

Il Foglio del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva



Il foglio del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva è una rivista realizzata in forma indipendente dalla Sezione Lombardia dell'Associazione Italiana Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva.

Rappresenta il nostro tentativo di raggiungere tutti i soci con notizie, avvisi e articoli che coinvolgono i Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva e crediamo possa rappresentare un'utile occasione di scambio e di incontro per la crescita culturale della nostra professione.

La rivista viene realizzata in proprio grazie ai contributi di quanti vogliono collaborare e messa a disposizione dei soci dell'Associazione, in una apposita sezione del sito internet della stessa, riservata ad utenti in possesso di credenziali (soci in regola con l'iscrizione annuale).

Sono previsti tre numeri annuali con scadenza approssimativa marzo – luglio – novembre.

Nella sezione dedicata potete trovare l'archivio di tutti i numeri pubblicati.

Non sono previste al momento altre forme di distribuzione; i soci che non dispongono di connessione internet sono pregati di contattare la Redazione.

Partecipate tutti e aiutateci a realizzare questo grande progetto!

Redazione

Valeria Flori

Illustrazioni

Disegno di copertina: Cristina Villa

Disegno in quarta di copertina: Stefano Pirovano

Contributi di questo numero

Marco Tofani, Anna Spinelli, Laura Pizzi.

Per l'invio di articoli o contributi di ogni tipo, la Redazione è contattabile all'indirizzo di posta elettronica: valeria.flori@alice.it

Arrivederci al prossimo numero.

EDITORIALE A CURA DELLA REDAZIONE

Cari colleghi, eccoci finalmente al nostro nuovo numero e alla pausa estiva. Ne abbiamo bisogno ... sono stati sei mesi faticosi, in particolare concentrati sulle riflessioni attente intorno al profilo del Terapista della Neuropsicomotricità, ne abbiamo analizzato e condiviso ogni sfaccettatura e ogni interpretazione per comprendere, difendere, salvaguardare e sottolineare tutti i Tnpee, il loro ruolo, le competenze, i diritti e i doveri.

Sono stati mesi intensissimi di attività del gruppo CONAPS, che si occupa appunto del riconoscimento e della tutela di tutto il gruppo delle Professioni Sanitarie di cui anche Aitne fa parte. Si sono moltiplicati tavoli, iniziative, produzione di documenti, richieste ai vari ordini competenti per fare chiarezza sulle professioni, quotidianamente credetemi ipotesi da comprendere, vidimare, appoggiare, declinare ... per esempio si è parlato di un nuovo "super infermiere", un altro tuttologo per intenderci

E poi tutte le Commissioni ecm che in virtù del nuovo accordo Stato-Regioni stanno iniziando a fare chiarezza per permettere alle Associazioni di iniziare a regolare il percorso formativo creditizio dei propri iscritti ... anche qui un dedalo di leggi, commi e procedure faticosissime.

Per il Tnpee c'è stata poi la Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea (Milano, maggio 2012) che approvava il Core Competence della professione. Aitne ha sostenuto con forza in tal sede la necessità di un Core molto più articolato di quello prodotto e quindi ha richiesto più tempo per procedere con osservazioni attente che mettessero in evidenza tutte le competenze previste dal profilo e che tutte le aree della professione venissero ben dettagliate e previste nel documento ufficiale che appunto dovrebbe sancirne la pratica e che quindi dovesse essere la voce in primo luogo dei Terapisti e in seguito quello dei loro formatori. Sono state richieste pertanto modifiche concrete al documento e un maggior livello di approfondimento in particolare sulla presa in carico dei disturbi di sviluppo oggetto del nostro intervento e sulle metodologie di intervento, che passassero per intenderci dagli ausili per il cammino, alla valutazione neuropsicologica, PASSANDO e sottolineo passando dalla psicomotricità. I risultati di questa commissione dovrebbero essere resi pubblici con un convegno sulla Professione previsto a Roma nel mese di dicembre, al quale vi invitiamo caldamente a partecipare a condividere le vostre esperienze professionali e la vostra pratica e di cui ovviamente vi informeremo per tempo attraverso il servizio newsletter e il servizio formazione del sito internet.

In tutte queste sedi crediamo di aver portato la vostra voce e abbiamo raggiunto importanti risultati. la nomina dei rappresentanti regionali, la pagina facebook, i servizi soci presenti e garantiti dal sito internet ci hanno infatti permesso di arrivare molto vicini a voi e alle vostre esigenze, ma anche peculiarità regionali, per non dire assolutamente locali.

In questo momento di fatica e di rigore, di crisi economica e di incertezza professionale per TUTTI, Aitne ha visto un'impennata di iscrizioni e in particolar modo un grande numero di nuovi Soci, giovani neolaureati e non, che hanno compreso l'importanza di fare fronte comune e di stare uniti per poter essere incisivi e raggiungere obiettivi concreti e immediatamente spendibili.

GRAZIE ... Invitiamo tutti di nuovo a collaborare alle diverse iniziative con segnalazioni, ma anche perché no il proprio tempo per partecipare agli incontri sul territorio e alle varie commissioni. Contattecì e contattate i referenti, scriveteci e teniamoci in contatto perché AITNE è l'Associazione dei Terapisti della Neuropsicomotricità Italiani ed è la loro voce che deve sostenere, INSIEME per CRESCERE.

A tutti Buone Vacanze



*Valeria Flori
Luglio 2012*

AITNE

Associazione Italiana Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva
Via Quintino Sella 8, 00187 Roma - Tel. 3886177077

info@aitne.it

presidenza@aitne.it

iscrizioni@aitne.it

servizisoci@aitne.it

www.aitne.it



Il foglio di Neuropsicomotricità

LA CURA DEL PIEDE TORTO CONGENITO IN TANZANIA: L'esperienza del INUKA Southern Highlands CBR

A cura di MARCO TOFANI – TNPEE

La sede del progetto INUKA si trova in Tanzania, e più precisamente nel distretto di Wanging'ombe, a 800 km da Dar es Salaam, il più grande polo economico dell'intera nazione. Wanging'ombe è un piccolo villaggio tra gli altopiani meridionali della Tanzania. Con i suoi 2000 abitanti, si estende nell'arida savana africana, tra spinosi arbusti e alberi solitari. Le coltivazioni di mais e di girasoli rappresentano le principali attività produttive di reddito, ma considerato il clima equatoriale è possibile coltivare i campi solo pochi mesi l'anno, durante la stagione delle piogge.

Tra sole, vento, campi di mais, di girasole, distese incontaminate, l'ombra di immensi alberi secolari, sorge il **INUKA Southern Highlands CBR**. L'unico progetto di riabilitazione su base comunitaria nella regione di Iringa. Da tre anni Gondwana - Associazione di Cooperazione e Diplomazia Popolare, insieme ai volontari del Servizio Civile Nazionale all'estero Cesc-Project, si occupa di bambini affetti da disabilità fisiche e mentali, e ad oggi sono circa 150 i bambini che usufruiscono dei servizi offerti dal progetto. Alcuni vengono seguiti con terapie domiciliari, considerate le distanze e la tipologia di disabilità, altri invece frequentano regolarmente i Centri Socio Riabilitativi dei sei villaggi coinvolti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che il 10% della popolazione tanzaniana è affetta da disabilità. Considerando che gli abitanti della Tanzania sono circa 36 milioni, una considerevole fetta di popolazione necessita di cure e di un intervento riabilitativo adeguato. Nel contesto rurale tanzaniano, in particolare nel distretto di Wanging'ombe, oltre a problemi legati a parti distocici, lesioni prenatali, perinatali e postnatali, è stata



riscontrata una forte incidenza di piede torto congenito.

Si stima che ogni anno nascano 100.000 bambini con piede torto, e che l'80% di questi si trovi in nazioni in via di sviluppo.

Tale malformazione congenita, nei paesi in via di sviluppo, risulta essere fortemente invalidante sia da un punto di vista prettamente fisico, sia da un punto di vista sociale con l'esclusione dalla scuola e dalla vita comunitaria dei villaggi.

L'invalidità fisica è dovuta non tanto alla severità della malformazione e alla sua complicata evoluzione, bensì all'inadeguatezza e all'intempestività degli interventi.

Le enormi distanze e l' inadeguatezza dei mezzi di locomozione, costringono molto spesso i genitori ad un atteggiamento d'attesa o all'affidamento a guaritori locali.

Tutto ciò comporta, a lungo andare, una evidente complicazione del quadro sintomatologico. Ulteriore elemento problematico è l'inadeguatezza degli interventi che molte strutture utilizzano, o per mancanza di personale o per mancanza di preparazione specifica.

Dall'esperienza maturata in questi anni e dal confronto con altri professionisti che operano in Tanzania, infatti, è emerso che il personale sanitario locale, non abbia i mezzi e le conoscenze adeguate per intervenire su tale malformazione.

Spesso nelle strutture sanitarie mancano ortopedici e fisioterapisti, e la cura del piede torto viene affidata a specialisti di altre branche della medicina. In altri casi, invece, pur essendo presente personale adeguato, questo interviene con una imprecisa e parziale applicazione delle metodiche già esistenti.

Il progetto si inserisce in un contesto rurale di un paese in via di sviluppo.

Contesto in cui sono richieste delle abilità specifiche per inserirsi all'interno della comunità in maniera produttiva, quali il lavorare la terra, coltivare i campi, tagliare la legna, andare a prendere l'acqua. Tutto ciò percorrendo grandi distanze a piedi o in bicicletta.

Il bambino con piede torto congenito, se non trattato adeguatamente, rischia di essere un peso per la famiglia e per l'intera comunità. In più in età scolare ai bambini disabili, molto spesso, viene negato il diritto all'istruzione.

E' sufficiente un PTC non trattato per esserne esclusi.

Si stima che, in media, nei paesi in via di sviluppo meno del 2% dei bambini disabili frequenta la scuola. Infine, le donne affette da piede torto hanno meno possibilità di sposarsi e più probabilità di subire abusi.

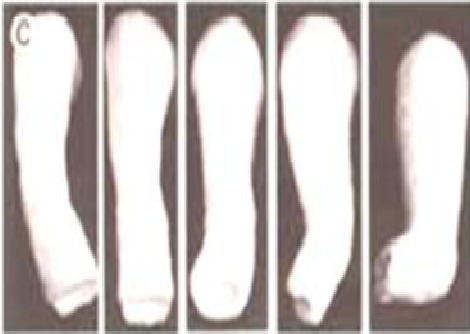
Quella che inizialmente potrebbe essere una 'semplice' malformazione congenita se non curata tempestivamente ed in maniera corretta, rischia di diventare, in relazione alle richieste della società, un vero e proprio handicap ed elemento di esclusione sociale per gli individui.

Per tutte le ragioni riportate sinora era di fondamentale importanza intraprendere un percorso formativo che coinvolgesse professionisti locali. Le associazioni Gondwana – Cooperazione e Diplomazia Popolare e Cesc-project, mosse dalla volontà di destituire un modello di cooperazione e sanitario assistenzialista, e di promuoverne invece un altro capace di collaborare con le autorità locali e permettere alla popolazione di intervenire con le proprie forze e le proprie risorse, hanno promosso una sperimentazione per la cura del PTC secondo la Metodica Ponseti.

Il metodo Ponseti è uno dei tenti approcci utilizzati per la cura del PTC in Europa, ma è il più indicato nei paesi in via di sviluppo. Un vantaggio dell'utilizzo del metodo Ponseti è dato dalla non invasività di tale metodologia, dalla facilità di reperire i materiali e dal basso costo delle attrezzature necessarie, specie se messe in relazione ai costi di interventi

chirurgici.

Scrivere in tal proposito la Global-HELP Publication su 'Clubfoot: Ponseti Management' del 2005: *Il metodo essenzialmente non chirurgico del Dott. Ponseti, offre l'opportunità di affrontare il problema del piede torto per mezzo di interventi di sanità pubblica.*



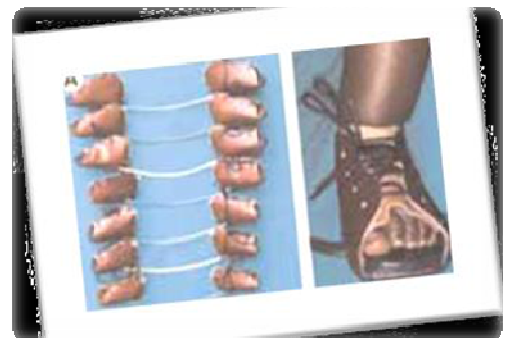
L'approccio al PTC secondo la metodica Ponseti, risulta quindi essere economicamente vantaggioso per il sistema sanitario nazionale, ancor prima che per il progetto.

In breve, tale metodica prevede una correzione della malformazione mediante l'applicazione di gessi seriatî, al termine della quale si potrà intervenire, dove necessario, con una piccola incisione del Tendine d'Achille.

Dopo l'operazione si applica nuovamente un apparecchio gessato per mantenere la posizione corretta del piede e per permettere al tendine di allungarsi.

Il trattamento si conclude con dei tutori per mantenere la correzione ottenuta in precedenza.

I tutori, le Steenbeek Foot Abduction Brace (SFAB), dovranno essere indossati per i primi 4 mesi tutto il giorno, per poi essere indossate solo la notte nei 3 anni successivi. Con la corretta applicazione di tale Metodologia, è stato dimostrato che il 90% dei bambini affetti di piede torto va incontro ad una completa risoluzione della malformazione.



Le attività di formazione e di sperimentazione del Metodo Ponseti sono iniziate ad Aprile 2011, inizialmente con il solo Centro Socio Riabilitativo (CSR) di Wanging'ombe. Nei mesi successivi, assistendo ad un significativo incremento delle attività, è apparso necessario il coinvolgimento di altri due CSR, quello di Ilembula e di Mtwango, e di altre due assistenti di riabilitazione. In sei mesi di progetto è stato possibile estendere la sperimentazione del metodo Ponseti a 12 bambini provenienti da differenti villaggi del distretto di Wanging'ombe e da altre zone limitrofe.

I piccoli pazienti, accompagnati costantemente dai loro genitori, presentavano differenti quadri di PTC:

- PTC puro;
- PTC in comorbidity con Paralisi Cerebrali Infantile di tipo Spastico;
- PTC in comorbidity con Spina Bifida;
- PTC in bambino affetto da AIDS;

Tale variegata composizione della casistica, ha contribuito ad una crescita dell'équipe, che ha potuto sperimentare in prima persona le difficoltà derivate dalla patologia coesistente al piede torto. Di seguito si riportano le osservazioni e gli accorgimenti utilizzati per intervenire nei differenti quadri di piede torto congenito.

PTC Puro

Nell'applicazione della metodica Ponseti nel bambino con PTC puro, le uniche difficoltà osservate sono relative all'età in cui si interviene.

Più il bambino è piccolo, più è semplice correggere la deformazione e, se il bambino inizia il trattamento al di sotto dell'anno d'età, risulta efficace la sola applicazione dei gessi. In più se si inizia nei primi mesi di vita, l'applicazione dei tutori SFAB non va ad interferire con le tappe di sviluppo del bambino (quadrupedica, stazione eretta, deambulazione).



Se il bambino in cui si inizia l'applicazione dei gessi, già ha acquisito la deambulazione o già va a scuola, iniziano a subentrare altre problematiche riguardanti le richieste sociali ed il desiderio del bambino di esprimere la propria motricità.

Una prima difficoltà riguarda la realizzazione dei gessi. Se si dovessero seguire le indicazioni del dott. Ponseti, l'arto inferiore dovrebbe essere ingessato con una flessione di 90° a livello del ginocchio e risulterebbe difficiloso per il bambino camminare e raggiungere l'istituto scolastico o giocare con i suoi coetanei.

Ciò che è stato proposto è di eseguire un'ingessatura sotto al ginocchio, inserendo a livello del piede, tra le bende gessate, dei rinforzi in plastica, in modo da rallentare il deterioramento dell'apparecchio gessato.

Stessa difficoltà si presenta al momento dell'applicazione dei tutori SFAB. In questo caso è stato proposto di non indossare le scarpe tutto il giorno, bensì solo nei momenti di inattività e quando il bambino va a dormire. Durante il giorno potrà camminare liberamente, raggiungere la scuola, giocare con gli altri. Infine nei bambini in età scolare, specialmente verso i 5-6 anni, la sola tenotomia del tendine d'Achille non sembra riuscire a risolvere il problema. È molte volte necessario procedere con un ulteriore intervento chirurgico con la trasposizione del muscolo tibiale posteriore, per ovviare al deficit funzionale dei muscoli peronieri, tibiale anteriore e estensori lunghi delle dita.

PTC in comorbidità con PCI spastica

Nei bambini con PTC associato ad una forma di spasticità risulta maggiormente difficoltoso correggere l'equinismo ed il varismo del piede. Oltre alle caratteristiche tipiche del PTC, si associa la componente spastica dei muscoli che tende a riportare il piede in una posizione inadeguata. In più sia negli esercizi che nella fase di immobilizzazione per l'applicazione del gesso, l'insorgenza del clono potrebbe creare un ulteriore elemento di disturbo. È necessaria una particolare attenzione durante le mobilizzazioni passive e nel posizionamento dell'arto inferiore. Particolarmente idonea risulta la posizione in triplice flessione dell'arto. Se il bambino con quadro di paralisi cerebrale infantile non ha intrapreso un percorso riabilitativo precocemente, il quadro patologico tende a complicarsi.



Una volta corretto la malformazione del piede, rimane da correggere l'atteggiamento in flessione ed intrarotazione dell'arto inferiore (comune nelle PCI). Più che nel quadro di PTC puro, nel bambino con paralisi cerebrale infantile è necessario impostare un successivo programma riabilitativo atto a migliorare lo schema del passo, l'assetto dell'intero schema corporeo, e l'allungamento di alcune catene muscolari.

Ciò che è stato potuto osservare è che se il bambino presenta anche un ritardo cognitivo più o meno severo, e specialmente se presenta una bassa comprensione verbale, risulta più difficoltosa raggiungere una buona collaborazione. Qui entrano in gioco le capacità del terapeuta, la sua abilità nel coinvolgere empaticamente il bambino e nel proporre giochi ed attività ludiche come mezzo riabilitativo.

PTC in comorbidità con Spina Bifida

Il PTC è alle volte associato con la spina bifida. A seconda del tratto del rachide interessato, bisognerà prestare specifiche attenzioni. In generale, essendo compromessa sia la via sensitiva sia quella motoria, nel bambino con mielomeningocele è opportuno proteggere la cute con abbondanti fasciature di cotone perché, in caso di lesioni cutanee, ulcere e conseguenti infezioni della pelle, il bambino potrebbe non avvertire dolore. È, inoltre, necessario assicurarsi che le dita del piede siano perfettamente visibili, in modo tale da rendersi conto di eventuali problemi di circolazione.



Se il bambino non possiede il controllo degli sfinteri, la continua perdita di urina potrebbe andare a compromettere la durezza dell'apparecchio gessato, con conseguente inefficacia del trattamento.

È opportuno accertarsi che il bambino indossi tutto il giorno un pannolino e che il genitore si preoccupi di controllare costantemente. Se non è possibile reperire pannolini, bisognerà accertarsi che la stoffa che svolge le funzioni del pannolino sia adeguatamente ricoperta da un telo di plastica, in modo da conferire una maggiore impermeabilità.

Terminato il trattamento con gli apparecchi gessati, è consigliabile valutare la reale efficacia dei tutori SFAB o se invece è maggiormente indicato l'utilizzo di tutori in termoplastica che possano essere utili sia per il piede torto che per i problemi relativi alla spina bifida.

PTC in bambino con AIDS

Nel bambino malato di AIDS con PTC l'unica problematica riscontrata è quella relativa alla tenotomia del tendine d'Achille o ad altri interventi chirurgici.

Considerando la compromissione delle difese immunitarie, c'è un elevato rischio di infezioni postoperatorie. È opportuno valutare con il medico i rischi derivanti dall'intervento ed informare la famiglia. Durante la rimozione dei gessi è consigliabile l'utilizzo di guanti monouso; se dovessero presentarsi ulcere e lesioni cutanee, il terapeuta non entrerà in diretto contatto con il sangue del paziente.

Al termine della sperimentazione il personale locale coinvolto – tre assistenti di riabilitazione, un fisioterapista ed un artigiano – sono stati in grado di provvedere autonomamente alla presa in carico di dodici bambini con PTC.

Fondamentale è risultato anche il coinvolgimento delle famiglie, seguite inoltre dallo psicologo del progetto attraverso counseling individuali e di gruppo.

A distanza di sei mesi dal termine della sperimentazione, le attività per la cura del PTC continuano autonomamente all'interno del INUKA Southern Highlands CBR.

Obiettivo raggiunto.

BIBLIOGRAFIA

- Ponseti I., Staheli L. et al, *Trattamento del Piede Torto Congenito: il Metodo Ponseti*, Global Help, 2009.
- Morcuende J.A. Dolan L. A. et al, Radical Reduction in the Rate of Extensive Corrective Surgery for Clubfoot *Using the Ponseti Method*, *Pediatrics* 2004;113;376.
- National Policy on Disability - Ministry of Labour, Youth Development and Sports - United Republic of Tanzania, 2004.

Per maggiori info sul Metodo Ponseti:

- http://www.global-help.org/publications/books/help_cfponsetiitalian.pdf
- <http://www.clubfeet.net/video.php>

Per altre informazioni:

marcotfn@gmail.com

Marco è un ragazzo molto disponibile, pieno di iniziative e con molti interessi, scrivetegli pure per qualunque info o curiosità su questo o altri progetti esteri, vi risponderà certamente

Noi aspettiamo un altro articolo ... ce l'hai promesso ...

Buon lavoro

www.inuka.it

Il sito contiene informazioni sul progetto a favore dei disabili nella regione di Njombe in Tanzania, in corso dal 2008.

I siti:



www.cescproject.org

Il CESC Project nasce da una duplice tradizione: quella trentennale del servizio civile degli obiettori di coscienza e quella federativa, iniziata nel 1982 con il CESC Nazionale, prima aggregazione di Enti di servizio civile in Italia.

Il CESC-PROJECT opera per un servizio civile che sia formativo per i volontari; faccia crescere cittadini responsabili e protagonisti di una società aperta e multietnica; dia risposte reali ai bisogni delle fasce deboli e ai bisogni di salvaguardia di beni culturali e ambientali del territorio.



www.gondwanasud.org

Gondwana nasce il 5 aprile 2008 dall'evoluzione dell'Associazione "Noi Ragazzi del Mondo di Roma", con l'obiettivo di costruire ponti di scambio e di solidarietà fra ragazzi del Nord e del Sud del mondo, valorizzando l'esperienza dei giovani che hanno svolto servizio civile all'estero o esperienze di volontariato e di "diplomazia popolare", ovvero esperienze di incontro tra popoli che si concretizzano nella reciprocità dei rapporti e si manifestano come cambiamento possibile.

In particolare i paesi interessati dal loro interscambio per ora sono Brasile, Tanzania Cameroun,



Il foglio di Neuropsicologia

LA SCALA BHK PER LA VALUTAZIONE DELLA SCRITTURA: presentazione dello strumento

A cura di ANNA SPINELLI – STUDENTE in TNPEE

In questo breve articolo viene presentata la Scala sintetica per la valutazione della scrittura in età evolutiva ovvero l'adattamento italiano della BHK, lo strumento più conosciuto e utilizzato nella pratica clinica per la quantificazione della disgrafia evolutiva nelle sue componenti di cattiva qualità del segno grafico (analisi morfologica) e disfluenza (velocità nella produzione di grafemi).

Attraverso questo strumento è possibile l'analisi della scrittura attraverso l'osservazione di alcuni parametri che permettono non solo di identificare il segno "disgrafia" (valutazione e diagnosi) ma soprattutto di descrivere le caratteristiche dell'atto grafico rivelandosi pertanto uno strumento utilissimo per la pratica clinica riabilitativa del disturbo specifico (disturbo specifico di scrittura) ma anche più in generale delle disabilità della motricità fine (disturbo evolutivo della coordinazione motoria).

Abbiamo deciso di pubblicare questo articolo perché lo strumento è stato realizzato con il contributo di diversi nostri soci che hanno contribuito sia alla fase di validazione che di sperimentazione dello strumento, mettendone in evidenza tutti gli aspetti di significatività citati.

L'Associazione si è già fatta promotrice della diffusione e conoscenza dello strumento attraverso due corsi di formazione già realizzati e conclusi nella regione Lazio; è volontà del Direttivo promuovere questa formazione anche in altre regioni italiane.

La stesura dell'articolo è stata affidata ad una studente in Tnpee che ha avuto modo di sperimentare direttamente la Scala per la sua tesi di laurea (in corso) sull'analisi di profili di scrittura in diversi disturbi di sviluppo.

L'articolo si limita alla presentazione dello strumento, prevalentemente a scopo conoscitivo e divulgativo.

La cattiva scrittura: breve excursus storico

La cattiva scrittura, per quanto riguarda la qualità dell'atto grafico, costituisce un serio impedimento per il bambino sia a scuola che nella società. Quando la cattiva qualità è tale da supporre un disturbo neuropsicologico sottostante vengono utilizzati i termini "disgrafia" o "agrafia": agrafia sottende "il non scrivere" e disgrafia "lo scrivere male o in modo qualitativamente povero".

Nella pratica clinica i termini disgrafia e agrafia sono spesso usati per indicare la differenza fra un disturbo evolutivo nella produzione grafica da un lato (la "disgrafia") e, dall'altro, un disturbo da deficit acquisito ("agrafia").

Le prime ricerche sul disturbo della scrittura possono essere fatte risalire ad Ajuriaguerra (1975) e collaboratori che la descrivono nei suoi aspetti qualitativi come "uno scrivere con difficoltà", non riconducibile ad un disturbo neurologico o ad un limite cognitivo intellettuale.

La disgrafia viene ricondotta e descritta non come un ritardo dello sviluppo, quanto piuttosto come una forma di sviluppo atipico.

La difficoltà nello scrivere comprende problemi inerenti la leggibilità della grafia, ma anche la lentezza del ritmo di scrittura.

Sulla base dell'esperienza clinica maturata da Ajuriaguerra e collaboratori, è stata redatta una Scala per la Disgrafia (1979) sotto forma di elenco di 25 caratteristiche salienti che riguardano appunto la scrittura dei disgrafici, raccolte nelle seguenti categorie:

1. errata organizzazione morfologica della scrittura: per esempio, la scrittura ondeggiante e la scrittura troppo ravvicinata;
2. scarsa manualità: per esempio, la cattiva qualità della traccia di scrittura e le "saldature" tra le lettere;
3. difetti di forma e di proporzione: per esempio, lettere malformate, micro e macrografia.

La valutazione della scrittura e la BHK

La scala BHK nasce da un'elaborazione sintetica della Scala per la disgrafia di Ajuriaguerra, aggiornata da nuove considerazioni e nuovi modelli teorici e da ulteriori e approfondite analisi cliniche delle diverse tipologie grafiche in età evolutiva. Il suo obiettivo primario è quello di individuare precocemente eventuali problemi di scrittura, mentre non vuole dare nessun tipo di indicazioni sulle cause degli stessi, che infatti difficilmente possono essere dedotte direttamente dal prodotto grafico.

La BHK presenta delle novità rispetto all'originale di Ajuriaguerra, infatti sono state selezionate 13 delle 25 caratteristiche presenti nella versione originale, ritenute le più idonee per essere inserite come parametri nella nuova Scala sintetica per la valutazione della scrittura.

Sono stati inoltre aggiunti, al fine di considerare la funzione comunicativa della scrittura, alcuni parametri attinenti alla struttura morfologica (lettere – parole – frasi – paragrafi).

Altre caratteristiche sono state mutate e raggruppate in nuove categorie.

La BHK originale (Scala sintetica per la valutazione della scrittura in età evolutiva) è stata realizzata da Hamstra-Bletz, de Bie e den Brinker e presentata per la prima volta in Olanda nel 1987, dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo dell'Università di Leida.

La versione originale olandese comprende come la revisione un elenco di parametri per individuare le caratteristiche dell'atto grafico e permettere la segnalazione della "disgrafia" attraverso l'identificazione di alcune caratteristiche salienti ricorrenti nella scrittura qualitativamente povera.

Dagli anni 80 la versione originale è lo strumento di valutazione della qualità di scrittura più conosciuto e utilizzato nella ricerca e nella pratica clinica; da qui la necessità e l'intento di proporre un adattamento italiano.

Le modalità di somministrazione e raccolta del campione di scrittura sono analoghe, la differenza sta nel numero e nelle caratteristiche dei parametri per l'analisi del prodotto.

Viene proposto al soggetto un foglio da copiare in un tempo prestabilito e successivamente si procede alla valutazione della produzione fatta secondo i 13 parametri.

Il testo standard scelto è una prova di copiatura, nell'intento di alleggerire il più possibile il compito delle componenti di decodifica linguistica e di renderlo applicabile dalle prime fasi dell'apprendimento del codice alfabetico (quelle in cui si impara a scrivere copiando lettere e parole). Questa metodologia di valutazione ha il pregio di essere di facile e rapido utilizzo nella

pratica clinica; permette l'individuazione e la quantificazione delle caratteristiche salienti della cattiva scrittura e misura anche la rapidità di scrittura in relazione alla classe scolastica frequentata dal bambino.

Inizialmente si esamina la grafia nel suo insieme; la valutazione prevede poi il giudizio delle prime cinque righe di scrittura che vengono analizzate nel complesso di frasi, parole, lettere e infine la valutazione dei particolari connotativi delle lettere.

La scala BHK è uno strumento estremamente utile dunque nella valutazione neuropsicologica dei disturbi evolutivi specifici e più in generale nella rilevazione di un cattivo uso della motricità fine, anche in assenza di patologie neurologiche franche. Poter quantificare il grado di compromissione dell'atto grafico inoltre consente maggiore precisione non solo in ambito sia diagnostico ma anche riabilitativo (valutazione dell'outcome, monitoraggio dei trattamenti, ecc.).

La cattiva qualità di scrittura viene inquadrata come "segnalatore clinico" per diversi disturbi dello sviluppo psicologico. La troviamo nel Disturbo Evolutivo Specifico della Funzione Motoria (DESM) e nel Disturbo Evolutivo Specifico delle Abilità Scolastiche (DESAS), così come nella categoria "Altri disturbi evolutivi delle abilità scolastiche".

La cattiva scrittura rappresenta un marker importante nella diagnosi del disturbo specifico dove ci si aspetta una scrittura povera in presenza di prestazioni motorie globalmente deficitarie.

Ma anche nei casi dubbi la tipizzazione accurata della scrittura risulta fondamentale laddove la qualità dell'atto motorio non sia così notevolmente compromessa (per prestazioni borderline all'ABC-Movement tra il 15° e il 5° percentile) per poter dimostrare la presenza del segno disgrafia e ipotizzare quindi comunque una diagnosi di disturbo specifico

Per quanto riguarda invece i disturbi aspecifici la rilevazione di presenza di disgrafia induce ad indagare all'interno di un inquadramento neuropsicologico più ampio, il resto delle abilità del bambino, con particolare attenzione all'area "non verbale" dove ci si aspetta infatti di ritrovare prestazioni deficitarie in particolare nelle abilità visuospaziali e attentive e in quelle di ortografia e calcolo.

La scala originaria utilizza dei punteggi soglia (cut-off) qualitativi per definire una scrittura "povera" o realmente "disgrafica".

Viste le differenze riscontrabili tra popolazione olandese e italiana quanto a modalità di insegnamento della scrittura e tipologia del codice linguistico, il Gruppo Disgrafia dell'Università La Sapienza di Roma ha proceduto a selezionare un campione normativo romano che rappresentasse tutta la popolazione della scuola primaria (dalla classe seconda alla quinta elementare) per la quale la scrittura si possa considerare acquisita e si è occupato appunto dell'adattamento della scala originaria sulla popolazione italiana al fine di poter utilizzare lo strumento in maniera appropriata.

Per ottenere un campione rappresentativo delle scuole pubbliche di tutto il Comune di Roma che rappresentasse le varie realtà demografiche del territorio nazionale è stato scelto il XX Municipio considerandone l'estensione e l'eterogeneità delle realtà socioculturali che vi si riscontrano.

La popolazione oggetto d'indagine è costituita da alunni di scuola primaria (classi seconda, terza, quarta e quinta); sono stati esclusi dal campione gli alunni del primo anno con l'intento di eliminare l'influenza sul campione di fattori legati all'esercizio e alle prime fasi di apprendimento della lingua scritta. Sono state selezionate 16 scuole distribuite su 8 Istituti Comprensivi, per un totale di 31 classi e raccolte le scritture di 594.

La raccolta delle prove di scrittura è avvenuta nel mese di maggio 2008, al fine di fotografare il livello raggiunto al termine del percorso educativo relativo alle singole classi.

Quattro Terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva formati nelle procedure di somministrazione della scala hanno eseguito le prove di copiato secondo le indicazioni del manuale in sedute di gruppo. Gli stessi operatori hanno proceduto alla valutazione delle singole prove di copia. Sono state escluse le scritture in stampatello e quelle che non raggiungevano le 5 righe di testo copiato; il campione si è così ridotto a 562 scritture.

Da queste prove di copiato sono stati ottenuti i dati normativi della scala.

Le prestazioni sono state osservate e analizzate nelle loro componenti di cattiva qualità del segno grafico (analisi morfologica) che di disfluenza (velocità nella produzione di grafemi) attraverso i 13

parametri che descrivono le caratteristiche dell'atto grafico e permettono l'identificazione del segno «disgrafia».

Il primo blocco di parametri sono relativi alla "Organizzazione Spaziale" (parametri 1,2,4,7).

Il secondo blocco di parametri sono relativi alla "Formazione delle Lettere" (parametri 8, 9, 10, 11).

Il terzo blocco di parametri sono relativi al "Controllo della motricità grafica" (parametri 5, 6, 12, 13).

Il campione di scrittura viene analizzato nella sua globalità valutandone sia il livello qualitativo che la velocità che vengono tradotti attraverso le tabelle normative in punteggio e in deviazioni standard dalla norma.

I dati emersi dal campione italiano suggeriscono che la competenza relativa alla qualità di scrittura appare piuttosto stabile lungo le classi seconda, terza, quarta e quinta della scuola primaria.

Le principali differenze sembrano riguardare i due sessi, a vantaggio di quello femminile.

Per quanto riguarda l'interpretazione del punteggio totale alla BHK emerge che ottenere un punteggio che collochi il soggetto a una deviazione standard (DS) e mezza sotto la media (-1,5 DS) o un punteggio al di sopra del 90° percentile per sesso indica una grafia poco leggibile e quindi "disgrafica".

Più alto è il punteggio totale alla BHK, peggiore è la prestazione effettuata e più al di sotto della media e quindi negativa sarà la deviazione standard a cui si collocherà il soggetto esaminato.

Il dato relativo al punteggio della BHK deve essere necessariamente correlato con il dato ottenuto per la velocità di scrittura, per avere un'idea più completa della prestazione compiuta dal bambino.

La velocità di scrittura tende ad aumentare significativamente con il procedere delle classi dal secondo al quinto anno. In presenza di una prestazione che si collochi al di sotto di una deviazione standard e mezza per la classe frequentata si parla di una scrittura lenta.

Lo strumento sperimentato nella pratica clinica ha mostrato una buona sensibilità e un'ottima specificità nell'individuare le scritture "disgrafiche".

Deve comunque essere utilizzato all'interno di un percorso diagnostico specialistico; un punteggio sopra soglia di per sé infatti non indica patologia e ne viene pertanto consigliato e raccomandato l'utilizzo in associazione ad una batteria di test neuropsicologici che inquadrino il profilo complessivo del soggetto sui versanti cognitivo, visuospaziale e percettivo, motorio e attentivo.

BIBLIOGRAFIA

Di Brina C., Rossini G. – *Test BHK: Manuale dello strumento* – Edizioni Erickson (2011);

Test BHK - Scala sintetica per la valutazione della scrittura in età evolutiva

Carlo Di Brina, Giovanna Rossini (a cura di)

Libro; Pagine: 100+allegati

ISBN: 978-88-6137-748-6

Edizioni Erickson Trento

Collana: Test e strumenti di valutazione psicologica e educativa

Pubblicazione: 01/01/2011



Il foglio di Psicopatologia

AUTISMO E DISTURBI GENERALIZZATI DELLO SVILUPPO: Aspetti relativi alla valutazione e al trattamento attraverso la presentazione di un caso Seconda parte

Articolo a cura di LAURA PIZZI – TNPEE

In questo breve articolo viene proposta una riflessione sui Disturbi generalizzati dello sviluppo, sulle teorie genetiche e sugli strumenti per la valutazione e l'intervento precoce. In particolare dopo una brevissima introduzione teorica sulle basi eziologiche e sulle linee guida per la presa in carico viene esposta una esperienza personale attraverso la discussione di un caso clinico come esempio di buona prassi.

Per necessità l'articolo è stato suddiviso in due parti: nello scorso numero è stata affrontata la parte teorica e gli aspetti relativi alla valutazione; mentre in questo numero vengono affrontati gli aspetti più propriamente inerenti la presa in carico neuro psicomotoria, nonché la presentazione del caso clinico.

Introduzione

L'espressione Disturbi generalizzati dello sviluppo, adottata sia dal DSM IV-TR sia dall'ICD 10 è considerata onnicomprensiva di un intero range di disturbi di tipo autistico ed è stata recentemente sostituita dal termine "Disturbi dello Spettro Autistico" (DSA). Quest'ultimo risulta essere un termine "ombrello", che comprende quadri clinici accomunati dalla presenza di anomalie estreme dello sviluppo, con esordio nei primi anni di vita e con prevalente compromissione nell'area delle competenze comunicative, dell'interazione sociale reciproca e dell'attività immaginativa, con comportamenti caratterizzati da ripetitività ed interessi ristretti.

Il modello dello spettro ha il merito di considerare il quadro clinico in base alla gravità, al livello di espressività e alle caratteristiche clinico-evolutive del disturbo in oggetto, contemplando l'esistenza di situazioni cliniche "di passaggio o di sovrapposizione".

Ci troviamo infatti di fronte a quadri clinici multiformi, caratterizzati da diversi livelli di funzionamento cognitivo e da aspetti affettivi e relazionali diversificati che si dispongono lungo un continuum che va dal gravissimo ritardo mentale con epilessia, fino all'eccentricità, alla bizzarria di persone con un funzionamento "relativamente buono".

Il DSM IV-TR include nei Disturbi pervasivi dello sviluppo:

- Il Disturbo Autistico;
- La Sindrome di Asperger;
- La Sindrome di Rett;
- Il Disturbo Disintegrativo della Fanciullezza;
- Il Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato.

La presa in carico riabilitativa

Data l'alta variabilità individuale, non esiste un unico intervento specifico che sia valido per tutti allo stesso modo. Inoltre, raramente è possibile ottenere la remissione totale dei sintomi.

Per questo, sono molti e diversi i trattamenti rivolti all'autismo.

Le "Linee guida di Intervento sull'Autismo" pubblicate dal *National Research Council* affermano:

- non esiste un unico intervento che vada bene per tutti i bambini autistici;
- non esiste un unico intervento che vada bene per tutte le età;
- non esiste un unico intervento che può rispondere a tutte le molteplici esigenze direttamente o indirettamente legate all'Autismo.

Per contro, la continuità e la qualità del percorso terapeutico sono garantite attraverso:

- il coinvolgimento dei genitori in tutto il percorso;
- la scelta in itinere degli obiettivi intermedi da raggiungere e quindi degli interventi da attivare (prospettiva diacronica);
- il coordinamento, in ogni fase dello sviluppo, dei vari interventi individuati per il conseguimento degli obiettivi (prospettiva sincronica);
- la verifica delle strategie messe in atto all'interno di ciascun intervento.

Si raccomanda un intervento precoce e intensivo, che tenga conto della necessità di intervenire sul disturbo dell'*intenzionalità* del bambino.

È importante quindi lavorare precocemente non nel senso dell'*addestramento comportamentale*, ma proprio dello sviluppo dell'intenzionalità motoria e comunicativa autonoma.

Le persone con un importante disturbo della comunicazione, come nell'ASD, nei disturbi con gravi difficoltà recettive e anche nella disprassia verbale, possono anche beneficiare, come suggerisce Rapin, di supporti cognitivi quali le tavole di comunicazione, del linguaggio dei segni, dell'apprendimento del linguaggio usando il computer, della lettura e di altri strumenti comunicativi.

Tali supporti devono essere forniti precocemente, al fine di:

- aumentare il livello dell'apprendimento del linguaggio;
- sfruttare al massimo il periodo utile per l'apprendimento del linguaggio del bambino;
- minimizzare le conseguenze comportamentali secondarie a un'inadeguata capacità di comunicazione;
- anticipare le difficoltà potenziali successive con l'acquisizione del linguaggio scritto.

L'impiego mirato dei farmaci è volto alla riduzione o all'estinzione di alcuni comportamenti problematici, o di disturbi clinici associati come l'epilessia e i deficit di attenzione, col fine di evitare ulteriori aggravamenti clinici o per migliorare la qualità della vita.

Terapia neuropsicomotoria e autismo

L'intento non è quello di "costruire abilità", quanto evocarle e successivamente organizzare in un'ottica maieutica e non comportamentista, sostanzialmente per dare un significato alla vita del bambino autistico e farlo diventare il protagonista delle sue azioni e della sua esistenza. In sostanza il senso di queste azioni viene dato attraverso il rapporto con il terapeuta che sa leggere e dare significato ai gesti "bizzarri" che il bambino utilizza per esprimere sé stesso. La neuropsicomotricità può offrire il suo contributo al trattamento della sindrome autistica quando rivolge l'attenzione al rapporto che il bambino instaura con gli oggetti attraverso i suoi atti, quando si pone domande sulla particolarità di questo rapporto, quando individua il bambino interessato alle sue azioni, quando pone al centro del proprio interesse le leggi del mondo fisico alle quali ogni essere vivente è esposto e da cui si originano in un immediato ed inestricabile intreccio quelle del mondo psicologico.

È lì nel rapporto tra azione e oggetto che si collocherà l'intervento neuropsicomotorio.

Caso clinico

A supporto di quanto detto nell'introdurre la terapia neuropsicomotoria, voglio riportare qui il caso di Paolo, un bambino con disturbo generalizzato dello sviluppo dell'età di 5 anni e mezzo.

Paolo svolge un trattamento neuropsicomotorio da due anni con una frequenza bisettimanale ed è inoltre seguito a domicilio da un'ulteriore terapeuta della neuropsicomotricità.

A conferma dell'efficacia di un intervento multi sistemico Paolo segue inoltre una terapia logopedica ed è accompagnato alla scuola dell'infanzia da educatore e insegnante di sostegno.

Uno degli obiettivi specifici del trattamento con Paolo è quello di facilitare la sua flessibilità mentale e dunque favorire l'apporto di nuovi stimoli in attività già conosciute e che a lui piace fare.

All'ingresso in stanza viene lasciata al bambino la facoltà di scegliere ciò con cui vuole giocare ed è molto frequente che venga riproposta l'attività svolta la seduta precedente.

Se il gioco proposto non dura da troppe sedute si inizia tranquillamente con la proposta del bambino altrimenti è la terapeuta stessa a decidere l'attività da fare e Paolo accetta sempre senza nessuna frustrazione.

È sempre necessario il supporto della terapeuta nell'organizzazione del gioco in quanto da solo il bambino trova difficoltà a gestirne la preparazione.

È fondamentale però dire che è il bambino stesso che fa capire come si vorrebbe organizzare (Paolo possiede un'adeguata comunicazione verbale), sta alla bravura della terapeuta poi cogliere nel senso corretto le sue intenzioni e dare un ordine alle sue idee.

Spesso per fare ciò la terapeuta è costretta a contenere fisicamente il bambino che tende ad eccitarsi troppo e sfuggire dall'attività mostrando una gestualità emozionale atipica.

Una volta avviato il gioco, il bambino ha sempre bisogno della persona adulta al suo fianco e delle sue consegne verbali perché altrimenti si perderebbe in attività poco pertinenti.

Quando il bambino sfugge in maniera evidente dall'attività con costanti allontanamenti dallo spazio di gioco è la terapeuta stessa a "correggere il tiro" e portare Paolo su un'attività che risulti per lui meno frustrante o impegnativa.

È importante dire che se anche si decide di continuare con il gioco della volta precedente ad ogni seduta si cerca di inserire nuove variabili proprio a voler allenare la flessibilità del bambino.

Se ad esempio la volta prima si è giocato a prendere la macchina ed andare sulla montagna a sciare, la volta dopo per raggiungere la montagna ci sarà una stradina particolare da fare e la volta dopo ancora questa stradina si dovrà percorrere in un ulteriore modo diverso.

Oppure se la volta precedente si era usato il telo nella sua accezione più sensoriale-affettiva, facendo il gioco dell'onda che ti copre e poi ti scopre, prima da solo e poi con l'adulto; la volta dopo il telo è diventato un mantello e poi un cappello e poi una strada sulla quale camminare.

È poi il bambino stesso a portare in terapia quelli che sono i suoi interessi del momento, ciò che in un determinato periodo risulta molto importante per il bambino, per esempio in questa fase per Paolo trattasi delle lettere e dei numeri.

Paolo a settembre inizierà la scuola elementare e tutto ciò che riguarda lettere dell'alfabeto, numeri e parole lo affascina molto in questo ultimo periodo.

Il bambino chiede costantemente come si scrivono certe parole, cerca di fare lo spelling di altre e di sua spontanea volontà mette in relazione parole che iniziano con la stessa lettera.

Compito della terapeuta in questo caso è dunque quello di leggere il bisogno del bambino e far evolvere quello che lui porta in terapia.

A questo proposito sono possibili momenti in cui si chiede al bambino se ha voglia di scrivere, soprattutto quando risulta essere stanco e poco interessato ad attività di tipo motorio.

La stradina ad incastro con gli animali, ad esempio, viene con lui utilizzata in modi diversi per stimolare la sua conoscenza delle lettere.

Paolo scrive su un foglio la lettera iniziale di ogni animale e poi gliela mette affianco dopo aver costruito il puzzle. Queste lettere poi diventano dei personaggi di un gioco che possono andare al mare, tuffarsi e divertirsi insieme a lui.

Per migliorare il suo grafismo e fargli fare pratica con lo strumento (pennarello), in contesti di gioco più di tipo simbolico, come ad esempio il giocare a fare la spesa, vengono inseriti momenti in cui il bambino deve scrivere la lista della spesa, la lista degli invitati ecc.

Quello che risulta da questo modo di fare terapia è che è il bambino con i suoi bisogni il protagonista e che la terapeuta con le sue competenze è la persona in grado di capire le sue difficoltà, di accoglierle e di cercare insieme a lui, e solamente con la sua volontà sincera e non forzata, di assopirle oppure di dare degli strumenti per superarle.

Molta è la partecipazione e l'investimento emotivo di Paolo nel gioco e questo grazie al fatto che l'obiettivo cardine di tutto il percorso terapeutico è stato quello di creare una relazione significativa e migliorare le competenze dell'interazione sociale.

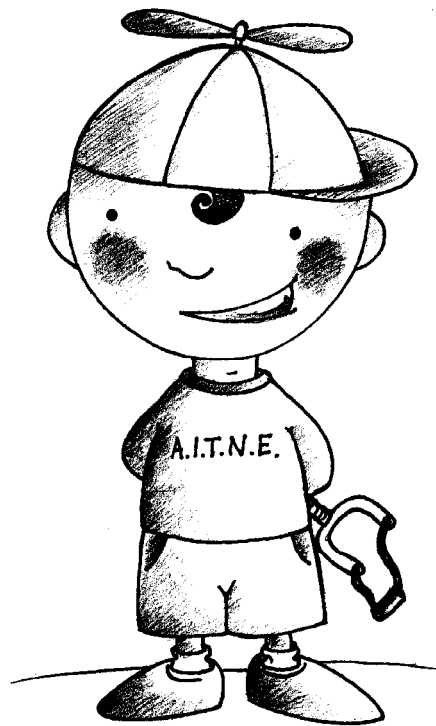
Nonostante la sua patologia Paolo tiene molto bene lo sguardo ed ha una mimica facciale adeguata.

È importante inoltre dar voce alle sue emozioni e verbalizzare durante il gioco quello che il bambino sta provando per insegnarli a riconoscere le sue emozioni e viverle nel modo giusto.

A conclusione posso dunque dire che la terapia con Paolo vuole portare al raggiungimento di obiettivi tipici di un bambino affetto da DGS (sviluppare le competenze sociali, comunicative e d'interazione) partendo però dal bambino come persona e dunque cercando prima di tutto di catturare il suo nucleo più profondo per poter partire da lì a costruire una sana relazione terapeutica.

BIBLIOGRAFIA

- A. Fabrizi, S. Galosi, F. Guerriero (2011), *Aspetti evolutivi, funzionamento cognitivo e out come nei disturbi generalizzati dello sviluppo. Un autismo o tanti autismi?* «Psicomotricità» vol.15, n.1, pag. 34-35
- B. www.wikipedia.com
- C. Trentacoste SV, Rapin I., *The genetics of autism*, «Pediatrics». Maggio 2004, 113(5):e472-86
- D. www.ilprisma.org/articolo9.htm
- E. C. Ambrosini, C. De Panfilis, A. M. Wille, *La psicomotricità, corporeità e azione nella costruzione dell'identità*. Pag.72-76,77. Xenia tascabili.



Tutti i diritti sono riservati.
È vietata la riproduzione anche parziale dei documenti e del logo senza il consenso scritto della redazione.