



UNIVERSA
UNIVERSIS
PATAVINA
LIBERTAS

Università degli Studi di Padova

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN LOGOPEDIA

TESI DI LAUREA

“La valutazione e il trattamento della comunicazione dei bambini con disturbo secondario di linguaggio in Paesi in via di sviluppo: risultati dell’esperienza presso il Centro Diurno *Nyumba Ali* per bambini disabili in Tanzania.”

RELATORE: Dott.ssa Carla Leonardi

LAUREANDA: Giorgia Banzato

Anno Accademico 2010/2011

INDICE

INTRODUZIONE.....	5
1. IL PROGETTO - OBIETTIVI.....	7
1.1 IL CONTESTO.....	8
1.1.1. Tanzania.....	8
1.1.2 La disabilità in Tanzania.....	8
1.1.3 Nyumba Ali.....	10
2. MATERIALI E METODOLOGIA.....	13
2.1 La scelta degli strumenti: ICF-CY, International Classification of Functioning for Children and Youth.....	13
2.1.1 Struttura e somministrazione dell'ICF-CY.....	14
2.1.2 Come interpretare i dati dell'ICF-CY.....	15
2.2 Protocollo di valutazione della comunicazione.....	16
2.3 Protocollo di valutazione delle funzioni orali.....	16
2.4 Metodologia.....	16
3. PROPOSTA SPERIMENTALE.....	19
3.1 I bambini del Centro.....	19
4. RISULTATI.....	63
5. CONSIDERAZIONI.....	65
6. CONCLUSIONI.....	69
7. BIBLIOGRAFIA.....	71
8. SITOGRAFIA.....	73
9. ALLEGATI.....	75

Introduzione

Un'osservazione attenta dei mutamenti che stanno caratterizzando l'Italia negli ultimi anni, non può non tenere conto del clima multiculturale che sta modificando la società. Questi cambiamenti si rispecchiano anche in una variazione dell'utenza che si avvale dei servizi territoriali di ordine sanitario. Se per molte discipline medico-sanitarie questo si traduce talvolta in problematiche di tipo comunicativo, per l'ambito logopedico bisogna considerare anche la difficoltà di reperire materiale adatto alle necessità valutative e terapeutiche proprie di questo ambito. Da questa riflessione nasce il desiderio di vivere un'esperienza in una realtà diversa dalla nostra, per poter valutare la possibilità di trovare degli strumenti adattabili a circostanze e necessità diverse. La scelta del Paese è legata ad esperienze personali precedenti che mi hanno portato a conoscere la realtà di *Nyumba Ali* nel territorio di Iringa in Tanzania. Quest'associazione offre un servizio di centro diurno per 14 bambini di età compresa tra i 4 e i 13 anni che presentano patologie di origine e sintomatologia diversa. Nel periodo precedente alla partenza, sulla base di alcuni dati pervenuti dall'associazione stessa, si è lavorato per individuare strumenti che potessero essere applicabili in una realtà linguistica e culturale così diversa. Le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a riguardo segnalavano come strumento di valutazione il sistema ICF, ossia l'International Classification of Functioning, nato nel 2001 dalla collaborazione di esperti provenienti da molti Paesi del mondo. Data l'età dei piccoli pazienti, si è deciso di adottare l'ICF-CY (International Classification of Functioning- Children and Youth), redatto nel 2007, che è specifico per la fascia d'età che comprende i bambini dalla nascita ai 18 anni. Questo strumento nasce come sistema di raccolta di dati di valutazione di aree differenti della vita di una persona e, come tale, è strutturato in modo da prevedere la collaborazione tra esperti di diversi settori. Considerando però la situazione particolare in cui si andava ad operare, si è deciso che si sarebbero considerate le voci di ordine più logopedico e socio-ambientale, che quindi avrebbero aiutato nell'individuazione di obiettivi di terapia adatti alle esigenze del bambino anche in relazione al suo contesto di vita quotidiana. In un secondo momento sono poi stati individuati altri due protocolli, Protocollo di valutazione della comunicazione (Leonardi -in fase di pubblicazione-) e Protocollo di valutazione delle funzioni orali (Leonardi -in fase di pubblicazione-), che hanno permesso di valutare in modo più

approfondito altri due aspetti specifici dell'ambito logopedico: la comunicazione e l'alimentazione. Anche questi protocolli si sono rivelati adattabili alle esigenze di questa realtà nuova.

Gli obiettivi di terapia che sono stati individuati dopo la valutazione con i suddetti strumenti, hanno confermato la validità di quanto detto sopra; i bambini hanno sviluppato diverse abilità o ne hanno scoperte delle nuove, risultati che lasciano pensare che questo possa rappresentare un primo passo verso l'individuazione di strumenti che possano essere utilizzati anche sul nostro territorio per la valutazione logopedica di bambini di origine straniera.

1. Il progetto - Obiettivi

Le motivazioni per le quali si è deciso di affrontare questo tipo di esperienza trovano ragione nella multiculturalità degli utenti che afferiscono quotidianamente ai servizi di logopedia. Per comprendere l'entità di questo fenomeno si sottolinea che la presenza straniera in Italia regolarmente registrata oggi raggiunge circa i 5 milioni di persone, rappresentando un'incidenza del 7,5% sulla popolazione nazionale¹. Purtroppo attualmente non siamo in possesso di statistiche di rilevanza nazionale aggiornate che ci permettano di valutare il numero di disabili di nazionalità non italiana. Valutando però l'esempio di un piccolo comune come quello di Brescia, riferito all'anno 2007, possiamo avere un'idea delle dimensioni del fenomeno. Nell'anno scolastico 2007/2008 la Provincia lombarda rilevava la presenza nelle scuole, all'interno della popolazione disabile, del 10,6% di alunni disabili stranieri². Tra questi il 9,6% presentava deficit di linguaggio, il 27,6% deficit di apprendimento-dislessia-discalculia, il 6,6% presentava ipoacusia³. Solo osservando questi dati, senza considerare tutti gli altri ambiti patologici in cui la logopedia riveste un ruolo tutt'altro che secondario, si percepisce l'entità del cambiamento di utenza che oggi giorno i servizi di logopedia stanno vivendo.

Nonostante questo vi sono ancora difficoltà nel reperimento di materiale valutativo che possa essere utilizzato all'interno dei servizi, soprattutto nelle prime fasi di inquadramento. Per questo motivo si è voluto effettuare un approfondimento delle conoscenze su realtà socio-culturali radicalmente diverse da quella italiana, per affrontare in maniera più efficace il reale fabbisogno rispetto alla salute della popolazione immigrata, con un approccio che tenga conto dei contenuti socio-culturali di origine, e quindi maggiormente rispondente in termini di efficacia, alle necessità del singolo, ed alla sua capacità di rispondere al trattamento. A tale scopo questo studio è stato applicato ad un gruppo di bambini disabili seguiti presso un Centro diurno ad Iringa in Tanzania, contesto naturale nel quale poter valutare ed intervenire con strumenti e strategie formulate in contesti culturali estranei a quella realtà. La valutazione ed il trattamento proposti hanno lo scopo di mettere in luce i limiti e le

¹ Dossier Statistico Immigrazione Caritas-Migrantes 2011, http://www.caritasitaliana.it/home_page/publicazioni/00002486_Dossier_Statistico_Immigrazione_Caritas_Migrantes_2011.html

² Sistema Statistico Nazionale-Comune di Brescia-Unità di Staff Statistica, (2007), "DUE VOLTE DIVERSI? Gli alunni stranieri con disabilità a Brescia e nella provincia", Statistiche rapide, fascicolo 6/2007

³ *Ivi.*

potenziali risorse di questi strumenti, permettendo una migliore comprensione della situazione del paziente immigrato e la cura più efficace, nel rispetto della sua condizione inserita nel nostro Paese.

1.1 Il contesto

1.1.1 Tanzania

La Tanzania si trova nell’Africa centro-orientale a sud del Kenya ed è bagnata dall’Oceano Indiano ad est.

Nasce dall’unione dello Stato del Tanganica e di Zanzibar avvenuta nel 1964. Julius Nyerere fu il presidente della Tanzania fino al 1995. Grazie alle sue politiche di integrazione sia sociale sia religiosa, sino ad oggi il Paese è riuscito a mantenere la convivenza per lo più pacifica dei diversi credi religiosi presenti sul territorio (cristiani, musulmani e culti animisti).

Oggi la Tanzania ha una popolazione di 36 milioni di abitanti circa ed è in pace dalla guerra contro l’Uganda conclusasi nel 1979.

L’economia del Paese si basa per lo più sull’agricoltura che rappresenta circa la metà del PIL del Paese con la produzione di caffè, tè, cotone, sisal, piretro (insetticida naturale estratto dal crisantemo), anacardi, tabacco, chiodi di garofano, mais, grano, tapioca, banane, frutta⁴.

Dal punto di vista formale le lingue ufficiali sono swahili e inglese.

1.1.2 La disabilità in Tanzania

Nel 2004 il Ministero del lavoro, dello sviluppo giovanile e dello sport della Tanzania ha pubblicato un documento sulla politica nazionale per la disabilità⁵ dove considera la situazione dei disabili nel territorio tanzaniano analizzando le problematiche e individuando alcuni obiettivi da raggiungere. In questo documento il ministero riporta un numero di disabili pari a 3.346.900 persone, di cui: il 28% portatore di disabilità fisica, il 27% di disabilità riguardante la vista, il 20% riguardante l’organo dell’udito, l’8% con ritardo intellettivo, il 4% con disabilità multiple e il 13% rientra nella categoria “altro”.

⁴Camere di commercio italo estere ed estere in Italia, Sezione di Union Camere, Verso il nuovo mondo, “Italafrica centrale: Tanzania economia” http://www.italafricacentrale.com/index.php?option=com_content&view=article&id=99&Itemid=168&lang=it

⁵ Ministry of labour, youth development and sports, United Republic of Tanzania, 2004, “National Policy on Disability”

Recentemente la Tanzania ha inoltre sottoscritto anche il Piano d'azione della *African Decade of Persons with Disabilities 1999-2009* (esteso al 2019)⁶, fortemente desiderato dall'Unione Africana per incoraggiare la piena partecipazione, l'uguaglianza e l'autodeterminazione delle persone con disabilità in Africa⁷.

Nonostante la Tanzania risulti quindi un Paese impegnato per il miglioramento della qualità di vita delle persone disabili, la realtà quotidiana offre ancora un quadro di un mondo in cui la persona portatrice di disabilità deve ancora affrontare moltissime difficoltà. Dal punto di vista medico-sanitario: *“The Tanzania Health Policy guarantees free access to health services by PWD, but since it is not stated how PWD can benefit from the services, many PWD have limited access to the services. In reality this can be due to number of reasons including knowledge on the procedures to follow to access the free services; services are not enough/number of health facilities, specialists, medication, etc; lacking of communication skills for deaf and deaf blind persons”*⁸.

Bisogna poi considerare le numerose barriere: di tipo architettonico, per esempio il numero ridotto di strade asfaltate o le difficoltà di spostamento data la mancanza quasi totale di mezzi in grado di accogliere il disabile, di tipo culturale poiché è ancora molto diffusa l'idea che la nascita di un figlio “non normale” sia dovuta al malocchio o a qualche colpa della madre, e di tipo sociale determinate dalla scarsissima integrazione dei portatori di handicap.

Per quanto riguarda l'educazione all'interno del sistema scolastico nazionale non è difficile intuire che per i bambini disabili vi siano molteplici ostacoli da superare: le scuole spesso si trovano in città, raggiungibili spesso solo a piedi dalle zone rurali; spesso le strutture sono in zone “sabbiose” dove, per esempio, le carrozzine manuali fanno molta fatica a muoversi; le classi in molti casi sono davvero numerose e non esiste ancora una figura analoga “all'insegnante di sostegno” che possa indicare un percorso parallelo a quello della classe ecc. È inoltre necessario considerare la scarsità di prospettive di inserimento sociale di questi bambini una volta diventati adulti in una realtà in cui la sopravvivenza è spesso legata al lavoro e alla fatica fisica.

Bisogna però notare che, soprattutto negli ultimi anni, l'attenzione del governo tanzaniano, come testimoniato dai documenti sopra citati, sta aumentando nei confronti di questa parte della popolazione e si sta assistendo ad un aumento sul territorio di

⁶ Nilsson S. & Nilsson A. , 30-01-2011, “Disability rights in Tanzania”, NIDS/MSC

⁷ <http://www.fmreview.org/disability/FMR35/07.pdf>

⁸ Nilsson S. & Nilsson A. , 30-01-2011, “Disability rights in Tanzania”, NIDS/MSC

associazioni che, lavorando al fianco dei disabili e delle loro famiglie, cercano di intervenire per migliorarne la qualità di vita.

1.1.3 Nyumba Ali



Il nome dell'associazione deriva dal desiderio di sottolineare legame tra la realtà tanzaniana e quella italiana; infatti "Nyumba" è una parola swahili che significa "casa" mentre Ali è una parola italiana: la casa con le ali⁹. L'Associazione *Nyumba Ali* è presente nel territorio di Iringa dal 2006 quando Bruna Fergnani e Lucio Lunghi, di origine romagnola, decidono di lasciare l'Italia e di aprire le porte della loro casa a Mage, una ragazza disabile incontrata mentre chiedeva l'elemosina e che, con il passare del tempo e dopo il rapido susseguirsi di alcuni eventi, ha fatto nascere in loro il desiderio di aprire una casa di accoglienza. Poco dopo la famiglia si è allargata con Viky e Ageni. Contemporaneamente le richieste da parte di molte famiglie di accogliere anche il proprio figlio disabile all'interno della casa hanno fatto nascere l'idea di aprire un centro diurno; ed ecco che oggi la "casa con le



ali" è dotata anche di una palestra dove personale locale, debitamente formato, segue dai 10 ai 15 bambini. I bambini frequentano il centro divisi in due turni in modo che venga sempre fornita un'assistenza adeguata. La giornata dei bambini è così scandita: alle 10 arrivano tutti insieme sul *dala-dala* (pulmino locale che, per volere dell'associazione, va a prendere a casa tutti i bambini); le *dade*, Tuma, Zula, Sarome e Maria, ossia le ragazze che lavorano per il centro, mettono ai bambini vestiti comodi e poi cominciano subito gli esercizi di fisioterapia. Verso le 11:30 i bambini fanno uno spuntino con una tazza di latte dopo la quale sono pronti per il gioco individuale, che ogni *dada* svolge con 1-2 bambini. In questa fase le *dade* cercano di privilegiare attività



⁹ Associazione *Nyumba Ali*, (2006), "Perchè Nyumba, perchè Ali", http://www.nyumba-ali.org/salvataggio/chisiamo/chi_siamo.htm

ludico-cognitive che possano fungere da stimolo per i bambini. Contemporaneamente alcuni bambini lavorano o sono occupati in attività di stimolazione cognitiva con il computer seguiti, per ora, da uno dei ragazzi del Servizio civile internazionale che da quest'anno fanno parte del team dell'associazione. Alle 13, nell'orario del pranzo, i bambini si recano nel gazebo di fronte alla palestra dove, dopo essersi lavati le mani, si siedono ai loro posti dove le dade li aiutano a mangiare. Il pomeriggio si svolgono attività o giochi di gruppo fino alle 15:30, orario di ritorno a casa con il dala-dala.



Il pomeriggio i ragazzi del servizio civile svolgono un'attività di sensibilizzazione con le famiglie spostandosi a casa dei bambini, dove fanno fare loro gli esercizi cercando di monitorare le situazioni più a rischio e di creare un rapporto di fiducia e di scambio con le famiglie.

In questa realtà riabilitativa già strutturata è stato necessario, al fine di agire con un intervento che avesse una ricaduta effettiva e duratura, ricercare strumenti che avessero un valore internazionale e che dessero un contributo clinico alla gestione della persona disabile superando le barriere linguistiche, culturali e geografiche.

2. Materiali e Metodi

2.1 La scelta degli strumenti: ICF-CY, International Classification of Functioning for Children and Youth

Pur trattandosi di una realtà strutturata, è stato chiaro sin dai primi contatti che non si sarebbero potuti applicare gli stessi strumenti e gli stessi metri di valutazione che utilizziamo in Italia, sia per le problematiche legate alla lingua, sia per la grande differenza socio-culturale. La difficoltà di immaginare le situazioni familiari dei bambini e la loro realtà quotidiana ci ha spinto a ricercare uno strumento che fosse un sistema classificatorio sensibile alle caratteristiche fisiche, sociali, psicologiche, ossia l'ICF (International Classification of Functioning). Questo strumento nasce dalla collaborazione di numerosi esperti che, in seguito alla 54^a edizione dell'Assemblea Mondiale della Sanità del 2001, si sono impegnati nella ricerca di un sistema di classificazione che fosse il frutto dell'unione di diverse competenze, sia prettamente medico-biologiche sia socio-ambientali. Il presupposto alla base di questa classificazione è che ogni essere vivente può sperimentare nella sua vita una diminuzione del livello di salute e di conseguenza un qualche grado di disabilità. In questo modo viene quindi posta l'attenzione sul fatto che la disabilità non è un fenomeno che riguarda solo una minoranza di persone. Spostando quindi il fulcro dell'attenzione dalle cause della disabilità all'impatto che essa può avere sulla vita di ogni giorno, l'ICF pone un livello di salute uguale per tutti a partire dal quale è possibile fare dei confronti misurandosi con un punto di partenza comune¹⁰.

Dal 2007 l'OMS ha inoltre pubblicato l'ICF-CY, ossia "International Classification of Functioning for Children and Youth", rispondendo alla necessità di sviluppare degli strumenti specifici per la valutazione della salute in età evolutiva. "L'ICF-CY amplia, dunque, la copertura del volume principale (ICF) tramite l'aggiunta di contenuti e di maggiori dettagli, finalizzati a cogliere le funzioni e le strutture corporee, le attività, la partecipazione e gli ambienti specifici dei neonati, bambini, preadolescenti e adolescenti"¹¹. Inoltre "con la sua enfasi sul funzionamento, l'ICF-CY può essere utilizzato nelle varie scienze e discipline e adottato in diversi settori governativi e politici e oltre i confini nazionali, per definire e documentare la salute, il funzionamento

¹⁰ World Health Organization, (2001), "International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)", <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

¹¹ Organizzazione Mondiale della Sanità, (2007), "ICF-CY Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute- Versione per bambini e adolescenti", ed.Erickson, p.15

e lo sviluppo di bambini e adolescenti”¹². Forti di queste considerazioni e del fatto che si tratta dell’unico strumento condiviso a livello mondiale per la classificazione del funzionamento, della salute e della disabilità in età evolutiva, si è scelto l’ICF-CY per la valutazione dei bambini di *Nyumba Ali*.

2.1.1 Struttura e somministrazione dell’ICF-CY

L’ICF e di riflesso l’ICF-CY può essere suddiviso in due macro aree: “Funzionamento e disabilità” e “Fattori contestuali”. Nella prima area possiamo ulteriormente individuare le “Funzioni e le Strutture corporee” e “Attività e Partecipazione”. Nella macro area dei “Fattori contestuali” è possibile invece considerare separatamente i “Fattori Ambientali” e i “Fattori Contestuali”.

Per avere una descrizione completa della situazione dell’individuo sarebbe opportuno considerare tutte le voci presenti e quindi risulterebbe necessaria una collaborazione tra le diverse figure che fanno parte del mondo del bambino, provenienti sia dall’ambito medico che familiare ed educativo. Nel caso di questa esperienza non è stato possibile effettuare un lavoro d’equipe, data l’impossibilità di reperire personale specializzato nelle diverse aree. Per questo motivo si è scelto di concentrare l’osservazione a quelle aree inerenti l’ambito logopedico e all’analisi di quei fattori ambientali che costituiscono gli atteggiamenti, l’ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono l’esistenza¹³ e che quindi possono essere descritti come barriere o facilitatori nella quotidianità del bambino. “Scopo dell’ICF-CY è descrivere la natura e la gravità delle limitazioni del funzionamento del bambino e i fattori ambientali che influiscono su tale funzionamento”¹⁴.

In un primo momento, per rendere più agevole l’applicazione di questo strumento sono stati utilizzati le check-list corrispondenti alle diverse fasce d’età (<3 anni, 4-6 anni, 7-12 anni, >13 anni). Successivamente si è poi passati ad un’analisi più specifica, con lo scopo di individuare quelle voci che permettono di valutare in modo più approfondito, almeno in ambito logopedico, i punti di forza e di debolezza di ogni bambino.

¹² *Ivi*, p.16.

¹³ *Ivi*, p.181.

¹⁴ *Ivi*, p.23.

2.1.2 Come interpretare i dati dell'ICF-CY

Il primo fattore importante da considerare nella valutazione tramite questo strumento, sottolineato anche dall'OMS, è che “gli individui classificati nella stessa categoria mediante l'ICF possono comunque essere diversi tra loro in vari modi. Le leggi e gli ordinamenti che si riferiscono alle classificazioni dell'ICF non dovrebbero dare per scontata l'omogeneità più di quanto non sia previsto, e dovrebbero garantire che coloro i cui livelli di funzionamento vengono classificati siano considerati in quanto individui”¹⁵.

Fatte queste premesse, verrà data una breve spiegazione sull'interpretazione delle voci dell'ICF-CY presentate nel corso di questo elaborato.

L'ICF-CY adopera un sistema alfanumerico nel quale la lettera b (body) indica le Funzioni Corporee, s (structure) le Strutture Corporee, d (domain) le Attività e la Partecipazione e e (environment) i Fattori Ambientali. Ogni lettera è poi seguita da un codice numerico che identifica i diversi livelli di specificità della voce in questione (es. b3101 significa: b= Funzioni Corporee, b3= numero del capitolo riguardante le Funzioni della voce e dell'eloquio, b310= Funzioni della voce; b3101= Qualità della Voce). Questi codici sono però completi solo se viene specificato anche il qualificatore che indica l'estensione del livello di salute. Esso è espresso con numeri da 0 a 4 posti dopo un punto separatore (es. xxx.4) e ha un significato preciso: xxx.0 nessun problema; xxx.1 problema lieve; xxx.2 problema medio; xxx.3 problema grave; xxx.4 problema completo; xxx.8 non specificato; xxx.9 non applicabile.

Nel caso dei fattori ambientali il qualificatore viene utilizzato sia per indicare i facilitatori sia le barriere. In entrambi i casi viene utilizzata una scala da 0 a 4, ma nei facilitatori il punto separatore viene sostituito da un “+”.

Nel caso si ritenesse necessario è possibile specificare ulteriormente aggiungendo altri tipi di informazioni per qualsiasi voce si desidera¹⁶ in modo da non tralasciare eventuali fattori che ancora non sono stati considerati nella strutturazione dell'ICF-CY.

Nel corso di questo elaborato la classificazione ICF-CY verrà utilizzata come strumento principe nella valutazione dei bambini, affiancato dal Protocollo di osservazione della comunicazione (Leonardi. -in fase di pubblicazione-) (Allegato n. 3) e dal Protocollo

¹⁵ *Ivi*, p.238.

¹⁶ *Ivi*, p.46-47.

per la valutazione delle funzioni orali (Leonardi, -in fase di pubblicazione-) (Allegato n. 4). Per ogni caso è prevista la stesura di un bilancio logopedico all'interno del quale verranno anche rielaborati i dati suddetti in modo da permettere una comprensione più completa della situazione del paziente.

2.2 Protocollo di valutazione della comunicazione

Il “Protocollo di valutazione della comunicazione” (Leonardi, -in fase di pubblicazione-) viene utilizzato all'interno dell'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del Servizio di Neuroriabilitazione dell'età evolutiva dell'U.L.S.S. 16 di Padova.

Esso si basa principalmente sull'osservazione delle modalità comunicative del bambino. Vengono osservate le capacità di “Comprensione” del bambino in riferimento alla complessità della richiesta; la “Produzione” di segnali comunicativi osservando se vi è la presenza o meno di intenzionalità comunicativa e se il messaggio risulta comprensibile all'interlocutore; viene poi considerato il “Comportamento nella comunicazione”, ponendo attenzione alle sue reazioni e strategie; in ultimo viene poi proposto di osservare le “Modalità di richiesta dell'oggetto non accessibile”.

2.3 Protocollo di valutazione delle funzioni orali

Il “Protocollo di valutazione delle funzioni orali” (Leonardi,- in fase di pubblicazione-) viene utilizzato, come il precedente, all'interno dell'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del Servizio di Neuroriabilitazione dell'età evolutiva dell'U.L.S.S. 16 di Padova. Esso consta di una griglia nella quale viene registrata la presenza/assenza di abilità motorie orali non verbali in relazione ai livelli attesi rispetto all'età cronologica. Questo protocollo rappresenta uno strumento di facile utilizzo che permette di strutturare una panoramica della situazione del bambino in questo ambito e, di conseguenza, di pianificare i correlati obiettivi di terapia.

2.4 Metodologia

L'inserimento in una realtà come quella africana fa nascere di per sé delle riflessioni legate alla diversità culturale di usanze, in particolare in riferimento all'aspetto comunicativo-relazionale. Considerando poi che, in questo caso, ci si è inseriti in un contesto di centro diurno già strutturato, è risultato impossibile non soffermarsi a

riflettere sulle modalità di approccio da adottare con i bambini e con il personale locale. Dopo una prima fase di osservazione si è evidenziata la necessità di rispettare il più possibile la realtà nella quale ci si stava inserendo; per questo motivo si è deciso di non cambiare la suddivisione della giornata in alcun modo, ma di ricavare i momenti per la valutazione semplicemente osservando il bambino durante le attività e quelli per la terapia inserendosi nelle attività che il bambino stava svolgendo, cercando quindi di rendere l'intervento il più ecologico possibile e evitando di creare interferenze sia nei confronti del personale sia con i piccoli.

3. Proposta sperimentale

3.1 I bambini del Centro

I bambini che hanno frequentato il Centro durante il periodo in cui ho vissuto a Iringa sono 14, presentano patologie di origine e sintomatologia molto diversa ed hanno un'età compresa tra i 4 e i 13 anni. Con ognuno di loro sono state svolte attività differenti in base ai punti di forza e di debolezza che sono stati evidenziati sia dalla valutazione fatta durante le ore nel Centro sia, per alcuni di loro, dall'osservazione della loro situazione socio-affettiva durante le visite domiciliari.

Qui di seguito verranno riportati i dati pervenuti durante l'osservazione, la valutazione dei bambini e i relativi piani di trattamento.

Nella parte relativa alla valutazione logopedica verrà riportata un'analisi dei fattori e dei dati rilevati nell'applicazione dell'ICF-CY privilegiando le voci che meglio permettono di inquadrare le difficoltà e i punti di forza dei bambini.

B. è una bambina di 11 anni. E' orfana e vive con la nonna e 6 cugini in un quartiere nella prima periferia di Iringa.

Diagnosi clinica: Autismo con componente abbandonica.

Grave disturbo dell'attenzione.

RM medio-grave.

Valutazione logopedica:

Comprensione: Difficoltà nel comprendere semplici consegne.

Comunicazione e Linguaggio: B. produce atti comunicativi richiestivi rivolti all'adulto attraverso il codice motorio (mimico, posturale). Ricerca il contatto con l'adulto (lo trascina verso l'oggetto o luogo desiderato o mantenendosi seduta accanto).

La produzione verbale è povera ed afinalistica con scarsa pertinenza rispetto al contesto. Il lessico è limitato ed è caratterizzato da numerosi neologismi e stereotipie. (Protocollo di valutazione della comunicazione, Leonardi -in fase di pubblicazione-).

Particolarità: E' attratta dalla musica e dal pianto dei bambini.

Indici di funzionamento: attenzione gravemente deficitaria; linguaggio verbale presente caratterizzato da una totale assenza di strutturazione morfosintattica. La produzione è quindi gravemente compromessa, anche se rimane più preservata l'abilità del canto (anche se la melodia spesso non viene rispettata). Si rileva la forte presenza di

ripetizioni e stereotipie accompagnate da una prosodia spesso non adatta al contesto. L'attenzione allo scambio comunicativo è gravemente deficitaria e spesso si palesa qualche difficoltà anche nelle reazioni alla voce umana (non reagisce se chiamata per nome). La comprensione è gravemente compromessa, anche se la performance è migliore con messaggi verbali semplici. B. comprende poco la gestualità, se non in riferimento alle richieste che le vengono fatte più frequentemente. La comunicazione tramite segni, simboli o fotografie è totalmente assente. L'unica modalità comunicativa efficace viene attuata talvolta per atti richiestivi e si avvale del canale posturale (ICF-CY, 2007).

Bilancio logopedico:

Il grave disturbo autistico determina nella piccola una chiusura relazionale di grado elevato, con comportamenti stereotipati e ricorrenti, aggravata dalle componenti intellettive e attentive (la durata attentiva massima è di 90"), che non permettono il superamento dei livelli raggiunti. Anche l'avvicinamento ed il contatto con le persone, pur rispecchiando le caratteristiche della patologia, potrebbero costituire la condizione primaria per sollecitare comportamenti più maturi. Tra tutte le componenti risulta prioritaria quella della tenuta attentiva facendo leva sulle preferenze dimostrate dalla b/a, mediate da un codice aumentativo di comunicazione (pittografico) che faciliti la comprensione e la prevedibilità degli eventi. L'aumento dei tempi di attenzione e di tolleranza alle proposte, verrà considerato come indicatore di miglioramento, consentendo eventuali modifiche delle attività.

Piano di terapia

Obiettivi generali: Migliorare l'efficacia comunicativa.

Obiettivi intermedi: Far emergere l'intenzionalità comunicativa attraverso scelte che favoriscano l'aumento dei tempi di attenzione.

Obiettivi specifici: Riconoscere alcuni fotogrammi e semplici pittogrammi (massimo 6) per l'avvio all'utilizzo graduale del codice grafico. I mediatori per favorire la relazione sono rappresentati dalla musica e dalla strategia di scelta tra elementi (oggettuali-fotografici-pittografici) motivanti per la bambina, che favoriscano l'aumento dei tempi di attenzione e permettano l'avvio di attività dove si renda necessario il rispetto dei turni.

Sottobiettivi: Aumento dei tempi di attenzione (fino a 3'-5' consecutivi) rispetto alle scelte motivanti per la bambina.

Verifica dell'eventuale miglioramento nelle risposte a semplici consegne (50% di risposte corrette).

Attività: Gioco accompagnato da una melodia prodotta a labbra chiuse che viene interrotta solo per sottolineare gli elementi salienti del gioco;

Gioco a due sottolineando il cambio di turno con elementi sonori/vocali;

Uso della "tabella delle presenze" dove B., accompagnata, deve inserire le foto dei bambini presenti al Centro.

Procedure: interattive, ludiche e tutoriali.

Agenti: logopedista, dade e i volontari del servizio civile.

Modalità di trattamento: diretto e indiretto.

Risultati rilevati a distanza di un mese

- **Capacità attentive** in relazione all'attività e all'ambiente circostante: B. riesce a mantenere l'attenzione dai 3 ai 5 minuti. In alcune occasioni l'aiuto della musica risulta fondamentale per mantenere costante il focus dell'attenzione della bambina. La distraibilità risulta ancora molto alta e, soprattutto in relazione ad alcuni stimoli (es. pianto di un bambino), difficilmente recuperabile. Nell'ultima settimana la bambina ha manifestato i primi segni di attenzione verso le fotografie della "tabella delle presenze", anche se per brevissimi momenti.

- **Rispetto dei turni:** all'interno dell'attività ludica con l'adulto B. riesce a gestire per tempi più lunghi lo scambio e la regolazione dei turni. Nell'interazione con gli altri bambini durante il gioco è ancora necessaria la mediazione dell'adulto che regola l'andamento del gioco,



altrimenti B. comincia a giocare senza considerare la presenza degli altri.

Indicazioni per il progresso delle acquisizioni:

- Continuare a privilegiare il gioco a due con B., sfruttando la sua passione per l'aspetto musicale, per migliorare ulteriormente i tempi di attenzione e la gestione dei turni conversazionali.

- Continuare a stimolare le risposte precise a comandi semplici. Se necessario accompagnarla fisicamente a svolgere l'azione richiesta.
- Stimolare l'attenzione di B. verso gli stimoli visivi, attraverso la proposta della "tabella delle presenze" per consolidare la comprensione delle routine del Centro, mediante il canale iconografico -

Conclusioni

Si mantengono gli obiettivi specificati nel Piano di terapia precedente, con una attenzione rivolta agli indicatori di modificabilità segnalati nei sottobiettivi. Tale verifica permetterà la messa in atto di modifiche ed integrazioni delle proposte per raggiungere gli obiettivi generali.

P. è un bambino di 5 anni e vive con la sua famiglia allargata in un quartiere nella prima periferia di Iringa.

Diagnosi clinica: Tetraparesi discinetica atetotica.

Valutazione logopedica:

Comprensione: le sue capacità risultano adeguate all'età cronologica.

Comunicazione e Linguaggio: P. produce atti richiestivi attraverso il codice mimico, gestuale e, talvolta, vocale con produzione di suoni. La produzione verbale è povera; emergono componenti disprassiche nelle difficoltà di articolazione, ma ben compensata da un'ottima mimica facciale. (Protocollo di valutazione della comunicazione, Leonardi -in fase di pubblicazione-)

Particolarità: anosognosia. Ama la compagnia dei coetanei e non si scoraggia se non capito.

Indici di funzionamento: linguaggio verbale assente. P. ricerca lo scambio comunicativo. In set chiuso rivela di non avere difficoltà nell'associazione tra simbolo o oggetto. Presenta difficoltà nell'acquisizione degli automatismi della deglutizione, con leggera scialorrea. (ICF-CY, 2007)

Bilancio logopedico:

Il grave disturbo di articolazione determina in P. la necessità di utilizzare codici diversi da quello verbale, per lo più quello mimico. Il bambino ricerca molto la relazione e lo

scambio comunicativo sia con i coetanei che con gli adulti. Con quest'ultimi gli atti comunicativi sono per la maggior parte di tipo responsivo e spesso la conversazione risulta più immediata se l'interlocutore pone il bambino di fronte a scelte binarie. Le risposte affermative e negative sono sempre attendibili e chiare. La richiesta di attenzione viene effettuata attraverso il movimento degli AASS o tentativi di produzione vocale. Si nota la produzione di qualche parola ad alta frequenza che il bambino produce in via automatica (es. "odi"= "permesso"). Se il messaggio non viene compreso, P. non desiste, ma attiva altri canali, come quello mimico, per favorire una chiarificazione del messaggio. Si nota una lieve scialorrea soprattutto durante i compiti che richiedono concentrazione. I tempi di attenzione risultano nella norma. Buono il rispetto dei turni. Durante l'alimentazione tende ad iperestendere il capo, probabilmente per la difficoltà di coordinare la chiusura delle labbra in tempi utili. Tra tutte le componenti risulta prioritario intervenire sulle modalità di alimentazione ed in seguito



sull'aspetto comunicativo mediante l'uso del canale pittografico al fine di aumentare il lessico in comprensione ed in produzione. In seguito ad un precedente intervento da parte di un volontario, due volte alla settimana, P. svolge attività di stimolazione cognitiva attraverso l'utilizzo dello strumento informatico con il quale sta apprendendo l'uso del doppio sensore.

Piano di terapia

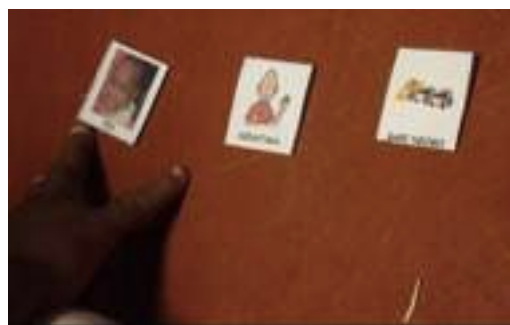
<u>Ob. generali:</u> Migliorare l'efficienza comunicativa.	<u>Ob. generali:</u> Ridurre la scialorrea.
<u>Ob.intermedi:</u> Potenziare l'utilizzo di codici alternativi per la comunicazione.	<u>Ob.intermedi:</u> Potenziare il sigillo labiale.

<p><u>Ob specifici:</u></p> <p>Riconoscere fotogrammi e semplici pittogrammi per l'avvio all'utilizzo del codice grafico come strumento per la comunicazione verbale/ non-verbale.</p> <p>Utilizzo del codice grafico per stimolare la strutturazione di frasi semplici.</p>	<p><u>Ob specifici:</u></p> <p>Sollecitare la chiusura del sigillo labiale attraverso strategie posturali e metodologiche durante l'alimentazione, per sviluppare gli automatismi della deglutizione.</p>
<p><u>Sottobiattivi:</u></p> <p>Verificare le capacità di associazione immagine-oggetto facendo proposte binarie con immagini degli oggetti conosciuti dal bambino (90% di risposte corrette).</p> <p>Introdurre la struttura S+V+O mediante un codice aumentativo di comunicazione (pittografico).</p>	<p><u>Sottobiattivi:</u></p> <p>Aumento dei tempi di controllo del sigillo labiale durante lo svolgimento di attività ludica a due.</p> <p>Diminuzione dell'iperestensione del capo durante il pasto.</p>
<p><u>Attività:</u></p> <p>Utilizzo stabile della risposta binaria utilizzando il codice pittografico durante l'attività ludica.</p> <p>Apprendimento del vocabolario di immagini relative alle parole che il bambino conosce e utilizza di più durante la comunicazione.</p> <p>Apprendimento graduale del target verbale associato alle immagini (PECS) al fine di stimolare la produzione costante di alcune parole e quindi favorire l'automatizzazione delle stesse.</p>	<p><u>Attività:</u></p> <p>Attivazione dell'attenzione del bambino sulla chiusura delle labbra all'inizio di un'attività.</p> <p>Strutturazione di attività ludiche rivolte a stimolare le prassie orali.</p> <p>Modificare le procedure di rilascio del cibo col cucchiaino all'interno della bocca a capo allineato col tronco.</p>
<p><u>Procedure:</u></p> <p>interattive, ludiche e tutoriali.</p>	<p><u>Procedure:</u></p> <p>interattive, ludiche e tutoriali.</p>

<u>Agenti:</u> logopedista, dade e i volontari del servizio civile.	<u>Agenti:</u> logopedista e dade.
<u>Modalità di trattamento:</u> diretta e indiretta.	<u>Modalità di trattamento:</u> diretta e indiretta.

Risultati rilevati a distanza di un mese

- **Capacità di gestione del codice simbolico-pittografico:** P. ha dimostrato di saper impostare su richiesta la struttura S+V+O. utilizzando le immagini del suo vocabolario.



- **Produzione verbale:** aumentata. Il bambino ha prodotto spontaneamente parole nuove sia

durante le ore al Centro sia a casa. Tutte le parole prodotte sono corrispondenti al lessico proposto. (nomi degli operatori, risposte automatiche, contare “1-2-3” prima di lanciare la macchinina ecc).

- **Controllo della scialorrea:** P. ha dimostrato di saper attivare, su richiesta, il sigillo labiale durante lo svolgimento di altre attività fino a 5' consecutivi. Anche il controllo e l'esecuzione corretta di alcune prassie è migliorato (es.bacio).

- **Alimentazione:** Diminuzione dell'iperestensione del capo durante l'alimentazione. Incoordinazione della masticazione e deglutizione.

Indicazioni per il progresso delle acquisizioni:

- Continuare a sollecitare la produzione verbale tramite l'uso delle immagini.
- Continuare a sollecitare la strutturazione della frase con l'aiuto del codice fotografico e pittografico.
- Favorire il controllo della scialorrea anche in contesti diversi da quello ludico per cercare di avviare la generalizzazione delle competenze.
- Mantenere le nuove modalità di alimentazione.
- Continuare gli esercizi di sollecitazione cognitiva tramite supporto informatico.

Conclusioni

Si mantengono gli obiettivi specificati nel Piano di terapia precedente, con una attenzione rivolta agli indicatori di modificabilità segnalati nei sottobiettivi. Tale verifica permetterà la messa in atto di modifiche ed integrazioni delle proposte per raggiungere gli obiettivi generali.

Pr. ha quasi 9 anni e vive nella prima periferia di Iringa in un contesto di famiglia allargata; tuttavia passa molto tempo da solo.

Diagnosi clinica: Tetraparesi discinetica.

Disartria.

Epilessia controllata con farmaci.

RM medio.

Valutazione logopedica:

Comprensione: difficoltà nel comprendere consegne complesse.

Comunicazione e Linguaggio: Pr. produce atti comunicativi richiestivi rivolti all'adulto attraverso il codice motorio (mimico, posturale). Ricerca il contatto con l'adulto attirando la sua attenzione utilizzando lo stesso canale, anche se talvolta accompagna il movimento con la produzione di suoni. La produzione verbale è praticamente assente. Su richiesta Pr. riesce ad articolare le bilabiali (/b/, /p/, /m/), ma non le usa nell'interazione comunicativa. Il bambino non utilizza canali alternativi alla sua modalità comunicativa e se non viene capito, persevera con la stessa modalità o rinuncia a comunicare. (Protocollo di valutazione della comunicazione, Leonardi -in fase di pubblicazione-)

Particolarità: tende ad essere geloso e, se arrabbiato o innervosito, manifesta comportamenti aggressivi che, però, ultimamente sono molto più controllabili.

Indici di funzionamento: l'attenzione risulta severamente deficitaria; il linguaggio verbale è assente in produzione spontanea. Talvolta si rileva la produzione di alcuni vocoidi in accompagnamento al parlato. La comprensione di consegne semplici è abbastanza buona (anche se con andamento fluttuante), mentre quella di consegne complesse è deficitaria. Si nota una variabilità delle risposte, che risultano più o meno corrette, in relazione alle crisi epilettiche che talvolta si ripresentano., nonostante la cura farmacologica. Dal punto di vista delle autonomie Pr. riesce, su richiesta, a

spogliarsi e a vestirsi anche se con un po' di fatica. Durante il pasto è autonomo e ha imparato a compensare spontaneamente le proprie difficoltà. (ICF-CY, 2007)

Bilancio logopedico:

Le grosse difficoltà attentive rendono difficile la valutazione delle abilità reali di P. , la cui performance che varia anche nel corso della giornata. Dal punto di vista comunicativo il bambino ricerca lo scambio, ma talvolta tende a pretendere l'esclusività del rapporto con il suo interlocutore, manifestando atteggiamenti aggressivi nei confronti di persone esterne allo scambio. Se richiamato in tempo, però, il bambino si tranquillizza. Non sempre vi è il rispetto dei turni sia durante la comunicazione, sia durante il gioco. Tra tutte le componenti risulta prioritaria quella attentiva poiché rappresenta un grosso ostacolo alla valutazione delle competenze reali. Si pensa sia utile l'introduzione di attività basate sull'uso del codice pittografico per valutare la possibilità di impostazione della comunicazione attraverso codici aumentativi. L'aumento dei tempi di attenzione e la valutazione della risposta alle attività che verranno proposte verrà considerato l'indicatore di miglioramento, permettendo l'eventuale modifica del piano di terapia.

Piano di terapia

Obiettivi generali: migliorare l'efficacia e l'efficienza comunicativa.

Obiettivi intermedi: far emergere le potenzialità comunicative di codici diversi da quello verbale.

Obiettivi specifici: Riconoscere alcuni fotogrammi e semplici pittogrammi per l'avvio del codice grafico, utilizzando le attività che Pr. preferisce, utilizzandoli come rinforzo.

Sottobiettivi: Aumento dei tempi di attenzione (da 5' a 10' consecutivi).

Riconoscere i fotogrammi dei bambini di *Nyumba Ali*.

Riconoscere semplici pittogrammi.

Verifica del miglioramento delle risposte a comandi semplici cercando di diminuire la variabilità della performance (70% di risposte corrette).

Attività: Durante l'attività ludica stimolare la risposta binaria utilizzando il codice pittografico.

Strutturare un vocabolario di immagini delle parole che il bambino conosce e utilizza nella comunicazione.

Apprendimento graduale di modalità comunicative attraverso l'uso di immagini (PECS) e successiva verifica delle risposte da parte del b/o.

Gioco a due sottolineando l'alternanza dei turni.

Lettura di libri commentando le immagini per migliorare l'attenzione rivolta all'aspetto grafico unito al target linguistico.

Procedure: Interattive, ludiche e tutoriali.

Agenti: logopedista, dade e volontari del servizio civile.

Modalità di trattamento: diretto e indiretto.

Risultati rilevati a distanza di un mese

- **Capacità attentive** in relazione alle attività: permane una grande variabilità di performance. Nonostante questo si è riscontrato un aumento dei tempi di attenzione fino a 10' durante attività altamente motivanti.
- **Riconoscimento di fotogrammi:** il bambino dimostra un aumento significativo nell'attenzione alle fotografie raggiungendo il 100% di risposte corrette. Inoltre P. ha dimostrato la capacità di utilizzare sistemi diversi, secondo le necessità, applicando la regola commutativa ai codici in uso per una migliore di efficacia comunicativa. Ad es. ha iniziato ad usare il canale gestuale per indicare persone assenti, come il gesto iconico della mano sul mento che delinea la forma del pizzetto per indicare Francesco, il ragazzo del servizio civile che ha queste caratteristiche.
- **Riconoscimento di pittogrammi:** si evidenzia una grossa difficoltà nell'associazione immagine-oggetto, mentre risulta facilitato con le fotografie.
- **Risposta a consegne semplici:** si è osservato un miglioramento generale, anche se non ancora costante.

Indicazioni per il progresso delle acquisizioni:



- Stimolare la produzione tramite il canale gestuale.
- Continuare le attività per migliorare il rispetto dei turni e diminuire le reazioni aggressive del bambino.
- Facilitare lo sviluppo della rappresentazione simbolica (oggetto reale-pittogramma), attraverso modalità esercitative.

- Favorire la generalizzazione delle acquisizioni di Pr. tramite l'uso del rinforzo quando il compito è svolto correttamente, secondo la consegna.

Conclusioni

Si mantengono gli obiettivi specificati nel Piano di terapia precedente, con una attenzione rivolta agli indicatori di modificabilità segnalati nei sottobiettivi. Tale verifica permetterà la messa in atto di modifiche ed integrazioni delle proposte per raggiungere gli obiettivi generali.

J. è una bambina di 7 anni; vive con la famiglia allargata nella prima periferia di Iringa. La bambina è esposta ad un contesto bilingue perché, oltre al swahili, i familiari spesso parlano nella lingua della tribù locale degli Hehe.

Diagnosi clinica: Tetraplegia aposturale ad evoluzione prevalente discinetico-atetotica in esiti di PCI.

RM medio

Esiti di malnutrizione causata da disfagia (spontaneamente compensata).

Valutazione logopedica:

Comprensione: buona per le consegne semplici.

Comunicazione e Linguaggio: J. produce atti comunicativi di tipo prevalentemente responsivo per lo più attraverso il codice mimico-motorio. Ama essere parte dello scambio comunicativo, anche se si esprime esclusivamente rispondendo con risposta affermativa o negativa oppure ridendo. Nei momenti di maggior attenzione la bambina attiva comportamenti che modulano la relazione durante l'atto comunicativo (ad es. fornisce appositamente la risposta errata e, una volta vista la reazione dell'interlocutore, ride divertita). (Protocollo di valutazione della comunicazione, Leonardi -in fase di pubblicazione-)

Alimentazione: la bambina presenta una modalità di alimentazione frutto di un compenso autonomo. Viene infatti riferito un aumento di peso negli ultimi mesi, anche se la piccola rimane sempre in fascia patologica. La bambina viene nutrita con il cucchiaino in silicone. Vi è ancora la presenza di biting e talvolta del riflesso faringeo. Al Centro J. assume cibi



di consistenza per lo più semisolida e liquidi. Vi è una grossa difficoltà nella gestione dei liquidi, che vengono proposti tramite l'utilizzo di un bicchiere sostenuto dalla dada: J. ha difficoltà importanti nel creare un sigillo anteriore con le labbra. Spesso, dopo la somministrazione di liquidi, si rileva la presenza del riflesso della tosse. La lingua compie un movimento in direzione antero-posteriore per tutta la durata del pasto, durante il quale la bambina non risulta contenuta in modo stabile soprattutto nei distretti del capo e del collo. (Protocollo di valutazione delle funzioni orali, Leonardi -in fase di pubblicazione-)

Particolarità: è molto “vanitosa”, ama guardarsi allo specchio e giocare con bracciali, collane ecc.

Indici di funzionamento: emerge un grave quadro di anartria con un importante deficit di attenzione che si accompagna ad una marcata affaticabilità. Nonostante l'apparente desiderio comunicativo e la discreta capacità nel comprendere messaggi semplici J. rivela importanti difficoltà nella comprensione di messaggi complessi ai quali risponde con risposte positive o negative casuali. Il codice comunicativo privilegiato è quello mimico e motorio, compatibilmente con il quadro patologico. La bambina dimostra una buona attitudine alla comunicazione e riesce a mantenere l'attenzione per brevi conversazioni alle quali partecipa volentieri anche se utilizza quasi esclusivamente il codice binario “si” “no” alle domande dell'interlocutore. (ICF-CY, 2007)

Valutazione funzionale dello sviluppo motorio orale preverbale



Età	Fattori										Fertilità alimentare										Mobilità alimentare										Comodità degli alimenti									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
15-40			X					X						X	X	X	X	X	X							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
40-54			v					X						X	X	X	X	X	X							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
40-40			v					X						X	X	X	X	X	X							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
37-41			v					X						X	X	X	X	X	X							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
11-10			v					X						X	X	X	X	X	X							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
25-30			v					X						X	X	X	X	X	X							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
19-24			v					X						X	X	X	X	X	X							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
17-18			v					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
12-14			v					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
9-11			v					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
6-8			X					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
4-6			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
0-3			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

Bilancio logopedico:

Il grave disturbo anartrico non permette alla bambina di esprimersi attraverso il canale verbale. L'unico suono prodotto è un contoide nasale che J. produce per dare risposte affermative e che potrebbe essere assimilato al "si" nella lingua della tribù Hehe. La mancanza di gioco simbolico e della capacità rappresentativa, rende difficile la strutturazione di attività che possano veicolare l'apprendimento di modalità comunicative alternative. La capacità di scelta all'interno di una proposta binaria sembra essere buona. Il desiderio comunicativo dovrebbe essere supportato dalla stimolazione dell'iniziativa comunicativa, ancora poco presente. Dal punto di vista dell'alimentazione J. ha dimostrato di aver trovato una sua modalità di compenso che, però, appare ancora molto precaria soprattutto a causa dell'insufficiente contenimento durante il pasto e della postura scorretta.

Piano di terapia

<u>Ob generali:</u> Migliorare l'efficacia e l'efficienza comunicativa	<u>Ob.generali:</u> Maturazione di abilità orali relative all'alimentazione.
<u>Ob.intermedi:</u> Sviluppo dell'intenzionalità comunicativa.	<u>Ob.intermedi:</u> Abilitare gradualmente all'utilizzo di utensili e di posture idonee all'alimentazione. Inibizione dei PMP.
<u>Ob.specifici:</u> Favorire la capacità di rispondere adeguatamente a proposte binarie motivanti a complessità crescente.	<u>Ob.specifici:</u> Acquisire il controllo del bolo semisolido in posizione lateralizzata. Modifica delle prassie orali per l'assunzione dei liquidi. Aumento della tolleranza alle stimolazioni tattili che evocano i PMP.
<u>Sottobiettivi:</u> Stimolazione della richiesta di attenzione. Verifica delle capacità di associazione immagine-oggetto.	<u>Sottobiettivi:</u> Con l'uso dei giusti contenimenti e delle corrette posture inibizione della dominanza dei PMP e migliorare l'assunzione di liquidi.

<p><u>Attività:</u></p> <p>Scelta mirata di oggetti, cibi, giochi ecc. che sono fortemente motivanti.</p> <p>Proposte binarie nell’arco della giornata e ricorrenti nelle routine.</p> <p>Strutturazione di brevi script in cui la bambina deve intervenire con modalità comunicative per permettere lo scambio (es. gioco del “cucù”).</p> <p>Proposta di scelta binaria tra due immagini rappresentanti oggetti motivanti.</p>	<p><u>Attività:</u></p> <p>Strutturare attività ludiche per stimolare le prassie orali.</p> <p>Lateralizzazione degli alimenti per mezzo del cucchiaino di silicone o delle mani della dada.</p> <p>Postura del capo: in linea con il tronco o leggermente flessa.</p> <p>Posturazione con bretellaggio di stoffa non elastica per aiutare la bambina a controllare la postura del tronco.</p> <p>Posizionamento della sedia vicina al tavolo per mantenere l’appoggio degli avambracci sul ripiano.</p>
<p><u>Procedure:</u></p> <p>interattive, ludiche e tutoriali.</p>	<p><u>Procedure:</u></p> <p>interattive, ludiche e tutoriali.</p>
<p><u>Agenti:</u></p> <p>logopedista, dade e i volontari del servizio civile.</p>	<p><u>Agenti:</u></p> <p>logopedista e dade.</p>
<p><u>Modalità di trattamento:</u></p> <p>diretta e indiretta.</p>	<p><u>Modalità di trattamento:</u></p> <p>diretta e indiretta.</p>

Risultati rilevati a distanza di un mese

- **Iniziativa comunicativa:** in lento miglioramento. In set strutturato, (come durante il gioco del “cucù”), dimostra di aver compreso il compito, riuscendo a imitare l’adulto, proponendo la stessa performance (nascondendo, per esempio, il suo viso in attesa di essere cercata).
- **Associazione oggetto-immagine:** scarsa modificabilità. La bambina non identifica alcun tipo di relazione tra immagine e oggetto, mentre risulta migliorata l’associazione fotogramma-persona.
- **Alimentazione:** il bretellaggio aiuta J. a mantenere una postura stabile e a controllare il tronco e il capo. Le dade lateralizzano il cibo e sembra che il riflesso del morso si

stia attenuando, evolvendo verso movimenti protomasticatori. Durante l'assunzione di liquidi vi sono ancora grosse difficoltà anche se il porre l'attenzione sulla postura del capo fa sì che la bambina reagisca molto raramente con episodi di tosse. Miglioramento anche delle prassie orali, con la comparsa saltuaria del sigillo labiale.

Indicazioni per il progresso delle acquisizioni:

- Proseguire con le proposte di gioco simbolico.
- Continuare a strutturare attività ludiche per stimolare l'iniziativa comunicativa.
- Continuare con la stimolazione il trattamento delle prassie orali in funzione di un miglioramento della gestione degli alimenti solidi e liquidi.
- Mantenere le scelte posturali adottate al momento del pasto.

Conclusioni

Durante lo svolgimento delle attività è stato necessario rivalutare le abilità cognitive della bambina. Grazie alla sua grande capacità mimica, J. sembrerebbe avere meno difficoltà di quante invece non si manifestino quando messa di fronte ad un compito preciso. E' quindi importante verificare sempre che J. abbia compreso i messaggi verbali. Riguardo all'alimentazione si mantengono le consegne date precedentemente ponendo particolare attenzione all'assunzione di liquidi e alle modifiche funzionali rispetto al sigillo labiale.

La proposta del codice pittografico come strumento di CAA verrà riproposto in un secondo momento quando la bambina avrà sviluppato i prerequisiti necessari (associazione immagine-oggetto, risposta "sì" "no" attendibile).

St. ha 4 anni e 6 mesi. Vive con la madre e il padre. La madre lavora al Centro e, per questo motivo, St. frequenta giornalmente il servizio.

Diagnosi clinica: Tetraparesi discinetica in esiti di PCI.

Anartria.

RM grave-gravissimo

Valutazione logopedica:

Comprensione: La comprensione risulta fortemente deficitaria, anche se la valutazione di tale aspetto presenta numerosi problemi, determinati dalla impossibilità di ottenere risposte dal bambino.

Comunicazione e Linguaggio: L'unica modalità comunicativa di St. è il pianto. A volte ride e produce suoni vocalici. Questi ultimi comportamenti risultano accentuati quando l'adulto interagisce con lui, ma è difficile identificarli come segni. Essi corrispondono maggiormente a segnali prodotti dal b/o come espressione di un benessere generale. (Protocollo di valutazione della comunicazione, Leonardi -in fase di pubblicazione-)

Alimentazione: St. presenta grosse difficoltà al momento del pasto. La lingua si muove solo in direzione antero-posteriore con un movimento che si attiva quando viene posto il primo cucchiaino di cibo in bocca. Il movimento si interrompe solo alla fine del pasto e spesso continua in assenza del cibo. Durante il pasto, o 2-3 minuti dopo la fine, compare frequentemente il riflesso della tosse e/o del vomito. La stessa reazione si presenta più frequentemente e con tempi più brevi, con i liquidi. Per l'alimentazione viene usato un cucchiaino di silicone e un bicchiere di plastica. Il bambino viene seduto nella sua seggiolina anche per il pasto, ma il contenimento del capo, il cui controllo autonomo è praticamente impossibile, non è sufficiente. (Protocollo di valutazione delle funzioni orali, Leonardi -in fase di pubblicazione-)

Particolarità: E' sensibile alle sollecitazioni esterne e spesso ride. Ama sentire alcuni suoni come "ba" e in generale suoni musicali.

Indici di funzionamento: capacità cognitive gravemente deficitarie. St. è totalmente dipendente dalla madre per ogni aspetto della quotidianità e fa fatica a relazionarsi con i bambini del Centro sia a causa del deficit cognitivo sia a causa dell'impossibilità di movimento. Se sollecitato dimostra di avere, anche se con andamento fluttuante, una capacità attentiva di circa 30 sec. (ICF-CY, 2007)

Valutazione funzionale dello sviluppo motorio orale preverbale



Età	Fattori	Forme di alterazione	Modalità alterate												Corrispondenza degli alveoli											
			Labiali	Labiodentali	Dentali	Alveolari	Postalveolari	Retroalveolari	Vocali	Labiali	Labiodentali	Dentali	Alveolari	Postalveolari	Retroalveolari	Vocali										
11-40					X				X X	X X			X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X				
40-54					X				X X	X X			X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X				
45-48					X				X X	X X			X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X				
47-42					X				X X	X X			X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X				
51-36					X				X X	X X			X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X				
25-30					X				X X	X X			X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X				
19-24					X				X X	X X			X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X				
15-18					X				X X	X X			X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X				
12-14					X				X X	X X			X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X				
9-11					X				X X	X X			X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X				
6-8					X				X X	X X			X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X				
4-6					X				X X	X X			X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X				
0-3					X				X X	X X			X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X				

Età	Organizzazione e sviluppo della parola	Identificativo	Segno				Labiali	Alveoli
			Labiali	Labiodentali	Dentali	Alveolari		
11-40					X X	X X	X X	X X
40-54					X X	X X	X X	X X
45-48					X X	X X	X X	X X
47-42					X X	X X	X X	X X
51-36					X X	X X	X X	X X
25-30					X X	X X	X X	X X
19-24					X X	X X	X X	X X
15-18					X X	X X	X X	X X
12-14					X X	X X	X X	X X
9-11					X X	X X	X X	X X
6-8					X X	X X	X X	X X
4-6					X X	X X	X X	X X
0-3					X X	X X	X X	X X

Bilancio logopedico:

Il grave deficit cognitivo rende molto difficile la valutazione delle capacità di St.. L'intervento più urgente risulta quello legato all'alimentazione, data la precarietà della situazione e dato che il bambino risulta sottopeso. Contemporaneamente si cercherà di stimolare il bambino per aumentare i tempi di attenzione e individuare, se possibile, codici alternativi di comunicazione.

Piano di terapia

<u>Ob generali:</u> Stimolazione di abilità comunicative.	<u>Ob. generali:</u> Maturazione di abilità orali relative all'alimentazione.
--	--

<p><u>Ob.intermedi:</u></p> <p>Stimolazione della comunicazione intenzionale.</p>	<p><u>Ob.intermedi:</u></p> <p>Abilitare gradualmente all'aumento di consistenza degli alimenti ed all'utilizzo di utensili idonei.</p> <p>Inibire i riflessi di tosse, vomito e rigurgito.</p>
<p><u>Ob specifici:</u></p> <p>Scelta attraverso proposte binarie attivando le unità motorie conservate.</p>	<p><u>Ob specifici:</u></p> <p>Acquisire il controllo del bolo semisolido in posizione lateralizzata</p> <p>Modifica delle prassie orali per l'assunzione dei liquidi.</p>
<p><u>Sottobiattivi:</u></p> <p>Individuazione dell'unità corporea che St. preferisce utilizzare nella scelta.</p>	<p><u>Sottobiattivi:</u></p> <p>Tempo previsto per la verifica del cambiamento durante l'assunzione del pasto: 3-4/6 pasti progressivi.</p> <p>Tempo previsto per la verifica del cambiamento durante l'assunzione dei liquidi: 10-15 giorni.</p>

<p><u>Attività:</u></p> <p>Scelta mirata degli oggetti, cibi, giochi ecc. che siano motivanti ed altrettanti oggetti ecc. rifiutati dal b/o.</p> <p>Proposte binarie nell'arco della giornata e ricorrenti nelle routine.</p> <p>Attraverso l'adattamento posturale, utilizzo di settori corporei efficienti,utili per l'indicazione della scelta.</p>	<p><u>Attività:</u></p> <p>Postura: inclinazione a 110° con appoggio posteriore per il sostegno e contenimento di capo e tronco.</p> <p>Postura del capo: in linea o leggermente flesso rispetto al tronco.</p> <p>Utensili: cucchiaino in silicone e bicchiere.</p> <p>Modalità di alimentazione: assistita.</p> <p>Porre il cucchiaino a lato e spingere verso la parte interna delle guance, per aumentare la sensibilità laterale. Il rilascio del cibo deve avvenire con spinta del cucchiaino verso il basso (sui molari) alternando sin. e destra. Consistenza del cibo: Per attuare questa proposta, è necessario modificare la consistenza del cibo (Ugi= pappetta iperproteica che solitamente viene data ai bambini molto piccoli) da semiliquido a semisolido.</p>
<p><u>Procedure:</u></p> <p>interattive, ludiche e tutoriali.</p>	<p><u>Procedure:</u></p> <p>tutoriali.</p>
<p><u>Agenti:</u></p> <p>dade e i volontari del servizio civile.</p>	<p><u>Agenti:</u></p> <p>logopedista e madre.</p>
<p><u>Modalità di trattamento:</u></p> <p>indiretta.</p>	<p><u>Modalità di trattamento:</u></p> <p>diretta e indiretta.</p>

Risultati rilevati a distanza di un mese

A causa di una malattia di cui non si è riusciti a risalire all'origine, St. ha perso peso. Rifiutava il cibo.

Nell'ultima settimana sono state proposte le modificazioni durante il pasto.

- Maturazione delle abilità orali: nei tempi previsti, adottando le suddette modalità durante l'assunzione del pasto, St. ha dimostrato un cambiamento importante. E' diminuita notevolmente la perdita di cibo dalla bocca e i riflessi patologici non compaiono quasi mai. La madre che lo nutre ha imparato a gestire la nuova modalità di alimentazione e sembra molto contenta dei risultati. Per quanto riguarda la gestione dei liquidi si notano più difficoltà, anche se mantenendo il capo flesso gli episodi di soffocamento sono quasi del tutto spariti.



- Abilità comunicative: il periodo di indisposizione ha protratto l'inizio delle proposte, rendendo più difficile individuare gli oggetti motivanti o meno per St.. Sarà perciò necessario continuare ad insistere su questo aspetto.

Indicazioni per il progresso delle acquisizioni:

- Continuare con le modalità di alimentazione scelte, per mantenere i livelli raggiunti.
- Continuare a proporre a St. stimoli differenti per sollecitare l'aspetto cognitivo legato alla comunicazione.
- Individuare gli oggetti che per St. sono più motivanti.

Conclusioni

Si mantengono gli obiettivi descritti nel Piano di terapia precedente, ponendo sempre attenzione agli indicatori di modificabilità e al mantenimento dei progressi ottenuti. Tali attenzioni permetteranno di introdurre eventuali modifiche o integrazioni delle proposte per raggiungere gli obiettivi generali su specificati.

U. è una bambina di 5 anni e 4 mesi. Vive con la famiglia allargata nella prima periferia di Iringa. E' assistita prevalentemente dalla nonna, ma, nonostante questo, la bambina passa molto tempo da sola.

Diagnosi clinica: Tetraplegia spastica grave con compromissione di tutte le funzioni in esiti di PCI.

La nonna riferisce anche pregresse crisi epilettiche.

Si ipotizza cecità centrale.

RM gravissimo.

Valutazione logopedica:

Comprensione: la comprensione è gravemente deficitaria.

Comunicazione e Linguaggio: U. non presenta intenzionalità comunicativa. Se stimolata, soprattutto dalla nonna, la bambina ride. Riguardo al fatto che si tratti di un atto comunicativo rimangono delle perplessità poiché sono rilevabili fenomeni di pianto e riso spastico. Talvolta capita che U. si spaventi se qualcuno le comincia a parlare improvvisamente. (Protocollo di valutazione della comunicazione, Leonardi -in fase di pubblicazione-)

Alimentazione: La bambina è fortemente sottopeso. Viene nutrita con un cucchiaino di silicone e bicchiere di plastica rigida. La sua alimentazione si basa sulle consistenze semiliquide (Ugi= pappetta iperproteica che solitamente viene data ai bambini molto piccoli). Il movimento up-down della mandibola durante il pasto è stereotipato. La lingua si muove in direzione anteroposteriore. È facilmente elicetabile il PMP del morso che si attiva quasi ogni volta che si inserisce il cucchiaino nella bocca della bambina. Spesso poco dopo l'inizio del pasto inizia a piangere. (Protocollo di valutazione delle funzioni orali, Leonardi -in fase di pubblicazione-)

Particolarità: ama la musica e tutto ciò che produce suoni.

Indici di funzionamento: U. presenta un grosso deficit generalizzato a tutte le funzioni. Al momento il linguaggio verbale non è presente come pure l'intenzionalità comunicativa. La bambina necessita del supporto dell'adulto ed esprime stati di malessere con il pianto. Il facilitatore maggiore per la bambina è la nonna che a casa si occupa di lei.

Piano di terapia

<p><u>Ob generali:</u> Stimolazione di abilità comunicative.</p>	<p><u>Ob.generali:</u> Maturazione di abilità orali relative all'alimentazione.</p>
<p><u>Ob.intermedi:</u> Stimolazione allo scambio comunicativo.</p>	<p><u>Ob.intermedi:</u> Abilitare gradualmente all'aumento di consistenza degli alimenti ed all'utilizzo di utensili idonei.</p>
<p><u>Ob.specifici:</u> Abituare la bambina allo scambio comunicativo con modalità affettivo-relazionale.</p>	<p><u>Ob.specifici:</u> Acquisire il controllo del bolo semisolido in posizione lateralizzata Modifica delle prassie orali per l'assunzione dei liquidi.</p>
<p><u>Sottobiettivi:</u> Individuazione delle sonorità che potrebbero fungere da elementi motivanti nello scambio.</p>	<p><u>Sottobiettivi:</u> Tempo previsto per la verifica del cambiamento durante l'assunzione del pasto: 4/6 pasti. Tempo previsto per la verifica del cambiamento durante l'assunzione dei liquidi: 10-15 giorni.</p>

<p><u>Attività:</u></p> <p>Proposte di interazioni nel corso della giornata: l'adulto si rivolge alla bambina sia sollecitandola tramite il canale verbale sia con l'utilizzo di oggetti sonori.</p>	<p><u>Attività:</u></p> <p>Postura: inclinazione a 110° con appoggio posteriore per il contenimento e sostegno di capo e tronco.</p> <p>Postura del capo: in linea o leggermente flesso rispetto al tronco.</p> <p>Utensili: cucchiaino di silicone (più piccolo di quello che utilizza attualmente) e bicchiere.</p> <p>Modalità di alimentazione: assistita.</p> <p>Porre il cucchiaino a lato e spingere verso la parte interna delle guance, per aumentare la sensibilità laterale. Il rilascio del cibo deve avvenire con spinta del cucchiaino verso il basso (sui molari) alternando sin. e destra. Consistenza del cibo: Per attuare questa proposta, è necessario modificare la consistenza del cibo (Ugi=pappetta iperproteica che solitamente viene data ai bambini molto piccoli) da semiliquido a semisolido.</p>
<p><u>Procedure:</u></p> <p>interattive, ludiche e tutoriali.</p>	<p><u>Procedure:</u></p> <p>tutoriali.</p>
<p><u>Agenti:</u></p> <p>dade e i volontari del servizio civile.</p>	<p><u>Agenti:</u></p> <p>logopedista e dade.</p>
<p><u>Modalità di trattamento:</u></p> <p>indiretta.</p>	<p><u>Modalità di trattamento:</u></p> <p>diretta e indiretta.</p>

Risultati rilevati a distanza di un mese

- Maturazione delle abilità orali: nei tempi previsti, adottando le suddette modalità durante l'assunzione del pasto, U. ha dimostrato un cambiamento importante. E' diminuita notevolmente la perdita di cibo dalla bocca e il riflesso patologico del morso

appare molto meno da quando si è cominciato a lateralizzare il cibo utilizzando un cucchiaino di dimensioni inferiori. Ultimamente compare meno spesso il pianto durante il pasto. Il controllo dei liquidi è più complesso, ma in lento miglioramento.

- La stimolazione con oggetti sonori risulta sempre una modalità adatta per attrarre l'attenzione della bambina. Rimane però molto difficile comprendere se U. abbia delle preferenze per qualche suono in particolare oppure se sia attratta genericamente dalla stimolazione sonora.

Indicazioni per il progresso delle acquisizioni:

- Continuare con le modalità di alimentazione scelte, per mantenere i livelli raggiunti.
- Continuare a stimolare U. allo scambio verbale, anche coinvolgendola nelle attività con gli altri bambini.

Conclusioni

Si mantengono gli obiettivi descritti nel Piano di terapia precedente, ponendo sempre attenzione agli indicatori di modificabilità e al mantenimento dei progressi ottenuti. Tali attenzioni permetteranno di introdurre eventuali modifiche o integrazioni delle proposte per raggiungere gli obiettivi generali su specificati.

I. è un bambino di 11 anni e 7 mesi. Vive con la mamma e la sorellina più piccola nella prima periferia di Iringa.

Diagnosi clinica: Tetra paresi spastica in microcefalo in esiti di PCI.

RM grave.

Valutazione logopedica:

Comprensione: si evidenziano difficoltà nella comprensione di consegne semplici.

Comunicazione e Linguaggio: I. usa il canale verbale, ma la sua produzione si limita all'occlusiva dentale sorda /t/ e all'occlusiva velare sorda /k/ seguite dalla vocale /a/ o /i/. La sua modalità per richiedere l'attenzione è per lo più motoria. È praticamente impossibile ottenere la sua attenzione per un tempo che consenta di capire se la consegna sia stata compresa. (Protocollo di valutazione della comunicazione, Leonardi - in fase di pubblicazione-)

Particolarità: ama molto essere fotografato e essere coccolato.

Indici di funzionamento: attenzione gravemente deficitaria; linguaggio verbale presente, ma caratterizzato da perseverazioni e ripetizioni (“tikitiki” oppure “takataka”). Nonostante questa difficoltà nell’articolazione verbale, la madre riferisce che il bambino dice “Ugali” (nome della polenta bianca mangiata in Tanzania) quando ha fame, “Ma” (acqua si dice “Maji”) quando ha sete e “Chai” (significa “the”) tra le 16:30 e le 17:30, ora in cui I. sa che la mamma prepara il the. La mamma riporta che il bambino non sbaglia mai l’orario dei pasti e del the né inverte le richieste. I. inoltre non utilizza l’arto sx, anche se non vi sono difficoltà motorie. Anche in questo caso, però, se motivato (per es. se vuole raggiungere un oggetto) utilizza senza problemi l’arto e adotta tutte le strategie motorie possibili. I. ama molto relazionarsi con le persone alle quali manifesta il suo affetto attaccandosi ai vestiti quando le vede o cercandole spesso. (ICF-CY, 2007)

Bilancio logopedico:

Il grave deficit attentivo associato alle importanti difficoltà cognitive di I. rendono la valutazione delle sue capacità molto complessa. Il bambino generalmente ha una produzione verbale molto scarsa e stereotipata, anche se, come detto precedentemente, ha imparato ad esprimere verbalmente alcuni bisogni primari. I. ama molto la compagnia, anche se talvolta risulta irruento inserendosi nelle attività degli altri bambini. Anche la gestione dei turni durante i giochi di gruppo è difficoltosa. Vi è inoltre la presenza di una scialorrea molto importante. Dal punto di vista dell’alimentazione, I. non ha difficoltà, anche se non ha sviluppato la masticazione fisiologica, ma tritura il cibo digrignando i denti.

Piano di terapia

<u>Ob generali:</u> Migliorare la comprensione del linguaggio.	<u>Ob.generali:</u> Maturazione di abilità orali non verbali.
<u>Ob.intermedi:</u> Comprensione di semplici enunciati.	<u>Ob.intermedi:</u> Migliorare il controllo della scialorrea.

<u>Ob. specifici:</u> Rispondere adeguatamente con le modalità già in uso alle richieste dell'adulto rispetto a scelte motivanti.	<u>Ob. specifici:</u> Diminuzione della scialorrea mediante l'autocontrollo in determinati brevi momenti della giornata.
<u>Sottobiettivi:</u> Aumento dei tempi di attenzione (da 3' a 5') rispetto alle proposte (50% del totale).	<u>Sottobiettivi:</u> Attivazione del sigillo labiale su richiesta.
<u>Attività:</u> Individuare attività o oggetti motivanti per I. Gioco a due sottolineando il cambio di turno con modalità facilitanti per il bambino.	<u>Attività:</u> Individuare attività ludiche per il miglioramento delle prassie orali.
<u>Procedure:</u> interattive, ludiche e tutoriali.	<u>Procedure:</u> interattive, ludiche e tutoriali.
<u>Agenti:</u> logopedista, dade e i volontari del servizio civile.	<u>Agenti:</u> logopedista, dade e i volontari del servizio civile.
<u>Modalità di trattamento:</u> diretta e indiretta.	<u>Modalità di trattamento:</u> diretta e indiretta.

Risultati rilevati a distanza di un mese

- **Tempi di attenzione:** migliorati, soprattutto in concomitanza di alcune attività (scattare e vedere fotografie). I risultati però non sono ancora generalizzabili.
- **Risposte a semplici consegne:** in lento miglioramento.
- **Miglioramento della scialorrea:** la modificabilità è molto scarsa a causa del deficit cognitivo e di attenzione e assenza della imitazione del bambino.

Indicazioni per il progresso delle acquisizioni:

- Proseguire le attività per sollecitare l'aumento dei tempi di attenzione.

- Mantenere le attività volte a migliorare la comprensione di semplici consegne; prediligere in un primo momento attività individuali e, se necessario, accompagnare I. a svolgere il compito richiesto verbalmente.
- Perseverare nel richiamare l'attenzione di I. sul controllo della scialorrea, in particolare, insistendo su esercizi su base ludica, che rappresentano anche un esercizio cognitivo per il bambino.

Conclusioni

Si mantengono gli obiettivi specificati nel Piano di terapia precedente, con una attenzione rivolta agli indicatori di modificabilità segnalati nei sottobiettivi; infatti, data la scarsa modificabilità di alcune abilità risulta difficile prevedere l'evoluzione delle stesse. Si procede quindi mantenendo gli obiettivi suddetti. La verifica puntuale delle abilità acquisite, permetterà la messa in atto di modifiche ed integrazioni delle proposte per raggiungere gli obiettivi generali.

Pe. ha quasi 13 anni. Vive con la nonna, che è spesso assente da casa e poco attenta ai suoi bisogni, mentre la madre vive a Dar es Salaam.

Diagnosi clinica: Tetraparesi di tipo discinetico in esiti di PCI.

Anartria.

RM lieve

Valutazione logopedica:

Comprensione: La comprensione è buona anche per le consegne complesse.

Comunicazione e Linguaggio: la produzione verbale è assente. Pe. comunica mediante il codice mimico e motorio. Durante le ore in cui è presente al Centro egli è in grado di utilizzare la CAA grazie all'uso del suo quaderno della comunicazione basato sul codice simbolico-grafico (fotogrammi e pittogrammi). L'uso di questa modalità comunicativa avviene solo in set chiuso, ossia durante il momento dedicato all'uso del quaderno. Per tutto il resto del tempo Pe. non cerca il quaderno per



comunicare perché le sue modalità comunicative sono efficaci nel trasmettere i

messaggi. In quest'ultimo periodo le immagini del quaderno sono state trasferite in forma digitale.(Protocollo di valutazione della comunicazione, Leonardi -in fase di pubblicazione-)

Particolarità: ama giocare a memory perchè ha un'ottima memoria visiva.

Indici di funzionamento: la produzione verbale è assente, ma ben compensata dalle capacità mimiche e corporee. Pe. vive in un contesto nel quale manca l'accudimento, sia dal punto di vista igienico-sanitario sia da quello relazionale. Nonostante la deprivazione, dimostra attaccamento nei riguardi della nonna, che comunque rappresenta il suo unico punto di riferimento parentale. Pe. è in grado di comunicare tramite l'uso di pittogrammi e fotogrammi, ma utilizza questa modalità comunicativa solo quando, durante le ore che passa presso il Centro, svolge attività in cui gli viene richiesto di farlo. Durante il pasto Pe. è imboccato da una dada. Ha spontaneamente compensato le sue difficoltà di gestione e masticazione del cibo, ma iperestende molto il capo. Si osserva la presenza di scialorrea che il bambino si asciuga autonomamente. (ICF-CY, 2007)

Bilancio logopedico:

Il grado lieve di ritardo mentale e le capacità di Pe. hanno permesso ad alcuni volontari di impostare in un primo momento la CAA tramite le immagini PECS e poi, da agosto 2011, di trasportare il quaderno della comunicazione del bambino in formato digitale. Pe. in poco tempo ha imparato a gestire anche lo strumento informatico e ora ha cominciato a lavorare con due sensori. La necessità principale risulta quella di aumentare il vocabolario del bambino e di implementare l'aspetto morfo-sintattico in modo che possa esprimere al meglio le nuove esperienze e le nuove sensazioni che vive. Dal punto di vista dell'alimentazione l'atteggiamento posturale risulta prioritario, rendendo necessaria una graduale variazione, senza scompensare l'equilibrio che si è creato.

Piano di terapia

<u>Ob generali:</u> Migliorare l'efficacia comunicativa.	<u>Ob.generali:</u> Migliorare l'acquisizione di abilità per la gestione dell'alimentazione.
---	---

<p><u>Ob.intermedi:</u> Sviluppare l'acquisizione di conoscenze lessicali- semantiche. Sviluppare l'acquisizioni di strutture sintattiche semplici per la trasmissione di messaggi necessari alla vita quotidiana.</p>	<p><u>Ob.intermedi:</u> Migliorare la postura durante il pasto.</p>
<p><u>Ob specifici:</u> Migliorare la gestione del quaderno della comunicazione con l'acquisizione di nuovi vocaboli legati a bisogni ed emozioni. Sviluppare la produzione di frasi semplici con supporto informatico.</p>	<p><u>Ob specifici:</u> Acquisire gradualmente, durante il pasto, un assetto posturale del capo in linea col tronco e leggermente flesso durante l'assunzione di liquidi e la deglutizione</p>
<p><u>Sottobiettivi:</u> Graduale aumento della sicurezza nella gestione del doppio sensore.</p>	<p><u>Sottobiettivi:</u> Modifica stabile delle modalità di alimentazione.</p>
<p><u>Attività:</u> Sollecitare Pe. a raccontare le proprie esperienze mediante l'uso dello strumento informatico in modo da migliorare la gestione del doppio sensore. Attività di completamento di frasi semplici attraverso l'utilizzo dello strumento informatico (riempire gli spazi, concludere la frase ecc). Attività di stimolazione cognitiva con lo strumento informatico.</p>	<p><u>Attività:</u> Lateralizzare il cibo porgendolo basso davanti alla bocca e introducendolo quando mantiene il capo flesso. Sollecitare verbalmente Pe. a mantenere il capo flesso.</p>
<p><u>Procedure:</u> interattive, ludiche e tutoriali.</p>	<p><u>Procedure:</u> interattive e tutoriali.</p>
<p><u>Agenti:</u> dade e i volontari del servizio civile.</p>	<p><u>Agenti:</u> logopedista e dade.</p>

<u>Modalità di trattamento:</u> indiretta.	<u>Modalità di trattamento:</u> diretta e indiretta.
---	---

Risultati rilevati a distanza di un mese

- **Gestione del doppio sensore:** La gestione del doppio sensore è migliorata e Pe. ormai riesce ad utilizzare la modalità digitale senza problemi.
- **Acquisizione del vocabolario e della frase nucleare:** l'aumento di vocabolario va di pari passo con l'aumento delle esperienze vissute. Pe. dimostra di non aver problemi nella gestione di esercizi di completamento di frase (S+V+C.O.).
- **Alimentazione:** le dade hanno capito l'importanza della flessione del capo, di conseguenza la postura di Pe. è migliorata. È importante spingerlo a mantenere tale atteggiamento, per renderlo sempre più stabile ed automatizzato.

Indicazioni per il progresso delle acquisizioni:

- Procedere con l'introduzione di vocaboli nuovi a mano a mano che le esperienze di Pe. lo richiedono.
- Aumentare la complessità delle frasi prodotto mediante lo strumento informatico.
- Continuare a porre attenzione alle modalità di alimentazione.

Conclusioni

Si mantengono gli obiettivi specificati nel Piano di terapia precedente, con una attenzione rivolta agli indicatori di modificabilità segnalati nei sottobiettivi. Tale verifica permetterà la messa in atto di modifiche ed integrazioni delle proposte per raggiungere gli obiettivi generali.

D. ha 10 anni e 10 mesi. Vive con la famiglia allargata ad Iringa. La madre è infermiera e lo segue con molta attenzione.

Diagnosi clinica: PCI: quadro misto, prevalentemente coreo atetotico.

Epilessia (in media 3 crisi al giorno)

RM gravissimo

Valutazione logopedica:

Comprensione: il bambino comprende saltuariamente e con molta difficoltà consegne semplici.

Comunicazione e Linguaggio: D. non parla, ma emette dei suoni quando è sereno. Non cerca la comunicazione con l'altro, ma la madre riferisce che coglie l'umore delle persone intorno a lui e modifica di conseguenza il proprio comportamento. (Protocollo di valutazione della comunicazione, Leonardi -in fase di pubblicazione-)

Alimentazione: nulla da rilevare.

Particolarità: Le numerose crisi giornaliere rendono talvolta impossibile lavorare con lui per tempi prolungati.

Indici di funzionamento: la produzione verbale è completamente assente, come pure l'intenzionalità comunicativa. Talvolta D. esprime la propria gioia emettendo dei suoni. La famiglia costituisce il punto di forza più importante per il ragazzo il quale non è autonomo nella gestione dei bisogni della vita quotidiana. La famiglia è molto attenta nel monitorare l'andamento dell'epilessia e nel somministrare correttamente il farmaco. Quando D. non ha crisi ed è tranquillo è possibile giocare con lui con giochi di legno colorati: qualche volta prende in mano qualche pezzo e lo sposta con una modalità simile a quella dell'interlocutore. Non si rilevano difficoltà durante il pasto, che sembra essere uno dei momenti preferiti del bambino. Si riporta la presenza di scialorrea abbondante che peggiora notevolmente durante l'ora successiva alla crisi. (ICF-CY, 2007)

Bilancio logopedico:

Le difficoltà di D., legate alla patologia neurologica ed aggravate dal ritardo mentale, sono difficili da inquadrare, data la presenza di numerose crisi epilettiche che rendono la performance del bambino molto variabile. Data la gravità della situazione clinica risulta importante considerare i punti di forza per facilitare una relazione affettiva più ricca, che sfrutti l'utilizzo di un canale comunicativo prevalentemente sensoriale, nel rispetto più assoluto dei tempi del bambino.

Piano di terapia

Obiettivi generali: Potenziare le abilità comunicative.

Obiettivi intermedi: Sviluppo di forme comunicative intenzionali semplici.

Obiettivi specifici: Individuazione delle risorse disponibili (risposta attraverso il sorriso, lo sguardo diretto all'adulto ecc.) per selezionare il canale comunicativo più efficace a trasmettere il proprio stato emotivo.

Sottobiettivi: aumento graduale dei tempi di attenzione.

Attività: attività che favoriscano l'instaurarsi di una relazione efficace, gradite al bambino e stimolanti ai fini comunicativi.

Procedure: Interattive, ludiche e tutoriali.

Agenti: logopedista, dade e i volontari del servizio civile.

Modalità di trattamento: diretta e indiretta.

Risultati rilevati a distanza di un mese

- Le numerose crisi epilettiche giornaliere, spesso rendono il lavoro con D. impossibile perché il bambino è troppo spassato. In condizioni di salute, dimostra di apprezzare visibilmente la relazione e talvolta manifesta qualche sporadica iniziativa durante le attività.

Indicazioni per il progresso delle acquisizioni:

- Proseguire con le attività, nel massimo rispetto dei tempi di tenuta attentiva e le necessità di riposo di D..

Conclusioni

Si mantengono gli obiettivi specificati nel Piano di terapia precedente, con una attenzione rivolta agli indicatori di modificabilità segnalati nei sottobiettivi. Tale verifica permetterà la messa in atto di modifiche ed integrazioni delle proposte per raggiungere gli obiettivi generali.

S. è una bambina di 9 anni. Figlia di madre disabile è arrivata al Centro qualche mese fa. Al momento della presa in carico effettuava spostamenti in quadrupedia, con assenza totale del linguaggio verbale. Attualmente vive con una dada che abita vicina al Centro, favorendo in tal modo una frequenza giornaliera. Non si hanno notizie rispetto all'origine e alle caratteristiche della sua patologia, che presenta tratti comuni molto evidenti con quella materna.

Diagnosi clinica: Assente.

RM medio-lieve

Valutazione logopedica:

Comprensione: presente per consegne semplici; difficoltà nel comprendere consegne complesse.

Comunicazione e Linguaggio: Attualmente S. utilizza il canale verbale sia per comunicare che per richiamare l'attenzione dell'interlocutore. Spesso l'articolazione non è precisa e la bambina utilizza modalità comunicative non sempre adeguate al contesto (es. volume eccessivamente alto o basso). Se non riesce a ottenere quello che desidera richiama l'adulto prendendolo per mano e portandolo verso l'oggetto. (Protocollo di valutazione della comunicazione, Leonardi -in fase di pubblicazione-)

Particolarità: è molto legata a B., ama giocare a memory e con la bambola. Grazie al confronto con le dade è emerso che S. possiede un vocabolario molto ridotto. È presente il gioco simbolico.

Bilancio logopedico:

S. dimostra grande curiosità verso tutti gli stimoli nuovi, atteggiamento facilitante nell'accogliere le proposte. Le preferenze ludiche, come il memory vengono condivise facilmente nel rapporto con gli altri bambini, anche se con modalità non sempre in linea con le regole di conversazione. Spesso, infatti, si inserisce nelle conversazioni con tono troppo elevato o senza prestare molta attenzione ai turni conversazionali. Durante l'interazione S. tende a non articolare bene le parole o a sostituirle con un neologismo o una produzione vocale sonora. La curiosità e la motivazione all'interazione comunicativa rappresentano i punti di forza che sostengono l'impegno nel tempo e sui quali basare le proposte future.

Piano di terapia

Obiettivi generali: Migliorare l'efficacia comunicativa

Obiettivi intermedi: Migliorare l'aspetto pragmatico della comunicazione.

Supportare l'acquisizione di conoscenze lessicali- semantiche.

Obiettivi specifici: Utilizzo di parole legate al contesto ludico ed alla vita quotidiana.

Migliorare la pragmatica comunicativa sostenendo l'adeguatezza nell'uso dell'intensità vocale attraverso modelling.

Sottobiettivi: Migliorare la gestione del volume della voce in almeno il 70% degli scambi.

Acquisizione dei nomi delle schede del memory.

Attività: Giocare con la bambina a memory denominando sempre gli oggetti raffigurati.

Condividere la lettura di libri, denominando gli oggetti e commentando le figure.

Stimolare l'uso costante di risposte verbali corrette, in alternativa alle produzioni vocali/neologismi prodotti spontaneamente dalla bambina.

In relazione alle produzioni scorrette, procedere con la richiesta di chiarificazioni e/o verbalizzare la pronuncia corretta delle frasi da parte dell'adulto.

Rispetto alla mancanza di controllo dell'intensità vocale, ridurre gli scambi comunicativi.

Quando parla con tono e modalità adeguata, gratificarla e prolungare lo scambio.

Procedure: Interattive, ludiche e tutoriali.

Agenti: dade e i volontari del servizio civile.

Modalità di trattamento: indiretta.

Risultati rilevati a distanza di un mese

A causa delle differenze linguistiche è stato svolto un counselling rivolto alle dade ed ai volontari del servizio civile, per proporre le attività previste nel piano di trattamento.

Attraverso l'osservazione degli atteggiamenti di S. è stata attuata una verifica delle reazioni della bambina alle proposte.

- Le modalità di interazione cominciano a modificarsi soprattutto in alcune risposte di routine. Non è ancora comparsa generalizzazione dell'abilità.
- Dopo alcuni giorni di proposte ludiche guidate (denominazione di alcune immagini del memory) si è osservata una reazione di rifiuto da parte della bambina. Si è quindi deciso di assecondarla parzialmente per non crearle difficoltà. Nonostante questo, pur mantenendo tempi di attenzione ridotti (4-5 minuti) la bambina ha dimostrato un grande interesse per l'attività.

Indicazioni per il progresso delle acquisizioni:

- Continuare le attività suddette con l'obiettivo di aumentare i tempi di attenzione.

Conclusioni

Si mantengono gli obiettivi specificati nel Piano di terapia precedente, con una attenzione rivolta agli indicatori di modificabilità segnalati nei sottobiettivi. Tale verifica permetterà la messa in atto di modifiche ed integrazioni delle proposte per raggiungere gli obiettivi generali.

Z. ha 12 anni e 10 mesi. Ha lasciato la sua famiglia che vive in un villaggio nella periferia di Iringa per frequentare regolarmente il Centro e vive a casa di una dada. Mantiene comunque il contatto con la famiglia di origine, attraverso visite saltuarie ed occasionali.

Diagnosi clinica: Tetraparesi tipo discinetico con componente atetosica in esiti di PCI. Disartria medio-grave.

Valutazione logopedica:

Comprensione: sufficientemente adeguata all'età.

Comunicazione e Linguaggio: Z. si esprime per lo più tramite il canale verbale anche se gli risulta abbastanza faticoso a causa della grave disartria. Al Centro ha imparato a leggere e scrivere e recentemente gli è stata data la possibilità di usufruire di un computer, utilizzato attraverso la pressione del piede dx sul doppio sensore e con il quale gestisce le attività connesse alla didattica, oltre a quelle relative alla comunicazione. Infatti Z. ricorre alla scrittura al computer per formulare richieste o per assicurarsi di essere stato capito. (Protocollo di valutazione della comunicazione, Leonardi -in fase di pubblicazione-)

Alimentazione: Z. non è autonomo nell'alimentazione a causa della difficoltà nella coordinazione e nella gestione dei movimenti. Nonostante abbia una sedia su misura si nota una grande instabilità del tronco, che è poco contenuto.

Particolarità: Z. mantiene un buon controllo sul piede dx, attraverso il quale svolge la maggior parte delle attività.

Bilancio logopedico:

Il livello cognitivo di Z. permette di avere un rapporto paragonabile a quello che si potrebbe avere con un suo coetaneo. Al momento le priorità del ragazzo e del Centro, sono quelle di migliorare il livello di swahili scritto e della matematica. Per questo Z.

viene seguito tutti i giorni da Francesco o da Miriam (i ragazzi del servizio civile) con i quali si esercita al computer. I Responsabili del Centro vogliono verificare se vi è la possibilità di fargli fare un esame che certifichi le sua abilità di lettura, scrittura e calcolo.

Rispetto all'alimentazione, la mancanza di contenimento della postura da seduto non garantisce la stabilità del bacino, tronco e capo, necessari ad assicurare il giusto sostegno ai movimenti masticatori e di deglutizione.

Piano di terapia

Obiettivi generali: Migliorare la funzionalità orale relativa alla alimentazione.

Obiettivi intermedi: Modificare la capacità di controllo e gestione dei liquidi e solidi durante il pasto.

Obiettivi specifici: Attivazione del movimento corretto di suzione e deglutizione sostenuto dal contenimento del tronco.

Sottobiettivi: Miglioramento nella gestione del pasto.

Attività: Contenere il tronco mediante un bretellaggio (fascia di stoffa non elastica).

Avvicinare la sedia al tavolo per mantenere l'appoggio degli avambracci sul ripiano.

Procedure: Interattive e tutoriali.

Agenti: logopedista, dade e volontari del servizio civile.

Modalità di trattamento: diretta e indiretta.

Risultati rilevati a distanza di un mese



-Alimentazione: Z. mangia più serenamente perché non deve più concentrarsi nel controllo del tronco. Tale condizione viene confermata anche attraverso la verbalizzazione. Per il bretellaggio è stata usata una fascia consigliata precedentemente.

Indicazioni per il progresso delle acquisizioni:

- Mantenere le modalità di alimentazione suggerite.

- Proseguire nel lavoro ad orientamento scolastico-educativo.

Conclusioni

Si mantengono gli obiettivi specificati nel Piano di terapia precedente, con una attenzione rivolta agli indicatori di modificabilità segnalati nei sottobiettivi. Tale verifica permetterà la messa in atto di modifiche ed integrazioni delle proposte per raggiungere gli obiettivi generali.

Jo. è un bambino di quasi 6 anni di età. Figlio di professori universitari, Jo. vive ad Iringa.

Diagnosi clinica: Disturbo generalizzato dello sviluppo con tratti autistici iperattivi.

Afasia

RM gravissimo.

Valutazione logopedica:

Comprensione: Gravemente deficitaria.

Comunicazione e Linguaggio: Jo. non è interessato alla comunicazione. Ogni tentativo di relazione con il bambino è poco efficace o scatena reazioni negative (urlo). (Protocollo di valutazione della comunicazione, Leonardi -in fase di pubblicazione-)

Alimentazione: nulla da rilevare dal punto di vista motorio, ma il bambino ha un rifiuto dei cibi che abbiano una consistenza maggiore del semisolido.

Particolarità: non è stato ancora individuato un oggetto motivante o che venga in qualche modo considerato dal bambino.

Bilancio logopedico:

Il grave disturbo relazionale di Jo. rende molto difficoltoso il lavoro. Il bambino generalmente non considera l'interlocutore e non è ancora stato attratto da nessuno degli stimoli proposti. Permette agli adulti di toccarlo, pur mantenendo il distacco relazionale. La necessità primaria è, quindi, quella di trovare un possibile canale per intraprendere la relazione. A tale scopo sarà necessario individuare proposte che verifichino le risorse comunicativo-relazionali disponibili.

Piano di terapia

Obiettivi generali: Stimolare l'apprendimento di modalità di comunicazione.

Obiettivi intermedi: Sviluppo della comunicazione intenzionale.

Obiettivi specifici: Individuazione della modalità comunicativa più efficace per avviare la comunicazione.

Sottobiettivi: Individuare oggetti, cibi, giochi ecc. che sono fortemente motivanti ed altrettanti oggetti ecc. rifiutati dal b/o.

Attività: Formulare proposte in forma ludica (per esempio ponendo di fronte al bambino diversi giocattoli) per favorire la scelta e l'identificazione delle preferenze.

Procedure: ludiche.

Agenti: logopedista, dade e volontari del servizio civile.

Modalità di trattamento: diretta e indiretta.

Risultati rilevati a distanza di un mese

- **Individuazione di un canale per avviare la comunicazione**: le risposte del bambino non sono state significative per permettere l'avvio di modalità comunicative alternative.

Indicazioni per il progresso delle acquisizioni:

- Continuare a formulare proposte diverse, con una attenzione nel cogliere eventuali cambiamenti nel comportamento del bambino.

Conclusioni

Si mantengono gli obiettivi specificati nel Piano di terapia precedente, con una attenzione rivolta agli indicatori di modificabilità segnalati nei sottobiettivi. Tale verifica permetterà la messa in atto di modifiche ed integrazioni delle proposte per raggiungere gli obiettivi generali. Un approccio psico-relazionale in psicomotricità potrebbe essere in questo momento favorevole per accelerare la modifica a livello comportamentale.

Pa. ha 7 anni, vive con la zia. E' arrivato al Centro all'inizio di ottobre. A novembre 2010, probabilmente in seguito ad un episodio di malaria, scende in uno stato di coma per 3 giorni. Al risveglio dimostrava la perdita delle funzioni motorie e del linguaggio verbale. Successivamente ha recuperato la marcia, che permane ancora molto incerta e

instabile. Il bambino presenta una protuberanza di dimensioni variabili nel tempo, sulla parte sinistra della fronte. Permane uno stato di mancanza di reattività agli stimoli esterni.

Dal risveglio dal coma soffre di crisi epilettiche.

Diagnosi clinica: in via di approfondimento.

Valutazione logopedica:

Comprensione: dato lo stato areattivo, risulta molto difficile valutare le capacità di comprensione di Pa.

Comunicazione e Linguaggio: il bambino non comunica né utilizzando il canale verbale né in qualsiasi altro modo. Non è interessato allo scambio né a qualsiasi elemento dell'ambiente che lo circonda. (Protocollo di valutazione della comunicazione, Leonardi -in fase di pubblicazione-)

Alimentazione: non è autonomo. Non accetta che gli venga messo il cucchiaino in mano.

Particolarità: sembra che qualsiasi stimolo lo disturbi. Pa. manifesta questo fastidio ritraendo rapidamente la mano non appena sente il contatto con gli oggetti.

Bilancio logopedico:

Lo stato di Pa. al momento crea grosse difficoltà sia per la valutazione delle sue abilità sia per l'organizzazione di attività da svolgere individualmente. Si valuta dunque necessaria una stimolazione di tutti i canali sensoriali del bambino con lo scopo di individuare qualche reazione che possa costituire il punto di partenza per le fasi di valutazione e terapia successive.

Piano di terapia

Obiettivi generali: Stimolare l'aspetto relazionale.

Obiettivi intermedi: Stimolare Pa. alla percezione dell'ambiente e delle persone intorno a lui.

Obiettivi specifici: Individuare stimoli che motivanti rispetto a quelli rifiutati.

Sottobiettivo: Individuazione di due/tre elementi tra oggetti, cibi, giochi ecc. che siano fortemente motivanti ed altrettanti oggetti ecc. rifiutati dal b/o.

Attività: Proposta di diversi stimoli in forma ludica.

Procedure: ludiche.

Agenti: logopedista, dade e volontari del servizio civile.

Modalità di trattamento: diretta e indiretta.

Risultati rilevati a distanza di un mese

- Non sono da segnalare miglioramenti significativi nel comportamento relazionale di Pa. L'aspetto più rilevante è costituito dalla variazione della dimensione della protrusione sulla fronte che spesso va di pari passo con una migliore o peggiore performance motoria. Nei giorni in cui le dimensioni sono ridotte sembra che le reazioni di Pa. a stimoli particolarmente rumorosi siano più evidenti.



Indicazioni per il progresso delle acquisizioni:

- Si propone di continuare in questa direzione e di cercare di ottenere una visita di accertamento per valutare l'origine e la natura della protrusione.

Conclusioni

Si mantengono gli obiettivi specificati nel Piano di terapia precedente, con una attenzione rivolta agli indicatori di modificabilità segnalati nei sottobiettivi. Tale verifica permetterà la messa in atto di modifiche ed integrazioni delle proposte per raggiungere gli obiettivi generali.

Je., 10 anni, frequenta da poco il Centro. Vive con la sua famiglia che mantiene con lei un rapporto educativo senza proibizioni. Ciò determina lo sviluppo di un carattere spesso caparcioso. A casa ha sempre effettuato spostamenti in quadrupedica, ma da quando ha iniziato a frequentare il Centro, riesce a camminare con l'aiuto delle parallele o con un appoggio.

Diagnosi clinica: in via di approfondimento.

RM medio.

Valutazione logopedica:

Comprensione: sembra comprendere consegne semplici.

Comunicazione e Linguaggio: Je. comunica mediante il canale verbale, spesso però la sua produzione è scollegata dal contesto. Talvolta la bambina si intromette nei giochi degli altri bambini con irruenza. (Protocollo di valutazione della comunicazione, Leonardi -in fase di pubblicazione-)

Alimentazione: autonoma, anche se nell'uso del cucchiaino prevale la pigrizia.

Particolarità: nel comportamento spontaneo gli atteggiamenti oppositivi accompagnati dal pianto, sono frequenti e mirati al rifiuto a svolgere determinate attività.

Bilancio logopedico:

La principale problematica di Je. è attualmente quella di origine educativa. Infatti la bambina non è abituata ad impegnarsi nelle attività né ad accettare limiti. Dal punto di vista della produzione verbale risulta importante il richiamo al contesto e al rispetto dei turni durante le attività di gioco e durante lo scambio. Spesso Je. tende ad evitare di svolgere le consegne attraverso strategie di evitamento, come fingere di non aver compreso la consegna o chiedendo di ripeterla più volte.

Piano di terapia

Obiettivi generali: Migliorare l'efficacia comunicativa.

Obiettivi intermedi: Migliorare le abilità pragmatiche.

Obiettivi specifici: Migliorare il rispetto dei turni.

Migliorare l'aderenza al contesto dello scambio comunicativo.

Migliorare l'aderenza alla consegna.

Sottobiettivi: Diminuzione degli episodi di pianto quando viene fatta una richiesta.

Miglioramento dell'esecuzione della consegna (70% di risposte corrette).

Diminuzione delle richieste di ripetizione della consegna.

Attività: Ludiche in contesto comunicativo, attraverso le quali mantenere atteggiamenti che favoriscano l'adattamento della bambina a comportamenti più adeguati e maturi.

Procedure: interattive, ludiche e tutoriali.

Agenti: dade e volontari del servizio civile.

Modalità di trattamento: indiretta.

Risultati rilevati a distanza di un mese

- La bambina persevera negli atteggiamenti di pianto, ma gli episodi hanno durata ridotta rispetto all'inizio.
- Non è ancora possibile rilevare un sensibile miglioramento nell'aderenza al contesto durante lo scambio comunicativo.

Indicazioni per il progresso delle acquisizioni:

- Procedere con le proposte precedenti. Counselling genitoriale per aiutare la bambina nel cambiamento e nella generalizzazione di un nuovo comportamento.

Conclusioni

Si mantengono gli obiettivi specificati nel Piano di terapia precedente, con una attenzione rivolta agli indicatori di modificabilità segnalati nei sottobiettivi. Tale verifica permetterà la messa in atto di modifiche ed integrazioni delle proposte per raggiungere gli obiettivi generali.

4. Risultati

Come riportato precedentemente i bambini sono stati seguiti in diversi ambiti e mediante attività differenti in relazione alle priorità che sono state individuate per ognuno di loro.

Si è lavorato sulle modalità di alimentazione con 6 bambini ottenendo per tutti risultati immediati che sono stati recepiti molto positivamente anche dalle dade: i tre più gravi, (J., St. e U.) ora vengono alimentati con il cucchiaino di silicone lateralizzando il cibo, che verrà portato verso la consistenza semisolida. È stato svolto anche un lavoro mirato alle posture da mantenere durante il pasto sia con i suddetti bambini, che sono stati posturati in maniera adeguata con l'uso di sostegni o sistemi di bretellaggio, sia con altri; per questi ultimi in un caso, Z., si è deciso di procedere con un sistema di bretellaggio per gli altri 2, Pe. e P., è bastato modificare le modalità con cui le dade introducevano il cibo nella bocca e la posizione del capo per osservare dei cambiamenti significativi durante il pasto.

Con P. ed I. si è considerato importante, anche per un fattore igienico, lavorare sul controllo della scialorrea. P. ha dimostrato di non avere troppe difficoltà nella gestione e nel controllo della chiusura delle labbra, anche se non ha ancora generalizzato l'abilità. I. invece, a causa del grave ritardo mentale, ha una modificabilità ridotta, aggravata dall'incapacità di comprensione della consegna.

Per quanto riguarda l'aspetto comunicativo si è lavorato sia sui prerequisiti alla comunicazione sia su elementi di morfosintassi. In particolare ci si è concentrati sul miglioramento dei tempi di attenzione con 3 soggetti (B., Pr. e I.), raggiungendo risultati positivi anche se ancora poco generalizzati. Sempre in relazione all'aspetto comunicativo si è valutato opportuno stimolare l'iniziativa comunicativa con 3 bambini, B., J. e St.: i risultati non sono stati ovviamente immediati, ma si sono rilevati dei cambiamenti nel comportamento. Nel tentativo di creare i presupposti per l'eventuale impostazione di una CAA si è inoltre deciso di strutturare alcune attività per stimolare la relazione fotogramma/pittogramma-oggetto con 4 bambini. Tra questi P. non ha avuto alcuna difficoltà e si è potuto procedere con l'impostazione di attività più complesse sino ad arrivare alla struttura frasale S+V+O; con B. si è riusciti ad ottenere un lieve aumento del tempo di attenzione che rivolgeva alla fotografia; con J. ci si è presto resi conto della grossa difficoltà che aveva nel fare questo tipo di associazione e si è quindi

deciso di modificare gli obiettivi prefissati; Pr. invece, pur non riuscendo a comprendere il significato dei pittogrammi, ha aumentato la propria attenzione nell'osservare i fotogrammi e ha tradotto poi in codice gestuale le caratteristiche che ha rilevato nelle fotografie.

Si è, invece, valutato opportuno lavorare sull'ampliamento di vocabolario con Pe. e S.: entrambi hanno recepito positivamente gli stimoli, anche se S. in un primo momento sembrava non apprezzare l'aumento di difficoltà della richiesta. In particolare con S. si è lavorato anche sulle modalità di comunicazione, date le difficoltà della bambina: i risultati sono stati positivi anche se le abilità sono ancora in via di acquisizione.

Con Pa. e Jo. si è tentato di intraprendere delle attività volte a stimolare l'aspetto relazionale nel tentativo di individuare eventuali oggetti o stimoli che potessero rappresentare elementi motivanti allo scambio.

L'obiettivo iniziale con tutti i soggetti è stato quello di creare una relazione tale per cui sia le dade sia i bambini stessi accogliessero positivamente le attività proposte; per questo motivo si era anche deciso di inserirsi nella realtà del Centro secondo una metodologia il più possibile ecologica e rispettosa. Alla fine di questo percorso, date le reazioni rilevate e i risultati ottenuti, si può asserire che la metodologia adottata è stata corretta e ha permesso a entrambe le parti di lavorare efficacemente senza sconvolgere gli equilibri esistenti.

Alla luce dei miglioramenti che i bambini hanno attuato nell'arco di un mese, si può affermare che quelli con cui si è lavorato hanno dimostrato di avere per la maggior parte un indice di modificabilità molto buono. Le ragioni dei livelli di modificabilità osservati sono ancora da comprendere, se cioè siano dovuti alle peculiarità dei bambini che frequentano *Nyumba Ali* o sia in parte dovuta alla scarsità di stimoli che essi hanno ricevuto in relazione all'ambito logopedico sino ad oggi.

5. Considerazioni

Le considerazioni a riguardo del lavoro svolto durante questo mese devono partire da un'analisi delle patologie con le quali si è lavorato. La situazione africana della disabilità e le poche realtà che se ne occupano non permettono la strutturazione di centri specializzati in un unico ambito patologico; in modo simile, in Italia nei distretti dell'ULSS o nei Servizi di Neuroriabilitazione sono presenti patologie molto diverse tra loro. Quello che più colpisce da un'analisi dei dati raccolti durante la stesura di questa tesi e le osservazioni fatte durante i periodi di tirocinio nelle diverse strutture, è però la grande diversità tra bambini portatori dello stesso tipo di disabilità all'interno delle due realtà.

A rigor di logica, il fatto che i bambini africani abbiano poche possibilità di essere seguiti sin dalla nascita da un'equipe in grado di prevedere l'evoluzione della loro patologia e di seguirla con un programma riabilitativo personalizzato, dovrebbe portare alla conclusione che la loro quotidianità sia molto più dolorosa e difficile di quella dei loro coetanei italiani. Nelle prime fasi di crescita, questo tipo di riflessione può rivelarsi veritiera poiché è innegabile che le situazioni nelle quali a volte si trovano i bambini sono davvero ostili alla loro sopravvivenza. Purtroppo il tasso di mortalità infantile è ancora alto: in Tanzania nel 2010 sono morti 133.000 bambini sotto i cinque anni di età, che significa 76 morti su 1000 bambini nati vivi¹⁷. Nonostante questo, le suddette difficoltà sono anche la ragione per cui l'istinto di sopravvivenza di questi bambini viene accentuato al punto tale da sviluppare i pochi punti di forza che hanno sino a compensare in modo autonomo alcuni limiti dati dalla patologia di base. Ricordando le affermazioni di Ferrari che descrive l'evoluzione temporale del bambino con patologia neuromotoria come sviluppo di soluzioni adattive alle richieste dell'ambiente al SNC¹⁸, si può affermare che le capacità di compensazione e di adattamento alla realtà da parte dei bambini con cui si è svolta l'attività durante questo mese sono estremamente sviluppate e, in un certo senso, rendono la loro vita più semplice di quella di molti altri bambini affetti dalla medesima patologia che vivono in Italia.

Da una lettura attenta della precedente presentazione dei bambini di *Nyumba Ali* questo aspetto risulta molto evidente: escludendo temporaneamente i bambini con difficoltà

¹⁷ Unicef, (2011), Child Mortality Report 2011, pag.16

¹⁸ A.Ferrari, (2005), "Problemi di riabilitazione in età evolutiva", Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva, Vol.25, pag.154-166

relazionali e considerando solo quelli con esiti di PCI non si può non notare che alcuni di loro hanno sviluppato abilità comunicative che, a causa del loro ritardo mentale e della patologia che li caratterizza, risultano decisamente superiori alle aspettative. È il caso di I., per esempio, affetto da tetraparesi spastica caratterizzata da microcefalia, da ritardo mentale grave e dalla capacità di produrre solo i suoni “tikitiki” o “takataka”. Il bambino, attraverso la proposta di strategie comunicative, ha sviluppato l’abilità di esprimere i suoi bisogni primari usando parole swahili corrette e pertinenti. Oppure Pr., che, nonostante l’incapacità di articolare parole, è in grado di comunicare con la mimica e la gestualità in maniera così precisa da produrre messaggi comprensibili all’interlocutore. J. poi, per la quale è molto faticoso muoversi a causa della tetraplegia discinetico-atetosica, pur non articolando nessuna parola, è però in grado di dimostrare la sua passione per un determinato oggetto o per una persona grazie alla mimica e alla direzionalità degli occhi. Rispetto all’alimentazione Pr. ci fornisce un ottimo esempio di compenso autonomo; egli fa molta fatica a gestire i movimenti dell’arto sinistro che spesso vanno a disturbare anche il controllo del destro. Pr. ha trovato spontaneamente la soluzione: quando usa il cucchiaio estende il braccio sinistro e appoggia la mano sul tavolo in modo da riuscire a stabilizzarsi, riducendone i movimenti ed avere maggiore libertà nella gestione del cucchiaio con la mano destra.

Gli esempi riportano risultati che potrebbero sembrare banali, se non si tiene in considerazione l’età relativamente avanzata (I. ha 11 anni, J. 7 e Pr. 9), fattore importante, a volte decisivo, ai fini del trattamento dei bambini più gravi, che dimostrano in tempi relativamente precoci un adattamento alla patologia in corrispondenza ad una scarsa o assente modificabilità. In questi bambini la patologia per lungo tempo non ha usufruito di compensi medici e terapeutici determinando lo sviluppo di abilità senso-percettive, mentali e relazionali in grado di rispondere alle proprie esigenze biologiche e a quelle provenienti dall’ambiente. In quest’ottica risulta più facile capire il motivo per cui non sia sempre possibile modificare le modalità comunicative di questi bambini: quelle che da soli hanno sviluppato, rappresentano la risorsa che ha permesso loro di mantenere un livello di vita tollerabile rispetto alla condizione di base. D’altra parte le “coping solutions” , ossia le strategie individuali sviluppate dal bambino, sono quell’insieme di accorgimenti e modificazioni che il

soggetto “ha trovato nel tempo per potersela cavare meglio”¹⁹ nella gestione della patologia nel mondo che lo circonda²⁰. Partendo da questo presupposto le attività con i pittogrammi e le fotografie, per esempio, non avevano come scopo l’avvio della CAA tramite immagini, ma sono stati recepiti come stimoli volti ad aumentare e completare le abilità già presenti. Così, Pr. ha imparato ad osservare con più attenzione i fotogrammi e li ha poi tradotti in un aumento delle capacità gestuali; P., invece, nonostante non abbia dimostrato difficoltà nella gestione delle attività con pittogrammi e li abbia utilizzati con una certa dimestichezza all’interno delle attività strutturate, non li ha mai ricercati per esprimere un determinato desiderio perché le sue capacità mimiche, gestuali e posturali gli permettono di esprimere quello che desidera in modo chiaro per l’interlocutore.

Anche l’ambiente in cui vivono questi bambini ha un ruolo determinante nella strutturazione di questi compensi. Infatti, spesso essi vivono in famiglie allargate dove tutti i bambini passano molto tempo insieme e dove i più piccoli imparano dai più grandi l’arte della sopravvivenza. In questo contesto il bambino disabile, anche se, come purtroppo spesso accade, non è integrato all’interno del villaggio, si trova presto a confrontarsi con coetanei che lo spingono alla ricerca di strategie di compenso che gli permettano di partecipare alle attività e di non rimanerne escluso. Questo fa sì che il SNC si strutturi molto precocemente in questo senso, dove la pragmatica e le capacità di comunicazione, anche se minime, sono sviluppate in modo superiore alle aspettative. Non a caso, queste capacità sono state riconosciute anche in bambini provenienti da realtà simili e che frequentano i servizi territoriali italiani.

La collaborazione con le dade ha rappresentato poi un altro elemento importante. Si voleva infatti evitare che questo intervento venisse percepito come una parentesi ma, negli ambiti in cui fosse stato possibile, si desiderava renderle partecipi delle decisioni e dell’attuazione delle attività. Questo è stato possibile grazie all’aiuto offerto dai ragazzi del Servizio Civile Internazionale, i quali, avendo una buona padronanza della lingua e conoscendo bene bambini e dade, si sono resi disponibili per la strutturazione e la spiegazione delle attività in modo che nessuna delle proposte risultasse fuori contesto o poco chiara. L’ambito in cui si è percepita una collaborazione più immediata è stato quello dell’alimentazione. Infatti, i progressi che i bambini hanno avuto in questo senso,

¹⁹ A.Ferrari, (2005), “Problemi di riabilitazione in età evolutiva”, *Giornale di Neuropsichiatria dell’Età Evolutiva*, Vol.25, pag.154-166

²⁰ A.Ferrari, (2006), “Riflessioni in tema di paralisi cerebrale infantile”, *In nuovo*, anno 10, n.1

soprattutto per alcuni di loro, sono stati evidenti sin dalla prima attuazione delle modifiche. Questo ha determinato un'ottima risposta anche da parte delle dade che assistono i bambini durante il pasto. Tutte hanno posto numerose domande per accertarsi di aver compreso le modalità di alimentazione corrette per ogni bambino.

Un'ultima considerazione va fatta in merito agli strumenti valutativi che si è deciso di utilizzare. L'ICF, come già detto precedentemente, nasce come strumento valutativo adattabile a diverse realtà e a diversi contesti. Gli altri due protocolli invece, il Protocollo di valutazione della comunicazione (Leonardi, - in fase di pubblicazione-) e il Protocollo di valutazione delle funzioni orali (Leonardi -in fase di pubblicazione-), sono stati pensati e strutturati per rispondere alle esigenze di un Servizio di Neuroriabilitazione dell'età evolutiva italiano e per questo non sono stati costruiti per un utilizzo in contesto internazionale. Nonostante questo, i suddetti protocolli si sono rivelati essere strumenti estremamente utili per la prima valutazione e completamente adattabili ad un ambiente le cui caratteristiche erano così diverse. Insieme all'ICF, hanno permesso di raccogliere i dati in modo esauriente e approfondito e quindi di impostare un piano di terapia adatto alle esigenze di ogni bambino tenendo conto dei fattori centrali (componenti comuni a tutti i soggetti con una stessa sindrome), dei fattori periferici (caratterizzanti l'apparato locomotore), delle strategie individuali (o coping solutions)²¹ e del contesto socioculturale in cui ognuno di loro vive.

²¹ A.Ferrari, (2006), "Riflessioni in tema di paralisi cerebrale infantile", In nuovo, anno 10, n.1

6. Conclusioni

Lavorare in un contesto così diverso da quello a cui si è abituati non può non cambiare il nostro modo di osservare le diverse situazioni che ci troviamo ad affrontare giorno per giorno. Sin dalle prime ore di attività con dade e bambini è risultato chiaro che il bagaglio culturale di chi si inserisce in una realtà così diversa deve rimanere, se non altro inizialmente, sullo sfondo. Non deve cioè rappresentare il filtro attraverso cui valutare le situazioni e i comportamenti che fanno parte della nuova realtà. È risultato fondamentale, anche per stabilire poi in un secondo momento gli obiettivi e i piani di terapia, porsi come spettatori e ascoltatori attivi. Inutile negarlo: la cultura di un popolo modifica gli atteggiamenti, i comportamenti e le reazioni delle persone e, di riflesso, anche gli adattamenti che l'individuo con disabilità deve sviluppare per sopravvivere. Così le abilità di un bambino italiano a cui è stata fatta la stessa diagnosi di un suo coetaneo africano saranno molto diverse, sia a causa delle diverse esperienze personali che entrambi si troveranno a vivere, sia in base al contesto culturale nel quale cresceranno. Il contesto impone l'apprendimento di alcune regole socio-culturali che vengono assorbite dalla popolazione, fatte proprie e applicate a tutte le situazioni e a tutte le attività. Da questo nasce, per esempio, la necessità per il bambino africano di sviluppare un'importante abilità pragmatica che gli permetterà di interagire in modo efficace, da un punto di vista sia comunicativo sia temporale, con l'interlocutore. Non a caso si pensa che questa abilità sia frutto proprio della cultura in cui questi bambini crescono: molti pazienti provenienti da zone con caratteristiche socio-culturali simili, poi trasferiti in Italia, mantengono queste abilità che costituiscono la loro modalità di rapportarsi con il mondo. Non sempre risulta facile lavorare con questi soggetti perché spesso ci portano a ricalibrare i nostri equilibri e le nostre convinzioni su quello che "sarebbe meglio fare" per bambini che hanno quella determinata patologia. Nonostante questo, è necessario considerare sempre che lo sviluppo di una determinata funzione "esprime l'insieme di soluzioni operative messe in atto dal SNC del soggetto per soddisfare un determinato bisogno, biologicamente significativo per lui in quel definito periodo di vita"²². Nell'ambito della comunicazione, partendo da questo presupposto, risulta chiaro che, in alcune situazioni di integrazione culturale, sarà necessario valutare l'indice di modificabilità non in base alle variazioni che il bambino attua nella direzione

²² A.Ferrari, (2006), "Riflessioni in tema di paralisi cerebrale infantile", In nuovo, anno 10, n.1

da noi proposta, ma in base alla sua capacità di coglierne gli elementi per lui più salienti e integrarli alle sue modalità e capacità comunicative.

Per quanto riguarda l'uso degli strumenti, questa esperienza ha ulteriormente confermato la validità dell'ICF per la valutazione dei pazienti. Nonostante non sia stato possibile la compilazione completa del protocollo per la mancanza di personale esperto e quindi si sia deciso di compilare solo le parti di competenza logopedica e relative alle attività e alla partecipazione del bambino, questo strumento ci ha dato la possibilità di costruire per ognuno dei piccoli pazienti un quadro generale che ha poi permesso di individuare le priorità del bambino anche in base alla situazione socioculturale che doveva affrontare quotidianamente. Inoltre questo tipo di analisi ha reso necessario un confronto importante anche con le famiglie dei bambini e con il personale locale per cercare di comprendere le motivazioni di alcuni comportamenti o azioni e che, in alcune situazioni, si è trasformato in una finestra di dialogo e confronto tra culture differenti. Si considera quindi che questo strumento possa essere utile anche in Italia in quelle situazioni in cui vi è un contesto culturale di partenza diverso e dove l'alleanza terapeutica debba passare anche attraverso il confronto e la comprensione di usi, costumi e tradizioni diverse.

Nel complesso credo che questo tipo di esperienza possa costituire un primo passo per l'individuazione di strumenti che permetteranno alla logopedia di adattarsi ed evolvere insieme al mondo di oggi, in cui l'integrazione culturale sarà l'unica via percorribile.

7. Bibliografia

Ferrari A., (2005), *“Problemi di riabilitazione in età evolutiva”*, Giornale di Neuropsichiatria dell’Età Evolutiva, Vol.25.

Ferrari A., (2006), *“Riflessioni in tema di cerebrale infantile”*, Il nuovo, anno 10, n.1.

Gava M.L., (2007), *“La Comunicazione Aumentativa Alternativa tra pensiero e parola- Le possibilità di recupero comunicativo nell’ambito delle disabilità verbali e cognitive”*, Quaderni FAD, Nuova Artec, Milano.

Nilsson S. & Nilsson A. , (30-01-2011), *“Disability rights in Tanzania”*, NIDS/MSC.

Sabbadini G., (1995), *“Manuale di neuropsicologia dell’età evolutiva”*, Ed. Zanichelli, Bologna.

Sistema Statistico Nazionale-Comune di Brescia-Unità di Staff Statistica, (2007), *“DUE VOLTE DIVERSI? Gli alunni stranieri con disabilità a Brescia e nella provincia”*, Statistiche rapide, fascicolo 6/2007.

Visconti P., Peroni M., Ciceri F., (2010), *“Immagini per parlare: percorsi di comunicazione aumentativa alternativa per persone con disturbi autistici”*, Vannini Editrice, Brescia.

WHO-World Health Organization, (2007), *“ICF-CY Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute- Versione per bambini e adolescenti”*, ed.Erickson.

8. Sitografia

Associazione *Nyumba Ali*, (2006), “Perchè Nyumba, perchè Ali”

Disponibile on-line all’indirizzo: http://www.nyumba-ali.org/salvataggio/chisiamo/chi_siamo.html

Consultato in data: 3-11-2011

Camere di commercio italo estere ed estere in Italia, Sezione di Union Camere, Verso il nuovo mondo, “ Italafrica centrale: Tanzania economia”

Disponibile on-line all’indirizzo: http://www.italafricacentrale.com/index.php?option=com_content&view=article&id=99&Itemid=168&lang=it

Consultato in data: 6-11-2011

Caritas/Migrantes, (2011), Dossier Statistico Immigrazione Caritas-Migrantes 2011

Disponibile on-line all’indirizzo:http://www.caritasitaliana.it/home_page/pubblicazioni/

00002486_Dossier_Statistico_Immigrazione_Caritas_Migrantes_2011.html

Consultato in data: 8-11-2011

Ministry of labour, youth development and sports, United Republic of Tanzania, (2004), “National Policy on Disability”

Disponibile on-line all’indirizzo: <http://www.tanzania.go.tz/pdf/NATIONAL%20POLICY%20ON%20DISABILITY.pdf>

Consultato in data: 6-11-2011

Unicef, (2011), Child Mortality Report 2011

Disponibile al sito:http://www.unicef.org/media/files/Child_Mortality_Report_2011_Final.pdf

Consultato in data: 12-11-2011

WHO- World Health Organization, (2001), “International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)”

Disponibile on-line all’indirizzo: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

Consultato in data: 6-11-2011

9. Allegati

ALLEGATO 1



UNIVERSA
UNIVERSIS
PATAVINA
LIBERTAS

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Specialità Medico Chirurgiche

Corso di Laurea in Logopedia

Al Responsabile della Associazione Onlus Nyumba Ali
Sig.ra Bruna Fergnani
Sig. Lucio Lunghi

OGGETTO: richiesta di autorizzazione allo svolgimento di attività volte allo sviluppo della comunicazione nei bambini seguiti presso il Centro.

La sottoscritta Carla Leonardi, Docente presso il Corso di Laurea in Logopedia della Facoltà di Medicina, Università di Padova, richiede la disponibilità ad accogliere la Laureanda Giorgia Banzato presso la Vostra Struttura, per proporre lo studio sperimentale elaborato per la Tesi di Laurea dal titolo "La valutazione e il trattamento della comunicazione dei b/i con disturbo secondario di linguaggio in paesi in via di sviluppo. Risultati dell'esperienza presso il Centro Diurno Nyumba Ali per bambini disabili in Tanzania."

Le attività strutturate sono rivolte allo sviluppo della comunicazione, attraverso forme aumentative alternative rivolte a bambini con patologie di linguaggio secondarie, a ritardo mentale, paralisi cerebrale infantile, disturbi pervasivi dello sviluppo, sindromi, condizioni da deprivazione ambientale.

L'attuazione delle proposte prevede:

- la collaborazione diretta con il gruppo di lavoro che è coinvolto nell'educazione dei bambini seguiti presso il vostro Centro;
- la raccolta dei dati forniti dalle cartelle cliniche dei bambini;
- la proposta valutativa attraverso la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (protocollo ICF-CY) come strumento di verifica delle condizioni del soggetto e di identificazione dei fattori facilitanti o barriere, in relazione alla comunicazione;
- la pianificazione di un percorso abilitativo per l'avvio/potenziamento della comunicazione dei bambini;
- l'attuazione delle proposte comunicative identificate nel piano di trattamento con modalità grafiche (immagini e riferimento della parola scritta in lingua locale -swahili-);
- la preparazione delle tabelle comunicative che saranno utilizzate giornalmente dagli educatori e dai bambini per facilitare la risposta ai bisogni e alla comunicazione personale;
- al termine del processo, la verifica svolta attraverso il protocollo ICF-CY e l'osservazione clinica, per stabilire le eventuali modifiche della comunicazione dei bambini e le ricadute sulla qualità di vita;
- La consegna definitiva del materiale personalizzato, che rimarrà di proprietà dei bambini per l'utilizzo quotidiano e l'eventuale arricchimento dei contenuti rispetto alla maturazione delle esperienze;
- il personale che assiste i bambini verrà opportunamente formato lungo le diverse fasi di attivazione del progetto;

Scuola Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche
Via Giustiniani, 2 - 35128 Padova
Segreteria abilitata:
Simonea Cosulich - 1° piano Palazzo Statale 48
tel. +39 049 8216347 - fax +39 049 8211192
e-mail: segreteria.abilitata@unipadova.it
www.unipadova.it

Presidente del Corso di Laurea:
Prof. Giuseppe Ferronato
e-mail: giuseppe.ferronato@unipadova.it
Coordinatore del Corso di Laurea:
D.ssa C. Schiavon
e-mail: c.schiavon@unipadova.it



UNIVERSA
UNIVERSIS
PATAVINA
LIBERTAS

- Il monitoraggio delle varie attività avverrà attraverso il collegamento internet con la sottoscritta con la frequenza e agli orari concordati;
- verrà data disponibilità a eventuali necessità di counseling che riguardino l'alimentazione, in modo specifico nelle patologie neuromotorie.

A disposizione per ulteriori chiarimenti
porgo distinti saluti.

La Relatrice
Logopedista
Carla Leonardi

Per presa visione

Il Presidente del Corso di Laurea
Prof. Giuseppe Ferronato

Padova, li 22/09/2011

ALLEGATO 2

Rep N. 1618/2011

Prot N. 68552

Del 23 SET. 2011

CONVENZIONE DI TIROCINIO DI FORMAZIONE ED ORIENTAMENTO

(Art. 4, quinto comma, del Decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale n. 142 - 25.03.98)

TRA

L' **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA** (soggetto promotore), con sede in via VIII Febbraio n.2, -
35122 Padova, codice fiscale n. 80006480281, d'ora in poi denominato "soggetto promotore", rappresentata
dal Direttore Amministrativo Arch. **GIUSEPPE BARBIERI**, nato a Mestrino (PD), il 03/05/1945

E

Associaz. Onlus Nyumba-ali (denominazione dell'azienda ospitante) con
sede legale in via **dei Giardini n° 23** CAP **40100** città **BOLOGNA**
codice fiscale n. **91265830379** d'ora in poi denominato "soggetto ospitante",
rappresentato/a dal dott. **Mario Pinotti**, nato a **Virgilio-MN**, il **27-07-1953**

Premesso

Che al fine di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro e realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro nell'ambito dei processi formativi i soggetti richiamati all'art. 18, comma 1, lettera a) della legge 24 giugno 1997 n. 196 possono promuovere tirocini di formazione ed orientamento in impresa a beneficio di coloro che abbiano già assolto all'obbligo scolastico ai sensi della legge 31 dicembre 1962 n. 1859.

Si conviene quanto segue:

Art 1

Ai sensi dell'art. 18 della legge 24 giugno 1997 n. 196, la **Associaz. Nyumba-ali**
si impegna ad accogliere presso le sue strutture un numero massimo di **1** soggetti in tirocinio di
formazione ed orientamento su proposta dell'**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**, ai sensi dell'art. 1
del decreto attuativo dell'art. 18 della Legge 196/97.

Art.2

1. Il tirocinio formativo e di orientamento, ai sensi dell'art 18, comma 1, lettera d) della legge 196/97 non costituisce rapporto di lavoro.
2. Durante lo svolgimento del tirocinio l'attività di formazione ed orientamento è seguita e verificata da un tutore designato dal soggetto promotore in veste di responsabile didattico-organizzativo, e da un responsabile aziendale, indicato dal soggetto ospitante.
3. Per ciascun tirocinante inserito nell'impresa ospitante in base alla presente Convenzione viene predisposto un progetto formativo e di orientamento contenente:
 - il nominativo del tirocinante;
 - i nominativi del tutore e del responsabile aziendale;
 - obiettivi e modalità di svolgimento del tirocinio, con l'indicazione dei tempi di presenza in azienda;
 - le strutture aziendali (stabilimenti, sedi, reparti, uffici) presso cui si svolge il tirocinio;
 - gli estremi identificativi delle assicurazioni INAIL, e per la responsabilità civile.

Art.3

1. Durante lo svolgimento del tirocinio formativo e di orientamento il tirocinante è tenuto a:
 - svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento;
 - rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
 - mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio.

Art.4

1. Il soggetto promotore assicura ai tirocinanti contro gli infortuni sul lavoro presso l'INAIL, nonché per la responsabilità civile presso compagnie assicurative operanti nel settore. In caso di incidente durante lo svolgimento del tirocinio, il soggetto ospitante si impegna a segnalare l'evento al soggetto promotore. Il soggetto promotore si impegna a segnalare l'evento, entro i tempi previsti dalla normativa vigente, agli istituti assicurativi (facendo riferimento al numero della polizza sottoscritta).
2. Il soggetto promotore si impegna a far pervenire alla regione o alla provincia delegata, alle strutture provinciali del Ministero del lavoro e della previdenza sociale competenti per territorio in materia di ispezione, nonché alle rappresentanze sindacali aziendali copia della Convenzione di ciascun progetto formativo e di orientamento.
3. A conclusione di ogni esperienza di tirocinio il Soggetto Ospitante si impegna a compilare il Questionario di Valutazione fornito dal Servizio Stage e Mondo del Lavoro.

Art.5

1. Ai sensi dell'art. 10 del DM 363/98, gli obblighi previsti dal D.lgs. 626/94 gravano sul soggetto ospitante per quanto riguarda i tirocinanti e i singoli dipendenti dell'Università di Padova che si trovino presso l'ente stesso nell'espletamento di attività connesse alla didattica, alla ricerca o alla prestazione di servizi.
2. I tirocinanti sono tenuti ad osservare le norme in materia di prevenzione e protezione dettate dal soggetto ospitante che provvederà previamente a garantirne la conoscenza.

La presente Convenzione sarà registrata a tassa fissa, in caso d'uso, ai sensi degli artt. 5 e 39 del D.P.R. 131 del 26.4.86.

La presente Convenzione ha durata di un anno a decorrere dalla data di stipulazione e si intende tacitamente rinnovata; la parte che intende recedere deve darne comunicazione mediante lettera raccomandata entro tre mesi dalla scadenza.

Padova 19-09-2011

(firma per il soggetto promotore)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Arch. Giuseppe Bertoni

(timbro e firma per il soggetto ospitante)



UNIVERSITÀ DI PADOVA
FACOLTÀ DI ARCHITETTURA
V. DEI GIARDINI 23 80
C.F. 91265960379
INAIL 1171033360
240000000001928

ALLEGATO 3



AZIENDA U.L.S. N. 16 - PADOVA
 Unità Operativa Autonoma di NP/IA
 Struttura Semplice di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Neuropsicologia

Comportamento: A)Preintenzionale B)Reattivo C)Dichiarativo D)Rappresentativo

Contenuti dell'atto comunicativo	Maturità	Vocale	Oggettuali		Fattuali			Simbolico grafico			Verbale		
			Quali	Quali fac	Indice tipo	Tracce	Scritte or	Altre fac	Fotografica	Protografica		Idiografica	Alfabetica
Allegri primari													
Richiede arte													
Emozioni													
Arrivare													
Attrezzi													
Oggetti													
Lughi													
Tempi													
Qualità													
Colori													
Animali													

Livello di sviluppo del linguaggio

Stadio prelinguistico
Frase monoterminale
Frase biterminale
Frase politerminale
Frase di tipo adulto
Produzione testuale

Livello di utilizzo del codice

- Su imitazione
- Su sollecitazione
- △ Spontaneamente
- * Binarie SIANO

Distretti corporei

- 1. Corpo
- 2. Tronco
- 3. AITI
- 4. AASS
- 5. Mano dx.
- 6. Mano sin.
- 7. Dita
- 8. Capo
- 9. Maccellatura /manico
- 10. Occhi

Nome

SVILUPPO COMUNICATIVO E LINGUISTICO

Valutazione mediante test standardizzati	Valutazione mediante osservazione
• Pragmatico	
	Comprensione:
	<input type="checkbox"/> Il soggetto risponde quando viene chiamato col suo nome.
	<input type="checkbox"/> Comprende ordini o messaggi semplici.
• Lessicale semantico	<input type="checkbox"/> Comprende ordini o messaggi complessi.
	Produzione:
• Morfosintattico	• Il bambino produce segnali comunicativi intenzionali: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	• Richiesta di attenzione: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	Modalità:
	• Il bambino risponde alle richieste degli interlocutori: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	• Il bambino adotta modalità per richiedere mezzi e codici che gli permettono di comunicare: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
• Narrativa	• Il bambino produce senza la sollecitazione e/o l'aiuto dell'interlocutore: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	• Persone in grado di comprendere i messaggi del bambino:
	<input type="checkbox"/> abituali: familiari, riabilitatori, insegnanti, compagni.
• Fonetico	<input type="checkbox"/> occasionali: persone che interagiscono con il bambino raramente o per la prima volta.
	Comportamento nella comunicazione:
	Il bambino dimostra interesse nella relazione comunicativa: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
• Fonologico	Desiste subito se non è capito: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	Mostra frustrazione quando non riesce a farsi capire: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	Insiste con una sola modalità tra quelle potenzialmente presenti: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	Insiste con la sola modalità che possiede: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
• Metafonologico	Insiste usando diverse modalità: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	Modalità di richiesta dell'oggetto non accessibile
	<input type="checkbox"/> Porta l'adulto dove c'è l'oggetto
• Lettura	<input type="checkbox"/> Si dirige verso l'oggetto
	<input type="checkbox"/> Guarda l'oggetto
	<input type="checkbox"/> Indica:
	<input type="checkbox"/> con il capo <input type="checkbox"/> superiore <input type="checkbox"/> l'oggetto stesso
	<input type="checkbox"/> con lo sguardo <input type="checkbox"/> inferiore <input type="checkbox"/> la foto
	<input type="checkbox"/> con l'arto in estensione <input type="checkbox"/> superiore <input type="checkbox"/> il pittogramma a colori
• Scrittura	<input type="checkbox"/> con il pugno <input type="checkbox"/> inferiore <input type="checkbox"/> il pittogramma in bianco e nero
	<input type="checkbox"/> con la mano <input type="checkbox"/> inferiore <input type="checkbox"/> l'ideogramma
	<input type="checkbox"/> con un dito
	<input type="checkbox"/> Richiede l'oggetto tramite parola o suono

ALLEGATO 5

QUESTIONARIO ICE-CY DI _____

Revisione 1.4.7-12 anni*

(Copyright Judy Nieldstein, Sandra Siegfried 1984)

Questo questionario è composto da una sezione di ruolo attivo (Classificazione Funzionale) e una sezione di ruolo passivo (DAS). È importante ricordare che questo ruolo può essere utilizzato per valutare le famiglie e i professionisti del bambino in aree problematiche. Se non è stato effettuato un'adeguata comprensione del bambino, può essere utile per accedere i codici. Le parti 1a, 1b e 2 dovrebbero essere compilate in due tempi, prima in ogni categoria di funzione, attività e partecipazione, determinate al 2° passo, prima in ogni categoria di funzione, attività e partecipazione, determinate al 2° passo, prima in ogni categoria di funzione, attività e partecipazione, determinate al 2° passo.

LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE DELLA SCRIVITA ICE-CY

1. La scheda ICE-CY dovrebbe essere compilata in base alle osservazioni del professionista che ha compilato il ruolo attivo (DAS) e il ruolo passivo (DAS).
2. Le parti 1a, 1b e 2 dovrebbero essere compilate in due tempi, prima in ogni categoria di funzione, attività e partecipazione, determinate al 2° passo, prima in ogni categoria di funzione, attività e partecipazione, determinate al 2° passo.
3. La Parte 3 (Gravi Abilità) ha un suo qualificatore negativo (Barriere) che non possono (superare).

Nome _____ (cognome/secondo)

ESERCIZI DI COMPILAZIONE

- Relazione con il bambino e con l'adulto: si prega di specificare
- Famiglia: Madre _____ Padre _____ Nonno _____ Altro parente _____
 Professionista: Medico _____ Psicologo _____ Psicopedagogo _____
 Insegnante occupazionale _____ Educatore _____ Educatore _____ Altro professionista sanitario _____ Altro professionista _____
- INFORMAZIONI SULLA VALUTAZIONE DELL'ICE-CY**
1. SOGGERTO _____
 2. ETÀ: _____
 3. DATA DI NASCITA: _____
 4. SESSO: _____
 5. ALTEZZA: _____
 6. PESO: _____
 7. PAESE: _____
 8. È bambino con _____
 9. Programmazione educativa attuale: _____
 10. OBIETTIVI INERENTI alle principali aree di sviluppo, se possibile specificare i livelli dell'ICE-CY
11. Come viene valutato il bambino? (1) No (2) Sì
12. È il bambino un qualche "barriera"? (1) No (2) Sì
13. Come viene valutato il bambino? (1) No (2) Sì
14. Come viene valutato il bambino? (1) No (2) Sì
15. Come viene valutato il bambino? (1) No (2) Sì

PARTI 1a: FUNZIONI CORPOREE

- 1. Le funzioni corporee sono le funzioni fisiologiche del corpo (come le funzioni psicologiche, intellettuali o una perdita significativa).
 - 2. Le "Menzioni" nelle Funzioni Corporee si escludono come una deviazione, un'abilità, o un'azione di un problema, deviazione, perdita o abbinamento.
 - 3. Numero problema, 1 problema serio, 2 problema moderato, 3 problema serio, 4 problema completo.
 - 4. Non specificare, 5 non specificato.
- Condizioni di compilazione del ruolo attivo:**
- (1) Indicare come il ruolo attivo è compilato (funzione, perdita o capacità).
 - (2) Se il ruolo è compilato per problemi (funzione, perdita o capacità) per essere descritti, indicare il qualificatore.

Area delle funzioni corporee	Per deviazioni abili, donne che il bambino ha qualche problema?	Per il Problema	Qualificatore
1a. FUNZIONI MOTORIE			
1a1. Il bambino è in grado di camminare, correre o saltare?			
1a2. Il bambino è in grado di stare in piedi?			
1a3. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a4. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a5. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a6. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a7. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a8. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a9. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a10. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a11. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a12. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a13. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a14. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a15. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a16. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a17. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a18. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a19. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a20. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a21. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a22. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a23. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a24. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a25. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a26. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a27. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a28. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a29. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a30. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a31. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a32. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a33. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a34. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a35. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a36. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a37. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a38. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a39. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a40. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a41. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a42. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a43. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a44. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a45. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a46. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a47. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a48. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a49. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a50. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a51. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a52. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a53. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a54. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a55. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a56. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a57. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a58. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a59. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a60. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a61. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a62. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a63. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a64. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a65. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a66. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a67. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a68. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a69. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a70. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a71. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a72. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a73. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a74. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a75. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a76. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a77. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a78. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a79. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a80. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a81. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a82. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a83. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a84. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a85. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a86. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a87. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a88. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a89. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a90. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a91. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a92. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a93. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a94. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a95. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a96. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a97. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a98. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a99. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			
1a100. Il bambino è in grado di stare in piedi per un periodo di tempo?			

1) Nel riquadro sottostante, per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
2) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
3) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
4) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
5) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
6) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
7) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
8) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
9) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
10) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
11) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
12) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
13) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
14) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
15) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
16) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
17) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
18) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
19) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	
20) Per ogni parola, indica il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).	

PARTE 1b: STRUTTURE CORPOREE

- La struttura corporea sono le parti anatomiche del corpo come gli organi, gli arti e le loro componenti.
- Le strutture sono presenti nella struttura del corpo, siano come una deviazione o una caratteristica.
- **Caratteristiche:** anatomica, natura e localizzazione.

Primo Quadrante	Secondo Quadrante	Terzo Quadrante (inferiore)
1) Muscolatura 2) Muscolatura fine 3) Muscolatura media 4) Muscolatura grossa 5) Non specificato 6) Non applicabile	1) Tessuta connettivale 2) Tessuta muscolare 3) Tessuta epiteliale 4) Tessuta cartilaginea 5) Tessuta ossea 6) Tessuta nervosa 7) Tessuta epiteliale 8) Tessuta muscolare 9) Tessuta cartilaginea 10) Tessuta ossea 11) Tessuta nervosa 12) Non specificato 13) Non applicabile	1) Tessuta connettivale 2) Tessuta muscolare 3) Tessuta epiteliale 4) Tessuta cartilaginea 5) Tessuta ossea 6) Tessuta nervosa 7) Tessuta epiteliale 8) Tessuta muscolare 9) Tessuta cartilaginea 10) Tessuta ossea 11) Tessuta nervosa 12) Non specificato 13) Non applicabile

1) indicare il tipo di struttura corporea (anatomica, fisiologica, ecc.).
 2) indicare il campo di appartenenza (anatomica, fisiologica, fisiologica, ecc.).

Breve lista delle Strutture corporee
 Per ciascuna domanda, indicare che il bambino ha qual'è problema?

	Per 1	Per 2	Per 3	Per 4
1) STRUTTURE DEL SISTEMA NERVOSO				
2) OCULI, ORECCHIE E STRUTTURE CORRELATE				
3) STRUTTURE COMPOSITE DELLA VOCE E DELL'UDITO				
4) STRUTTURE DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, EMATOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO				
5) STRUTTURE CORRELATE ALL'APPARATO DIGESTIVO E AI SISTEMI ENDOCRINI ED IMMUNOLOGICI				
6) STRUTTURE CORRELATE AI SISTEMI SENSITIVO E MOTORIO				

Q16) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q17) nel campo di vita di cui è più difficile? (semplice o complesso?)			
Q18) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q19) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q20) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q21) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q22) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q23) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q24) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q25) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q26) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q27) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q28) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q29) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q30) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q31) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q32) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q33) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q34) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q35) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q36) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q37) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q38) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q39) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q40) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q41) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q42) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q43) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q44) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q45) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q46) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q47) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q48) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q49) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q50) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q51) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q52) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q53) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q54) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q55) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q56) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q57) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q58) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q59) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q60) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q61) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q62) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q63) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q64) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q65) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q66) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q67) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q68) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q69) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q70) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q71) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q72) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q73) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q74) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q75) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q76) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q77) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q78) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q79) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q80) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q81) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q82) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q83) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q84) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q85) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q86) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q87) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q88) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q89) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q90) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q91) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q92) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q93) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q94) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q95) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q96) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q97) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q98) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q99) nel campo di vita di cui è più difficile?			
Q100) nel campo di vita di cui è più difficile?			

4

PARTI 3. FATTORI AMBIENTALI

• L'elenco sottostante costituisce l'ambiente fisico, sociale e gli atteggiamenti, in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

- Qualificazione dell'ambiente**
- Barriere o Quotidiani**
- 0) Nessuna barriera
 - 1) Barriera bassa
 - 2) Barriera media
 - 3) Barriera grande
 - 4) Barriera complessa
 - 5) Barriera, non tipo.
 - 9) Non applicabile
- +0) Nessuna facilitazione**
- +1) Facilitazione bassa
 - +2) Facilitazione media
 - +3) Facilitazione sostanziale
 - +4) Facilitazione complessa
 - +8) Facilitazione, non tipo.

• Questo spazio può essere usato per rilevare, con i giudiziari, le più severe difficoltà per barriere e atteggiamenti.

Breve Lista Fattori Ambientali

1. PRODOTTI E TECNOLOGIA	Qualificazione Barriere o Facilitazioni
Q1) In che modo?	
Q2) In che modo?	
Q3) In che modo?	
Q4) In che modo?	
Q5) In che modo?	
Q6) In che modo?	
Q7) In che modo?	
Q8) In che modo?	
Q9) In che modo?	
Q10) In che modo?	
Q11) In che modo?	
Q12) In che modo?	
Q13) In che modo?	
Q14) In che modo?	
Q15) In che modo?	
Q16) In che modo?	
Q17) In che modo?	
Q18) In che modo?	
Q19) In che modo?	
Q20) In che modo?	
Q21) In che modo?	
Q22) In che modo?	
Q23) In che modo?	
Q24) In che modo?	
Q25) In che modo?	
Q26) In che modo?	
Q27) In che modo?	
Q28) In che modo?	
Q29) In che modo?	
Q30) In che modo?	
Q31) In che modo?	
Q32) In che modo?	
Q33) In che modo?	
Q34) In che modo?	
Q35) In che modo?	
Q36) In che modo?	
Q37) In che modo?	
Q38) In che modo?	
Q39) In che modo?	
Q40) In che modo?	
Q41) In che modo?	
Q42) In che modo?	
Q43) In che modo?	
Q44) In che modo?	
Q45) In che modo?	
Q46) In che modo?	
Q47) In che modo?	
Q48) In che modo?	
Q49) In che modo?	
Q50) In che modo?	
Q51) In che modo?	
Q52) In che modo?	
Q53) In che modo?	
Q54) In che modo?	
Q55) In che modo?	
Q56) In che modo?	
Q57) In che modo?	
Q58) In che modo?	
Q59) In che modo?	
Q60) In che modo?	
Q61) In che modo?	
Q62) In che modo?	
Q63) In che modo?	
Q64) In che modo?	
Q65) In che modo?	
Q66) In che modo?	
Q67) In che modo?	
Q68) In che modo?	
Q69) In che modo?	
Q70) In che modo?	
Q71) In che modo?	
Q72) In che modo?	
Q73) In che modo?	
Q74) In che modo?	
Q75) In che modo?	
Q76) In che modo?	
Q77) In che modo?	
Q78) In che modo?	
Q79) In che modo?	
Q80) In che modo?	
Q81) In che modo?	
Q82) In che modo?	
Q83) In che modo?	
Q84) In che modo?	
Q85) In che modo?	
Q86) In che modo?	
Q87) In che modo?	
Q88) In che modo?	
Q89) In che modo?	
Q90) In che modo?	
Q91) In che modo?	
Q92) In che modo?	
Q93) In che modo?	
Q94) In che modo?	
Q95) In che modo?	
Q96) In che modo?	
Q97) In che modo?	
Q98) In che modo?	
Q99) In che modo?	
Q100) In che modo?	

8

4215) Di engagement de investmente di/bi banga di/engajman di/engagement de	
4216) Di engagement di investmente di/bi banga di/engajman di/engagement de	
4217) Di engagement di investmente di/bi banga di/engajman di/engagement de	
4218) Di engagement di investmente di/bi banga di/engajman di/engagement de	
4219) Di engagement di investmente di/bi banga di/engajman di/engagement de	
4220) Di engagement di investmente di/bi banga di/engajman di/engagement de	

PA SERVIZI SERTORI E POLITICI

4221) Di engagement de serviz e politice di/engajman de/engagement de	
4222) Di engagement de serviz e politice di/engajman de/engagement de	
4223) Di engagement de serviz e politice di/engajman de/engagement de	
4224) Di engagement de serviz e politice di/engajman de/engagement de	
4225) Di engagement de serviz e politice di/engajman de/engagement de	
4226) Di engagement de serviz e politice di/engajman de/engagement de	
4227) Di engagement de serviz e politice di/engajman de/engagement de	
4228) Di engagement de serviz e politice di/engajman de/engagement de	
4229) Di engagement de serviz e politice di/engajman de/engagement de	
4230) Di engagement de serviz e politice di/engajman de/engagement de	
4231) Di engagement de serviz e politice di/engajman de/engagement de	
4232) Di engagement de serviz e politice di/engajman de/engagement de	
4233) Di engagement de serviz e politice di/engajman de/engagement de	
4234) Di engagement de serviz e politice di/engajman de/engagement de	
4235) Di engagement de serviz e politice di/engajman de/engagement de	

OGNI ALTRO FATTORE AMBIENTALE

Questo è una lista di servizi di screening ed specifiche rilevanti da Eco-Sport, Aemsa, Avifa, Robinson, Middle Leisure, Don Lido, Aedon Marabon, Riva 2, Simona, Iliad, ProVap, per facilitare l'uso dell'ICE-CI.

Produzione ed opere del nome ICE-CI dall'ICE-CI "E. Meda-La Nona" Fagnola di Cinquale (TV); Maronella, Benzignia, Gianni De Palo, Aedon Marabon, Middle Product, Fininvesti, Kappa, Aedon Chiara, da utilizzare esclusivamente a scopo di ricerca.



Si ringraziano

*i miei genitori e i miei fratelli per non avere mai smesso di sostenermi,
la Professoressa Leonardi per l'entusiasmo che ha dimostrato nei confronti di questo
progetto e il tempo che mi ha dedicato,*

*Bruna, Lucio e la loro bellissima famiglia per avermi accolto e per avermi permesso di
vivere questa esperienza meravigliosa,*

Miriam per la sua amicizia e la sua invincibile voglia di mettersi in gioco,

Francesco per la sua disponibilità e per le sue meravigliose doti di fotografo,

Tuma, Zula, Sarome e Maria per la loro pazienza, disponibilità e simpatia

*Tutti i bambini di Nyumba Ali che mi hanno conquistata e che hanno reso
questa esperienza unica e indimenticabile.*

