

 Prenota un primo **COLLOQUIO GRATUITO**

**PROGRESSI**  
CENTRO PER L'ETÀ EVOLUTIVA 



# DIFFICOLTÀ NELLA COORDINAZIONE MOTORIA

Offre i servizi di

**LOGOPEDIA**

**NEUROPSICOMOTRICITÀ**

**PSICOTERAPIA E PSICOTERAPIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA**

**NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

**PARENT-TEACHER TRAINING**

**TUTOR AGLI APPRENDIMENTI (SPECIALIZZATO DSA-ADHD)**

**PEDAGOGIA**

**OSTEOPATIA**

**BIOLOGO NUTRIZIONISTA**

**OSTETRICIA**

*Cosa Fare Prima, Durante e Dopo la Terapia*

## Settori – Specializzazioni

- RITARDO DI LINGUAGGIO
- DISTURBO SPECIFICO DI LINGUAGGIO
- DEGLUTIZIONE ATIPICA
- DISABILITÀ INTELLETTIVA
- DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO
- DSA: DISTURBO SPECIFICO D'APPRENDIMENTO (disortografia, disgrafia, dislessia, discalculia)
- RITARDO PSICOMOTORIO
- PARALISI CEREBRALE INFANTILE
- DISTURBO DELLA COORDINAZIONE MOTORIA (disprassia)
- ADHD: DEFICIT D'ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ
- DISFONIA
- DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

UNA EQUIPE SPECIALIZZATA RISPONDERÀ A OGNI BISOGNO TUO E DEL TUO BAMBINO

PROGRESSI S.R.L.

VIA LAGO DI MISURINA, 12, 00019, VILLA ADRIANA, TIVOLI (RM)  
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808  
www.progressietaevolutiva.it - info@progressietaevolutiva.it



**Approfondimento**

# Sommario

<b>Cosa si intende per difficoltà della coordinazione motoria?</b>	<b>5</b>
Il movimento: corpo e mente	5
La coordinazione motoria e il suo sviluppo	5
Tappe di sviluppo del bambino	7
<b>Quali difficoltà possono manifestarsi?</b>	<b>15</b>
La disprassia	15
La diagnosi	16
Le cause	16
Cdc, dcm, disprassia: Facciamo chiarezza	18
<b>Come riconoscere una difficoltà di coordinazione motoria?</b>	<b>19</b>
Segnali e indicatori di rischio	20
Caratteristiche tipiche in un bambino con disturbo della coordinazione motoria	22
<b>Cosa potrebbe succedere se non si interviene?</b>	<b>27</b>
Come intervenire sul disturbo della coordinazione motoria?	28
Il ruolo dei terapisti	31
<b>Cosa deve fare il genitore prima durante e dopo?</b>	<b>33</b>
<b>Per approfondire</b>	<b>37</b>
Il nostro approccio	37
<b>Il percorso con Progressi:</b>	<b>46</b>

# COSA SI INTENDE PER DIFFICOLTÀ DELLA COORDINAZIONE MOTORIA?

## IL MOVIMENTO: CORPO E MENTE

Corpo, movimento e motricità, nell'immaginario collettivo occidentale, vengono spesso considerati come separati da mente, idee e intelligenza. Tuttavia è risaputo nell'ambito delle neuroscienze che qualsiasi movimento noi compiamo sia frutto dell'integrazione tra le informazioni che ci giungono dall'ambiente e dal nostro corpo nello spazio.

A partire da questa integrazione si genera un'idea motoria, che deve poi arrivare in modo veloce ed efficiente dal cervello fino ai muscoli. Vista, udito, tatto, apparato vestibolare, sistema propriocettivo, cervello, muscoli lavorano insieme e producono in modo coordinato il movimento.

Tutto questo complesso sistema si sviluppa durante i primi anni di vita e arriva a compimento intorno ai 7 anni: a quest'età le competenze motorie di base del bambino sono assimilabili a quelle di un adulto e poi perfezionabili e specializzabili durante la crescita.

## LA COORDINAZIONE MOTORIA E IL SUO SVILUPPO

La maggior parte dei bambini possiede un repertorio di attività che permette loro di fronteggiare le richieste dell'ambiente circostante.

Nel periodo tra i 3 e i 6 anni il bambino impara a vestirsi e a usare il cucchiaino per mangiare. Con la crescita queste azioni semplici vengono integrate con altre divenendo più complesse e accurate. Affinché queste attività diventino tali occorre che il bambino abbia un buon sviluppo di coordinazione motoria. Essa richiede una regolazione tra muscolo e cervello.

Il sistema nervoso centrale deve essere in grado di elaborare le percezioni sensoriali e di trasmettere ai gruppi muscolari il corretto input che darà luogo al movimento.

“Nel mezzo delle difficoltà nascono le opportunità.”

Albert Einstein



Il bambino impara inizialmente le competenze grosso-motorie, movimenti ampi che fanno parte del suo repertorio (come potrebbe essere il lancio di una palla o un piccolo saltello), fino ad arrivare a quelle fino-motorie, più accurate (come la presa di piccoli oggetti).

Con l'età quindi non progredisce soltanto il repertorio del bambino ma anche la sua capacità di generalizzazione e di accuratezza nell'esecuzione.

Secondo il pedagogista statunitense John Dewey tutto questo è possibile grazie anche alla memoria che permetterebbe al bambino di imparare, rievocare e riprodurre azioni man mano più lunghe e complesse.

In alcuni casi si possono manifestare delle chiare difficoltà nello svolgere i compiti motori senza cause neurologiche apparenti, parliamo in questo caso di Disturbo della Coordinazione Motoria.

Molti professionisti sono concordi nell'affermare che alcune caratteristiche del bambino con DCM, come l'essere maldestro, non richiedano un intervento riabilitativo diretto in quanto possono risolversi autonomamente con il passare del tempo, soprattutto in adolescenza.

La ricerca tuttavia ha dimostrato il contrario. Per molti bambini le difficoltà motorie sembrano realmente regredire con l'età, ma ciò è dovuto alla loro capacità di adattarsi alle proprie problematiche e alla loro astuzia nell'evitare situazioni frustranti o difficili.

Il Disturbo di Coordinazione Motoria non costituisce un disturbo unitario; i profili sono molto vari e differiscono da bambino a bambino. Le aree di deficit possono riguardare sia le competenze grosso-motorie che fini-motorie. Alle difficoltà di natura motoria si associano spesso problematiche visuo-costruttive e neuropsicologiche.

## TAPPE DI SVILUPPO DEL BAMBINO

### da 0 a 3 MESI

#### A livello Motorio:

- Aumenta gradualmente la capacità di controllare la testa, che riesce poco a poco a tenere sollevata. Comincia anche a sollevarla verso l'alto quando è a pancia in giù.
- Aumenta gradualmente la capacità di portare le mani alla bocca.

#### Sotto il piano Relazionale:

- Comincia a fissare e a seguire brevemente volti familiari come quello della mamma.
- Quando piange, si riesce a consolarlo parlandogli, tenendolo in braccio o offrendogli qualcosa da succhiare (seno, ciuccio, biberon). Inizia a consolarsi anche da solo, magari portandosi le mani alla bocca.
- Comincia a sorridere in risposta al sorriso di un adulto.

#### Per quanto riguarda l'udito, la vista e il linguaggio:

- Reagisce ai suoni.
- Inizia le prime vocalizzazioni.



## A 4 MESI (3-5 MESI)

### A livello Motorio:

- Solleva bene la testa e la gira di lato, anche a pancia in giù. In questa posizione, può cominciare a spingere sui gomiti.
- Tenta di mettersi sul fianco quando si trova a pancia in su.
- Riesce ad afferrare oggetti, a scuoterli, a portarli alla bocca.

### Sotto il piano Relazionale:

- Risponde con semplici vocalizzi alla voce di chi gli sta vicino.
- Sorride spontaneamente, soprattutto alle persone.

### Per quanto riguarda l'udito, la vista e il linguaggio:

- Inizia a localizzare i suoni e reagisce alla voce della mamma.
- Segue gli oggetti in movimento.
- Comincia a riconoscere volti e oggetti familiari, anche a distanza.



## A 6 MESI (5-7 MESI)

### A livello Motorio:

- Sta seduto con o senza appoggio.
- Riesce a mettersi su un fianco e a rotolare.
- Si piega sulle ginocchia quando i piedi sono appoggiati a una superficie stabile.
- Afferra gli oggetti, sia con la destra sia con la sinistra, e li porta alla bocca.

### Sotto il piano Relazionale:

- Riconosce volti familiari e comincia a comportarsi in modo diverso dal solito quando si trova con estranei.
- Gli piace giocare con gli altri, soprattutto i genitori.
- Risponde alle emozioni altrui, e sembra spesso felice.
- Gli piace guardarsi allo specchio.
- È molto curioso nei confronti di giochi e oggetti, che tende a toccare ed esplorare.
- Può cominciare a rispondere al proprio nome.

### Per quanto riguarda l'udito, la vista e il linguaggio:

- Risponde ai suoni emettendo suoni.
- Comincia la lallazione.

## A 9 MESI (8-10 MESI)

### A livello Motorio:

- Rotola, striscia, gattona, si mette a sedere da solo.
- Riesce a sostenere il proprio peso sulle gambe e, in alcuni casi, a mettersi in piedi.
- Passa oggetti da una mano all'altra, li lascia, riesce ad afferrare oggetti con due dita.

### Sotto il piano Relazionale:

- Risponde al proprio nome.
- Può avere paura degli estranei.

- Comincia ad avere i suoi giocattoli preferiti.
- È attirato dai cibi semisolidi che si porta alla bocca con le mani e accetta gli alimenti offerti con il cucchiaino.
- Comincia a imitare gesti familiari (smorfie, battimani, ciao-ciao).

### Per quanto riguarda l'udito, la vista e il linguaggio:

- Pronuncia e ripete piccole catene di suoni.

## A 12 MESI (11-15 MESI)



### A livello Motorio:

- Si mette in piedi e compie passi laterali, cammina appoggiandosi ai mobili o in modo autonomo.
- Afferra oggetti in modo sempre più fine e coordinato.
- Inizia a usare da solo il cucchiaino.
- Gioca con i vestiti e, se può, si sfilava le calze.

PROGRESSI, CENTRO PER L'ETÀ EVOLUTIVA.

PRENOTA UN 1° COLLOQUIO **GRATUITO**  
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808

10

- Mette e toglie oggetti da un contenitore.

### Sotto il piano Relazionale/Cognitivo:

- È timido o nervoso in presenza di estranei.
- Può mostrare paura in alcune circostanze.
- Allunga un libro ai genitori (o a chi lo accudisce) quando vuole ascoltare una storia.
- Spesso piange quando la mamma o il papà si allontanano.
- Inizia a utilizzare gli oggetti in modo corretto (il pettine per pettinarsi, il bicchiere per bere, il telefono per telefonare...).
- Indica.
- Mostra preferenze verso particolari giochi o persone.
- Allunga le braccia o le gambe mentre lo si veste.

### Per quanto riguarda l'udito, la vista e il linguaggio:

- Comprende il "no".
- Dice "mamma" e "papà" e accenna qualche altra parola.

## A 18-24 MESI

### A livello Motorio:

- Cammina in modo autonomo, corre, supera piccoli ostacoli, "balla";.
- Trascina oggetti mentre cammina.
- Può bere dal bicchiere e mangiare con il cucchiaino.
- Sale e scende dai mobili senza aiuto, sale e scende le scale tenendosi a un supporto;
- Riesca a infilare piccoli oggetti e a copiare segni molto semplici.
- Può dare una mano quando viene svestito.

### Sotto il piano Relazionale/Cognitivo:

- Si interessa ai coetanei (la cui presenza in genere lo eccita) e agli adulti.
- Tenta di mangiare, vestirsi, spogliarsi da solo.
- Riesce a giocare da solo per un po' e gioca "a far finta di..."
- Mostra affetto nei confronti dei familiari.
- Si "avventura" in piccole esplorazioni dell'ambiente, a patto che i genitori restino vicini.

11

PROGRESSI S.R.L.

VIA LAGO DI MISURINA, 12, 00019, VILLA ADRIANA, TIVOLI (RM)  
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808  
[www.progressietaevolutiva.it](http://www.progressietaevolutiva.it) - [info@progressietaevolutiva.it](mailto:info@progressietaevolutiva.it)

- Indica per mostrare e richiedere.

### Per quanto riguarda l'udito, la vista e il linguaggio:

- Si fa capire (dice alcune parole e usa frasi semplici, di un paio di parole).
- Risponde, anche a gesti, a domande che lo riguardano.
- Capisce ciò che dicono gli altri.
- Esegue piccoli "comandi" (per esempio la richiesta di sedersi).

## A 30-36 MESI

### A livello Motorio:

- Sale e scende le scale alternando i piedi (uno per ogni scalino); salta, inizia a pedalare.
- Disegna tenendo la matita nella posizione corretta, incolla, usa le forbici.
- Controlla gli sfinteri di giorno.
- Riesce a completare piccoli puzzle e a costruire piccole torri.
- Riesce a copiare i cerchi con la matita.



### Sotto il piano Relazionale/Cognitivo:

- Mostra nuove emozioni come vergogna, orgoglio, aggressività, possessività;
- Socializza con adulti e coetanei, svolge attività in cooperazione con altri bambini, riconoscendo le regole (sa aspettare il suo turno per accedere a un gioco).
- Combina forme, conosce i colori e le parti del corpo.
- Sa vestirsi e svestirsi da solo.
- Inizia ad avere un'idea della differenza di genere.
- Comincia a "conoscersi": il suo sesso, la sua personalità, le sue competenze, come si sente nel mondo.
- Capisce il concetto numerico di "2".

### Per quanto riguarda l'udito, la vista e il linguaggio:

- Parla in modo comprensibile anche agli estranei.
- Possiede qualche regola grammaticale.
- Risponde a domande.
- Racconta piccole storie o parti di una storia.

## A 3,5-4 ANNI

### A livello Motorio:

- Salta e riesce a stare su un piede solo per qualche secondo.
- Riesce ad afferrare una palla al volo.
- Riesce a manipolare il proprio cibo (mescolare, tagliare, versare) in modo abbastanza corretto.
- Usa bene le forbici.

### Sotto il piano Relazionale/Cognitivo:

- Comincia a piacergli fare cose nuove.
- Gioca a "mamma e papà".
- Ha sempre maggiore inventiva nei giochi di immaginazione.
- Non sempre riesce a distinguere la fantasia dalla realtà.
- Gli piace giocare in compagnia di altri bambini.
- Comprende l'idea di "contare".

- Inizia ad avere un'idea di tempo.
- Anticipa gli eventi di una storia che conosce.

### Per quanto riguarda l'udito, la vista e il linguaggio:

- Racconta storie.
- Ricorda canzoni o poesie a memoria.

## A 4-6 ANNI

### A livello Motorio:

- Gestisce da solo il mangiare e l'igiene personale.



### Sotto il piano

#### Relazionale/Cognitivo:

- Comincia a comprendere, spiegare e, quando possibile, controllare il mondo circostante.
- Inizia a distinguere fantasia e realtà.
- Aumenta la curiosità per le differenze.
- Migliora la capacità di collaborare e seguire regole.
- Disegna la figura umana con sempre maggiori dettagli.
- Migliora la comprensione della combinazione di forme, colori e sequenze.

### Per quanto riguarda l'udito, la vista e il linguaggio:

- Inizia a contare e a riconoscere lettere e parole.
- Sa raccontare storie ed esperienze.
- Usa il futuro

## QUALI DIFFICOLTÀ POSSONO MANIFESTARSI?

### LA DISPRASSIA

La disprassia è una condizione, spesso sottovalutata e poco conosciuta, che al pari degli altri disturbi (propri dell'età evolutiva), **incide in modo significativo sulla crescita e lo sviluppo del bambino.**

La ricerca ha dimostrato l'importanza del trattamento precoce e del continuo monitoraggio nel tempo, di tali difficoltà.

La disprassia abbraccia diversi aspetti:

- alcuni strettamente legati alla **coordinazione motoria**:

le difficoltà obbligano il soggetto a controllare sempre intenzionalmente le azioni motorie per raggiungere un risultato;

- altri che investono le diverse **funzioni adattive** durante gli stadi dello sviluppo:

possono manifestarsi tramite un ritardo nel raggiungimento delle tappe di sviluppo motorio (passaggio alla posizione seduta, gattonamento, deambulazione); possono determinare serie difficoltà nelle attività della vita quotidiana, come vestirsi e svestirsi, allacciarsi e slacciarsi le scarpe, usare gesti espressivi per comunicare particolari stati d'animo, goffaggine nei movimenti, scarse capacità sportive e difficoltà negli apprendimenti scolastici (dislessia, dicalculia, disgrafia/disortografia).

I soggetti colpiti da questi disturbi non riescono a compiere movimenti intenzionali in serie o in sequenza per programmare e portare a termine un'azione, secondo degli obiettivi predefiniti; essi hanno bisogno di pensare alla pianificazione dei movimenti che hanno difficoltà ad automatizzare.

**“La disprassia è un disturbo dell'esecuzione di un'azione intenzionale”.**

## LA DIAGNOSI

La diagnosi di disprassia richiede un'accurata valutazione che, a seconda dei casi, investe diversi settori dello sviluppo. La valutazione viene fatta quindi da un'equipe costituita da vari esperti:

- neuropsichiatra infantile,
- psicologi dell'età evolutiva,
- pedagogisti,
- logopedisti,
- terapisti della neuropsicomotricità,
- terapisti occupazionali,

che insieme collaborano per mettere a punto un profilo funzionale del soggetto ai fini sia della diagnosi che di un progetto mirato di terapia. Importante l'apporto del pediatra per un'ipotesi diagnostica ed un tempestivo invio a chi di competenza.

## LE CAUSE:

L'eziologia della disprassia è poco definita ed ancora incerta:

nella pratica clinica, attraverso un'accurata raccolta anamnestica, si riscontrano bambini disprattici, con genitori che hanno avuto gli stessi problemi (familiarità, fattori genetici).

Nel 50% dei casi si sono avuti problemi durante la gravi-



PROGRESSI, CENTRO PER L'ETÀ EVOLUTIVA.

PRENOTA UN 1° COLLOQUIO **GRATUITO**  
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808

16

danza o il parto, quali anche lievi anossie perinatali, senza quindi segni conclamati di patologia, spesso non considerati né riportati nella cartella clinica (Dunn et al., 1986; Gubbay, 1985).

**La disprassia è spesso presente nei bambini prematuri**, ma anche post-maturi (41-42° settimana); in particolare la grossa incidenza riguarda gli immaturi e a basso peso.

Va ricordato che in questi casi è molto spesso presente ipersensibilità o iposensibilità a stimoli sensoriali.

Indagini diagnostiche (TAC, RMf, PET) hanno in alcuni casi (i più seriamente compromessi) messo in evidenza una ecodensità periventricolare della sostanza bianca; si è inoltre riscontrata presenza di microlesioni e assottigliamento della parte posteriore del corpo calloso.

Va comunque riconosciuto che spesso non emerge nulla di significativo dalle RMNf a cui vengono sottoposti bambini disprattici.

**Nella clinica troviamo infatti soggetti disprattici puri, senza segni neurologici evidenti o sintomi associati, inquadrabili nella disprassia evolutiva "specifica".**

Alcuni autori affermano che non si possa o si debba parlare di microlesioni (o di quello che una volta veniva definito Minimal Brain Damage), ma piuttosto di disfunzione a livello delle reti neurali; l'ipotesi è che nel bambino disprattico alcune aree del Sistema Nervoso Centrale non siano sufficientemente mature da permettergli di pianificare, programmare ed eseguire un'azione finalizzata.

Sembrirebbe quindi che ci sia un'interruzione nella rete sinaptica e che il processo venga sfalsato per lentezza di trasmissione (Portwood, 1996).

È comunque evidente nella clinica che il bambino disprattico, anche quando ha imparato ad eseguire determinate azioni, necessita di tempi più lunghi e manifesta lentezza esecutiva sia in attività della vita quotidiana che nelle attività scolastiche.

17

PROGRESSI S.R.L.

VIA LAGO DI MISURINA, 12, 00019, VILLA ADRIANA, TIVOLI (RM)  
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808  
[www.progressietaevolutiva.it](http://www.progressietaevolutiva.it) - [info@progressietaevolutiva.it](mailto:info@progressietaevolutiva.it)

Va ricordato che nei casi di disprassia “pura” il livello intellettuale è nella norma e spesso il carico di frustrazione, rispetto alla consapevolezza del proprio deficit, è tale da portare questi soggetti verso disturbi comportamentali o della condotta.

Importante quindi un tempestivo riconoscimento del problema e la presa in carico in terapia più precocemente possibile.

## CDC, DCM, DISPRASSIA: Facciamo chiarezza

Il termine DCD (developmental coordination disorder) è usato nella letteratura e nella clinica a livello internazionale per indicare problemi di mancanza di coordinazione motoria e disprassia (DSM-5; cfr. APA, 2014).

Nella traduzione letterale italiana DCD diventa DCM (disturbo della coordinazione motoria) e verrebbe a sottolineare maggiormente la mancanza di coordinazione più che la disprassia.

La differenza tra **DCM e DISPRASSIA** è sostanziale: quando parliamo di DCM ci riferiamo a disturbi del movimento ovvero a schemi di movimento in senso stretto, mentre il termine “disprassia” implica la capacità di organizzazione di azioni finalizzate al raggiungimento di precisi obiettivi.

*Riteniamo fondamentale valutare attentamente sia gli aspetti motori che l'ambito prassico.*

Il DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) colloca la disprassia nel quadro del disturbo evolutivo della coordinazione motoria, il cosiddetto DCD (Development Coordination Disorder). L' ICD-10 (International Classification of Diseases) inserisce la Disprassia fra i Disturbi Evolutivi Specifici della Funzione Motoria.

Interessante notare che la disprassia è stata già molti anni fa definita come disturbo dell'integrazione neurosensoriale, in particolare negli aspetti visivi e tattili, interpretabile in tal senso come possibile componente eziologica (Ayres, 1972; Dewey&Kaplan, 1994; Dunn et al, 1986).

## COME RICONOSCERE UNA DIFFICOLTÀ DI COORDINAZIONE MOTORIA?

Lo sviluppo delle abilità prassiche coincide con la nascita dell'intenzione, intesa come capacità da parte di ogni individuo, già in epoca neonatale, di regolare i propri processi cognitivi per organizzare risposte adattive. intendendo quindi la disprassia ossia “Difficoltà a rappresentarsi, programmare ed eseguire atti motori in serie, finalizzati ad un preciso scopo ed obiettivo”.

I bambini disprattici risultano **molto sensibili al tatto, alla luce, a rumori intensi e spesso presentano difficoltà alimentari** ovvero sono molto selettivi nel tipo di alimentazione.

Si deve inoltre considerare la **difficoltà a livello gestuale**: gesti transitivi, (uso finalizzato degli oggetti) ed intransitivi, (gesti simbolici). Tale difficoltà è correlata a disturbi dell'organizzazione di movimenti degli arti superiori, delle mani e delle dita.

A tali difficoltà spesso si associa deficit della funzionalità dell'apparato fonatorio, oro facciale e deficit della articolazione e coarticolazione che può determinare **disprassia verbale**.

Già nel primo anno di vita si possono notare **difficoltà nella prensione** e deficit dei movimenti delle mani e delle dita.

È inoltre presente nella maggioranza dei casi **ipotonia degli arti superiori**, che risulta particolarmente marcata a questo livello, rispetto all'ipotonia generalizzata e degli arti inferiori.

Spesso sono associati **disturbi percettivi e visuospatiali**, problemi di attenzione e di comportamento, ed anche problemi di apprendimento.

Difficoltà di coordinazione motoria e componenti disprattiche di diversa entità sono presenti nel 5-6% della popolazione scolastica (nel 2% in forma severa) e

tende a presentarsi più frequentemente nei maschi.

Il DCD può manifestarsi da solo oppure in un bambino affetto anche da difficoltà di apprendimento, problemi di linguaggio e/o deficit di attenzione.

## SEGNALI E INDICATORI DI RISCHIO

### › PRIMO ANNO DI VITA

#### **Ambito fisico e comportamentale:**

- È facilmente irritabile e non consolabile
- Difficoltà di suzione e alimentazione
- Problemi di sonno
- Difficoltà nei cambi di posizione
- Difficoltà di sguardo e di oculomozione
- Difficoltà e/o ritardo nella prensione
- Difficoltà ad afferrare piccoli oggetti con uso di presa palmare e non a pinza

#### **Ambito linguistico:**

- Inizio ritardato o assenza della lallazione e poi del babbling
- Non uso di gesti
- Assenza di segnale di produzione verbale

#### **Ambito prassico-motorio:**

- Tappe evolutive psicomotorie ritardate (gattonare, stare seduto, mettersi in piedi, deambulare in modo autonomo)

#### **Ambito sociale e ludico:**

- Scarsa o assenza di manipolazione di oggetti
- Breve interesse per gli oggetti

### › ETÀ PRESCOLARE

#### **Ambito fisico e comportamentale:**

PROGRESSI, CENTRO PER L'ETÀ EVOLUTIVA.

PRENOTA UN 1° COLLOQUIO **GRATUITO**  
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808

20

- È in continuo movimento
- Ha necessità di tempi lunghi per svolgere un qualsiasi compito e rinuncia se trova qualche difficoltà
- Ha tempi brevi di attenzione (2 - 3 minuti)
- Ha difficoltà ad addormentarsi o il sonno è agitato

#### **Ambito linguistico e sociale:**

- Produce suoni isolati, ma non parole
- Difficoltà ad articolare le parole
- A due anni produce meno di 50 parole
- Non segue i ritmi
- Non usa coordinare i gesti al ritmo di una canzone
- Confonde termini che indicano relazioni temporali
- Ha difficoltà di socializzazione
- Ha un repertorio limitato di gesti

#### **Ambito prassico-motorio:**

- Sale e scende le scale solo con aiuto ed ha difficoltà a scendere o saltare un gradino
- Viene ancora imboccato o usa le dita
- Non riesce a stare su un solo piede
- Ha braccia rigide o cadenti lungo i fianchi quando cammina
- Ha difficoltà a stare in equilibrio sulle punte dei piedi
- Disegna a livello di scarabocchi
- Non riesce a usare le forbici

#### **Ambito ludico:**

- Non usa il triciclo e lo utilizza spingendolo da dietro, non riesce a pedalare
- Non fa giochi di costruzione
- Ha difficoltà nell'infilare chiodini nei buchi
- Ha problemi nell'afferrare e manipolare oggetti
- Ha problemi nei travasi di acqua fa pasticci
- Non presenta sequenze di gioco simbolico oppure sono limitate
- Evita e non ama fare puzzle

21

PROGRESSI S.R.L.  
VIA LAGO DI MISURINA, 12, 00019, VILLA ADRIANA, TIVOLI (RM)  
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808  
[www.progressietaevolutiva.it](http://www.progressietaevolutiva.it) - [info@progressietaevolutiva.it](mailto:info@progressietaevolutiva.it)

## > ETÀ SCOLARE

Facile distraibilità e tempi di attenzione molto brevi: questi bambini fanno fatica a seguire le spiegazioni dell'insegnante e a mantenere l'attenzione costante per un tempo prolungato e necessario allo svolgimento di un intero compito.

### Presentano:

- Difficoltà di apprendimento (dilessia, disgrafia, discalculia)
- Difficoltà nell'esecuzione di compiti scolastici in classe, che migliorano in un rapporto individuale
- Lentezza esecutiva
- Difficoltà in matematica e nell'elaborazione scritta di storie strutturate
- Difficoltà di copiatura dalla lavagna
- Difficoltà di tipo grafo motorio e nel disegno
- Nel primo ciclo elementare ancora la dominanza non è acquisita



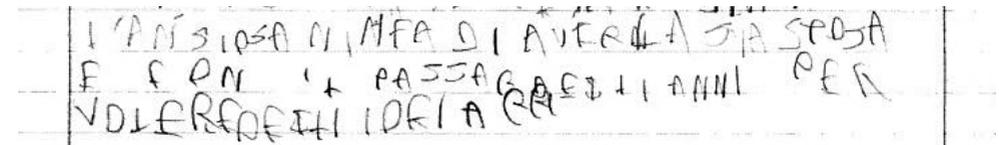
## CARATTERISTICHE TIPICHE IN UN BAMBINO CON DISTURBO DELLA COORDINAZIONE MOTORIA:

Le caratteristiche più comuni in un bambino con DCM sono molteplici e spesso non coesistono tra loro data l'estrema soggettività del disturbo. Di seguito illustreremo le più comuni dal punto di vista fisico, emotivo/comportamentale e generiche.

### Caratteristiche fisiche

1. Il bambino può essere **goffo o impacciato** nei movimenti. Può urtare, rovesciare o far cadere le cose.

2. Il bambino può avere **difficoltà con le abilità grosso-motorie** (tutto il corpo), le **abilità finomotorie** (uso delle mani) o entrambe.
3. Il bambino può sviluppare in **ritardo alcune capacità motorie** quali andare in triciclo/bicicletta, afferrare una palla, saltare una corda, allacciare i bottoni e i lacci delle scarpe.
4. Il bambino può mostrare una discrepanza tra le proprie capacità motorie e le capacità in altre aree. Ad esempio, le capacità intellettuali e linguistiche possono essere piuttosto sviluppate, mentre le capacità motorie possono risultare in ritardo.
5. Il bambino può avere **difficoltà ad acquisire nuove capacità motorie**. Una volta acquisite, alcune capacità motorie possono essere eseguite abbastanza bene, mentre altre possono continuare ad essere svolte con scarsi risultati.
6. Il bambino può avere più **difficoltà a svolgere attività che richiedono un cambiamento continuo della posizione del corpo** oppure quando deve reagire a cambiamenti dell'ambiente (ad es. baseball, tennis).
7. Il bambino può avere **difficoltà a svolgere attività che richiedono l'uso coordinato di entrambi i lati del corpo** (ad es. tagliare con le forbici, esercizi aerobici, colpire una palla con la mazza da baseball o tenere in mano un bastone da hockey).
8. Il bambino può mostrare uno **scarso controllo della postura e uno scarso equilibrio**, soprattutto in attività che richiedono equilibrio (ad es. salire le scale, stare in piedi mentre ci si veste).
9. Il bambino può avere **difficoltà a scrivere in stampatello o a mano libera**. Questa capacità implica una continua interpretazione del feedback in merito ai movimenti della mano e la contemporanea pianificazione di nuovi movimenti, ed è un'attività molto difficile per la maggior parte dei bambini affetti da DCD.



## Caratteristiche emotive/comportamentali

10. Il bambino può mostrare una **mancaza di interesse o evitare determinate attività**, in particolare quelle che richiedono una reazione fisica. Per un bambino affetto da DCD, svolgere attività motorie richiede uno sforzo significativo. L'affaticamento e i ripetuti tentativi senza successo possono spingere il bambino a evitare di prendere parte ad attività motorie.
11. Il bambino può mostrare una **bassa tolleranza alla frustrazione**, una **scarsa autostima** e una mancanza di motivazioni a causa delle difficoltà nell'affrontare le attività necessarie in ogni aspetto della sua vita.
12. Il bambino può **evitare di socializzare con i propri coetanei**, in particolare nelle aree di gioco. Alcuni bambini cercano bambini più piccoli con cui giocare, mentre altri giocano da soli oppure seguono l'insegnante o il supervisore dell'area di gioco. Ciò può essere dovuto alla scarsa sicurezza di sé o alla volontà di evitare attività fisiche.
13. Il bambino può sembrare **insoddisfatto dei propri risultati** (ad es. cancella



ciò che ha scritto, si lamenta dei risultati nelle attività motorie, mostra frustrazione nei confronti del lavoro prodotto).

14. Il bambino può mostrare **opposizione a cambiamenti nella propria routine** o nel proprio ambiente. Se il bambino deve produrre un notevole sforzo per pianificare un'attività, allora anche un piccolo cambiamento in merito a come eseguire tale attività può rappresentare un problema significativo per il bambino.

## Altre caratteristiche comuni

15. Il bambino può avere **difficoltà a bilanciare l'esigenza di essere veloce con l'esigenza di essere preciso**. Ad esempio, la scrittura a mano può essere molto chiara ma estremamente lenta.
16. Il bambino può avere **difficoltà con materie scolastiche** quali matematica, ortografia o lingua scritta, che richiedono una grafia precisa e ben organizzata sulla pagina.
17. Il bambino può avere **difficoltà con attività della vita quotidiana** (ad es. vestirsi, usare un coltello e una forchetta, lavarsi i denti, chiudere le cerniere, preparare uno zaino).
18. Il bambino può avere **difficoltà a completare un lavoro** entro un limite di tempo previsto. Dato che in questo caso l'attività richiede uno sforzo molto maggiore, i bambini possono essere più portati ad agitarsi e diventare frustrati nello svolgere un'attività che dovrebbe essere semplice.
19. Il bambino può avere **difficoltà generali ad organizzare** il proprio banco, l'armadietto, i compiti o persino lo spazio su una pagina.

**Se un bambino mostra una o più delle suddette caratteristiche e se tali problemi interferiscono con la capacità del bambino di partecipare con successo alle attività a casa, a scuola o nella comunità, allora è importante rivolgersi ad uno specialista.**

## MAPPA DEI SINTOMI PRECOCI DI DISPRASSIA (A 5 ANNI)

1.	Lentezza motoria (a volte alternata a precipitazione).
2.	Maldestrezza, scoordinamenti.
3.	Disordini nelle prassie fini.
4.	Disordini nelle prassie bimanuali (lavarsi, vestirsi, allacciare, prendere al volo).
5.	Esitazioni o precipitazioni nella discesa delle scale e nell'attraversare la strada.
6.	Difficoltà nell'orientamento nello spazio, tendenza al disordine, oppure eccessivo mantenimento dell'ordine.
7.	Lentezza/difficoltà nell'inseguimento percettivo (di figure o oggetti che si muovono, oppure di oggetti fermi mentre si muove l'osservatore).
8.	Difficoltà nell'orientamento temporale (prima-dopo, prima-di-dopo di, ieri-oggi-domani, sequenze temporali).
9.	Difficoltà nella memoria ordinata (memoria d'ordine o memoria sequenziale).
10.	Difficoltà nell'inseguimento percettivo di messaggi verbali (si perde nelle consegne plurime, nei messaggi lunghi... "smarrimento cognitivo").
11.	Lentezza nell'adeguarsi ai cambi di attività, giochi, ambienti.
12.	Tendenza a stancarsi o ad eccitarsi nelle situazioni di confusione, di gruppo, di iperstimolazione.
13.	Disordini linguistici.

*da le Mappe semiotiche del Sistema CO.CLI.T.E  
e dell'Approccio Empirico-Semiotico del Prof. Piero Crispiani*

PROGRESSI, CENTRO PER L'ETÀ EVOLUTIVA.

PRENOTA UN 1° COLLOQUIO **GRATUITO**  
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808

26

## COSA POTREBBE SUCCEDERE SE NON SI INTERVIENE?

Non è raro per i genitori o gli insegnanti sentirsi dire che il bambino "crescendo supererà le difficoltà".

Al contrario, gli studi hanno dimostrato in modo piuttosto definitivo che la maggior parte dei bambini non supera questi problemi con la crescita. Se da un lato i bambini imparano a svolgere bene alcune attività motorie, dall'altro continueranno ad avere difficoltà a impararne di nuove, più consone alla propria età.

È importante riconoscere queste difficoltà motorie poiché i bambini affetti da DCD sono più portati a **sviluppare problemi scolastici e comportamentali, dimostrare una bassa autostima, depressione e ansia, e sono più a rischio di diventare sovrappeso.**

Numerose ricerche hanno dimostrato come i bambini con DCM hanno difficoltà a imparare la pianificazione, l'organizzazione e l'esecuzione dei propri movimenti; hanno inoltre notevole difficoltà nell'acquisire nuove capacità motorie.

Per questo motivo spesso ripetono le stesse attività motorie anche quando queste comportano un insuccesso. Essi tendono a usare la vista come unico feedback per guidare i propri movimenti e non sono in grado di prevedere l'esito delle proprie azioni.

Da questo deriva la loro enorme difficoltà a rilevare eventuali errori nei propri movimenti e a correggerli.

In questi bambini le capacità motorie non diventano automatiche, essi devono produrre uno sforzo particolarmente grande per portare a termine le proprie azioni e ciò produce in loro ansia e frustrazione. Inoltre, hanno una scarsa capacità di generalizzazione: non riescono a trasferire le proprie capacità motorie da una situazione ad un'altra.

27

PROGRESSI S.R.L.  
VIA LAGO DI MISURINA, 12, 00019, VILLA ADRIANA, TIVOLI (RM)  
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808  
[www.progressietaevolutiva.it](http://www.progressietaevolutiva.it) - [info@progressietaevolutiva.it](mailto:info@progressietaevolutiva.it)

## COME INTERVENIRE SUL DISTURBO DELLA COORDINAZIONE MOTORIA?

Il Disturbo della Coordinazione Motoria, se identificato, diagnosticato e trattato precocemente, ha buone possibilità di miglioramento, sia per quanto riguarda gli schemi di movimento, sia in termini di consapevolezza, integrazione corporea e autostima.

Di questo disturbo si occupa il **Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva**, che interviene attraverso il **GIOCO E IL MOVIMENTO** sulle competenze motorie.

La terapia è orientata a **PICCOLI OBIETTIVI** volta per volta rinforzando soprattutto la motivazione e la finalità del movimento, per migliorare l'ideazione, la programmazione e l'esecuzione del gesto.

Si propongono **giochi tattili, sensoriali, con forte componente emotiva**, che sperimentino il **piacere del movimento**, dal globale al particolare.

*Questo permette di migliorare la percezione, l'integrazione sensoriale, la precisione nella selezione muscolare.*

Con la crescita del bambino, il lavoro diventa più ideativo e di pianificazione, mentre dal punto di vista motorio si può effettuare un allenamento mirato.

Anche la **TERAPIA DI GRUPPO**, meglio se con altri bambini con difficoltà motorie, è riportata come efficace in quanto consente di innescare un **apprendimento per imitazione**, tramite l'osservazione degli altri, e aumenta la possibilità di trasferire nella vita di tutti i giorni i progressi effettuati nella stanza di terapia.

## PROMOZIONE DELLE ABILITÀ MOTORIE DI BASE

Alla base di ogni intervento terapeutico bisogna che ci sia una promozione delle abilità che si vogliono migliorare. All'inizio di ogni lavoro è importante che sia il terapeuta che il bambino abbiano chiari gli obiettivi dell'intervento affinché il lavoro sia meno faticoso per entrambi. Spesso questi obiettivi, soprattutto per

i bambini più piccoli, possono essere posti come un gioco.

## MAGGIORI AREE DI INTERVENTO DA RINFORZARE:

- **“consapevolezza corporea”:**  
percezione del proprio corpo, alla sua posizione nello spazio e al movimento. Questa percezione è dovuta a un sistema di recettori sensoriali posti a livello articolare e muscolare. Quando questo sistema non funziona il bambino può avere difficoltà nella corretta percezione corporea e quindi avere anche problemi di forza muscolare e/o di movimento. È opportuno in questo caso programmare delle attività che permettano al bambino di aumentare la sua consapevolezza corporea come ad esempio farlo camminare sulle ginocchia per brevi tratti, far fare piccoli saltelli e/o farlo sdraiare a terra. Tutto questo lo aiuterà a capire meglio il proprio corpo, la sua dimensione e la forza da usare nei movimenti.
- **“pianificazione dei movimenti”:**  
La capacità di pianificare i movimenti, detta prassia, è l'abilità di programmare e portare a termine un determinato atto motorio. Alla base di una corretta pianificazione occorre che il bambino abbia anche una corretta immagine mentale di sé.
- **“equilibrio”:**  
L'equilibrio rappresenta una delle componenti più importanti dello sviluppo motorio del bambino. Esso deriva da specifici input sensoriali tra cui, il più importante, quello vestibolare.
- **“coordinazione motoria fine”:**  
Le abilità legate alla coordinazione motoria fine sono particolarmente importanti per il bambino – soprattutto in età scolare – dal momento che essi trascorrono molto tempo svolgendo attività quali colorare, manipolare utensili e giocattoli. Bambini con disturbo della coordinazione motoria hanno serie difficoltà a fare ciò in quanto spesso sono ipotonicici, hanno cioè un tono muscolare basso.  
  
Quando si vuole aiutare un bambino a sviluppare la coordinazione motoria fine bisogna rispettare due principi:

1. proporre esercizi che sviluppino la stabilità tanto della spalla quanto quella del braccio e del polso
2. impegnarlo in attività che favoriscano la velocità e la fluidità dei movimenti delle dita.

• **“Integrazione motoria bilaterale”:**

Un'altra area importante per lo sviluppo delle abilità motorie di base è l'integrazione motoria bilaterale. Con questo termine ci si riferisce alla progressiva capacità dei due lati del corpo di cooperare per riuscire a portare a termine determinati compiti motori. Attraverso questa integrazione il bambino sviluppa anche la concezione della mano dominante, sia essa la mano sinistra o destra, nella scrittura e nell'utilizzo di strumenti come le forbici.



I bambini con disturbo di coordinazione motoria possono avere un ritardo nella determinazione della mano dominante: Per questo è estremamente importante, in età scolare, avere già la consapevolezza della propria mano dominante.

I bambini che utilizzano entrambe le mani possono avere problemi in relazione a determinate sequenze motorie che dovrebbero essere automatiche.

L'alternanza dell'uso delle mani è strettamente legata all'apparato visivo che permette di oltrepassare l'asse mediano del proprio corpo

Bambini con DCM spesso hanno questo deficit facilmente visibile, poiché risulta loro estremamente difficile seguire con lo sguardo un oggetto che si muove sia a destra che a sinistra e, soprattutto, hanno difficoltà nel prendere un oggetto con una determinata mano, ad esempio risulterà loro difficile prendere un oggetto alla loro destra usando la mano corrispondente.

Questo deficit lo si riscontra anche nell'apprendimento, soprattutto nella lettura; i bambini con difficoltà nell'attraversare l'asse mediano del corpo mostreranno segni di affaticamento degli occhi durante la lettura.

## IL RUOLO DEI TERAPISTI

I terapeuti della neuro psicomotricità sono preparati e formati per analizzare lo sviluppo delle capacità motorie, nonché per verificare la capacità di un bambino di affrontare con successo le richieste e le attività della vita quotidiana.

In ambito scolastico il terapeuta osserva il bambino mentre svolge attività per lui difficili e fornisce consigli ai genitori e agli insegnanti.

I consigli possono riguardare: **strategie o soluzioni per aiutare il bambino nelle attività a casa, a scuola o nella comunità; modifiche all'ambiente in cui vive il bambino; modi per promuovere l'attività fisica e aumentare la partecipazione;**

linee guida per la scelta di attività di

svago a contatto con la comunità e attività sportive adatte agli interessi e alle abilità del bambino; assistenza nel definire idonee aspettative per garantire il successo.

I Terapisti possono aiutare i genitori, gli insegnanti e il bambino a sviluppare una migliore consapevolezza delle difficoltà di coordinazione motoria incontrate dal bambino.



È importante che i genitori e gli insegnanti identifichino e imparino a gestire questi problemi il prima possibile, al fine di evitare ulteriori complicazioni.

Potrebbe essere necessario insegnare al bambino strategie per compensare i propri problemi motori, e gli dovranno essere date adeguate opportunità per esercitarsi nelle abilità motorie da acquisire.

È importante educare i bambini affetti da DCD in modo da renderli **consapevoli dei propri punti di forza, nonché dei propri limiti, e in modo tale che capiscano come poter compensare le loro difficoltà**. In questo modo i bambini avranno più possibilità di riuscire a svolgere le attività con successo e potrebbero essere più propensi a cimentarsi in attività per loro difficili.

Il terapeuta può insegnare direttamente alcune abilità motorie che il bambino deve o vuole imparare. Può inoltre usare un approccio cognitivo per insegnare al bambino strategie di problem-solving che lo aiuteranno ad imparare nuove attività motorie.

In ogni caso, i motivi e il **programma del trattamento** saranno discussi insieme al genitore e al bambino.

Sebbene nella maggior parte dei casi le difficoltà di coordinazione motoria non spariscano, i bambini possono mostrare un notevole **miglioramento della capacità di eseguire determinate attività e possono essere stimolati a partecipare con successo alle attività a casa, a scuola e nella comunità**.

## COSA DEVE FARE IL GENITORE PRIMA DURANTE E DOPO?

### PRIMA:

La strategia migliore, di fronte a un bambino che appare impacciato è osservare attentamente il suo comportamento e il suo movimento.

Si può anzitutto guardare alle abilità motorie, che siano fluenti in tutti i distretti corporei: braccia, tronco, gambe, bocca e mani. Le due metà del corpo, destra e sinistra, devono risultare simmetriche e integrate, sia durante un movimento, sia nella sua simulazione senza la presenza dell'oggetto.

Ecco alcune abilità motorie del bambino da osservare e da stimolare per tenere monitorate le prassie e la coordinazione motoria nella quotidianità, sia con utilizzo dell'oggetto, sia "facendo finta":

- calciare la palla,
- scavalcare gli ostacoli,
- battere con forza i piedi sul pavimento
- salutare,
- battere il cinque,
- mandare un bacio,
- fare "no" con il dito,
- indicare un aereo in cielo
- pettinarsi,
- soffiarsi il naso,
- battere con un martello,
- tagliare con le forbici,
- aprire la porta con le chiavi,
- avvitare un barattolo,
- disegnare,
- suonare il pianoforte,
- passare la scopa sul pavimento,
- pulire i vetri,
- stirare,

- guidare l'automobilina.
- bere,
- spegnere le candeline,
- fare la linguaccia,
- fare le pernacchie,
- soffiare per fare le bolle

## DURANTE:

Ci sono tanti piccoli accorgimenti che possono semplificare la vita di un bambino affetto da DCD

- Seguire le indicazioni del terapeuta
- Promuovendo il lavoro terapeutico tramite giochi nelle routine quotidiane
- Non ricattare o obbligare il bambino ad attività che non rientrano nei suoi interessi
- Valorizzare le capacità del bambino così da favorire l'autostima e affrontare la terapia in modo positivo

## DOPO:

- Promuovere attività extrascolastiche che favoriscono la relazione con i pari:
  - *Incoraggiare il bambino a partecipare in giochi e sport di suo interesse e che forniscono un modo per esercitarsi e interfacciarsi alle attività motorie. Dare importanza all'attività fisica, con un'attenzione particolare alla salute e al divertimento piuttosto che ai risultati o alla competizione.*
  - *Provare a introdurre il bambino in nuove attività sportive o una nuova area giochi a livello individuale prima che il bambino debba gestire un'attività in gruppo. Provare a cambiare le regole e le procedure associate all'attività (ad es. regole del baseball, partite di calcio) laddove il bambino non sia concentrato sugli aspetti motori. Fare semplici domande al bambino per assicurarsi che abbia capito (ad es. "Cosa fai quando colpisci la palla?"). In alcuni casi potrebbero essere utili lezioni private per*

*insegnare al bambino specifiche abilità.*

– *Considerare sport come nuoto, pattinaggio, ciclismo e sci per mantenere o migliorare la forza e la resistenza in generale.*

*Tener presente l'eventuale necessità di sostegno supplementare o lezioni individuali per le attività sportive, soprattutto se devono essere raggiunti livelli di abilità superiori. Garantire la sicurezza mediante l'uso di equipaggiamento di protezione (polsiere, caschetti) per le attività fisiche.*

*Aiutare gli allenatori, gli istruttori sportivi e i leader della comunità a conoscere i punti di forza e le difficoltà del bambino, in modo che possano sostenerli ed incoraggiarli ad avere successo.*

– *Il bambino può mostrare una preferenza e ottenere migliori risultati negli sport individuali (ad es. nuoto, corsa, ciclismo, sci) che negli sport di squadra. In tal caso, provare ad incoraggiare il bambino ad interagire con i propri coetanei tramite altre attività in cui ha buone probabilità di ottenere successo (ad es. musica, recitazione o arte).*

– *Incoraggiare i bambini a prendere parte ad attività non motorie, come la musica, la recitazione o le associazioni per promuovere esperienze sociali nonché i benefici derivanti dalla partecipazione sociale.*

- Esortare il bambino ad indossare vestiti comodi da mettere e da togliere per andare a scuola. Ad esempio pantaloni della tuta, felpe, T-shirt, leggings, maglioni e scarpe con il velcro. Se possibile, usare chiusure a velcro invece di bottoni, bottoni a pressione o lacci delle scarpe. Insegnare al bambino come gestire chiusure difficili quando si ha a disposizione tempo e pazienza (ad es. nel weekend o durante l'estate) e non quando si ha fretta di uscire di casa.
- Incoraggiare il bambino a partecipare ad attività pratiche che lo aiuteranno a migliorare la sua capacità di pianificare e organizzare le attività motorie. Ad esempio preparare la tavola, preparare da mangiare o riempire uno zaino. Fare domande che aiutino il bambino a concentrarsi sulla sequenza delle azioni da eseguire (ad es. "Cosa devi fare per prima cosa?"). Capire che se il bambino sta per diventare frustrato, può essere necessario aiutarlo o dare specifiche indicazioni e istruzioni.

- Individuare e migliorare i punti di forza del bambino. Molti bambini affetti da DCD mostrano grandi capacità in diverse aree: possono avere un'immaginazione creativa, sensibilità per i bisogni degli altri e/o grandi capacità di comunicazione orale.
- Monitorare il bambino nella pianificazione delle attività di vita quotidiana e negli apprendimenti scolastici.
- Effettuare un follow up.

## PER APPROFONDIRE

### IL NOSTRO APPROCCIO

Presso Progressi, centro per l'età evolutiva, nella pratica riabilitativa viene utilizzato il "Metodo Crispiani" (Sistema Co.cli.te) per il trattamento di tali difficoltà.

Il metodo consta di: **esperienze, ricerche e studi, azioni professionali, procedure e materiali, documentazioni, progettazione di ambienti, materiali e tecnologie** per:

- La diagnosi.
- La valutazione funzionale.
- La prevenzione.
- La progettazione abilitativa.
- Il trattamento abilitativo.
- La consulenza alla scuola.
- La consulenza alla famiglia.
- L'orientamento scolastico.
- L'orientamento professionale.
- L'aiuto all'adattamento.
- Il potenziamento cognitivo.

Il metodo Crispiani si basa sulla Teoria Prassico Motoria che riconosce nella dislessia un Disturbo delle prassie con particolare riferimento alle sequenze ed alla fluidità delle funzioni esecutive e con interessamento dell'organizzazione spazio-temporale e della dominanza laterale.

L'approccio Empirico Semiotico (AES) incluso nella Teoria Prassico Motoria (TPM), entro cui si svolge il Metodo riserva grande rilievo alla prevenzione in ogni sua forma.

Infatti l'attività coordinativa e prassica sin dalle prime età forma e potenza le funzioni che, nel bambino disprassico, sono disordinate e disfunzionali, quindi:

- 1. In famiglia** – Molta motricità, autonomia motoria, giochi di manipolazione, giochi che includono il lavoro nello spazio e nel tempo, inseguimento percettivo (es. della palla) e uditivo, giochi di gruppo, esperienze grafo-motorie, rispetto della naturale dominanza laterale, giochi che impegnano la velocità esecutiva, gli schemi motori crociati, le rotazioni, la sinergia/sinestesia di movimenti, di movimenti e percezioni (senso-motoria), di movimenti e linguaggio (verbo-motoria), di pianificazione ed azione (ideo-motoria), esercitazioni del linguaggio (es. incremento del lessico, strutture sintattiche più estese, inseguimento sequenziale di messaggi verbali, espansioni verbali, esposizione alla narrazione di storie, filastrocche, canti, ecc.



- 2. Nella Scuola dell'infanzia** – Tutte le occupazioni indicate per la famiglia, unitamente a relazioni verbali prolungate, a coordinamenti nei gruppi, ad attività grafico-pittoriche, l'orientamento nel foglio, il controllo grafico su spazi progressivamente contenuti. Evitare l'accesso alle lettere (grafemi), l'esecuzione del completamento di tracciati (tracing), l'interruzione del linguaggio, i pennarelli grandi, la colorazione di spazi grandi, l'utilizzo di stru-

menti sostitutivi delle naturali funzioni prassiche (video, display, tastiere, alta esposizione televisiva, ecc.). Attivare screenings mirati per bambini di 5 anni.

- 3. Nella Scuola primaria** – Tutte le indicazioni per la famiglia e per la Scuola dell'infanzia, unitamente all'incremento della fluidità motoria, grafo-motoria e verbale. Non abituare i bambini a sottrarsi ai compiti, non indugiare nella scrittura in stampato, non dare testi di carattere grande, favorire attività del contare e dell'organizzare. Evitare tastiere, calcolatrici e traduttori elettronici. Educazione musicale con accesso allo strumento e con metodo globale-intuitivo (inizialmente non dal solfeggio). Coltivare il valore educativo del "lo non mi arrendo!". Attivare screenings mirati nelle classi. Tranquillizzare sulla natura solo strumentale, esecutiva, coordinativa, non intellettiva o psichica, del disturbo dislessico-disprassico.
- 4. Nella Scuola Media (Secondaria di I° grado)** – Esercitare le funzioni motorie e cognitive di base coordinate e fluide, favorire la comunicazione verbale orale attiva e passiva, favorire la familiarizzazione con una lingua straniera (selezione delle parole e combinazioni sintattiche), favorire l'autonomia, l'auto-organizzazione, il calcolare, il maneggio del denaro, la consultazione di elenchi, orari, la pianificazione di azioni, la fluidità esecutiva generale. Non abituare i ragazzi a sottrarsi ai compiti, favorire la scrittura in corsivo, non dare testi di carattere grande, favorire attività del contare e dell'organizzare. Evitare tastiere, calcolatrici e traduttori elettronici. Riservare l'uso della calcolatrice solo nella prova finale o per calcoli comunemente non richiesti agli studenti. Educazione musicale con accesso allo strumento e con metodo globale-intuitivo (inizialmente non dal solfeggio). Coltivare il valore educativo del "lo non mi arrendo!". Attivare screenings mirati nelle classi. Tranquillizzare sulla natura solo strumentale, esecutiva, coordinativa, non intellettiva o psichica, del disturbo dislessico-disprassico. Attivare un consapevole processo di orientamento scolastico.
- 5. Nella Scuola Secondaria di II° grado** – Esercitare le funzioni motorie e cognitive di base coordinate e fluide, favorire la comunicazione verbale orale attiva e passiva, favorire la familiarizzazione con una lingua straniera (selezione delle parole e combinazioni sintattiche), favorire l'autonomia, l'auto-organizzazione, il calcolare, il maneggio del denaro, la consultazione di elenchi, orari, la pianificazione di azioni, la fluidità esecutiva generale.

Non abituare i ragazzi a sottrarsi ai compiti, favorire la scrittura in corsivo, non dare testi di carattere grande, favorire attività del contare e dell'organizzare. Evitare tastiere, e traduttori elettronici. Riservare l'uso della calcolatrice solo nelle prove di fine quadrimestre o per calcoli comunemente non richiesti agli studenti. Favorire simulazioni di esposizioni orali in interrogazioni o colloqui. Educazione musicale con accesso allo strumento e con metodo globale-intuitivo (inizialmente non dal solfeggio). Coltivare il valore educativo del "lo non mi arrendo!". Attivare screenings mirati nelle classi. Tranquillizzare sulla natura solo strumentale, esecutiva, coordinativa, non intellettuale o psichica, del disturbo dislessico-disprassico. Attivare un consapevole processo di orientamento scolastico e professionale.

**6. Nell'Università** – Esercitare le funzioni motorie e cognitive di base coordinate e fluide, favorire la comunicazione verbale orale attiva e passiva, favorire la familiarizzazione con una lingua straniera (selezione delle parole e combinazioni sintattiche), favorire l'autonomia, l'auto-organizzazione, il calcolare, il maneggio del denaro, la consultazione di elenchi, orari, la pianificazione di azioni, la fluidità esecutiva generale. Non abituare i ragazzi a sottrarsi ai compiti. Favorire simulazioni di esposizioni orali in interrogazioni o colloqui. Educazione musicale con accesso allo strumento e con metodo globale-intuitivo (inizialmente non dal solfeggio). Coltivare il valore educativo del "lo non mi arrendo!". Tranquillizzare sulla natura solo strumentale, esecutiva, coordinativa, non intellettuale o psichica, del disturbo dislessico-disprassico. Attivare un consapevole processo di orientamento professionale.

Costituiscono importanti azioni di prevenzione anche **l'avvio e il miglioramento delle condizioni adattive e linguistiche di ragazzi stranieri, adottati o migranti**, interessati da bilinguismo "costretto", poliglossia, perdita della lingua madre, latenza linguistica, ecc.

Per il Trattamento abilitativo si intende l'insieme delle azioni dirette sul caso (azioni educative, terapeutiche), l'impiego di situazioni, ambienti e materiali coerenti ad un progetto di funzionalizzazione attiva, con esclusione delle "misure sostitutive" che evitano al soggetto di esercitare e migliorare le proprie competenze.

Nell'ambito della TPM, il trattamento abilitativo è condotto da operatori specializzati secondo le linee procedurali e le logiche della Strategia Ecologico-Dinamica nel contesto del Sistema CO.CLI.T.E. (COgnitivoCLInico Trattamento Educativo).

Scopo del Trattamento non è l'utilizzo di strumenti che bypassano i problemi e privano i ragazzi del necessario esercizio funzionale, ma di **sollecitare, monitorare e spingere a fluidità sia le capacità di base** (motorie, percettive, di memoria, linguistiche, di pensiero, grafo motorie) che quelle **primarie** (lettura, scrittura, matematica).

Il terapeuta conduce un processo formativo che congiunge le 12 Azioni cognitive del Trattamento Ecologico-Dinamico, con l'Activity Gym e con il Motor Training Program.



## 1. LE AZIONI:

- Azione 1 L'autoanalisi.
- Azione 2 La motricità.
- Azione 3 La percezione.
- Azione 4 La memoria.
- Azione 5 Il linguaggio.
- Azione 6 La grafo-motricità.
- Azione 7 I Barrages.
- Azione 8 La letto-scrittura.
- Azione 9 La narrazione
- Azione 10 La discalculia – I° livello – 5-7 anni
- Azione 11 La discalculia – II° livello – 8-11 anni
- Azione 12 La discalculia – III° livello – 11-14 anni
- Azione 13 Il pensiero
- Azione 14 La comprensione del testo

## 2. L'ACTIVITY GYM:

Ciascuna esercitazione è aperta dalla Activity Gym, 5 minuti di dinamiche prassico-motorie intensive preparatorie alle attività abilitative (incipit del training), allertamento delle funzioni esecutive complesse, in tre ambiti più significativi per i coordinamenti neuro-psico-motori che costituiscono la Triade dinamizzante:

- motricità generale:
- schemi laterali e crociati,
- schemi rotatori.

## 3. IL MOTOR TRAINING PROGRAM:

Programma di attività motorie globali e sinergiche per il potenziamento generale e di tutte le funzioni esecutive mediante l'attivazione dinamica di schemi sequenziali fluidi, automatici ed autoregolati.

Il Training è complessivamente orientato ai vettori:

1.Successioni

2.Automatismi

3.Fluidità

che costituiscono il Polo SAF; condotto in un regime di fluidità e giusta pressione esecutiva.



## BIBLIOGRAFIA

**Crispiani P.** *Dislessia come disprassia sequenziale. La sindrome dislessica. Dalla diagnosi al trattamento. Le pratiche ecologico-dinamiche*, **Edizioni Junior, 2011**

**Crispiani P.** *Il Metodo Crispiani 2016. Clinica della displessia e disprassia-The Crispiani Method 2016. Clinic of dyslexia and dyspraxia*, **Edizioni Junior, 2016**

**Kurtz L.** *Disturbi della coordinazione motoria, Come aiutare i bambini goffi a casa e a scuola*, **edizioni Erickson, 2006**

**Sabbadini L. , Michelazzo L.** *La disprassia: giochi ed esercizi*, **Edizioni Carocci, 2016**



## IL PERCORSO CON PROGRESSI:

### Perché fare un PRIMO COLLOQUIO?



Su vostra iniziativa personale, su suggerimento del pediatra o della scuola, potete richiedere un **PRIMO COLLOQUIO**. È lo strumento attraverso il quale avviene il primo approccio al tuo caso specifico, si tratta di un **INCONTRO INFORMALE** in cui potrai esporci tutti i tuoi dubbi sulle difficoltà del tuo bambino o su ciò che di strano hai riscontrato nei suoi comportamenti. La responsabile del centro ti guiderà nella comprensione del problema e nella scelta dell'intervento terapeutico che più si adatta alle sue esigenze.

### La PRESA IN CARICO:

Il paziente e la famiglia incontrano il Referente di settore che presenta loro il Centro, l'Equipe riabilitativa affidataria ed il piano orario delle visite e delle valutazioni necessarie per la compilazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).



### Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)



Per ogni processo eseguito all'interno delle sedi del Centro PROGRESSI, opera una Equipe riabilitativa multidisciplinare, espressione di diverse professionalità, che compongono il Gruppo di Lavoro ed assumono un importante ruolo nell'organizzazione, nella programmazione, nella supervisione e sostegno del progetto riabilitativo.

**Il progetto riabilitativo individuale (PRI) è volto al recupero dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana.**

**IL PROGETTO RIABILITATIVO** è quindi lo strumento per "progettare il ciclo riabilitativo", viene elaborato dall'equipe interdisciplinare insieme con il bambino e la sua famiglia, ha un responsabile che è il Neuropsichiatra Infantile con la supervisione della direzione Sanitaria.

PROGRESSI, CENTRO PER L'ETÀ EVOLUTIVA.

PRENOTA UN 1° COLLOQUIO **GRATUITO**  
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808

46

L'elaborazione di un progetto coinvolge diverse professioniste in varie fasi:

1

la **VISITA SPECIALISTICA** del Neuropsichiatra Infantile attraverso cui il NPI formula una diagnosi o orienta un sospetto clinico e pone indicazione ad ulteriori approfondimenti clinici e/o valutativi.

2

la **VALUTAZIONE** volta a identificare i problemi, le loro cause e le aree di miglioramento, consta di una serie di INCONTRI VALUTATIVI, che prevedono OSSERVAZIONE, somministrazione di TEST e QUESTIONARI, tali incontri possono coinvolgere il neuropsichiatra infantile, lo psicologo, il terapeuta della neuro-psicomotricità e il logopedista, questi specialisti lavorano in equipe per avere una visione globale del problema e delle strategie da mettere in atto nell'intervento riabilitativo.

3

la **RESTITUZIONE**, è un colloquio con i genitori in cui si condivide la definizione degli obiettivi elaborata sull'esito delle valutazioni specialistiche con la delimitazione dei tempi previsti per raggiungerli e i rispettivi indicatori di esito (ovvero parametri o scale cliniche che misurano e dimostrano il livello di raggiungimento degli obiettivi)

4

la **TERAPIA** si prepara su un PROGETTO RIABILITATIVO e può essere effettuata uno a uno con la terapeuta (logopedista-tnpee)/psicologa di riferimento, o in terapie di gruppo, il *PERCORSO È PERSONALIZZATO* e cucito su ogni nostro paziente, tenendo conto dei punti di forza e debolezza emersi durante l'osservazione e la valutazione standardizzata. La/il terapeuta/psicologa/o programma delle attività di potenziamento delle aree deficitarie e accompagna il giovane paziente in ogni suo piccolo progresso.

5

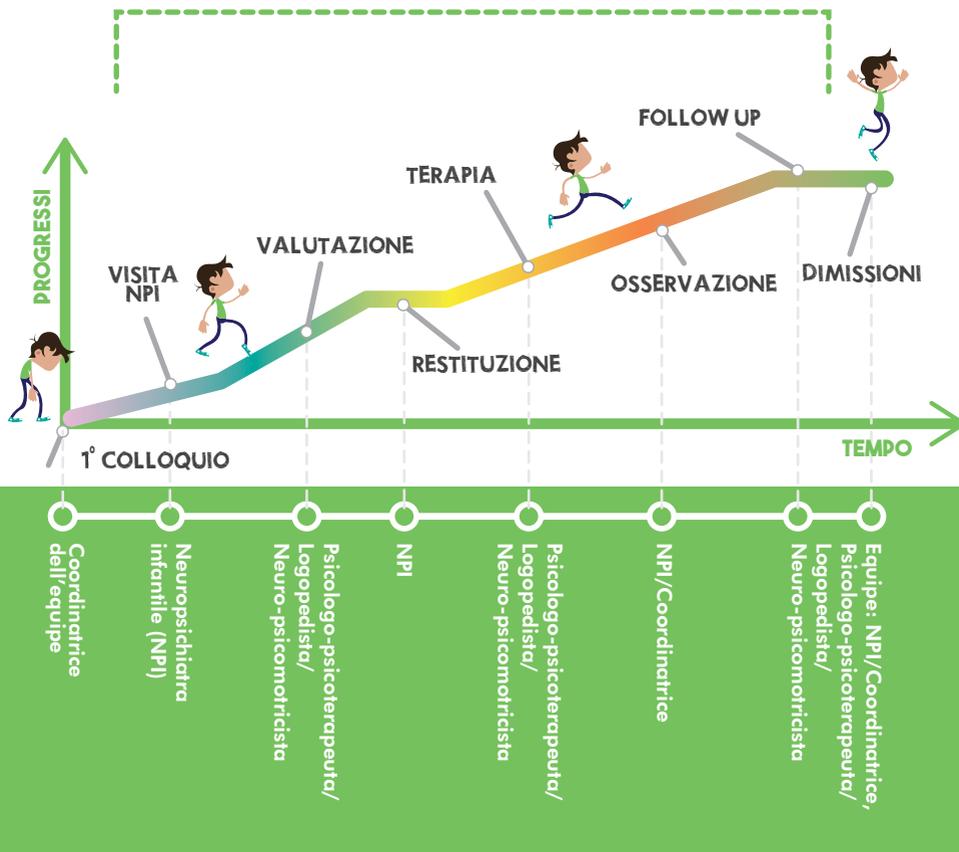
il **FOLLOW UP**, durante l'attuazione del PRI è previsto un monitoraggio -osservazione- per potere modificare e adattare il progetto ad eventuali cambiamenti e nuove esigenze del bambino. La verifica finale permette di valutare il raggiungimento degli obiettivi e l'efficacia del PRI. Durante il follow up (*CONTROLLO PERIODICO*) si aggiornano i genitori sull'andamento della terapia, il/la terapeuta informa i genitori sugli obiettivi raggiunti e quelli nuovi prefissati, il tipo di lavoro svolto e il tipo di lavoro che si andrà a fare nella continuazione della terapia. Vengono somministrati dei test standardizzati che, insieme alla valutazione clinica, permettono di quantificare i miglioramenti del bambino nelle diverse aree

47

PROGRESSI S.R.L.

VIA LAGO DI MISURINA, 12, 00019, VILLA ADRIANA, TIVOLI (RM)  
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808  
[www.progressietaevolutiva.it](http://www.progressietaevolutiva.it) - [info@progressietaevolutiva.it](mailto:info@progressietaevolutiva.it)

## IL PRI:



PROGRESSI, CENTRO PER L'ETÀ EVOLUTIVA.

PRENOTA UN 1° COLLOQUIO **GRATUITO**  
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808

48

## Le DIMISSIONI

Alla scadenza del progetto, l'equipe riabilitativa, valutati gli esiti e la sussistenza o meno di criteri di accesso agli interventi riabilitativi, decide il rinnovo del trattamento, con le modalità e i tempi ritenuti opportuni, oppure la dimissione del paziente. La valutazione deve essere espressa sempre dall'Equipe Riabilitativa mediante una relazione che motivi la proposta di sospensione o di rinnovo/modifica del progetto.

Nel Centro operano diverse figure professionali (l'Equipe riabilitativa multidisciplinare), espressione di diverse competenze professionali che assumono un importante ruolo nell'organizzazione, nella programmazione, nella supervisione e nel sostegno del processo riabilitativo in atto.



## Perché è importante lavorare in EQUIPE?

Quando in un bambino riscontriamo una difficoltà, un disturbo, una disabilità, raramente questa si manifesta in un solo ambito, che sia:

del linguaggio,  
neuro-motorio,  
visuo-spaziale,  
emotivo,  
comportamentale,  
socio relazionale,  
dell'apprendimento...

Molto più spesso abbiamo bisogno di intervenire su diversi aspetti in maniera sinergica e coordinata;



**per questo Progressi lavora in Equipe**

La nostra è un'equipe che si coordina e collabora per rispondere ad ogni esigenza, con l'obiettivo di stimolare e potenziare lo sviluppo del bambino nella sua globalità.

49

PROGRESSI S.R.L.

VIA LAGO DI MISURINA, 12, 00019, VILLA ADRIANA, TIVOLI (RM)  
Tel. 0774 1840343 | WhatsApp 348 1352808  
[www.progressietaevolutiva.it](http://www.progressietaevolutiva.it) - [info@progressietaevolutiva.it](mailto:info@progressietaevolutiva.it)

**Progressi** si avvale della collaborazione di:

- Neuropsichiatra infantile,
- Logopedisti,
- Terapisti della Neuro-psicomotricità,
- Tutor agli apprendimenti,
- Psicologi e Psicoterapeuti con competenze specifiche,
- Pedagogisti,
- Osteopata,
- Nutrizionista,
- Musicoterapeuta

### L'EQUIPE RIABILITATIVA ha il compito di:

1. effettuare le valutazioni di ingresso (visita medica specialistica, valutazioni funzionali iniziali);
2. definire, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine;
3. programmare le azioni e determinare le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;
4. verificare periodicamente la validità degli interventi programmati e valutare i risultati ottenuti (visite mediche intermedie, valutazioni funzionali intermedie, riunioni d'equipe con discussioni caso, osservazioni in terapia, GLH);
5. redigere il Progetto Riabilitativo o Cartella Clinica con lo scopo di monitorare l'evoluzione e le modificazioni della difficoltà, del disturbo o della disabilità;
6. redigere le Valutazioni Finali (visita medica specialistica finale, valutazioni funzionali finali).
7. Promuovere l'integrazione scolastica (diagnosi, funzionale, GLH), il coordinamento con referenti esterni e i contatti con i servizi sociosanitari del territorio.

L'Equipe riabilitativa, durante la "discussione del caso" (Riunione d'equipe), una volta concluse le valutazioni necessarie alla definizione della diagnosi, individua i trattamenti necessari alla riabilitazione del paziente, attraverso la stesura

del programma riabilitativo.

Il Responsabile del P.R. - ad avvenuta Riunione d'Equipe/Elaborazione progetto - effettua il Colloquio di Restituzione del Progetto ai familiari o agli affidatari del paziente e condivide gli obiettivi a breve, medio e lungo termine.

### COSA SI INTENDE PER ALLEANZA TERAPEUTICA?

Per ALLEANZA TERAPEUTICA noi di Progressi intendiamo



la condivisione di obiettivi e

la definizione di compiti reciproci ben precisi tra:

\* paziente \* terapeuti/terapeuti \* scuola \* famiglia

La **terapia**, che sia logopedica, neuropsicomotoria, psicologica, soprattutto quando riguarda i bambini (da zero a diciotto anni), diviene un **lavoro collaborativo** tra tutti i soggetti coinvolti.

**IL BAMBINO, L'EQUIPERIABILITATIVA, LA SCUOLA E LA FAMIGLIA devono essere tutti attivi nei loro ruoli!**

Tutti gli elementi di questa unione clinica, ognuno con la propria storia evolutiva, i propri ruoli, le proprie capacità e i propri sforzi, sono chiamati a sentirsi coinvolti nel percorso terapeutico, divenendo di estrema importanza proprio nella **costruzione dell'alleanza** e nella **conduzione di un progetto riabilitativo** che possa essere fonte di Progressi.

**L'ALLEANZA** rappresenta un **fattore terapeutico** con grande capacità di indirizzare e collaborare al buon esito del trattamento, configurandosi come un nucleo concettuale e clinico **di estrema rilevanza**.

**Il sistema cooperativo** è il migliore per il mantenimento di buoni livelli di alleanza, in cui il piccolo paziente, il/i terapeuta/i, la scuola e la famiglia lavorano insieme per il conseguimento di obiettivi condivisi.

## TABELLA COMPARATIVA: Differenze di approccio alla riabilitazione

SERVIZI		GRANDI CENTRI CONVENZIONATI	TERAPISTA AUTONOMA CHE RICEVE A DOMICILIO	STUDIO/CENTRO DI PRO- FESSIONISTI AUTONOMO NON AUTORIZZATO	Progressi
PRESA IN CARICO	1° Colloquio con coordinatrice dell'equipe e inquadramento caso specifico	✗	✓	✓	✓
	Visita Neuropschiatrica Infantile (se necessaria) con NPI interna all'equipe che seguirà il bambino durante tutto il percorso	✓	✗	✓ (non interno)	✓
	Tempi di attesa per l'attivazione della terapia	indefiniti	definiti	definiti	immediata
	Definizione del PRI (Progetto riabilitativo individuale) e condivisione con la famiglia	✓	✗	✗	✓
SVOLGIMENTO	Turnover delle figure terapeutiche	alto	?	?	prossimo a zero
	Osservazione DURANTE il ciclo terapeutico da parte del Neuropschiatra interno	✗	✗	✗	✓
	Riunione di follow up finale con Famiglia Neuropschiatra e Terapiste coinvolte, con analisi dei miglioramenti e discussione sull'avanzamento.	✓	No equipe	?	✓
	Flessibilità su scelta orario e spostamento terapie	✗	?	?	✓
	Segreteria disponibile 12 ore al giorno per spostamenti, avvisi o altre esigenze	✗	✗	?	✓
MATERIALE E STRUMENTI	Cartella clinica digitale per la famiglia che può trovare tutti i documenti relativi alla terapia comodamente da casa	✗	✗	✗	✓
	Materiale (DIARIO) per gli "appunti del genitore", per un monitoraggio più approfondito dei Progressi, (OPUSCOLI) per guidare il genitore durante il ciclo riabilitativo	✗	✗	✗	✓
	Download di Applicazione (app) per comunicare, interagire, scaricare materiale o avere quadro aggiornato sullo svolgimento del PRI	✗	✗	✗	✓
	Materiale per rafforzamento del lavoro extra terapia (a casa)	✗	✗	✗	✓
RISPETTO NORMATIVA	Autorizzazione sanitaria Regionale	✓	✗	✗	✓
	Presenza del Direttore sanitario	✓	✗	✗	✓
	Valutazioni convalidate dalla ASL per rimborsi	✓	✗	✗	✓
	Rispetto della normativa nazionale di Autorizzazione sanitaria	✓	✗	✗	✓
	Supervisione della ASL locale e Controlli continuativi degli standard e dei requisiti minimi e del personale impiegato	✓	✗	✗	✓
	Conformità agli standard di sicurezza degli spazi, ricambio aria, pulizia, barriere architettoniche e conformità dei locali alle normative antincendio.	✓	?	?	✓
SERVIZIO FINANZIARIO	Possibilità di sviluppare nel tempo il pagamento del PRI	✗	?	?	✓
	Possibilità di ottenere rimborsi da assicurazioni convenzionate.	✓	✗	✗	✓
	Supporto per richieste agevolazioni e rimborsi previsti dalla legge	✗	?	?	✓

