

Fattore n. 2.2.1 Fase 1 Criteri di eleggibilità dei pazienti ambulatoriali in strutture per Età evolutiva

Ai fini dell'individuazione dei pazienti eleggibili al trattamento nella struttura accreditata Progetto Amico di Meletti Ornella & c. snc, sulla base del disposto di cui all'art. 26 della Legge 833/78 di adeguarsi alle normative regionali di cui D.C.A. U00159/2016, con il quale la Regione ha inteso definire i criteri di ammissione, mantenimento in trattamento e dimissioni dal progetto riabilitativo in età evolutiva, che qui di seguito riportiamo:

“in considerazione delle peculiarità dell'età evolutiva, prima di procedere alla descrizione del trattamento nelle singole condizioni patologiche disabilitanti, si forniscono, sinteticamente, alcune indicazioni di carattere generale circa l'intervento riabilitativo/abilitativo⁶:

- La presa in carico del bambino/adolescente, intesa come “processo integrato”, deve essere globale, riguardando oltre che aspetti strettamente clinici, anche aspetti psicologici e sociali.
- Gli obiettivi terapeutici devono essere basati sulla prognosi di recupero, cioè sulla valutazione dei margini di modificabilità di ciascuna funzione in relazione all'età, alle risorse possedute dal bambino, alla sua motivazione ed alla sua capacità di apprendimento.
- Il Progetto Riabilitativo deve prevedere un'attenta descrizione del profilo della persona, definire le abilità/attività da sviluppare nelle diverse aree, modulate in relazione alla fascia di età, ed esplicitare chiaramente la metodologia operativa da adottare.
- Il Progetto Riabilitativo è di durata variabile sulla base delle differenti esigenze riabilitative di ciascun minore, che possono orientare verso la scelta di interventi individuali e/o in gruppo, continuativi o ciclici.
- L'intervento di gruppo, laddove se ne verifichi la necessità, risulta particolarmente indicato nella fascia di età compresa tra 3 e 6 anni e può rappresentare una valida opportunità anche per le fasce di età 6/12 e 12/14 anni, al fine di potenziare l'intelligenza sociale e le competenze ad essa riconducibili, o di utilizzarlo come strumento per il raggiungimento di altri obiettivi riabilitativi.
- Gli interventi riabilitativi erogati in forma ciclica, ripetibili in base all'esigenza del singolo bambino, rappresentano una valida opportunità clinico-riabilitativa soprattutto in alcune fasce di età e sono organizzabili in funzione di una programmazione anche annuale. Le sospensioni sono utili per consentire al bambino la stabilizzazione e la generalizzazione nei contesti di vita delle abilità apprese e per valutare la modificabilità spontanea del disturbo.
- L'intervento abilitativo/riabilitativo a diretto contatto con il bambino/adolescente deve essere rispettoso del livello della sua qualità della vita e del suo sistema familiare.
- La famiglia merita un'attenzione particolare e specifica nel percorso di cura del minore con disabilità in quanto essa si pone, contemporaneamente, sia come destinatario dell'intervento che come protagonista attivo nella realizzazione del progetto riabilitativo. Pertanto, l'intervento *sulla e con* la famiglia è da considerarsi di pari importanza a quello svolto a diretto contatto con il minore.
- È inoltre importante integrare gli interventi riabilitativi sul minore con interventi di sostegno agli insegnanti (in quanto la scuola rappresenta il prevalente ambiente di vita del minore).

A conclusione di ciascun capitolo è proposto un elenco degli strumenti di valutazione più frequentemente utilizzati tra quelli al momento disponibili per l'età evolutiva, raggruppati per area di indagine e per fascia d'età; tale elenco dovrà essere aggiornato periodicamente. Ai fini della definizione diagnostica e dell'individuazione dei criteri di accesso, priorità e dimissione il team riabilitativo selezionerà gli strumenti appropriati.

⁶ Nella sezione dedicata all'età evolutiva il termine riabilitativo va sempre inteso come promozione dello sviluppo di attività non ancora emerse

Si segnala che i diversi strumenti posseggono differenti proprietà psicometriche ed utilizzano quindi criteri (punti z/deviazioni standard, centili, fasce di merito, quozienti, etc) e *cut off* indicativi di disturbo non omogenei. Le indicazioni fornite all'interno del documento sui criteri di accesso e di priorità per l'intervento devono essere lette tenendo conto di questa variabilità e facendo riferimento ai *cut off* riportati sui manuali d'uso dei singoli test.

Considerate le peculiarità dell'età evolutiva, si raccomanda di:

- somministrare nel tempo gli stessi test, compatibilmente con l'età di sviluppo, al fine di consentire un monitoraggio corretto delle funzioni neurocognitive;
- ripetere la somministrazione del test per la definizione del livello cognitivo a distanza di 12 mesi, dall'età dei 3 anni (e di 24 mesi dall'età di 6 anni) fino alla definizione di una organizzazione cognitiva stabile, valutabile attraverso il presentarsi di risultati immutati, per almeno 2 volte, alla somministrazione del test stesso;
- somministrare in doppio (operatore riabilitazione e famiglia/operatore servizi sociali) i questionari atti a valutare il funzionamento adattivo;
- effettuare un attento monitoraggio delle comorbidità psicopatologica e neuropsicologica, in particolare a partire dall'età scolare e nei momenti di passaggio evolutivo.

PARALISI CEREBRALE INFANTILE

Codice ICD9-CM: 343; Codice ICD 10: G80

Descrizione

L'espressione Paralisi Cerebrale Infantile definisce *“un gruppo di disturbi permanenti dello sviluppo del movimento e della postura, che causano una limitazione delle attività, attribuibili ad una turba permanente (non progressiva) che si è verificata nello sviluppo cerebrale del feto o del lattante. I disturbi motori della paralisi cerebrale sono spesso accompagnati da disturbi sensoriali, percettivi, cognitivi, comunicativi, comportamentali, da epilessia e da problemi muscoloscheletrici secondari”* (Rosenbaum et al. 2006).

Il termine turba permanente indica una condizione, non tanto una malattia, passibile di evoluzione funzionale sia in senso positivo che negativo. Un valido indicatore del carico totale di disabilità è la funzione del cammino, infatti correlano significativamente con la capacità di camminare la presenza di disturbi intellettivi, visivi, uditivi e di epilessia. Tale funzione si può però perdere con l'età (E. Beckung, G. Hagberg, 2008).

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

Età evolutiva

Vista la complessità e la pervasività del disturbo, al minore con PCI, deve essere comunque garantito l'accesso al progetto riabilitativo. Questa scelta, che non prevede la “non presa in carico”, deve soddisfare in misura maggiore l'appropriatezza del percorso.

Per la metodologia da applicare nella definizione dell'intervento e delle strategie di intervento più appropriate, si rimanda alle raccomandazioni per la riabilitazione dei bambini affetti da PCI a cura della SINFER-SINPIA (2013).

Il trattamento riabilitativo di elezione è quello ambulatoriale, quando il minore è in condizioni cliniche tali da consentirgli l'accesso.

Il trattamento riabilitativo domiciliare è indicato in situazioni cliniche di grave disabilità e/o situazioni sociali tali da impedire al minore l'accesso all'ambulatorio, perché contrario al lavoro di équipe ed al setting terapeutico, oltre che sfavorevole per l'indisponibilità di ambienti, ausili e sussidi adeguati.

Si ritiene indicato definire che, anche in età evolutiva, si deve procedere alla dimissione dall'intervento riabilitativo neuromotorio se dopo un ragionevole periodo di tempo non si sia verificata alcuna modificazione clinica significativa, in particolare nelle forme lievi 1 e 2 della Gross Motor Function Classification System⁷. Deve essere valutata la stabilità del quadro clinico e funzionale in relazione ai cambiamenti staturico-ponderali e favorita la ciclizzazione degli interventi per obiettivi specifici, che può maggiormente essere in sintonia con i processi di crescita.

Nel caso di comorbidità con disabilità intellettive e/o con altri disturbi dello sviluppo di interesse neuropsichiatrico deve essere effettuata la presa in carico di tali disabilità e dovrà essere definita, da parte dei servizi territoriali (TSMREE o equivalenti), la necessità dell'intervento riabilitativo del disturbo della funzione motoria rispetto al momento evolutivo di ogni singola persona.

L'intervento riabilitativo neuromotorio si ritiene indispensabile, anche sotto forma di ciclo di terapia “intenso” e di breve durata, in coincidenza di:

- insorgenza di complicanze da immobilizzazione tali da compromettere l'accudimento;
- “finestre evolutive” (periodi di maggiore sensibilità e trasformabilità delle funzioni e competenze del bambino) tipiche dei soggetti in età evolutiva;
- eventi acuti che possono compromettere il normale svolgimento delle funzioni motorie e/o comunicative acquisite, necessarie per le attività di vita quotidiana;
- interventi di chirurgia funzionale sull'apparato muscolo/scheletrico;

⁷ La “Gross Motor Function Classification System” (GMFCS) prende in considerazione il movimento spontaneo con particolare attenzione alla posizione seduta, ai trasferimenti e alla mobilità (GMFCS - E & R © Robert Palisano et al. 2007)

- interventi mirati al controllo della spasticità (tossina botulinica, impianto di pompe al baclofene, interventi neurochirurgici quali rizotomia ecc);
- interventi neurochirurgici (quali derivazioni liquorali, impianto di neuro stimolatori, emisferectomia ecc);
- insorgenza o riacutizzazione di problematiche respiratorie;
- insorgenza o riacutizzazione di problematiche legate alla funzione di deglutizione (disfagia);
- addestramento all'uso di ausili/protesi indispensabili per lo svolgimento, da parte del paziente o del caregiver, delle attività di vita quotidiana;
- addestramento all'uso di ausili per la comunicazione e di strumenti informatici personalizzati.

Età adulta

Data la stabilizzazione della disabilità, in età adulta si ritiene indicato l'intervento riabilitativo quando insorgono condizioni cliniche che possono determinare un peggioramento significativo della qualità di vita della persona.

Nel caso di comorbidità con disabilità intellettive e/o neuropsichiatriche deve essere valutata la priorità dell'intervento riabilitativo relativo al disturbo della funzione motoria rispetto ad altre aree funzionali.

L'intervento riabilitativo si ritiene indispensabile in coincidenza di:

- insorgenza di complicanze da immobilizzazione tali da compromettere l'accudimento;
- eventi acuti che possono compromettere il normale svolgimento delle funzioni motorie e/o comunicative acquisite, necessarie per le attività di vita quotidiana;
- interventi di chirurgia funzionale sull'apparato muscolo/scheletrico;
- interventi mirati al controllo della spasticità (tossina botulinica, interventi neurochirurgici, ecc);
- insorgenza o riacutizzazione di problematiche respiratorie;
- insorgenza o riacutizzazione di problematiche legate alla funzione di deglutizione (disfagia);
- addestramento all'uso di ausili/protesi indispensabili per lo svolgimento, da parte del paziente o del caregiver, delle attività di vita quotidiana.

Il trattamento riabilitativo di elezione è quello ambulatoriale, quando la persona è in condizioni cliniche tali da consentirgli l'accesso alla struttura riabilitativa in autonomia.

Il trattamento riabilitativo domiciliare è indicato in situazioni cliniche di grave disabilità e/o situazioni sociali tali da impedire alla persona l'accesso all'ambulatorio.

Strumenti di valutazione

CLASSIFICAZIONE

Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). Dev Med Child Neurol 2000

Gross Motor Function Classification System (GMFCS). Dev Med Child Neurol 1997

Manual Ability Classification System (MACS). Dev Med Child Neurol 2006

COMPETENZE MOTORIE

Gross Motor Function Measure (GMFM). Bambini da 5 mesi a 16 anni (Russel et al., 2000)

Gross Motor Performance Measure (GMPM). Bambini da 5 mesi a 12 anni

Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)

Scala funzionale (18 items) – Istituto Neurologico C. Besta

Edinburgh Visual Score (EGS)

OBIETTIVI

Gold Attainment scaling (GAS) (Kiresuk et al, 1968)

POSTURA SEDUTA

Level of Sitting Scale (LSS) (Field et al, 2012)

Sitting Balance Scale (Medley A. et al, 2011)

CAMMINO

Physician rating Scale (PRS) (Koman et al, 2003)

Observational Gait Scale (OGS) (Makey et al, 2003)

Edinburgh Visual Gait Score (Read et al, 2002)

6-Minute Walk Test (Maher CA et al, 2008)

MANIPOLAZIONE

Manipolazione monomanuale:

Melbourne Assessment (Steenbeck et al, 2010)

Scala Besta (Fedrizzi et al, 2000)

Quality of Upper Extremity Skills Test (De Matteo et al, 1992)

Jebsen-Taylor Test of Hand Function (Tylor et al, 1973)

Manipolazione bimanuale

Assisting Hand Assessment (AHA) (Krumlinde-Sundholm et al, 2003)

Per la valutazione delle altre competenze fare riferimento agli strumenti indicati per i Disturbi del neurosviluppo.

DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

RITARDO PSICOMOTORIO

Codice ICD9-CM: 315.9; Codice ICD10: F88 (Disturbo dello sviluppo psicologico di altro tipo) o F78 (Ritardo mentale di altro tipo)

Descrizione

La definizione diagnostica *Ritardo non specificato dello sviluppo o Ritardo psicomotorio* va utilizzata solo per indicare tutti quei bambini in età compresa tra 0 e 3 anni che presentano un rallentamento o delle atipie nell'acquisizione delle principali tappe dello sviluppo neuro-psicomotorio e che sono a rischio evolutivo di una successiva strutturazione di disturbi globali dello sviluppo. La diagnosi Ritardo psicomotorio rappresenta, il più delle volte, una diagnosi di attesa e per tale motivo va utilizzata il meno possibile. Si consiglia di attenersi a quanto previsto dalla Classificazione Diagnostica della Salute Mentale e dei Disturbi di Sviluppo nell'Infanzia, 2008 (CD: 0-3R), che prevede l'utilizzo dei codici diagnostici dell'ICD10 anche al di sotto dei 3 anni d'età per disturbi della salute mentale che non sono ivi rappresentati [(vedi nell'Asse I della classificazione 0-3 il cod. "800". Altri disturbi (ICD10)].

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

L'intervento abilitativo/riabilitativo deve essere precoce e globale in presenza di:

- a)** discrepanza significativa (almeno 4- 6 mesi) tra età di sviluppo ed età cronologica del bambino e/o la presenza di atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie, comunicativo-linguistiche ed adattive;
- b)** elevato grado di pervasività delle manifestazioni cliniche.

Appaiono indispensabili anche interventi centrati sull'attivazione delle prime abilità adattive e sociali e sull'interazione madre/padre/bambino, equiparabili al *counseling* genitoriale .

Criteri di dimissione

Dopo i 3 anni di età, essendo questa una diagnosi di "attesa", deve essere utilizzata la diagnosi appropriata e il percorso riabilitativo sarà quello del disturbo diagnosticato. I bambini che presentavano, invece, un disturbo transitorio e il cui sviluppo appare complessivamente ed armonicamente adeguato all'età cronologica vengono dimessi.

DISABILITÀ INTELLETTIVA

Ritardo Mentale: Codici ICD9-CM: 317-319; Codici ICD10: F70-F79

La Disabilità Intellettiva rappresenta una condizione di particolare complessità per cui nel presente documento essa viene trattata in maniera più articolata e dettagliata rispetto alle altre patologie prese in esame.

Descrizione

Nell'International Classification of Disease il Ritardo Mentale è definito come: “una condizione di interrotto o incompleto sviluppo psichico, caratterizzata da una compromissione delle abilità che si manifestano durante il periodo evolutivo e che contribuiscono al livello globale di intelligenza, cioè quelle cognitive, linguistiche, motorie e sociali“ e che origina prima dei 18 anni. Si può stimare un'incidenza di D.I. pari a 1,4% (AAIDD), con una prevalenza che oscilla tra l'1 e il 3% della popolazione totale.

Negli ultimi anni il termine Disabilità Intellettiva (D.I.) ha sostituito quello di Ritardo Mentale (R.M.) presente sia nella 9^a revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) che nella 10^a (ICD10) sottolineando come essa sia caratterizzata da significative limitazioni sia del funzionamento intellettivo sia del comportamento adattivo, che si esprimono sul piano concettuale, sociale e delle capacità pratiche adattive.

Tale definizione:

- si allinea meglio con la corrente pratica professionale, in quanto si focalizza su un piano funzionale e su fattori contestuali;
- fornisce basi più logiche per supporti individuali, inseriti in un contesto socio-ecologico;
- risulta meno socialmente discriminante come termine riferito a persone con disabilità;
- si inserisce meglio nella terminologia internazionale.

Criteri diagnostici

Per definizione la diagnosi di Disabilità Intellettiva può essere formulata in presenza di una caduta al di sotto della seconda deviazione standard a test intellettivi standardizzati.

Non si può formulare diagnosi di D.I. solo sulla base del punteggio ottenuto ai test di intelligenza, ma si deve tenere sempre conto del comportamento adattivo. Nel caso di un bambino che presenta un punteggio al QI inferiore a 2 DS, ma con un comportamento adattivo valutato come adeguato, si considera il costrutto di comportamento adattivo come determinante per consolidare la “normalità”. Questo costrutto si mostra particolarmente utile per correggere le diagnosi di falsi positivi e da abusi dell'uso del solo QI. Il costrutto conferma, inoltre, la distinzione di uno sviluppo, potenzialmente separato, tra aree del comportamento (area pratica, scolastica, sociale, lavorativa) e funzionamento intellettivo.

Dal bilancio tra livello cognitivo e capacità di adattamento è possibile effettuare la diagnosi di disabilità intellettiva e definire il suo livello di gravità.

Gradi della disabilità

Il livello di gravità non è un attributo immutabile [almeno per la Disabilità Intellettiva di grado Moderato (DIM) e Lieve (DIL)] dell'individuo, ma il risultato dell'interazione tra potenzialità ed intervento ambientale.

E' importante sottolineare che, generalmente, le persone con D.I. giungono all'osservazione più per le compromissioni del funzionamento adattivo, tranne nei casi più gravi in cui è evidente un rallentamento abbastanza precoce dell'acquisizione delle tappe di sviluppo. L'epoca della diagnosi (o del sospetto diagnostico) di D.I., infatti, varia a seconda della fascia di gravità:

- i bambini con DI Grave (DIG) e Profonda (DIP) (indipendentemente dalla causa) vengono in genere segnalati entro il secondo anno di vita, a causa dell'evidente rallentamento delle acquisizioni motorie, comunicativo-sociali e linguistiche;

- i bambini con DIM e DIL (con l'eccezione delle forma ad etiologia organica in cui la DI si accompagna ad altri segni e sintomi) vengono in genere segnalati a partire dal terzo anno di vita (e normalmente fino all'ingresso nella scuola primaria).

Il funzionamento adattivo fa riferimento all'efficacia con cui i soggetti fanno fronte alle esigenze comuni della vita quotidiana e al grado di adeguamento agli standard di autonomie personali previsti per la loro fascia d'età, retroterra socioculturale e contesto ambientale. Il funzionamento adattivo può essere influenzato da vari fattori che includono l'istruzione, la motivazione, le caratteristiche personali, le prospettive sociali e professionali, i disturbi mentali e le condizioni mediche generali. Poiché i problemi di adattamento sono più suscettibili di miglioramento attraverso la riabilitazione di quanto non siano le capacità cognitive, che tendono a rimanere stabili nel tempo, è facile intuire l'utilità di una valutazione accurata e rigorosa del comportamento adattivo.

Data la stretta relazione tra raggiungimento delle tappe dello sviluppo cognitivo (dei diversi livelli di maturazione delle competenze cognitive) e livello di autonomia personale e sociale, per l'età evolutiva la distinzione tra i due costrutti (cognitivo ed adattivo) risulta piuttosto artificiosa. In questo senso anche le competenze cognitive risultano suscettibili di "variazione" e costituiscono quindi uno degli obiettivi della riabilitazione.

Tutti i sistemi di classificazione concordano, inoltre, sulla necessità di individuare diversi tipi di D.I. in base alla gravità dell'espressione clinica del disturbo.

Disabilità Intellettiva di grado lieve (DIL)

(ICD9-CM: Ritardo mentale lieve 317) - (ICD10: Ritardo mentale lieve F 70)

La DIL rappresenta la percentuale più alta (83%) della popolazione con patologia cognitiva; comprende soggetti che raggiungono al termine dell'iter evolutivo (14-16 aa) un'età mentale fra gli 8 e gli 11 anni ed un QI compreso tra 50 e 69. Questi soggetti padroneggiano un linguaggio necessario per le esigenze della vita quotidiana ed hanno una discreta indipendenza nella cura di sé. Le maggiori difficoltà le incontrano in ambito scolastico anche se, attraverso sistemi educativi progettati per sviluppare le loro abilità, riescono a compensare in parte le loro difficoltà. Si impadroniscono della lettura e della scrittura nel loro aspetto esecutivo, ma hanno difficoltà ad usare tali acquisizioni in modo autonomo, espressivo e critico. La maggior parte dei soggetti con DIL può essere avviata ad un lavoro pratico non specializzato.

Disabilità Intellettiva di grado moderato (DIM)

(ICD9-CM: Ritardo Mentale di media gravità 318.0)

(ICD10: Ritardo mentale di media gravità F 71)

La DIM rappresenta circa il 14% della popolazione affetta da RM e comprende soggetti che raggiungono un'organizzazione cognitiva fra i 4 e i 7 anni di età mentale alla fine dello sviluppo ed un QI tra 35 e 49 (ICD 10). Nella maggior parte delle DIM si può risalire ad una eziologia organica. Il linguaggio è piuttosto semplice: in alcuni casi non si arriva all'acquisizione della frase completa, in altri casi è presente un vocabolario più ampio con strutturazione della frase. Possono riuscire a fare un racconto orale in forma elementare e per lo più riferito ad avvenimenti di vita quotidiana. Spesso sono necessarie domande stimolo per poter comprendere ciò che vogliono narrare. Raramente questi soggetti hanno grandi deficit motori, per cui lo sviluppo psicomotorio, seppur rallentato, può raggiungere livelli soddisfacenti. E' presente una certa goffaggine motoria ed una caduta nella rapidità e nella coordinazione dei movimenti.

L'acquisizione della cura di sé è ritardata e necessitano di una supervisione per tutta la vita. Solo pochi riescono a progredire nel controllo della lettura e della scrittura che è, comunque, parziale e spesso limitato al riconoscimento di singole parole e a compilate il proprio nome. Da adulti questi soggetti sono in grado di espletare lavori manuali semplici, molto strutturati e muniti di supervisione. Mostrano una discreta maturità sociale per stabilire contatti e comunicare.

**Disabilità Intellettiva grave (DIG) (ICD9-
CM: Ritardo Mentale grave 318.1)
(ICD10: Ritardo mentale grave F72)**

La DIG interessa una modesta percentuale (3%) della popolazione con disabilità intellettiva, ad eziologia prevalentemente organica, e comprende soggetti che al termine dello sviluppo raggiungono un'età mentale compresa fra i 2 e i 4 anni di età ed un QI tra 20 e 34.

Questi soggetti sono in grado di imitare semplici attività di vita quotidiana. Non sono in grado di interiorizzare un ruolo o una regola convenzionale. Possono comprendere richieste verbali situazionali, concrete. Formulano, se stimolati, qualche frase costituita di 1 o 2 parole e gesto indicativo. Non possiedono il concetto di spazio e tempo. Non sono in grado di accedere all'apprendimento scolastico in quanto sono assenti i prerequisiti necessari per l'apprendimento. Con tecniche di condizionamento questi soggetti possono essere capaci di acquisire alcune autonomie di base nella gestione dell'igiene personale.

**Disabilità Intellettiva profonda (DIP)
(ICD9-CM: Ritardo Mentale profondo 318.2)
(ICD10: Ritardo mentale profondo F73)**

In questa fascia di gravità il QI è inferiore a 20-25 (ICD10). Costituisce una piccola percentuale dei quadri clinici di D.I. e nella maggioranza dei casi è dimostrabile un'eziologia organica. Si rileva, inoltre, un'alta correlazione con deficit neuromotori, epilessia, etc. Queste persone hanno una minima organizzazione sensomotoria, avvertono gli stimoli ma non possono analizzarli, si rileva assenza di linguaggio verbale con estrema difficoltà a sviluppare altre forme di comunicazione, non raggiungono le autonomie personali di base.

In sintesi:

- la diagnosi di D.I. e della sua gravità deve tenere conto sia del profilo cognitivo e neuropsicologico che delle abilità adattive ed emotive della persona;
- appaiono di particolare rilevanza da un lato le dissociazioni all'interno del profilo cognitivo e neuropsicologico, dall'altro i rapporti in senso positivo e/o negativo che tali dissociazioni possono avere sulle funzioni di adattamento personale e sociale e sul mondo affettivo del bambino.

Sarà quindi necessario modulare il percorso riabilitativo in base a:

- fascia d'età;
- gravità della D.I.;
- presenza e/o assenza di dissociazioni all'interno del profilo cognitivo;
- funzioni adattive;
- profilo affettivo-relazionale.

Il percorso riabilitativo può consentire di ottenere un discreto miglioramento prevalentemente nell'area delle competenze adattive. Più precoce sarà l'intervento ed articolato con coinvolgimento della famiglia e della scuola, maggiori saranno le possibilità di miglioramento, minore sarà il rischio di dissociazione delle varie competenze tra di loro.

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

Per definizione la D.I. è una patologia che necessita di supporto e sostegno ai processi di crescita con interventi riabilitativi mirati.

Si sottolineano due aree di intervento:

- livello neuro cognitivo
- livello adattivo e affettivo

L'*intervento neurocognitivo* deve essere centrato su:

- attivazione di strategie cognitive efficaci e generalizzabili;
- riduzione delle dissociazioni interne al profilo;
- espansione delle funzioni neuropsicologiche e loro uso integrato nell'area dell'apprendimento scolastico;
- ampliamento delle abilità di ragionamento nell'area dell'intelligenza pratica.

L'*intervento sulle abilità adattive ed affettive* deve essere centrato all'espansione di tali abilità supportando sia il bambino sia il contesto in cui vive (*counseling* famiglia e scuola). Inoltre, deve essere presente un *intervento di sostegno alla famiglia*, variando di tipologia (*parent training*, interventi psicologici individuali per il genitore, sostegno psicologico alla coppia genitoriale, interventi psicologici di gruppo, ecc), in momenti diversi, in funzione dei cambiamenti e delle necessità della famiglia stessa.

Nella fascia di età compresa tra 0 e 12-14 anni l'intervento elettivo è ambulatoriale, fatta eccezione che per quei quadri di DIG e DIP, per i quali, come verrà ulteriormente specificato, può essere indicato un intervento in regime domiciliare o semiresidenziale con progetti integrati con la scuola, a salvaguardia dell'obbligo scolastico.

Nell'avviare un *percorso riabilitativo in età adolescenziale ed in età adulta* occorre:

- valutare le competenze cognitive, affettive, relazionali e comportamentali, anche in riferimento all'ambiente;
- valorizzare gli aspetti di buon funzionamento come pre-requisiti per il miglioramento;
- valutare l'assetto psicologico e psicopatologico;
- contestualizzare rispetto alla patologia sottostante e al momento del ciclo di vita (adolescenza, prima età adulta, perdita del sostegno parentale, ecc.);
- quantificare il margine di progresso acquisibile, o il rischio regressivo da contrastare, rispetto a specifiche abilità (competenze "adattive").

Per diverse ragioni, nell'adolescenza si riscontra una particolare "plasticità", e si definiscono alcune caratteristiche di grande importanza per la "struttura" cognitiva, affettiva e relazionale della persona con disabilità: alcune situazioni cliniche esigono interventi riabilitativi assolutamente temporizzati nella fase adolescenziale, soprattutto di tipo non residenziale e semiresidenziale.

La *riabilitazione non residenziale o semiresidenziale* valorizza la partecipazione della persona al proprio gruppo di vita naturale e al proprio habitat sociale.

La *riabilitazione residenziale* implica necessariamente l'allontanamento dal contesto di vita originario, ed è di elezione solo per alcune situazioni specifiche (dinamiche iperprotettive o forti problematiche del contesto familiare). A volte, la soluzione riabilitativa residenziale rappresenta, di fatto, un sostegno per la mancanza di un valido habitat familiare: valutare in questo caso se è più proprio un intervento riabilitativo non residenziale o semiresidenziale, con una contemporanea sistemazione in "alloggio protetto".

Bambini di età inferiore a 3 anni

Non esistono criteri diagnostici per D.I. al di sotto dei 3 anni, anche se le attuali conoscenze nell'ambito dell'eziopatogenesi organica di tali disturbi permettono una maggiore possibilità di individuazione precoce di tali disabilità e/o dell'elevato rischio delle stesse. Si deve sempre tenere conto del criterio "evolutività" del disturbo e della sua recuperabilità a livello di *outcome*. In presenza di bambini al di sotto dei 3 anni deve, comunque, essere effettuata una diagnosi differenziale con i disturbi multisistemici dello sviluppo.

Nei bambini con ritardo significativo (tra i 3 ed i 6 mesi di età di sviluppo) e/o atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie e comunicativo-linguistiche è necessario l'intervento riabilitativo precoce e globale per tutti i casi.

La maggiore pervasività del disturbo deve costituire criterio di accesso preferenziale.

Si ricorda e raccomanda l'intervento anche su ecologia della relazione madre/bambino e padre/bambino, nonché il lavoro finalizzato all'attivazione delle prime abilità adattive in contesti socializzanti e/o a domicilio (es.: seguire l'inserimento al nido, sostenere la genitorialità nel contesto di vita del bambino).

Quadro riassuntivo (*Bambini 0-3 anni*)

Note Generali	Non si può formulare diagnosi di D.I., ma solo <i>diagnosi di rischio evolutivo</i> Fondamentale la <i>diagnosi differenziale</i> con i Disturbi Multisistemici dello Sviluppo <i>Maggiore è la invasività del disturbo, più precoce e globale</i> deve essere l'intervento riabilitativo FONDAMENTALE <i>-intervento su ecologia della relazione madre/bambino</i> <i>-attivazione prime abilità adattive sociali</i>
--------------------------	---

Raccomandazione :

L'intervento può essere o solo individuale o solo di gruppo o integrato (misto). Di solito in questa fascia d'età si privilegia l'intervento individuale. La scelta tra trattamento individuale/di gruppo/misto deve tenere conto delle caratteristiche di individualità del singolo paziente, della gravità del quadro clinico, dell'organizzazione del profilo di sviluppo e del contesto socio-ambientale. Si devono quindi prevedere interventi di supporto al nucleo familiare, e di condivisione del profilo di funzionamento e degli obiettivi abilitativi/riabilitativi nell'ambiente extrafamiliare del bambino.

Bambini di età compresa tra 3 e 6 anni

La fascia di gravità della disabilità deve essere definita secondo i criteri dell'ICD 10.

La diagnosi di Ritardo non specificato dello Sviluppo o di Ritardo Psicomotorio non deve essere più utilizzata se non nei casi dubbi e sfumati (per lo più nelle forme di DIL ed in quelle a minore compromissione di DIM) in cui appare complesso definire un livello di gravità stabile proprio per possibilità di *outcome* positivo.

Sono indicati interventi di neuropsicomotricità e/o di logopedia o di psicomotricità, a seconda del profilo di sviluppo del bambino.

Quadro riassuntivo (Bambini 3-6 anni)

	DIL	DIM	DIG/DIP
Obiettivi del trattamento	<ul style="list-style-type: none"> -Implementazione e flessibilità d'uso di abilità comunicative e interattive congrue -Attivazione di modalità di esplorazione dell'altro, ambiente, oggetto -Espansione della comprensione verbale -Espansione della produzione verbale -Attivazione di strategie cognitive di apprendimento flessibili e generalizzabili (ridurre uso abilità mnemoniche e dell'imitazione) -Ridurre rischio di dissociazioni all'interno del profilo cognitivo, psico-affettivo e sociale -Attivazione di interventi globali -Supporto alla famiglia 	<ul style="list-style-type: none"> - Espansione competenze comunicative e adattive -Supporto all'uso delle competenze di autonomia personale e sociale -Prevenzione delle dissociazioni di sviluppo e dei conseguenti disturbi psicopatologici 	<ul style="list-style-type: none"> -Attivazione uso sociale della comunicazione funzionale intenzionale -Implementazione abilità motorio-prassiche -Attivazione autonomie di base

Raccomandazioni:

L'intervento può essere o solo individuale o solo di gruppo o integrato (misto); la scelta tra trattamento individuale/di gruppo/misto deve tenere conto delle caratteristiche di individualità del singolo paziente, della gravità del quadro clinico, dell'organizzazione del profilo di sviluppo e del contesto socio-ambientale.

Nella DIG/DIP è da privilegiare un intervento di tipo individuale; l'intervento di gruppo va mirato rispetto ad obiettivi altamente specifici e per tempi di trattamento contenuti.

Sono indicati interventi di supporto al nucleo familiare e di condivisione del profilo di funzionamento e degli obiettivi abilitativi/riabilitativi nell'ambiente scolastico (GLH, counseling scolastico) e sociale del bambino.

Bambini di età compresa tra 6 e 12 anni

Nella DIL e nella DIM, l'intervento è prevalentemente abilitativo/riabilitativo, soprattutto per quanto riguarda l'area dell'apprendimento scolastico e del ragionamento pratico; tale intervento necessita di essere integrato con trattamenti di tipo psicosociale e psicoeducativo sul territorio per poter ottenere la generalizzazione e la stabilizzazione delle abilità e delle conoscenze acquisite.

Gli interventi riabilitativo, soprattutto dopo i 10 anni, sono *indicati prevalentemente in presenza di profili disomogenei che necessitano di interventi mirati e devono essere subordinati allo spostamento sempre maggiore degli obiettivi del piano di trattamento dall'area dell'intelligenza concettuale e pratica a quella sociale ed emotiva (interventi psicoeducativi e psicosociali).*

Per i bambini affetti da DIM con maggiore compromissione, se i profili appaiono omogenei già dagli 8 anni con apprendimento scolastico compatibile con profilo cognitivo, si ritiene necessario attivare cicli di

terapia solo per prevenire l'impoverimento. Si deve privilegiare soprattutto l'inserimento sociale attraverso attività da svolgere nel territorio di residenza.

Per quanto riguarda la DIG e la DIP gli obiettivi principali del piano di trattamento devono focalizzarsi sul miglioramento delle competenze di tipo adattivo-sociale. Questi bambini si avvantaggiano di interventi psicoeducativi e psicosociali con personale specializzato (psicologi, pedagogisti, educatori, operatori sociali, ecc.) in contesti socialmente significativi, per più ore al giorno.

Quadro riassuntivo (Bambini 6-12 anni)

	<i>DIL/DIM</i>	<i>DIM</i>	<i>DIG/DIP</i>
Obiettivi del trattamento	-Generalizzare la stabilizzazione delle abilità e delle conoscenze acquisite	-Privilegiare l'inserimento sociale -Dagli otto anni prevenire l'impoverimento attraverso terapia a cicli	-Migliorare le competenze adattivo-sociali

Raccomandazioni :

L'intervento può essere o solo individuale o solo di gruppo o integrato (misto); la scelta tra trattamento individuale/di gruppo/misto deve tenere conto delle caratteristiche di individualità del singolo paziente, della gravità del quadro clinico, dell'organizzazione del profilo di sviluppo e del contesto socio-ambientale. Sono indicati interventi di supporto al nucleo familiare e di condivisione del profilo di funzionamento e degli obiettivi abilitativi/riabilitativi nell'ambiente scolastico (GLH, counseling scolastico) e sociale del bambino.

Ragazzi di età compresa tra 12 e 14 anni

L'intervento abilitativo/riabilitativo può riguardare i DIL e i DIM ed è solo settoriale per brevi periodi (cicli di tre/quattro mesi con frequenza di due/tre incontri a settimana) e per obiettivi specifici (mantenimento delle abilità curricolari acquisite, espansione delle abilità di ragionamento pratico, etc.).

Nei DIG e DIP si può fare riferimento a quanto asserito per la fascia di età 6-12 anni.

Quadro riassuntivo (Ragazzi 12-14 anni)

	<i>DIL/DIM</i>	<i>DIG/DIP</i>
Obiettivi del trattamento	Mantenimento ed uso autonomo delle competenze acquisite attraverso interventi settoriali per brevi periodi e per obiettivi specifici	Vedi fascia di età 6-12 anni

Raccomandazioni:

L'intervento può essere o solo individuale o solo di gruppo o integrato (misto); la scelta tra trattamento individuale/di gruppo/misto deve tenere conto delle caratteristiche di individualità del singolo paziente, della gravità del quadro clinico, dell'organizzazione del profilo di sviluppo e del contesto socio-ambientale. Sono indicati interventi di supporto al nucleo familiare e di condivisione del profilo di funzionamento e degli obiettivi abilitativi/riabilitativi nell'ambiente scolastico (GLH, counseling scolastico) e sociale del bambino.

Età adolescenziale e giovane adulto

In età adolescenziale si riconoscono diversi tipi di intervento riabilitativo (riabilitazione psicopedagogica, riabilitazione meta cognitiva, terapia occupazionale, sostegno psicologico diretto ed indiretto al contesto di vita) da realizzarsi prevalentemente in regime semiresidenziale nella fasce DIM, DIG e DIP, salvaguardando comunque l'obbligo scolastico.

Nell'adulto con **DIL** ci si può avvalere di un intervento articolato in brevi cicli in regime semiresidenziale finalizzati al potenziamento del funzionamento adattivo ed a favorire eventuali inserimenti lavorativi e/o al sostegno psicologico.

Nell'adulto con **DIG** e **DIP** l'intervento viene prevalentemente svolto in regime semiresidenziale o residenziale e mira a conservare le competenze acquisite, ed il loro uso il più autonomo possibile, a favorire la stabilizzazione e l'uso delle competenze adattive ed a contrastare i fenomeni di aggravamento clinico, in particolare per ciò che concerne gli aspetti psicopatologici. L'intervento riabilitativo deve comunque prevedere l'integrazione con attività socio-assistenziali a valenza psico-educativa e socio-integrative.

Criteria di accesso

Tutti i bambini con D.I. necessitano di un intervento riabilitativo continuativo nei primi sei anni di vita; tra i 6 e i 10-12 anni le necessità di intervento riabilitativo in termini di intensità e di durata variano in relazione alla gravità del quadro clinico, profilo cognitivo e disomogeneità dello stesso, dissociazioni tra profilo cognitivo ed affettivo-relazionale, comorbidità; dai 12-14 anni in poi le necessità riabilitative variano in relazione alla opportunità di avviare e potenziare maggiormente interventi di tipo psico-educativo o psico-sociale. Ad un'età superiore ai 12 anni l'avvio ex-novo di un intervento riabilitativo di tipo non residenziale ambulatoriale deve essere attentamente ponderato e concordato con i Servizi Territoriali.

L'intervento riabilitativo ha lo scopo di portare la persona con D.I. "a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minore restrizione possibile delle scelte operative"⁸ ed ha tra i suoi obiettivi la promozione dello sviluppo di una competenza non comparsa, rallentata o atipica e la possibilità di reperire formule facilitanti e/o alternative. Questo concetto si traduce nella necessità di accompagnare il bambino con DI in tutte le fasi di acquisizione di nuove competenze, riducendo al minimo il rischio di dissociazioni tra le diverse linee di sviluppo e favorendo il più possibile un uso flessibile ed adattivo delle competenze raggiunte. Con tali premesse le priorità nell'accesso all'intervento riabilitativo devono risultare dall'insieme di alcune variabili relative ai fattori età, gravità e profilo del disturbo.

Priorità di accesso

Età

Appartenere alla fascia di età *0-3 anni* costituisce criterio di priorità soprattutto nelle sindromi conosciute e con alta probabilità di D.I., e/o di fronte a rallentamenti di molte linee di sviluppo.

Appartenere alla fascia di età *3-6 anni* costituisce in assoluto criterio di priorità.

Gravità della disabilità cognitiva

La gravità della D.I. legata al Quoziente Intellettivo costituisce un criterio di priorità *al di sotto dei 6 anni*.

Profilo di sviluppo

Nelle D.I. con ritardo cognitivo medio e lieve costituisce un criterio di priorità la *presenza di dissociazioni significative* tra le diverse linee di sviluppo.

Si intende per *dissociazione* una disomogeneità del livello di sviluppo raggiunto nelle varie aree (area neuropsicologica ed area affettivo relazionale) o all'interno di una delle aree (per esempio nell'area neuropsicologica: disomogeneità tra competenze visuo-prassiche e competenze linguistiche, tra comprensione verbale e produzione verbale, tra le varie competenze scolastiche, ecc.);

- nella fascia di età *3-6 anni* la dissociazione appare significativa se supera i 6-12 mesi;
- nella fascia *6-10 anni* si parla di dissociazione significativa se la differenza è di almeno 12 mesi;
- al di sopra dei 10 anni una dissociazione per essere significativa deve superare i 24 mesi.

⁸Provvedimento 7 maggio 1998, Linee Guida del Ministero della Sanità sulle attività di riabilitazione

Funzionamento sociale ed adattivo

Per tutte le fasce di gravità un *funzionamento sociale-comunicativo o adattivo (autonomie) inferiore al livello cognitivo globale* costituisce un criterio di priorità:

- nella fascia di età 3-6 anni la dissociazione appare significativa se supera i 6-12 mesi;
- nella fascia 6-10 anni si parla di dissociazione significativa se la differenza è di almeno 12 mesi;
- al di sopra dei 10 anni una dissociazione per essere significativa deve superare i 24 mesi.

Profilo affettivo-relazionale

La presenza di un disturbo psicopatologico già associato o emergente costituisce *sempre* un criterio di priorità.

La pervasività (numero di aree colpite e loro disomogeneità) costituisce criterio di urgenza.

Criteria di dimissione dal regime non residenziale ambulatoriale

Il progetto terapeutico deve necessariamente coinvolgere tutti gli attori del processo di riabilitazione (famiglia, scuola, Enti Locali, operatori dei Servizi territoriali e Centri di riabilitazione). L'integrazione degli interventi rappresenta un elemento di cruciale importanza per lavorare nell'ottica di un progetto di vita e per evitare il disorientamento della famiglia nel momento in cui avviene la conclusione del processo riabilitativo non residenziale ambulatoriale. Il raccordo con gli Enti Locali può consentire, attraverso la presenza di operatori specializzati la possibilità di trasferire nel contesto di vita (famiglia, scuola, società) l'abilità appresa nello spazio riabilitativo.

Dopo i 14 anni in relazione alla gravità del profilo di funzionamento cognitivo e/o adattivo la conclusione dal trattamento in regime non residenziale ambulatoriale può avvenire o verso interventi di supporto psico-sociale o verso interventi semiresidenziali o residenziali. Tuttavia, in momenti di emergenza relativa a fenomeni di riacutizzazione di quadri psicopatologici e disturbi del comportamento, si ritengono necessari anche trattamenti circoscritti nel tempo e limitati alla valutazione clinica dell'evoluzione migliorativa del quadro.

DISTURBI SPECIFICI SETTORIALI DELLO SVILUPPO o RITARDI SPECIFICI DELLO SVILUPPO

Codice ICD9-CM 315; ICD 10 F80-83

Nel presente paragrafo sono fornite indicazioni per il trattamento riabilitativo ambulatoriale di minori con diagnosi di *Disturbo specifico settoriale dello sviluppo*, che fanno parte dei Disturbi del Neurosviluppo. “Si tratta di disturbi ad insorgenza precoce caratterizzati da un ritardo/deviazione nell’acquisizione delle competenze cognitive maturative (cioè quelle abilità che non possono svilupparsi a meno che la struttura neurale necessaria sia disponibile), che non assumono le caratteristiche di remissività e ricadute caratteristiche della maggior parte degli altri disturbi mentali, ma che tendono a diminuire di entità con l’età e, contemporaneamente, a permanere in età adulta. Questi disturbi sono caratterizzati dalla presenza di deficit cognitivi settoriali o generali e da una tendenza alla sovrapposizione. Sul piano patogenetico, sono più frequenti nei maschi e sono caratterizzati da una forte influenza di componenti genetiche multifattoriali, ma contemporaneamente anche da un importante contributo delle variabili ambientali” (Rutter, 2006). Sono disturbi che tendono ad essere presenti in comorbidità ed a trasformarsi l’uno nell’altro nel corso dell’età evolutiva; sono frequentemente associati a disturbi psicopatologici per i quali costituiscono un fattore di rischio.

Di seguito si definiscono i percorsi clinici, la loro articolazione e i criteri di accesso/dimissione.

Si sottolinea che l’intervento di gruppo risulta particolarmente indicato nella fascia di età compresa tra 3 e 6 anni e può rappresentare una valida opportunità riabilitativa anche per le fasce di età 6/12 e 12/14 anni.

Disturbi evolutivi specifici dell’eloquio e del linguaggio

(Codici ICD9-CM: 315.3; Codici ICD10: F80)

Descrizione

Si tratta di disturbi in cui il normale *pattern* di acquisizione del linguaggio è alterato fin dalle prime fasi del suo sviluppo. Il disturbo non è attribuibile ad una alterazione dei meccanismi neurologici o articolatori che sottostanno al linguaggio, a difetti sensoriali, a Disabilità Intellettiva, a Disturbi dello Spettro Autistico o a fattori ambientali. I Disturbi Specifici di Linguaggio sono spesso associati o seguiti da altri problemi ad esempio nella lettura e scrittura, da anomalie nelle relazioni interpersonali e da disturbi emozionali o del comportamento.

Perché si parli di Disturbo Specifico del Linguaggio è necessario rilevare una discrepanza significativa (variabile in relazione agli strumenti utilizzati tra le 1,5 e le 2 ds o tra il 15° ed il 5° centile) tra livello di sviluppo delle diverse componenti del linguaggio ed il livello di sviluppo delle altre funzioni cognitive e/o rispetto all’età cronologica.

La tipologia di DSL può essere definita sulla base del profilo evolutivo individuale, con differenziazione dei tre sottotipi previsti dai sistemi di classificazione ICD10:

- (1) Disturbo specifico dell’articolazione dell’eloquio**
(315.39 ICD9-CM; F80.0 ICD10)
- (2) Disturbo del linguaggio espressivo**
(315.31 ICD9-CM; F80.1 ICD10)
- (3) Disturbo della comprensione del linguaggio**
(315.32 ICD9-CM; F80.2 ICD10)

Priorità di accesso

All’interno di ciascuna delle suddette tipologie di disturbo, costituiscono criterio di priorità per l’indicazione al trattamento, l’età della persona, la presenza di disturbi emozionali o comportamentali associati e l’entità della compromissione del disturbo linguistico, tenendo conto, per quest’ultimo punto di:

- pervasività del disturbo (numero di aree linguistiche colpite: Fonologia, Lessico,

- Morfologia, Sintassi, Pragmatica, valutate sia in Produzione sia in Comprensione verbale);
- gravità: grado di compromissione delle varie aree linguistiche (“discrepanza” in rapporto al livello appropriato per l’età e al livello cognitivo non-verbale, espressa in numero di Deviazioni Standard, centili, ecc.);
 - comorbidità con altri disturbi del neurosviluppo.

Disturbo specifico dell’articolazione dell’eloquio

(ICD9-CM: 315.39; ICD10: F80.0) (*Dislalia; Disturbo fonologico evolutivo*)

Descrizione

In tale disturbo l’uso dei suoni verbali è al di sotto del livello appropriato all’età mentale, ma in presenza di un normale livello delle abilità linguistiche.

- La capacità di articolare suoni verbali, valutata con test standardizzato, è 2 DS al di sotto del livello atteso per l’età del bambino.
- L’Espressione (Produzione verbale) e la Comprensione del linguaggio, valutate con test standardizzati, sono adeguate per l’età del bambino.

Indicazioni cliniche per l’accesso al percorso riabilitativo e trattamento

I dati in letteratura riguardo all’indicazione riabilitativa sono controversi, anche in considerazione dell’ampia variabilità dell’età di acquisizione della capacità di articolare adeguatamente i suoni.

Il trattamento riabilitativo è comunque indicato:

- al di sotto dei 4 anni, quando la caduta nell’abilità di produzione fonologica sia di almeno un anno rispetto l’età di acquisizione media e sia stata valutata la non modificazione spontanea della competenza fonologica in un periodo di almeno sei mesi;
- dai 4 anni, quando la capacità di articolare i suoni verbali, valutata con test standardizzato, sia di almeno 2 DS (o equivalenti in centili, ecc.) al di sotto del livello atteso per l’età e sia stata valutata la non modificazione spontanea della competenza fonologica in un periodo di almeno tre mesi.
- è sempre indicato un trattamento ciclico.
- in caso di eventuale condizione di comorbidità con un altro disturbo di sviluppo, il programma riabilitativo deve prevedere anche il trattamento di quest’ultimo

Priorità di accesso

La compromissione della comprensibilità degli enunciati costituisce un criterio di priorità per il trattamento.

Criteri di dimissione

Al di sopra dei 6 anni, anche in presenza di cadute ai test che valutano lo sviluppo fonologico, non si considera opportuna la prosecuzione dell’intervento riabilitativo; in minori che non abbiano mai effettuato interventi è possibile valutare l’opportunità di un singolo ciclo.

Disturbi Espressivi del Linguaggio

(ICD9-CM: 315.31; ICD10: F80.1) (*Disfasia evolutiva, di tipo espressivo*)

Descrizione

Il disturbo espressivo del linguaggio è un disturbo evolutivo specifico, in cui la capacità del bambino di esprimersi tramite il linguaggio è marcatamente al di sotto del livello appropriato alla sua età mentale, ma in cui la comprensione del linguaggio è nei limiti normali. Ci possono essere o meno anomalie nell'articolazione.

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

Età prescolare

È prevista la presa in carico della durata di un anno solare fino a quando i test di valutazione delle competenze linguistiche in produzione evidenzino la presenza di cadute maggiori o uguali a -2 DS.

Durante il percorso di presa in carico:

- la riduzione della compromissione delle cadute in produzione verbale (-2 ds in una sola area o -1,5 ds in più aree) comporta l'attivazione di cicli quadrimestrali o semestrali (attivando possibilmente l'ultimo ciclo nell'ultimo anno della scuola dell'infanzia);
- è necessario che nella valutazione delle competenze linguistiche dei bambini al di sopra dei 5 anni siano valutate con attenzione le competenze di processamento fonologico; la presenza di una caduta in questa area costituisce indicazione per la prosecuzione del trattamento anche quando le prestazioni nelle altre aree rientrano nella norma.

Nel caso in cui il disturbo espressivo si trasformi in un altro disturbo dello sviluppo si seguono le linee guida cliniche, specifiche per il nuovo disturbo manifestatosi, e il percorso abilitativo per tale disturbo.

Età scolare

Nei bambini affetti da Disturbi espressivi del linguaggio con età superiore ai 6 anni, anche in assenza di un Disturbo Specifico di Apprendimento, si ritiene necessaria la presa in carico riabilitativa attraverso cicli quadrimestrali o semestrali, solo nei casi in cui il DSL Espressivo presenti ancora caratteristiche di pervasività, quali:

- tra i 6 e gli 8 anni in presenza di difficoltà diffuse (tra -1,5 e -2 DS) nelle prove di produzione verbale o sui prerequisiti dell'apprendimento scolastico
- anche dopo gli 8 anni in presenza di diffuse compromissioni (almeno -1,5 DS in più aree) della produzione verbale e delle competenze narrative;

In caso di eventuale condizione di comorbidità con un altro disturbo neuropsicologico, il programma riabilitativo deve prevedere anche il trattamento di quest'ultimo.

Nel caso in cui il disturbo si trasformi in un altro disturbo dello sviluppo si seguono le linee guida cliniche, specifiche per il nuovo disturbo manifestatosi, e il percorso abilitativo previsto per tale disturbo.

Criteri di dimissione

Al di sopra dei 10 anni (fine della scuola primaria) anche in presenza di cadute ai test di linguaggio non si considera opportuna la prosecuzione dell'intervento riabilitativo, né l'avvio di un progetto riabilitativo in minori che non abbiano mai effettuato interventi.

Disturbi Misti del Linguaggio o Disturbi della comprensione del linguaggio (ICD9-CM: 315.32; ICD 10: F80.2) (*Disfasia ricettiva evolutiva; sordità verbale*)

Descrizione

Il disturbo misto dell'espressione e della ricezione del linguaggio è un disturbo evolutivo specifico, in cui la comprensione del linguaggio da parte del bambino è al di sotto della sua età mentale. Anche l'espressione del linguaggio è marcatamente disturbata con frequenti atipie della produzione verbale (disturbo misto di espressione e comprensione del linguaggio).

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

Età prescolare

È prevista la presa in carico della durata di un anno solare, fino all'inizio della scuola primaria.

Durante il percorso di presa in carico:

- la riduzione della compromissione delle cadute in comprensione verbale, valutate con test specifici (-2 ds in una sola area o -1,5 ds in più aree della comprensione verbale), comporta l'attivazione, nell'anno, di cicli quadrimestrali o semestrali (attivando possibilmente l'ultimo ciclo nell'ultimo anno della scuola dell'infanzia);

Età scolare

Nei bambini affetti da Disturbi misti del linguaggio con età superiore ai 6 anni, anche in assenza di un Disturbo Specifico di Apprendimento, si ritiene necessaria la presa in carico riabilitativa attraverso

- ciclo annuale in coincidenza con l'ultimo anno di scuola dell'infanzia, in caso di permanenza e nei casi mai trattati;
- ciclo annuale in caso di inserimento in scuola primaria, solo nelle forme gravi mai trattate e che presentino una o più aree/abilità compromesse con prestazioni ben oltre le -2ds.
- ciclo annuale quadrimestrale o semestrale, nei casi in cui il DSL misto presenti ancora caratteristiche di pervasività, quali:
 - fino agli 8 anni difficoltà diffuse (tra -1,5 e -2 ds) nelle prove di comprensione o produzione verbale o sui prerequisiti dell'apprendimento scolastico
 - anche dopo gli 8 anni diffuse compromissioni (almeno -1,5 ds in più aree) della comprensione verbale e delle competenze narrative.

Nel caso in cui il disturbo misto si trasformi in un altro disturbo dello sviluppo si seguono le linee guida cliniche, specifiche per il nuovo disturbo manifestatosi, e il percorso abilitativo previsto per tale disturbo. In caso di eventuale condizione di comorbidità con un altro disturbo di sviluppo, il programma riabilitativo deve prevedere anche il trattamento di quest'ultimo.

Criteri di dimissione

Al di sopra dei 10 anni (fine della scuola primaria) anche in presenza di cadute ai test di linguaggio non si considera opportuna la prosecuzione dell'intervento riabilitativo, né l'avvio di un progetto riabilitativo in minori che non abbiano mai effettuato interventi.

DISTURBO SPECIFICO DELLA COORDINAZIONE MOTORIA

(ICD9-CM: 315.4; ICD 10: F82)

Descrizione

Il Disturbo Evolutivo della Funzione Motoria è un disturbo evolutivo specifico caratterizzato da una grave compromissione della coordinazione motoria (in presenza di una normodotazione intellettiva) che si presenta con ritardo di acquisizione delle tappe di sviluppo motorio, goffaggine nei movimenti dalle prime fasi di sviluppo, con ritardo dell'organizzazione del gioco e del disegno o difficoltà nella scrittura manuale (disgrafia). È a volte accompagnato da difficoltà linguistiche, difficoltà in compiti visuo-spaziali, presenza di segni neurologici sfumati, privi di sicuro significato localizzatorio. Si può rilevare inoltre la presenza di difficoltà scolastiche e di problemi socio-emotivo-comportamentali.

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

In età prescolare tutti i bambini che presentano questo disturbo necessitano di un intervento riabilitativo di tipo neuropsicomotorio. Con particolare attenzione alle competenze visuoperceptive e visuospaziali, applicate anche ai contesti ecologici (autonomie della vita quotidiana nella scuola e nella famiglia).

In età scolare:

- Tra i 6 ed i 9 anni l'intervento riabilitativo neuropsicomotorio è giustificato in presenza di un disturbo grave (caduta superiore alle 3 DS o ai 3 anni di età di sviluppo), che interferisce significativamente con l'apprendimento scolastico e/o con le attività di vita quotidiana e/o in presenza di una disgrafia.
- Al di sopra dei 9 anni, per gli stessi soggetti, l'intervento può essere ancora necessario, in presenza di difficoltà nell'uso del codice scritto e del calcolo.

Priorità di accesso

La presenza di una comorbidità con ADHD costituisce un criterio di urgenza del trattamento.

La presenza di problemi psicopatologici reattivi e/o non del tutto strutturati (Disturbo d'Ansia, Disturbo Distimico, Disturbo Oppositivo-Provocatorio) costituisce un elemento di urgenza e di maggior indicazione all'intervento riabilitativo; la presenza di un disturbo psicopatologico strutturato e "invasivo" (DC, Depressione Maggiore) implica in genere la necessità di un intervento prioritario sul disturbo psichiatrico.

In caso di eventuale condizione di comorbidità con un altro disturbo neuropsicologico, il programma riabilitativo deve prevedere anche il trattamento di quest'ultimo.

Criteri di accesso

Età prescolare

Per i bambini affetti da Disturbi della Coordinazione Motoria che afferiscono alla fascia di età prescolare è prevista la presa in carico della durata di un anno solare, fino a quando i test di valutazione delle competenze motorie evidenzino la presenza di diffuse prestazioni inferiori o uguali a -2 DS o ai 2 anni di età di sviluppo rispetto all'età cronologica;

Durante il percorso di presa in carico la riduzione della compromissione delle cadute (-2 ds in una sola area o -1,5 ds in più aree) comporta l'attivazione di cicli quadrimestrali o semestrali (attivando possibilmente l'ultimo ciclo nell'ultimo anno della scuola dell'infanzia);

Nel caso in cui il disturbo della coordinazione motoria si trasformi in un altro disturbo dello sviluppo si seguono le linee guida cliniche, specifiche per il nuovo disturbo manifestatosi, e il percorso abilitativo per tale disturbo.

Età scolare

Nei bambini con età superiore a 6 anni affetti da Disturbo della coordinazione motoria grave (caduta superiore alle -2 ds o ai 2 anni di età di sviluppo), si possono prevedere cicli quadrimestrale o semestrali annuali, con intervento riabilitativo di tipo neuro-psicomotorio.

Tra i 9 e i 10 anni, e solo in presenza di un disturbo grave (caduta superiore alle -3 DS o ai 3 anni di età di sviluppo), si possono prevedere cicli quadrimestrali o semestrali annuali, focalizzati sulle difficoltà di apprendimento secondarie al disturbo.

In caso di eventuale condizione di comorbidità con un altro disturbo neuropsicologico, il programma riabilitativo deve prevedere anche il trattamento di quest'ultimo.

Criteri di dimissione

Al di sopra dei 10 anni (fine della scuola primaria) anche in presenza di cadute ai test specifici non si considera opportuna la prosecuzione dell'intervento riabilitativo, né l'avvio di un progetto riabilitativo in minori che non abbiano mai effettuato interventi.

DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO: *Dislessia, Disortografia, Discalculia*

(ICD9-CM: da 315.0 a 315.2; ICD10: F81.0; F81.1; F81.2; F81.3; F81.8 - Disturbi Evolutivi Specifici delle Abilità Scolastiche)

Descrizione

Si tratta di disturbi il cui la normale acquisizione delle abilità scolastiche di base è alterata fin dalle prime fasi dello sviluppo, il disturbo non è una semplice conseguenza di una inadeguata istruzione, non è dovuta ad una Disabilità Intellettiva o a traumi o patologie acquisite.

Sulla base del deficit funzionale vengono comunemente distinte le seguenti condizioni cliniche:

- Dislessia, disturbo della lettura;
- Disortografia, disturbo nella scrittura;
- Discalculia, disturbo nelle abilità di numero e di calcolo,

Una diagnosi di Dislessia può essere posta in presenza di almeno due cadute al di sotto delle 2ds o del 5 centile nella rapidità o correttezza in prove di lettura di parole isolate, non parole isolate o testi; una diagnosi di Disortografia può essere posta in presenza di almeno una caduta al di sotto delle 2ds o del 5 centile in prove di dettato di parole, non parole, frasi o testi; la diagnosi di Discalculia può essere posta in presenza di una caduta significativa ($< 2ds$, 5° centile) nella conoscenza numerica o nel calcolo

In Italia sono state recentemente pubblicate le raccomandazioni per la pratica clinica di tre Consensus Conference alle quali si rimanda per maggiori dettagli sulla diagnosi e sull'efficacia degli interventi. (Consensus Conference 3 sui DSA, ISS 06/2011; <http://www.snlg-iss.it>).

La letteratura internazionale è concorde nel sostenere che il DSA è un disturbo che tende a permanere, sia pure in maniera sfumata, nell'età adulta. Obiettivo del trattamento non è quindi la guarigione, ma la riduzione dell'*impairment* secondario al deficit e la prevenzione dei disturbi (cognitivi e psicopatologici) secondari.

Tra i diversi interventi necessari per la gestione di un DSA l'intervento riabilitativo ha come scopo primario l'induzione di modalità o strategie di automatizzazione o di maggior controllo dei processi di lettura, scrittura, calcolo; in subordine la sollecitazione di strategie alternative di accesso ai contenuti veicolati dal testo scritto; in parallelo la riduzione dei deficit neuropsicologici che sottostanno e sostengono il disturbo.

Criteri di accesso

Prima degli 8 anni (in I e II anno scuola primaria) non è possibile porre con certezza una diagnosi di DSA; le CC italiane indicano che in presenza di gravi rallentamenti nelle acquisizioni di base ed in presenza di familiarità o di pregressi disturbi di sviluppo sia opportuno avviare un intervento ri-abilitativo anche in questa fascia d'età. In questo caso si ritiene necessaria la presa in carico riabilitativa attraverso un ciclo annuale.

Tra gli 8 ed i 10 anni (fine quinta classe primaria), in presenza di cadute oltre le 2 ds in più di un'area si ritiene necessario un ciclo annuale. La presenza di una caduta nella comprensione del testo costituisce un'indicazione al trattamento annuale anche in presenza di cadute minori nelle altre competenze; la presenza di un funzionamento intellettuale limite costituisce un'indicazione al trattamento annuale.

La riduzione durante il percorso di presa in carico della compromissione delle cadute ($-2 ds$ in una sola area o $-1,5 ds$ in più aree) comporta l'attivazione di un ciclo quadrimestrale o semestrale all'anno.

Per i casi che presentano un disturbo specifico di apprendimento solo settoriale si deve effettuare, al massimo, 1 ciclo quadrimestrale o semestrale all'anno, se previsto dai criteri d'accesso, fino alla 5° classe della scuola primaria.

Dai 10-12 anni si potranno effettuare cicli quadrimestrali o semestrali annui, solo nei casi:

- non diagnosticati precedentemente;
- non abituati all'attivazione di strumenti compensativi e dispensativi.

In caso di eventuale condizione di comorbidità con un altro disturbo neuropsicologico, il programma riabilitativo deve prevedere anche il trattamento di quest'ultimo.

Priorità di accesso

Le variabili riconosciute in letteratura come implicate nella prognosi dei DSA, e quindi nella valutazione della necessità/opportunità di intervento, sono la gravità del disturbo, l'età cronologica, l'organizzazione cognitiva, neuropsicologica, affettiva e comorbidità psicopatologica della persona.

Gravità del disturbo (*indicatori di urgenza in età precoce, indicatori di inutilità in età avanzata*)

- rapidità di lettura e scrittura inferiore a quella che consente un uso del codice scritto compatibile con l'età;
- presenza di errori che, per numero e/o tipologia, compromettono la comprensibilità di quanto viene letto o scritto;
- caduta significativa nella comprensione della lettura;
- caduta contemporanea nella costruzione dei fatti aritmetici, nel controllo degli algoritmi del calcolo, nel conteggio e nella transcodifica;
- associazione di disturbo di lettura, scrittura e calcolo.

Età

- L'efficacia degli interventi è direttamente proporzionale all'età del bambino e quindi maggiore nella fascia compresa tra i 6 ed i 9-10 anni; in questa fascia d'età un'espansione delle abilità di base ha una maggiore ripercussione sul funzionamento adattivo e sugli apprendimenti scolastici;
- Nelle età successive è ancora possibile ottenere modificazioni della rapidità e correttezza di lettura, scrittura e calcolo, ma con minore impatto sul funzionamento adattivo e sull'apprendimento scolastico,

Organizzazione cognitiva e neuropsicologica

- la presenza di esclusive difficoltà metafonologiche indica generalmente una prognosi migliore ed una maggior rapidità di modifica del quadro clinico attraverso un intervento mirato;
- la presenza di difficoltà linguistiche più ampie e/o di difficoltà visuo-spaziali o prassiche, nonché di un livello intellettuale inferiore⁹, costituisce un criterio di urgenza, ma fa prevedere una durata maggiore dell'intervento.

Organizzazione affettiva e comorbidità psicopatologica

- la presenza di problemi psicopatologici reattivi e/o non del tutto strutturati (ADHD, Disturbo d'Ansia, Disturbo Distimico, Disturbo Oppositivo-Provocatorio) costituisce un elemento di urgenza e di maggior indicazione all'intervento riabilitativo;
- la presenza di un disturbo psicopatologico strutturato e "invasivo" (DC, Depressione Maggiore) implica in genere la necessità di un intervento prioritario sul disturbo psichiatrico.

Tenendo conto dell'interazione fra i fattori su esposti, è possibile prevedere diversi percorsi riabilitativi per il DSA, che possono anche alternarsi nel tempo per uno stessa persona e che si differenziano secondo parametri di scansione temporale (intervento continuativo, intervento a cicli).

Criteri di dimissione

Oltre i 12 anni l'intervento riabilitativo è da considerarsi non più indicato, anche nei casi mai trattati in precedenza.

⁹ La presenza di un funzionamento intellettuale limite (con un quoziente intellettuale compreso tra 70 ed 84) costituisce un elemento di priorità per l'intervento .

Strumenti di valutazione

Disturbi del Neurosviluppo

Fascia d'età 0-2 anni

COMPETENZE COGNITIVE ED ADATTIVE

- Bayley – III - Bayley Scales of Infant and Toddler Development – III edizione (Giunti O.S. 2009)
- GMDS - Griffiths Mental Development Scales (0-2aa) (Hogrefe 2006)
- Scale Ordinali di Uzigiris e Hunt
- TEST VINELAND ADAPTIVE BEHAVIOR SCALES (Giunti O.S. 2003)

COMPETENZE LINGUISTICHE

- Primo vocabolario del bambino - Protocollo Gestii e Parole (8-17 mesi) (Caselli, Casadio, 1995)
- Primo vocabolario del bambino - Protocollo Parole e Frasi (18 – 36 mesi) (Caselli, Casadio, 1995)
- Test del primo linguaggio (1-3 aa) (Axia, 1997)

COMPETENZE MOTORIO-PRASSICHE

- Griglia di Analisi delle Prassie Transitive GAP-T (Giunti O.S. 2011)

SVILUPPO PSICOLOGICO

- OSSERVAZIONE MADRE-BAMBINO

Fascia d'età 2-4 anni

COMPETENZE COGNITIVE ED ADATTIVE

- WPPSI – III (2.6-3.11aa) (Giunti O.S. 2008)
- LEITER – R (2-20 aa) (Giunti O.S. 2002)
- GMDS - Griffiths Mental Development Scales (2-8 aa) (Hogrefe 2006)
- KABC-II – Kaufman Assessment Battery for Children – II edition (3-18,11 aa) (Giunti O.S. 2011)
- CPM – Matrici Progressive di Raven (3-11,6 aa) (Giunti O.S. 2008)
- TEST VINELAND ADAPTIVE BEHAVIOR SCALES (Giunti O.S. 2003)

SVILUPPO PSICOLOGICO E PSICOPATOLOGICO

- SDQ
- CBCL
- K-SADS-P
- BFQ-C

COMPETENZE NEUROPSICOLOGICHE

- NEPSY – II (da 3 a 16 aa) (Giunti O.S. 2011)

COMPETENZE MOTORIO-PRASSICHE

- Movement ABC - 2 (Giunti O.S. 2013)
- Test Oseretzky (3-16)
- Test di Integrazione Visuomotoria - VMI (3-17.11 aa) (Giunti O.S. 2000);
- APCM 2 – Protocollo per la valutazione delle abilità prassiche e della coordinazione motoria (2-8aa) (Hogrefe, 2015)

- Griglia di Analisi delle Prassie Transitive GAP-T (Giunti O.S. 2011)
- L'osservazione dei bambini piccoli. Revisione dell'esame psicomotorio (da 2 a 6 aa) (Vayer P., Saint-Pierre C. (2002))

COMPETENZE LINGUISTICHE

- PFLI - Prove per la valutazione Fonologica del Linguaggio Infantile (Del Cerro, 2004)
- Test di valutazione dell'articolazione (Fanzago)
- Test di articolazione (Rossi – Schindler)
- Primo vocabolario del bambino - Protocollo «Parole e Frasi» (18-36 MESI) (Franco Angeli 2002)
- TPL - Test del primo linguaggio (1-3 aa) (Giunti O.S. 1995)
- TVL - Test di valutazione del linguaggio (2.6-6 aa) (Erickson 2003)
- PPVT – R. Peabody Test di Vocabolario Recettivo (Omega Edizioni 2000)
- Prove di Valutazione della Comprensione linguistica – PVCL (2007)
- TCGB - Test di Comprensione Grammaticale dei bambini (3.6-8 aa) Del Cerro 2006)
- Test Fonologico Lessicale (3-6 aa); (Erickson 2007)
- TRF Test di Ripetizione di frasi – (da 3.6 a 6.11 aa) (Vender, 1981)
- Una prova di ripetizione di frasi per la valutazione del primo sviluppo grammaticale (2-4 aa) (2001)
- Test Neuropsicologico Lessicale per l'età evolutiva – TNL (3 a 9 aa) (Hogrefe, 2013)
- TOR – Test di Comprensione del testo orale (da 3 a 8 aa) (Giunti O. S. 2007)

Fascia d'età 4-10 anni

COMPETENZE COGNITIVE ED ADATTIVE

- WPPSI – III (4-7.3aa) (Giunti O.S. 2008)
- WISC-IV (6-16aa) (Giunti O.S. 2012)
- LEITER – R (2-20 aa) (Giunti O.S. 2002)
- GMDS - Griffiths Mental Development Scales (2-8 aa)) (Hogrefe 2006)
- KABC-II – Kaufman Assessment Battery for Children – II edition (3-18,11 aa) (Giunti O.S. 2011)
- CPM – Matrici Progressive di Raven (3-11,6 aa) (Giunti O.S. 2008)
- TEST VINELAND ADAPTIVE BEHAVIOR SCALES (Giunti O.S. 2003)

SVILUPPO PSICOLOGICO E PSICOPATOLOGICO

- SDQ Strength and Difficulties Questionnaire (2010)
- CBCL – Child Behavior Check List (Achenbach,2006)
- K-SADS-P Intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti (Erickson 2004)
- Patte Noir (PN), (Giunti O.S. 1995)
- CAT - Test Appercezione Tematica per bambini (3-10aa) (GIUNTI O.S. 2013)
- TAT – Test Appercezione Tematica (adolescenti ed adulti) (GIUNTI O.S. 1960)
- Rorschach
- Osservazione gioco strutturato e non;
- Osservazione interazione con adulti, pari e contesto familiare
- Colloquio
- Test grafici

COMPETENZE NEUROPSICOLOGICHE

- NEPSY – II (da 3 a 16 aa) (Giunti O.S. 2011)

- BVN 5-11 - Batteria di valutazione neuropsicologica dell'età evolutiva (Erickson 2005).
- TEMA – Memoria e Apprendimento (Erickson 2003)
- PROMEA – Prove di memoria e apprendimento (5-11 aa) Giunti O.S. 2007)
- Test delle Campanelle (4-14 aa) (1997)
- BIA. Batteria Italiana per l'ADHD (5-13,11 aa) (Erickson 2010)
- TOL – Torre di Londra (4-13 aa) (Erickson 2006)
- MCST – Modified Card Sorting Test adattamento delle Wisconsin Card Test (da 4 a 13 aa) (Giunti O.S. 2003)

COMPETENZE MOTORIO-PRASSICHE

- Movement ABC - 2 (Giunti O.S. 2013)
- Test di Integrazione Visuomotoria - VMI (3-17.11 aa) (Giunti O.S. 2000);
- APCM 2 – Protocollo per la valutazione delle abilità prassiche e della coordinazione motoria (2-8aa) (Hogrefe, 2015)
- TPV Test di Percezione visiva e integrazione visuo-motoria (4-11 aa) (Erickson 2003)
- Griglia di Analisi delle Prassie Transitive GAP-T (Giunti O.S. 2011)
- L'osservazione dei bambini piccoli. Revisione dell'esame psicomotorio (da 2 a 6 aa) (Vayer P., Saint-Pierre C. (2002)
- BHK. Scala sintetica per la valutazione della scrittura in età evolutiva (Erickson 2011)
- DGM-P. Test di valutazione delle difficoltà grafo-motorie e posturali della scrittura (Erickson. 2012)

COMPETENZE LINGUISTICHE

- PFLI - Prove per la valutazione Fonologica del Linguaggio Infantile (Del Cerro, 2004)
- Test di valutazione dell'articolazione (Fanzago)
- Test di articolazione (Rossi – Schindler)
- TVL - Test di valutazione del linguaggio (2.6-6 aa) (Erickson 2003)
- PPVT – R. Peabody Test di Vocabolario Recettivo (Omega Edizioni 2000)
- Prove di Valutazione della Comprensione linguistica – PVCL (2007)
- TCGB - Test di Comprensione Grammaticale dei bambini (3.6-8 aa) Del Cerro 2006)
- Trog-2 (Giunti O.S. 2009)
- Test Fonologico Lessicale (3-6 aa); (Erickson 2007)
- TRF Test di Ripetizione di frasi – (da 3.6 a 6.11 aa) (Vender, 1981)
- Una prova di ripetizione di frasi per la valutazione del primo sviluppo grammaticale (2-4 aa) (2001)
- Test Neuropsicologico Lessicale per l'età evolutiva – TNL (3 a 9 aa) (Hogrefe, 2013)
- TOR – Test di Comprensione del testo orale (da 3 a 8 aa) (Giunti O. S. 2007)

COMPETENZE METAFONOLOGICHE

- CMF – Valutazione delle Competenze Metafonologiche (Marotta, Vicari, 2004)

Fascia d'età 6-10 anni

COMPETENZE DI LETTURA E SCRITTURA

- Protocollo di valutazione del livello di apprendimento della lingua scritta (Martini, 1995)
- Prove di Lettura MT-2 per la Scuola primaria (Giunti O.S. 2011)
- DDE-2 Batteria per la valutazione della dislessia e della disortografia evolutiva – 2 (dalla 2° primaria alla 3° sec I grado) (Giunti O.S. 2007)

- BVSCO-2 Batteria per la valutazione della scrittura e delle competenze ortografiche (Giunti O.S. 2013)
- Test GioMa. Batteria di prove per la valutazione delle abilità e dei disturbi di lettura (Del Cerro 1999)

COMPETENZE DI NUMERI E CALCOLO

- AC-MT 6-11 (Erickson 2012)
- BDE Batteria per la discalculia evolutiva (3^a elementare-1^a media). (Omega 2003)
- ABCA. Test delle abilità di calcolo aritmetico (Erickson, 2003)
- SPM – Test delle abilità di soluzione dei problemi matematici (dalla 3^a elementare alla 3^a media) (Erickson 2003)

Fascia d'età 10-16 anni

COMPETENZE NEUROPSICOLOGICHE

- BVN 12-18 - Batteria di valutazione neuropsicologica per l'adolescenza (Erickson 2009)

COMPETENZE DI LETTURA, SCRITTURA E CALCOLO

- Nuove Prove di Lettura MT per la Scuola secondaria di I grado (Giunti O.S 2012)
- MT Avanzate – 2 . Prove MT avanzate di lettura e matematica per il biennio della scuola secondaria di II Grado (Giunti O.S. 2010)
- MT 16-19 (Erickson 2015)
- AC-MT – 11-14 (Erickson 2004)

La valutazione delle diverse aree e la possibilità di indagarle mediante specifici test, molto spesso strutturati, non è sempre possibile. Infatti, nei casi di bambini molto piccoli o di D.I. grave e profonda non è possibile applicare molti degli strumenti sopra riportati e le uniche informazioni ottenibili derivano dall'osservazione e dalla somministrazione di questionari ai genitori. In particolare, per le fasce di età 0-2 anni e 2-4 anni è opportuno esplorare attraverso l'osservazione (libera, semi-strutturata e strutturata) e la valutazione (ricorrendo a strumenti standardizzati e non) le seguenti aree di sviluppo:

Fascia di età 0-2 anni:

ATTENZIONE

Reazione di orientamento, mantenimento, tempi di attenzione.

COMPORAMENTO

Stato di vigilanza, consolabilità, reattività a stimoli esterni, attenzione all'altro, sorriso sociale, risposta vocale alle sollecitazioni dell'adulto, attività spontanea, interesse conoscitivo e perseverazione, instabilità, affaticabilità, reazioni emotive congrue o incongrue alle situazioni, separazione dalle figure parentali, atteggiamenti verso una persona sconosciuta, modificazione del comportamento nell'arco dell'osservazione.

SVILUPPO SENSOMOTORIO

Funzione ed esplorazione visiva, funzione uditiva e orientamento – localizzazione – riconoscimento dei suoni, condotte posturali e motorie di base, locomozione spontanea, afferramento, prensione e rilasciamento, utilizzazione degli schemi posturo-cinetici e gestuali -prassici.

SVILUPPO PRATTOGNOSICO

Attività di manipolazione dell'oggetto, uso oggetti di vita quotidiana, prassie espressive, problem solving, prassie costruttive e visuocostruttive, prassie transitive.

GIOCO SPONTANEO

GRAFISMO (interesse, uso spontaneo)

COMPETENZE COMUNICATIVE

Attenzione reciproca, gesto protodichiarativo, gesto protorichiestivo, gesti deittici, indicazione, attenzione congiunta, condivisione dell'oggetto, gesti referenziali.

LINGUAGGIO

Comprensione verbale (consegna oggetti, integrazione-prassico linguistica)

Produzione verbale (lallazione, pseudolinguaggio, linguaggio spontaneo)

Fascia di età 2-4 anni

COMPORAMENTO

Attività spontanea (interesse ed esplorazione, relazione con l'adulto, con i coetanei, con l'oggetto), stato di vigilanza, livello attentivo, interesse conoscitivo e perseverazione, instabilità, affaticabilità, reazioni emotive (congrue o incongrue alle situazioni: pianto, riso, grado e modalità di consolabilità, inibizione, frustrabilità, aggressività, grado di adattabilità), separazione dalle figure parentali (reazioni emotive e comportamentali al distacco, all'incontro, in assenza delle figure parentali, in presenza delle figure parentali – solo la mamma, solo il papà, insieme), atteggiamenti verso una persona sconosciuta (accettante, inibito, aggressivo, indifferente, ecc.), modificazioni del comportamento nell'arco dell'osservazione.

SVILUPPO PRATTOGNOSICO

Attività di manipolazione dell'oggetto, uso oggetti di vita quotidiana, schema corporeo, prassie espressive, abilità visuo-percettive, prassie transitive, prassie rappresentative, problem solving, prassie costruttive e visuocostruttive, prassie bimanuali.

GRAFISMO

Interesse, uso spontaneo, omino incompleto, copia di figure geometriche.

Disabilità Intellettiva in età adulta

SCALE NORMATIVE GLOBALI

- LAP - Learning Accomplishment Profile
- BES - Behavior Evaluation Scale
- ABS - Adaptive Behavior Scale
- VABS - Vineland Adaptive Behavior Scale

SCALE FUNZIONALI GLOBALI

- Il profilo funzionale (Pilone)
- MO.VI.DA
- Scheda di valutazione globale delle abilità e dei deficit
- Scala di valutazione globale delle abilità
- Functional Independence Measure (FIM)
- Adaptive Behavior Inventory (ABI)

SCALE DI VALUTAZIONE SPECIFICHE

- VAS-ARM
- Valutazione delle Abilità Sociali per adulti con RM

- Adattamento Italiano della Scala per le Capacità Professionali Work Readiness Profile
- Adattamento Italiano della Scala sull'Autodeterminazione ARC'S Self Determination Scale
- SCIC II

SCALE EMOTIVO-COMPORTAMENTALI

- BAB - Behavior Assessment Battery
- Valutazione Funzionale nel RMA
- LAPMER

BALBUZIE

(ICD 9-CM 307.0; ICD10 F98.5)

Descrizione

La balbuzie è un disturbo della comunicazione, la cui incidenza in età evolutiva appare elevata, sia nella sua manifestazione in forma isolata, che in comorbidità con altri disturbi settoriali dello sviluppo (disturbi specifici del linguaggio, dell'apprendimento e della coordinazione motoria) e con i disturbi della sfera emotiva. Detta comorbidità rende più complesso il quadro sindromico e sintomatologico a carico della persona, sia a livello clinico, sia all'interno del suo contesto di vita personale (famiglia) e sociale (scuola). La balbuzie si ripercuote negativamente sulla velocità dell'eloquio (che può risultare a volte addirittura diminuita a meno di 50 sillabe/minuto) e sulla pragmatica del linguaggio, inducendo una destrutturazione dei normali comportamenti verbali ed interferendo con i normali processi di comunicazione, che rivestono un ruolo fondamentale nell'influenzare le quotidiane interazioni con gli altri, in tutti i contesti di vita, sociale, educativo ed occupazionale (O'Brian et al, 2011). Questi aspetti influenzano in maniera negativa lo sviluppo delle relazioni interpersonali e la qualità di vita dell'individuo, sia a breve che a lungo termine (vedi Craig et al. 2009, Klei&Hood, 2004; Klompas&Ross, 2004).

Inoltre la Balbuzie rappresenta un disturbo che tende a permanere, seppur in maniera attenuata, nell'età adulta. L'obiettivo dell'intervento non è quindi la guarigione bensì ridurre il livello di impairment che deriva dal disturbo, sia a livello sociale, scolastico ed adattivo e la prevenzione dei disturbi secondari (comorbidità psicopatologica).

Criteri diagnostici

La balbuzie nel suo complesso si caratterizza per la presenza di tre aree principali di compromissione:

- le anomalie della fluenza verbale (i cosiddetti "core behaviors", come proposto da Van Riper, 1982),
- la presenza di comportamenti secondari (es. comportamenti di fuga o di evitamento)
- i sentimenti e l'attitudine alla comunicazione.

Indicazioni cliniche per l' accesso al percorso riabilitativo e trattamento

La presa in carico della persona che presenta una balbuzie è globale, per le sue caratteristiche e conseguenze.

Il clinico, nel valutare la necessità di iniziare un intervento riabilitativo per la balbuzie, deve tenere conto non solo della presenza di fattori di rischio prognostico negativo, come il sesso, l'età di insorgenza della balbuzie, la familiarità per balbuzie, la storia clinica fino al momento dell'insorgenza del sintomo, ma anche la comorbidità con eventuali altri disturbi, la reazione del bambino e della famiglia rispetto al sintomo e le ripercussioni sul versante sociale della balbuzie.

Dai 3-6 anni: in età prescolare la valutazione dell'opportunità e della modalità di avvio di un trattamento è subordinata alla valutazione globale del profilo di funzionamento del bambino e alle caratteristiche della fluenza verbale, al fine di identificare la presenza di possibili indici di persistenza della balbuzie e definire la presenza di un'attitudine negativa al disturbo.

In particolare, in accordo con la letteratura più recente (Guitar, 2014), gli indici di persistenza del disturbo sono rappresentati da:

- Presenza di familiarità per balbuzie;
- Grado di Severità e frequenza della balbuzie;
- Durata dell'esordio;
- Caratteristiche delle disfluenze prodotte;
- Durata dei prolungamenti e dei blocchi;
- Livello delle competenze articolatorie e fonologiche.

Un ulteriore e fondamentale elemento da rilevare al fine di definire l'opportunità di intervenire in età prescolare è rappresentato dalla presenza di condotte di evitamento verbale e di isolamento nei contesti di socializzazione.

L'intervento in età prescolare, prevede l'attivazione di un ciclo semestrale finalizzato a fornire al bambino gli strumenti necessari ad affrontare la balbuzie nelle diverse situazioni quotidiane, a comprendere i meccanismi di funzionamento dell'apparato fono-articolatorio e di tensione e detensione muscolare, nonché a fornire un supporto alla famiglia.

Dai 6 ai 12 anni: in caso di permanere della balbuzie in questa fascia di età appare opportuno una presa in carico riabilitativa, indipendentemente dal momento dell'insorgenza (\pm 6 mesi) e dalla gravità della sintomatologia disfluente.

In questa fascia di età è fondamentale considerare tra i criteri di accesso, oltre alla sintomatologia disfluente, il grado di compromissione dell'efficacia comunicativa, che rappresenta la somma di innumerevoli fattori che contribuiscono alla trasmissione dell'informazione. L'impatto di un danno a livello delle competenze comunicative verbali influisce sul livello delle interazioni personali, sull'utilizzo delle attività verbali nel tempo libero, sulla qualità di vita, e sulla abilità del paziente di compensare e/o circoscrivere il deficit.

Il trattamento in età scolare prevede l'attivazione di un ciclo annuale, finalizzato all'acquisizione e generalizzazione delle principali tecniche di facilitazione verbale, alla riduzione dell'attitudine negativa verso il parlare e delle eventuali condotte di evitamento verbale.

Dai 12 ai 18 anni: in questa fascia di età si ritiene opportuna la presa in carico riabilitativa attraverso un ciclo semestrale, ovvero un ciclo annuale nelle situazioni di maggiore compromissione delle competenze comunicative, ovvero in presenza di condizioni di rischio in senso psicopatologico (fobia sociale) e/o sociale (esposizione a episodi di bullismo, rischio di abbandono scolastico).

Priorità di accesso

Età - La balbuzie presenta tipicamente un'età di insorgenza nella prima infanzia; nonostante in passato vi fosse, a livello clinico, l'indicazione di attendere prima di iniziare un intervento terapeutico specifico, diversi studi hanno dimostrato come sia importante intervenire precocemente, considerando quanto il sintomo possa essere vissuto in maniera negativa dal bambino e dalla sua famiglia (Langevin et al, 2009).

Gravità - Derivata da: 1) grado di compromissione della fluenza verbale, 2) presenza di condotte di evitamento verbale, 3) attitudine negativa alla balbuzie e alla comunicazione; la gravità rappresenta un criterio di accesso preferenziale alla terapia, indipendentemente dall'età del bambino.

Comorbidità - La presenza di comorbidità con altre patologie del neurosviluppo e/o con disturbi psicopatologici rappresenta un criterio di accesso preferenziale alla terapia.

Criteri di dimissione

Indipendentemente dalla fascia di età considerata, non appare indicato proseguire l'intervento riabilitativo sulla fluenza verbale dopo l'effettuazione di un ciclo annuale, ad eccezione dei casi che presentino condizioni di comorbidità con altre patologie del neurosviluppo e/o disturbi psicopatologici, per le quali appare opportuno focalizzare il trattamento sull'eventuale nucleo di difficoltà associato.

Strumenti di valutazione

Età evolutiva

Valutazione qualitativa e quantitativa della fluenza

- Brano standardizzato per la valutazione della lettura "Bulka" (1998)
- Valutazione della fluenza (Schindler O., 1980)
- Scala per valutare la gravità della balbuzie secondo Sherman (Schindler O., 1980)
- Indice di consistenza e indice di adattamento secondo Johnson W., Knott J.R. (Schindler O., 1980)

Valutazione dell'attitudine alla balbuzie

- Scala Carando dell'attitudine alla balbuzie (Vernero I., Gambino M., Stefanin R., Schindler O., 1998)
- Esempi di analisi di situazioni di verbalizzazione secondo Brutten G.J. e Schoemaker D.J. (Schindler O., 1980)
- Tutti gli altri strumenti atti a costruire un profilo oggettivo dell'organizzazione psicologica del bambino

Valutazione delle modalità comunicative

- Esempi di analisi comportamentale secondo Brutten G.J. e Schoemaker (Schindler O. 1980)
- Disfemia: osservazione diretta (Schindler O., 1980)

Adolescenti ed età adulta

Valutazione qualitativa e quantitativa della fluenza

- Brano standardizzato per la valutazione della lettura "il deserto" (Schindler O., 1985)
- Valutazione della fluenza (Schindler O., 1985)
- Scala per valutare la gravità della balbuzie secondo Sherman (Schindler O., 1980)
- Valutazione dell'adattamento del balbuziente e ritmo della lettura orale (Schindler O., 1980)
- Indice di consistenza e indice di adattamento secondo Johnson W., Knott J.R. (Schindler O., 1980)

Valutazione dell'attitudine alla balbuzie

- Attitudini comunicative nei balbuzienti (Vernero I., Gambino M., Schindler A., Schindler O., 2002)
- Autovalutazione del balbuziente sulle reazioni alle situazioni di linguaggio (Schindler O., 1980)
- Scala IOWA dell'attitudine alla balbuzie (Ammons R., Johnson W., 1944)
- Esempi di analisi di situazioni di verbalizzazione secondo Brutten G.J. e Schoemaker D.J. (Schindler O., 1980)
- Scheda di osservazione delle paure verbali (Vernero I., Gambino M., Schindler A., Schindler O., 2002)
- Scheda di osservazione della personalità riferita alla balbuzie (Vernero I., Gambino M., Schindler A., Schindler O., 2002)
- Tutti gli altri strumenti atti a costruire un profilo oggettivo dell'organizzazione psicologica del ragazzo

Valutazione delle modalità comunicative

- Esempi di analisi comportamentale secondo Brutten G.J. e Schoemaker (Schindler, O. 1980)
- Disfemia: osservazione diretta (Schindler O., 1980)

SCOLIOSI IDIOPATICA IN ETÀ EVOLUTIVA

(ICD9-CM 737.30; Scoliosi idiopatica infantile: ICD 10 M41.0; Scoliosi idiopatica giovanile: M41.1)

Descrizione

La Scoliosi Idiopatica è una complessa deformità strutturale della colonna vertebrale che si torce nei tre piani dello spazio. Sul piano frontale si manifesta con un movimento di flessione laterale, sul piano sagittale con una alterazione delle curve, il più spesso provocandone una inversione, sul piano assiale con un movimento di rotazione. Per definizione, la scoliosi non riconosce una causa nota e, probabilmente, nemmeno una causa unica. Da un punto di vista eziopatogenetico, quindi, la deformazione vertebrale provocata dalla scoliosi idiopatica può essere definita come il segno di una sindrome complessa ad eziologia multifattoriale, vero e proprio epifenomeno di una patologia che ha origine lontano dalla colonna. Questa sindrome si manifesta quasi sempre con la deformità ma non si identifica con essa in quanto, con un'indagine più approfondita, è possibile trovare altri segni sub-clinici che appaiono significativi.

La *Scoliosis Research Society* definisce la scoliosi come una curva di più di 10° Cobb sul piano frontale senza considerare il piano laterale, le cui modificazioni incidono significativamente sull'evoluzione della scoliosi e la trattabilità ortesica; con questo valore si definisce quindi il danno anatomico, la comparsa della patologia. In base a questo dato, molti dei lavori pubblicati sull'efficacia del trattamento conservativo della scoliosi (fisioterapia, corsetti gessati, busti) utilizzano, come unico parametro, la modificazione dei gradi Cobb. Peraltro, è determinante identificare anche quando una patologia, di per sé totalmente asintomatica, determina altri danni funzionali al paziente. Dai risultati a lungo termine in età adulta, sappiamo che questi hanno una significativa probabilità di comparire oltre i 30° Cobb e quindi questa seconda soglia rappresenta probabilmente la miglior definizione della patologia.

L'evoluzione di una scoliosi è strettamente legata all'accrescimento della colonna vertebrale la cui conclusione, di norma, congela i gradi raggiunti dalle curve patologiche.

La comparsa di una scoliosi in età infantile è, pertanto, destinata ad una prognosi sfavorevole e, molto probabilmente, alla necessità di una azione chirurgica. La scoliosi adolescenziale, di gran lunga prevalente nel sesso femminile, invece, è suscettibile di arresto ed in alcuni casi di regressione mediante azioni ortesiche e/o riabilitative. Il trattamento precoce è di assoluta importanza per la limitazione della deformità. L'evoluzione del quadro clinico con incremento dei gradi di curvatura nell'arco temporale costituisce criterio assoluto per la definizione del tipo di intervento riabilitativo. La rapida evoluzione, ad esempio, dai 10 ai 20 gradi Cobb è più preoccupante di una deformità stabile a 30 gradi.

Le scoliosi idiopatiche possono essere classificate differentemente secondo la localizzazione iniziale della deformità (scoliosi toraciche, toracolombari, lombari, a doppia curva) e secondo l'età di insorgenza (infantili ed adolescenziali).

Indicazioni cliniche per l'accesso al percorso riabilitativo e trattamento

La scoliosi da **20° a 25° Cobb** deve sempre essere presa in carico se la persona è in trattamento ortesico; nel paziente senza ortesi, va presa in carico solo in presenza di tre su quattro dei seguenti criteri:

- età \leq a 14 anni per le femmine; età \leq a 16 anni per i maschi
- segno di Risser \leq a 4
- gibbo \geq a 5 mm
- angolo di torsione \geq a 15°

Scoliosi **oltre i 25° Cobb**: deve essere sempre presa in carico, con o senza ortesi.

Criteri di esclusione

Nella scoliosi da 10° a 20° Cobb il trattamento è una forma di prevenzione primaria: il paziente, infatti, è solo portatore di un rischio di patologia. Questa fase terapeutica è stata definita come "trattamento libero"

e riguarda la cosiddetta scoliosi minore, dove comunque un dimorfismo vero esiste. Questo momento è di pertinenza selettivamente educativa.

Criteri di dimissione

Il raggiungimento della fine dell'accrescimento osseo, indipendentemente dall'età, documentato da un test di Risser 5 costituisce criterio di dimissione del paziente. La presenza di comorbidità nell'adulto dovuta alla gravità delle curve (ad es. disturbi respiratori, artrosi vertebrale iperalgica) sarà trattata per la specifica patologia.

Strumenti di valutazione

- Test di Adams (forward – bending test), è il principale test di valutazione nell'esame clinico del paziente scoliotico. La positività di tale test è patognomonica di scoliosi. Il valore predittivo positivo del forward – bending test è variabile, essendo inversamente proporzionale al grado di curvatura e dipendente dall'esperienza degli esaminatori.
- Inclino metro (scoliometro), strumento estremamente utile nei programmi di screening, misura l'angolo di inclinazione del tronco (ATR) ed è dotato di una ripetibilità inter- esaminatori molto elevata, il che consente di determinare delle soglie al di là delle quali intervenire con una radiografia. La sua sensibilità è stimata intorno al 100% e la sua specificità intorno al 47% se si sceglie un ATR di 5°. Un ATR di 7° ha invece una sensibilità dell'83%, ma una specificità dell'86%.
- Gibbometro (livella), è uno strumento in grado di fornire un ulteriore parametro di valutazione, differente rispetto all'inclinometro, ovvero l'altezza del dislivello tra concavità e convessità della curva.
- Valutazione radiografica, è il riferimento standard per la valutazione della sensibilità e specificità del test di screening, anche se la valutazione estetica non può essere trascurata. L'intervallo di confidenza nella misurazione dell'angolo di Cobb nelle radiografie è ritenuto essere 95% con variabilità intra-esaminatore ed interesaminatore di 3–5° e 6-7°.
- Segno di Risser, ulteriore parametro radiografico di valutazione, utile a dare un'indicazione sullo stato di accrescimento del paziente, in quanto desumibile dalla medesima radiografia effettuata per valutare la scoliosi.

Altri parametri essenziali da considerare sono la comparsa del menarca, nella femmina, e lo sviluppo dei segni di Tanner.