

9 ***Sillabiamo* come supporto alle difficoltà di lettura in due interventi individuali**

Sommario 9.1 I partecipanti. – 9.1.1 DC e la Sindrome di Cornelia de Lange. – 9.1.2 IC e le difficoltà di lettura e scrittura. – 9.1.3 Metodologia. – 9.1.4 Valutazione pre-intervento. – 9.1.5 Risultati. – 9.1.6 Discussione.

Gli studi fin qui riportati miravano a fornire evidenze sull'efficacia (e sui limiti) del metodo *Sillabiamo* come primo avviamento alla lettura. Questo capitolo mira invece a valutarne l'efficacia in caso di soggetti che sono già avviati alla lettura e hanno già raggiunto una certa competenza, ma necessitano di supporto specifico per acquisire maggiore velocità e accuratezza. Il programma di supporto alla lettura è stato utilizzato con due bambini con bisogni complessi, uno con sindrome di Cornelia De Lange e uno con difficoltà scolastiche, ma prive di diagnosi specifica, su richiesta diretta delle loro famiglie.

Le attività sono state condotte da Caterina Minardi, laureata in Scienze del Linguaggio presso l'Università Ca' Foscari Venezia, esperta di CAA e incaricata di supportare i due bambini nello studio.

In questa sezione viene riportata una breve analisi dell'applicazione del metodo *Sillabiamo* all'interno dei due percorsi di supporto extrascolastico. È stata realizzata una raccolta dati per testare le abilità prima e dopo l'intervento nei due bambini coinvolti. Sebbene i due laboratori siano stati condotti separatamente, i risultati vengono qui riportati insieme, ai fini di un confronto.

9.1 I partecipanti

I partecipanti sono due bambini con evidenti difficoltà nella lettura, di natura diversa. Per motivi di riservatezza vengono qui indicati con le sigle DC (7;9) e IC (7;7).

9.1.1 DC e la Sindrome di Cornelia de Lange

DC è un bambino di 7 anni e 9 mesi con Sindrome di Cornelia de Lange (CdLS).

La Sindrome di Cornelia de Lange (da ora CdLS), anche conosciuta come Brachmann-de Lange syndrome, è una condizione genetica complessa con un'incidenza di 1 ogni 10-30.000 nati (Selicorni et al. 2019), caratterizzata da ritardo nella crescita durante la gravidanza, che si protrae poi anche dopo il parto.

Le persone con CdLS presentano un generale ritardo cognitivo e psicomotorio, spesso associato a malformazioni cardiache, patologie organiche e disfunzioni dell'apparato genito-urinario (Ajmone et al. 2019; Kline et al. 2007).

In base alla gravità della compromissione intellettiva coinvolta, la diagnosi di CdLS viene integrata dai termini *mild* (moderata) o *classic* (severa) (Kline et al. 2007). La forma *classic* porta quasi sempre a una maggior compromissione a livello cognitivo rispetto a quella *mild*. In generale, si evidenziano specifici deficit nelle funzioni esecutive, tra cui quelle dell'attenzione, della capacità di pianificare e organizzare e della memoria (Rigamonti 2019).

La sindrome spesso influisce sulla abilità di linguaggio, causando difficoltà in misura variabile che possono portare anche alla completa assenza di output verbale (Goodban 1993; Ajmone et al. 2014).

Quando il linguaggio è presente, esso è molto limitato in produzione, in particolare a livello morfosintattico, risultante in un eloquio dominato da enunciati brevi, semplici e talvolta disordinati. Vi sono tuttavia alcuni aspetti sociali e relazionali che possono avere un impatto importante sulla produzione verbale, in particolare l'ansia (Ajmone et al. 2014).

In alcuni casi la compromissione linguistica si estende anche all'area della comprensione, che a livello contestuale appare però migliore rispetto a quella grammaticale (Lorusso et al. 2007; Ajmone et al. 2014).

A DC la CdLS viene diagnosticata, in forma *mild*, a due mesi dalla nascita. Il bambino non mostra tratti tipici dell'autismo, come spesso accade, ma un carattere socievole con evidente desiderio comunicativo. Presenta però diffuse difficoltà linguistiche, in particolare in produzione orale, che compensa attraverso l'uso di strategie ed espressioni verbali atipiche. La difficoltà è legata in particolare

all'articolazione di suoni consecutivi, forse associabile a una forma di disprassia verbale, e alla realizzazione di strutture sintattiche complesse. Gli enunciati di DC sono infatti costituiti principalmente da olofrasi.

A partire dai sei mesi di età, DC viene introdotto a un percorso riabilitativo basato sulla gestualità, inizialmente, e sulla lingua dei segni, poi. Le prime espressioni linguistiche intelleggibili sono rappresentate da segni relativi all'ambiente familiare e ai bisogni primari, affiancate a saltuarie produzioni verbali (intorno ai due anni). All'ingresso alla scuola dell'infanzia (3;0) il repertorio espressivo è ancora molto limitato rispetto all'età (per una descrizione dettagliata vedi Minardi 2018). Dall'età di 6 anni viene preso in carico da Caterina Minardi con lo scopo di supportare e potenziare le sue abilità scolastiche, tra cui, in particolare, quelle di lettura.

Appurate le difficoltà espressive di DC, a 6;8 anni viene somministrato un test standardizzato per avere una visione aggiornata e dettagliata delle sue abilità di comprensione grammaticale. Il test selezionato, il TCGB (Chilosi, Cipriani 2005), mostra una compromissione a livello sintattico. La sua performance (63% di accuratezza) è infatti comparabile a quella di un bambino di età compresa tra i 3;6 e i 4;6 anni.

L'intervento prevede l'introduzione alla CAA, come primo approccio e stimolo verso il testo scritto. L'intervento evidenzia subito risultati positivi; DC inizia, infatti, attraverso i simboli, a seguire sul foglio un testo letto da altri e ad associarne le prime produzioni da parte sua. Caterina Minardi sente però la necessità di integrare l'approccio finora utilizzato con uno strumento che fornisca al bambino evidenze utili al processo di decodifica, in cui è ancora carente. DC infatti conosce tutte le lettere dell'alfabeto, ma non è in grado di associarle alla produzione orale, se non per qualche sillaba. Sfruttando la sua abilità di discriminazione visiva (potenziata dall'intervento in CAA), sperimenta l'uso della dattilologia per compensare le difficoltà di discriminazione uditiva. Introduce dunque alcune configurazioni dell'alfabeto manuale e osserva che la realizzazione visivo-gestuale della lettera supporta la discriminazione di suoni che DC tendeva spesso a confondere. Le lettere manuali T e D, ad esempio, lo aiutano a individuare la differenza tra la realizzazione sorda e quella sonora. La configurazione della R lo aiuta nella pronuncia della consonante vibrante e nella distinzione tra questa e la consonante laterale L.

Il bambino dimostra di gradire e poter trarre beneficio dalla nuova modalità, anche se solo raramente sembra realizzare in prima persona le lettere manuali. Caterina Minardi decide allora di rivolgersi a noi per proporre l'attivazione di *Sillabiamo*, come progetto mirato e sistematico. L'intervento consiste nella presentazione dell'input sempre in forma sillabica e in diverse modalità (scritta, orale e manuale) al fine di fornire al bambino più informazioni e favorirne

così l'apprendimento. Da questo momento gli vengono presentate le consonanti sempre all'interno di una sillaba, accompagnate dall'immagine scritta, la produzione verbale e la sua forma dattilologica.

Al fine di favorire la distinzione tra consonante sorda e sonora, nel primo caso viene realizzata la dattilologia vicino alla bocca (per associarlo all'aria emessa durante la produzione verbale) e nel secondo a contatto con il collo (per associarlo alla vibrazione delle corde vocali). Un laboratorio è stato dedicato in modo specifico alla discriminazione dei fonemi /f/ e /v/, che rappresentavano ancora un grosso ostacolo per il bambino.

Vengono inoltre rafforzate le competenze metafonologiche attraverso semplici giochi di selezione di immagini in base alla sillaba iniziale, segmentazione di parole, *memory* di sillabe ecc. Il bambino viene poi introdotto ad alcune parole composte dall'unione di due sillabe CV e ad attività legate allo sviluppo dell'abilità grafica.

DC, grazie all'input fornito dalle tre modalità, inizia a leggere correttamente le sillabe CV e alcune parole bisillabiche.

9.1.2 IC e le difficoltà di lettura e scrittura

Il secondo partecipante è un bambino italiano di 7 anni e 7 mesi, che riportiamo qui con la sigla IC. Il bambino al momento non presenta una diagnosi specifica ma dal secondo anno di età viene monitorato in sedute logopediche a causa di alcune atipie nello sviluppo del linguaggio, diventate più evidenti poi nell'apprendimento della lettura. Viene riferita la presenza di un fattore di familiarità con disturbi del linguaggio. Il papà ha una diagnosi di DPL e il fratello, come lui, presenta un ritardo nel linguaggio, senza diagnosi specifica. A 2 anni una prima valutazione individua un ritardo inerente alla produzione verbale, nonostante un'ampiezza del vocabolario e una competenza sintattica, in comprensione, nella media per l'età (40° percentile - Test TPL, Axia 1995). La produzione non è stata però valutata clinicamente perché il linguaggio di IC non risulta compatibile con i test clinici di riferimento della terapeuta. Dopo 3 anni viene effettuata una seconda valutazione che conferma l'adeguatezza del vocabolario in comprensione lessicale (Stella, Pizzoli, Tressoldi 2000), ma evidenzia una performance al di sotto della media, non patologica, nella comprensione morfosintattica (34° percentile, TROG-2 - Suraniti, Neri, Ferri 2009). Anche la produzione lessicale ($z = +0,22$ in parole ad alta frequenza e $-1,3$ in quelle a bassa frequenza) e morfosintattica (z tra -1 e -2) risultano a un livello *borderline* (BVL - Marini et al. 2015).

Particolarmente problematica risulta invece la componente metafonologica del suo linguaggio, le prove somministrate in questo caso appaiono tutte al di sotto della media, particolarmente compromessa la sintesi sillabica (5°-10° percentile, CMF - Marotta, Trasciani,

Vicari 2008). La diagnosi più recente a nostra disposizione (2018) riporta la descrizione di un eloquio sempre intellegibile e caratterizzato da frasi adeguatamente strutturate dal punto di vista morfo-sintattico. Per questi motivi non viene ritenuta necessaria un'indagine più approfondita in questo senso.

Viene però delineato un quadro relativo alle abilità di lettura e scrittura attraverso una selezione di prove tratte dalle batterie DDE-2 (Sartori, Job, Tressoldi 2007), BVSCO-2 (Tressoldi, Cornoldi, Re 2013) e Prove MT-3-Clinica (Cornoldi, Carretti 2016). La lettura di parole e non parole (DDE-2) presenta una velocità limitata per l'età e un'accuratezza *bordeline*. Nella prova di lettura di brano la correttezza e la rapidità sono inferiori alla media dei coetanei, così come la prova di comprensione di un brano. Particolarmente deficitaria appare inoltre l'accuratezza ortografica nella prova di dettato di un brano (inferiore al 5° percentile), nonostante il punteggio di errori nella scrittura di parole e non parole non risulti patologico.

In tutte le tre sessioni di diagnosi riportate, la terapeuta incaricata di effettuare la valutazione di IC, rileva una certa irrequietezza nel bambino, associata a frequenti momenti di distrazione. La terapeuta non ritiene necessario rilasciare una diagnosi di DSA, ma consiglia attività mirate alla riabilitazione delle competenze compromesse. I genitori si rivolgono quindi a Caterina per un supporto nello studio a casa. Caterina propone il progetto *Sillabiamo*. In questo caso, *Sillabiamo* non svolge la funzione di avviamento alla lettura, ma di supporto e recupero di aspetti problematici. In particolare, nonostante un inventario fonetico completo, IC ha difficoltà nel discriminare alcuni fonemi, tra cui in particolare le coppie di consonanti sorda/sonora /f/ e /v/, /k/ e /g/, /p/ e /b/ e confonde talvolta i suoni vocalici /a/ e /e/, /o/ e /u/, /a/ e /o/. Le difficoltà ortografiche sono particolarmente evidenti nell'inserimento delle consonanti doppie dell'italiano. La lettura si presenta poco fluente e non predittiva; in seguito alla correzione da parte dell'educatore, IC spesso non mostra effetto di apprendimento e ripete gli errori appena commessi.

L'intervento con *Sillabiamo* viene inserito all'interno delle ore dedicate allo studio pomeridiano e allo svolgimento di compiti assegnati dalle insegnanti di classe. Il metodo multisensoriale viene utilizzato in particolare per aumentare la fluidità nella lettura di parole e supportare la discriminazione dei fonemi problematici. Come sempre le consonanti vengono presentate solo all'interno di sillabe CV. Le caratteristiche ortografiche dell'italiano che creano difficoltà nel bambino vengono presentate attraverso un uso specifico delle configurazioni manuali e dei movimenti delle mani e del capo, come descritto nel capitolo 5.

9.1.3 Metodologia

La metodologia adottata è quella descritta per lo studio di caso del capitolo 7. I due partecipanti vengono valutati due volte prima dell'intervento e una volta dopo l'intervento. Ogni valutazione viene effettuata a distanza di due mesi ma, mentre tra la prima e la seconda valutazione non vengono proposte attività mirate, tra la seconda e la terza vengono realizzati i laboratori previsti dal progetto *Sillabiamo*.

La batteria di test selezionata per i due studi è composta dalle prove di comprensione e produzione del TFL (Vicari, Marotta, Luci 2007), le prove di sintesi e segmentazione sillabica e di discriminazione di coppie minime di parole e non parole del CMF (Marotta, Trasciani, Vicari 2008) e le prove AV3, SD4 e MUSFU 1a (vocali) e 1b (sillabe) del PRCR-2 (Cornoldi et al. 2009). Nonostante queste prove siano solitamente utilizzate con bambini più piccoli vengono qui adottate per valutare i prerequisiti e le competenze fondamentali all'apprendimento della lettura, senza che queste siano condizionate da ritardo cognitivo dei bambini (in particolare DC). Inoltre, utilizzare queste prove ci permette di confrontare quanto osservato nelle applicazioni precedenti con questo nuovo contesto.

9.1.4 Valutazione pre-intervento

La valutazione pre-intervento viene effettuata attraverso le prime due somministrazioni della batteria dei test descritta nel paragrafo precedente. Questo ci dà la possibilità di avere una panoramica generale delle competenze linguistiche dei due partecipanti prima di iniziare i laboratori mirati, ma anche di verificare la validità della metodologia adottata. Infatti, somministrare due volte i test nella fase precedente ai laboratori può aiutare a individuare un eventuale effetto di apprendimento. Se tra le due somministrazioni emerge una differenza sostanziale, è probabile che esse siano state effettuate in periodi di tempo troppo ravvicinati e che quindi i bambini migliori non perché hanno memorizzato le procedure e sono ora più competenti con le varie prove, non necessariamente nelle abilità coinvolte.

La scelta di utilizzare test per bambini più piccoli si rivela subito appropriata; entrambi i partecipanti in questa fase di studio mostrano infatti l'adeguato coinvolgimento richiesto e un certo livello di concentrazione per poter svolgere le prove. DC in particolare ha qualche difficoltà nel comprendere le istruzioni, l'operatrice deve quindi proporgli esempi pratici e riformulare le indicazioni ai fini di assicurarsi la piena comprensione. IC, nonostante comprenda senza problemi il compito da svolgere, e in alcuni casi lo faccia con un 100% di accuratezza, rivela invece che le sue competenze linguistiche sono appropriate all'età per cui i test sono stati standardizzati.

Le prove di valutazione del TFL (Vicari, Marotta, Luci 2007) mostrano che DC presenta competenze fonologico-lessicali inferiori alla sua età cronologica. In particolare, nella prima valutazione della prova di comprensione, ottiene un punteggio pari all'82% di accuratezza, corrispondente al 25° percentile della fascia di età corrispondente ai 6 anni. Nella seconda valutazione, nonostante questa non sia stata preceduta da un intervento mirato, il punteggio ottenuto è più alto (91%). Questo dato potrebbe riflettere un certo effetto di apprendimento del test, sebbene l'effetto di apprendimento dei bambini tra test-retest, a distanza di due mesi, viene escluso dai dati raccolti a questo scopo e forniti dal manuale del test (Vicari, Marotta, Luci 2007). Tuttavia, anche nella prova di valutazione delle abilità di produzione, e nei risultati dell'altro bambino coinvolto nello studio (IC) emerge un miglioramento nella seconda somministrazione. Occorre tenere in considerazione che tali miglioramenti, escluso ciò che è relativo alla prova di comprensione di DC, sono pari a quattro punti percentuali, dato corrispondente a un item in più (su 45) rispetto alla prima somministrazione. La differenza tra le due somministrazioni è dunque minima e i dati vengono pertanto ritenuti validi ai fini della valutazione finale.

Nella prova di produzione fonologico-lessicale, DC mostra una performance paragonabile a quella di bambini più piccoli di lui, di età compresa tra i 5 e i 6 anni. Le competenze fonologico-lessicali di IC sono nel complesso buone, sia in comprensione che in produzione.

Dai risultati delle prime due somministrazioni delle prove selezionate dal CMF (Marotta, Trasciani, Vicari 2008) emerge una compromissione generale in DC, in particolare nella prova di segmentazione sillabica. Le prove del CMF sono pensate per la scuola dell'infanzia e prevedono che all'età di 6 anni i bambini debbano essere in grado di eseguirle tutte con un'accuratezza del 100%. Un dato inaspettato è quello registrato nella seconda somministrazione della prova di coppie minime di non parole, in cui il soggetto DC risulta peggiorato rispetto alla prima. I dati raccolti su soggetti giovani e con atipie nello sviluppo delle abilità cognitive, come in questo caso, sono particolarmente influenzabili da eventi indipendenti dalle competenze linguistiche, tra cui difficoltà di concentrazione e di attenzione e difficoltà a mantenere la posizione seduta per un tempo prolungato. Questo può forse giustificare il peggioramento pari al 20% registrato da DC nella prova di discriminazione di coppie minime. Questa prova risulta particolarmente problematica per IC, che registra un punteggio di 73% di accuratezza, comunemente considerato come patologico nella pratica clinica. Il dato è consistente con le diagnosi effettuate nell'anno precedente a questa valutazione. IC mostrava infatti gravi difficoltà di discriminazione di alcuni suoni, tra cui, ad esempio, la differenza tra consonante sorda e consonante sonora, che viene testata in modo specifico in questa prova.

Le prove di sintesi e segmentazioni sillabica risultano invece accurate al 100%.

Le prove selezionate dal PRCR-2 (Cornoldi et al. 2009) mostrano altri risultati interessanti. Entrambi i partecipanti registrano una performance molto positiva nella prova AV3, che consiste nel riconoscimento di alcune lettere scritte. Nella prova SD4, in cui si chiedeva di individuare una sequenza specifica (*toc*) all'interno di un insieme di lettere, IC non mostra alcuna difficoltà e riesce a individuare tutti gli elementi richiesti, mentre DC lo fa al 73%.

Sorprendente è invece quanto mostrato dalla valutazione della capacità di mantenimento in memoria e ripetizione di span di vocali (MUSFU 1a) e di span di sillabe (MUSFU 1b). DC, in particolare, nella prima somministrazione non riesce ad eseguire correttamente nemmeno uno degli item previsti dalle prove di ripetizione. IC riesce a ripetere solo fino a due vocali consecutive (1a) e tre sillabe consecutive (1b). Entrambi mostrano una grave compromissione se paragonati a soggetti di pari età cronologica, probabilmente dovuta a una scarsa memoria a breve termine. Tale difficoltà non era emersa dalle diagnosi effettuate per IC negli anni precedenti.

9.1.5 Risultati

Ai fini di poter fornire una risposta alla domanda di ricerca che ci ha portati a condurre questo studio, vengono qui illustrati i risultati ottenuti dalla terza somministrazione della batteria di test. In particolare, ci si aspetta di poter verificare l'efficacia dell'intervento, osservando una differenza tra le performance dei partecipanti nelle prime due somministrazioni e quelle nell'ultima somministrazione, effettuata dopo l'intervento previsto dal progetto *Sillabiamo*. Le tabelle 51, 52 e 53 [tabb. 51, 52 e 53] riassumono, rispettivamente, i risultati nelle tre fasi di valutazione (due pre- e una post-intervento) delle prove selezionate dai test TFL (Vicari, Marotta, Luci 2007), CMF (Marotta, Trasciani, Vicari 2008) e PRCR-2 (Cornoldi et al. 2009).

Tabella 27 Risultati pre e post-intervento nel test TFL, espressi in percentuali di accuratezza

Part.	Comprensione			Produzione		
	AX1	AX2	AX3	AX1	AX2	AX3
DC	82	91	91	67	71	69
IC	91	95	95	87	91	87

9 • *Sillabiamo come supporto alla lettura in due bambini a sviluppo atipico***Tabella 28** Risultati pre e post-intervento nel test CMF, espressi in percentuali di accuratezza

Part.	Sintesi sillabica			Segmentazione sillabica			C.m. parole			C. m. non parole		
	AX1	AX2	AX3	AX1	AX2	AX3	AX1	AX2	AX3	AX1	AX2	AX3
DC	87	87	87	73	80	87	93	87	87	87	67	80
IC	100	100	100	100	100	100	87	87	100	73	73	100

Tabella 29 Risultati pre e post-intervento nel test PRCR-2, espressi in percentuali di accuratezza

Part.	AV3			SD4			MUSFU 1a			MUSFU 1b		
	AX1	AX2	AX3	AX1	AX2	AX3	AX1	AX2	AX3	AX1	AX2	AX3
DC	92	100	100	73	73	80	0	20	20	0	20	40
IC	100	100	100	100	100	100	40	40	40	60	60	60

Nelle prove fono-lessicali non emerge un particolare miglioramento e un'evidente differenza tra le prime due somministrazioni e l'ultima. Dal test metafonologico appaiono invece risultati incoraggianti, in particolare nelle prove di discriminazione di coppie minime di parole e non parole del partecipante IC. In queste prove, la performance appare esattamente identica nelle prime due somministrazioni e mostra un miglioramento pari al 13% (parole) e al 27% (non parole) nella terza. Nelle prove di sintesi e segmentazione sillabica il bambino mostrava già il 100% di accuratezza prima dell'intervento.

L'intervento mirava proprio al supporto nella discriminazione di fonemi che apparivano particolarmente problematici per IC e lo portavano spesso a inversioni o omissioni sia nella lettura che nella scrittura. La dattilologia, presentata su base sillabica, insieme all'informazione visiva e uditiva, sembra aver fornito un valido supporto per poter meglio analizzare le parole e distinguere fonemi simili.

Nelle prove PRCR-2 emergono invece miglioramenti nelle abilità individuate come prerequisiti della lettura del partecipante DC. Il bambino nell'ultima somministrazione mostra di avere acquisito una maggior competenza nell'individuazione globale di parole inserite all'interno di altre lettere non rilevanti per l'obiettivo indicato nella prova (SD4). Inoltre, la prova MUSFU 1a evidenzia che DC abbia potenziato la sua memoria a breve termine, nonostante questa risulti ancora ampiamente al di sotto della media indicata per i soggetti di quell'età (7;9).

9.1.6 Discussione

Questo studio riporta la descrizione di due interventi sperimentali condotti su due bambini a sviluppo atipico. Il primo bambino (DC) mostra un generale ritardo nell'acquisizione linguistica e nelle abilità cognitive causate da una sindrome genetica relativamente rara, la Sindrome di Cornelia de Lange. Il secondo, invece, evidenzia alcuni comportamenti linguistici associabili a DPL (già presente in famiglia) che gli impediscono di discriminare alcuni fonemi e, in particolare, distinguere le consonanti sorde da quelle sonore. In entrambi i casi, la condizione di compromissione, più o meno grave, delle abilità linguistiche influisce sulle loro abilità scolastiche. Al momento dell'ingresso nella scuola primaria, insegnanti e genitori notano che i processi di apprendimento della lettura sono rallentati per l'età e mostrano caratteristiche non standard.

I due bambini vengono allora affiancati da un'educatrice linguistica che decide di utilizzare con loro il metodo basato sulla dattilologia sillabica, *Sillabiamo*. L'intervento prevede una serie di attività pensate e adattate allo scopo di compensare le rispettive difficoltà, sempre attraverso la realizzazione manuale delle sillabe e particolari movimenti e posizioni delle mani che mostrano esplicitamente le caratteristiche dei suoni.

La prima osservazione sui risultati di questo periodo di training deriva dai terapeuti dei due bambini. Questi infatti notano in entrambi un generale miglioramento nelle competenze di lettura e una maggiore consapevolezza fonologica. La logopedista di DC afferma infatti che il bambino riesce ora a leggere parole intere in modo accurato e anche due parole in sequenza senza difficoltà. Il bambino ha iniziato anche a casa a leggere brevi libri spontaneamente e in autonomia. La fluenza, a detta della logopedista, è migliorata e appare ora quasi comparabile a quella dei suoi coetanei; per questo in classe partecipa in modo attivo a tutte le attività didattiche proposte insieme ai compagni. Mostra invece ancora qualche incertezza nella comprensione scritta. La neuropsichiatra ha suggerito quindi alla famiglia e all'educatrice di non interrompere il programma avviato. Questo, infatti, prosegue anche al di là dell'esperimento qui riportato.

La famiglia di IC riporta che il bambino si avvicina più volentieri alla lettura e utilizza la dattilologia in caso di difficoltà di discriminazione sorda/sonora. *Sillabiamo* sembra aver giocato un certo ruolo anche a livello motivazionale.

I risultati derivanti dalla raccolta dati descritta evidenziano che il metodo, se adattato alle singole esigenze del bambino, può fornire un valido supporto nella riabilitazione di competenze specifiche. In DC si osserva un miglioramento a livello di mantenimento in memoria, in particolare riferito alla ripetizione di span sillabe consecutive, ma anche nell'individuazione globale di parole. IC sembra invece trarre

maggior vantaggio ai fini della discriminazione dei suoni, in cui dalla valutazione pre-intervento risultava particolarmente carente.

Nel complesso, queste osservazioni ci permettono di affermare che *Sillabiamo* può essere utilizzato come strumento di supporto alla lettura, non solo per compensare mancanze in abilità direttamente coinvolte nel processo di decodifica, ma anche per aumentare nei giovani lettori l'interesse e la motivazione giusti per approcciarsi al testo scritto.

