



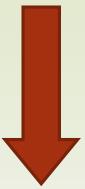
CORSO DI FORMAZIONE DI BASE PER LE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO RIVOLTO AI DOCENTI

dott.ssa Cristina Guidetti
Psicologa

dott.ssa Elena Salvini
Psicologa e Psicoterapeuta

Febbraio 2020

I DISTURBI DELLO SVILUPPO



EVOLUTIVI

difficoltà nell'acquisire determinate competenze.

eziologia:

spesso sconosciuta, genetica, ambientale, interazione tra vulnerabilità genetica e ambiente esterno



ACQUISITI

perdita o compromissione (in seguito a una lesione neurologica o una malattia) di un'abilità precedentemente esistente.

eziologia:

traumatica, tumorale, vascolare, infettiva, anossica

Talvolta lo stesso disturbo può essere sia acquisito, sia evolutivo, come nel caso dell'epilessia

CEREBROPATIA PRIMARIA



DANNO CEREBRALE CONGENITO

Cause interne

- Aberrazioni cromosomiche
- Alterazioni geniche

DANNO CEREBRALE CONGENITO

Cause esterne

- Gravidanza
- Parto

PROBLEMI NEL PERIODO GESTAZIONALE

Periodo embrionale (dal concepimento al 2° mese)

Periodo > delicato

Periodo fetale (dal 3° al 9° mese)

Più vicino alla nascita interviene il problema, minori sono i rischi e meno grave è il danno che ne consegue



Agenti infettivi

Agenti fisici-radioattivi

Agenti chimici

Altri fattori

PROBLEMI RELATIVI ALL'EPOCA DEL PARTO



Nascita a termine
(38°– 42° settimana)
peso
gr. 2.500 – 4.000



Nascita pre-termine

Neonati di basso peso

PREMATURO (tra i 6 e 8 mesi)

Difficoltà di alimentazione: capacità di suzione non sviluppata, movimenti non coordinati

Difficoltà di respirazione: polmoni iposviluppati

Difficoltà di termoregolazione: meccanismo di termoregolazione non organizzato

RISCHI DI DANNI AL SNC: principalmente per difficoltà di respirazione
necessità di ospedalizzazione fino ad acquisizione funzioni autonome

POSTMATURO (dopo 9 mesi e mezzo)

Sofferenza per mancanza ossigenazione adeguata

PROBLEMI RELATIVI ALLO SVOLGIMENTO DEL PARTO



PARTO EUTOCICO

decorso fisiologico



PARTO DISTOCICO

decorso difficile



Sofferenza ipossica

calo del tasso di ossigeno nel sangue

Sofferenza anossica

assenza totale di ossigeno nel sangue

Infezioni

oggi rischio ovviabile con antibiotici

Incidenza di varie sindromi genetiche causa di ritardo mentale

SINDROME	Su 100.000	QI<70	QI>70	M con QI<70	F con QI<70
Down	100	99	1	49,5	49,5
Klinefelter	100	10	90	10	0
XXX-XXXX-XXXXXX	100	10	90	0	10
Noonan	50	18	32	9	9
Turner	45	5	40	0	5
Distr. Musc. Duchenne	30	3	27	3	0
Neurofibromatosi tipo 1	27	3	24	1,5	1,5
Velocardiofaciale	25	20	5	10	10
X fragile	20	16	4	11	5
Sclerosi tuberosa	14	12	2	6	6
Steinert	12	4	8	2	2
Williams	10	8	2	4	4
Fenilchetonuria	10	5	5	2,5	2,5
Patau	10	10	0	5	5
Rett	8	8	0	0	8
Prader-Willi	7	5	2	2,5	2,5
Angelman	4	4	0	2	2
Edwards	2,5	2	0,5	1,5	0,5
5p-	2,7	2,7	0	1,2	1,5
Smith-Magenis	2	1,8	0,2	0,9	0,9
Galattosemia	2	0,2	1,8	0,1	0,1
Cornelia De Lange	2	1,8	0,2	0,9	0,9
Sotos	1	0,2	0,8	0,1	0,1
Lesh-Niham	1	1	0	0,9	0,1
Sanfilippo	1	1	0	0,5	0,5
Hunter	1	0,5	0,5	0,25	0,25
Hurler	1	0,9	0,1	0,45	0,45
Rubinstein-Taybi	0,8	0,7	0,1	0,35	0,35
Rare con Rit. Ment.	8	8	0	4	4
Totale					
A cura di Renzo Vianello					

Fonti principali Baroff, 1986; Ferri e Spagnolo, 1989; O'Brien e Yule, 1995; Rondal, Perera e Nadel, 1999; Waters, 1999; Dykens, Hodapp e Finucane, 2000; Sanders, 2000; Contardi e Vicari, 2001; Di Nuovo e Buono, 2002, 2004; Bargagna, 2005; Bisiacchi e Negrin Saviolo, 2005; Vianello, 2006.

SINDROME DI DOWN



Costituisce oggi la causa più frequente di Ritardo Mentale.

In Italia, da ricerche epidemiologiche, è emerso che la frequenza di nascite di bambini con SD è stimata di 1 su circa 800 neonati

In Italia vivono circa 48.000 persone affette da sindrome di Down

Alcune caratteristiche

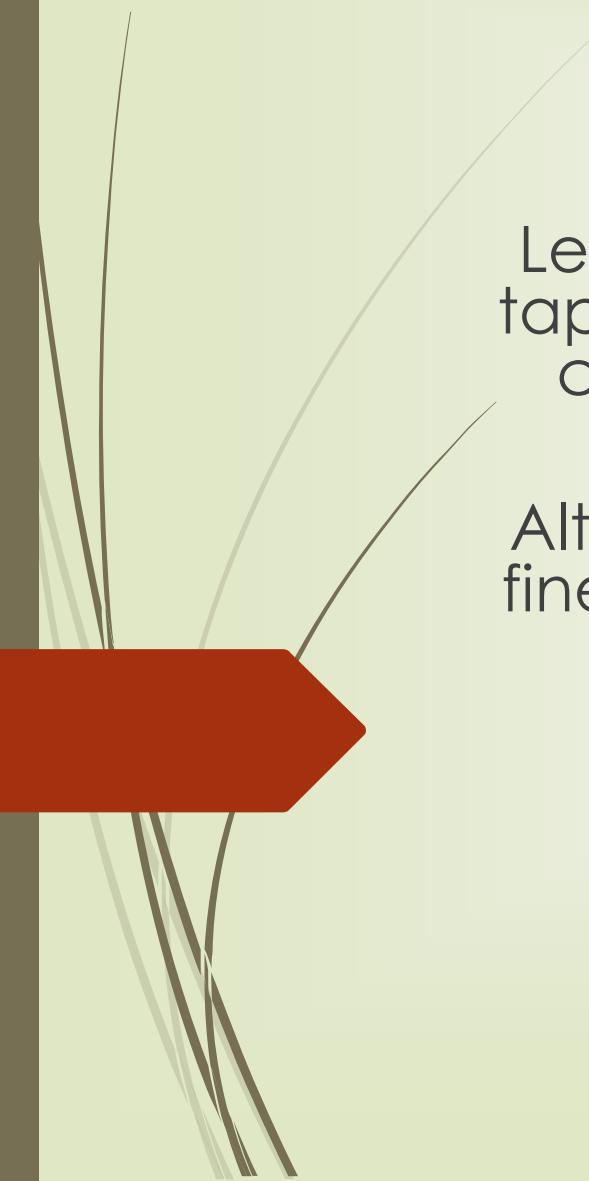
CARATTERISTICHE NELL'ASpetto FISICO:

- ✓ Occhi a mandorla e dalla forma allungata
- ✓ Bocca di misura inferiore e denti più piccoli rispetto alla norma
- ✓ Lingua di volume maggiore
- ✓ Naso appiattito
- ✓ Dita più corte

ANOMALIE DI DIVERSI SISTEMI FUNZIONALI:

- ✓ cardiache (50%)
- ✓ muscolo-scheletriche
- ✓ disturbi al sistema immunitario
- ✓ sistema visivo
- ✓ apparato digerente.

Sviluppo motorio



Le ricerche riportano che i bambini con SD raggiungono le tappe dello **sviluppo motorio** nello stesso ordine dei bambini con sviluppo tipico, anche se con un significativo ritardo

Altri autori hanno descritto problemi specifici nella **motricità fine** (specialmente nei compiti che richiedono sequenzialità e precisione), mentre quella grossolana appare meno deficitaria.

Il profilo neuropsicologico

- ✓ ritardo mentale di livello medio o lieve.
- ✓ canale visuo-spaziale meno compromesso di quello uditivo verbale.
- ✓ spesso è presente una discrepanza tra linguaggio espressivo e recettivo. Quest'ultimo è relativamente preservato, a fronte di una produzione povera. Tuttavia, la variabilità è elevata: in età adulta, alcune persone non superano il livello di competenza linguistica paragonabile allo stadio di produzione di parole singole o semplici combinazioni di parole, altre raggiungono una complessa competenza linguistica (Fabretti et al., 1997; Vallar e Papagno, 1993; Rondal, 1995).
- ✓ difficoltà specifiche nella memoria sia a lungo che a breve termine (in particolare la memoria di lavoro).

SINDROME DI WILLIAMS



Presentano deficit intellettivo, la compromissione marcata di abilità visuo-spaziali e un relativo risparmio del linguaggio espressivo

Karmiloff-Smith, Brown, Grice, Paterson, 2003

Alcune caratteristiche

DISMORFISMO FACCIALE TIPICO:

- ✓ Fronte ampia e restringimento bitemporale
- ✓ ridotta distanza interpupillare
- ✓ Zigomi appiattiti
- ✓ Lobi auricolari prominenti
- ✓ Radice nasale breve
- ✓ Bocca larga e labbra carnose

ANOMALIE DI DIVERSI SISTEMI FUNZIONALI:

- ✓ Sistema cardiovascolare
- ✓ Sistema scheletrico
- ✓ Sistema oculare
- ✓ Malformazioni genito-urinarie

Profilo neuropsicologico

RITARDO MENTALE

di grado variabile, da lieve a medio-grave

ABILITA' LINGUISTICHE

- Lento sviluppo del linguaggio in età pre-scolare

ABILITA' NON VERBALI

- Ritardo nel raggiungimento delle principali tappe di sviluppo motorio
- Deficit nelle componenti visuo-motorie e visuo-spatiali

PUNTI DI FORZA

- ✓ Memoria uditiva e udito molto sensibile;
- ✓ Linguaggio espressivo risparmiato

PUNTI DI DEBOLEZZA

- ✓ Difficoltà relazionali con i coetanei;
- ✓ Forte emotività, tendenza all'ansietà;
- ✓ Attenzione limitata.

SINDROME DELL'X FRAGILE

- Ritardo mentale variabile, da moderato a severo
- Problemi nella coordinazione motoria e nei compiti visuo-spaziali
- Difficoltà in matematica e nella memoria visiva a breve termine.

MANIFESTAZIONI COMPORTAMENTALI:

- Sensibilità sensoriale
- Iperattività
- difficoltà di attenzione
- Perseverazione, ecolalia, stereotipie
- Autolesionismo

PARALISI CEREBRALE INFANTILE



Turba persistente ma non immutabile della postura e del movimento, dovuta ad un'alterazione organica e non progressiva della funzione cerebrale dovuta a cause pre, peri o postnatali prima che si completi la crescita e lo sviluppo del SNC del bambino (Bax1964)

Le paralisi cerebrali infantili si verificano nello 0,1-0,2% dei bambini e possono colpire fino al 15% dei neonati prematuri.

Al mondo ci sono 17 milioni di persone con PCI

CLASSIFICAZIONE IN BASE ALLA FUNZIONE MOTORIA

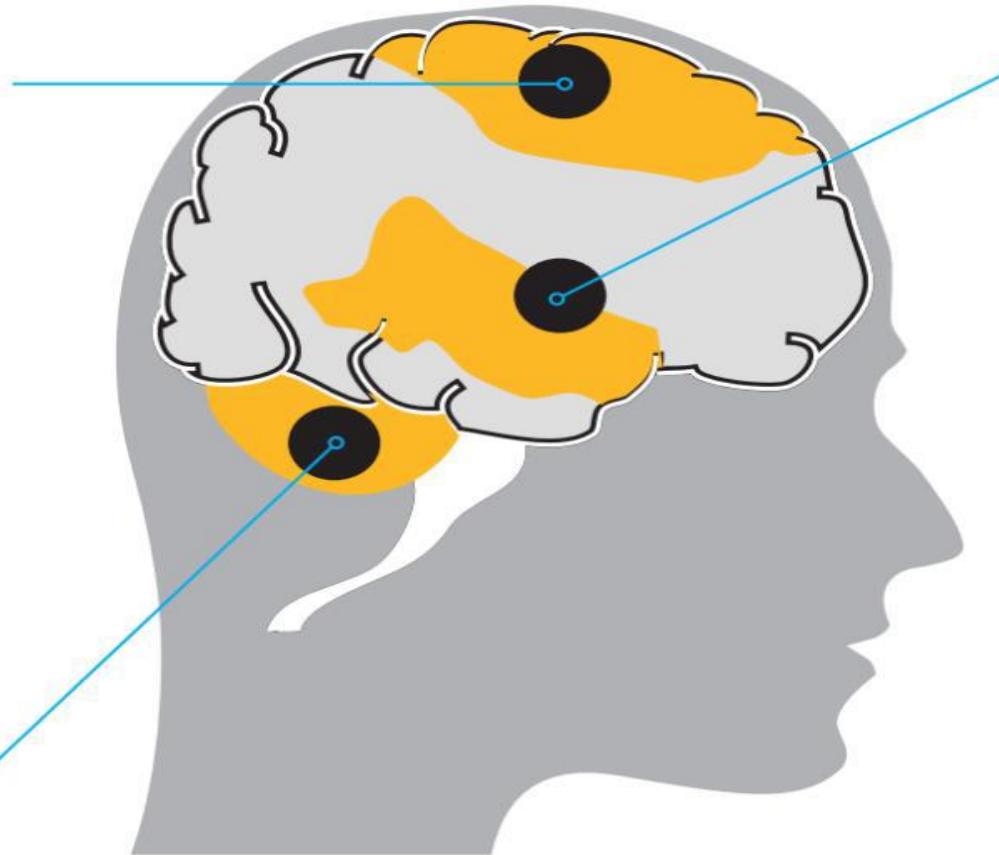
SPASTICA:

70-80%.

forma più comune.

I muscoli appaiono rigidi e stretti.

Causata da un danno alla corteccia motoria.



ATASSIA: 6%

Caratterizzata da

movimenti traballanti. Colpisce l'equilibrio e il senso di posizionamento nello spazio. Causata da danni al cervelletto.

DISCINESI: 6%.

Caratterizzata da movimenti involontari.

Causata da un danno ai gangli basali.

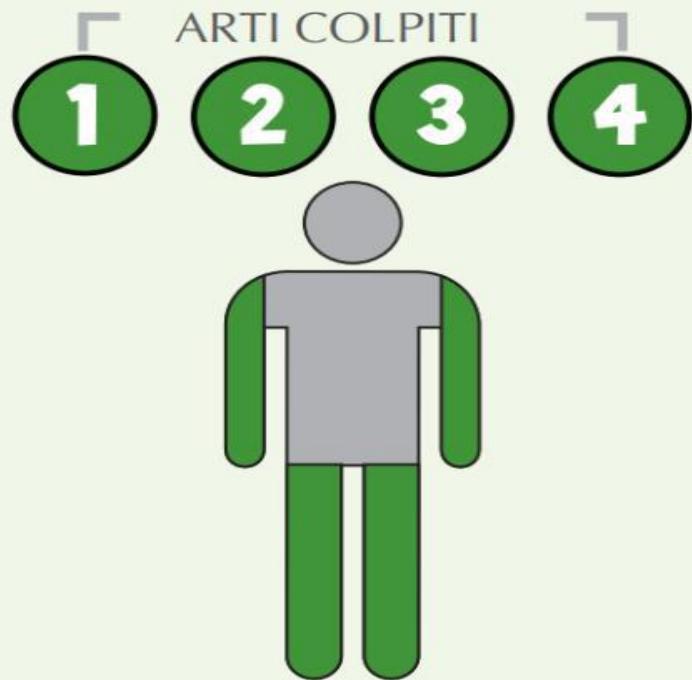
FORMA MISTA:

Combinazione di forme

PARTI DEL CORPO

La Paralisi cerebrale può interessare diverse parti del corpo

QUADRIPLEGIA/ BILATERALE:



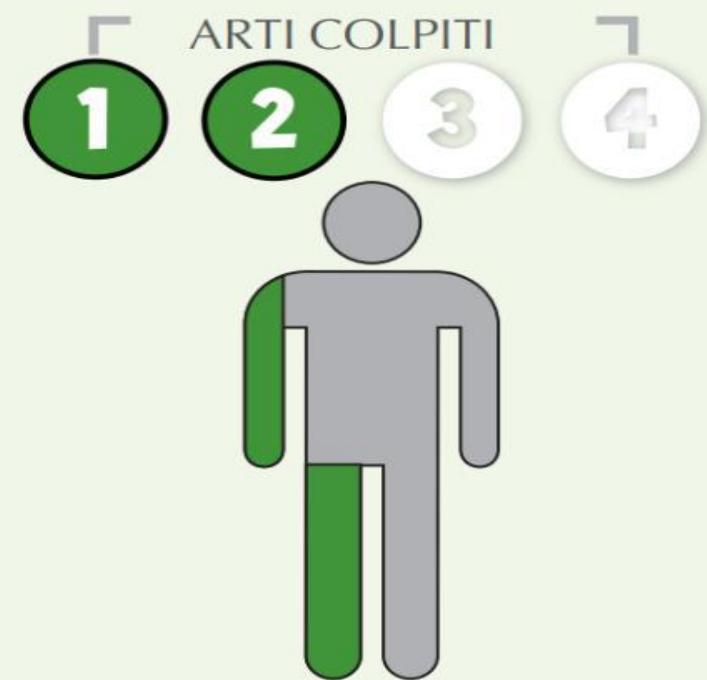
Entrambe le braccia e le gambe. Sono interessati anche i muscoli del tronco, del volto e della bocca.

DIPLEGIA/ BILATERALE:



Entrambe le gambe. Le braccia possono essere interessate in misura minore.

HEMIPLEGIA/ UNILATERALE:



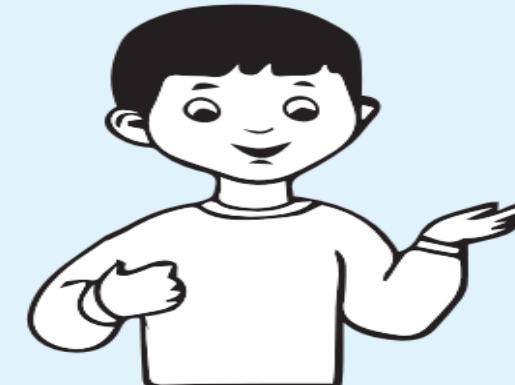
Viene colpito un lato del corpo (un braccio e una gamba)

ABILITA' MANUALE

Almeno due terzi dei bambini con Paralisi cerebrale avrà difficoltà di movimento che interesseranno una o entrambe le braccia. Quasi tutte le attività quotidiane possono essere interessate.



Mangiare



Vestirsi



Scrivere



Afferrare una palla

CEREBROLESIONI ACQUISITE

Il profilo funzionale del bambino con cerebrolesione acquisita ha una configurazione diversa da quello del bambino con cerebropatia congenita.

Tali differenze sono tanto più marcate quanto più elevata è l'età all'epoca del danno cerebrale acquisito.

EZIOLOGIA TRAUMATICA

Il trauma cranico, costituisce l'80% dei traumi e, nei paesi industrializzati, è una delle principali cause di mortalità e di disabilità acquisita.

Ad oggi, il numero di sopravvissuti a tale evento traumatico è in aumento grazie ai progressi della medicina d'urgenza, della rianimazione e della neurochirurgia.

A tale aumento si associa un incremento del numero di pazienti che riportano esiti severi e complessi

Cause più frequenti nei bambini entro i 4 anni di età:

- Cadute
- Maltrattamenti

Cause più frequenti in età pre-adolescenziale e adolescenziale:

- Incidenti stradali
- Attività sportiva

Possibili esiti da trauma cranico:

- **Lesioni focali:** sul piano clinico si tratta di deficit specifici di determinate funzioni cognitive.
- **Lesioni diffuse:** determinano un impoverimento funzionale globale e la perdita o l'alterazione dello stato di coscienza
- **Generale deficit intellettivo**

I più frequenti disturbi NEUROPSICOLOGICI:

- ✓ Attentivi
- ✓ Mnestici
- ✓ Funzioni esecutive
- ✓ Prassici
- ✓ Percettivi
- ✓ Linguistici

CONSEGUENZE PSICOLOGICHE E COMPORTAMENTALI

INFANZIA:

- ✓ Iperattività e disturbo di attenzione
- ✓ Irritabilità, aggressività e comportamento oppositivo
- ✓ Somatizzazione

PREADOLESCENZA e ADOLESCENZA:

- ✓ Disturbi del tono dell'umore (ansia, depressione)
- ✓ Difficoltà di adattamento e di interazione/relazione con i coetanei
- ✓ Comportamento inappropriato (disinibito o eccessivamente impulsivo)
- ✓ Rabbia, irritabilità, aggressività
- ✓ Labilità emotiva

EZIOLOGIA TUMORALE



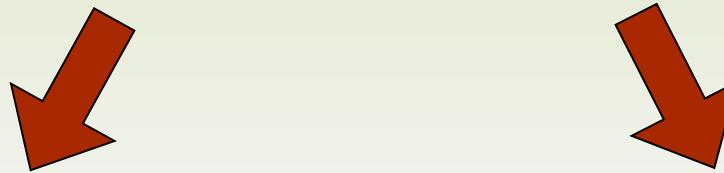
Nei paesi occidentali, i tumori maligni rappresentano, dopo gli incidenti, la seconda causa di morte nei bambini fino a 14 anni.

Il tumore primitivo al sistema nervoso centrale (SNC), è il più frequente tipo di tumore solido nell'infanzia e nell'adolescenza.

Nella maggior parte dei tumori cerebrali primitivi l'eziologia rimane sconosciuta, meno del 5% delle neoplasie infantili può essere spiegato da patologie ereditarie.

Molte sindromi genetiche sono associate ad un maggior rischio di sviluppare tumori al sistema nervoso centrale.

SEQUOLE



Conseguenze neurologiche

deficit motori, sensoriali, endocrini, che hanno un forte impatto sulla qualità della vita del paziente “guarito”

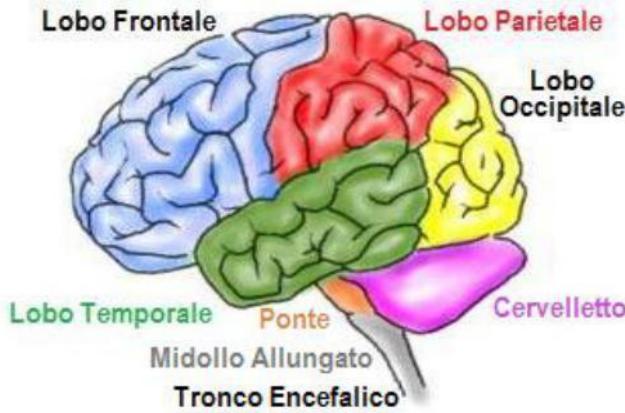
Conseguenze neuropsicologiche

DIPENDONO DA:

- ✓ tipo di tumore e localizzazione;
- ✓ tipo di terapia effettuata;
- ✓ età al momento della diagnosi.

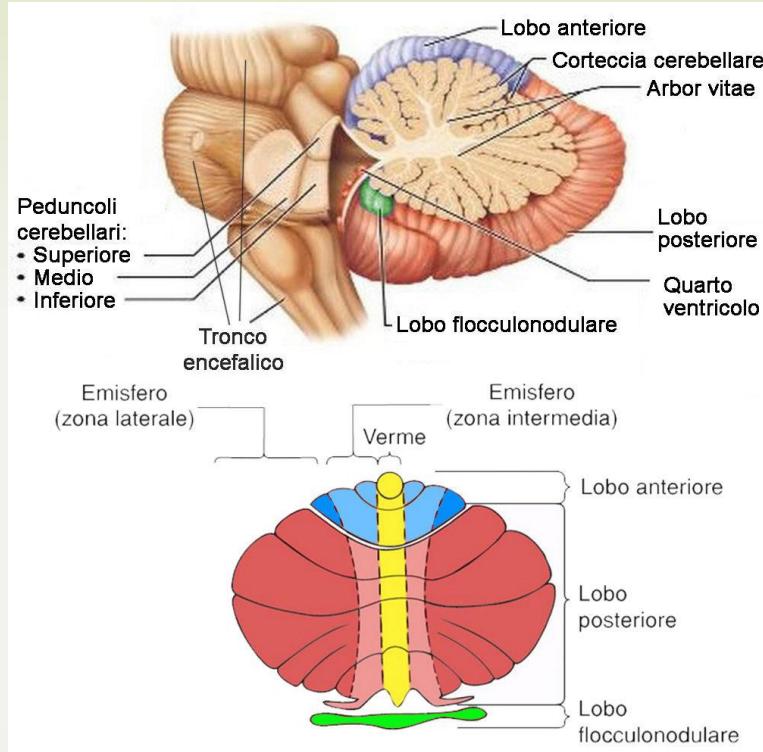
TIPO DI TUMORE E LOCALIZZAZIONE

I lobi



- **lesioni sopratentoriali dell'emisfero sinistro:** deficit verbali e prassici molto più gravi rispetto a quelli visuo-spaziali;
- **lesioni sopratentoriali dell'emisfero destro:** deficit visuo-spaziali peggiori rispetto ai deficit linguistici;
- **tumore della fossa cranica posteriore:** deficit di integrazione visuo-spaziale, memoria, coordinazione motoria.

TIPO DI TUMORE E LOCALIZZAZIONE



- **Tumori all'emisfero cerebellare destro** sono correlati ad un'alterazione dell'intelligenza verbale e della capacità di risolvere compiti che richiedono l'utilizzo di un linguaggio complesso;
- **tumori all'emisfero cerebellare sinistro**, sono correlati a un decremento delle competenze non-verbali;
- **lesione al verme cerebellare**: associata a differenti livelli di disturbi comportamentali (irritabilità, tendenza all'evitamento)

TIPO DI TRATTAMENTO

I trattamenti non chirurgici, soprattutto chemioterapia intracranica (ITC), radioterapia cranica o locale (CRT) e radioterapia cranio-spinale (CSI), sono responsabili di deficit neuropsicologici intellettuali molto marcati.

Trattamento con CRT:

- difficoltà nell'acquisizione di nuove informazioni;
- decadimento delle funzioni esecutive;
- decadimento delle funzioni di integrazione visuo-motoria, di memoria visiva e di fluenza verbale;
- memoria verbale e vocabolario recettivo preservati.

Trattamento esclusivamente chirurgico

intatto funzionamento intellettivo globale, selettivi deficit cognitivi

ETA' ALLA DIAGNOSI

La maggior parte delle ricerche riscontra un netto abbassamento dei livelli intellettivi generali. In particolare,

Radcliffe et al. (1994), hanno individuato la presenza di deficit cognitivi maggiori in bambini con medulloblastoma o altri tumori non corticali che alla diagnosi avevano un'età inferiore ai 7 anni: le radiazioni hanno un effetto maggiore per bambini in tenera età.

Fouladi et al. (2005) hanno trovato che i bambini, trattati con CRT, che al momento della diagnosi avevano meno di tre anni presentano un significativo declino del QI.

CONSEGUENZE PSICOLOGICHE E COMPORTAMENTALI

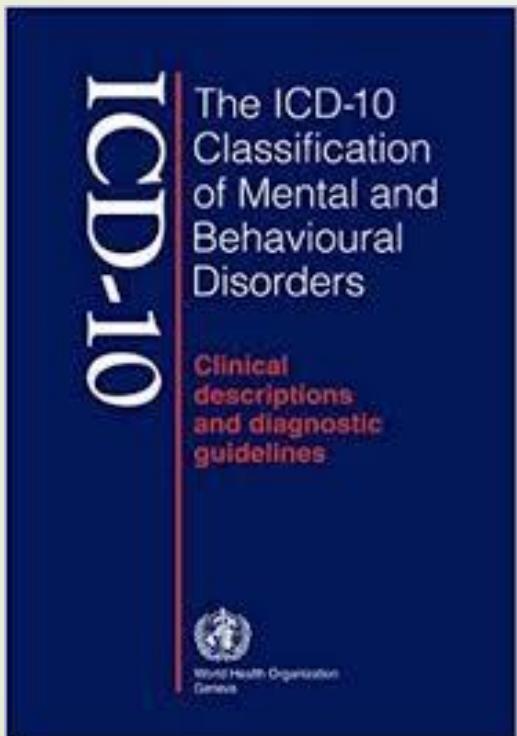
L'eziologia dei disturbi psicologici e comportamentali è multifattoriale → conseguenza diretta o indiretta della patologia.

Età prescolare (0-6 anni)	Età scolare (6-18 anni)
<ul style="list-style-type: none">✓ Passività✓ Scarsa responsività✓ Dipendenza e regressione✓ Introversione e chiusura✓ Ansia di separazione✓ Somatizzazione✓ Enuresi✓ Disturbi del sonno✓ Disturbi dell'alimentazione✓ Opposività ai trattamenti✓ Disturbi comportamentali	<ul style="list-style-type: none">✓ Passività✓ Scarsa iniziativa✓ Dipendenza e scarsa autonomia✓ Introversione e chiusura relazionale✓ Ansia✓ Depressione✓ Irrequietezza, impulsività✓ Senso di colpa✓ Scarsa autostima e inferiorità✓ Inadeguatezza✓ Atteggiamento rinunciatario/evitante/passivo

I DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO



DISABILITA' INTELLETTIVE



Il **ritardo mentale** è una condizione di interrotto o incompleto sviluppo psichico, caratterizzata soprattutto da 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.

Il ritardo può presentarsi con o senza altre patologie psichiche o somatiche.

L'adattamento sociale è sempre compromesso.

La determinazione del livello intellettuale deve essere basata su tutte le informazioni disponibili, comprendenti l'evidenza clinica, adattamento sociale e la prestazione ai test psicometrici standardizzati”

(ICD 10, *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente*)

CRITERI DIAGNOSTICI

Il **DSM-5** individua tre criteri necessari per poter effettuare la diagnosi di **Disabilità Intellettiva**:

Criterio A: deficit delle funzioni intellettive, come ragionamento, problem solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento scolastico e dall'esperienza, confermati sia da una valutazione clinica, sia da test di intelligenza individualizzati e standardizzati.

Criterio B: deficit del funzionamento adattativo che porta al mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali di autonomia e di responsabilità sociale. Senza un supporto costante, i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, come la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita autonoma, attraverso molteplici ambienti (casa, scuola, ambiente lavorativo e comunità).

Criterio C: esordio durante il periodo dello sviluppo.

LIVELLO DI GRAVITA'	Età pre-scolare	Età scolare	Età adulta
LIEVE da 50-55 a 70	Anomalie concettuali lievi o non evidenti	Difficoltà nell'apprendimento della letto-scrittura, delle abilità di calcolo, di concetti di tempo e denaro.	Compromissione del pensiero astratto, delle funzioni esecutive e della memoria a breve termine
MODERATO da 35-40 a 50-55	Abilità concettuali marcatamente inferiori rispetto a quelle dei coetanei. Sviluppo lento delle abilità pre-scolastiche.	Progressi scolastici nella lettura, scrittura, abilità di calcolo, ecc., sono lenti e limitati.	E' necessario un supporto affinché l'individuo possa utilizzare in maniera completa le abilità acquisite.
GRAVE da 20-25 a 35-40	Il raggiungimento delle abilità sociali è limitato. In genere vi è una scarsa comprensione del linguaggio scritto, dei concetti matematici e dei concetti di tempo e denaro. L'eloquio può essere costituito da semplici parole (può rendersi necessario l'uso di strumenti aumentativi per favorire la comunicazione).		
ESTREMO < a 20-25	<p>Le abilità concettuali si riferiscono al mondo fisico. Possono essere acquisite abilità visuo-spaziali quali il confronto e la classificazione basati su caratteristiche fisiche.</p> <p>Vi è una comprensione limitata della comunicazione verbale e gestuale. Può comprendere semplici istruzioni e alcuni semplici gesti.</p> <p>L'individuo è dipendente in ogni aspetto della cura fisica, della salute e della sicurezza quotidiane.</p> <p>Possono esserci concomitanti compromissioni motorie e sensoriali che possono impedire l'uso funzionale degli oggetti.</p>		

FUNZIONAMENTO INTELLETTIVO LIMITE

Si parla di **Forme Limite** in presenza di soggetti con capacità intellettive normali, ostacolate nella loro utilizzazione da fattori sociali o affettivi.

Non viene considerato come un disturbo mentale.

Il profilo psicométrico è caratterizzato da: basse prestazioni ai test verbali, buon livello nelle prove di performance e nei test percettivi e motori di velocità e precisione.

- ✓ Ripetuti fallimenti scolastici
- ✓ Forte disregolazione emotiva
- ✓ Disturbi comportamentali (aggressività VS ansia e/o isolamento sociale)

Solo il 3.4% dei casi considerati possono definirsi “FIL puri”

- ✓ FIL-ADHD (59%)
- ✓ Elevata presenza di problemi d'ansia, depressione e disturbi della condotta



DISTURBO DEL LINGUAGGIO

Ritardo o disordine in uno o più ambiti dello sviluppo linguistico con difficoltà nell'acquisizione, nella comprensione e/o nella produzione

Lessico ridotto

Limitata strutturazione della frasi

Compromissione delle capacità discorsive

Assenza di deficit cognitivi, sensoriali, motori e affettivi.

Esodo nel periodo precoce dello sviluppo.



LATE TALKERS

comparsa del *linguaggio ritardato* rispetto all'età
vocabolario espressivo inferiore o uguale al *10 °percentile* a 24 mesi
assenza di linguaggio combinatorio a 30 mesi.



Indice di rischio per successivi problemi specifici del linguaggio (DSL)
Ritardo transitorio recupero a 36-40 mesi
Recupero tardivo entro i 4 anni
Evoluzione in *DSL*



DISTURBI SPECIFICI DEL LINGUAGGIO

DISTURBO FONETICO-FONOLOGICO:

Difficoltà nella *produzione dei suoni verbali*

Interferisce nella comprensione e nella comunicazione



Difficoltà nella produzione dell'eloquio e/o nella capacità di coordinare i movimenti degli organi articolatori

I deficit non sono riconducibili a compromissione fisica, strutturale, neurologica o uditiva

La difficoltà compromette il rendimento scolastico e la partecipazione sociale

DISTURBO FONETICO-FONOLOGICO

Come si presenta?

Processi di *semplificazione fonologica* oltre i 3-4 anni.

Chiara e precisa *produzione dei suoni e pronuncia delle parole*
oltre i 7 anni.

Suoni più frequentemente articolati in maniera errata (c,l,r,s,z,gl,gn)
oltre gli 8 anni.



DISTURBI SPECIFICI DEL LINGUAGGIO

DISTURBO DELLA FLUENZA CON ESORDIO NELL'INFANZIA (BALBUZIE):

Alterazione della normale fluenza e della cadenza dell'eloquio.



Frequenti ripetizioni o prolungamenti o interruzioni dei suoni
Pause, circonlocuzioni, eccessiva tensione fisica

L'alterazione causa **ansia** e influenza la partecipazione sociale e il
rendimento scolastico.

Il deficit non è riconducibile a compromissione fisica, strutturale,
neurologica o uditiva.

Esordio nell'80-90% entro i 6 anni

BALBUZIE

Come si presenta?

In modo graduale e non consapevole



Ripetizione delle consonanti, delle prime parole e delle parole lunghe

Con la crescita la disfluenze aumentano e interferiscono in modo significativo con la comunicazione



Maggiore consapevolezza = strategie per evitare le disfluenze



Evitare di parlare in pubblico, enunciati brevi e semplici

L'entità è più grave nei momenti di pressione comunicativa



DISTURBI SPECIFICI DEL LINGUAGGIO

DISTURBO DELLA COMUNICAZIONE SOCIALE

Difficoltà nell'uso sociale della comunicazione verbale e non verbale



Deficit nel comprendere e seguire le regole sociali

Incapacità di modificare la comunicazione in base al contesto

Difficoltà nel seguire le regole della comunicazione

Difficoltà nella comprensione dei messaggi sottointesi e
dell'interpretazione dei significati non letterali

Il deficit non è riconducibile ad altra condizione medica

La difficoltà compromette il rendimento scolastico e l'interazione sociale

DISTURBO DELLA COMUNICAZIONE SOCIALE

Come si presenta?

Modalità inappropriate di salutare o scambiarsi informazioni

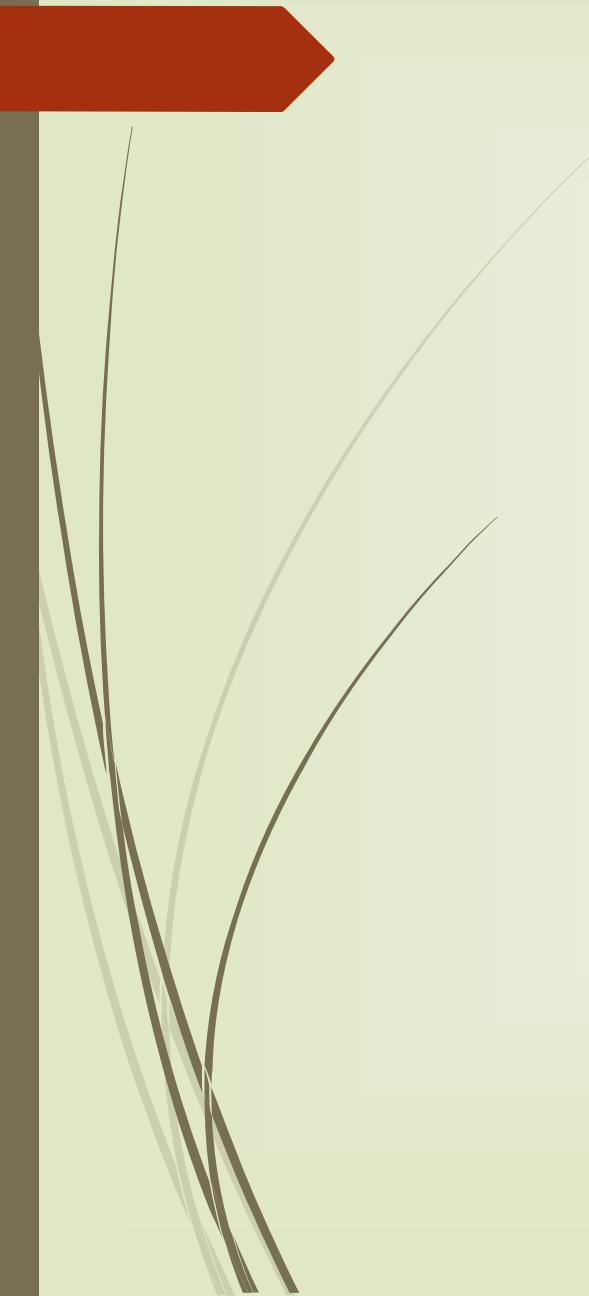
Utilizzo di linguaggio non adeguato agli interlocutori e al contesto

Difficoltà nel rispettare i turni conversazionali

Difficoltà nel riconoscere i segnali verbali e non verbali

Deficit nella comprensione metafore, battute e ambiguità linguistiche

Identificabile dopo i 4-5 anni



DISTURBO DELLA COMUNICAZIONE SOCIALE

Diagnosi differenziale

Disturbo dello spettro autistico

Presenza di comportamenti e interessi ristretti e ripetitivi

ADHD

La limitazione nella comunicazione sociale è una conseguenza dei deficit primari

Disturbo d'ansia sociale

Lo sviluppo della comunicazione sociale è adeguato



ADHD

Pattern persistente di *disattenzione e/o iperattività-impulsività* che interferisce con il funzionamento e lo sviluppo.

I sintomi sono presenti *prima dei 12 anni*

I sintomi si manifestano in almeno *due contesti differenti* e interferiscono con la qualità del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo

Incidenza 5% dei bambini e ragazzi.

Più frequente nei maschi rispetto alle femmine (rapporto 2:1)

ADHD: EZIOPATOGENESI

Disturbo multifattoriale

Base neurobiologica: il bambino nasce con una predisposizione a sviluppare il disturbo

Complicanze pre-perinatali come fattori di rischio

Fattori ambientali che possono far sfociare in modo più o meno evidente le sintomatologia

FUNZIONI ESECUTIVE

*Funzioni corticali superiori deputate al controllo e alla pianificazione
del comportamento*

Giocano un ruolo centrale nei processi di

AUTOREGOLAZIONE



Comportamentale



Emotiva



Cognitiva

ADHD

Come si presenta?

Età prescolare

Iperattività → scarso senso del pericolo, difficoltà a partecipare alle attività

Disregolazione → crisi di rabbia, disturbi del sonno, fatica a rilassarsi

Frustrazione → bassa tolleranza al no, aggressività, difficoltà ad aderire alle regole

Età scolare

Disattenzione → il deficit attentivo è ora più evidente e invalidante

Scarsa motivazione → evitamento dei compiti più impegnativi

Difficoltà nella relazione → l'impulsività e l'invadenza sociale influiscono nel relazionarsi con i pari e con gli adulti



ADHD

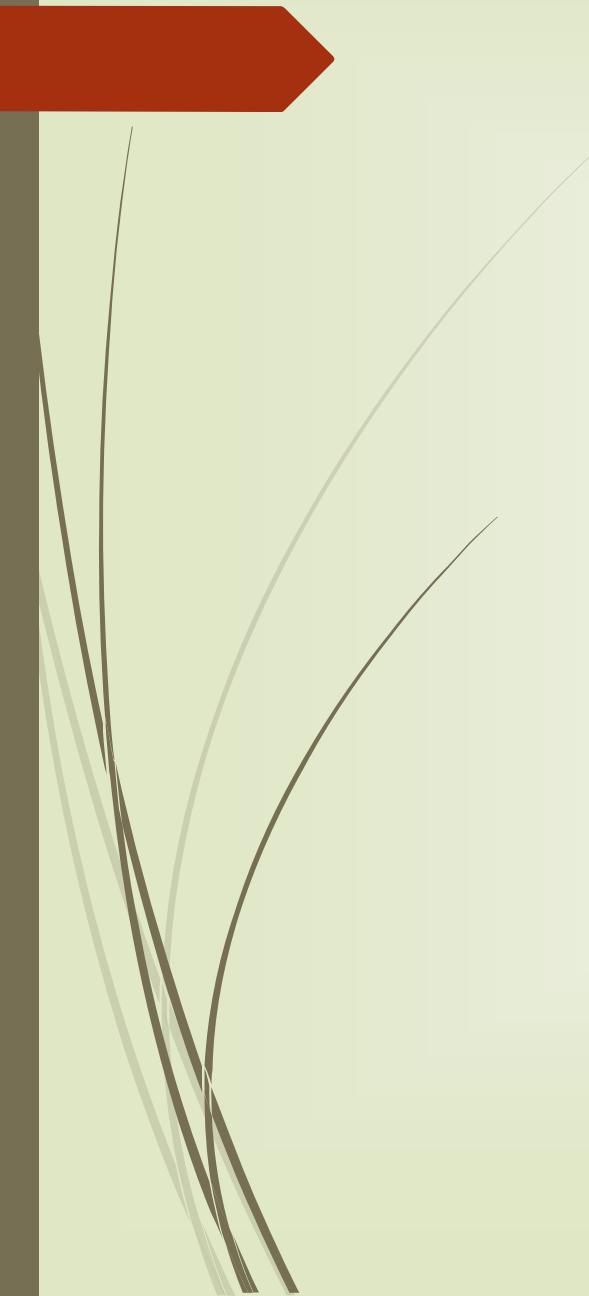
Come si presenta?

Adolescenza

Difficoltà nell'organizzazione e nella pianificazione

Agitazione, impazienza, sensazione interiore di nervosismo e problemi emotivi

Ricerca di sensazioni ed esperienze forti che possono sfociare in uso di alcool e droghe



ADHD

Comorbidità

Nel **75% si associa** a Disturbo dell'apprendimento
Disturbo oppositivo provocatorio, Disturbo della condotta
Ansia e Depressione

La **diagnosi** serve per
migliorare la comprensione dei sintomi,
individuare percorsi di istruzione personalizzati
ridurre il rischio di sviluppare problemi sociali e condotte pericolose

Disturbo dello sviluppo della coordinazione motoria (DCD)

Il disturbo consiste in un *marcato danno nello sviluppo della coordinazione motoria* rispetto l'età cronologica

Non è imputabile né a ritardo mentale né a cause neurologiche note

Le difficoltà si manifestano con *goffaggine e lentezza e imprecisione nello svolgimento di attività motorie*

Incidenza 5-6% dei bambini tra i 5-11 anni

Più frequente nei maschi rispetto alle femmine (rapporto tra 2:1 e 7:1)

DCD: EZIOPATOGENESI

Le basi neuronali del disturbo risultano ancora poco chiare



Ipotizzate disfunzioni cerebellari

FATTORI DI RISCHIO

Età gestazionale < 32 settimane

Peso alla nascita <1500 gr

Esposizione prenatale ad alcol



DCD

Profilo di sviluppo

Nei compiti di movimento di raggiungimento e prensione

Si rileva un **doppio deficit**:

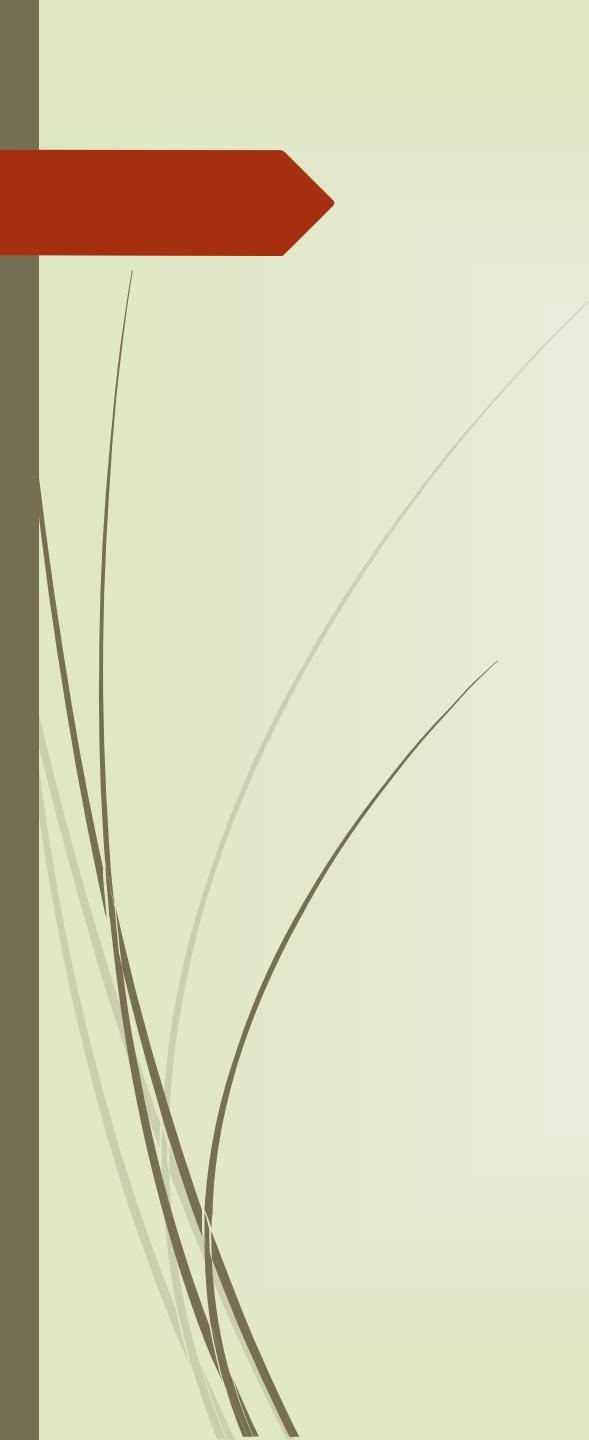
percettivo nella costruzione interna del piano d'azione (sensorimotor modeling deficit)

neuromotorio generale di attivazione muscolare (lentezza e variabilità)

DCD: LIMITI ALLE ATTIVITA' QUOTIDIANE

4 - 6 anni	7-10 anni	11-16 anni
Vestirsi Disegnare Camminare Usare posate e forbici	Scrivere e disegnare Vestirsi Gioco con costruzioni Abilità con la palla e gioco fuori casa Articolazione parole Cammino	Scrivere e disegnare Vestirsi Gioco con costruzioni Articolazione parole Cammino Uso di attrezzi / abilità nella costruzione di oggetti

- Adulti: le difficoltà persistono, esprimendosi in attività complesse (guidare, scrivere..)



DCD

Come si presenta in classe?

Tempi di esecuzione maggiore per i movimenti

Difficoltà di timing nei compiti

Vulnerabilità ai cambiamenti ambientali

Scarso controllo posturale

Scarsa modulazione della forza

Altre difficoltà:

a livello psicologico ne risente la costruzione **dell'immagine corporea**
l'autostima e la **sicurezza personale**.

Disturbo oppositivo provocatorio

un pattern di comportamento o umore che dura da almeno 6 mesi con quattro o più sintomi manifestati durante l'interazione con un individuo diverso dal fratello

UMORE COLLERICO/IRRITABILE

Va spesso in collera

È spesso permaloso o facilmente contrariato

È spesso adirato e risentito

COMPORTAMENTO POLEMICO/PROVOCATORIO

Litiga spesso con figure che rappresentano l'autorità/adulti

Spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste

Spesso irrita deliberatamente

Spesso accusa gli altri per i propri errori

VENDICATIVITÀ

È stato dispettoso o vendicativo almeno due volte in 6 mesi



Disturbo oppositivo provocatorio

come si presenta?

La **persistenza** e **frequenza** servono da guida per distinguere il comportamento patologico da quello normale

Per bambini di età inferiore ai 5 anni la frequenza è tutti i giorni per almeno 6 mesi.

Per bambini di età superiore o uguale ai 5 anni la frequenza è almeno una volta alla settimana per almeno 6 mesi.

La **pervasità** dei sintomi è un indicatore della gravità.

Incidenza varia da 1% a 11% dei bambini e ragazzi

Più frequente prima dell'adolescenza e nei maschi rispetto alle femmine



Disturbo oppositivo provocatorio

Diagnosi differenziale

ADHD

La non conformità alle richieste avviene solo in situazioni che prevedono sforzi lunghi e prolungati

I conflitti con l'autorità sono aspetti secondari

Disturbo del neurosviluppo

Disturbo della condotta

I comportamenti sono tipicamente più gravi e comprendono aggressione, distruzione e furto

Esordio verso i 12 anni

Disturbo del comportamento

DISTURBI DA TIC

Tic movimento o vocalizzazione improvvisa, rapida, ricorrente, motoria non ritmico

Un individuo nel corso del tempo può avere diversi sintomi da tic, ma il repertorio si ripresenta in modo caratteristico

I tic sono percepiti come involontari, tuttavia possono essere volontariamente soppressi per un tempo variabile



CARATTERISTICHE DEI TIC

TIC MOTORI SEMPLICI

Durata: millisecondi

Battito degli occhi, scrollare le spalle, estendere le estremità

TIC VOCALI SEMPLICI

Durata: millisecondi

Schiarirsi la gola, tirare su con il naso, grugnire



Contrazione del diaframma o dei muscoli orofaringei

CARATTERISTICHE DEI TIC

TIC MOTORI COMPLESSI

Combinazione di più tic semplici

Durata: secondi

Copoprassia: gesti sessuali

Ecoprassia: imitazione dei movimenti
degli altri

TIC VOCALI COMPLESSI

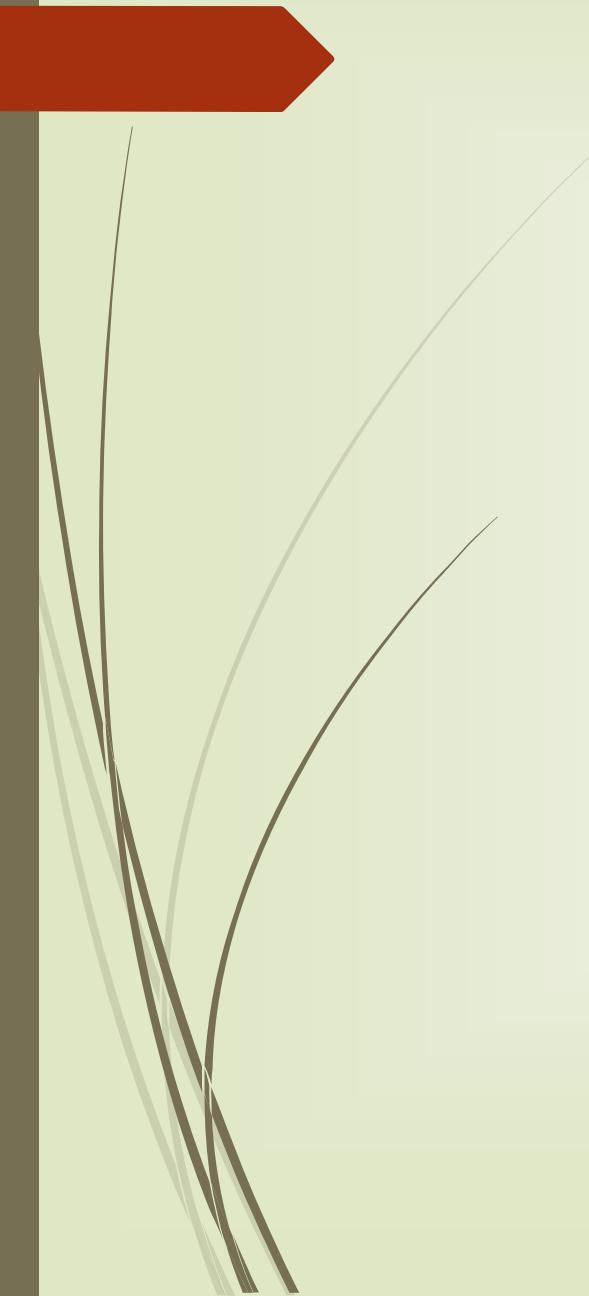
Combinazione di più tic semplici

Durata: secondi

Palilalia: ripetizione di propri suoni

Ecolalia: ripetizione dell'ultima parola
udita

Coprolalia: parole socialmente
inappropriate



DISTURBI DA TIC

Comprendono quattro categorie diagnostiche

SINDROME DI TOURETTE

DISTURBO PERSISTENTE DA TIC MOTORI O VOCALI (CRONICO)

DISTURBO TRANSITORIO DA TIC

DISTURBO DA TIC CON ALTRA SPECIFICAZIONE

L'esordio deve essere prima dei 18 anni di età e non attribuibile a effetti fisiologici di sostanze o condizioni mediche.

SINDROME DI TOURETTE

Tic *motori e vocali* presenti per più di un anno dall'esordio

Funzioni intellettive: non vi è un deficit globale intellettivo
variazioni in base alla comorbidità (TS+ADHD/TS+DSA)

Funzioni psicomotorie: correlazioni tra difficoltà motorie e gravità dei tic in
età adulta

Linguaggio: presenza di disfluenza ma abilità linguistiche preservate

Funzioni esecutive: in TS puri deficit di inibizione e strategia
Deficit in tutte le FE con presenza di comorbidità (TS+ADHD/TS+DOC)

SINDROME DI TOURETTE

Diagnosi differenziale e Comorbidità

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Gli stimoli che favoriscono la compulsione sono di origine cognitiva

Ricerca della sensazione «just right»

Gli impulsi appaiono più finalizzati e complessi

I sintomi ossessivi-compulsivi appaiono più aggressivi e farmacoresistenti quando correlati a ST



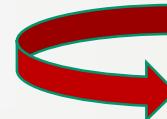
Comorbidità	%
DOC	25-50
Dist Ansia	30-40
ADHD	50-60
Dist. Dell'umore	50-60
Dist. dell'apprendimento	20-30
Dist. Del controllo degli impulsi	30-60

SINDROME DI TOURETTE

Diagnosi differenziale e Comorbidità

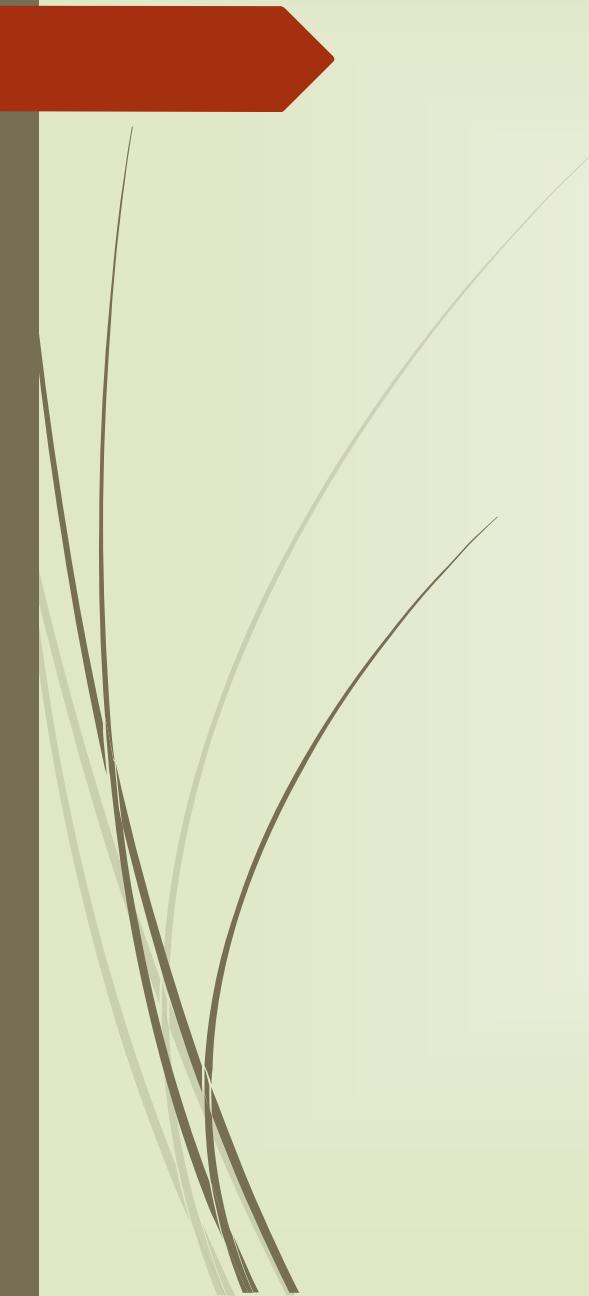
ADHD

Differenziare tra tic multipli frequenti e agitazione
e irrequietezza



Comorbidità	%
DOC	25-50
Dist Ansia	30-40
ADHD	50-60
Dist. Dell'umore	50-60
Dist. dell'apprendimento	20-30
Dist. Del controllo degli impulsi	30-60

In caso di comorbidità i comportamenti dirompenti,
l'immaturità sociale e le difficoltà scolastiche appaiono
più severe



DISTURBI DA TIC

DISTURBO PERSISTENTE DA TIC MOTORI O VOCALI (CRONICO)

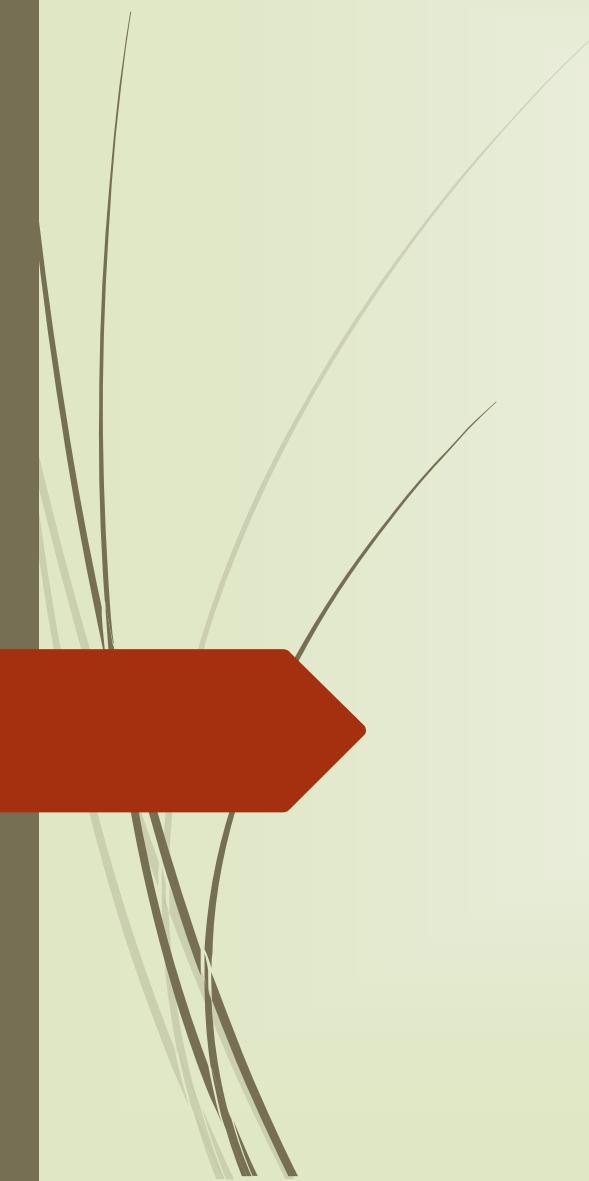
tic *motori o vocali singoli o multipli* per più di un anno dall'esordio.

Specificare: tic solo motori o solo vocali

DISTURBO TRANSITORIO DA TIC

Tic motori e/o vocali singoli o multipli presenti da *meno di un anno* dall'esordio

Non sono mai stati soddisfatti i criteri per Sindrome di Tourette



“L’utopia della perfezione fisica e del completo benessere si basa su un modo di ragionare egocentrico e onnipotente, caratteristico dell’infanzia, età in cui si confonde il desiderio con la realtà e manca la consapevolezza dei limiti dell’essere umano e delle sue concrete potenzialità. E’ proprio all’interno di questi vincoli [...] che ognuno di noi è chiamato a vivere”.

Bonino S. (2006)