

La Relazione Clinica in Neuropsichiatria Infantile

Dott. Geremia Capriuoli

Psicologo-Psicoterapeuta

U.O.S.V.D. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ASL BT



RELAZIONE CLINICA

Definizione

Risposta specialistica scritta dettagliata, redatta al termine degli accertamenti diagnostici o ad essi successiva, rivolta ai genitori e/o al medico curante o indirizzata a tribunali, servizi sociali, comunità, scuole, istituti.

Include: relazione per consulenza tecnica, per adozioni, invalidità; stesura Diagnosi Funzionale (DF), Profilo di Funzionamento (PdF), Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) ecc.

Esclude: relazione breve contestuale a visita/colloquio, lettera di dimissione.

Informazioni aggiuntive: operatore/i che effettua/no la prestazione, ordinaria/urgente; tempo impiegato, sede.

RELAZIONE CLINICA

Informazioni utili

Le informazioni utili da ricavare dalla Relazione Clinica:

- Quoziente intellettivo
- Lettura, scrittura e calcolo
- Memorie
- Attenzione
- Percezione
- Prassie
- Funzioni esecutive
- Abilità linguistiche

RELAZIONE CLINICA

Composizione

- DATI ANAMNESTICI
- PROFILO FUNZIONI INTELLETTIVO COGNITIVO
- AREA NEUROPSICOLOGICA
- AREA LINGUISTICA e della COMUNICAZIONE
- AREA SENSORIALE
- ESAME OBIETTIVO NEUROLOGICO
- APPRENDIMENTI SCOLASTICI
- AREA AFFETTIVO - RELAZIONALE E COMPORTAMENTALE
- AUTONOMIE PERSONALI E SOCIALI
- CONCLUSIONE DIAGNOSTICA
- PRESCRIZIONI

RELAZIONE CLINICA

– Primo colloquio –

DATI ANAMNESTICI

RELAZIONE CLINICA

In presenza del bambino/ragazzo e dei genitori, il/la neuropsichiatra infantile effettua la visita, valutando l'obiettività clinica globale (modalità relazionale, aspetti emotivo-comportamentali, eloquio, pensiero) ed effettuando l'esame obiettivo neurologico. A conclusione della visita, il/la neuropsichiatra infantile, in accordo con lo psicologo, stabilisce l'iter di valutazione neuropsicologica longitudinale necessario all'inquadramento diagnostico per **DSA**.

Somministrazione di test per la valutazione cognitiva ed eventuali altri test neuropsicologici accessori da parte della psicologa o del medico npi.

- WISC IV
- WPPSI III
- Leiter-R
- CPM di Raven

RELAZIONE CLINICA RELAZIONE CLINICA WISC IV Definizione

Con la **WISC-IV** si calcola il **Quoziente Intellettivo Totale (QIT)** che rappresenta la capacità cognitiva complessiva del bambino.

Il QIT si ottiene da quattro punteggi compositi o indici che descrivono il comportamento del bambino in campi cognitivi meglio distinti:

☐ **Indice di Comprensione verbale (ICV)**: valuta la capacità del bambino di ascoltare una domanda, ragionare, dare una risposta ed esprimere i pensieri ad alta voce.

☐ **Indice di Ragionamento visuo-percettivo (IRP)**: valuta la capacità del bambino di esaminare un problema, sfruttare le abilità visuo-motorie e visuo-spaziali, organizzare i pensieri e creare soluzioni.

☐ **Indice di Memoria di lavoro (IML)**: valuta la capacità del bambino di memorizzare nuove informazioni, immagazzinarle nella memoria a breve termine, di manipolare tali informazioni per arrivare a dei risultati.

☐ **Indice di Velocità di elaborazione (IVE)**: valuta la capacità del bambino di focalizzare l'attenzione, la rapidità di analisi, la capacità di discriminazione e la capacità di ordinare sequenzialmente le informazioni visive.

RELAZIONE CLINICA

RELAZIONE CLINICA

WISC IV

Informazioni utili

Con la **WISC-IV** si calcola il Quoziente Intellettivo Totale (QIT) che rappresenta la capacità cognitiva complessiva del bambino.

Il QIT si ottiene da quattro punteggi compositi o indici che descrivono il comportamento del bambino in campi cognitivi meglio distinti:

- ☐ **Indice di Comprensione verbale (ICV)**: valuta la capacità del bambino di ascoltare una domanda, ragionare, dare una risposta ed esprimere i pensieri ad alta voce.
- ☐ **Indice di Ragionamento visuo-percettivo (IRP)**: valuta la capacità del bambino di esaminare un problema, sfruttare le abilità visuo-motorie e visuo-spaziali, organizzare i pensieri e creare soluzioni.
- ☐ **Indice di Memoria di lavoro (IML)**: valuta la capacità del bambino di memorizzare nuove informazioni, immagazzinarle nella memoria a breve termine, di manipolare tali informazioni per arrivare a dei risultati.
- ☐ **Indice di Velocità di elaborazione (IVE)**: valuta la capacità del bambino di focalizzare l'attenzione, la rapidità di analisi, la capacità di discriminazione e la capacità di ordinare sequenzialmente le informazioni visive.

RELAZIONE CLINICA RELAZIONE CLINICA PROFILO FUNZIONI INTELLETTIVO Composizione COGNITIVO

- DATI ANAMNESTICI
- PROFILO FUNZIONI INTELLETTIVO
COGNITIVO
Il risultato globale dei subtest è espresso dal punteggio totale di QI con media = 100 e deviazione standard = 15.
- AREA NEUROPSICOLOGICA
- AREA LINGUISTICA e della COMUNICAZIONE
Si parla di casi “borderline” quando il QI è fra 70 e 85 ($70 < QI < 85$).
- AREA SENSORIALE
- ESAMI INTELLETTIVI E NEUROLOGICI
Un QI totale ≤ 70 indica un ritardo cognitivo di grado lieve.
- APPRENDIMENTI SCOLASTICI
Scendendo ulteriormente con il punteggio di QI si hanno il ritardo cognitivo medio e quello grave.
- AREA AFFETTIVO - RELAZIONALE E COMPORTAMENTALE
- AUTONOMIE PERSONALI E SOCIALI
- CONCLUSIONE DIAGNOSTICA
- PRESCRIZIONI

QI Verbale (QIV)

QI Performance (QIP)

Quoziente di Velocità di Processamento (QVP)

QI Totale (QIT)

Punteggio totale di Linguaggio Generale (LG)



RELAZIONE CLINICA

Definizione

Disturbi Evolutivi Specifici di

Apprendimento: ci si riferisce ai **sol**
disturbi delle Abilità Scolastiche, in
particolare ai disturbi denominati
Dislessia, Disortografia, Disgrafia e
Discalculia.

("Consensus Conference" Milano, 2007)

RELAZIONE CLINICA

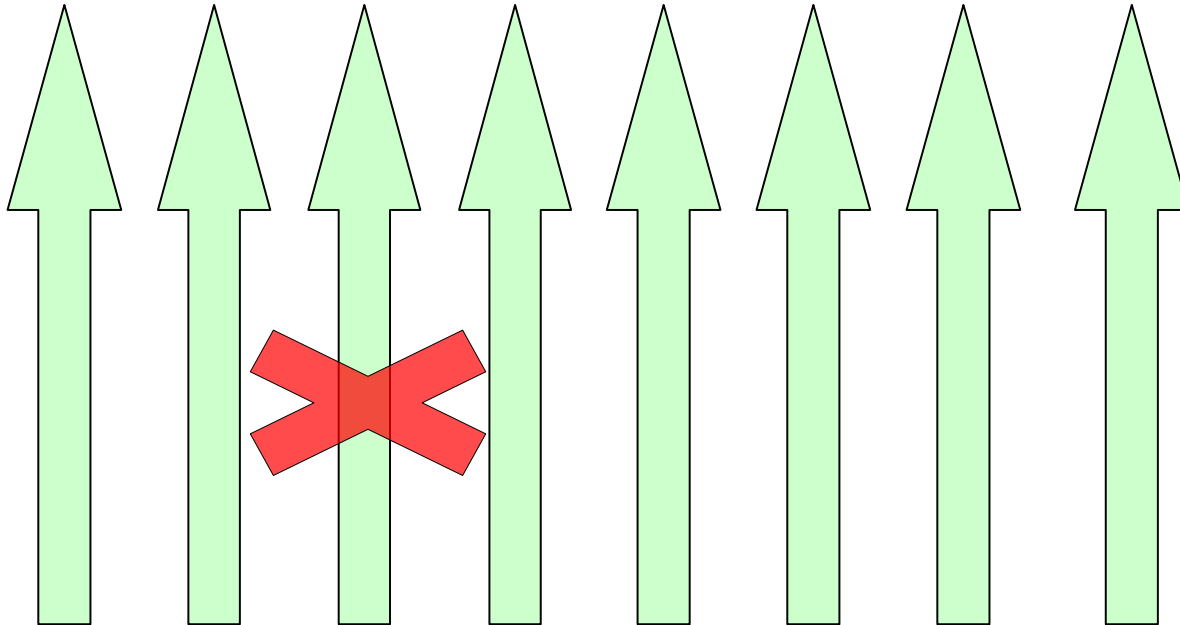
Informazioni utili

Dislessia = specifico disturbo nella velocità e nella correttezza della lettura

Disortografia = specifico disturbo nella correttezza della scrittura (intesa come processo di trascrizione tra fonologia e rappresentazione grafemica della parola, *da distinguere dalla correttezza morfosintattica*)

Disgrafia = specifica difficoltà nella realizzazione manuale dei grafemi (calligrafia)

Sistema Cognitivo Centrale



MODULI

Trasduttori

ambiente esterno

RELAZIONE CLINICA CONCLUSIONE DIAGNOSTICA

E' sempre una diagnosi su due livelli:

Diagnosi classificatoria di **primo livello**: accomuna all'interno di una stessa categoria condizioni cliniche eterogenee (DSM-IV; ICD-10)

Diagnosi funzionale di **secondo livello**: rende conto della variabilità che caratterizza i diversi quadri.

Importante per capire il funzionamento dell'alunno/a e prendere decisioni sul "cosa fare".

RELAZIONE CLINICA

VALUTAZIONE DELLE ABILITA' SCOLASTICHE STRUMENTALI o INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO DEVIAZIONE STANDARD

DEVIAZIONI STANDARD: indica di quanto un soggetto devia al di sopra o al di sotto della prestazione media fornita da individui della stessa età.

Quello delle **-2DS** (meno due deviazioni standard) è il criterio clinico scelto per indicare una prestazione soglia per la diagnosi di DSA

PERCENTILE: indica la percentuale di popolazione superata con una data prestazione. Ad esempio, se la correttezza di lettura di un bambino è al 75° percentile, significa che ha fatto meglio del 75 % dei suoi coetanei: quindi una prestazione molto buona.

RELAZIONE CLINICA

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO DEVIAZIONE STANDARD

Se nella prova di lettura di *non parole* la prestazione del bambino è al 15° percentile, significa che egli ha avuto un risultato migliore rispetto al 15 % dei suoi coetanei ... mentre 85% dei suoi coetanei ha fatto meglio di lui. La prestazione non è delle migliori. Una prestazione è a rischio, se si colloca sotto al 10° percentile, è scadente se si colloca sotto al 5° percentile.

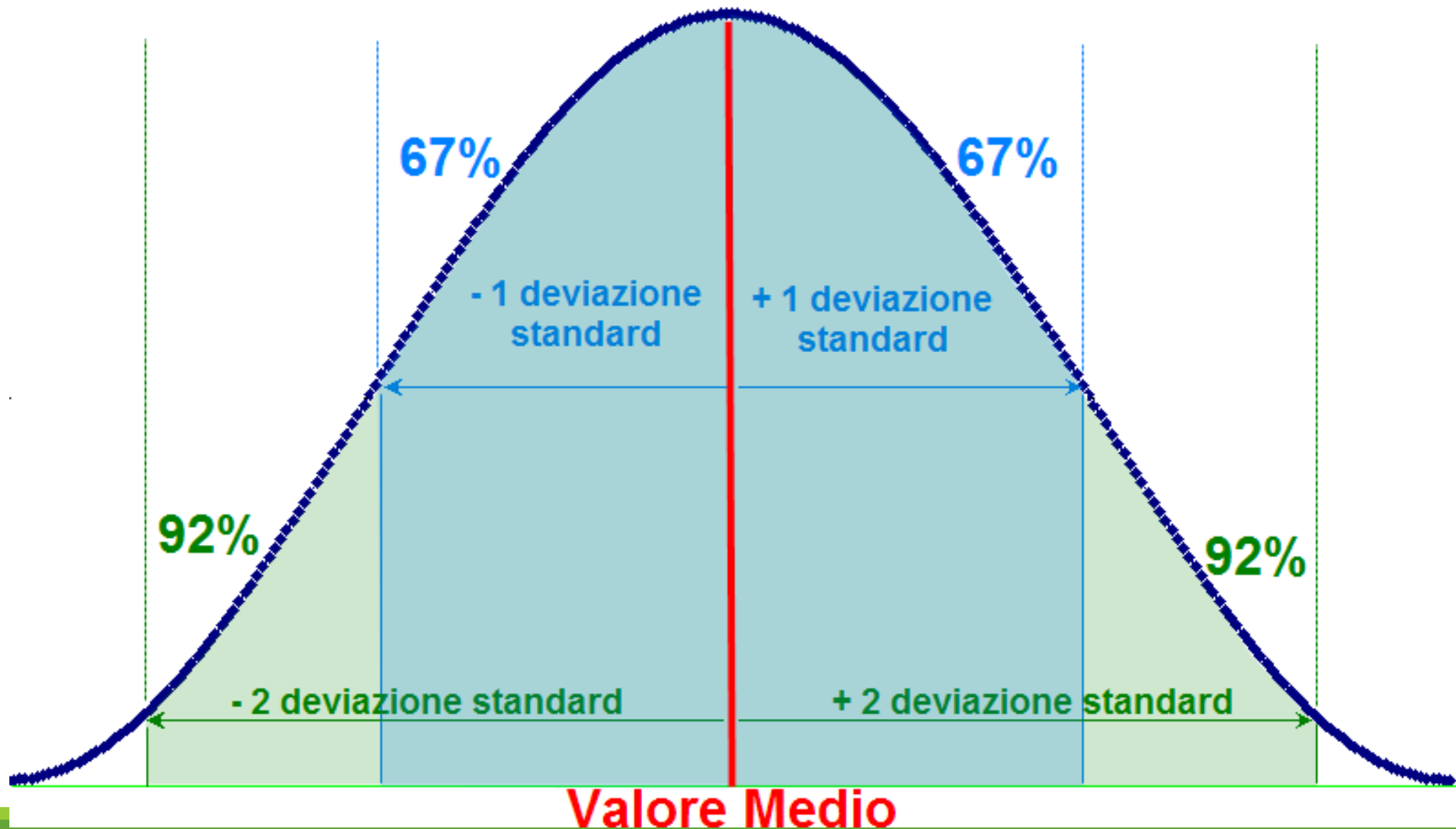
Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento

Si pone Diagnosi di **DSA** con risultati nelle prove - 2DS o -5° percentile previsti per età e classe di riferimento (in questo caso PDP in base alla legge 170/2010).

Si pone **Richiesta di Attenzione** per prestazioni -1DS o -10° percentile (in questo caso l'alunno è dichiarato BES e quindi si elabora relativo PDP, CM 8 del marzo 2013) .

Curva di distribuzione normale

Distribuzione Normale o Gaussiana



ALCUNE DEFINIZIONI

Media: i test per essere standardizzati vengono somministrati ad un ampio campione di soggetti che seguono le leggi della variabilità biologica.

Distribuzione normale – Campana di Gauss

La media è il punteggio medio ottenuto da un campione di individui uniformati per età e scolarità.

Deviazione standard: Scarto quadratico medio

È un indice di dispersione dei punteggi dalla media, è un indice della variabilità campionaria.

Punteggio Z: Numero di deviazioni standard con cui la prestazione si discosta dalla media.

$z = \text{Prestazione del soggetto} - \text{Media} / \text{deviazione standard}$

DISLESSIA

Disturbo della lettura e della scrittura in cui le performance di lettura e scrittura mostrano l'esistenza di deficit delle funzioni cognitive nella funzione visivo-gestaltica, in quella uditivo analitica od in entrambe.

- La diagnosi di dislessia non può essere formulata prima della fine della II classe elementare
- Prima possono essere individuati degli indici predittivi di disturbo dell'apprendimento (anche con la dicitura: ritardo nei prerequisiti dell'apprendimento)

DISLESSIA

I **parametri** essenziali per *la valutazione* della compromissione dell'abilità specifica sono:

1. la **rapidità** misurata come il tempo di lettura di brani, parole, non parole: che si discosti per difetto di almeno due deviazioni standard (-2DS) dalle prestazioni dei lettori della stessa età
2. la **correttezza** misurata come numero di errori di lettura: che sia < al 5°percentile

N.B. La **comprensione del testo non concorre alla formulazione della diagnosi di dislessia, anche se fornisce informazioni utili sull'efficienza del lettore**

Disgrafia e Disortografia

La valutazione della compromissione dell'abilità specifica richiede l'esame delle componenti disortografiche e disgrafiche .

1. per la **disortografia** (connessa con disturbi dell'area linguistica) è condiviso il parametro di **valutazione della correttezza**, costituito dal numero di errori nella *scrittura di parole, non parole* e di un *brano* dettato - prestazione uguale o inferiore a 2DS dalla media.
2. per la **disgrafia** (probabile conseguenza di disturbi di esecuzione motoria di ordine disprassico), i principali parametri di valutazione riguardano **la velocità** (< -2 DS) e l'analisi qualitativa delle caratteristiche del segno grafico.

TIPOLOGIA DI ERRORI NELLA SCRITTURA

ERRORI FONOLOGICI derivano da acquisizioni insufficienti avvenute durante la fase alfabetica e riguardano un rapporto scorretto fra fonemi e grafemi (scambio di grafemi, omissione/aggiunta lettere o sillabe, inversioni, grafemi inesatti)

ERRORI NONFONOLOGICI conseguono ad acquisizioni insufficienti nelle fasi ortografica o lessicale e si manifestano come errori presenti solo nella rappresentazione ortografica delle parole (separazioni e fusioni illegali, scambio di grafema omofono, omissione/aggiunta h)

ERRORI FONETICI Omissioni / aggiunta doppia, accenti

DISGRAFIA

PARAMETRI

Lettere o parole mal allineate

spazio insufficiente tra le parole

curve acute di collegamento

irregolarità nei collegamenti (pause)

assenza di collegamenti

collisione di lettere

forma e dimensione delle lettere variabile

deformazioni di lettere

ripassature e correzioni

Discalculia

La valutazione si riferisce soprattutto alla **correttezza** e alla **rapidità** delle prime 2 competenze (abilità aritmetiche e di calcolo), applicando il criterio di -2DS dai valori medi attesi per l'età e/o classe frequentata nelle prove specifiche.

N.B. L'efficienza nella risoluzione dei problemi aritmetici non concorre alla diagnosi di discalculia, ma appare correlato al livello delle competenze cognitive o al livello di competenza linguistica.

RELAZIONE CLINICA

APPRENDIMENTI SCOLASTICI

...

APPRENDIMENTI SCOLASTICI

Alle prove MT:

Comprensione: Richiesta di Attenzione

Rapidità: Prestazione Sufficiente

Correttezza: Criterio Completamente Raggiunto

I valori rilevati alla batteria rivelano una difficoltà significativa per quanto riguarda la comprensione delle parole ed il loro significato

...

RELAZIONE CLINICA

Nelle prove di lettura, scrittura, comprensione e in quelle di matematica spesso la **prestazione del soggetto** può essere riportata in tre modi:

1. in termini di deviazioni standard o punti z
2. in termini di fasce di prestazione
3. in termini di percentili

RISULTATI E DEVIAZIONI STANDARD

Quando le prestazioni sono riportate in termini di deviazioni standard è importante ricordare che:

le DS sono distanze dalla media quindi punteggi tra -1 e +1 sono punteggi intorno alla media

tra +1 e +2 sono sopra la media

sopra +2 sono significativamente sopra la media

tra -1 e -2 indicano una flessione, ossia una debolezza

sotto -2 indicano prestazioni significativamente sotto la media, indicano un'immaturità

RISULTATI E FASCE DI PRESTAZIONE

Quando i risultati del soggetto nelle prove sono riportate in termini di fasce di prestazione le sigle devono intendersi:

O= ottimale

CPR= criterio pienamente raggiunto

PS= prestazione sufficiente

RA= richiesta di attenzione

RII= richiesta di intervento immediato (vicino, uguale o sotto le $-2DS$); con questo punteggio si può fare diagnosi di DSA.

RISULTATI E PERCENTILI

Quando le prestazioni sono riportate in termini di percentili :

- I percentili dividono una distribuzione di punteggi in 100 parti uguali.

- Esempio il 50° percentile è la mediana.

- La definizione di percentile permette di stabilire la percentuale di valori al di sotto di una certa soglia e anche la percentuale tra due soglie; per esempio, tra i valori corrispondenti al 25° ed il 75° percentile, abbiamo il 50% dei valori.

- Punteggi che cadono sotto il 5° percentile cadono verso la soglia minima quindi sono da segnalare per la diagnosi DSA.