

Corso di formazione del personale docente
ai fini dell'inclusione scolastica degli alunni con
disabilità.

Lettura e interpretazione della
documentazione diagnostica.

Dott.ssa Emilia Muraca
Psicologa-psicoterapeuta- U.O. Alunni Disabili
ASP Potenza

SCUOLA

OPERATORI
SOCIO-
SANITARI

FAMIGLIA



Gli adempimenti sanitari previsti dalla normativa vigente in materia di inclusione scolastica sono garantiti dalla [U.O. Alunni Disabili](#).

Nell'ambito della Azienda Sanitaria di Potenza sono attive:

-una U.O. Alunni Disabili avente competenza per le scuole ricadenti nei distretti sanitari di Potenza, Villa D'Agri, Melfi e Venosa

-un equivalente servizio per i distretti sanitari di Lauria e Senise

Normativa in materia di diritto allo studio e di inclusione scolastica degli alunni con disabilità

- [Decreto Legislativo - 13/04/2017 n. 66](#)
"Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107."
- [Legge - 13/07/2015 n. 107](#)
"Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti."
- [Legge - 15/07/2011 n. 111](#)
"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria."
Si veda in particolare: [[art. 19](#)]
- [Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri - 23/02/2006 n. 185](#)
"Regolamento recante modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, ai sensi dell'articolo 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289."
- [Decreto del Presidente della Repubblica - 24/02/1994](#)
"Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap."
- [Legge - 05/02/1992 n. 104](#)
"Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate."
Si veda in particolare: [[art. 12](#)]
- [Circolare Ministeriale - Ministero della Pubblica Istruzione 03/09/1985 n. 250](#)
"Azione di sostegno a favore degli alunni portatori di handicap."

Normativa in materia di diritto allo studio e di inclusione scolastica degli alunni con disabilità

Decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Vista la legge 5 febbraio 1992, n. 104, legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate;
Visti gli articoli 12 e 13 della citata [legge n. 104 del 1992](#), ed in particolare il comma 7 dell'art. 12 che autorizza il Ministro della sanità ad emanare un atto di indirizzo e coordinamento per determinare le modalità con le quali le unità sanitarie e/o socio-sanitarie locali attuano i compiti demandati dai commi 5 e 6 del citato art. 12;
Visto l'art. 5, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
Sentito il Consiglio sanitario nazionale nella seduta del 6 luglio 1993 (parere n. 4/93);
Visto il parere favorevole reso dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 20 gennaio 1994;
Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 17 febbraio 1994, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per il coordinamento delle politiche comunitarie e gli affari regionali;
(...)

Decreta:

(...)

"Atto di indirizzo e coordinamento delle attività delle regioni a statuto ordinario e speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano, per disciplinare i compiti delle unità sanitarie e/o socio-sanitarie locali in relazione alla predisposizione della diagnosi funzionale, del profilo dinamico funzionale di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 12 della legge 5 febbraio 1992, n. 104"

La **U.O. Alunni Disabili** è articolata in unità multidisciplinari (u.m.d.), ciascuna avente un ambito territoriale di competenza.

Le u.m.d. sono composte da:

- Medici specialisti (NPI; Neurologo)
- Psicologi
- Assistenti Sociali

Tali figure si avvalgono della collaborazione, secondo necessità, di:

- Logopedisti
- TNPEE (Terapisti Della Neuropsicomotricità Dell'età Evolutiva)
- Fisioterapisti

1. Segnalazione del caso

2. Individuazione di condizione di disabilità

3. Formulazione della diagnosi funzionale

1. La segnalazione del caso

La segnalazione del caso è competenza dell'istituto scolastico frequentato dall'alunno:

il Dirigente Scolastico trasmette alla ASL competente la **scheda di segnalazione di alunno con difficoltà** redatta dal corpo docente, dopo aver acquisito il consenso formale dei genitori ai fini della valutazione a cura della unità multidisciplinare.

Ciò al fine dell'eventuale attribuzione dell'insegnante di sostegno.

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

Informazioni sull'alunno

Data di compilazione:

Dati anagrafici

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo

Scuola

Classe

Descrizione dell'alunno

1) AREA DELL'AUTONOMIA PERSONALE

Per ciascuna categoria, il bambino ha qualche problema?

[Indicare la gravità del problema secondo la seguente scala: 0 = nessun problema;

1 = problema lieve; 2 = problema medio; 3 = problema grave; 4 = problema completo]

A) Cura della persona	0	1	2	3	4
lavarsi					
bisogni corporali					
vestirsi					
mangiare					
bere					
B) Mobilità	0	1	2	3	4
sollevare e trasportare oggetti					
della mano e del braccio					
camminare					
C) Aree di vita principali	0	1	2	3	4
istruzione scolastica: frequentare regolarmente la scuola					
istruzione scolastica: organizzare e completare i compiti assegnati					

2) AREA RELAZIONALE NELLA SCUOLA

Per ciascuna categoria, il bambino ha qualche problema?

[Indicare la gravità del problema secondo la seguente scala: 0 = nessun problema;

1 = problema lieve; 2 = problema medio; 3 = problema grave; 4 = problema completo]

Interazioni e relazioni interpersonali	0	1	2	3	4
interazioni interpersonali con i coetanei					
interazioni interpersonali con gli adulti					

3) AREA DELLA COMUNICAZIONE NELLA SCUOLA

Per ciascuna categoria, il bambino ha qualche problema?

[Indicare la gravità del problema secondo la seguente scala: 0 = nessun problema;

1 = problema lieve; 2 = problema medio; 3 = problema grave; 4 = problema completo]

Comunicazione	0	1	2	3	4
comunicare con – ricevere – messaggi verbali					
comunicare con – ricevere – messaggi non verbali					



4) AREA DELL'APPRENDIMENTO

Per ciascuna categoria, il bambino ha qualche problema?

[Indicare la gravità del problema secondo la seguente scala: 0 = nessun problema;

1 = problema lieve; 2 = problema medio; 3 = problema grave; 4 = problema completo]

Apprendimento e applicazione delle conoscenze	0	1	2	3	4
copiare					
imparare attraverso il gioco simbolico					
focalizzare l'attenzione					
lettura					
scrittura					
calcolo					
risoluzione di problemi					

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla riservatezza dei dati personali,
i sottoscritti _____ (padre) e _____ (madre) _____
genitori del minore _____
autorizzano il trattamento dei dati contenuti nella presente scheda ai fini
dell'attivazione delle procedure conseguenti.

Firma del padre.....

Firma della madre.....

data

In fede

La scheda di osservazione inviata dalla scuola alla ASL può comprendere eventuale documentazione sanitaria pubblica già in possesso dei genitori dell'alunno.

Ricevuta la scheda di segnalazione,
i componenti della unità multidisciplinare
convocano a visita l'alunno in almeno due
passaggi:

1) Raccolta dati anagrafici e anamnestici +
Valutazione neuropsicologica

2) Visita medico-specialistica

2. L'individuazione di alunno in difficoltà

A seguito delle valutazioni sanitarie, qualora il minore sia riconosciuto in situazione di disabilità, è redatta e trasmessa alla scuola la **scheda di individuazione della condizione di disabilità.**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

U.V.B.R. - U.O. Alunni disabili
Dirigente: Dr. D. Verrastro
Via della Pineta - Potenza

Unità Multidisciplinare di _____

Prot. _____

del _____

Class. 7-07D-D1-2

Li, _____

Al Dirigente Scolastico

pec _____@pec.istruzione.it

Oggetto: Art.2 del D.P.R. 24.02.94

Si dichiara che l'alunno/a _____, nato/a a _____ il
_____ e residente a _____, iscritto/a alla classe _____ presso la scuola
_____, visitato/a presso la Unità Multidisciplinare - Struttura Handicap il
giorno _____,

- È in situazione di handicap e necessita pertanto di insegnante di sostegno ai sensi della normativa in oggetto
- Non è in situazione di handicap

Il Neuropsichiatra Infantile

Lo Psicologo

L'Assistente Sociale



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

U.V.B.R. - U.O. Alunni disabili
Dirigente: Dr. D. Verrastro
Via della Pineta - Potenza

Unità Multidisciplinare di _____

Prot. _____

del _____

Class. 7-07D-D1-2

Li, _____

Al Dirigente Scolastico

pec _____@pec.istruzione.it

Oggetto: Art.2 del D.P.R. 24.02.94

Si dichiara che l'alunno/a _____, nato/a a _____ il
_____ e residente a _____, iscritto/a alla classe _____ presso la scuola
_____, visitato/a presso la Unità Multidisciplinare - Struttura Handicap il
giorno _____,

È in situazione di handicap e necessita pertanto di insegnante di sostegno ai sensi della
normativa in oggetto

Non è in situazione di handicap

Il Neuropsichiatra Infantile

Lo Psicologo

L'Assistente Sociale

«Non handicap»:

Se necessario, il paziente viene indirizzato ad eventuali accertamenti presso gli appositi Servizi sanitari, finalizzati ad inquadrare le difficoltà segnalate dai docenti e ad individuare bisogni educativi speciali (es. DSA, ADHD, DSL)

LEGGE 8 ottobre 2010 , n. 170

Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico

Art. 5 Misure educative e didattiche di supporto

1. Gli studenti con diagnosi di DSA hanno diritto a fruire di appositi provvedimenti dispensativi e compensativi di **Flessibilità didattica** nel corso dei cicli di istruzione e formazione e negli studi universitari.
2. Agli studenti con DSA le istituzioni scolastiche, a valere sulle risorse specifiche e disponibili a legislazione vigente iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, garantiscono:
 - a) l'uso di una **didattica individualizzata** e personalizzata, con forme efficaci e flessibili di lavoro scolastico che tengano conto anche di caratteristiche peculiari dei soggetti, quali il bilinguismo, adottando una metodologia e una strategia educativa adeguate;
 - b) l'introduzione di **strumenti compensativi**, compresi i mezzi di apprendimento alternativi e le tecnologie informatiche, nonché **misure dispensative** da alcune prestazioni non essenziali ai fini della qualità dei concetti da apprendere;
 - c) per l'insegnamento delle lingue straniere, l'uso di strumenti compensativi che favoriscano la comunicazione verbale e che assicurino ritmi gradualmente di apprendimento, prevedendo anche, ove risulti utile, la possibilità dell'esonero.

LEGGE 8 ottobre 2010 , n. 170

Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico

Art. 5 Misure educative e didattiche di supporto

3. Le misure di cui al comma 2 devono essere sottoposte **periodicamente a monitoraggio** per valutarne l'efficacia e il raggiungimento degli obiettivi.
3. Agli studenti con DSA sono garantite, durante il percorso di istruzione e di formazione scolastica e universitaria, adeguate forme di **verifica e di valutazione**, anche per quanto concerne gli esami di Stato e di ammissione all'università nonché gli esami universitari.

Certificazione DSA



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

UVBR-UO Alunni Disabili
via della Pineta , 85100 Potenza

Si certifica che la minore **XXXX ZZZZZZ**, nata Potenza il YY.YY.YY, presenta un **disturbo specifico di apprendimento** con compromissione del calcolo ICD-10 F81.2 e un disturbo evolutivo della scrittura espressiva ICD-10 F81.81 (Lieve disgrafia), in presenza di un profilo intellettivo caratterizzato da un QI nella media (normodotazione cognitiva), con una caduta specifica nella memoria di lavoro.

In considerazione di tale diagnosi, in ambito scolastico si raccomanda **l'applicazione della normativa vigente in materia di DSA (Legge n. 170 dell'08 ottobre 2010)**

Utile percorso di training alla acquisizione e automatizzazione delle strategie compensative per il disturbo descritto, al fine di incrementare l'autostima e sostenere l'investimento nello studio.

Potenza,-----

Dott.ssa Alessandra Graziano
Neuropsichiatra Infantile

Certificazione BES



U.O. Alunni Disabili – U.V.B.R.
Corso Umberto – 85100 Potenza

Xxxx yyyyy

Nato il zz-zz-zzzz

Residente a pppppp

Alla luce della osservazione clinica, dei dati anamnestici forniti dalla famiglia e della documentazione clinica presa in visione, si conclude per la diagnosi di

“ADHD Disturbo da deficit di attenzione/iperattività con manifestazione di tipo combinata (cod ICD-10 F 90.2) e concomitanti difficoltà emotive”.

Raccomandazioni:

Utile percorso di psicoterapia con un lavoro finalizzato a favorire le competenze metacognitive, la autoconsapevolezza, l'autostima, le strategie di controllo attentivo e comportamentale, la capacità di riconoscimento, espressione e condivisione delle proprie emozioni.

In associazione, utile parent-training per favorire le modalità di supporto alla crescita e contenimento delle condotte disfunzionali. Si consiglia la pratica di uno sport, ad esempio le arti marziali qualora gradite dal bambino.

Monitorare l'evoluzione del quadro clinico per prevenire le conseguenze funzionali dell'ADHD (ridotta scolarità, disadattamento sociale etc..)

In ambito scolastico, si ritiene opportuna la frequenza scolastica con PEP sec. DM del 27.12.12 (strumenti di intervento per alunni con BES).

In particolare, è opportuno:

- pianificare il lavoro con l'alunno, tenendo alta la motivazione intrinseca
- ricordare che il bambino *ha bisogno* di pause, frammentando il lavoro prevedendo interruzioni e possibilità di recupero della concentrazione
- posizionare il banco lontano da fonti di distrazione (porta, finestra..) senza però emarginarlo dalla classe
- ricordare che il bambino *ha bisogno* di muoversi e dunque consentirgli di lasciare il banco per fare brevi passeggiate o attività finalizzate (es: distribuire fotocopie, chiamare il bidello..)
- fornire un sistema educativo basato su poche e chiare regole
- rinforzare coerentemente i comportamenti corretti e comunque gli sforzi del bambino, anche quando l'obiettivo è raggiunto solo parzialmente
- intervenire sui comportamenti scorretti con un rimprovero centrato sul comportamento e mai sul bambino.
- evitare che i compagni di classe rinforzino o esprimano giudizi sui comportamenti “disturbanti”.

Si rilascia per gli usi consentiti.

Potenza, -----

Dott.ssa Alessandra Graziano
Neuropsichiatra infantile



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

U.V.B.R. - U.O. Alunni disabili
Dirigente: Dr. D. Verrastro
Via della Pineta - Potenza

Unità Multidisciplinare di _____

Prot. _____

del _____

Class. 7-07D-D1-2

Li, _____

Al Dirigente Scolastico

pec _____@pec.istruzione.it

Oggetto: Art.2 del D.P.R. 24.02.94

Si dichiara che l'alunno/a _____, nato/a a _____ il
_____ e residente a _____, iscritto/a alla classe _____ presso la scuola
_____, visitato/a presso la Unità Multidisciplinare - Struttura Handicap il
giorno _____,

- È in situazione di handicap e necessita pertanto di insegnante di sostegno ai sensi della normativa in oggetto
- Non è in situazione di handicap

Il Neuropsichiatra Infantile

Lo Psicologo

L'Assistente Sociale

«Handicap»:

Se il caso necessita di certificazione di disabilità e dunque di sostegno scolastico,

L'equipe multidisciplinare redige la DIAGNOSI

FUNZIONALE

3. La Diagnosi funzionale

E' il documento sanitario disciplinato dall'art. 3 del D.P.R. 24/02/94

«Descrive analiticamente la **compromissione** funzionale dello stato psico-fisico dell'alunno in situazione di handicap e le sue **potenzialità**.»

Permette l'assegnazione dell'insegnante di sostegno e delle altre figure educative/assistenziali ritenute necessarie (assistente alla autonomia e comunicazione, tiflodidatta, esperto LIS, assistente fisico alla persona..)

La Diagnosi funzionale

è il documento propedeutico e necessario alla predisposizione del Piano Educativo Individualizzato (PEI)

- DF (Diagnosi Funzionale)



- PDF(Profilo Dinamico Funzionale)



- PEI (Piano Educativo Individualizzato)

La Diagnosi funzionale

E' la raccolta collaborativa e partecipata tra le diverse figure di riferimento dell'alunno dei **dati FUNZIONALI** ad una piena integrazione scolastica.



La Diagnosi funzionale

deriva dall'acquisizione di:

- **Elementi clinici** (acquisiti tramite la visita medica specialistica)
- **Elementi psicologici** (acquisiti attraverso la valutazione psicodiagnostica)
- **Elementi sociali** (acquisiti attraverso specifica relazione in cui sono compresi i dati anagrafici del soggetto e i dati relativi alle caratteristiche del nucleo familiare).

Rivedibilità della Diagnosi Funzionale.

Il documento va rinnovato, di norma, al passaggio di ogni ordine e grado di scuola.

Può essere aggiornato se, nel corso dell'iter scolastico, le condizioni dello stato di salute dell'alunno si modificano in maniera sostanziale.

Il percorso diagnostico nei disturbi evolutivi: modello di ragionamento

1) “COSA HA L’ALUNNO?”



Individuare il disturbo

Classificare il disturbo

Valutare le conseguenze funzionali

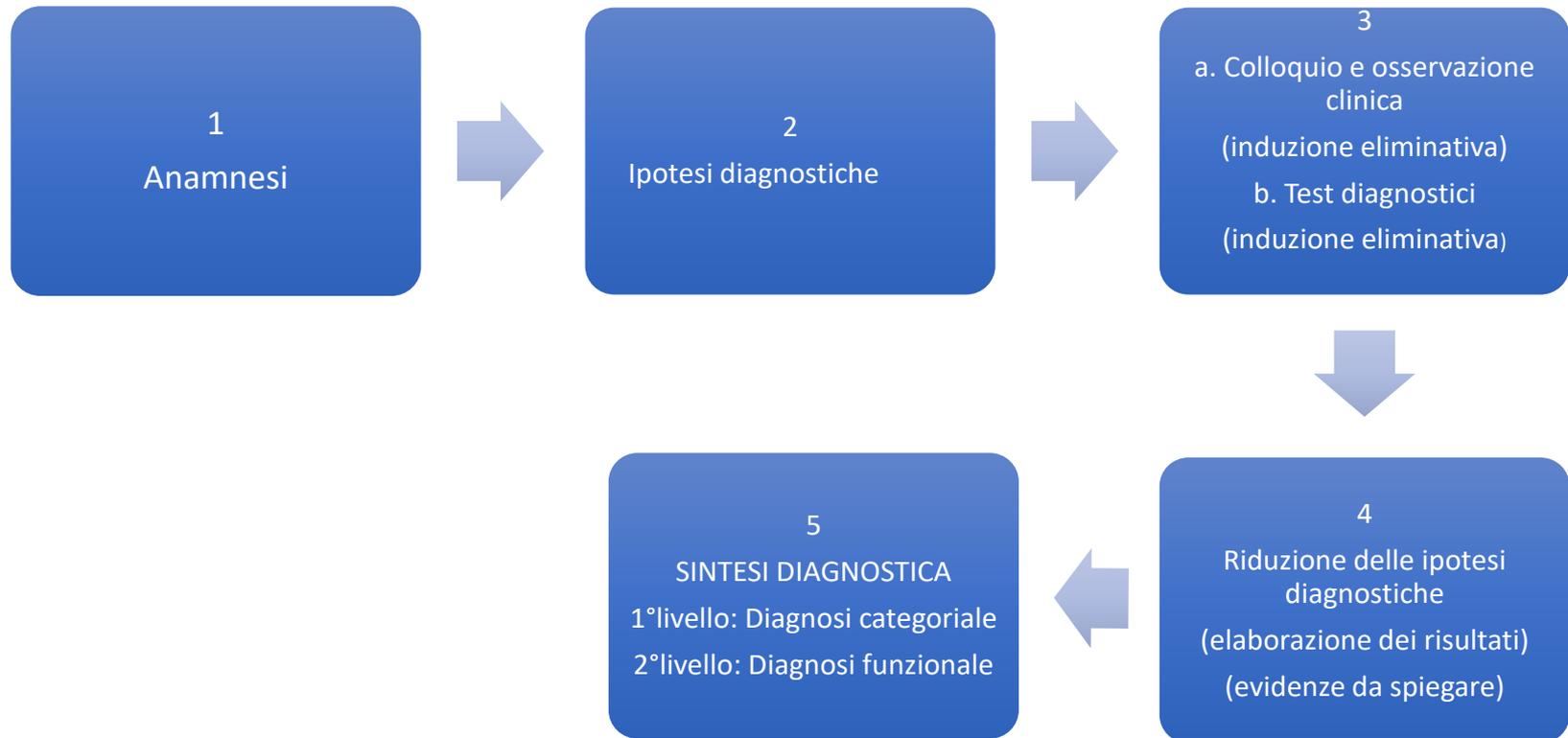
Prevedere il decorso

2) “COME POSSO INSEGNARE ALL’ALUNNO?”

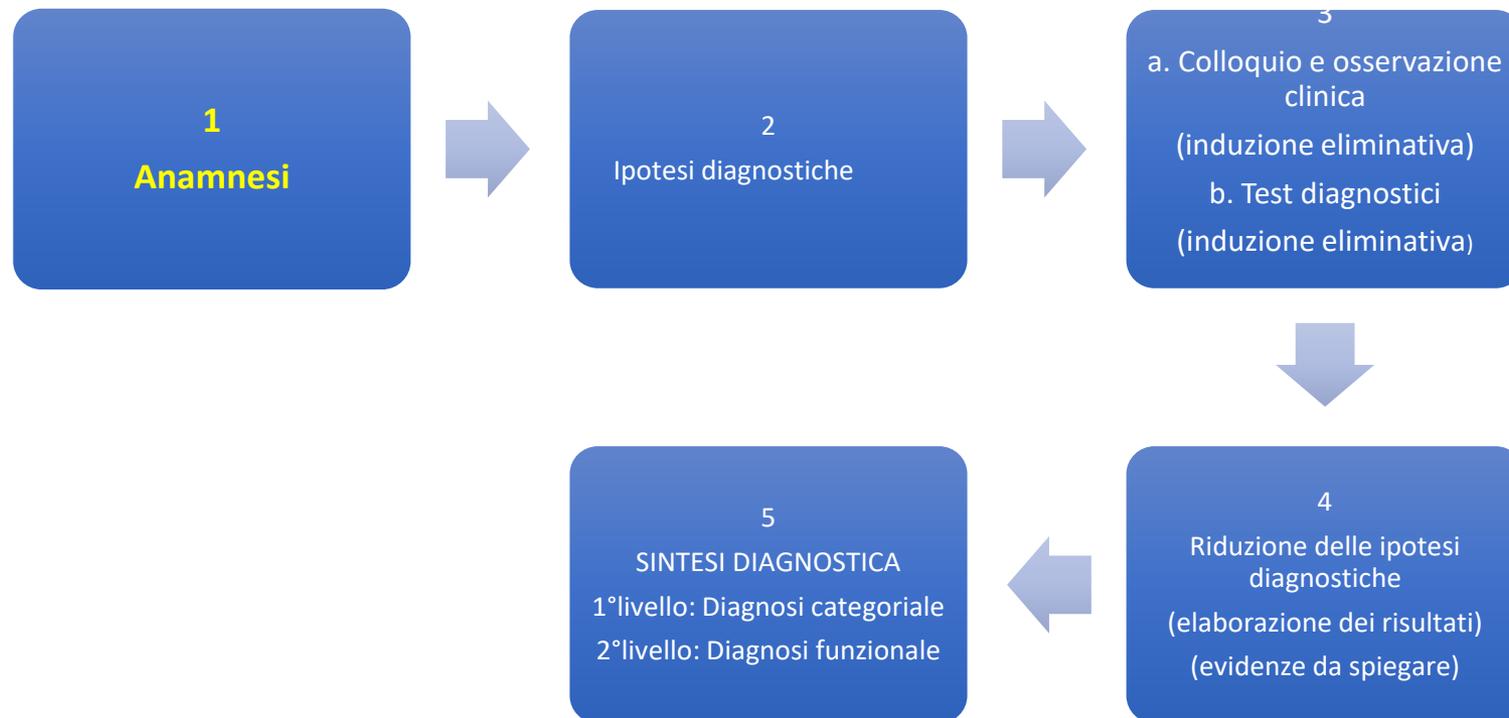


Indicare strategie/strumenti didattici
Segnalare condizioni «barriera» che
interferiscono negativamente con
l’apprendimento

Il percorso diagnostico nei disturbi evolutivi: modello di ragionamento



Modello di ragionamento diagnostico



Modello di ragionamento diagnostico

1) ANAMNESI

Raccogliere le informazioni anamnestiche per un primo orientamento diagnostico:

- storia del disturbo (esordio, evoluzione, ricoveri, cure tentate ecc..)
- composizione famiglia, albero genealogico (almeno 3 generazioni) e condizioni di vita
- avvenimenti importanti nella vita del bambino
- gravidanza e parto (condizioni fisiologiche e patologiche, stato del b.no alla nascita, vissuto ei genitori nei confronti del b.no)
- sviluppo nella prima infanzia (somatico, psicomotorio e del linguaggio)
- evoluzione delle relazioni con l'ambiente e scambi psicoaffettivi (alimentazione, svezzamento, ritmo sonno/veglia, controllo sfinterico, condotte ed interessi sessuali)
- vaccinazioni
- vita scolastica
- posto del bambino nelle aspettative dei genitori e nella dinamica della coppia genitoriale.

ANAMNESI

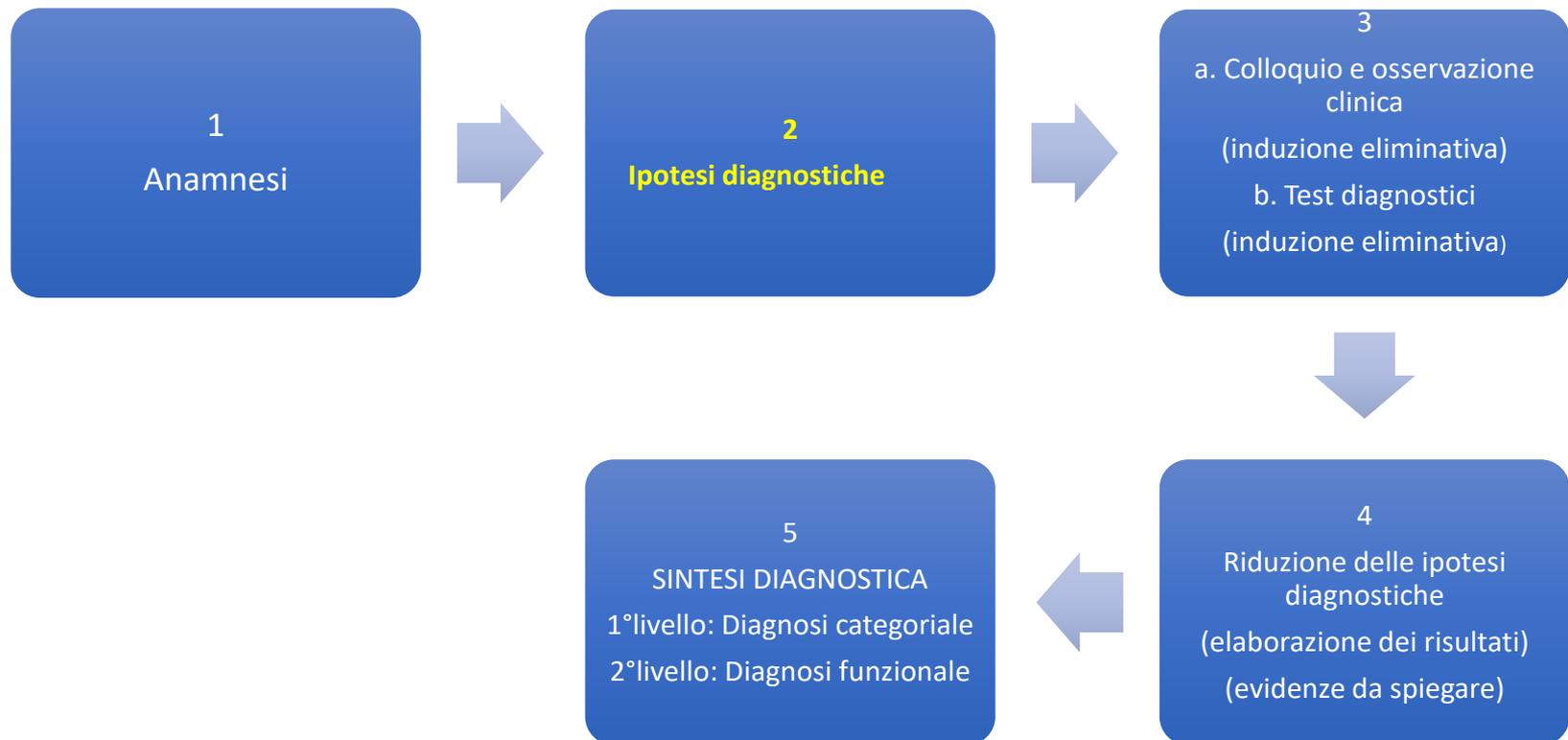
Aspetto critico:

Spesso segni e sintomi vengono registrati da genitori/insegnanti e non dal paziente stesso!

Raccomandazioni:

- dedicare tempo alla anamnesi
- dedicare spazio a tutti gli intervistati
- elaborare le informazioni registrate

Modello di ragionamento diagnostico

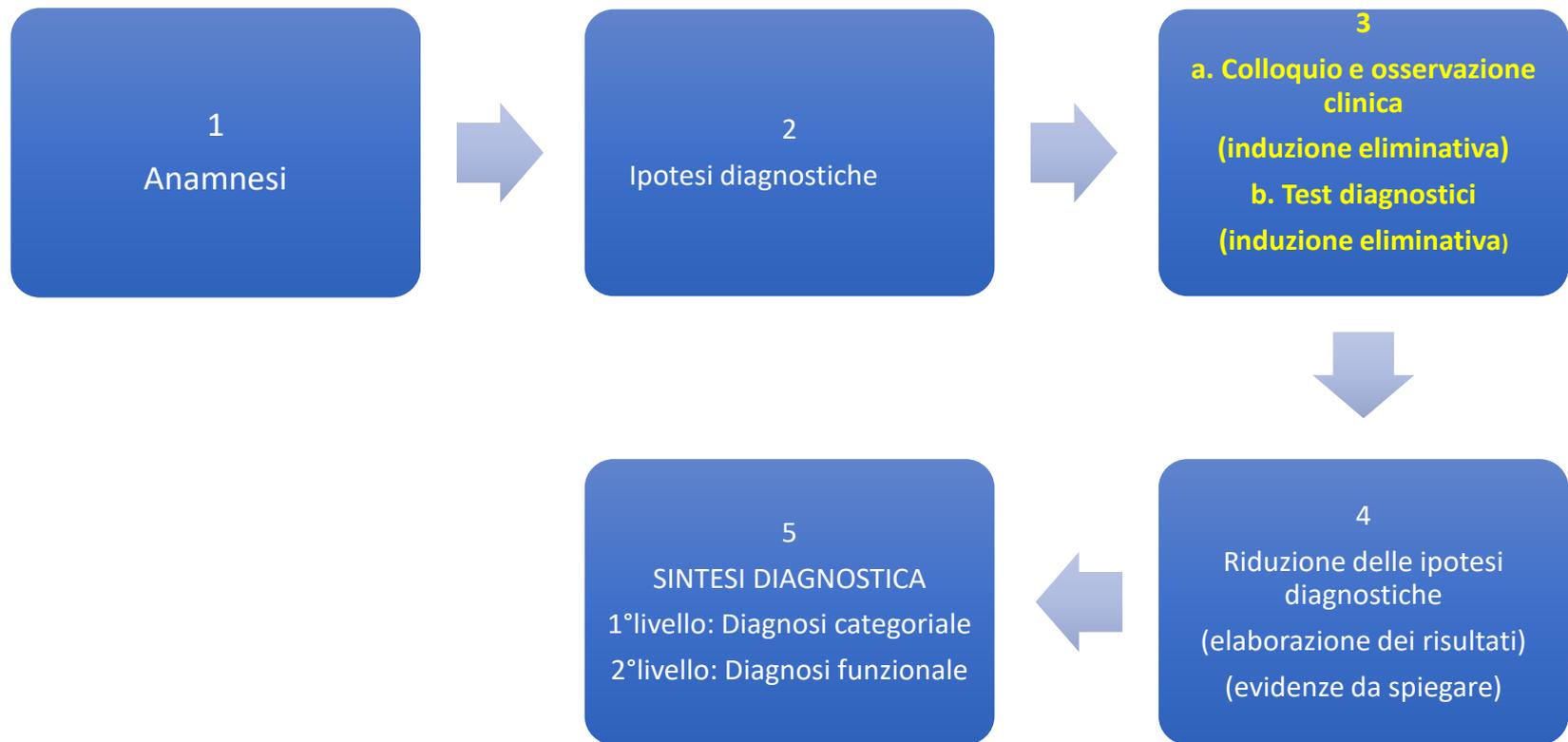


Modello di ragionamento diagnostico

2) IPOTESI DIAGNOSTICHE

- Su eventuali relazioni tra il disturbo e le situazioni che lo suscitano/influenzano
- Sul meccanismo eziopatogenetico

Modello di ragionamento diagnostico



Modello di ragionamento diagnostico

3 a) COLLOQUIO ED OSSERVAZIONE CLINICA

Ricerca di informazioni (attraverso il colloquio) e dati (attraverso l'osservazione) sull'attuale stato del paziente.

Modello di ragionamento diagnostico

Il colloquio

Il colloquio con bambini ed adolescenti presenta alcune caratteristiche che lo differenziano dal colloquio con adulti; è infatti importante considerare gli aspetti evolutivi che lo contraddistinguono.

Elementi età-correlati che condizionano il colloquio:

Nei primi anni di vita:

- il vocabolario è limitato (ricorrere a tecniche indirette quali gioco, disegno)
- la capacità di astrazione è assente

In età scolare:

- il b.no acquisisce la capacità di formulare un pensiero astratto ma è ancora suggestionabile (dal genitore, dall'osservatore)

In adolescenza:

- difficoltà di dialogo con la persona adulta;
- atteggiamento di sfida, scontro generazionale

Modello di ragionamento diagnostico

L'osservazione clinica

Riguarda il comportamento del b.no in situazioni spontanee ed interattive quali il gioco e il rapporto con i genitori.

L'utilizzo del gioco nell'infanzia quale metodo di analisi per esplorare il mondo interiore e lo sviluppo psicomotorio del bambino è stato approfondito da M. Klein e da Winnicott

Il **gioco** è una attività naturale in cui il b.no raffigura il proprio mondo interiore, domina le angosce, si proietta nel futuro..).

Il gioco come metodo di valutazione del bambino

L'osservatore valuta:

-inibizione

-procedura

-coerenza del materiale scelto

-varietà

-componente espressiva associata

-grado di tolleranza alle frustrazioni

-capacità di esplorazione

-attenzione, concentrazione, instabilità psicomotoria

Modello di ragionamento diagnostico

3 b) TEST DIAGNOSTICI

Prove standardizzate necessarie e sufficienti per verificare o falsificare le nostre ipotesi.

Test di intelligenza

1905 scala metrica d'intelligenza Binet-Simon

1916 Scala Stanford-Binet: il QI come rapporto età cronologica/età mentale

1937-1960 Scala Terman-Merrill

1977 Matrici progressive di Raven

Scale Wechsler (WPPSI e WISC): valutazione analitica delle funzioni psicologiche dall'età prescolare all'età adulta.

Modello di ragionamento diagnostico

Test proiettivi

Il termine “proiettivo” fa riferimento alla dinamica di produzione delle risposte dell’individuo, che “proietta” sullo stimolo presentato aspetti della propria personalità.

Esaminano:

- livello di realtà
- presenza/assenza di un disturbo del pensiero
- il livello di sviluppo
- rappresentazione del Sé e dell’altro
- esperienza affettiva
- capacità di rapportarsi agli altri
- stile difensivo

Modello di ragionamento diagnostico

Test proiettivi

I più utilizzati in età evolutiva:

- *CAT (Children apperception test)* – b.ni 3-10 anni di età. 10 tavole in b/n raffiguranti animali in diverse situazioni riferite ad aspetti della vita con cui il b. si confronta (nutrizione, rivalità tra fratelli ecc..)
- *TAT (Thematic aperception test)* –dagli 11 anni di età. 31 tavole raffiguranti personaggi in diverse situazioni. Consegna: elaborare un racconto indicando ciò che è avvenuto, avviene ed avverrà, conclusioni e sentimenti e pensieri correlati. Dà indicazioni su emozioni dominanti, sentimenti e conflitti.
- *Rorschach* –dall'età prescolare. 10 tavole raffiguranti macchie d'inchiostro simmetriche e speculari. Dà indicazioni su come l'individuo struttura l'ambiguità, in relazione alla affettività e all'adattamento sociale.
- *Test grafici (disegno della figura umana di Machover, disegno della famiglia di Corman, disegno dell'albero di Koch):* livello grafico, livello formale e contenutistico/simbolico.

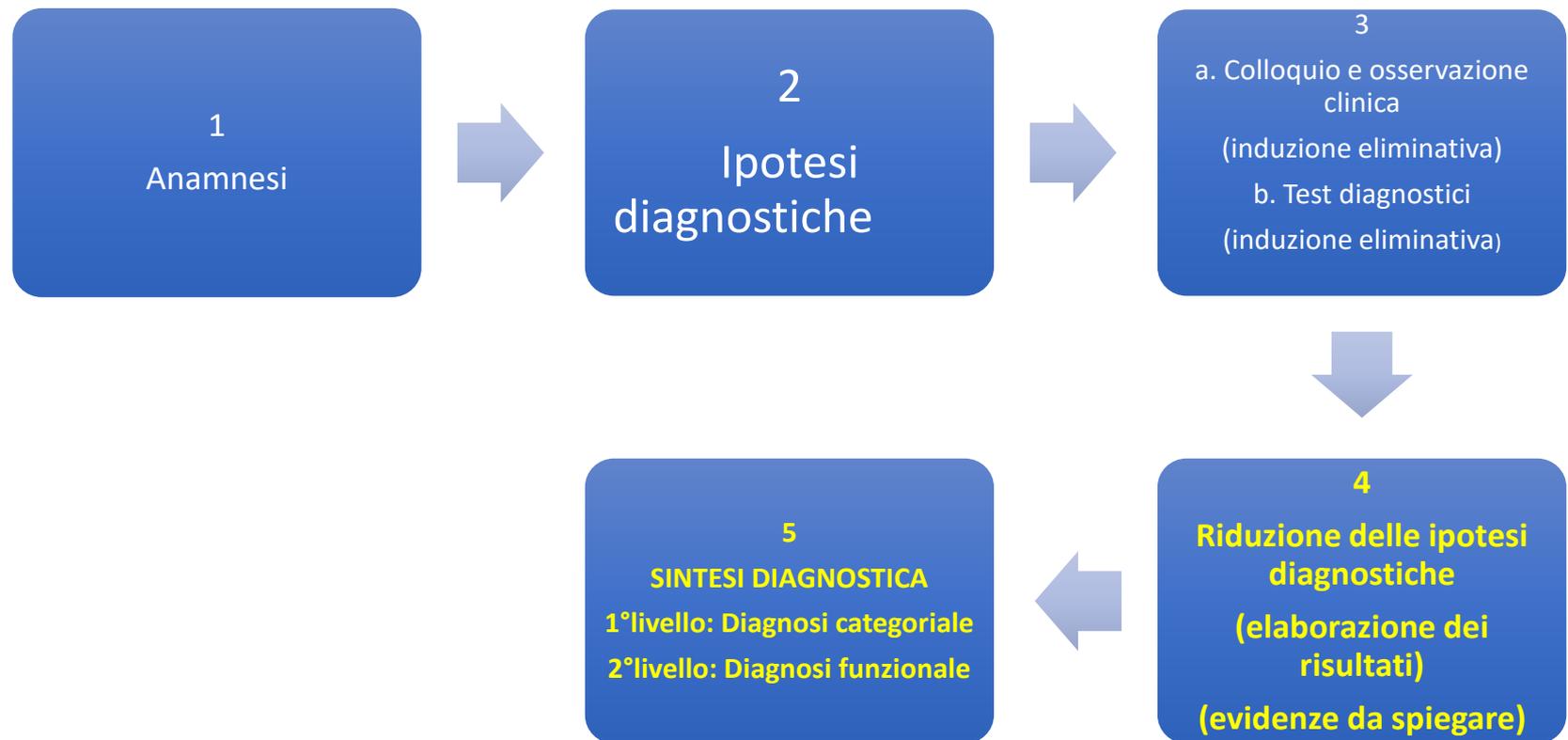
Modello di ragionamento diagnostico

- *Test grafici di abilità specifiche:*

Bender visual-motor Gestalt Test: riproduzione di 9 segni geometrici. Valuta l'organizzazione percettiva e motoria dello spazio

Figura complessa di Rey: copia e riproduzione a memoria di una figura geometrica. Valuta capacità di organizzazione percettiva, realizzazione grafica, memoria visiva a breve termine, abilità visuo-spaziali e visuo-motorie.

Modello di ragionamento diagnostico



Modello di ragionamento diagnostico

4) RIDUZIONE DELLE IPOTESI DIAGNOSTICHE

Attraverso il processo di *“Induzione eliminativa”* si confermano *solo* le ipotesi coerenti con:

- dati anamnestici
- colloquio e osservazione clinica
- esiti dei test diagnostici

Modello di ragionamento diagnostico

5) SINTESI DIAGNOSTICA

-Diagnosi di 1° livello: indica la categoria nosografica a cui appartiene il disturbo

-Diagnosi di 2° livello (funzionale): descrive il livello di funzionamento del disturbo espresso, è utile per

- a) spiegare la diagnosi
- b) commentare punti di forza e debolezza del paziente (ai familiari, agli insegnanti etc..)
- c) illustrare i bisogni dell'alunno

La “diagnosi”

Definizione di un quadro clinico riconosciuto che consenta di

1) Individuare i bisogni dell'alunno

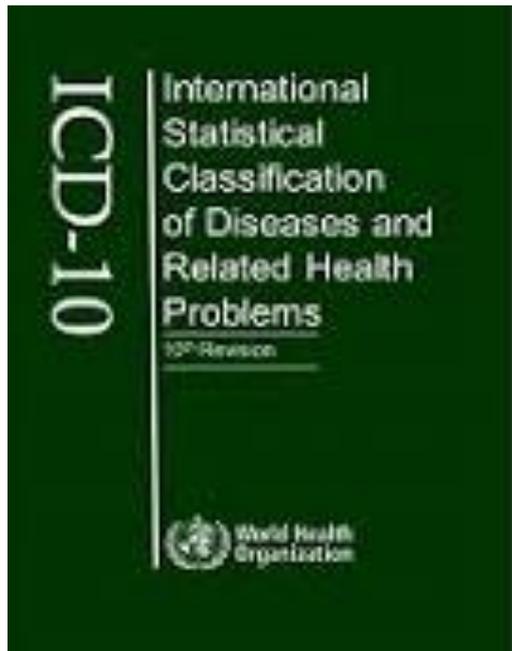
2) strutturare un progetto verificabile di intervento.

“COSA HA L'ALUNNO”

“COME POSSO AIUTARE L'ALUNNO”



I Sistemi classificativi/diagnostici



- ICD-10
- DSM-5



I Sistemi classificativi/diagnostici: ICD-10

- è la decima edizione della *International Classification of Diseases*, approvata nel 1990 durante la 43sima Assemblea mondiale della sanità OMS ed utilizzata a partire dal 1994
- è la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati
- è uno standard di classificazione per gli studi statistici ed epidemiologici, nonché strumento di gestione di salute ed igiene pubblica

I Sistemi classificativi/diagnostici:

DSM-5

- è l'ultima edizione del "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*" (autore: American Psychiatric Association)
- è uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzati nella pratica clinica e nella ricerca
- raccoglie più di 370 disturbi mentali, descrivendoli in base alla prevalenza di determinati sintomi
- dà una visione "plurifattoriale integrata" della malattia mentale.

La visione multifattoriale integrata del DSM 5

Il disturbo mentale è il risultato di una condizione sistemica in cui rientrano:

- il patrimonio genetico,
- la costituzione,
- le vicende di vita,
- le esperienze maturate,
- gli stress,
- il tipo di ambiente,
- la qualità delle comunicazioni intra ed extra-familiari,
- la soggettiva plasticità dell'encefalo,
- i meccanismi psicodinamici,
- la peculiare modalità di reagire, di opporsi, di difendersi.

La Diagnosi funzionale deve ispirarsi a:

- ICD-10
- DSM 5
- ICF

ICF

Nel 2001 l'Assemblea Mondiale della Sanità dell'OMS ha approvato la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), raccomandandone l'uso negli Stati parti.

L'ICF come modello bio-psico-sociale

recepisce pienamente il modello sociale della disabilità

Non considera la persona solo dal punto di vista “sanitario”, bensì ne promuove un approccio globale, attento a:

- potenzialità complessive,
- varie risorse del soggetto,
- contesto personale, naturale, sociale e culturale.

Tale classificatore descrive tanto le capacità possedute quanto le performance possibili intervenendo sui fattori contestuali.

Nella prospettiva dell'ICF, la partecipazione alle attività sociali di una persona con disabilità è determinata dall'interazione della sua condizione di salute (a livello di strutture e di funzioni corporee) con le condizioni ambientali, culturali, sociali e personali (definite fattori contestuali) in cui essa vive.

Nel modello dell'ICF assume valore prioritario il contesto, i cui molteplici elementi possono essere qualificati come:

- “barriera”, qualora ostacolino l'attività e la partecipazione della persona,
- “facilitatori”, nel caso in cui, invece, favoriscano tali attività e partecipazione.

L'ICF sta penetrando nelle pratiche di diagnosi condotte dalle AA.SS.LL., che sulla base di esso elaborano la Diagnosi Funzionale.

Oltre ai bisogni educativi, il clinico deve segnalare, quando possibile, in relazione alla condizione medica diagnosticata:

- **LIMITAZIONI**, ovvero attività che l'alunno non può e non potrà svolgere per limiti fisiologici insuperabili
- **PRECAUZIONI** che l'operatore deve prendere, viste le particolari condizioni fisiche dell'alunno (attenzione alla dieta, trigger epilettogeni, posture, movimenti particolari ecc...)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

UO Alunni Disabili - U.V.B.R.
Via della Pineta – 85100 Potenza

DIAGNOSI FUNZIONALE

COGNOME

NOME:

Nato a |

DIAGNOSI CLINICA

DIAGNOSI:

EZIOLOGIA:

CONSEGUENZE FUNZIONALI:

PREVISIONI DELL'EVOLUZIONE NATURALE:

Li

IL MEDICO SPECIALISTA

AREE	DIFFICOLTA'
1 COGNITIVA Livello di sviluppo raggiunto	.
2 capacità di integrazione delle competenze	.
AFFETTIVA RELAZIONALE 1 livello di autostima	.
2 rapporto con gli altri	
LINGUISTICA 1 comprensione	.
2 produzione	
3 altri linguaggi alternativi e/o integrativi	
SENSORIALE 1 vista: tipo e grado di deficit	.
2 udito: tipo e grado di deficit	.
3 tatto: tipo e grado di deficit	.
MOTORIO-PRASSICO 1 motricità globale	
2 motricità fine	
NEUROPSICOLOGIA 1 memoria	
2 attenzione	
3 organizzazione spazio/ temporale	
DELLA AUTONOMIA 1 personale	.
2 sociale	

AREE	POTENZIALITA'
1 COGNITIVA Livello di sviluppo Raggiunto	
2 capacità di integrazione delle competenze	
AFFETTIVA RELAZIONALE 1 livello di autostima	
2 rapporto con gli altri	
LINGUISTICA 1 comprensione	
2 produzione	
3 altri linguaggi alternativi e/o integrativi	
SENSORIALE 1 vista: tipo e grado di deficit	
2 udito: tipo e grado di deficit	
3 tatto: tipo e grado di deficit	
MOTORIO-PRASSICO 1 motricità globale	
2 motricità fine	
NEUROPSICOLOGIA 1 memoria	
2 attenzione	
3 organizzazione spazio/ temporale	
DELLA AUTONOMIA 1 personale	
2 sociale	

La D.F. deve tener conto delle **POTENZIALITÀ** e delle **DIFFICOLTA'** registrabili in ordine ai seguenti livelli:

a) cognitivo (livello di sviluppo raggiunto e capacità di integrazione delle competenze)

b) affettivo-relazionale (livello di autostima e di rapporto con gli altri)

c) linguistico (comprensione, produzione e linguaggi alternativi)

d) sensoriale (tipo e grado di deficit della vista, udito e tatto)

e) motorio-prassico (motricità globale e motricità fine)

f) neuropsicologico (memoria, attenzione e organizzazione spazio-temporale)

g) autonomia personale e sociale

- Area degli interessi,
- Area del gioco
- Area delle abilità espressive

Attività ludiche, hobby, sport , informazioni che possono essere raccolte grazie alla collaborazione del genitore e dello psicologo sono di grande utilità per approfondire la conoscenza dell'alunno in merito al suo mondo interno, alla sua soggettività.

Detti elementi influenzano il benessere, l'apprendimento e le possibilità di integrazione.

DIAGNOSI FUNZIONALE REDATTA IN FORMA CONCLUSIVA

GLI OPERATORI DELL'UNITA' MULTIDISCIPLINARE

Medico specialista

Psicologo

Assistente Sociale

Potenza,

DIAGNOSI CLINICA

DIAGNOSI:

EZIOLOGIA:

CONSEGUENZE FUNZIONALI:

PREVISIONI DELL'EVOLUZIONE NATURALE:

Disturbi del neurosviluppo:

- DISABILITA' INTELLETTIVA
- DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO
- DDAI (DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITA') grave
- SINDROMI GENETICHE
- DEFICIT SENSORIALI (VISIVI; UDITIVI)

I disturbi del Neurosviluppo «NON Handicap»

- DISTURBO SPECIFICO DELL'APPRENDIMENTO

Legge 170/2010 sui DSA

- ALTRI DISTURBI NON CLASSIFICABILI COME HANDICAP

Legge BES

Disturbi del neurosviluppo:

- **DISABILITA' INTELLETTIVA**
- DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO
- DDAI (DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITA') grave
- SINDROMI GENETICHE
- DEFICIT SENSORIALI (VISIVI; UDITIVI)

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)

E' un disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo

Comprende deficit del funzionamento intellettivo e adattivo negli ambiti concettuali, sociali e pratici.

FUNZIONAMENTO INTELLETTIVO



RAGIONAMENTO

PROBLEM SOLVING

PIANIFICAZIONE

PENSIERO ASTRATTO

CAPACITÀ DI GIUDIZIO

APPRENDIMENTO SCOLASTICO

APPRENDIMENTO DALL'ESPERIENZA



FUNZIONAMENTO ADATTIVO

CAPACITÀ DI VITA INDIPENDENTE

CAPACITÀ DI COMUNICAZIONE

CAPACITÀ DI PARTECIPAZIONE ALLA VITA SOCIALE

FUNZIONAMENTO ADATTIVO

Esempi di capacità adattive pratiche:

Alimentazione

Mobilità

Igiene personale

Abbigliamento

Lavori domestici

Trasporto

Assunzione dei farmaci

Gestione del denaro

Utilizzo del telefono

Abilità lavorative

Sicurezza ambientale

FUNZIONAMENTO ADATTIVO

Esempi di capacità adattive sociali:

Abilità interpersonali

Autostima

Raggirabilità

Consapevolezza del proprio livello di
esperienza

Rispetto delle regole

Rispetto delle leggi

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)

Definita dai seguenti criteri secondo il DSM-5

- a. Deficit delle funzioni intellettive confermati da valutazione clinica e da test di intelligenza standardizzati e individualizzati
- b. Deficit del funzionamento adattivo che, senza un supporto costante, limita il funzionamento in una o più attività quotidiane (comunicazione, vita autonoma, partecipazione sociale) in molteplici ambienti (casa, scuola, lavoro, comunità..)
- c. Esordio dei deficit intellettivi e adattivi durante il periodo di sviluppo

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)

- c) Esordio dei deficit intellettivi e adattivi durante il periodo di sviluppo.

Disabilità Intellettiva

≠

Disturbo Neurocognitivo (perdita di una funzione già acquisita)

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)

- a. Deficit delle funzioni intellettive confermati da
valutazione clinica + test di intelligenza standardizzati
e individualizzati

Matrici Progressive di Raven
Scale Wechsler (WPPSI, WISC-IV, WAIS)
Leiter

Scale Wechsler

Tre versioni adattate alle varie fasce d'età:

-**WPSSI** (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – III)

-**WISC-IV** (Wechsler Intelligence Scale for Children-IV)

-**WAIS-IV** (Wechsler Adult Intelligence Scale-IV)

WPPSI -III

Valuta l'**intelligenza** di bambini dai 2,6 ai 7,3 anni.

La scala è una revisione della WPPSI-R, migliorata nella qualità dei materiali al fine di risultare più coinvolgenti e piacevoli per i bambini.

Essa fornisce:

QI Totale (QIT);

QI Verbale (QIV);

QI di Performance (QIP);

Quoziente di velocità di processamento (QVP) per bambini dai 4,0 ai 7,3 anni;

Punteggio totale di Linguaggio generale (LG).

WPPSI -III

Si compone di **14 subtest**: 7 verbali, 5 di performance e 2 di velocità di processamento ed è divisa in **due fasce di età**, 2,6-3,11 anni e 4-7,3 anni, con differenti batterie di subtest per ogni fascia d'età.

Subtest verbali

Informazione, Vocabolario, Ragionamento con parole, Comprensione, Somiglianze, Vocabolario recettivo, Denominazione di immagini

Subtest di performance

Disegno con i cubi, Matrici logiche, Concetti per immagini, Completamento di figure, Ricostruzione di oggetti

Subtest di velocità di processamento

Ricerca di simboli, Cifrario

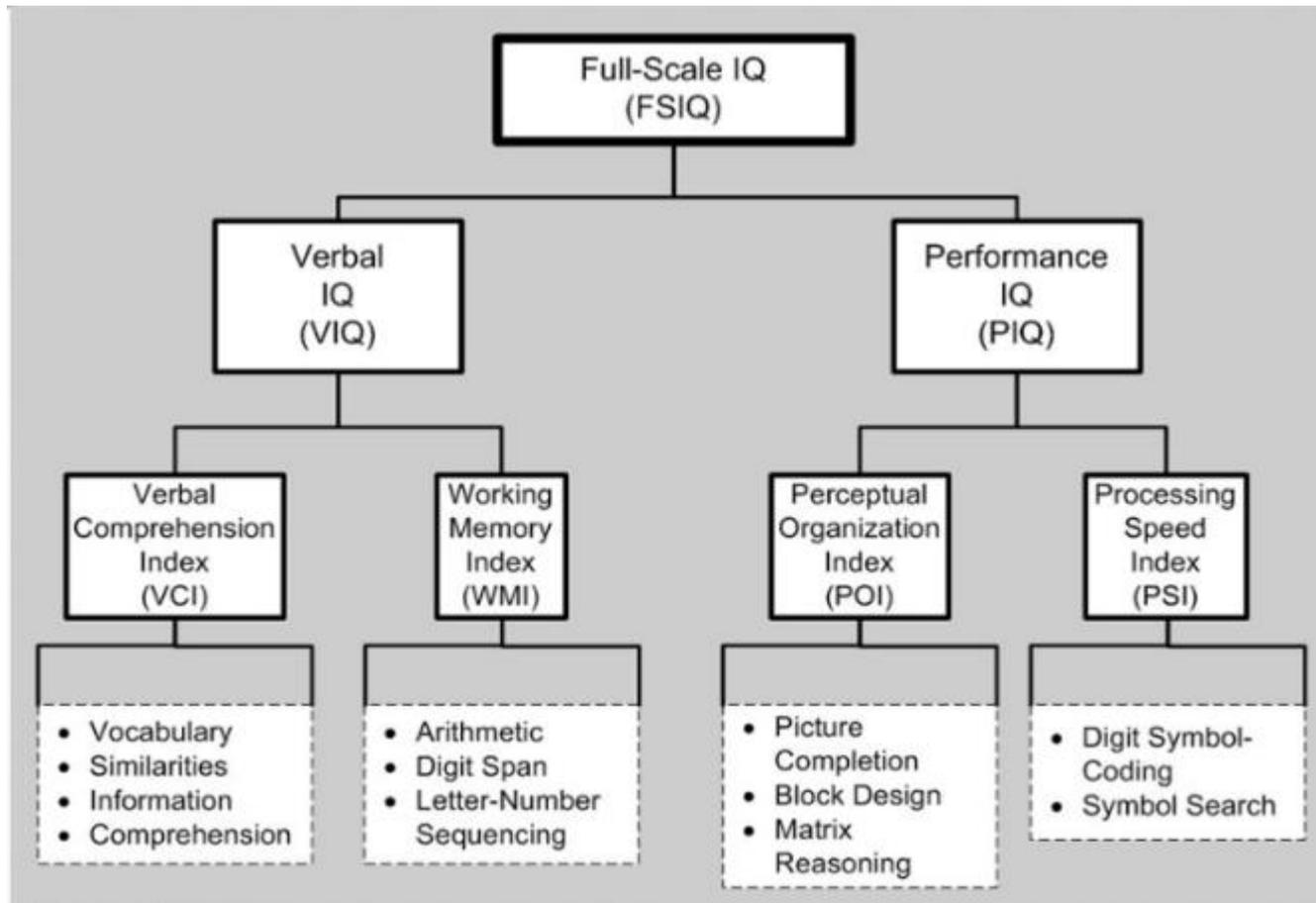
WISC IV

Valuta le capacità cognitive dei bambini di età compresa tra i 6 anni e 0 mesi e i 16 anni e 11 mesi.

Consente di calcolare 5 punteggi compositi:

- 1 *quoziente intellettivo totale (QIT)* per rappresentare le capacità cognitive complesse del bambino
- 4 punteggi aggiuntivi: l'*indice di Comprensione verbale (ICV)*, l'*Indice di Ragionamento percettivo (IPR)*, l'*Indice di Memoria di lavoro (IML)*, l'*Indice di Velocità di elaborazione (IVE)*.

WISC IV



WISC IV

Indice di Comprensione verbale

È una misura della formazione del concetto verbale. Valuta l'abilità dei bambini di ascoltare una domanda, attingere informazioni dall'educazione sia formale sia informale ricevuta, ragionare, dare una risposta ed esprimere i pensieri ad alta voce.

È un buon predittore di preparazione nel campo scolastico e di orientamento al successo, ma può essere influenzato dal background, dall'educazione e dalle condizioni culturali.

WISC IV

Indice di Ragionamento visuo – percettivo

Misura di ragionamento non verbale e fluido. Valuta la capacità dei bambini di esaminare un problema, sfruttare abilità visuo-motorie e visuo-spaziali, organizzare i pensieri, creare soluzioni e verificarle. È inoltre possibile, attraverso questo indice, rilevare le preferenze per le informazioni visive, il sentirsi a proprio agio nelle situazioni nuove e inaspettate, o la preferenza ad imparare attraverso l'azione (learn by doing).

WISC IV

Indice di Memoria di lavoro

Valuta la capacità di memorizzare nuove informazioni, immagazzinarle nella memoria a breve termine, di concentrarsi e di manipolare tali informazioni per arrivare a dei risultati e per stimolare il ragionamento.

Consente di tenere sotto controllo la concentrazione, la capacità di pianificazione, la flessibilità cognitiva e la sequenzialità delle abilità. Tale indice risulta essere sensibile all'ansia.

WISC IV

Indice di Velocità di elaborazione

Valuta l'abilità di focalizzare l'attenzione, la rapidità di analisi, la capacità di discriminazione e la capacità di ordinare sequenzialmente le informazioni visive.

Richiede persistenza e capacità di pianificazione, ma è sensibile alla motivazione, alla difficoltà di lavorare sotto la pressione del tempo e anche alla coordinazione motoria.

I fattori culturali sembrano avere uno scarso impatto su quest'indice. La Velocità di elaborazione è legata alla Memoria di lavoro: una maggiore velocità di elaborazione può ridurre il carico di memoria, mentre una ridotta velocità di elaborazione può danneggiarne l'efficacia.

WAIS IV

Valuta le capacità cognitive di adolescenti e adulti di età compresa tra 16 e 90 anni.

Fornisce un **punteggio totale di QI**, rappresentativo dell'abilità intellettuale generale, e **quattro punteggi compositi**, che misurano specifici domini cognitivi:

Comprensione verbale

Ragionamento visuo-percettivo

Memoria di lavoro

Velocità di elaborazione

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)

- a. Deficit delle funzioni intellettive confermati da
valutazione clinica + test di intelligenza standardizzati e individualizzati

Standardizzato:

valuta obiettivamente le prestazioni confrontandole con le caratteristiche del gruppo di riferimento

Individualizzato:

Adattato alla specificità del soggetto (es.test non verbali..)

Età

Lingua madre

Background socio-culturale

Defici sensoriali, motori, verbali, uditivi



QUOZIENTE INTELLETTIVO (Q.I.)

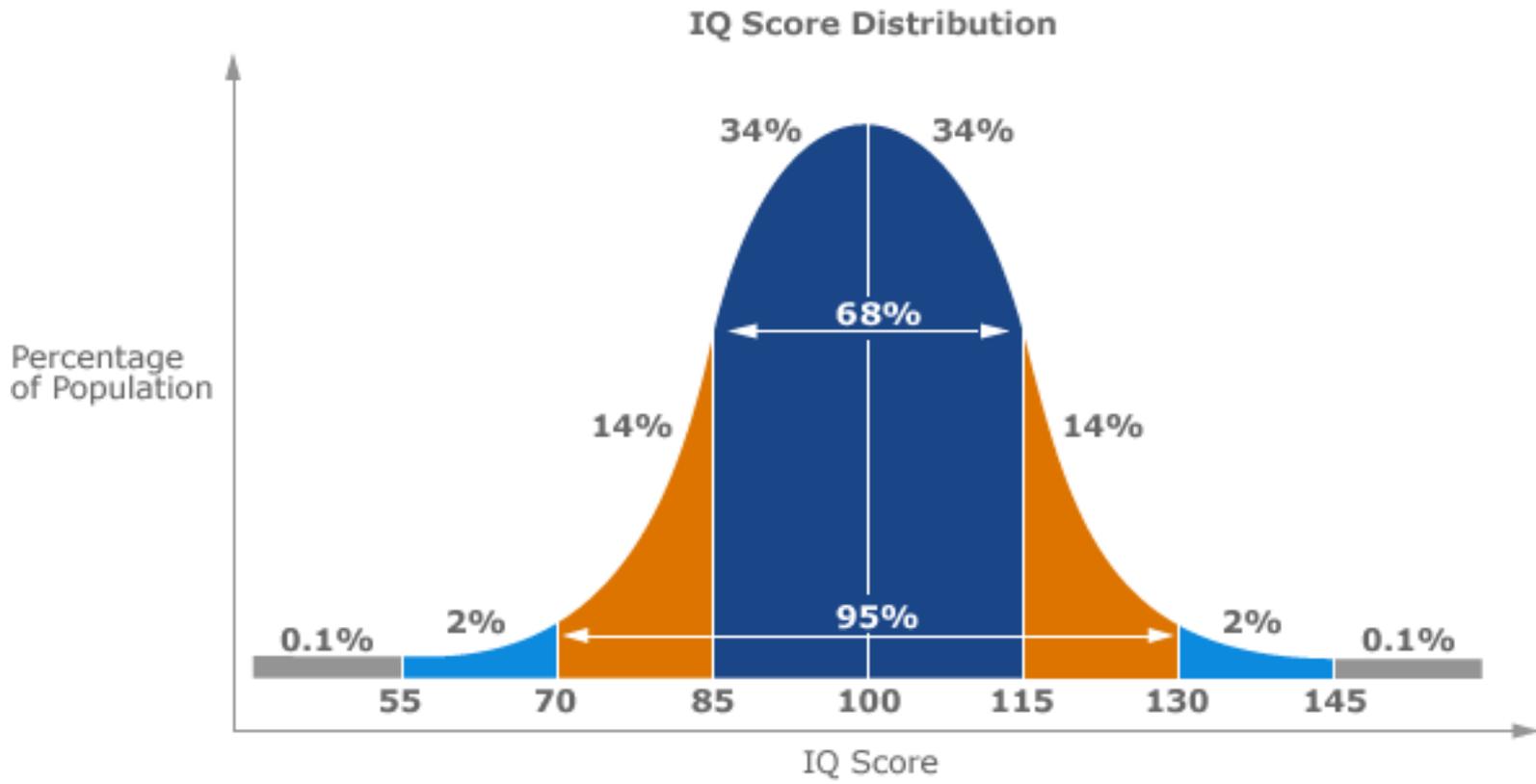
Punteggio che esprime come le capacità intellettive di un soggetto si collochino rispetto ai propri coetanei in un continuum dove la prestazione media cade sul punteggio 100. Rappresenta una misura della deviazione delle prestazioni intellettive individuali rispetto alla media del gruppo d'età di appartenenza del soggetto.

AREE	DIFFICOLTA'
1 COGNITIVA Livello di sviluppo raggiunto	Al test di livello intellettivo WISC IV, raggiunge punteggi comp con disabilità intellettiva di grado lieve, con maggior cadute nel verbale
2 capacità di integrazione delle competenze	Non acquisiti i requisiti della letto-scrittura.
AFFETTIVA	
RELAZIONALE	
1 livello di autostima	
2 rapporto con gli altri	
LINGUISTICA	
1 comprensione	
2 produzione	
3 altri linguaggi alternativi e/o integrativi	
SENSORIALE	
1 vista: tipo e grado di deficit	
2 udito: tipo e grado di deficit	
3 tatto: tipo e grado di deficit	
MOTORIO-PRASSICO	
1 motricità globale	
2 motricità fine	
NEUROPSICOLOGIA	
1 memoria	
2 attenzione	
3 organizzazione spazio/ temporale	
DELLA AUTONOMIA	
1 personale	
2 sociale	

AREE	DIFFICOLTA'
1 COGNITIVA Livello di sviluppo raggiunto	Al test di livello intellettuale WISC IV, raggiunge punteggi comp con disabilità intellettiva di grado lieve, con maggior cadute nella memoria di lavoro.
2 capacità di integrazione delle competenze	L'instabilità attentiva inficia la capacità di integrazione competenze.
AFFETTIVA	
RELAZIONALE	
1 livello di autostima	
2 rapporto con gli altri	
LINGUISTICA	
1 comprensione	
2 produzione	
3 altri linguaggi alternativi e/o integrativi	
SENSORIALE	
1 vista: tipo e grado di deficit	
2 udito: tipo e grado di deficit	
3 tatto: tipo e grado di deficit	
MOTORIO-PRASSICO	
1 motricità globale	
2 motricità fine	
NEUROPSICOLOGIA	
1 memoria	
2 attenzione	
3 organizzazione spazio/ temporale	
DELLA AUTONOMIA	
4 autonomia	

AREE	POTENZIALITA'
1 COGNITIVA Livello di sviluppo Raggiunto	LE COMPETENZE NELL'AREA VISUO-PERCETTIVA RAPPRESENTANO UN PUNTO DI FORZA RELATIVO
2 capacità di integrazione delle competenze	L'APPRENDIMENTO, LA MEMORIZZAZIONE E L'ESPOSIZIONE ORALE POSSONO BENEFICIARE DELL'UTILIZZO DI MAPPE CONCETTUALI
AFFETTIVA RELAZIONALE 1 livello di autostima	
2 rapporto con gli altri	
LINGUISTICA 1 comprensione	
2 produzione	
3 altri linguaggi alternativi e/o integrativi	
SENSORIALE 1 vista: tipo e grado di deficit	
2 udito: tipo e grado di deficit	
3 tatto: tipo e grado di deficit	
MOTORIO-PRASSICO 1 motricità globale	
2 motricità fine	
NEUROPSICOLOGIA 1 memoria	
2 attenzione	
3 organizzazione spazio/ temporale	
DELLA AUTONOMIA	
1 <u>personale</u>	
2 <u>sociale</u>	

QUOZIENTE INTELLETTIVO (Q.I.)



QUOZIENTE INTELLETTIVO (Q.I.)

Un funzionamento intellettivo significativamente al DI sotto della media è definito da un Q.I. di circa 70 o inferiore (-2ds)

Classificazione DSM-IV e ICD-10

- RITARDO MENTALE LIEVE (livello del QI da 50-55 a circa 70)
- RITARDO MENTALE MEDIO
- (moderato) (livello del QI da 35-40 a 50-55)
- RITARDO MENTALE GRAVE (livello del QI da 20-25 a 35-40)
- RITARDO MENTALE GRAVISSIMO
- (Profondo) (livello del QI sotto 20 o 25).

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)

SPECIFICATORI:

317 (cod ICD-10 F70) Lieve

318.0 (cod ICD-10 F71) Moderata

318.1 (cod ICD-10 F72) Grave

318.2 (cod ICD-10 F73) Estrema

N.B.: I livelli di gravità sono definiti sulla base del *funzionamento adattivo* (e non del QI) perché si ritiene sia il *F.A.* a determinare il livello di supporto necessario a mantenere una condizione di vita accettabile (grado di assistenza).

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)

Definita dai seguenti criteri secondo il DSM-5

- b) Deficit del funzionamento adattivo che, senza un supporto costante, limita il funzionamento in una o più attività quotidiane (comunicazione, vita autonoma, partecipazione sociale) in molteplici ambienti (casa, scuola, lavoro, comunità..)

VALUTAZIONE CLINICA

+

TEST STANDARDIZZATI

Vineland Adaptive Behavior Scales

Vineland Adaptive Behavior Scales

- Valutano l'autonomia personale e la responsabilità sociale
- In individui dai 6 ai 60 anni
- intervista semistrutturata rivolta a genitori e caregiver composta da 540 item, che indagano la frequenza dei comportamenti del soggetto. Il comportamento adattivo è misurato da 4 scale, suddivise in 11 subscale, a loro volta suddivise in cluster (da 2 a 8 item) elencati in ordine evolutivo e ordinati ciascuno in base a un item target.

Comunicazione

Ricezione: ciò che il soggetto comprende;

Espressione: ciò che il soggetto dice;

Scrittura: ciò che il soggetto legge e scrive.

Abilità quotidiane

Personale: come il soggetto mangia, si veste e cura l'igiene personale;

Domestico: quali lavori domestici il soggetto compie;

Comunità: come il soggetto usa tempo, denaro, telefono e proprie capacità lavorative.

Socializzazione

Relazioni interpersonali: come il soggetto interagisce con gli altri;

Gioco e tempo libero: come il soggetto gioca e impiega il tempo libero;

Regole sociali: come il soggetto manifesta senso di responsabilità e sensibilità verso gli altri.

Abilità motorie

Grossolane: come il soggetto usa braccia e gambe per il movimento e la coordinazione;

Fini: come il soggetto usa mani e dita per manipolare oggetti.

AREE	DIFFICOLTA'
1 COGNITIVA Livello di sviluppo raggiunto	
2 capacità di integrazione delle competenze	
AFFETTIVA RELAZIONALE	
1 livello di autostima	
2 rapporto con gli altri	
LINGUISTICA	
1 comprensione	
2 produzione	
3 altri linguaggi alternativi e/o integrativi	
SENSORIALE	
1 vista: tipo e grado di deficit	
2 udito: tipo e grado di deficit	
3 tatto: tipo e grado di deficit	
MOTORIO-PRASSICO	
1 motricità globale	
2 motricità fine	
NEUROPSICOLOGIA	
1 memoria	
2 attenzione	
3 organizzazione spazio/ temporale	
DELLA AUTONOMIA	
1 personale	Deficitarie le autonomie nella cura del sé: non sa indovinare, né infilare ed allacciare le scarpe
2 sociale	Non ha acquisito le regole di base per la relazione con i pari Non sa leggere l'orologio Non conosce l'utilizzo del denaro Non sa prendere i mezzi pubblici

AREE	POTENZIALITA'
1 COGNITIVA Livello di sviluppo Raggiunto	
2 capacità di integrazione delle competenze	
AFFETTIVA RELAZIONALE 1 livello di autostima	
2 rapporto con gli altri	
LINGUISTICA 1 comprensione	
2 produzione	
3 altri linguaggi alternativi e/o integrativi	
SENSORIALE 1 vista: tipo e grado di deficit	
2 udito: tipo e grado di deficit	
3 tatto: tipo e grado di deficit	
MOTORIO-PRASSICO 1 motricità globale	
2 motricità fine	
NEUROPSICOLOGIA 1 memoria	
2 attenzione	
3 organizzazione spazio/ temporale	
DELLA AUTONOMIA 1 personale	Emergenti le capacità di alimentarsi autonomamente
2 sociale	Potenziabili le autonomie sociali di base attraverso sperimentazione di situazioni del vivere comune (prender autobus, pagare il biglietto al cinema)

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)

Caratteristiche cliniche associate:

Difficoltà di comunicazione

Difficoltà di controllo del comportamento, discontrollo degli impulsi, aggressività

Autoaggressività e condotte autolesive

Difficoltà di riconoscimento, elaborazione e controllo delle emozioni

Disturbi d'ansia

Scarsa motivazione all'impegno scolastico/lavorativo

Scarsa consapevolezza dei rischi

Credulità, vittimizzazione, falsa confessione, rischio di abuso/violenza sessuale

Rischio di suicidio (frustrazione, isolamento → depressione + scarsa capacità critica → suicidio)

Ritardo globale dello sviluppo

Diagnosi riservata a bambini

- di età <5anni
- Incapaci di sottoporsi a valutazioni standardizzate del funzionamento intellettuale

Tale categoria richiede necessariamente una rivalutazione diagnostica a distanza.

Disabilità intellettiva senza specificazione

Diagnosi riservata a bambini

- di età >5anni
- Incapaci di sottoporsi a valutazioni standardizzate del funzionamento intellettuale per compromissione di:
 - sensoriali (cecità, sordità)
 - fisiche-locomotorie
 - comportamentali

Tale categoria richiede necessariamente una rivalutazione diagnostica a distanza.

Livello intellettivo borderline

«Profilo cognitivo borderline», «Dotazione intellettiva borderline», «Funzionamento intellettivo limite»

Quoziente Intellettivo, misurato con reattivi di livello standardizzati, compreso tra 70 e 85

Associato a una più o meno significativa limitazione del funzionamento adattivo

Livello intellettuale borderline

Queste situazioni «limite» nascondono molte insidie e difficoltà; potrebbero, ad esempio, esporre il bambino all'insuccesso scolastico che, se frequente e protratto nel tempo, potrebbe contribuire alla formazione di una immagine stabile di se stessi come perdenti non solo a scuola ma estesa anche ad altri ambiti quali il gioco, il gruppo dei pari o la vita in generale.

- Nei borderline cognitivi la mancanza di attese nei loro confronti, il giudizio sociale di incapacità, fanno sì che la loro personalità si organizzi **sul deficit anziché sulle risorse**, al punto che si può produrre un vero e proprio ritardo.
- «*Learned Helplessness*» (l'impotenza acquisita): dopo varie esperienze negative l'individuo si lascia andare.
- Questa particolare configurazione psicologica è stata studiata da Martin Seligman (1976) in primo luogo sui cani, che, dopo essere stati sottoposti a continue scosse elettriche che li immobilizzavano, mostravano una tipica perdita di iniziativa

- In letteratura, purtroppo, sono pochi i dati sugli interventi e sulla prognosi di bambini con «funzionamento intellettivo limite».
- L'acquisizione di abilità strategiche di pensiero, lo sviluppo della metacognizione, la conquista di una modalità operativa autonoma nelle attività didattiche o l'acquisizione di *maggior sicurezza personale* potrebbero essere solo alcuni dei traguardi che questi bambini, con il giusto supporto psicoterapeutico e/o riabilitativo, possono raggiungere con successo.

DIAGNOSI CLINICA

DIAGNOSI:

EZIOLOGIA:

CONSEGUENZE FUNZIONALI:

PREVISIONI DELL'EVOLUZIONE NATURALE:

Disturbo dello Spettro Autistico

La caratteristica prevalente dello spettro autistico è la presenza di un quadro clinico in cui emerge un disturbo dell'integrazione delle funzioni cerebrali necessarie a sviluppare una vita di relazione.

Eziopatogenesi

Le cause dell'autismo non sono ancora precisamente e definitivamente individuate.

E' sempre più riconosciuta una compromissione di alcune linee genetiche che condizionano lo sviluppo delle reti neurali e quindi delle funzioni cerebrali deputate alla vita di relazione.



Le cause dell'autismo sono da ricercarsi nella combinazione di fattori genetici ed ambientali che influenzano lo sviluppo delle funzioni neuropsicologiche, cognitive, interattive del soggetto.

(Dr. M. Brighenti 2010)

Disturbo dello Spettro dell'Autismo: criteri diagnostici del DSM V

A) Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti, *presenti attualmente o nel passato*, come manifestato dai seguenti fattori:

1. deficit della reciprocità socio-emotiva: approccio sociale anomalo, anomala reciprocità nella conversazione, ridotta condivisione degli interessi, emozioni o sentimenti, incapacità di dare inizio o di rispondere a interazioni sociali;
2. deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale: anomalie del contatto visivo e del linguaggio del corpo, deficit della comprensione e dell'uso dei gesti, deficit di espressività facciale;
3. deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni: difficoltà di adattare il comportamento a diversi contesti sociali, assenza di interesse verso i coetanei..

Disturbo dello Spettro dell'Autismo: criteri diagnostici del DSM V

B) Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi, come manifestato da almeno due fattori:

1-movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi

2-insistenza della *sameness* (immodificabilità), aderenza alla routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale o non verbale

3-interessi molto limitati, anomali per intensità o profondità

4-iper- o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente



Disturbo dello Spettro dell'Autismo: criteri diagnostici del DSM V

C) i sintomi devono essere presenti nel periodo **precoce dello sviluppo** (ma possono non manifestarsi pienamente prima che le esigenze sociali eccedano le capacità limitate o possono essere mascherati da strategie apprese in età successiva)

Disturbo dello Spettro dell'Autismo: criteri diagnostici del DSM V

D) i sintomi causano **compromissione clinicamente significativa del funzionamento** in ambito sociale, lavorativo e in altre aree importanti



Disturbo dello Spettro dell'Autismo: criteri diagnostici del DSM V

E) queste alterazioni non sono meglio spiegate da disabilità intellettiva o da ritardo globale dello sviluppo.

NB: La disabilità intellettiva e il disturbo dello spettro dell'autismo possono essere presenti in concomitanza (quando il livello di comunicazione sociale è inferiore a quello atteso per il livello di sviluppo generale).



Lo Spettro Autistico

- Le componenti del disturbo autistico (deficit di interazione e comunicazione, anomalie di interessi e comportamento) possono essere presenti in **diverso grado** dando luogo a quadri clinici molto diversi tra loro.
- Il ritardo mentale può essere presente in **grado diverso** condizionando pesantemente la prognosi e le modalità d'intervento.
- L'espressione fenotipica **può modificarsi nel tempo**
- Il contesto di vita e i vari supporti disponibili **condizionano l'espressione** del disturbo

DSM V: specificatori

- Con o senza compromissione intellettiva associata
- Con o senza compromissione del linguaggio associata
- Associato a una condizione medica o genetica nota o ad un fattore ambientale (es. Sd dell'X fragile, Sd di Down)
- Associato ad un altro sviluppo del neurosviluppo, mentale o comportamentale (es. ADHD, disturbo da tic)
- Con catatonia.

SCALE DI VALUTAZIONE PER L'AUTISMO

-ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule Second Edition)

-ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)

ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule 2nd-edition)

Assessment semistrutturato per valutare quasi tutti i soggetti con sospetto di sindrome autistica, dai più giovani e non-verbali agli adulti con buone capacità verbali e cognitive.

Focus sul gioco spontaneo del bambino, le sue modalità di interazione e reciprocità sociale e di comunicazione in una situazione semi-strutturata

5 moduli, ognuno con un proprio protocollo, a seconda di età cronologica e sviluppo linguistico

- MODULO TODDLER: bambini dai 12 ai 30 mesi di età in grado di camminare autonomamente, senza linguaggio fluente. A differenza dei moduli successivi il Toddler fornisce un indicatore di rischio non un cut-off.

-MODULO 1: bambini di età superiore ai 30 mesi senza linguaggio fluente

-MODULO 2: indipendentemente dall'età cronologica, bambini che utilizzano un linguaggio spontaneo, non ecolalico costituito da tre unità indipendenti

-MODULO 3: bambini con linguaggio fluente e adolescenti

-MODULO 4: tardo adolescenti e adulti verbalmente fluenti.

-ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)

E' un'intervista semistrutturata al caregiver principale

Soggetti dalla prima infanzia all'età adulta, con un'età mentale al di sopra dei 2 anni.

Composta da **93 domande** con focus sulle tre aree del funzionamento:

- **Linguaggio e comunicazione;**
- **Interazione sociale reciproca;**
- **Comportamenti stereotipati e interessi ristretti.**

AREE	DIFFICOLTA'
1 COGNITIVA Livello di sviluppo raggiunto	
2 capacità di integrazione delle competenze	
AFFETTIVA RELAZIONALE 1 livello di autostima	
2 rapporto con gli altri	CONTATTO OCULARE MOLTO DISCONTINUO. PROTESICO DELL'ALTRO. L'INTENZIONALITA' COMUNICATIVA E' ESTREMAMENTE RIDOTTA E LEGATA AI BISOGNI PERSONALI.
LINGUISTICA 1 comprensione	L'ATTENZIONE AL MESSAGGIO E' COMPROMESSA
2 produzione	LIMITATA ALL'UTILIZZO DI POCHE PAROLE, LEGATI AI BISOGNI PERSONALI. LINGUAGGIO ECOLALICO. STEREO TIPOLOGICI VERBALI.
3 altri linguaggi alternativi e/o integrativi	ASSENTI GESTI REFERENZIALI E DEITTICI.
SENSORIALE 1 vista: tipo e grado di deficit	
2 udito: tipo e grado di deficit	
3 tatto: tipo e grado di deficit	
MOTORIO-PRASSICO 1 motricità globale	
2 motricità fine	
NEUROPSICOLOGIA 1 memoria	
2 attenzione	
3 organizzazione spazio/ temporale	
DELLA AUTONOMIA 1 personale	
2 sociale	COMPROMESSA.

AREE	POTENZIALITA'
1 COGNITIVA Livello di sviluppo Raggiunto	
2 capacità di integrazione delle competenze	
AFFETTIVA RELAZIONALE 1 livello di autostima	IL COMPORTAMENTO E LA COLLABORAZIONE MIGLIORANO QUANDO E' COINVOLTA IN ATTIVITA' STRUTTURATE CHE SI AVVALGONO DI RINFORZI TANGIBILI
2 rapporto con gli altri	SI LASCIA COINVOLGERE NELLE ATTIVITA' CON IL GRUPPO DEI COETANEI SU BASE IMITATIVA PER TEMPI BREVI
LINGUISTICA 1 comprensione	
2 produzione	DENOMINA GLI OGGETTI UTILIZZATI COME RINFORZO
3 altri linguaggi alternativi e/o integrativi	
SENSORIALE 1 vista: tipo e grado di deficit	
2 udito: tipo e grado di deficit	
3 tatto: tipo e grado di deficit	
MOTORIO-PRASSICO 1 motricità globale 2 motricità fine	
NEUROPSICOLOGIA 1 memoria	
2 attenzione	
3 organizzazione spazio/ temporale	
DELLA AUTONOMIA 1 personale 2 sociale	

AREE	POTENZIALITA'
1 COGNITIVA Livello di sviluppo Raggiunto	
2 capacità di integrazione delle competenze	
AFFETTIVA RELAZIONALE 1 livello di autostima	
2 rapporto con gli altri	
LINGUISTICA 1 comprensione	
2 produzione	
3 altri linguaggi alternativi e/o integrativi	
SENSORIALE 1 vista: tipo e grado di deficit	A.B.S.
2 udito: tipo e grado di deficit	A.B.S.
3 tatto: tipo e grado di deficit	A.B.S.
MOTORIO-PRASSICO 1 motricità globale	
2 motricità fine	
NEUROPSICOLOGIA 1 memoria	
2 attenzione	
3 organizzazione spazio/ temporale	
DELLA AUTONOMIA 1 personale	
2 sociale	

DIAGNOSI CLINICA

DIAGNOSI:

EZIOLOGIA:

CONSEGUENZE FUNZIONALI:

PREVISIONI DELL'EVOLUZIONE NATURALE:

Li,

IL MEDICO SPECIALISTA

Possibili Fattori eziologici dei Disturbi del Neurosviluppo

PRENATALI	Sindromi genetiche (es. X fragile, S. Down) Errori congeniti del metabolismo Malformazioni cerebrali (Es. lissencefalia) Malattie materne (es. patologie placentari) Esposizione a fattori nocivi (alcol, droghe, farmaci..)
PERINATALI	Eventi legati al travaglio e al parto con encefalopatia ipossico-ischemica
POST-NATALI	Danno ipossico-ischemico, traumi cerebrali, infezioni, epilessia, intossicazioni tossico-metaboliche, anomalie endocrinologiche infantili neoplasie

Condizioni genetiche con disabilità intellettiva

Più di 500 malattie genetiche sono associate a ritardo mentale:

- Cromosomiche (Sindrome di Down, ecc.)
- Monofattoriali (S. FraX, errori congeniti del metabolismo, ecc.)
- Multifattoriali (craniostenosi, ecc.)
- Riarrangiamenti criptici subtelomerici, si possono considerare alla base di circa il 7.4% dei casi di ritardo mentale idiopatico da moderato a severo e dello 0.5% dei casi di ritardo mentale lieve.

DIAGNOSI CLINICA

DIAGNOSI:

EZIOLOGIA: multifattoriale

CONSEGUENZE FUNZIONALI:

PREVISIONI DELL'EVOLUZIONE NATURALE:

Lì,

IL MEDICO SPECIALISTA

DIAGNOSI CLINICA

DIAGNOSI:

EZIOLOGIA:

CONSEGUENZE FUNZIONALI: DIFFICOLTA' DI COMUNICAZIONE E DI RELAZIONE CON L'ALTRO, INTERESSI RISTRETTI E STEREOTIPATI, DIFFICOLTA' NELLA LETTO-SCRITTURA E NEL CALCOLO, SCARSI LIVELLI ATTENTIVI, INTOLLERANZA ALLE FRUSTRAZIONI, AUTONOMIE PERSONALI NON IN LINEA CON L'ETA' CRONOLOGICA.

PREVISIONI DELL'EVOLUZIONE NATURALE:

IL MEDICO SPECIALISTA (NPI)

DIAGNOSI CLINICA

DIAGNOSI:

EZIOLOGIA:

CONSEGUENZE FUNZIONALI:

PREVISIONI DELL'EVOLUZIONE NATURALE: LA FORMULAZIONE DI IPOTESI PROGNOSTICHE SARÀ RESA POSSIBILE DA UN PIÙ PRECISO INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DEL DISTURBO DESCRITTO. UTILE, A TAL FINE, RICOVERO PRESSO STRUTTURA NPI SPECIALIZZATA, PER ESEGUIRE INDAGINI CLINICO-STRUMENTALI MIRATE.

L' ACQUISIZIONE DI ALCUNE ABILITA' SCOLASTICHE E' POSSIBILE ATTRAVERSO UN PERCORSO ABILITATIVO GLOBALE E P.E.I.

E' PERTANTO NECESSARIA, IN AMBITO SCOLASTICO, LA PRESENZA DI INSEGNANTE DI SOSTEGNO.

Potenza,

IL MEDICO SPECIALISTA (NPI)

Dott.ssa Alessandra Graziano

Le considerazioni fatte fino ad ora ci portano a concludere che la diagnosi funzionale dovrebbe essere un compito **multidisciplinare e collegiale** che coinvolge tutti gli attori coinvolti nella realizzazione del piano educativo:

- insegnanti
- Specialisti sanitari e sociali
- famiglia

Le Nuove prospettive

DECRETO LEGISLATIVO 13 aprile 2017, n. 66

Introduce il **Profilo di Funzionamento** che sarà l'unico documento propedeutico e necessario alla predisposizione del **Progetto Individuale** e del **P.E.I.**

Compito **multidisciplinare e collegiale** che coinvolge tutti gli attori coinvolti nella realizzazione del piano educativo:

- insegnanti
- Specialisti sanitari e sociali
- famiglia

Non una semplice descrizione delle funzioni attive o carenti dell'alunno, ma un'analisi di queste funzioni in vista della formulazione del PEI (Piano Educativo Individualizzato).

Le Nuove prospettive

SCUOLA

OPERATORI
SOCIO-
SANITARI

FAMIGLIA



BIBLIOGRAFIA

http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/115c59e8-3164-409b-972b-8488eec0a77b/prot4274_09_all.pdf

http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/web/istruzione/famiglie/alunni_disabili

[Corso di Specializzazione per il Sostegno Università di Pisa Orientamento, Progetto di Vita e Alternanza Scuola Lavoro Orientiamoci ...a scuola!](#)

http://www.csaimperia.it/UFF_studi/2009/dicembre/22122009-SAN%20REMO%20-%20Dott.ssa%20Bartoletti.pdf

http://www.edscuola.it/archivio/handicap/pdf_pei.pdf

<http://www.genitoriattivi.it/wp-content/uploads/2012/10/Il-ruolo-della-famiglia-e-delle-Associazioni-di-famiglie-nellinclusione-scolastica.pdf>