggio.

D'altra parte, al di là degli aspetti genetici, l'ambiente, la stimolazione e la terapia precoce possono modificare in maniera rilevante l'evoluzione dei deficit stessi.

ASPETTI CARATTERISTICI ALLA NASCITA:

- Basso peso
- Faccia arrotondata a luna piena
- Radice del naso allargata
- Orecchie ad impianto basso
- Iperteloirismo, epicanto, rima oculare con angoli verso il basso, strabismo.
- Microretrognazia
- Bocca ad arco di cerchio
- Anomalie dei dermatoglifi, solco palmare unico
- Tipico pianto a "miagolio" (dovuto ad anomalie della laringe e dell'epiglottide)
- Ipotonia
- Microcefalia
- Ritardo nello sviluppo psicomotorio.

EVOLUZIONE DI TALI ASPETTI NEGLI ANNI SUCCESSIVI:

- Viso allungato e stretto
- Attenuazione dell'iperteloirismo e dell'epicanto.
- Frequente strabismo divergente
- Arcate sovraorbitarie pronunciate
- Palato ogivale e malocclusione dentaria (morso aperto)
- Ipoplasia mandibolare
- Metacarpi e metatarsi corti.
- Statura e peso generalmente inferiori alla norma
- Attenuazione del pianto tipico, conservazione di una tonalità di voce acuta
- Incanutimento precoce
- Ipertonia, che si sostituisce all'ipotonìa presente alla nascita, andatura spastica.
- Microcefalia più evidente.

SVILUPPO PSICOMOTORIO E DEL LINGUAGGIO:

Lo sviluppo psicomotorio appare gravemente ritardato nei bambini affetti dalla sindrome del cri du chat anche se le ricerche recenti mettono in evidenza risultati più positivi ed ottimistici rispetto al passato. [cfr Breg et al., 1970, Niebhur, 1978, Wilkins et al., 1980]. In particolare risultano discriminanti le modalità di allevamento del bambino: le prime ricerche infatti avevano per soggetto bambini e ragazzi istituzionalizzati mentre i bambini allevati in famiglia e precocemente inseriti in progetti terapeutici correlano con uno sviluppo psicomotorio e cognitivo migliore. [cfr. Mainardi e coll., 2000]. In particolare attraverso la somministrazione della scala di Denver si è potuto evidenziare che il 50% dei bambini sta in piedi da solo con sostegno a 21 mesi, cammina da solo a 3 anni (e il 95% cammina entro gli 8 anni), il 50% dei bambini afferra oggetti a 9 mesi e mangia da solo a 4 anni; il 50% inoltre dice papà e mamma a 3 anni e combina due parole a 5 anni.

Per quanto riguarda lo sviluppo del linguaggio, particolarmente compromesso nei bambini cri du chat, si osservano due pattern di discrepanza [cfr. Cornish, Munir, 1998]: un pattern è relativo alla discrepanza tra età cronologica del bambino e la presunta età linguistica, che diventa maggiore con l'aumento dell'età. L'altro pattern di discrepanza è tra la comprensione del linguaggio e il linguaggio espressivo: infatti mentre la comprensione del linguaggio appare crescere fino ad una età linguistica di circa 10 anni, nella maggior parte dei bambini osservati, il linguaggio espressivo non procede oltre l'età di 2.3 anni. Uno studio di Sohner e Mitchell, 1991, suggerisce una correlazione tra il ritardo cognitivo e motorio rispetto al ritardo del linguaggio espressivo. Queste considerazioni possono avere implicazioni terapeutiche, nello specifico sono preferibili le tecniche che fanno leva sulla stimolazione dell'attenzione uditiva al linguaggio piuttosto che le tecniche verbali tradizionali, e inoltre il linguaggio deve essere considerato come l'ultima funzione cognitiva emergente, di conseguenza questo implica che debba essere preparato un terreno cognitivo e motorio affinché tale funzione abbia la possibilità di emergere.

IPERATTIVITÀ E DEFICIT DI ATTENZIONE:

L'iperattività costituisce una delle caratteristiche più pregnanti della sindrome. In genere è stato rilevato che l'iperattività correla con un più alto livello cognitivo, per cui bambini con grave ritardo psicomotorio e cognitivo, non presentano il disturbo.

La difficoltà maggiore è data dalla combinazione tra iperattività, scarsa capacità di gioco simbolico e deficit sensoriali per cui il bambino presenta una grande quantità di energia che non sa come utilizzare; in genere questa può essere diretta in una sorta di sentieri determinati e rigidi quali i comportamenti stereotipati (come per esempio il dondolarsi, lo sbattere testa e mani su un materasso...) o attivando attività non finalizzate di appagamento sensoriale (ad esempio lanciare per terra qualsiasi oggetto).

Appare quindi fondamentale il ruolo e l'atteggiamento dell'adulto nel tenere un atteggiamento educativo fermo e risoluto improntato all'insegnamento di regole che possono orientare il bambino nel suo quotidiano; inoltre è importante che l'adulto agganci un contatto visivo e comunichi con lui con frasi semplici accompagnate da un mimica congruente al messaggio verbale; d'altra parte il ruolo dell'adulto non può prescindere dal coinvolgere il bambino in esperienze motorie e sensoriali o in attività ed esercizi che di fatto indicano ed insegnano al bambino un modo in cui dirigere la propria energia in modo finalizzato e concretamente concettualizzabile per il bambino.

DEFICIT SENSORIALI:

È un dato (cfr. Cornish e Pingram, 1996, Jones, 1993) che l'ipersensibilità ai suoni e alle immagini sia caratteristico della sindrome del Cri du Chat. L'iperuditio o l'ipervisione originano da un deficit del SNC a livello dell'integrazione ed elaborazione delle informazioni sensoriali, per cui gli organi di senso e la decodifica periferica solitamente sono privi di alterazioni. L'iperuditio comporta la percezione di rumori con soglia molto bassa e di tutti quei rumori che costituiscono il sottofondo ambientale che solitamente vengono filtrati e normalmente sono percepiti solo se diventano oggetto cosciente di attenzione. Dall'altra parte i rumori che hanno una maggiore intensità risultano amplificati e quindi di disturbo, soprattutto se sono imprevedibili. La conseguenza è che il bambino iperuditivo sarà attratto particolarmente dal rumore appena percepibile

solitamente senza gravidanza, e tenderà a filtrare via i rumori ad alta intensità che solitamente sono significativi, (per esempio la voce umana che in una conversazione tranquilla ha un valore di 60-70dB).

DEFICIT SENSORIALI E STEREOTIPIE:

LE ALTERAZIONI DELLA SENSORIALITÀ POSSONO ESSERE SUDDIVISE IN:

- **IPERSENSORIALITÀ:** la via è troppo aperta e di conseguenza la stimolazione che giunge al cervello è eccessiva e fastidiosa.
- **IPOSENSORIALITÀ:** la via sensoriale non è aperta in modo sufficiente e di conseguenza la stimolazione è troppo scarsa e il cervello ne è deprivato.
- **RUMORE BIANCO:** la via sensoriale produce stimoli indipendenti da quanto avviene nel mondo esterno per un difetto della via sensoriale e di conseguenza il messaggio proveniente dall'esterno è alterato o, in casi estremi, viene coperto dal rumore di fondo del sistema.

Per questo tipo di alterazioni la causa non è a livello periferico bensì è da ricercarsi in una lesione a livello centrale.

Le stereotipie che il bambino può presentare sono in relazione alle modalità sensoriali alterate.

CLASSIFICAZIONE DELLE STEREOTIPIE E DEGLI ATTEGGIAMENTI CARATTERISTICI IN BASE ALLA MODALITÀ SENSORIALE ALTERATA:

PROBLEMI SENSORIALI DELLA TATTILITÀ'

- Cammina in punta di piedi
- È poco sensibile allo stimolo doloroso
- È infastidito da carezze o baci
- È estremamente sensibile al dolore

- Presenta una permanenza dello stimolo (es continua a sfregarsi in un punto del corpo dove ha battuto mezz'ora prima)
- Agita le mani e/o se le picchia sulla fronte, in faccia o di lato sulla faccia.
- Picchia il capo contro superficie dure
- Si crea lacerazioni profonde nella cute
- Si schiaffeggia, si colpisce, si morsica o in qualche modo si procura lesioni (importante sapere di che tipo e dove)

PROBLEMI SENSORIALI DELLA VISIONE:

- Evita di stabilire il contatto oculare
- Fissa le mani, oggetti o particolari nell'ambiente
- circostante per almeno 5 secondi consecutivi
- Muove rapidamente le dita o le mani davanti
- agli occhi per alcuni secondi o più.
- Sembra guardare nell'aria cose che solo lui riesce a vedere
- Muove oggetti non particolari per farli roteare
- (es. piattini, tazze, bicchieri)
- Fa ruotare velocemente palle e o ruote
- Impila oggetti con estrema precisione
- Crea fili con la sua saliva e sputa

PROBLEMI SENSORIALI DELL'UDITO

- Emette suoni con un timbro molto acuto e/o elevato o
- vocalizzi per autostimolazione.
- Si batte in testa o sulle orecchie
- Batte oggetti per fare rumore
- Si "isola nella musica" o la ascolta a volume molto alto
- Si tappa le orecchie con le mani

PROBLEMI SENSORIALI DEL VESTIBOLARE

- Rotea su se stesso o gira in circolo
- Dondola in avanti e indietro mentre sta seduto o in piedi
- Fa scatti in avanti, movimenti veloci quando si sposta da un posto all'altro
- Salta mentre si muove o si sposta da un posto all'altro.
- Assume posture strane da seduto o sdraiato in una posizione capovolta con la testa all'ingiù.

PROBLEMI SENSORIALI DEL GUSTO E DELL'OLFATTO

- Mangia cibi particolari e rifiuta di mangiare cibi che solitamente tutti mangiano
- Mangia qualsiasi cosa riesce ad afferrare (feci, terra, detersivi, ecc.)
- Lecca oggetti non commestibili
- (es le mani di una persona, gli abiti,
- giocattoli, libri, ecc)
- Sente odori o annusa oggetti (es, giocattoli,
- mani delle persone, capelli)
- Mangia con il viso ruotato rispetto al piatto

Alla base di molte stereotipie e alterazioni comportamentali si trovano alterazioni sensoriali: sono caratteristiche della sindrome le alterazioni in iper , quindi il canale sensoriale è troppo aperto e il SNC riceve una grande quantità di informazioni. Parallelamente i sistemi attentivi sensoriali non sono del tutto operativi. La conseguenza è che il SNC è invaso da informazioni che non riesce a gestire né ad organizzare. Questo produce una difficoltà di costruzione di modelli di rappresentazione della realtà.

Quindi è molto importante sottolineare che quello che spesso viene interpretato come comportamento aggressivo, autolesionistico o di isolamento può in realtà essere un comportamento o una stereotipia determinata da deficit sensoriali.

Naturalmente questo è di fondamentale importanza per la riabilitazione e per l'educazione: la presenza di comportamenti problematici come ad esempio sbattere la testa, provocarsi lesioni, rifiuto di mangiare ecc. sono indice di gravi alterazioni sensoriali e come tali vanno trattate.

2. RESOCONTO DELL' ATTIVITÀ DEL PROGETTO TERAPISTI NELL'ANNO NOVEMBRE 2005 - NOVEMBRE 2006

Il progetto quest'anno ha incluso 19 bambini affetti dalla Sindrome del Cri du Chat e le loro famiglie dislocate sul territorio italiano. La distribuzione è stata la seguente:

VENETO: 4 famiglie

LIGURIA: 1 famiglia

LAZIO: 3 famiglie

CAMPANIA: 2 famiglie

PUGLIA: 1 famiglia

CALABRIA: 2 famiglie

SICILIA: 4 famiglie

SARDEGNA: 2 famiglie

Ogni intervento si è svolto presso il domicilio della famiglia e presso i servizi territoriali di riferimento e si è articolato nelle seguenti fasi:

- 1) Raccolta dati anamnestici, storia clinica.
- 2) Osservazione del comportamento spontaneo del bambino.
- 3) Valutazione, mediante applicazione di scale standardizzate, dello sviluppo psicomotorio, linguistico e comunicativo del bambino.
- 4) Osservazione del modello educativo familiare e delle dinamiche sistemiche.
- 5) Impostazione del programma educativo, contenente strategie, indicazioni comportamentali e proposte terapeutiche, rivolto alla famiglia.
- 6) Colloquio con le terapisti o con il team riabilitativo (neuropsichiatra infantile, psicologo, pedagoga, terapisti) dei Servizi di Zona.

- 7) Colloquio con le insegnanti di scuola.
- 8) Stesura e condivisione della relazione comprendente la valutazione, gli obiettivi e il programma educativo per la famiglia, i Servizi e la Scuola.

FOLLOW UP

A seconda dell'età del bambino, si sono organizzate delle valutazioni di follow up ogni 3 mesi per i bambini più piccoli e ogni 5-6 mesi per i ragazzini più grandi che necessitavano di minori cambiamenti di programmazione.

ASPETTI CARATTERISTICI DELLA CONSULENZA:

- **Aspetto tecnico:** si valuta lo sviluppo del bambino, considerando gli aspetti del linguaggio, della motricità, della cognitivtà e del comportamento. Questo viene fatto attraverso l'osservazione del bambino e attraverso l'applicazione di alcune scale standardizzate. Il tutto si svolge all'interno dell'ambiente familiare in modo che sia più reale e integrato con gli aspetti quotidiani di relazione con i genitori che altrimenti possono essere modificati dal setting estraneo di un ambulatorio. Oltre alla valutazione, condivisa con la famiglia, propongo ai genitori delle indicazioni da seguire per promuovere le capacità del bambino, e alcune strategie comportamentali per arginare e contenere i comportamenti problematici e promuovere risposte adattive più funzionali. Il genitore coinvolto direttamente nel progetto educativo del figlio, può così entrare in un'ottica più attiva e responsabilizzata e percepirsi come un elemento importante e imprescindibile nello sviluppo di suo figlio. Inoltre, con questa modalità di intervento, si dà la possibilità al bambino di avere occasioni di apprendimento (senso-motorio, cognitivo, linguistico, comportamentale) molto più frequenti, costanti ed organizzate di quelle offerte dalla migliore terapia esterna che non preveda la partecipazione della famiglia del bambino.

Questa modalità inoltre favorisce maggiori scambi comunicativi sia a livello corporeo che verbale, incoraggiando quindi la relazione tra i genitori e il bambino.

- **Counseling:** tra sostegno e confronto: l'attenzione e la cura rivolta alla relazione con i genitori non è nel mio caso l' "oggetto" su cui è centrato il lavoro, piuttosto costituisce la modalità con cui mi propongo di lavorare.

Si privilegia uno spazio di interazione lungo con i genitori e il bambino; questo al fine di incoraggiare una comunicazione in cui trovano spazio anche le speranze, preoccupazioni, dubbi, attese, del genitore. I genitori diventano parte attiva al processo di valutazione: si discutono insieme quali sono i problemi principali e le priorità sentite e le strategie che istintivamente hanno applicato per risolvere i problemi pratici della vita quotidiana. I genitori mostrano i propri pensieri e le proprie idee, e attraverso un ascolto attivo si può cercare di sostenere i pensieri e gli atteggiamenti autentici, e di confrontare le parti che sentivo inautentiche.

- **Aspetto informativo:** vengono fornite informazioni sulle caratteristiche generali della sindrome e sulla sua evoluzione nel tempo; si delucidano le implicazioni concrete contestualizzandole; si cerca quindi di fornire ai genitori una griglia di lettura attraverso cui capire meglio il comportamento e le reazioni del bambino; in genere lascio del materiale informativo e quando penso che sia utile, una piccola bibliografia di riferimento.
- **Intervento sul contesto:** la consulenza poi si allarga coinvolgendo anche le insegnanti della scuola o le terapisti dei centri territoriali (parlo al femminile perché di fatto ho incontrato quasi esclusivamente donne!). L'intervento ha in primo luogo carattere informativo, in quanto promuove una crescita di conoscenza nei confronti di una sindrome rara e di conseguenza meno visibile di altre. Ha carattere tecnico in quanto condividiamo la valutazione del bambino considerando gli aspetti in evoluzione e quelli problematici, discutiamo le difficoltà che gli operatori possono avere incontrato nel quotidiano; parlo con loro circa le indicazioni che ho precedentemente fornito alla famiglia in modo da coinvolgerli in una programmazione che segua gli stessi principi e linee analoghe. Ho osservato spesso che la relazione tra operatori e famiglia era prevalentemente tesa e orientata alla rassicurazione e al sostegno. La mia presenza a volte ha suscitato delle difficoltà sia nel vissuto dei genitori sia in quello degli operatori, in quanto accanto al sostegno alla famiglia, da parte mia c'era anche il confronto con la realtà. Questo significa non indugiare più di quel che serve, nel rassicurarsi dicendo quanto il bambino è progredito, quanto capisce quanto è carino ecc.. e parlare anche di quel che non va, anche soltanto perché questo di per sé ne esorcizza il potere (parlare dei problemi e delle cose che non vanno in modo diretto rende più libera la comunicazione ed evita il formarsi di tabù che poi la famiglia è costretta a difendere). Questo mio atteggiamento, in alcune situazioni, ha un

po' destabilizzato, direi più gli operatori che i genitori. In genere però questa è stata la prima reazione che poi è rientrata trasformandosi, man mano che il colloquio andava avanti.

- **Raccolta dati** relativi allo sviluppo del linguaggio, indagando in particolare la comprensione di singole parole, nomi e verbi, la produzione di gesti comunicativi intenzionali, la produzione di parole.

Ho osservato che la presenza di una persona del tutto esterna e lontana dalla realtà di quella scuola o centro di terapia, ma competente e con alle spalle l'”autorità” di una Associazione, funziona in modo molto efficace (e all'inizio per me in modo sorprendente) nel creare un collegamento più reale e meno di facciata tra la famiglia, la scuola e le terapisti. In questo senso la consulenza agisce sul contesto, cerca cioè di rafforzare i legami di una rete già esistente, ampliando il sostegno ambientale per la famiglia.

ALCUNE OSSERVAZIONI:

Nella mia esperienza ho osservato che una delle problematiche maggiori per la famiglia è la gestione del bambino. Sono infatti caratteristici della sindrome del Cri du Chat, anche se diversamente rappresentati da caso a caso, i comportamenti-problema (quali ad esempio tirare i capelli, sbattere la testa se contraddetti, mordere, lanciare oggetti, non rispettare regole o consegne ecc...) che possono mettere in crisi le famiglie sia per le difficoltà di gestione all'interno del sistema familiare sia per l'immagine sociale che ne esce piuttosto disturbata. Inoltre empiricamente, ho rilevato che i comportamenti problematici di questi bambini sono ampiamente correlati sia con lo sviluppo delle autonomie di base, sia con il grado di collaborazione del bambino.

Da qui consegue anche che la presenza di comportamenti problematici, la collaborazione scarsa del bambino, lo sviluppo solo parziale delle autonomie di base, influiscono anche sulle capacità di apprendimento, riducendole; alla fine quindi si determina anche uno svantaggio cognitivo che in parte è presente di per sé, in parte conseguenza al disturbo comportamentale. Questo sia perché il disturbo comportamentale accentra su di sé tutta l'attenzione (cosa che di fatto paradossalmente contribuisce in genere a rafforzarlo), sia perché il bambino non è concretamente in grado di impegnarsi nell'esecuzione di una qualsiasi attività richiesta dall'ambiente, sia perché il bambino è

meno presente nei confronti delle occasioni di apprendimento che le situazioni ambientali offrono incidentalmente per loro natura.

Quindi al limite cognitivo di partenza e di matrice genetica si aggiunge un limite cognitivo che si crea nella relazione tra individuo e ambiente.

Ho osservato quindi l'esistenza di una relazione tra **educazione, collaborazione, sviluppo**: gli interventi che mirano settorialmente, ad esempio allo sviluppo motorio, possono dare miglioramenti significativi in quell'area specifica ma se non c'è stata una presa in carico globale e un intervento educativo che migliori il grado di collaborazione, i tempi d'attenzione, la relazione genitori-bambino ecc., questo lavoro non inciderà realmente nel vissuto della famiglia e ridurrà la possibilità di proporre successivamente un lavoro più sofisticato per lo sviluppo di abilità cognitive più evolute.

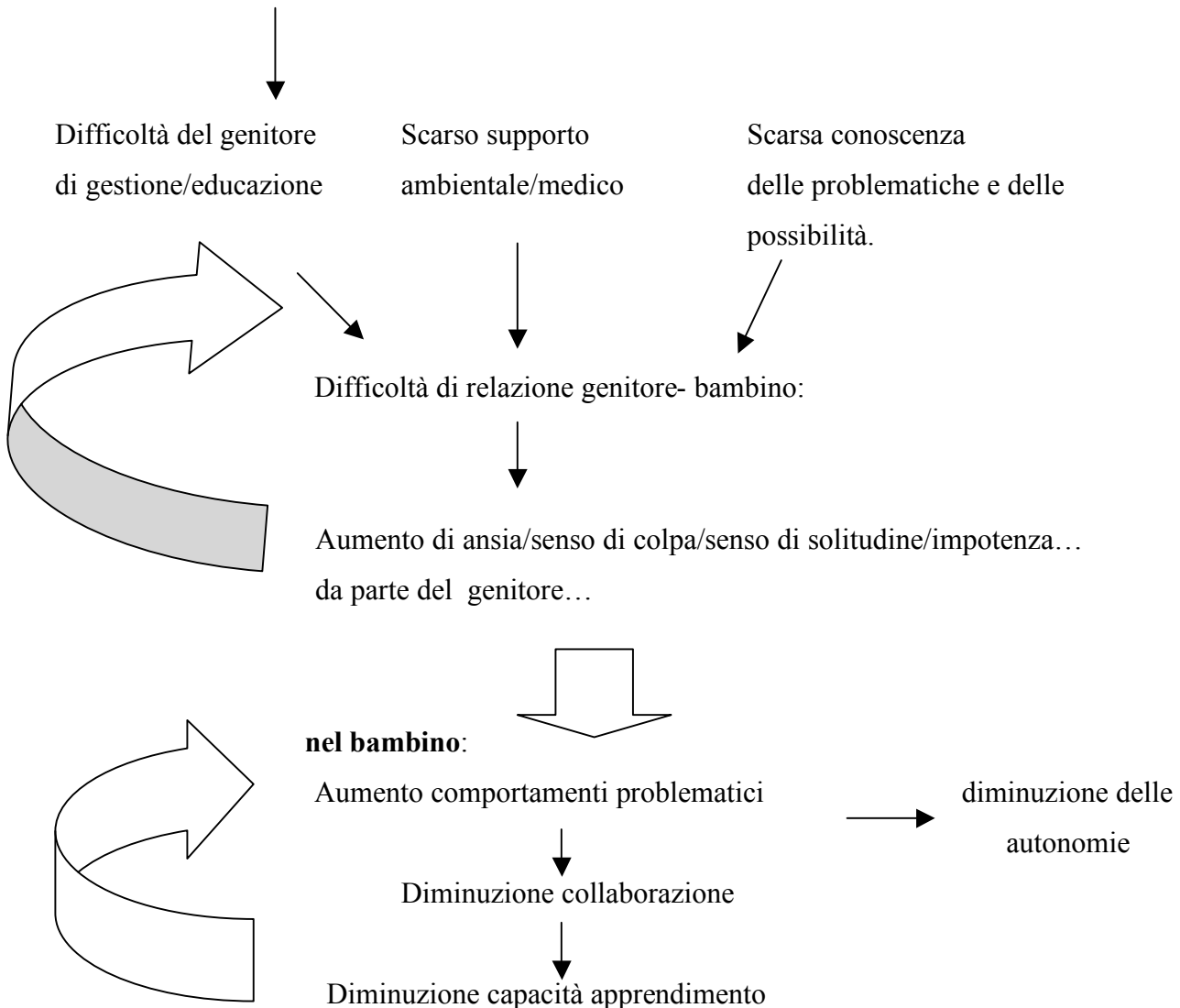
Un altro aspetto importante è che i genitori di bambini affetti da una sindrome rara, si trovano scarsamente informati dal mondo medico e poco sostenuti; si sentono impotenti di fronte ad una patologia che rimane con molti punti oscuri, piena di ipotesi non verificate, vaghe, senza sapere quali aspettative avere e quali limiti porsi; anche questo diventa un elemento fondamentale sia per il vissuto interno del genitore, sia per la relazione che si instaura con il bambino.

Ho potuto osservare in alcuni genitori con cui ho avuto rapporti più frequenti, che il nucleo del loro vissuto interno contiene sostanzialmente senso di solitudine e dolore.

Alcuni genitori che ho conosciuto lo hanno affrontato, vissuto ed elaborato, e si mostrano sensibili e forti allo stesso tempo, con spirito critico ma non polemico, consapevoli, pronti a farsi carico delle difficoltà e a chiedere aiuto.

Esemplificazione: spirale “ negativa”. Interventi riabilitativi settoriali (“a porte chiuse” il genitore rimane ad aspettare fuori dalla stanza di terapia, e la maggior parte delle volte non sa che cosa accade tra bimbo e terapeuta).

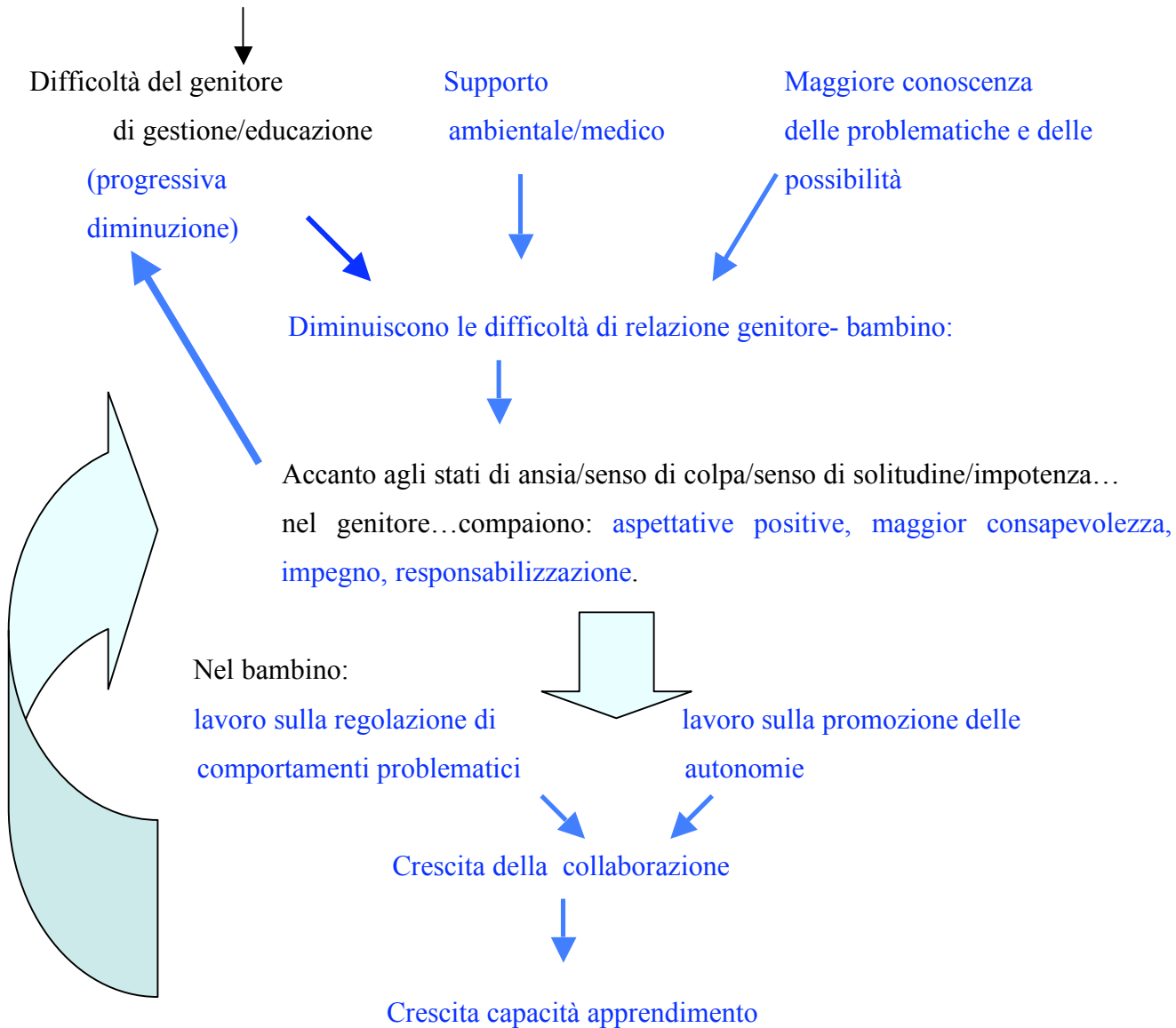
Stato interno del genitore: vissuto emotivo



Un intervento riabilitativo si deve muovere parallelamente sull’asse dell’individuo (da un punto di vista globale: aspetti motori, linguistico-comunicativi, cognitivi, comportamentali, attentivi, sensoriali...) e sull’asse del contesto (coinvolge la famiglia e la collega alla scuola, centri di riabilitazione...). Nello schema sottostante ho cercato di esemplificare come il circolo negativo può diventare invece positivo, partendo dalla stessa struttura in cui sono in gioco gli stessi fattori.

Esemplificazione: “spirale positiva”, PRESA IN CARICO GLOBALE :

Stato interno del genitore: vissuto emotivo



RACCOLTA DATI

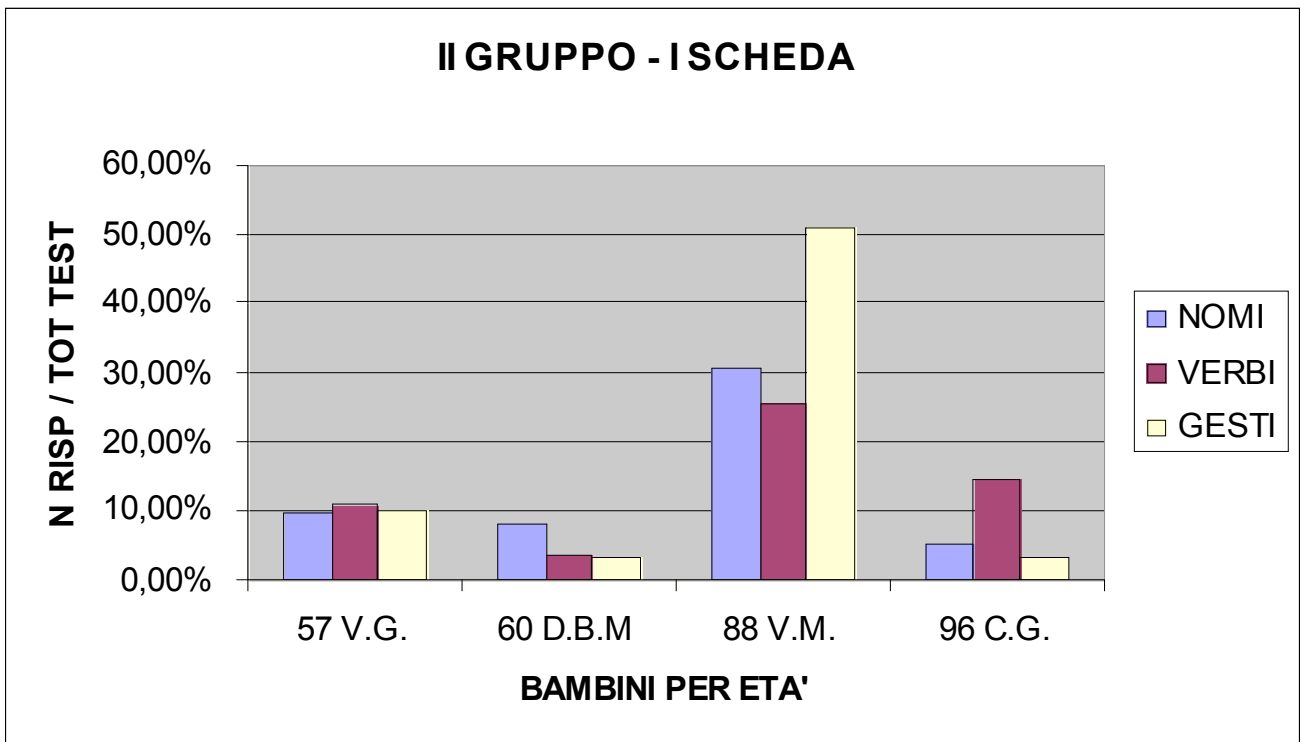
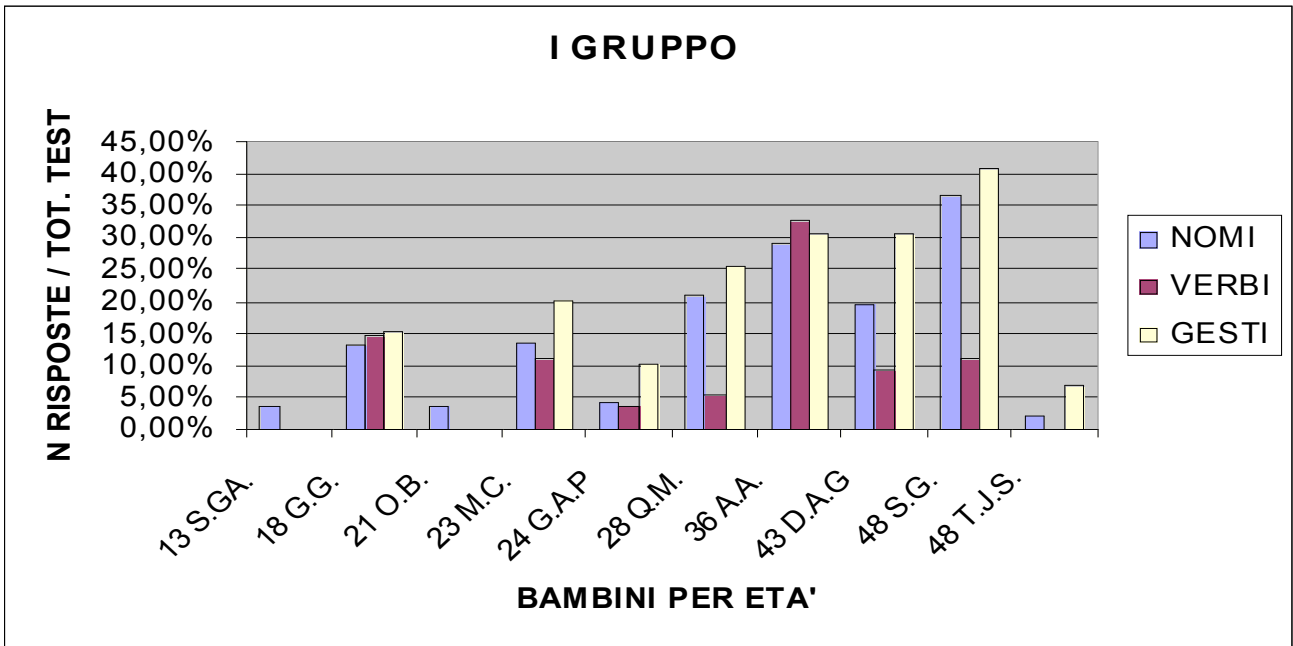
Grazie al contributo della fondazione Monte dei Paschi di Siena, contestualmente all'intervento educativo e riabilitativo, si sono potute documentare le acquisizioni e l'evoluzione del linguaggio espressivo.

Riporto una sintesi di alcuni dati disponibili, la cui elaborazione e analisi darà luogo ad una successiva pubblicazione.

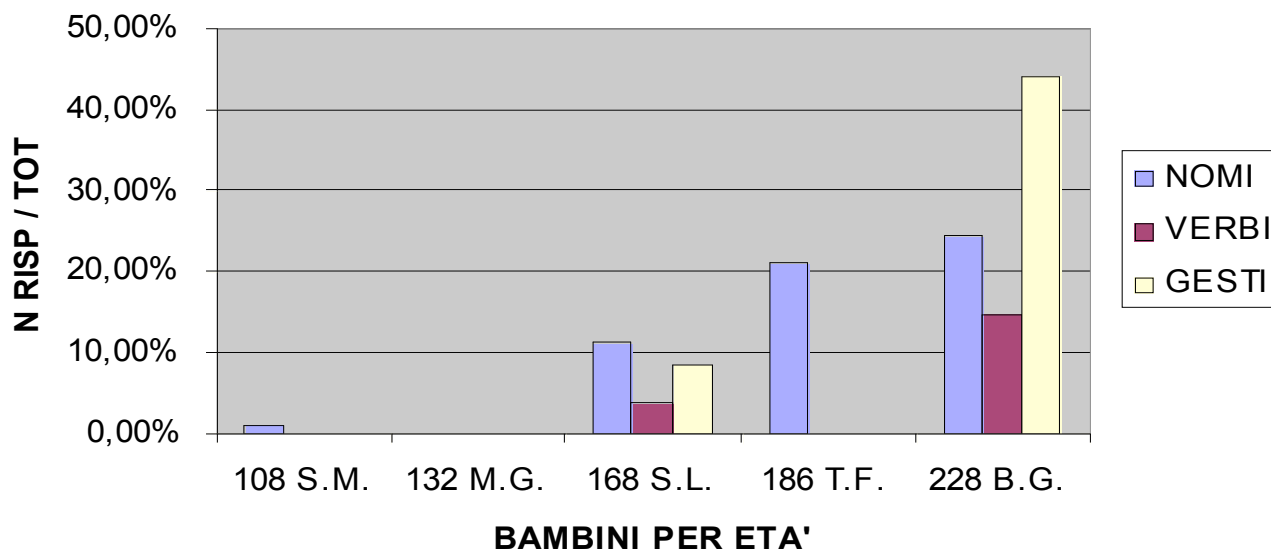
A causa dell'eterogeneità delle età i bambini sono stati suddivisi in 3 gruppi:

- 1° gruppo: 12 mesi-48 mesi : 10 bambini
- 2° gruppo: 4 anni, 6 mesi - 8 anni : 5 bambini
- 3° gruppo: > 9 anni : 4 bambini

È stata applicata la prima scheda del Questionario Mac Arthur per rilevare le parole comprese e i gesti che il bambino abitualmente utilizza per comunicare i propri bisogni o per rappresentare la realtà durante il gioco simbolico.



III GRUPPO I SCHEDA



CONCLUSIONI:

OBIETTIVI RAGGIUNTI:

- Istruzione dei genitori sulle effettive problematiche del figlio e sulle strategie comportamentali da utilizzare.
- Maggior presenza del genitore grazie al sostegno offertogli.
- Coinvolgimento diretto dei genitori nell'esecuzione del programma terapeutico.
- Miglioramento nella comunicazione tra figure professionali locali, scuola e famiglia, mediandone le esigenze, informando e creando un clima di collaborazione ad un unico progetto.
- Costante monitoraggio dell'evoluzione globale del bambino con aggiornamento del programma terapeutico.
- Raccolta dati inerenti lo sviluppo linguistico in 19 bambini Cri du Chat.

Dott.sa Serena Nardi

Logopedista

Membro del comitato scientifico

A.B.C. Associazione Bambini Cri du Chat Onlus

Collaboratrice Ospedale Pediatrico Mayer - Firenze