

PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede

Legale dell' Azienda Sanitaria Locale Roma 5 in data : 12 8 GEN. 2019

Il Direttore ad interim UOS Affari Generali
(Dott.ssa Marilù Saletta)

L'addetto alla Pubblicazione

Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

Il Direttore ad interim UOS Affari Generali
(Dott.ssa Marilù Saletta)

Tivoli, _____

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5
TIVOLI

DELIBERAZIONE N° 000079

DEL 12 8 GEN. 2019

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
PATOLOGICHE

Oggetto: Coefficienti di pesatura per la determinazione dell'urgenza, della gravità e
dell'appropriatezza dell'eventuale intervento riabilitativo.

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO f.f. Dott.ssa Marilù Saletta

☒ Favorevole ☐ Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

Marilù Saletta data 24/01/2019

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO Dr. Luciano Cifaldi

Il Direttore Sanitario Aziendale Vicario
☒ Favorevole ☐ Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

Giuseppe Nicolò data 25/01/19

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

☐ Senza osservazioni ☐ Con osservazioni (vedi allegato)

Il Presidente _____ data _____

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso
non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: _____

Registrazione n. 2019 RAG 00077 del 23 01 2019

Il Dir. UOC Bilancio e Contabilità (Dr. Fabio Filippi) Filippi

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento proponente, con la sottoscrizione del presente atto a
seguito dell'istruttoria effettuata attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il
servizio pubblico

Il Responsabile del Procedimento (Dott.ssa Licia Ponticello) Licia Ponticello

Il Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
(Dott. Giuseppe Nicolò) Giuseppe Nicolò

La presente deliberazione è costituita da n. 3 pagine

Da n. 1 allegati composti da un totale di pagine 15

Il Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche relaziona al Commissario Straordinario quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

VISTA la legge 833/78;

CONSIDERATA la L. 502/92;

CONSIDERATO il DPR 229/99;

CONSIDERATO l'art. 26 L. 833/78;

PRESO ATTO del DCA 8/2011 e s.m.i della Regione Lazio;

VISTO l'Atto Aziendale approvato con Deliberazione n°240 del 26/03/2015 in cui il TSMREE - Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva - è inserito all'interno del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche;

ESAMINATO il DCA N. 257 DEL 26/06/2018;

CONSIDERATA inoltre l'istituzione del gruppo di lavoro Regionale come dal Determinazione n° G05097/2018;

CONSIDERATI i requisiti previsti dal DGR 583/2002;

CONSIDERATO inoltre il DCA N. U00226 del 05/06/2018;

VISTO l'art. 34 riguardante i nuovi LEA;

VISTA la Legge 5 febbraio 1992, n. 104 Legge -quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate (G.U. 17 Febbraio 1992, n.39. S.O.);

VISTA la Deliberazione del Consiglio Regionale Lazio 13/07/1994, n. 1017 che istituiva i servizi TSMREE (Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva);

VISTE le Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione, provvedimento del 07/05/1998 (G.U. N. 124 del 30/05/1998) per la definizione delle tipologie e della strategia dell'intervento riabilitativo;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale 15 febbraio 2000, n.398 "Criteri e modalità per la richiesta di accreditamento provvisorio delle attività di riabilitazione erogate dalle strutture convenzionate con le Aziende sanitarie del Lazio ex art. 26 L. 833/78";

VISTO il D.P.C.M. 12/01/2017 Definizione dei livelli essenziali di assistenza;

VISTO il Piano Nazionale per il contenimento dei Tempi di Attesa, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29/11/2001;

VISTA la Conferenza Stato-Regioni, seduta del 14/02/2002, con oggetto "Schema Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze, sulle modalità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa;

VISTO il D.P.C.M. del 16/04/2002 Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa;

VISTO il D.M. 30/06/2004 Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale del 19/06/2007, n. 435 "Piano per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio. Criteri clinici di accesso ai trattamenti di riabilitazione in assistenza estensiva e di mantenimento in regime non residenziale";

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario Ad Acta del 05/09/2008, n. 16 "Riqualificazione dell'offerta di post-acuzie sia a livello di ricovero che a livello di specialistica ambulatoriale. Approvazione ridefinizione sistema dell'offerta";

VISTO il Piano Nazionale di Governo delle liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012;

VISTO l'Accordo Stato Regioni del 10/02/2011, Piano di indirizzo per la Riabilitazione;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta del 20/03/2012, n. 39 "Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale";

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta del 22/12/2014, n. 457 "Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni concernenti le Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS) con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico";

VISTA la DGR N. 932 del 30/12/2014 "Attuazione della deliberazione della Giunta Regionale del 27/05/2014 n. 314 "Recepimento dell'Accordo sancito in Conferenza Unificata del 22/11/2012. Linee guida programmatiche cliniche interventi in favore dei soggetti con disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico nella Regione Lazio";

Il Commissario Straordinario con i poteri di cui al Decreto del Presidente della Regione n. T00038 del 23.01.2018

DELIBERA

1. di adottare gli allegati coefficienti di pesatura per la determinazione dell'urgenza, della gravità e dell'appropriatezza dell'eventuale intervento riabilitativo in età evolutiva;
2. di adottare, dal 01/02/2019 tale procedura per tutti gli utenti della ASL ROMA 5;
3. di dare mandato al DSMDP di monitorare l'attuazione e l'efficacia di tale nuova procedura.
4. di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'Art. 32, comma 1, della Legge 18.09.2009, n. 69.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO f.f.
(Dott.ssa Marilu SALETTA)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Luciano CIFALDI)

Il Direttore Sanitario Aziendale Vicario
Dott. Giuseppe Nicolò

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott. Giuseppe QUINTAVALLE)

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta del 22/05/2015 "Documento Agenas-Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria "Riabilitazione nella Regione Lazio: fabbisogno, criteri di accesso/trasferibilità e tariffe". Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete assistenziale riabilitativa";

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta del 06/07/2015, n. 319 "Sostituzione del comma 2 del punto 5.1 del Documento allegato al Decreto del Commissario ad Acta n. U0039 del 20/03/2012, in ottemperanza alla Sentenza n. 3159 del 24/02/2015 – TAR Lazio – Sezione Terza Quater - Accesso al trattamento riabilitativo ambulatoriale";

DATO atto che la ASL RM 5 svolge, attraverso la UOC Tutela Salute Mentale e Riabilitazione per l'età Evolutiva (in seguito TSMREE), attività di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18), che presentano disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale, inclusi interventi a favore di minori e famiglie in situazione di abuso e/o maltrattamento, in accordo con l'Autorità Giudiziaria, nonché attività di coordinamento con i Centri di Riabilitazione privati accreditati del territorio, ivi compresa l'attività di consulenza e di verifica tecnica per la parte di competenza, nei confronti delle istituzioni riabilitative di recupero, residenziali e non residenziali, convenzionate, come previsto dai commi 5, 11 e 14 dell'art. 37-bis della DGR 1017 DEL 1994;

DATO atto che i Centri di Riabilitazione privati accreditati sul territorio aziendale per le attività di riabilitazione (ex art. 26, L.833/78) svolgono come previsto dall'art. 26 L.833/1978, "prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa,...quando l'unità sanitaria locale non sia in grado di fornire il servizio direttamente;

PRESO ATTO della richiesta di interventi riabilitativi per i minori affetti da patologia, disabilità ed in particolare da disturbi gravi o gravissimi, nonché i minori non autosufficienti;

CONSIDERATO che i servizi TSMTREE della ASL ROMA 5 non sono, al momento, in grado di assolvere ai bisogni riabilitativi e assistenziali di tutte le persone richiedenti;

PRESO ATTO della necessità di ricorrere attraverso percorsi virtuosi ai servizi regolarmente accreditati dalla Regione Lazio presenti nel territorio;

PRESO ATTO che le attuali liste di attesa non consentono di rispondere tempestivamente a condizioni urgenti e non differibili in quanto organizzate solo secondo un criterio temporale;

CONSIDERATA le necessità di gestire concordemente con il privato accreditato tempistiche e priorità di accesso ai trattamenti riabilitativi;

Per i motivi espressi in narrativa, quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento si propone al Commissario Straordinario:

1. di adottare gli allegati coefficienti di pesatura per la determinazione dell'urgenza, della gravità e dell'appropriatezza dell'eventuale intervento riabilitativo in età evolutiva;
2. di adottare, dal 01/02/2019 tale procedura per tutti gli utenti della ASL ROMA 5;
3. di dare mandato al DSMDP di monitorare l'attuazione e l'efficacia di tale nuova procedura.
4. di disporre che il presente atto **venga pubblicato** nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'Art. 32, comma 1, della Legge 18.09.2009, n. 69.

Si dichiara che il presente schema di deliberazione è stato istruito e proposto dal Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche nel rispetto delle procedure aziendali, della legislazione vigente e dei requisiti di utilità ed opportunità dell'attività aziendale.

**IL DIRETTORE DEL
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE**
Dott. Giuseppe Nicolo





La Griglia è composta da 4 + 1 Criteri:

Gravità	E.C./Disturbo	Precedenti Interventi	Disagio Sociale	Tempo di Attesa
---------	---------------	-----------------------	-----------------	-----------------

Il Criterio **Gravità** è composto da più **Indicatori** che riflettono la clinica del Disturbo

Indicatori	DSL	DSA	DFM	BLC scol	RPM, DI	DGS
URGENZA	X	X	X	X	X	X
NECESSITA'	X	X	X	X	X	X
TIPOLOGIA	X	X	X			
ENTITA'	X	X	X			
FUNZ INTELL	X	X	X	X	X	X
FUNZ ADATTIVO				X	X	X
DISSOCIAZ COGNITIVE				X	X	
COMPETENZE COMUNICATIVO- LINGUISTICHE						X
ASSOC/COMORB	X	X	X	X	X	X

Ciascuna di queste voci è gestita da specifiche tabelle, qui ne riportiamo alcune che possono essere di aiuto nella compilazione delle specifiche schede

[Criterio Gravità] URGENZA

DSL	- Dist. del comport e/o della relazione e/o - Deficit CV e/o disturbo espressivo esteso in età prescolare e in 1^a EI
DSA	- Ampie difficoltà linguistiche e/o visuo-spaziali e prassiche che peggiorano la prognosi e/o - Dist. del comport e/o psicopatologico e/o - Deficit Comprensione in lettura a partire dagli 8 anni (fine 2^a EI.)
DFM	- ADHD e/o - Dis. Psicopat. reattivo e/o non del tutto strutturato e/o - l'ultimo anno della scuola materna
BLC scol	- Dist. del comport e/o della relazione e/o - Disomogeneità profilo
RPM DI_L DI_M DI_G	- Dist. del comport e/o della relazione e/o - Disomogeneità profilo e/o - Età < 6 aa.
DGS	- Dist. del comport e/o - I bambini 0 - 3 anni con ritardo significativo (e.s.: tra i 3 ed i 6 mesi) e/o atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie e comunicativo-linguistiche e/o - Età < 6 aa.

[Criterio Gravità] INTERVENTO NECESSARIO (Finestra evolutiva)

DSL	l'ultimo anno della scuola materna e la 1 ^a Elementare
DSA	la fine della 2 ^a EI. (da Aprile della 2 ^a EI.) e tutta la 3 ^a EI.
DFM	l'ultimo anno della scuola materna
BLC scol	la 3 ^a EI.
RPM	la fascia di età 3 - 6 anni *
DI_L	la fascia di età 3 - 6 anni *
DI_M	la fascia di età 3 - 6 anni *
DI_G	la fascia di età 3 - 6 anni *
DGS	la fascia di età 3 - 6 anni *
* Nei bb 0 - 3 anni con ritardo significativo (e.s.: tra i 3 ed i 6 mesi) e/o atipie nelle principali acquisizioni	

Handwritten signature

neuro-psicomotorie e comunicativo-linguistiche è necessario l'intervento riabilitativo precoce e globale per tutti i casi

La somma dei punteggi assegnati a ciascun *Indicatore* costituisce il punteggio del Criterio **Gravità** che in relazione alla Diagnosi, viene ricondotto ad un valore tra 1 e 4 attraverso la seguente tabella

Gravità	1	2	3	4
DSL	da 85 – 251	252 – 417	418 – 583	584 – 750
DFM	da 100 a 250	250 – 400	401 – 550	551 – 700
DSA	da 75 a 231	232 – 387	388 – 543	544 – 700
BLC	da 200 a 318	319 – 437	438 – 556	557 – 675
DI	da 125 a 243	244 – 362	363 – 481	482 – 600
DGS	da 150 a 262	263 – 375	376 – 487	487 – 600

Criterio E.C./Disturbo

Questo Criterio è gestito completamente da quest'unica tabella

Fascia di età/Disturbo	1	2	3	4
DSL	≥ 7 anni	6 – 6,11 anni	5 – 5,11 anni	Fino a 4,11 anni
DFM	≥ 11 anni	9 – 10,11 anni	6,1 – 8,11 anni	Fino a 6 anni
DSA	≥ 12 anni	10-11,11 anni	8 -9,11 anni	Fino a 7,11 anni
BLC	≥ 12 anni	10, – 11,11	8 - 9,11	Fino a 7,11 anni
DI L	≥ 12 anni	9 – 11,11	6 – 8,11	Fino a 5,11 anni
DI M e G	≥ 10 anni	8 – 9,11	6 – 7,11	Fino a 5,11 anni
DGS	≥ 12 anni	9 – 11,11	6 – 8,11 anni	Fino a 5,11 anni

Criterio Precedenti Interventi

Questo Criterio è gestito completamente da quest'unica tabella:

- Punteggio 0:** Presenza documentale, conoscitiva nella LdA di un soggetto che ha già svolto un intervento riabilitativo e che ai controlli non necessita di altri interventi riabilitativi;
- Punteggio 1:** Presenza attiva nella LdA di un soggetto che pur avendo già svolto un intervento riabilitativo individualizzato, ai controlli risulta averne ancora necessità;
- Punteggio 2:** Presenza attiva nella LdA di un soggetto che avendo già svolto più di un intervento a cicli e/o in gruppo, ai controlli risulta avere necessità di un intervento riabilitativo (**individualizzato**);
- Punteggio 3:** Presenza attiva nella LdA di un soggetto che avendo già svolto un intervento a cicli e/o in gruppo, ai controlli risulta avere necessità di un intervento riabilitativo (**individualizzato**);
- Punteggio 4:** Presenza attiva nella LdA di un soggetto al suo primo inserimento per un intervento riabilitativo individualizzato o trasferitosi da altra ASL dove era in atto un intervento individualizzato interrotto a causa del trasferimento.

Punti Critici da Affrontare:

1. Nell'assegnare un valore numerico al Funzionamento Intellettivo (QIT) per i DSS (specie per DSA), dovremmo considerare il Principio della Discrepanza

DSL	QI<90
	90<QI<100
	100<QI<110
	QI>110

DSA	QI<85
	85<QI<95
	95<QI<105
	QI>105

DFM	QI<85
	85<QI<95
	95<QI<105
	QI>105

COGNITIVO/DS Gravità	-1 DS	-2 DS	-3 DS
<i>QI 70 - 84</i>	25		100
<i>85<QI<109</i>	50		75
<i>110<QI<129</i>	75		50
<i>QI>129</i>	100		25

QI – WISC III	Classificazione
130 e superiori	Eccezionalmente alto
120-129	Alto
110-119	Medio alto
90-109	Medio
80-89	Medio basso
70-79	Basso
69 e inferiori	Eccezionalmente basso

2. -----

Handwritten signature



Cognome e Nome:

Inviante/Case manager:

Data di nascita:

Data inserimento:

RPM e RM (L; M-G)

GRAVITA'	URGENZA		Dist. del comport e/o della relazione Disomogeneità profilo Età < 6 aa.	100	PT
	INTERVENTO NECESSARIO		< 6 aa.	100	
	PRIORITA'	Funz. Adatt.	Superiore	in base all'età	
			Medio		
			inferiore		
		Dissociazione cognitive	Lievi	In base all'età	
			Marcate		
		cognitivo		età	
		Associazione	DSS e/o Dist. Psicopat.	età	
	TOTALE				
	Corrisponde a:	da min 125 a max 600 con a intervalli di 118,75	<231	1	
			231<362	2	
			363<481	3	
			>481	4	
ETA'			DIM_G	DIL	
			> 10	>12aa	1
			8 - 9,11	9 - 11,11	2
			6,1 - 7,11	6 - 8,11	3
			Fino a 6	<5,11	4
Precedenti interventi			Già individ.cont.	1	
			Già più cicli	2	
			Già 1 ciclo	3	
			Mai terapia	4	
DIS. SOCIALE					
TOTALE					

DI

Da 125 a 243

244 - 362

363 - 481

482 - 600

FIRMA DEL GENITORE:

Tab CRITERI DI PRIORITA' NELLE DISABILITA' INTELLETTIVE

Tab. Priorità DI	0 – 2,11 anni	3 – 5,11 anni	6 – 10 anni	> 10 anni
età	la fascia d'età 0-3 anni appare criterio di priorità, soprattutto nelle sindromi conosciute e con alta probabilità di DI, e/o di fronte a rallentamenti di molte linee di sviluppo, in presenza di segnali di isolamento e/o di difficoltà di comunicazione;	la fascia di età 3-6 anni è in assoluto criterio di priorità		
gravità: Q.I.	In base agli obiettivi del trattamento la priorità legata al QI va considerata in termini direttamente proporzionali con l'età: tanto più bassi sono il QI e l'età cronologica tanto più è prioritario l'intervento			
dissociazioni cognitive	se la differenza supera i 6-12mesi		se la differenza è di almeno 12 mesi	la differenza deve superare i 24 mesi
funzioni adattive	se la differenza supera i 6-12mesi		se la differenza è di almeno 12 mesi	la differenza deve superare i 24 mesi
profilo affettivo-relazionale	la presenza di un disturbo psicopatologico emergente costituisce sempre un criterio di priorità			
La pervasività (Numero di aree colpite e loro disomogeneità) costituisce criterio di urgenza				

Tab CRITERI DI PRIORITA' NELLE DISABILITA' INTELLETTIVE: PUNTEGGIO

Età Cronologica [E.C.]

Fascia di età/Disturbo	1	2	3	4
BLC	≥ 12 anni	10, - 11,11	8 - 9,11	Fino a 7,11 anni
DI L	≥ 12 anni	9 - 11,11	6,1 - 10,11	Fino a 6 anni
DI Me G	≥ 10 anni	8 - 9,11	6,1 - 7,11	Fino a 6 anni

Urgenza, Intervento Necessario e Priorità

INTERVENTO NECESSARIO: alla fascia di età 3-6 anni viene assegnato un punteggio 100 indipendentemente dalla gravità della DI, nei bb di 3 anni con ritardo significativo (e.s.: tra i 3 ed i 6 mesi) e/o atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie e comunicativo-linguistiche è necessario l'intervento riabilitativo precoce e globale per tutti i casi

CONDIZIONI DI URGENZA: la presenza di una di questa condizione implica un punteggio di 100

La pervasività (La numerosità e la disomogeneità delle aree colpite) costituisce criterio di urgenza
Il profilo affettivo, emotivo, comportamentale compromesso costituisce criterio di urgenza

CONDIZIONI DI PRIORITA': per un punteggio massimo di 400 punti da sommare all'eventuale **punteggio di urgenza** ed al **p.E.**

PRIORITA'	NELLE D.I.	0 – 2,11 anni	3 – 5,11 anni	6 – 10 anni	> 10 anni
1. Gravità: Q.I.	Limite o Lieve	100	100	100	100
	Medio	100	100	75	75
	Grave	100	100	50	50
	Profondo	100	100	25	25
2 Funz. Adatt Con riferimento al QI di deviaz	Superiore	100	100	50	50
	Medio	100	100	75	75
	Inferiore	100	100	100	100
3 Dissoc cognitive	Δ lievi: 6-12 mesi	100	100	50	24 mesi 50
	Δ marcate > 6-12 mesi	100	100	75	>24 mesi 75
4 Associazione con DSS c/o profilo affettivo, emotivo, comportamentale compromesso	Associazione presente	100	100	75	50
				100	100
Tot					



Cognome e Nome:

Inviante/Case manager:

Data di nascita:

Data di inserimento:

BORDERLINE COGNITIVO (Funzionamento Intellettivo Limite) in età scolare

GRAVITA'	URGENZA		Dist. del comport e/o della relazione	100	PT
	INTERVENTO NECESSARIO		Disomogeneità profilo III elementare	100	
	PRIORITA'	Funz. Adatt.	superiore	50	
		<i>QI di Deviazione</i>	medio	75	
			inferiore	100	
		Dissociazioni cognitive	lievi	50	
			Marcate	75	
		cognitivo		100	
		Associazione	DSS	100	
			Dist. Psicopat.	100	
TOTALE					
	Corrisponde a:	da min 200 a max 675 con 4 intervalli di 118,75	<318	1	
			319<437	2	
			438<556	3	
			>557	4	
ETA'			>12aa	1	
			10<11,11	2	
			8<9,11	3	
			<7,11	4	
Precedenti interventi			Già individ.cont.	1	
			Già più cicli	2	
			Già 1 ciclo	3	
			Mai terapia	4	
DIS. SOCIALE					
TOTALE					

BLC

Da 200 a 318

319 - 437

438 - 556

557 - 675

1

2

3

4

FIRMA DEL GENITORE:



Cognome e nome:

Inviante/Case manager:

Data di nascita:

Data inserimento:

DFM DISTURBO DELLA FUNZIONE MOTORIA

GRAVITA'	URGENZA	Comorbidità	ADHD:	100	PT
		con	Dis. Psicopat. reattivo e/o non del tutto strutturato		
	INTERVENTO NECESSARIO		l'ultimo anno della scuola materna	100	
	PRIORITA'	tipologia	In età prescolare	100	
		<i>prestazioni inferiori a 3 DS o con discrepanza di 3 anni rispetto all'EC definiscono il dist. Grave</i>	Nella fascia 6-8,11 aa se il dist è grave	75	
			Nella fascia 6-8,11 aa	50	
			Nella fascia 9 - 11 anni	25	
		entità Qualsiasi valutazione riferibile a	>- 3DS $\Delta > 36$ mesi	100	
			- 3 DS $\Delta 36$ mesi	75	
			- 2 Ds $\Delta 24$ mesi	50	
		cognitivo	QI<85	100	
			85<QI<95	75	
			95<QI<105	50	
			QI>105	25	
		Associazione	DSS	100	
		Dist. Psicopat.	Dist. Psicopat.	100	
TOTALE					
	Corrisponde a:	da min 100 a max 700 con 4 intervalli di 150	fino a 250	1	
			250 - 400	2	
			401 - 550	3	
			>550	4	
ETA'			>11aa	1	
			9 - 10,11 anni	2	
			6,1 - 8,11 anni	3	
			Fino a 6 anni	4	
Precedenti interventi			Già individ.cont.	1	
			Già più cicli	2	
			Già 1 ciclo	3	
			Mai terapia	4	
DIS. SOCIALE					
TOTALE					

DFM

Da 100 a 250

250 - 400

401 - 550

551 - 700

FIRMA DEL GENITORE:

Cognome e Nome:

Inviante/Case manager:

Data di nascita

Data Inserimento

DGS

GRAVITA'	URGENZA		Dist. del comport I bambini 0 - 3 anni con ritardo significativo (e.s.: tra i 3 ed i 6 mesi) e/o atipie nelle principali acquisizioni neuro- psicomotorie e comunicativo-linguistiche Età < 6 aa.	100	PT
		INTERVENTO NECESSARIO		< 6 aa.	100
		PRIORITA'	Funz. Adatt.	Con riferimento all'Età Equivalente	in base all'età
			Competenze Comunicativo linguistiche	Non Verbale	in base all'età
				Verbale basso	
				Verbale alto	
			Presenza di	Dist. Comportamento	100
				.	
		TOTALE			
		Corrisponde a:	da min 150 a max 600 con 4 intervalli di 112,50	<262	1
				263 - 375	2
				376 - 487	3
				> 487	4
				>12aa	1
				9<11,11	2
				6<8,11	3
				<5,11	4
		Precedenti interventi		Già individ.cont.	1
				Già più cicli	2
				Già 1 ciclo	3
				Mai terapia	4
		DIS. SOCIALE			
		TOTALE			

DGS

Fino a 262

263 - 375

376 - 487

487 - 600

[Handwritten signature]

Tab CRITERI DI PRIORITA' NEI DGS: PUNTEGGIO
Età Cronologica [E.C.]

	1	2	3	4
DGS	≥ 13 anni	8 – 12,11 anni	6 – 7,11 anni	Fino a 6 anni

Urgenza , Intervento Necessario e Priorità

Criterio di Gravità nei DGS

Condizioni di Urgenza

Urgenza: Punti 100

- L'età 3 – 6 anni
 - I bambini 0 - 3 anni con ritardo significativo (e.s.: tra i 3 ed i 6 mesi) e/o atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie e comunicativo-linguistiche
- La presenza di **problematiche comportamentali**

Intervento Necessario. Punti 100

- la fascia di età 3 – 6 anni *
- * Nei bb 0 - 3 anni con ritardo significativo (e.s.: tra i 3 ed i 6 mesi) e/o atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie e comunicativo-linguistiche è necessario l'intervento riabilitativo precoce e globale per tutti i casi

Condizioni di Priorità

		0 – 2,11 anni	3 – 5,11 anni	6 – 10 anni	> 10 anni
Q.I.	< 70	100	100	100	100
	> 70	100	100	50	50

Competenze Comunitativo linguistiche	Non verbale	100	100	100	100
	Verb. basso	100	100	75	75
	Verb. alto	75	100	50	50

Funz Adattativi Con riferimento a Età Equiv	Δ lievi: 6-12 mesi	100	100	50	24 mesi	50
	Δ marcate > 6-12 mesi	100	100	100	>24 mesi	75

Probl. Comportamento	Dist presente	100	100	100	100
-----------------------------	---------------	-----	-----	-----	-----

TOT					
------------	--	--	--	--	--

Il punteggio della Gravità dei DGS varia da 150 a 600

150 - 262	263 - 375	376 - 487	488 - 600
1	2	3	4



Cognome e nome:

Inviante/Case manager:

Data di nascita:

Data inserimento:

DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO

GRAVITA'	URGENZA		Ampie difficoltà linguistiche e/o visuo-spaziali e prassiche che peggiorano la prognosi	100	PT
			Dist. del comport e/o psicopatologico		
			Deficit Comprensione in lettura a partire dagli 8 anni (fine 2 ^a EL.)		
		INTERVENTO NECESSARIO	la fine della 2 ^a EL. (Aprile della 2 ^a EL.) e tutta la 3 ^a Elementare	(da Aprile della 2 ^a EL.) e III ^a elementare	100
		PRIORITA'	tipologia	Deficit Compr. Lettura a partire dagli 8 anni (fine 2^a EL.)	100
				Deficit letto/scrittura senza Dist. Compr., compreso il Dist. Evol. Spec. Misto	75
				Deficit Compr. Lettura in età inferiore agli 8 anni	50
			<u>A partire dalla fine della 4^a EL.</u>	Il dist. di comprensione della lettura, della scrittura e la discalculia come difficoltà di transcodifica numerica sono ancora sensibili al trattamento: punti 25	25
		entità Qualsiasi valutazione riferibile	a - 1,5 DS per ciascun parametro (rapidità, correttezza o fatti aritmetici + algoritmi calcolo + conteggio + transcodifica) Cioè più abilità a -1,5 DS		25
			a - 2 DS anche se per un solo parametro		50
			a - 3 DS anche se per un solo parametro		75
			a - 4 DS anche se per un solo parametro		100
		cognitivo	QI<85		100
			85<QI<95		75
			95<QI<105		50
			QI>105		25
		Associazione	DCM e/o DSL Entro gli 8 anni (fine 2 ^a EL.) un pregresso DSL o DFM: punti 100, altrimenti punti 0		100
		Dist. Psicopat.	Dist. Psicopat.		100
TOTALE		Corrisponde a:	da min 75 a max 700 con 4 intervalli di 156,25	<231 232<387 388<543 >543	1 2 3 4
ETA'				>12aa 10<11,11 8<9,11 <7,11	1 2 3 4
Precedenti interventi				Già individ.cont. Già più cicli Già 1 ciclo Mai terapia	1 2 3 4
DIS. SOCIALE					
TOTALE					

DSA

Da 75 a 231

232 - 387

388 - 543

544 - 700

FIRMA DEL GENITORE:



Cognome e Nome:

Inviante/Case manager:

Data di nascita:

Data inserimento

DISTURBI SPECIFICI DI LINGUAGGIO

GRAVITA'	URGENZA	Dist. del comport e/o della relazione e/o Deficit CV e/o disturbo espressivo esteso in età prescolare e in 1 [^] El.	100	PT
		Ultimo anno Scuola materna e 1 [^] El	100	
INTERVENTO NECESSARIO	PRIORITA'	TIPOLOGIA (scelta da min 25 a max 100)	Deficit CV e/o disturbo espressivo esteso in età prescolare e in 1 [^] El	100
			Deficit CV in età scolare dalla 2 [^] El.	75
			Deficit morfo/sintattico e/o lessicale	50
			Deficit Fonologico	25
		ENTITA' Da min 10 a max 150	Pervasività 10 Pt per ogni area linguistica compromessa • Fonologico • Lessicale • Morfosintattico • Pragmatico • Narrativo <i>raddoppiati in caso di deficit della comprensione</i>	Da 10 a 100
			Gravità	
			1DS<2DS	25
			2DS<3DS	37,5
			>3DS	50
		COGNITIVO	QI<90	100
			90<QI<100	75
			100<QI<110	50
			QI>110	25
		Associazione DSS	DCM	100
		Dist. Psicopat.	Dist. Psicopat.	100
TOTALE				
Corrisponde a:		Da min 85 a max 750 con intervallo di 166,25	<251	1
			252 - 417	2
			418 - 583	3
			584 - 750	4
ETA'			>7aa	1
			6 - 6,11	2
			5 - 5,11	3
			Fino a 4,11	4
INSERIMENTO			Già individ.cont.	1
			Già più cicli o più gruppi	2
			Già 1 ciclo o 1 gruppo	3
			Mai terapia	4
DIS. SOCIALE				
TOTALE				
DSL	1 85 - 251	2 252 - 417	3 418 - 583	4 584 - 750

[Handwritten signature]

SCHEDA RIASSUNTIVA

Gravità DSS	
Urgenza	
Necessità	
Tipologia	
Entità	
QI	
DSS pregresso o assoc	
Profilo Affet-emoz-comport	
TOT	

Gravità DI - BLC - RPM	
Urgenza	
Necessità	
QI	
Dissoc Cognitive	
FA	
Assoc DSS	
Profilo affett. relaz. comport.	
TOT	

Gravità DGS	
Urgenza	
Necessità	
QI	
Comp. Comunic-ling	
FA	
Probl. Comportamento	
TOT	

CRITERIO		Grading			
Gravità del disturbo		1	2	3	4
Età Cronologica/Disturbo		Le fasce di età variano in base alla diagnosi [Tab. 4d]			
		1	2	3	4
Precedenti Interventi	Ha già svolto 1 intervento individuale, la presenza nella LdA ha solo valore documentale conoscitivo	Ha già svolto 1 intervento individuale ma necessita	Ha già svolto più di 1 ciclo o gruppo	Ha già svolto 1 ciclo o gruppo	Non ha mai svolto alcuno intervento o si è trasferito da altra ASL dove era in atto un intervento
	0	1	2	3	4
Disagio sociale		0	1	2	3
Scoring		Da un valore minimo di 2 ad uno massimo di 16 *			
Tempo di Attesa		0,33 di punto per 1 mese, 1 punto ogni trimestre e 4 punti ogni anno di attesa			
TOT					

* Scoring	I	II	III	IV
	2 - 5	6 - 8	9 - 12	13 - 16

Cognome	Nome	Nato il	Inserito il	Età Cronologica (aa e mm)	Diagnosi	Case Manager

Genitore-Firma

U.O.C. TSMREE-DA Distretto _____

ASL Firma e Timbro

Tab. 4b "intervento necessario"

- per il DSL
l'ultimo anno della
scuola materna e la 1^a
Elementare
- per il DFM
l'ultimo anno della
scuola materna
- per il DSA la
fine della 2^a El. (da Aprile
della 2^a El.) e tutta la 3^a El.
- Per il BLC, il RPM e le
DI la fascia di
età 3 - 6 anni *
- per i DGS la
fascia di età 3 - 6 anni *

* Nei bb 0 - 3 anni con ritardo
significativo (e.s.: tra i 3 ed i 6
mesi) e/o atipie nelle principali
acquisizioni neuro-
psicomotorie e comunicativo-
linguistiche è necessario
l'intervento riabilitativo
precoce e globale per tutti i
casi

Fascia di età/Disturbo	1	2	3	4
DSL	≥.7 anni	6 - 6,11 anni	5 - 5,11 anni	Fino a 4,11 anni
DFM	≥ 11 anni	9 - 10,11 anni	6,1 - 8,11 anni	Fino a 6 anni
DSA	≥ 12 anni	10- 11,11 anni	8,1- 9,11 anni	Fino a 8 anni
BLC	≥ 12 anni	10,- 11,11	8 - 9,11	Fino a 7,11 anni
DI L	≥ 12 anni	9 - 11,11	6 - 10,11	Fino a 5,11 anni
DI M e G	≥ 10 anni	8 - 9,11	6 - 7,11	Fino a 5,11 anni
DGS	≥13 anni	8- 12,11	6 - 7,11 anni	Fino a 5,11 anni

Precedenti Interventi	3a. Punteggio 0: Presenza documentale, conoscitiva nella LdA di un soggetto che ha già svolto un intervento riabilitativo e che ai controlli non necessita di altri interventi riabilitativi;
	3b. Punteggio 1: Presenza attiva nella LdA di un soggetto che pur avendo già svolto un intervento riabilitativo individualizzato, ai controlli risulta averne ancora necessità;
	3c. Punteggio 2: Presenza attiva nella LdA di un soggetto che avendo già svolto più di un intervento a cicli e/o in gruppo, ai controlli risulta avere necessità di un intervento individualizzato;
	3d. Punteggio 3: Presenza attiva nella LdA di un soggetto che avendo già svolto un intervento a cicli e/o in gruppo, ai controlli risulta avere necessità di un intervento individualizzato;
	3e. Punteggio 4: Presenza attiva nella LdA di un soggetto al suo primo inserimento per un intervento riabilitativo individualizzato o trasferitosi da altra ASL dove era in atto un intervento individualizzato interrotto a causa del trasferimento.

Gravità	1	2	3	4
BLC	Fin	319	438	557
o a	-	-	-	-

		318	437	556	675
DI	Fin	244	363	482	
	o a	-	-	-	
DGS	Fin	243	362	481	600
	o a	-	-	-	
DSL	Fin	262	375	487	600
	o a	-	-	-	
DSA	Fin	251	417	583	750
	o a	-	-	-	
DFM	Fin	232	388	544	
	o a	-	-	-	
	Fin	250	401	551	
	o a	-	-	-	
		250	400	550	700



Test valutazione apprendimento scolastico

A scelta e/o secondo esigenze cliniche:

Lettura

Comprensione

Prove MT (I elementare intermedia – III media);

Prove Alce (I elementare – V elementare).

Velocità/Correttezza

Prove MT (I elementare intermedia – III media)

Prove Alce (I elementare – V elementare);

DDE-2: lettura parole e non-parole (II elementare – III media).

Scrittura

Correttezza ortografica

DDE-2: dettato parole, non-parole e omofoni;

BVUSCO: dettato brano.

Contenuto

BVUSCO: prove di descrizione e narrazione.

Aspetti esecutivi

BHK (II elementare – V elementare)

Calcolo

Prove AC-MT (I elementare – III media).

Precisazioni

I bambini che stanno ripetendo una classe vengono considerati effettivamente appartenenti a quella classe, sia per le prove da somministrare, sia per il criterio *Necessità*.

Per i bambini con altro disturbo specifico (es. difficoltà prassiche, difficoltà linguistiche), si effettueranno anche i test che prevede la scheda relativa al secondo disturbo (3 + 2 ore di valutazione in totale).

Il presente schema è stato costruito essenzialmente in riferimento alla scheda DSA per l'inserimento in Lista d'Attesa; i test sono comunque utilizzabili, compatibilmente con il profilo del bambino, anche per la valutazione dell'apprendimento dei disturbi globali dello sviluppo (DI, DGS, BLC).

Rispetto ad ADHD, disturbi intellettivi o disturbi comportamentali/psicopatologici associati, si rimanda alla valutazione degli altri specialisti.

Gruppo terapisti

**Test valutazione aspetti comunicativo-linguistici****0-48 mesi**

Scale Griffiths

*E/o (a scelta e secondo esigenze cliniche):***Comprensione verbale**

PVB (McArthur – 8/30 mesi)

TVL (Erickson – dai 30 mesi)

TFL (Erickson – dai 36 mesi)

PVCL (Rustioni – dai 36/42 mesi)

TNL (Cossu – dai 36 mesi)

Produzione verbale*Livello fonologico*

Quantitativo TVL

Qualitativo Fanzago/PFLI

Livello lessicale

PVB

TVL

TFL (dai 30 mesi)

TNL

Livello morfo-sintattico

TVL/PVB (fasi svil. sint.)

Bus Story Test (dai 36 mesi)

Livello narrativo

Quantitativo Bus Story Test

Qualitativo RV/RO

Livello pragmatico

Quantitativo TPL (Axia- 12-36 mesi)

Quali-quantitativo Questionario ASCB
(Bonifacio-Girolametto – 12-36 mesi)

Qualitativo Osservazione

Da 48 mesi in su

A scelta e secondo esigenze cliniche:

Comprensione verbale

TNL/TFL

Peabody (per i bambini > 9 aa)

PVCL (Rustioni)

Produzione verbale*Livello fonologico*

Quantitativo TVL

Qualitativo Fanzago/PFLI

Livello lessicale

TNL/TFL

Boston Naming Test

Livello morfo-sintattico

TVL

Bus Story Test

Livello narrativo

Quantitativo Bus Story Test

Qualitativo RV/RO

Livello pragmatico

Quantitativo (Medea)

Qualitativo Osservazione

Precisazioni

Per i bambini più piccoli (0-36/42), le Griffiths possono costituire uno strumento più agile per individuare difficoltà nello sviluppo linguistico; inoltre, consentono di effettuare un profilo di sviluppo, rilevando eventuali difficoltà anche in altre aree. C'è però la necessità di somministrare, dove possibile, anche altri test per specificare tipologia, entità e pervasività del disturbo.

Il test Axia per molte di noi risulta obsoleto; è però l'unico che abbiamo per valutare in modo standardizzato gli aspetti pragmatici (il test Medea non è ancora completamente disponibile per mancanza del materiale). In alternativa c'è il questionario ASCB.

Dei due test a disposizione per comprensione e produzione lessicale (TFL e TNL), il TNL sembra più appropriato per vari motivi, quindi sarebbe preferibile al TFL (tranne che per la valutazione della comprensione lessicale dei bambini di 2,6 aa, non consentita dal TNL).

Per i bambini con altro disturbo specifico (es. difficoltà motorio-prassiche, difficoltà di apprendimento), si effettueranno anche i test che prevede la scheda relativa al secondo disturbo (3 + 2 ore di valutazione in totale).

Il presente schema è stato costruito essenzialmente in riferimento alla scheda DSL per l'inserimento in Lista d'Attesa; i test sono comunque utilizzabili, compatibilmente con il profilo del bambino, anche per la valutazione degli aspetti comunicativo-linguistici dei disturbi globali dello sviluppo (DI, DGS, BLC).

Rispetto ad ADHD, disturbi intellettivi o disturbi comportamentali/psicopatologici associati, si rimanda alla valutazione degli altri specialisti.

Gruppo terapisti

**Test valutazione aspetti motorio-prassici****0-36 mesi**

Scale Griffiths

Oppure (a scelta e secondo esigenze cliniche):

GAP-T

ABC-Movement 2

Oseretsky

Da 36 mesi in su*A scelta e secondo esigenze cliniche*

GAP-T

ABC-Movement 2

Oseretsky

VMI

Oppure (bambini con DI o non collab.):

Scale Griffiths

Precisazioni

Per i bambini più piccoli (0-36), le Griffiths possono costituire uno strumento più agile per individuare difficoltà nello sviluppo motorio-prassico; inoltre, consentono di effettuare un profilo di sviluppo, rilevando eventuali difficoltà anche in altre aree. Questo può anche aiutare ad affrontare i problemi di diagnosi differenziale tra DCM e RPM che spesso si pongono per i più piccoli, fermo restando che solo la discussione in équipe può orientare la diagnosi.

(A margine della discussione del gruppo terapeuti, c'è la proposta di modificare sulla scheda da -3DS a -2DS il punteggio che comporta l'assegnazione di 100 punti alla gravità in base al parametro entità: appare infatti difficile riscontrare, soprattutto nei più piccoli, il discostamento di tre anni dall'età cronologica o di 3DS in meno rispetto alla norma. Tale modifica deve essere però ancora concordata con gli altri operatori del servizio TSMREE).

Nei bambini più grandi (oltre i 36 mesi), invece, l'utilizzo dei test specifici consentirebbe una diagnosi più accurata sui disturbi relativi alla scheda (DCM e/o disturbo prassico).

Per esigenze di tempo, si può iniziare proponendo al bambino la GAP-T (più breve e facile): se già da questa scala emerge il disturbo, la diagnosi è possibile e non si va oltre; se invece il bambino completa la GAP-T senza particolari difficoltà, si somministra un test di organizzazione motoria ed eventualmente il VMI.

Per i bambini con altro disturbo specifico (es. difficoltà linguistiche, difficoltà di apprendimento), si effettueranno anche i test che prevede la scheda relativa al secondo disturbo (3 + 2 ore di valutazione in totale).

Il presente schema è stato costruito essenzialmente in riferimento alla scheda DCM per l'inserimento in Lista d'Attesa; i test sono comunque utilizzabili, compatibilmente con il profilo del bambino, anche per la valutazione degli aspetti motorio-prassici dei disturbi globali dello sviluppo (DI, DGS, BLC).

Rispetto ad ADHD, disturbi intellettivi o disturbi comportamentali/psicopatologici associati, si rimanda alla valutazione degli altri specialisti.

Gruppo terapeuti