



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

*Corso di Laurea Magistrale in  
Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie*

**Stesura di un protocollo interno per l'accesso alla valutazione  
multidisciplinare dei bambini con Disturbo Primario di  
Linguaggio nel Servizio Sanitario Nazionale**

Relatore:

Dott.ssa **Patrizia Lopez**

Correlatore:

Dott. **Roberto Rossi**

Studentessa:

**Eleonora Biagetti**

**Matricola 1113728**

Anno Accademico 2023 – 2024

*Questo traguardo  
lo dedico a te,  
Arianna*

## Indice

1. Introduzione .....	4
2. Il servizio UMEE.....	6
3. Strumenti operativi per le aziende sanitarie .....	8
3.1 La procedura .....	9
3.2 Il protocollo.....	9
3.3 Il Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).....	10
4. Protocollo di accesso alla valutazione multidisciplinare.....	11
4.1 Obiettivi generali.....	11
4.2 Obiettivi specifici .....	11
4.3 I contenuti del protocollo e le sue fasi.....	11
4.4 Applicabilità al contesto .....	14
4.5 Il protocollo in oggetto .....	15
5. Conclusioni.....	33
Bibliografia.....	34
Ringraziamenti.....	36

## 1. Introduzione

In base a quanto riportato nella Consensus Conference relativa al Disturbo Primario del Linguaggio, circa l'11-13% di bambini di età compresa tra i 18 e i 36 mesi presenta *un ritardo nella comparsa del linguaggio espressivo che, nei casi più gravi, può essere osservato anche nel dominio recettivo, in assenza di sordità, ritardo mentale, lesioni cerebrali e disturbi cognitivi.*

Questi bambini sono stati denominati nella letteratura scientifica late talkers (parlatori tardivi). La prognosi è generalmente buona in quanto nel 70% dei casi il linguaggio espressivo migliora in modo significativo entro i 3 anni, con lo sviluppo di abilità linguistiche che in seguito saranno in linea con le performance attese nello sviluppo tipico, anche se potranno persistere alcune lievi difficoltà nelle interazioni comunicative quotidiane. I bambini che recuperano sono stati definiti late bloomers (ovvero bambini il cui linguaggio sboccia in ritardo).

Si può concludere che l'essere un parlatore tardivo non comporta necessariamente una evoluzione negativa; la letteratura suggerisce che l'esito può essere più probabilmente favorevole qualora la capacità di comprensione linguistica sia preservata e non ci sia stata in famiglia una storia di problematiche di linguaggio e di lettura.

Dunque, se molti parlatori tardivi raggiungono il livello di sviluppo linguistico dei loro pari, nel 5-7% della popolazione il disturbo persiste dopo i tre anni e, in questi casi, è raro che prima dell'età scolare si verifichi un recupero spontaneo delle abilità linguistiche attese per l'età cronologica: in questi casi si parla di Disturbo Primario del Linguaggio – DPL.

Le difficoltà linguistiche del bambino con DPL comportano in numerosi casi delle conseguenze evidenti durante la scuola dell'infanzia e i primi anni della scuola primaria; si associa ad un elevato rischio di problemi di apprendimento scolastico, difficoltà comportamentali e di adattamento emotivo e sociale. Queste problematiche possono persistere anche in età adulta con effetti anche sulle opportunità lavorative.

La gestione del paziente con DPL comporta pertanto una serie di valutazioni ed interventi per i quali si rende necessario il coinvolgimento di un team multi – disciplinare (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista e assistente sociale).

L'ideazione di questo percorso nasce dunque dalla reale necessità di definire e strutturare la presa in carico multidisciplinare dei bambini con Disturbo Primario di Linguaggio nei servizi del Sistema Sanitario Nazionale. Tutto questo grazie alla stesura di un protocollo specifico che verrà approfondito nel dettaglio.

## 2. Il servizio UMEE

In questa sezione si approfondirà la struttura e le funzioni delle Unità Multidisciplinare per l'Età Evolutiva (UMEE), servizio in cui può essere applicato il protocollo oggetto di tesi.

Le Unità Multidisciplinare per l'Età Evolutiva nascono in seguito alla Legge Regionale del 4 giugno 1996, n. 18, dal titolo "Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone in condizione di disabilità". A tale scopo promuove interventi, organizza e coordina servizi a favore delle persone, nei seguenti settori:

- a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dell'invalidità;
- b) integrazione sociale;
- c) integrazione scolastica e formazione professionale;
- d) inserimento lavorativo;
- e) mantenimento della persona nel proprio nucleo familiare e suo inserimento nel normale ambiente di vita, favorendo gli interventi rivolti alla partecipazione alle attività sociali e ricreative;
- f) informazione.

Tali attività sono svolte in collaborazione con le organizzazioni del settore privato sociale, ovvero tutte quelle organizzazioni senza scopo di lucro che svolgono e promuovono attività assistenziali, educative e tutela nei confronti dei soggetti in condizione di disabilità. All'articolo 9 della presente legge regionale (e successive modifiche), vengono definite le "Unità multidisciplinari" per la presa in carico dei soggetti portatori di disabilità appartenenti all'età evolutiva e all'età adulta. Si possono quindi identificare due servizi uno per l'età evolutiva e l'altro per l'età adulta, collocati a livello di distretto.

“Le **Unità multidisciplinari dell'età evolutiva** svolgono i propri interventi in favore di soggetti portatori di disabilità di età non superiore ai diciotto anni, ovvero, nel caso che i soggetti stessi proseguano gli studi oltre tale età anche di età superiore e fino al compimento dei corsi di studio, con esclusione di quelli universitari” (Art. 9 comma 2).

Viene così definita invece l'UMEA:

“Le **Unità multidisciplinari dell'età adulta** svolgono i propri interventi in favore dei soggetti di età superiore a quella prevista dal comma 2 e si raccordano funzionalmente con le Unità multidisciplinari dell'età evolutiva (UMEE) per la presa in carico dei soggetti” (Art. 9 comma 3).

Nel momento dell'uscita dalla scuola dell'obbligo le UMEE in collaborazione con le UMEA elaborano un programma finalizzato all'individuazione di un percorso per l'integrazione che tenga conto dei punti di forza e di debolezza delle persone in condizione di disabilità.

L'Art. 10 della legge regionale che permette di inquadrare i componenti e le funzioni delle U.M.E.E., verrà ora citato in modo integrale:

“1. L'Unità multidisciplinare dell'età evolutiva è composta da un neuro-psichiatra infantile, uno psicologo, un pedagogo, un assistente sociale, uno o più tecnici della riabilitazione come logopedisti, fisioterapisti, psicomotricisti, musicoterapisti, uno o più consulenti nella patologia segnalata. All'interno dell'Unità multidisciplinare è individuato un coordinatore.

2. L'Unità di cui al comma 1 svolge le seguenti funzioni:

- a) informazione, educazione sanitaria e attività di prevenzione;
- b) consulenza e sostegno, anche psicologico, della famiglia;
- c) collaborazione con enti ed istituzioni;
- d) interventi per la cura e la riabilitazione precoce della persona in condizione di disabilità;
- e) individuazione della disabilità e compilazione della diagnosi funzionale.
- f) collaborazione con gli operatori della scuola e i genitori per l'elaborazione del profilo dinamico funzionale nonché del piano educativo individualizzato;
- g) verifica del progetto educativo ai fini dell'inserimento sociale, scolastico e nelle strutture che favoriscono l'integrazione della persona in condizione di disabilità;
- h) controlli periodici per una valutazione globale in itinere sull'andamento del soggetto nelle fasi evolutive dal punto di vista clinico, relazionale, delle capacità residue e delle potenzialità di apprendimento.”

La legge regionale cita inoltre l'importanza dell'integrazione sociale – scolastica - lavorativa, promuovendo i centri socio – educativi, le strutture residenziali e tirocini e borse lavoro. Inoltre la Regione Marche contribuisce al finanziamento per l'eliminazione delle barriere di comunicazione promuovendo iniziative in collaborazione con gli enti sociali e contribuendo all'acquisto di ausili tecnici.

### 3. Strumenti operativi per le aziende sanitarie

Gli strumenti operativi che analizzeremo in questo paragrafo sono necessari per definire gli standard assistenziali e verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata. Il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e la gestione del rischio clinico richiedono una grande attenzione per la produzione e la gestione di documenti che debbono avere delle regole precise e comuni rispetto alla loro redazione: completezza, facilità di applicazione, chiarezza, aggiornamento, accessibilità e diffusione.

Un punto di riferimento a questo scopo, indicato anche dalla norma ISO 9001:2015, è il ciclo di Deming (PDCA) formato da 4 fasi:

- 1) Fase di pianificazione ("Plan") nella quale ogni documento viene elaborato;
- 2) Fase di esecuzione ("Do") nella quale il documento viene applicato;
- 3) Fase di controllo ("Check") durante la quale si valutano le ricadute derivanti dall'applicazione del documento;
- 4) Fase di azione ("Act") tramite la quale il documento viene revisionato integrando eventuali modifiche per garantire una sempre crescente qualità del processo produttivo aziendale.

Secondo la norma ISO 9001:2015 le informazioni che devono essere controllate e mantenute si definiscono "informazioni documentate". Con questo termine si comprendono le parole chiave documento e registrazione. La differenza chiave tra un documento e una registrazione è che i documenti vengono creati pianificando ciò che deve essere fatto, mentre le registrazioni vengono create quando viene fatto qualcosa. I documenti possono cambiare mentre le registrazioni non devono cambiare. I documenti così realizzati costituiscono uno standard minimo per l'agire secondo criteri di sicurezza ed appropriatezza e rappresentano una parte fondamentale della dote documentale di un'organizzazione sanitaria.

Alla luce di quanto sopra, si palesa la necessità di procedere alla definizione delle modalità di gestione dei seguenti documenti:

1. Procedure o Istruzioni Operative;
2. Protocolli;
3. Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).

E' per questa mancanza che insieme alla mia relatrice Dott.ssa Patrizia Lopez e il mio correlatore Dott. Roberto Rossi, abbiamo deciso di stilare una bozza di protocollo per l'accesso alla valutazione multidisciplinare dei bambini con Disturbo Primario di Linguaggio nel Servizio Sanitario Nazionale.

Nelle aziende sanitarie, spesso questi documenti vengono confusi tra di loro, ed è necessario fare chiarezza per permettere la condivisione di un linguaggio comune.

Ora verranno descritte le varie differenze tra i documenti proposti.

### 3.1 La procedura

La procedura contiene la descrizione di una successione logica di azioni, definite in modo più o meno rigido, allo scopo di attuare in una modalità ottimale una data attività. È una sequenza dettagliata di azioni eseguite dal professionista in modo logico-temporale e può essere considerata l'unità di base di un'attività, permettendo di rendere uniformi ed omogenee le azioni da intraprendere basandosi su evidenze scientifiche senza lasciare spazio alla discrezionalità. L'obiettivo di una procedura, sulla base del modello di riferimento di Sistema Qualità ISO 9000 è garantire l'efficacia e l'efficienza, permettendo la trasferibilità e la riproducibilità del "chi fa", "cosa fa", "come va fatto", dove, perchè, quando e chi è il responsabile delle attività citate.

### 3.2 Il protocollo

Il protocollo è uno schema predefinito di comportamento diagnostico – terapeutico, basato su una sequenza procedurale ben definita. È un documento articolato che dettaglia le diverse sequenze procedurali (istruzioni operative) necessarie al raggiungimento di un obiettivo clinico assistenziale (es. gestione di un caso clinico, gestione di device, ecc. ).

Viene redatto per garantire che l'erogazione di prestazioni sia efficace, efficiente e omogenea.

Si caratterizza per essere chiaro, conciso, completo, riproducibile, adattato al contesto operativo che lo deve applicare ed avvalorato da evidenze scientifiche o da buone prassi riportate in letteratura. È anche definito strumento di integrazione tra i professionisti, poiché viene utilizzato dai medesimi professionisti che lo redigono su basi scientifiche ed esperienziali e può essere impiegato solamente nel contesto nel quale viene elaborato. Il termine protocollo implica che deve essere applicato a tutti i pazienti, esponendo il professionista e l'organizzazione a potenziali rischi medico - legali se questo non avviene. Per questo motivo il protocollo va condiviso con tutti gli operatori interessati e applicato a tutti i pazienti, infatti il suo contenuto è vincolante per i professionisti.

### 3.3 Il Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

Il Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti, professionisti e di stakeholder, a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguata per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita (Fondazione Gimbe). In ogni realtà sanitaria esistono ostacoli di varia natura (strutturali, organizzativi, tecnologici, professionali, socio - culturali, normativi e geografico - ambientali) che impediscono l'applicazione di una o più raccomandazioni delle Linee Guida. Per questo motivo è indicato che i professionisti creino i PDTA integrando alle raccomandazioni, gli specifici elementi del proprio contesto locale, con l'obiettivo di identificare ed eliminare gli ostacoli. In conclusione un PDTA esplica in maniera logica e dettagliata il percorso di un assistito con una data patologia all'interno di un'azienda; permette di formalizzare i processi già in essere che necessitano di essere valorizzati e condivisi.

## 4. Protocollo di accesso alla valutazione multidisciplinare

### 4.1 Obiettivi generali

- Redazione di un percorso che descriva la sequenza delle azioni dalla fase di accesso alla lista di attesa fino alla presa in carico riabilitativa;
- Uniformare le conoscenze e la condivisione del processo assistenziale con tutti i professionisti coinvolti, riconoscendo le specificità di ciascuna professionalità;
- Dimostrare che il processo è attuato secondo criteri definiti seguendo linee guida, letteratura scientifica, EBP e Consensus Conference.

### 4.2 Obiettivi specifici

- Attuare una presa in carico tempestiva, efficace e di qualità;
- Migliorare la comunicazione e la collaborazione tra i professionisti sanitari coinvolti;
- Soddisfare la necessità di tenere sotto controllo gli indicatori di efficacia e appropriatezza delle cure;
- Attuare il modello del miglioramento continuo secondo l'approccio PDCA (ciclo di Deming) per lavorare tenendo sotto controllo la qualità delle prestazioni erogate.

### 4.3 I contenuti del protocollo e le sue fasi

Per poter elaborare un protocollo si deve individuare un gruppo di lavoro competente per la tematica di interesse e rappresentativo delle professionalità coinvolte nell'adozione dello stesso. La stesura del documento prevede alcune fasi, la prima tra queste è la redazione che deve garantire un linguaggio espositivo chiaro, sintetico e di immediata comprensione; inoltre i contenuti presenti nel documento devono provenire da fonti

bibliografiche attuali e aggiornate. La fase successiva prevede l'approvazione del documento da parte delle figure sovraordinate al gruppo di lavoro (es. Direttore Sanitario, Direttore di Distretto, ecc...). L'approvazione attesta la corretta redazione e rispondenza dello stesso alle evidenze scientifiche. Successivamente il documento viene analizzato dalla Funzione Rischio Clinico che valuterà la congruenza con i criteri aziendali del documento. Infine, il documento va divulgato a tutti gli operatori interessati tramite l'indirizzo mail e la rete documentale aziendale. E' importante tracciare la divulgazione del documento e promuoverla anche ai neoassunti.

Nella stesura del protocollo possono esserci delle differenze tra le varie Aziende Sanitarie, qui di seguito riporterò i criteri ritenuti essenziali dall'Azienda per cui lavoro:

1. ANALISI DEL CONTESTO.
2. ANALISI DEI VINCOLI NORMATIVI, LINEE GUIDA VALIDATE E EVIDENZE DI LETTERATURA.
3. OBIETTIVO/I.
4. TERMINOLOGIA, DEFINIZIONI, ABBREVAZIONI.
5. PAROLE CHIAVE: si individuano i termini più significativi della tematica trattata nel documento.
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ: viene inserita in protocolli articolati in quanto permette, attraverso un quadro sinottico posto sotto forma di tabella, di individuare il grado di attribuzione delle funzioni tra i diversi attori del sistema.
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.
8. FLOW CHART viene inserita in protocolli articolati al fine di aiutare il personale ad avere un riferimento più immediato delle sequenze operative trattate nel documento.
9. MONITORAGGIO INDICATORI E VALORI ATTESI: si esplicitano almeno un indicatore di processo ed un indicatore di esito che siano coerenti con gli obiettivi indicati nel documento e che siano misurabili. Per ogni indicatore deve essere individuato lo standard di riferimento che permette di misurare il raggiungimento degli obiettivi in fase di verifica dell'applicazione.

10. MODALITÀ DI VERIFICA DELL'APPLICAZIONE: si esplicita chi nel contesto operativo in cui si applica la procedura verifica che il personale aderisca alla stessa. Si descrive anche la modalità (es. controllo con check list, visivo, ecc.) e la frequenza (es. mensile, a campione, ecc.) con cui il/i responsabile/i della verifica effettuano i controlli.
11. MODALITÀ DI ATTUAZIONE DELLA FORMAZIONE: si esplicita come la procedura viene capillarmente portata a conoscenza degli utilizzatori.
12. ALLEGATI.

#### 4.4 Applicabilità al contesto

Si riporta in seguito l'analisi SWOT per valutare l'applicabilità al contesto del protocollo oggetto di tesi.

	<b>Strengths (punti di forza)</b>	<b>Weakness (punti di debolezza)</b>
<b>INTERNI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Disponibilità di spazi e materiale</li><li>- Motivazione e formazione del personale assunto</li><li>- Presa in carico multidisciplinare</li><li>- Presenza di una lista d'attesa di bambini su cui applicare il protocollo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Limitate risorse di personale</li><li>- Tempi lunghi per la validazione del documento</li></ul>
	<b>Opportunities (opportunità)</b>	<b>Threats (minacce)</b>
<b>ESTERNI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Miglioramento della collaborazione e comunicazione tra i professionisti dell'Equipe</li><li>- Perfezionamento del protocollo</li><li>- Possibilità di applicare alcune fasi del percorso anche per i DPL secondari</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Turn over del personale formato</li><li>- Resistenze dei professionisti al cambiamento</li><li>- Mancata promozione del percorso tra i professionisti sanitari</li></ul>

#### 4.5 Il protocollo in oggetto

## PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)

**Redazione:**

<b>NOMINATIVO</b>	<b>QUALIFICA</b>	<b>AMBITO APPARTENENZA</b>	<b>FIRMA</b>
Cognome Nome			

**Approvazione:**

<b>NOMINATIVO</b>	<b>QUALIFICA</b>	<b>AMBITO APPARTENENZA</b>	<b>FIRMA</b>
Cognome Nome	.....	U.O.C. ....	

**Divulgazione:**

<b>NOMINATIVO</b>	<b>QUALIFICA</b>	<b>AMBITO APPARTENENZA</b>	<b>FIRMA</b>
Cognome Nome	Dirigente Medico	Funzione Rischio Clinico	

**Revisioni:**

**Modifiche:**

<b>N°</b> __ del __/__/__	
<b>N°</b> __ del __/__/__	
<b>N°</b> __ del __/__/__	
<b>N°</b> __ del __/__/__	

	<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	<b>FUNZIONE RISCHIO CLINICO</b> Codice PRT n. X rev. 00 del .....
--	---	---

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

## Sommario

<b>Premessa</b> .....	<b>4</b>
<b>1. ANALISI DEL CONTESTO:</b> .....	<b>4</b>
<b>2. ANALISI DEI VINCOLI NORMATIVI, LINEE GUIDA VALIDATE E EVIDENZE DI LETTERATURA:</b> .....	<b>5</b>
<b>3. OBIETTIVO/I:</b> .....	<b>6</b>
<b>4. TERMINOLOGIA, DEFINIZIONI, ABBREVAZIONI:</b> .....	<b>6</b>
<b>5. PAROLE CHIAVE:</b> .....	<b>6</b>
<b>6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ:</b> .....	<b>6</b>
<b>7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ</b> .....	<b>7</b>
7.1 Criteri di inclusione ed esclusione .....	<b>7</b>
7.2 Accesso al servizio per la valutazione multidisciplinare.....	<b>8</b>
7.3 Valutazione strutturata multi disciplinare.....	<b>9</b>
7.4 Diagnosi e indicazioni.....	<b>12</b>
7.5 Trattamento Logopedico .....	<b>12</b>
7.6 Verifica dell'efficacia del trattamento e aggiornamento del progetto.....	<b>13</b>
7.7 Rapporti con scuola e famiglia – integrazione con il territorio.....	<b>13</b>
7.8 Dimissioni .....	<b>14</b>
<b>8. FLOW CHART</b> .....	<b>15</b>
<b>9. MONITORAGGIO INDICATORI E VALORI ATTESI:</b> .....	<b>16</b>
<b>10. MODALITÀ DI VERIFICA DELL'APPLICAZIONE:</b> .....	<b>16</b>
<b>11. MODALITÀ DI ATTUAZIONE DELLA FORMAZIONE:</b> .....	<b>17</b>

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 2 di 18
-----------------------	-----------------------	----------------

	<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	<b>FUNZIONE RISCHIO CLINICO</b> Codice PRT n. X rev. 00 del .....
--	---	---

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

**ALLEGATI:**

**MODULO 1: Griglia criteri di gravità**

**MODULO 2: Modulo privacy**

**MODULO 3: Consenso alla valutazione multidisciplinare**

**MODULO 4: Richiesta impegnative per valutazione**

**MODULO 5: Consenso e regolamento per il trattamento logopedico**

**MODULO 6: Scheda di Accesso al trattamento logopedico**

**MODULO 7: Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)**

**MODULO 8: Richiesta impegnativa per il trattamento**

**MODULO 9: Presa d'atto della documentazione aziendale**

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 3 di 18
-----------------------	-----------------------	----------------

	<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	<b>FUNZIONE RISCHIO CLINICO</b> Codice PRT n. X rev. 00 del .....
--	---	---

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

**Premessa**

Il presente protocollo nasce dall'esigenza di dotare gli operatori dell' Azienda Sanitaria di un documento finalizzato ad uniformare e ottimizzare la presa in carico del bambino con Disturbo Primario del Linguaggio.

**1. ANALISI DEL CONTESTO:**

Il Disturbo Specifico del Linguaggio (traduzione italiana di SLI - Specific Language Impairment) è stato definito come un Disturbo del neurosviluppo che include un insieme di quadri clinici variegati, caratterizzati da un ritardo o disordine in uno o più ambiti dello sviluppo linguistico, in assenza di deficit cognitivi, sensoriali, motori, affettivi e di importanti carenze socio-ambientali (DSM-5).

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali 5, ha introdotto alcuni cambiamenti nella definizione dei disturbi del linguaggio e ne ha riconsiderato le manifestazioni cliniche. Nell'ambito dei Disturbi del Neurosviluppo è stata individuata una categoria diagnostica molto ampia, denominata Disturbi della Comunicazione, all'interno della quale è stato incluso il Disturbo del Linguaggio.

È stato evidenziato come circa l'11-13% di bambini di età compresa tra i 18 e i 36 mesi (Consensus Conference DPL 2019) presenti un ritardo nella comparsa del linguaggio espressivo che, nei casi più gravi, può essere osservato anche nel dominio recettivo, in assenza di sordità, ritardo mentale, lesioni cerebrali e disturbi cognitivi. Questi bambini sono stati denominati nella letteratura scientifica *Late Talkers* (Parlatori Tardivi). La prognosi è generalmente buona in quanto nel 70% dei casi il linguaggio espressivo migliora in modo significativo entro i 3 anni, con lo sviluppo di abilità linguistiche che in seguito saranno in linea con le performance attese nello sviluppo tipico, anche se potranno persistere alcune lievi difficoltà nelle interazioni comunicative quotidiane. I bambini che recuperano sono stati definiti *Late Bloomers* (ovvero bambini il cui linguaggio sboccia in ritardo).

Si può concludere che l'essere un parlatore tardivo non comporta necessariamente una evoluzione negativa; la letteratura suggerisce che l'esito può essere più probabilmente favorevole qualora la capacità di comprensione linguistica sia preservata e non ci sia stata in famiglia una storia di problematiche di linguaggio e di lettura.

Dunque, se molti parlatori tardivi raggiungono il livello di sviluppo linguistico dei loro pari, nel 5-7% della popolazione il disturbo persiste dopo i tre anni e, in questi casi, è raro che prima dell'età scolare si verifichi un recupero spontaneo delle abilità linguistiche attese per l'età cronologica: in questi casi si parla di Disturbo Primario del Linguaggio – DPL.

Le difficoltà linguistiche del bambino con DPL comportano in numerosi casi delle conseguenze evidenti durante la scuola dell'infanzia e i primi anni della scuola primaria. All'interno di questa popolazione, in una percentuale stimabile tra il 40 e il 50% dei casi, la compromissione linguistica porta a sequele neuropsicologiche negative, in particolare nel momento del cambiamento di espressività dal linguaggio orale al linguaggio scritto, ovvero nei primi due anni di scuola primaria, quando l'alfabetizzazione si posa sulla mappatura del sistema fonetico-fonologico. È stato dimostrato che il disturbo del linguaggio si associa ad un elevato rischio di problemi di apprendimento scolastico, stimati cinque volte più elevati che nella popolazione normale, comportamentali e psichiatrici e di adattamento emotivo e sociale. Inoltre, vi sono evidenze che queste problematiche persistano in età adulta e nell'intero ciclo di vita della persona, con effetti anche sulle opportunità lavorative.

La gestione del paziente con DPL comporta pertanto una serie di valutazioni ed interventi per i quali si rende necessario il coinvolgimento di un team multi – disciplinare (Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Logopedista e Assistente Sociale).

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 4 di 18
-----------------------	-----------------------	----------------

	<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	<b>FUNZIONE RISCHIO CLINICO</b> Codice PRT n. X rev. 00 del .....
--	---	---

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

## 2. ANALISI DEI VINCOLI NORMATIVI, LINEE GUIDA VALIDATE E EVIDENZE DI LETTERATURA:

A seguito della pubblicazione della *Consensus Conference* del 2019 la dicitura Disturbo Specifico del Linguaggio (DSL) viene sostituita da Disturbo Primario di Linguaggio (DPL). La scelta di questa nuova denominazione si è basata su diverse considerazioni, che motivano la qualificazione di "primario":

- a) La dimensione dello sviluppo compromessa è quella linguistica;
- b) Negli ultimi anni la letteratura ha discusso il fatto che il disturbo del linguaggio si tratti di un disturbo specifico, in quanto è in concomitanza con altri disturbi;
- c) Il disturbo non ha cause identificabili in deficit cognitivi, sensoriali, genetici, affettivo-relazionali e/ in situazione socio-ambientali svantaggiate.

A livello diagnostico è possibile inquadrare il DPL facendo riferimento a diverse classificazioni:

- 1) Il DSM 5 distingue all'interno dei disturbi del Neurosviluppo la categoria dei disturbi della Comunicazione così suddivisa:
  - Disturbo del linguaggio
  - Disturbo fonetico-fonologico
  - Disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie)
  - Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica)
  - Disturbo della comunicazione senza specificazione
  
- 2) Invece nell'ICD-10 è riportata la seguente classificazione:
  - F80.0 Disturbo specifico dell'articolazione dell'eloquio
  - F 80.1 Disturbo del linguaggio espressivo (senza compromissione della comprensione)
  - F 80.2 Disturbo della comprensione del linguaggio (deficit misto di comprensione e produzione)
  - F 80.8 Altri disturbi evolutivi dell'eloquio e del linguaggio
  - F 80.9 Disturbi evolutivi dell'eloquio e del linguaggio non specificati

Di seguito si riportano i riferimenti normativi, bibliografici e sitografici di riferimento:

- *Consensus Conference* sul Disturbo Primario del Linguaggio - A cura di CLASTA e FLI 2019
- Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – DSM 5 - 2013
- International Classification of Diseases – ICD 10
- I disturbi del linguaggio. Caratteristiche, valutazione, trattamento, Trento, Erickson, 2014 - L. Marotta, M. C. Caselli
- Il disturbo primario del linguaggio. Oltre la *Consensus Conference*, Trento, Erickson, 2021- Simonetta D'Amico, Anna Giulia De Cagno, Maria Chiara Levorato, Tiziana Rossetto e Alessandra Sansavini
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104 - Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.
- Delibera della giunta regionale 9 febbraio 2010 n. 227 – Integrazione scolastica degli alunni con disabilità.

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 5 di 18
-----------------------	-----------------------	----------------

	<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	<b>FUNZIONE RISCHIO CLINICO</b> Codice PRT n. X rev. 00 del .....
--	---	---

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

### 3. OBIETTIVO/I:

Scopo del presente protocollo è descrivere la sequenza delle azioni e le modalità per individuare precocemente e trattare in modo multidisciplinare i bambini con Disturbo Primario del Linguaggio (DPL) al fine di uniformare il comportamento dei professionisti all'interno dell'Azienda Sanitaria.

### 4. TERMINOLOGIA, DEFINIZIONI, ABBREVAZIONI:

NPI= Neuropsichiatra Infantile  
 PSI= Psicologo  
 LOG= Logopedista  
 MMG = Medico di Medicina Generale  
 PLS = Pediatra di Libera Scelta  
 DPL = Disturbi Primari del Linguaggio  
 SLI = Specific Language Impairment  
 PRI = Progetto Riabilitativo Individuale  
 pRI= Programma Riabilitativo Individuale  
 TM = Tribunale dei Minori

### 5. PAROLE CHIAVE:

Screening, valutazione precoce, diagnosi, trattamento, Disturbo del Linguaggio, DPL.

### 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ:

Viene inserita in protocolli articolati in quanto permette, attraverso un quadro sinottico posto sotto forma di tabella, di individuare il grado di attribuzione delle funzioni tra i diversi attori del sistema.

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 6 di 18
-----------------------	-----------------------	----------------

<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	FUNZIONE RISCHIO CLINICO Codice PRT n. X rev. 00 del .....
---	--

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

### Matrice delle Responsabilità

Funzione Fasi Attività di processo	NPI	Psi.	Log.	Ass. Sociale	PLS Scuola / Famiglia	Altri Servizi (es. TM/ Consultorio)	Documento di riferimento
Invio al servizio	I	I	I	I	R	R	
Accesso al servizio	I	I	I	R	I	I	
Definizione del disturbo per fasce di età	R	C	C	C	I	I	
Visita NPI	R	I	I	I	I	I	
Valutazione psicologica	I	R	I	I	I	I	
Valutazione logopedica	I	I	R	I	I	I	
Diagnosi conclusiva	R (EQUIPE)				I	I	
Restituzione diagnosi clinica e profilo di funzionamento	R (EQUIPE)				I	I	
Inserimento in lista di attesa logopedica	I	I	R	I	I	I	
Presenza in carico logopedica	I	I	R	I	I	I	
Stesura del P.R.I.	R	C	C	C	I	I	
Restituzione del P.R.I.	R	C	C	C	I	I	
Attivazione p.R.I.	I	I	R	I	I	I	
Follow up	R	C	C	C	I	I	

R: Responsabile; S: Supervisore; C: Coinvolto; I: Informato

## 7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

### 7.1 Criteri di inclusione ed esclusione

Sulla base dei criteri diagnostici di inclusione ed esclusione indicati nei manuali internazionali e nei documenti di consenso possiamo considerare i seguenti criteri:

- A. Difficoltà persistenti nell'acquisizione e nell'uso di diverse modalità di linguaggio (cioè linguaggio parlato, scritto, gestuale o di altro tipo) dovute a deficit della comprensione o della produzione che comprendono i seguenti criteri:
1. Lessico ridotto (conoscenza e uso delle parole)
  2. Limitata strutturazione delle frasi (capacità di mettere insieme parole per formare frasi fondate sulle regole sintattiche e morfologiche).

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 7 di 18
-----------------------	-----------------------	----------------

	<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	<b>FUNZIONE RISCHIO CLINICO</b> Codice PRT n. X rev. 00 del .....
--	---	---

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

3. Compromissione delle capacità discorsive (capacità di usare le parole e di connettere le frasi tra loro per spiegare o descrivere un argomento o una serie di eventi o per sostenere una conversazione).
- B. Le capacità di linguaggio sono al di sotto di quelle attese per l'età in maniera significativa e quantificabile, portando a limitazioni funzionali dell'efficacia della comunicazione, della partecipazione sociale, dei risultati scolastici o delle prestazioni professionali, individualmente o in qualsiasi combinazione.
- C. L'esordio dei sintomi avviene nel periodo precoce dello sviluppo.
- D. Le difficoltà non sono attribuibili a compromissione dell'udito o ad altra compromissione sensoriale, a disfunzioni motorie o ad altre condizioni mediche o neurologiche e non sono meglio spiegate da disabilità intellettiva o da ritardo globale dello sviluppo.

### 7.2 Accesso al servizio per la valutazione multidisciplinare

L'accesso presso il Servizio Sanitario avviene attraverso la figura dell'Assistente Sociale che riceve tali richieste in varie modalità, ad esempio:

- Accesso diretto della famiglia;
- Accesso tramite richiesta della scuola;
- Accesso tramite priorità di rete.

Ogni domanda viene inserita in una lista d'attesa variabile secondo gli aggiornamenti trimestrali ed i relativi punteggi di priorità.

#### 7.2.1 Accesso tramite accesso diretto della Famiglia

Direttamente il genitore o il rappresentante legale (es. tutore) può mettersi in contatto con l'Assistente Sociale e richiedere un appuntamento conoscitivo per poter descrivere le difficoltà del bambino e il motivo della valutazione. In questo colloquio denominato "Accoglienza", l'Assistente Sociale raccoglie le informazioni necessarie per delineare un profilo del bambino, indagando diverse aree dello sviluppo: il funzionamento cognitivo, il linguaggio, l'area affettivo – relazionale, l'area motoria, quella sensoriale, l'autonomia personale, l'autonomia sociale e le capacità di apprendimento (Allegato 1). Successivamente a tale colloquio, l'Assistente Sociale riferisce all'Equipe le informazioni raccolte, la quale assegna un punteggio al bambino, completando la "Griglia criteri di gravità" per poter procedere all'inserimento in lista d'attesa. La lista d'attesa è gestita tramite un file Excel che attraverso un algoritmo ordina i bambini in base al punteggio di gravità, all'età del bambino e alla data del primo accesso.

L'Assistente Sociale, in sede di colloquio con la famiglia, spiega i tempi e le modalità di accesso al servizio. Il genitore o chi ne fa le veci, dovrà firmare il modulo della Privacy (Allegato 2) e del Consenso alla Valutazione (Allegato 3), con il quale autorizza l'inserimento del nominativo del proprio figlio nella lista d'attesa e si impegna ad accettare la normativa che disciplina la modalità di inserimento in lista.

L'inserimento in lista d'attesa per la valutazione multidisciplinare avverrà con la data del primo accesso.

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 8 di 18
-----------------------	-----------------------	----------------

	<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	FUNZIONE RISCHIO CLINICO Codice PRT n. X rev. 00 del .....
--	---	--

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

### 7.2.2. Accesso tramite richiesta della Scuola

La Scuola invia presso il Servizio Sanitario la richiesta di valutazione da parte della Scuola, debitamente compilata in ogni sua parte e firmata dal genitore che ne autorizza l'invio presso il nostro servizio.

Tale documento viene recepito dall'Assistente Sociale, che procede alla protocollazione e alla discussione in equipe al fine dell'assegnazione del punteggio sulla base dei criteri citati in precedenza, ovvero punteggio di gravità, l'età del bambino e la data del primo accesso. Si procede quindi alla compilazione della "Griglia criteri di gravità" (Allegato 1) e all'inserimento del nominativo nel file Excel per poter aggiornare la lista d'attesa.

### 7.2.3 Accesso con priorità di rete

Sono previsti alcuni accessi in priorità per alcune circoscritte situazioni, ad esempio:

- o Segnalazione da parte del Tribunale dei Minori;
- o Bambino già in possesso di riconoscimento di legge 104;
- o Bambino in possesso di una documentazione completa (ovvero con una diagnosi ed una descrizione del profilo di funzionamento) redatta da un Servizio Sanitario Pubblico o da un Centro Accreditato.

Per questa tipologia di pazienti, l'Equipe prevede, salvo eccezioni che necessitano di ulteriori integrazioni, un colloquio conoscitivo collegiale con il bambino ed i suoi caregivers al fine di poter completare la documentazione per l'integrazione scolastica (ad esempio la compilazione della Diagnosi Funzionale) ed avviare la presa in carico, con eventuale inserimento del nominativo nella lista d'attesa del trattamento logopedico. Per questa tipologia di colloquio, l'Equipe si riserva di selezionare i casi sulla base della completezza della documentazione esibita.

### 7.3 Valutazione strutturata multi disciplinare

Nel momento in cui un bambino viene chiamato dalla lista d'attesa, l'Equipe legge le informazioni già presenti in cartella e calendarizza gli appuntamenti, di solito così distribuiti:

- 1 colloquio con Assistente Sociale
- 1 colloquio con NPI
- 3 colloqui con Psicologo
- 3 incontri con Logopedista

Gli appuntamenti avranno luogo con la regolarizzazione delle impegnative presso il servizio Cassa / CUP del Poliambulatorio. Il prospetto riportante il numero delle sedute, le diciture e i relativi codici viene consegnato al primo appuntamento. (Allegato 4).

In caso di rinuncia alla valutazione da parte della famiglia, l'informazione viene trascritta nella cartella clinica del bambino e si richiede la sottoscrizione del documento di rinuncia alla valutazione multidisciplinare.

#### 7.3.1 Valutazione Neuropsichiatrica Infantile

La prima visita del Neuropsichiatra Infantile è finalizzata alla raccolta anamnestica, all'osservazione del bambino ed all'esecuzione dell'esame obiettivo neurologico. Durante l'anamnesi vengono raccolte informazioni circa la familiarità per disturbi del neurosviluppo o altre patologie, le tappe dello sviluppo motorio, del linguaggio, delle

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 9 di 18
-----------------------	-----------------------	----------------

	<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	<b>FUNZIONE RISCHIO CLINICO</b> Codice PRT n. X rev. 00 del .....
--	---	---

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

autonomie, della socialità, degli interessi, dei giochi svolti e del comportamento a casa e negli ambienti di vita quotidiana.

Il NPI, quindi, definisce un'ipotesi diagnostica ed inquadra il bambino nel suo contesto di vita.

### **7.3.2 Valutazione Psicologica**

La valutazione psicologica permette di indagare le seguenti aree: cognitiva, attentiva, comportamentale ed emotivo – affettiva.

I tests neuropsicologici permettono di misurare lo sviluppo cognitivo, detto quoziente intellettivo, sia in età prescolare che scolare, sia con modalità verbali che non verbali, ciò al fine di individuare particolari doti intellettuali, ritardi e disabilità intellettive.

Si aggiungono test per la misurazione delle componenti attentive e mnestiche.

L'area emotivo – affettiva viene valutata attraverso l'osservazione del bambino in contesti di gioco libero, di linguaggio spontaneo, anche in relazione al genitore / caregiver. È possibile inoltre avvalersi di relativi questionari.

Elenco dei test standardizzati più utilizzati:

Test cognitivi:

WPPSI – IV, Leiter 3, Griffiths III, Matrici Progressive di Raven (CPM), ecc..

Funzioni esecutive e attenzione:

NEPSY - II, FE- PS 2-6, Brief – P, Batteria per l'Assessment delle Funzioni Esecutive (BAFE), Batteria italiana per l'adhd (BIA), BVN, Test delle campane, ecc..

### **7.3.3 Valutazione Logopedica**

La valutazione logopedica ha luogo previa conoscenza del bambino e costituzione di un ambiente di lavoro sereno. Ciò è fondamentale per instaurare un'alleanza terapeutica bambino – terapeuta, sia per l'attendibilità delle prove valutative sia per un buon ricordo in caso di presa in carico in trattamento logopedico.

La valutazione avviene su tre livelli:

- Osservazione del gioco e della relazione: osservazione del comportamento spontaneo del bambino durante un'attività libera o un gioco.
- Analisi qualitativa dell'eloquio spontaneo: la raccolta dell'eloquio spontaneo è utile per dare spazio al bambino, senza farlo rispondere a domande standardizzate e valutare le sue abilità pragmatiche e di comunicazione.
- Analisi quantitativa del linguaggio attraverso test standardizzati: si somministrano test carta e matita che analizzano tutti i livelli del linguaggio verbale (fonetico-fonologico, lessicale-semantic, morfo-sintattico, narrativo) sia in comprensione che in produzione.

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 10 di 18
-----------------------	-----------------------	-----------------

	<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	<b>FUNZIONE RISCHIO CLINICO</b> Codice PRT n. X rev. 00 del .....
--	---	---

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

Elenco dei test standardizzati più utilizzati:

Comprensione:

→ lessicale:

Mac Arthur, Prove di comprensione verbale nella prima infanzia (COVER), PING (Parole in gioco), TPL (Test del Primo Linguaggio), TFL (Test Fono Lessicale), BVL (Batteria per la Valutazione del linguaggio 4 - 12), TVL (Test di Valutazione del Linguaggio), Peabody.

→ morfosintattica:

Mac Arthur, Prove di comprensione verbale nella prima infanzia (COVER), TPL (Test del Primo Linguaggio), BVL (Batteria per la Valutazione del linguaggio 4 - 12), TVL (Test di Valutazione del Linguaggio), Rustioni.

Produzione:

→ lessicale:

Mac Arthur, Prove di comprensione verbale nella prima infanzia (COVER), PING (Parole in gioco), TPL (Test del Primo Linguaggio), TFL (Test Fono Lessicale), BVL (Batteria per la Valutazione del linguaggio 4 -12), TVL (Test di Valutazione del Linguaggio).

→ morfosintattica:

Bus Story, Prove di comprensione verbale nella prima infanzia (COVER), TPL (Test del Primo Linguaggio), BVL (Batteria per la Valutazione del linguaggio 4 - 12), TVL (Test di Valutazione del Linguaggio), Peabody.

Articolazione:

Fanzago, PFLI (Prove per la valutazione Fonologica del Linguaggio Infantile), BVL (Batteria per la Valutazione del linguaggio 4 - 12).

Prassie orali:

Test di Fabbro delle Prassie orali.

**7.3.4 Colloquio con Assistente Sociale**

L'assistente sociale si occupa di raccogliere le informazioni relative alla sfera sociosanitaria e assicura l'efficacia e l'efficienza degli interventi di accompagnamento del minore e della sua famiglia. Durante il colloquio l'operatore cerca di individuare le problematiche della famiglia (se presenti) e fare da connessione con le altre tipologie di servizi presenti nel territorio. Spesso accedono famiglie di nazionalità non italiana per cui è necessario raccogliere le informazioni sull'integrazione della famiglia e sul contesto ambientale in cui è inserito il bambino. Successivamente alla diagnosi l'assistente sociale si occupa anche di attivare alcuni servizi in collaborazione con il comune e di accompagnare la famiglia nell'eventuale percorso di attivazione di alcuni benefici di legge come la legge 104/92.

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 11 di 18
-----------------------	-----------------------	-----------------

	<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	<b>FUNZIONE RISCHIO CLINICO</b> Codice PRT n. X rev. 00 del .....
--	---	---

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

#### **7.4 Diagnosi e indicazioni**

In seguito alla valutazione di ogni operatore, l'equipe si riunisce per discutere dei punti di forza e di debolezza del bambino ed arrivare ad una conclusione diagnostica con descrizione del profilo di funzionamento.

La gravità della diagnosi dipende dai risultati ottenuti nella valutazione e dalla loro integrazione.

I bambini con Disturbo Primario di Linguaggio che non hanno le caratteristiche indicate nella delibera regionale, ricevono una relazione dettagliata con i punteggi e le descrizioni dei test effettuati; in tale documento vengono inseriti inoltre i consigli e le indicazioni riabilitative. Come indicato nella "Delibera della Giunta Regionale 9 febbraio 2010 n. 227 – Integrazione scolastica degli alunni con disabilità", i bambini con Disturbo Primario di Linguaggio (F80.1 - F80.2 - F80.3) possono rientrare tra le patologie per ottenere il riconoscimento della disabilità (legge 104/92). In questo caso l'Equipe redige la certificazione formale contenente la diagnosi (ICD 10) secondo il modello approvato dalla Giunta Regionale e predispongono la Diagnosi Funzionale seguendo i criteri del modello bio – psico – sociale alla base dell'ICF. La famiglia dovrà presentare la documentazione citata alla Commissione della Medicina Legale che verificherà il riconoscimento della condizione di disabilità attraverso la valutazione di base.

Il Servizio Sanitario collabora con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado nelle situazioni con bisogni educativi speciali BES ed in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/92.

Inoltre, il servizio collabora con i Servizi Comunali ed il territorio per favorire sempre più l'integrazione e lo sviluppo del bambino in diversi ambiti.

Un componente dell'Equipe, definito in sede di riunione, comunica l'appuntamento per il colloquio di restituzione con la famiglia. Nel caso in cui l'Equipe ritenga necessario il trattamento logopedico, lo stesso viene proposto ai genitori in sede di restituzione e viene richiesto il consenso per l'inserimento in lista d'attesa per il trattamento logopedico.

#### **7.5 Trattamento Logopedico**

Il nominativo del bambino viene inserito in una lista d'attesa per il trattamento logopedico in seguito alla compilazione della "Scheda di Accesso al trattamento logopedico" (Allegato 6). Tale documento attribuisce un punteggio di priorità secondo la diagnosi, l'età del minore e gli obiettivi riabilitativi definiti nel Progetto Riabilitativo Individuale.

Quando giunge il turno del minore, la famiglia viene contattata direttamente dal Logopedista per la definizione di un primo appuntamento in cui verrà consegnato alla famiglia il prospetto per la corretta dicitura dell'impegnativa, verrà fatto firmare il consenso al trattamento logopedico e verrà ripreso in mano il caso. Successivamente il Logopedista redige il Programma Riabilitativo Individuale relativo alla parte logopedica. Il pRI definisce gli obiettivi e gli step necessari per raggiungerli, nonché tempi, modalità e strumenti per la loro attuazione.

La modalità d'intervento riabilitativo viene scelta tenendo conto delle indicazioni contenute nelle Linee Guida esistenti sul DPL, dei principi di Buone Prassi e delle più aggiornate evidenze scientifiche.

Le proposte fatte al bambino vengono presentate attraverso attività strutturate, sempre supportate ed integrate dal gioco, canale preferenziale per il coinvolgimento e la motivazione del bambino stesso.

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 12 di 18
-----------------------	-----------------------	-----------------

	<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	<b>FUNZIONE RISCHIO CLINICO</b> Codice PRT n. X rev. 00 del .....
--	---	---

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

La collaborazione della famiglia e della scuola è fondamentale per una buona alleanza terapeutica e quindi una buona riuscita del trattamento, in quanto consente la generalizzazione delle competenze acquisite nei vari contesti di vita del bambino.

La modalità di presa in carico riabilitativa varia a seconda delle esigenze e del profilo funzionale del bambino.

Si distinguono tre modalità:

- Trattamento individuale di 1 o 2 accessi settimanali;
- Trattamento in piccolo gruppo (possibile solo se l'operatore ha individuato tra quelli in trattamento dei soggetti idonei a costituire un gruppo di lavoro omogeneo);
- Presa in carico indiretta – counselling familiare.

Sarà possibile effettuare terapia diretta presso il Servizio Sanitario, fino ai 9 anni di età e/o completamento della terza classe Primaria, salvo casi di particolare complessità valutati dall'Equipe in base al Progetto Riabilitativo Individuale.

Il genitore è tenuto a firmare il contratto di adesione al progetto (Allegato 5) proposto dall'operatore incaricato del trattamento, nel momento in cui il minore inizia il trattamento riabilitativo.

Se il paziente decide di intraprendere un altro trattamento riabilitativo, presso un Servizio Sanitario Nazionale o un ente Privato Convenzionato con il SSN, dovrà interrompere quello in atto.

#### **7.6 Verifica dell'efficacia del trattamento e aggiornamento del progetto**

Il Logopedista farà una verifica del proprio operato, all'incirca ogni sei mesi, riproponendo al bambino la testistica somministrata ad inizio presa in carico. Se sorgessero dubbi sull'attuale profilo funzionale del bambino o il bambino si appropinquasse alla dimissione, il Logopedista può richiedere in Equipe una rivalutazione psicologica e/o neuropsichiatrica.

Molto spesso si riscontrano delle correlazioni tra disturbi del linguaggio e difficoltà di coordinazione motoria, comportamentali e/o di apprendimento scolastico che vanno valutate e monitorate nel tempo; codeste difficoltà se presenti, vanno integrate nel Progetto Riabilitativo per una presa in carico globale del bambino.

Il trattamento si può considerare efficace, se alla valutazione successiva si riscontra un miglioramento significativo delle competenze linguistiche del bambino.

La capacità di generalizzare le competenze acquisite negli ambiti di vita quotidiana (es. scuola, famiglia) e l'utilizzo funzionale del linguaggio ai fini della socializzazione, renderà la significatività del cambiamento ancora più rilevante.

#### **7.7 Rapporti con scuola e famiglia – integrazione con il territorio**

L'Equipe che ha in carico il bambino si rende disponibile per sostenere il bambino nei vari ambienti di vita, creando una rete sinergica con gli altri operatori che ruotano intorno al bambino (es. insegnante, insegnante di sostegno, educatore, ..) al fine di monitorare lo sviluppo del bambino e sostenere la sua area di sviluppo prossimale.

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 13 di 18
-----------------------	-----------------------	-----------------

	<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	<b>FUNZIONE RISCHIO CLINICO</b> Codice PRT n. X rev. 00 del .....
--	---	---

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

### 7.8 Dimissioni

L'Equipe multidisciplinare concorda la dimissione del bambino nel momento in cui non sussistono più le condizioni in cui risulta necessario e/o possibile il trattamento:

1. Raggiungimento degli obiettivi terapeutici: prestazioni sufficienti alle prove standardizzate;
2. Immodificabilità del quadro clinico nonostante un adeguato periodo di trattamento e l'utilizzo di più risorse terapeutiche;
3. Età, ovvero il raggiungimento dei 9 anni di età del bambino od il termine della terza classe della scuola Primaria, con flessibilità rispetto ad ulteriori tempi di trattamento necessari (ad esempio, in caso di presa in carico tardiva);
4. Assenza di condivisione del Progetto Riabilitativo e scarsa compliance da parte della famiglia.

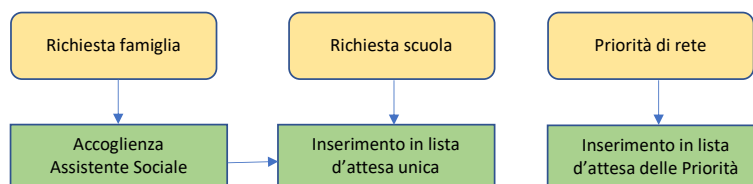
I modi e i tempi di dimissione vengono concordati con la famiglia.

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 14 di 18
-----------------------	-----------------------	-----------------

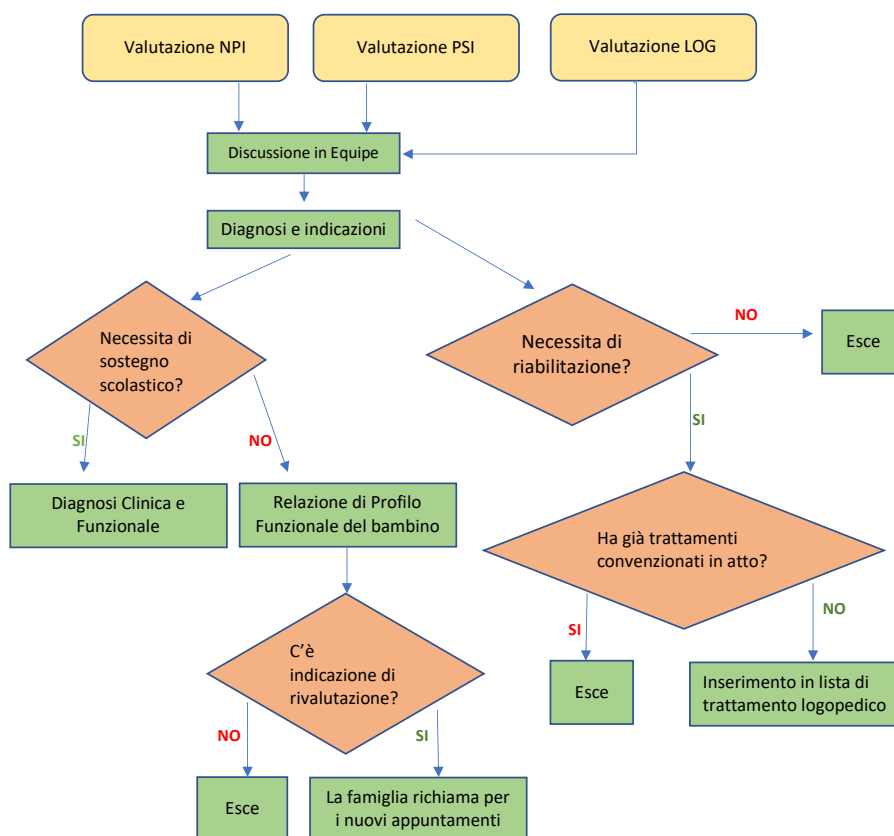
## 8. FLOW CHART

FLOW CHART "ACCESSO ALLA VALUTAZIONE"

**ACCESSO AL SERVIZIO:**



**VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE:**



<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	<b>FUNZIONE RISCHIO CLINICO</b> Codice PRT n. X rev. 00 del .....
---	---

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

## 9. MONITORAGGIO INDICATORI E VALORI ATTESI:

### ➤ DI PROCESSO

N	Criteria (Aspetto da prendere in considerazione per valutare e decidere)	Indicatore N. (variabile da misurare) / N. (popolazione riferimento) x 100	Standard di riferimento (fonte)	Periodicità di valutazione e Responsabile della rilevazione
1	Presenza in carico globale e multidisciplinare dei bambini con DPL	<b>N° di bambini presi in carico / N° totale di bambini in lista X 100</b>	20%	Annuale a cura del Servizio Sanitario
2	Corretta compilazione del modulo di presa visione da parte degli operatori sanitari del presente protocollo	<b>N° operatori che hanno sottoscritto il modulo / N° totale di operatori afferenti alla U.O. X 100</b>	80%	Annuale a cura del Direttore e del Coordinatore di U.O.

### ➤ DI ESITO

N	Criteria (Aspetto da prendere in considerazione per valutare e decidere)	Indicatore N. (variabile da misurare) / N. (popolazione riferimento) x 100	Standard di riferimento (fonte)	Periodicità di raccolta e valutazione
1	Valutazioni effettuate	<b>N° di bambini valutati con DPL / N° di bambini in lista X 100</b>	40%	Annuale a cura del Servizio Sanitario
2	Verifica e raggiungimento obiettivi del PRI	<b>N° pz con raggiungimento degli obiettivi attesi / N° di bambini presi in carico con DPL X 100</b>	50%	Annuale a cura del Servizio Sanitario

## 10. MODALITÀ DI VERIFICA DELL'APPLICAZIONE:

La verifica della corretta applicazione del protocollo potrà essere fatta dopo 1 anno dalla data di entrata in vigore.

### ➤ DI PROCESSO

1) Ogni assistente sociale, ciascuna per la propria sede operativa, monitorizza le prese in carico tramite lista d'attesa dedicata.
2) La funzione rischio clinico aziendale in collaborazioni con il Direttore e il Coordinatore verifica che presso tutte le UU.OO. interessate all'applicazione del presente protocollo vi sia il modulo di cui all'allegato 9 debitamente compilato.

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 16 di 18
-----------------------	-----------------------	-----------------

	<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	<b>FUNZIONE RISCHIO CLINICO</b> Codice PRT n. X rev. 00 del .....
--	---	---

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

➤ DI ESITO

1)	Ogni logopedista, ciascuna per la propria sede operativa, monitorizza le valutazioni effettuate dei bambini con DPL.
2)	Ogni logopedista, ciascuna per la propria sede operativa, monitorizza la verifica e il raggiungimento degli obiettivi del Progetto Riabilitativo Individuale.

**11. MODALITÀ DI ATTUAZIONE DELLA FORMAZIONE:**

Una volta validato il presente documento verrà diffuso tramite i Direttori e i Coordinatori di UU.OO. i quali terranno gli elenchi del personale ivi operante che ha preso visione del protocollo. Il documento e l'eventuale relativa revisione sarà disponibile nell'intranet aziendale.

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 17 di 18
-----------------------	-----------------------	-----------------

	<b>PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO CON DISTURBO PRIMARIO DEL LINGUAGGIO (DPL)</b>	<b>FUNZIONE RISCHIO CLINICO</b> Codice PRT n. X rev. 00 del .....
--	---	---

NON STAMPARE: IL DOCUMENTO VALIDO E' NELLA VERSIONE ON LINE

---

NB: gli allegati non verranno riportati nel progetto di tesi.

Data emissione: .....	Valida sino al: .....	Pagina 18 di 18
-----------------------	-----------------------	-----------------

## 5. Conclusioni

Il protocollo che ho presentato non ha certo la presunzione di essere esaustivo, andrà sicuramente rivisto con gli altri professionisti dell'Equipe. Voleva essere un punto di partenza, per poter definire e strutturare il percorso più adatto alla presa in carico dei bambini con Disturbo Primario del Linguaggio all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

La stesura di un protocollo permette di creare un gruppo di lavoro per approfondire la letteratura e consultare le linee guida su un dato argomento, in questo caso i Disturbi Primari del Linguaggio, per avere un linguaggio comune tra i professionisti e così creare un percorso di presa in carico ben ragionato e definito. Mi auguro quindi che il mio elaborato possa promuovere la creazione di un gruppo di lavoro competente e rappresentativo delle professionalità coinvolte nell'adozione dello stesso, per poter analizzare il documento che ho creato ed arrivare all'approvazione ed alla validazione dello stesso.

La validazione da parte del responsabile della Funzione Rischio Clinico e la successiva divulgazione del documento a tutti gli operatori coinvolti, renderà quindi uniforme la modalità di accesso e di valutazione di un bambino con Disturbo Primario del Linguaggio nei vari distretti sanitari di interesse.

## Bibliografia

- *Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone in condizione di disabilità. - LEGGE REGIONALE 04 giugno 1996, n. 18*
- *Consensus conference sul disturbo primario del linguaggio - CLASTA e FLI - 2019*
- *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – DSM 5 - 2013*
- *International Classification of Diseases - ICD 10*
- *Linee guida, percorsi, processi, procedure, protocolli. Il caos regna sovrano: è tempo di mettere ordine! A. Cartabellotta, GIMBE news vol. 1 – n. 1 pubblicato: 9 dicembre 2008*
- *Definizione degli obiettivi: linee guida, protocolli, procedure e piani assistenziali - Igiene e cultura medico-sanitaria 2014 - Unità 6; Franco Lucisano editore*
- *Legge 5 febbraio 1992, n. 104 - Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.*
- *Delibera della giunta regionale 9 febbraio 2010 n. 227 – Integrazione scolastica degli alunni con disabilità.*
- *Portale aziendale*
- *Manuale di management per le professioni sanitarie – Carlo Calamandrei Ed. 4*

## Sitografia

- <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1992-02-05;104>
- <https://www.dnv.it/news/linea-guida-iso-9001-2015-disponibile-in-italiano-60398/>

## Ringraziamenti

Giunta al termine di questo percorso universitario vorrei ringraziare prima di tutti mio marito Marco, che è sempre stato capace di sopportarmi e supportarmi in questo cammino. Un ringraziamento speciale a Martina, con cui ho trascorso viaggi in macchina e percorso lunghe camminate per prepararci agli esami. In questi due anni ho potuto conoscere dei compagni con cui ho condiviso progetti, ma anche cene ed aperitivi, mi sono sentita veramente parte di una squadra.

La multidisciplinarietà che ho potuto assaporare è la cosa che mi porto nel cuore da questa Magistrale, è stato fondamentale per me vedere come in modo trasversale le nostre differenti professioni si integravano in ogni materia.

Questo ultimo anno ha avuto un gusto di novità, perchè non ero sola, mi ha accompagnato nel grembo la piccola Arianna che abbiamo finalmente conosciuto nel mese di Luglio.

L'arrivo di mia figlia mi ha "stravolto" i piani e tra una poppata e l'altra, un pisolino e un cambio pannolino, ho trovato il tempo per scrivere questa tesi. Oggi, a pochi giorni dalla consegna, ripenso sorpresa agli ultimi mesi e posso finalmente dire "Sì, ce l'ho fatta!!". Questo traguardo lo dedico alla mia famiglia, a Marco, alla piccola Arianna e a quello che insieme costruiremo.