

# ISTITUTO DI ORTOFONOLOGIA - IDO

DIAGNOSI E TERAPIA DEI DISTURBI DELLA RELAZIONE, DELLA COMUNICAZIONE, DEL LINGUAGGIO, DELL'UDITO, DELL'APPRENDIMENTO E RITARDO PSICOMOTORIO  
Aut. G.R.L. - Accreditato con il S.S.N. - Associato FOAI

DIREZIONE: VIA SALARIA, 30 (P.ZZA FIUME) - 00198 ROMA - TEL. 06/8542038 - 06/8840384 - FAX 06/8413258 (P.I. 01869671006 - C.F. 07789420580)

DIRETTORE: DOTT. FEDERICO BIANCHI DI CASTELBIANCO

## SERVIZIO DI DIAGNOSI E VALUTAZIONE

Roma, 6 nov. 15

Gentile Collega,

contando sulla Tua collaborazione Ti inviamo la scheda di screening neuroevolutivo da noi elaborata al fine di fornire uno strumento pratico e condivisibile tra gli operatori per poter individuare precocemente il rischio evolutivo.

Troverai 5 blocchi di domande suddivise per fasce d'età (0-3, 4-6, 7-12, 13-18, 19-24 mesi); ciascun blocco potrà essere utilizzato indipendentemente dagli altri e l'analisi quantitativa dei punteggi corrispondenti rientrerà in un range (indicato a piè pagina) in base al quale troverai la scelta operativa suggerita.

Tuttavia, in linea col principio dell'evolutivezza caratteristica dei primi anni di vita, sarà la compilazione di tutte le schede a fornire, per ciascun bambino, la traiettoria di sviluppo consentendo l'individuazione precoce della vulnerabilità.

Ti ringraziamo per il Tuo contributo, di cui prenderemo atto per aumentare con la Tua esperienza i dati clinici e d'osservazione che consentiranno la standardizzazione della scheda.

Cordiali saluti

L'équipe

## SCHEDA DI SCREENING NEUROEVOLUTIVO

Data ..... Nome operatore .....

Iniziali: ..... Nato/a il ..... Sesso..... Frequenta l'asilo nido dall'età di .....

### • da 0 a 3 mesi

- 1) Se preso in braccio:
- Si adatta alla presa? Sì  Q.v.  No
  - Si irrigidisce? Sì  Q.v.  No
  - Si divincola? Sì  Q.v.  No
  - È Ipotonico (diventa molle)? Sì  Q.v.  No
- 2) Si ritrae quando viene toccato? Sì  Q.v.  No
- 3) Si lascia facilmente vestire o spogliare? Sì  Q.v.  No
- 4) È interessato ai suoni dell'ambiente? Sì  Q.v.  No
- 5) È attratto dagli oggetti colorati? Sì  Q.v.  No
- 6) Quando si alimenta o viene nutrito, partecipa attivamente con lo sguardo? Sì  Q.v.  No
- 7) Quando si alimenta o viene nutrito, partecipa attivamente con il corpo? Sì  Q.v.  No
- 8) Si alimenta con voracità? Sì  Q.v.  No
- 9) Rifiuta di essere alimentato? Sì  Q.v.  No
- 10) Quando si alimenta o viene nutrito, apre la bocca quando sta arrivando il cibo? Sì  Q.v.  No
- 11) Ha frequenti rigurgiti? Sì  Q.v.  No
- 12) È facilmente consolabile quando piange? Sì  Q.v.  No
- 13) Si lascia coccolare? Sì  Q.v.  No
- 14) Ha difficoltà ad addormentarsi? Sì  Q.v.  No
- 15) Il suo sonno è agitato? Sì  Q.v.  No
- 16) Imita movimenti della bocca? Sì  Q.v.  No
- 17) Si è attaccato al seno nei primi 3 mesi? Sì  Q.v.  No

**PUNTEGGIO: 0-10:** NULLA DA SEGNALARE; **11-30:** RIVEDERE TRA TRE MESI; **OLTRE 30:** RIVEDERE TRA UN MESE

## SCHEDA DI SCREENING NEUROEVOLUTIVO

Data ..... Nome operatore .....

Iniziali: ..... Nato/a il ..... Sesso..... Frequenta l'asilo nido dall'età di .....

### ▪ da 4 a 6 mesi

- |  |      |        |      |
|--|------|--------|------|
| 18) Mette in atto movimenti anticipatori? (es. apre la bocca quando sta per essere imboccato)      | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 19) Se preso in braccio, si adatta alla presa?   | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 20) Si ritrae quando viene toccato?  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 21) Si lascia facilmente vestire o spogliare?  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 22) Reagisce esageratamente a suoni e rumori? (soprassalta, si irrita, sfugge dalla fonte sonora)  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 23) Si gira verso la fonte dello stimolo?  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 24) Ha difficoltà a girare la testa quando è disteso?  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 25) Reagisce esageratamente agli stimoli luminosi? (chiude gli occhi, si infastidisce, li evita)   | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 26) È attratto dai giochi adatti all'età? (es. Sonagli, palline colorate...)                       | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 27) È capace di seguire con lo sguardo un oggetto in movimento? (es. macchina, bolla di sapone...) | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 28) Quando si alimenta o viene nutrito, partecipa attivamente con lo sguardo?                      | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 29) Quando si alimenta o viene nutrito, partecipa attivamente con il corpo?                        | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 30) Si alimenta con voracità?  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 31) Rifiuta di essere alimentato?  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 32) Ha frequenti rigurgiti?  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 33) Durante la suzione il latte cola dalle labbra del bambino?                                     | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 34) Evita lo sguardo?  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 35) È facilmente consolabile quando piange?  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 36) Si lascia coccolare?   | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 37) Ha difficoltà ad addormentarsi?  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 38) Il suo sonno è agitato e/o si risveglia frequentemente?  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 39) Imita movimenti della bocca?   | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 40) Mantiene il contatto oculare con l'altro?  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 41) Compie dei movimenti verso l'altro?  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 42) Protende la mano verso l'oggetto?  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |

**PUNTEGGIO: 0-14:** NULLA DA SEGNALARE; **15-30:** RIVEDERE TRA TRE MESI; **OLTRE 30:** RIVEDERE TRA UN MESE

## SCHEDA DI SCREENING NEUROEVOLUTIVO

Data ..... Nome operatore .....

Iniziali: ..... Nato/a il ..... Sesso..... Frequenta l'asilo nido dall'età di .....

### • da 7 a 12 mesi

- |   |                  |
|---|------------------|
| 43) È presente lallazione? (dice ma-ma, da-da, ba-ba...)  | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 44) È autonomo negli spostamenti (striscia, rotola, gattona, cammina)?                              | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 45) Porta gli oggetti alla bocca? (es. ciuccio, sonagli, biscotti...)                               | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 46) Ha reazioni eccessive a materiali o tessuti? (es. sabbia, lana...)                              | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 47) Mette in atto movimenti anticipatori? (es. protende le braccia verso l'adulto per essere preso) | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 48) Si gira se chiamato per nome?   | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 49) Quando si fa molto male, piange poco?   | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 50) Se si fa poco male, piange esageratamente?  | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 51) Di fronte a una difficoltà, tenta, prima di rinunciare, di superarla?                           | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 52) Dorme tanto rispetto agli altri bambini?  | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 53) Accetta il cucchiaino?  | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 54) Partecipa al gioco del cucù?  | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 55) È stato in grado di stare seduto da solo entro l'8° mese  | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 56) Ripete i suoni? (es. versi degli animali...)  | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 57) Da seduto si gira per prendere un oggetto senza cadere?   | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 58) Imita i gesti dell'altro? (es. ciao con lamano)   | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 59) Ha difficoltà ad addormentarsi?   | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 60) Il suo sonno è agitato e/o si risveglia frequentemente?   | Sì ② Q.v. ① No ① |

**PUNTEGGIO: 0-12:** NULLA DA SEGNALARE; **13-25:** RIVEDERE ENTRO TRE MESI; **OLTRE 25:** SUGGERITA CONSULENZA SPECIALISTICA

## SCHEDA DI SCREENING NEUROEVOLUTIVO

Data ..... Nome operatore .....

Iniziali: ..... Nato/a il ..... Sesso..... Frequenta l'asilo nido dall'età di .....

### • da 13 a 18 mesi

- |  |      |        |      |
|--|------|--------|------|
| 61) Si gira se chiamato per nome?  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 62) Cammina sulle punte?   | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 63) Tende a odorare o annusare oggetti o persone?  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 64) Ha gattonato entro il 12° mese?  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 65) Cerca un oggetto nascosto davanti a lui? (es. un oggetto messo sotto un fazzoletto)    | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 66) Imita i gesti o le azioni dell'altro?  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 67) Ha camminato entro il 15° mese?  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 68) Reagisce esageratamente di fronte a una negazione? (batte la testa o si butta a terra) | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 69) Produce almeno 5 parole con significato?   | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 70) È selettivo nell'alimentazione?  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 71) Ha difficoltà ad addormentarsi?  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 72) Il suo sonno è agitato e/o si risveglia frequentemente?                                | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 73) Porta il cibo alla bocca? (con la mano o con il cucchiaio)                             | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 74) Quando si fa molto male, piange poco?  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 75) Ha reazioni eccessive a materiali o tessuti? (sabbia, lana ecc.)                       | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 76) Imita i versi degli animali?   | Sì ① | Q.v. ① | No ② |

**PUNTEGGIO: 0-10:** NULLA DA SEGNALARE; **11-20:** RIVEDERE ENTRO TRE MESI; **OLTRE 20:** SUGGERITA CONSULENZA SPECIALISTICA

## SCHEDA DI SCREENING NEUROEVOLUTIVO

Data ..... Nome operatore .....

Iniziali: ..... Nato/a il ..... Sesso..... Frequenta l'asilo nido dall'età di .....

### ▪ da 19 a 24 mesi

- |   |                  |
|---|------------------|
| 77) Reagisce esageratamente a suoni e rumori? (si tappa le orecchie, grida, si irrita)            | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 78) Ha reazioni eccessive a materiali o tessuti? (sabbia, lana ecc.)                              | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 79) Tende a portare gli oggetti alla bocca e/o a leccare?   | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 80) Ha scialorrea? (perde saliva dalla bocca)   | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 81) Fa un uso appropriato degli oggetti? (es. posate per mangiare, mattoncini per fare una torre) | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 82) È in grado di alternare lo sguardo fra l'adulto e l'oggetto d'interesse?                      | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 83) È in grado di spostare lo sguardo da un adulto all'altro presenti nel contesto?               | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 84) È presente il gioco rappresentativo? ("far finta di")   | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 85) Associa 2 o più parole?   | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 86) Cammina da solo?  | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 87) Si gira se chiamato per nome?   | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 88) Il sonno è regolare?  | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 89) L'alimentazione è regolare?   | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 90) Porta a termine un'attività? (es. puzzle a 2-3 pezzi, torre ecc.)                             | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 91) Quando si fa molto male, piange poco?   | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 92) Riesce a soffiare (es. bolle, candela) / succhiare (es. cannuccia) / fare la pernacchia?      | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 93) Produce almeno 20 parole con significato?   | Sì ① Q.v. ① No ② |
| 94) Reagisce esageratamente di fronte a una negazione? (batte la testa o si butta a terra)        | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 95) Inciampa o cade spesso?   | Sì ② Q.v. ① No ① |
| 96) Porta tutto alla bocca?   | Sì ② Q.v. ① No ① |

**PUNTEGGIO: 0-12:** NULLA DA SEGNALARE; **13-25:** RIVEDERE ENTRO TRE MESI; **OLTRE 25:** SUGGERITA CONSULENZA SPECIALISTICA