

# 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 (PZZA 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, 3 novembre 2017

Gentile Collega,

contando sulla Tua collaborazione Ti inviamo la SCHEDE DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO da noi elaborata e recentemente revisionata al fine di fornire uno strumento pratico e condivisibile tra gli operatori per poter individuare precocemente il rischio evolutivo. L'obiettivo è il monitoraggio dello sviluppo neuroevolutivo nei primi due anni di vita e la rilevazione di vulnerabilità sulle quali poter intervenire precocemente attraverso modalità di accudimento e/o abilitative.

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 la somma dei punteggi segnati rientrerà in un range (indicato a piè pagina) in base al quale troverai la scelta operativa suggerita.

Tuttavia, in linea col principio dell'evoluitività caratteristica dei primi anni di vita, sarà la compilazione delle diverse schede a fornire, per ciascun bambino, la traiettoria di sviluppo consentendo l'individuazione e l'intervento precoce sulla vulnerabilità.

In ciascuna scheda sono presenti domande "critiche": se anche in una sola di queste il bambino prendesse un punteggio 2 sarebbe opportuno un approfondimento specialistico.

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

## SCHEMA DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO

Data di compilazione ..... Nome operatore .....

Iniziali bambino: ..... Nato/a il ..... Sesso..... Età attuale .....

### • 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 lascia facilmente vestire o spogliare? Sì  Q.v.  No
- 3) È interessato ai suoni dell'ambiente? Sì  Q.v.  No
- 4) È attratto dagli oggetti colorati? Sì  Q.v.  No
- 5) Quando si alimenta o viene nutrito, partecipa attivamente con lo sguardo? Sì  Q.v.  No
- 6) Rifiuta di essere alimentato? Sì  Q.v.  No
- 7) Ha frequenti rigurgiti? Sì  Q.v.  No
- 8) È facilmente consolabile quando piange? Sì  Q.v.  No
- 9) Si lascia coccolare? Sì  Q.v.  No
- 10) Ha difficoltà ad addormentarsi? Sì  Q.v.  No
- 11) Il suo sonno è regolare (dorme circa..... ore al giorno)? Sì  Q.v.  No
- 12) Imita movimenti della bocca? Sì  Q.v.  No
- 13) Si è attaccato al seno nei primi 3 mesi? Sì  Q.v.  No

**PUNTEGGIO: 0-10:** NULLA DA SEGNALARE; **11-20:** RIVEDERE TRA TRE MESI; **OLTRE 20:** RIVEDERE TRA UN MESE

## SCHEDA DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO

Data di compilazione ..... Nome operatore .....

Iniziali bambino: ..... Nato/a il ..... Sesso..... Età attuale .....

### • DA 4 A 6 MESI

- |  |                                     |                            |                          |
|--|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 14) Mette in atto movimenti anticipatori? (es. apre la bocca quando sta per essere imboccato)      | Sì <input type="radio"/>            | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 15) Se preso in braccio, si adatta alla presa?   | Sì <input type="radio"/>            | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 16) Si diverte a giocare con gli altri, soprattutto i genitori?                                    | Sì <input type="radio"/>            | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 17) Si lascia facilmente vestire o spogliare?  | Sì <input type="radio"/>            | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 18) Reagisce esageratamente a suoni e rumori? (soprassalta, si irrita, sfugge dalla fonte sonora)  | Sì <input checked="" type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 19) Si gira verso la fonte dello stimolo sonoro?   | Sì <input type="radio"/>            | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| <b>20) Ha difficoltà a girare la testa quando è disteso (sta sempre da una parte)?</b>             | Sì <input checked="" type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| <b>21) È attratto dai giochi adatti all'età? (es. Sonagli, palline colorate...)</b>                | Sì <input type="radio"/>            | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 22) È capace di seguire con lo sguardo un oggetto in movimento? (es. macchina, bolla di sapone...) | Sì <input type="radio"/>            | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 23) Quando si alimenta o viene nutrito, partecipa attivamente con lo sguardo e con il corpo?       | Sì <input type="radio"/>            | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| <b>24) Emette suoni spontanei (vocalizzi) e/o risponde ai suoni producendo altri suoni?</b>        | Sì <input type="radio"/>            | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 25) Rifiuta di essere alimentato?  | Sì <input checked="" type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 26) Ha frequenti rigurgiti?  | Sì <input checked="" type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 27) È facilmente consolabile quando piange?  | Sì <input type="radio"/>            | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 28) Si lascia coccolare?   | Sì <input type="radio"/>            | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 29) Il suo sonno è irregolare? (difficoltà ad addormentarsi, sonno agitato, risvegli frequenti)    | Sì <input checked="" type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 30) Imita movimenti/smorfie della bocca?   | Sì <input type="radio"/>            | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| <b>31) Mantiene il contatto oculare con l'altro?</b>   | Sì <input type="radio"/>            | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 32) Compie dei movimenti verso l'altro?  | Sì <input type="radio"/>            | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| <b>33) Protende la mano verso l'oggetto?</b>   | Sì <input type="radio"/>            | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |

**PUNTEGGIO: 0-10:** NULLA DA SEGNALARE; **11-25:** RIVEDERE TRA TRE MESI; **OLTRE 25:** RIVEDERE TRA UN MESE

## SCHEDA DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO

Data di compilazione ..... Nome operatore .....

Iniziali bambino: ..... Nato/a il ..... Sesso..... Età attuale .....

### • da 7 a 12 mesi

- |   |                          |                            |                          |
|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 34) Guarda gli oggetti intorno a lui?   | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| <b>35) È presente lallazione? (dice ma-ma, da-da, ba-ba...)</b>                                     | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 36) È autonomo negli spostamenti (striscia, rotola, gattona, cammina)?                              | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 37) Porta gli oggetti alla bocca? (es. ciuccio, sonagli, biscotti...)                               | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 38) Ha reazioni eccessive o evita certi materiali o tessuti? (es. sabbia, lana...)                  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 39) Mette in atto movimenti anticipatori? (es. protende le braccia verso l'adulto per essere preso) | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| <b>40) Si gira se chiamato per nome?</b>  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 41) Quando si fa molto male, piange poco?   | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 42) Di fronte a una difficoltà, tenta, prima di rinunciare, di superarla?                           | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 43) Dorme tanto rispetto agli altri bambini?  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 44) Accetta il cucchiaino?  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 45) Partecipa al gioco del cucù?  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| <b>46) È stato in grado di stare seduto da solo entro l'8° mese</b>                                 | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 47) Ripete i suoni? (es. versi degli animali...)  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 48) Da seduto si gira per prendere un oggetto senza cadere?   | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| <b>49) Imita i gesti dell'altro (es. ciao con la mano) ?</b>  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 50) Il suo sonno è irregolare? (difficoltà ad addormentarsi, sonno agitato, risvegli frequenti)     | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 51) Riconosce volti familiari e inizia a distinguere gli estranei?                                  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 52) Si diverte a giocare con gli altri, soprattutto i genitori?                                     | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 53) Riesce a stare in piedi con appoggio?   | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |

**PUNTEGGIO: 0-10:** NULLA DA SEGNALARE; **11-25:** RIVEDERE TRA TRE MESI; **OLTRE 25:** RIVEDERE TRA UN MESE

## SCHEDA DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO

Data di compilazione ..... Nome operatore .....

Iniziali bambino: ..... Nato/a il ..... Sesso..... Età attuale .....

### • da 13 a 18 mesi

- |  |                          |                            |                          |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 54) Si gira se chiamato per nome?  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 55) Cammina sulle punte?   | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 56) Tende a odorare o annusare oggetti o persone?  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 57) Ha gattonato entro il 12° mese?  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 58) Cerca un oggetto nascosto davanti a lui? (es. un oggetto messo sotto un fazzoletto)                  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 59) Imita i gesti o le azioni dell'altro?  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| <b>60) Ha camminato entro il 15° mese?</b>   | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 61) Reagisce esageratamente di fronte a una negazione? (batte la testa o si butta a terra)               | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| <b>62) Produce almeno 5 parole con significato?</b>  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 63) È selettivo nell'alimentazione?  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 64) Il suo sonno è irregolare? (difficoltà ad addormentarsi, sonno agitato, risvegli frequenti)          | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 65) Porta il cibo alla bocca? (con la mano o con il cucchiaino)  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 66) Quando si fa molto male, piange poco?  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 67) Ha reazioni eccessive a materiali o tessuti? (sabbia, lana ecc.)                                     | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 68) Imita i versi degli animali?   | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| <b>69) Indica per richiedere qualcosa?</b>   | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 70) Ha oggetti o persone preferiti?  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 71) Ripete suoni o gesti per richiamare l'attenzione?  | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| 72) Mette in atto movimenti anticipatori? (es. protende le braccia verso l'adulto per essere preso)?     | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| <b>73) Fa un uso appropriato degli oggetti? (es. posate per mangiare, mattoncini per fare una torre)</b> | Sì <input type="radio"/> | Q.v. <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |

**PUNTEGGIO: 0-10:** NULLA DA SEGNALARE; **11-25:** RIVEDERE TRA TRE MESI; **OLTRE 25:** RIVEDERE TRA UN MESE

## SCHEMA DI SCREENING E MONITORAGGIO NEUROEVOLUTIVO

Data di compilazione ..... Nome operatore .....

Iniziali bambino: ..... Nato/a il ..... Sesso..... Età attuale .....

### • da 19 a 24 mesi

- |  |      |        |      |
|--|------|--------|------|
| 74) Reagisce esageratamente a suoni e rumori? (si tappa le orecchie, grida, si irrita)                   | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 75) Ha reazioni eccessive o evita certi materiali o tessuti? (sabbia, lana ecc.)                         | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 76) Tende a portare gli oggetti alla bocca e/o a leccare?  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 77) Ha scialorrea? (perde saliva dalla bocca)  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| <b>78) Fa un uso appropriato degli oggetti? (es. posate per mangiare, mattoncini per fare una torre)</b> | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| <b>79) È in grado di alternare lo sguardo fra l'adulto e l'oggetto d'interesse e/o fra due adulti?</b>   | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 80) È presente il gioco rappresentativo? ("far finta di")  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| <b>81) Compone frasi di 2 o più parole?</b>  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| <b>82) Cammina da solo?</b>  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| - Se sì, cade o inciampa spesso?   | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| - Se no, cammina con sostegno?   | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| <b>83) Si gira se chiamato per nome?</b>   | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 84) Il suo sonno è irregolare? (difficoltà ad addormentarsi, sonno agitato, risvegli frequenti)          | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 85) L'alimentazione è regolare?  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 86) Porta a termine un'attività? (es. puzzle a 2-3 pezzi, torre ecc.)                                    | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 87) Quando si fa molto male, piange poco?  | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| 88) Riesce a soffiare (es. bolle, candela) / succhiare (es. cannuccia) / fare la pernacchia?             | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| <b>89) Produce almeno 20 parole con significato?</b>   | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 90) Reagisce esageratamente di fronte a una negazione? (batte la testa o si butta a terra)               | Sì ② | Q.v. ① | No ① |
| <b>91) Indica per richiedere e/o mostrare qualcosa?</b>  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 92) Imita i gesti o le azioni dell'altro?  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |
| 93) Mostra interesse per gli altri bambini?  | Sì ① | Q.v. ① | No ② |

**PUNTEGGIO: 0-10:** NULLA DA SEGNALARE; **11-25:** RIVEDERE TRA TRE MESI; **OLTRE 25:** RIVEDERE TRA UN MESE