

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

DECRETO N. 31 DEL 25.03.2019

OGGETTO: Linee di indirizzo per la diagnosi e la presa in carico della persona con disabilità intellettiva in età evolutiva.

(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017 – acta vii “attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale”).

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)*” e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 “*Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*”;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario ad acta il dott. Joseph Polimeni e quale subcommissario ad acta il dott. Claudio D'Amario;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato

Regione Campania

Il Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano (Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR campano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

VISTA la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 che:

- assegna “al Commissario ad acta l’incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell’ambito della cornice normativa vigente”;
- individua, nell’ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto vii) “*attuazione degli interventi rivolti all’incremento della produttività e della qualità dell’assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale*”

VISTA la comunicazione assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 Febbraio 2018, con la quale il Sub Commissario Dott. Claudio D’Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

RICHIAMATI:

- il comma 80 dell’ articolo 2, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 secondo cui “*Gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti per la Regione, che e’ obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro*”;
- il comma 231 bis dell’ articolo 1 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 così come introdotto dal comma 34, dell’articolo 1, della legge regionale 4 agosto 2011, n. 14 secondo cui: “*il Commissario ad acta, nominato ai sensi dell’art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159 , convertito con modificazioni, in legge 29 novembre 2007, n. 222, individua, con proprio decreto, le norme regionali in contrasto con le previsioni del piano di rientro dal disavanzo sanitario e con quelle dei programmi operativi di cui all’art. 2, comma 88 della legge 191/2009 e dispone la sospensione dell’efficacia degli eventuali provvedimenti di esecuzione delle medesime. I competenti organi regionali, entro i successivi sessanta giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.C. del decreto di cui al presente comma, provvedono, in ottemperanza a quanto disposto dall’art. 2, comma 80 della legge n. 191/2009, alla conseguente necessaria modifica delle disposizioni individuate, sospendendole o abrogandole*”;
- la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, “*nell’esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell’art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell’espletamento di funzioni d’emergenza stabilite dalla legge ,in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come ordinanze emergenziali statali in deroga, ossia “misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d’organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come*

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro”;

PREMESSO che:

- l'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm. e ii, stabilisce: “Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:
 - a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;
 - b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
 - c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.”;
- il DPCM 12 gennaio 2017, di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, all'art. 25 prevede che “Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il SSN garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate [...]” e all'art. 32 individua i trattamenti terapeutico-riabilitativi da garantire nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale;

RICHIAMATO il “Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018”, approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 99 del 22/9/2016, che relativamente all'Area dei minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo ha previsto la presenza in ogni ASL di una struttura operativa di coordinamento e di indirizzo per l'età evolutiva (Centro Unico Aziendale per l'età evolutiva), nonché l'istituzione dei Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (N.NP.I.A.), a competenza distrettuale o pluri-distrettuale, costituiti da équipe multi-professionali e multidisciplinari coordinate dal neuropsichiatra infantile, per i problemi della fascia di età 0-18 anni;

Regione Campania

**Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

ATTESO che ai Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza è attribuita la funzione della diagnosi clinica e funzionale nonché la responsabilità della valutazione del bisogno abilitativo/riabilitativo, della definizione del progetto di presa in carico globale individualizzato, comprendente programmi terapeutici, abilitativi, riabilitativi e socio-riabilitativi, e della sua attuazione, monitoraggio e valutazione dei risultati, nonché dell'attivazione dell'integrazione con i programmi della salute mentale dell'adulto per realizzare pienamente la gestione della continuità e del passaggio all'età adulta;

RILEVATA la disomogeneità esistente tra le modalità e procedure per la diagnosi, valutazione e presa in carico distrettuale della persona in età evolutiva adottate dalle AA.SS.LL. della Campania;

RAVVISATA la necessità di fornire alle aziende sanitarie specifici indirizzi volti ad uniformare i processi assistenziali-riabilitativi sulla base di criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa per specifiche patologie, al fine di garantire equità di accesso ed analoga qualità ed efficacia su tutto il territorio regionale;

VISTO il D.C.A. n. 31 del 2 luglio 2014, con il quale è stato costituito un gruppo di lavoro, articolato in specifici sottogruppi, per la definizione di linee di indirizzo regionali relative a percorsi assistenziali-riabilitativi per le condizioni a maggior impatto sulla disabilità;

PRESO ATTO del documento elaborato dal citato gruppo regionale, recante "Linee di indirizzo per la diagnosi e la presa in carico della persona con disabilità intellettiva in età evolutiva", che identifica:

- criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa relativi al processo di valutazione, di diagnosi e di presa in carico;
- composizione dell'equipe multidisciplinare;
- setting, caratteristiche e modalità di svolgimento degli interventi, per fascia di età;
- criteri di priorità nell'accesso ai trattamenti riabilitativi e criteri di dimissione;

CONSIDERATO che per la fascia di età 0-24 mesi, in presenza di atipie dello sviluppo che riguardano l'area cognitiva, comunicativo-linguistico, motorio-prassica e socio-relazionale, i "Trattamenti ed interventi" a cura dell'equipe multidisciplinare dell'ASL indicati nelle suddette linee di indirizzo costituiscono un utile strumento per chiarire l'orientamento diagnostico;

RITENUTO di approvare il sopra specificato documento, al fine di migliorare l'appropriatezza dell'assistenza alla persona con disabilità intellettiva sul territorio regionale;

VISTI:

- la DGRC 482 del 25 marzo 2004 recante "*Linee Guida per la Riabilitazione in Campania*"

Regione Campania

**Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

- la Circolare regionale n.3377/C del 25/07/2014 "Indirizzi per le attività territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza" del Sub Commissario ad Acta pro tempore per l'attuazione del piano di rientro;
- il D.C.A. n. 99 del 14/12/2018 recante il "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009 n. 191" e la D.G.R.C. n. 893 del 28/12/2018 di presa d'atto del citato provvedimento regionale;

alla stregua della istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento con il SSR;

DECRETA

per quanto sopra esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

1. di **APPROVARE** l'allegato documento, denominato "Linee di indirizzo per la diagnosi e la presa in carico della persona con disabilità intellettiva in età evolutiva", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto (Allegato 1);
2. di **CONFERMARE** la necessità della costituzione dei Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (N.NP.I.A.), ad accesso diretto e a competenza distrettuale o pluri-distrettuale, costituiti da équipe multi-professionali e multidisciplinari coordinate dal neuropsichiatra infantile, come stabilito dal DCA 99/2016;
3. di **FARE OBBLIGO** ai Direttori Generali/Commissari straordinari delle AASSLL:
 - 3.1 di recepire con proprio atto deliberativo, entro 60 giorni dalla data del presente provvedimento, le Linee di indirizzo di cui al punto 1, adottando le opportune iniziative e misure organizzative volte a garantire l'effettiva attuazione delle stesse;
 - 3.2 di predisporre uno specifico protocollo operativo di presa in carico per la fascia di età 0-24 mesi per i trattamenti e gli interventi indicati nelle suddette linee di indirizzo;
4. di **PRECISARE** che all'attuazione della citata intesa si provvede nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica;
5. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;
6. di **INVIARE** il presente decreto all'Ufficio di Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, all'Assessore regionale al Bilancio e al Finanziamento del Servizio

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

Sanitario Regionale in raccordo con il Commissario ad acta per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, alla Direzione Generale per le Politiche sociali, a tutte le Aziende Sanitarie del S.S.R nonché alla segreteria di giunta per la pubblicazione nella sezione “Casa di Vetro” del portale regionale, e al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

Il Direttore Generale
per la Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA

**Regione Campania****Allegato 1****LINEE DI INDIRIZZO PER LA DIAGNOSI E LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON DISABILITA' INTELLETTIVA IN ETA' EVOLUTIVA****Definizione**

Il termine *disabilità intellettiva* rappresenta attualmente l'espressione privilegiata per la disabilità a cui storicamente ci si riferiva come a *ritardo mentale*; esso riflette il costrutto modificato di disabilità proposto dall'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'adozione di questo termine risponde a diverse esigenze:

- a) si adatta meglio alle attuali pratiche professionali che si focalizzano sui comportamenti funzionali e sui fattori contestuali;
- b) fornisce una base coerente per l'assegnazione dei supporti individualizzati;
- c) non è stigmatizzante.

Sul piano clinico, la disabilità intellettiva costituisce la "via finale comune" di situazioni tra loro molto eterogenee, ma che determinano nel soggetto, fin dalle fasi precoci dello sviluppo, limitazioni sia del funzionamento intellettivo sia del comportamento adattivo, che si manifestano in tutti gli aspetti e i contesti di vita.

Il presente percorso è dedicato ai soggetti che sono identificati con i seguenti codici di classificazione: ICD9CM 317-318-319; ICD10 F70-F71-F72-F73-F79; DSM5 (37).

Incidenza e prevalenza

Per quanto riguarda i tassi di incidenza e di prevalenza non vi è un consenso generale né vi sono studi italiani; i dati più citati riportano un'incidenza della disabilità intellettiva pari a 1,4% (AAIDD) e una prevalenza che oscilla tra l'1 e il 3% per la popolazione totale; questa variabilità nelle stime riflette le difficoltà diagnostiche incontrate nella pratica clinica e nella valutazione univoca dei livelli di compromissione cognitiva e funzionale.

I soggetti con Disabilità Intellettiva hanno una prevalenza di disturbi mentali in associazione che è stimata da tre a quattro volte superiore rispetto alla popolazione generale.

La letteratura indica che il 44% delle persone con disabilità intellettiva presenta almeno un disturbo psichiatrico, il 21% ne presenta due contemporaneamente e l'8% tre; in più è stato stimato un 15-25% di morbidità nascosta.

Anche per i minori è possibile stimare un rischio di 3-4 volte maggiore di sviluppare problemi emotivi e comportamentali rispetto a soggetti non affetti da disabilità intellettiva.

Secondo i più recenti dati sulla disabilità in Italia (Rapporto ISTAT del 3 gennaio 2019), il 46% dei 272.167 alunni con sostegno ha una disabilità intellettiva.

In Campania, i nati nel 2017 sono 49.849 e quindi, applicando le stime prima riportate, ci aspettiamo un'incidenza di 697 soggetti con D.I. e una prevalenza, su una popolazione di 1.141.910 abitanti (fascia 0-18 anni), di soggetti con diagnosi di D.I. che oscilla tra 11.419 e 34.257 casi.

Storia naturale e prognosi

Il disturbo, pur persistendo lungo l'arco della vita, tende a modificarsi; tali modificazioni sono dipendenti dalla precocità dell'individuazione dell'intervento.

Riguardo alla tempestività ed alla natura degli interventi, tenuto conto che i problemi di adattamento sono più suscettibili di miglioramento di quanto non lo sia il quoziente intellettivo, che al contrario tende a rimanere una caratteristica stabile, la prognosi è funzione soprattutto della messa in atto di interventi che, partendo da una attenta valutazione del profilo funzionale, mirino a far leva sui punti di forza per migliorare le capacità adattive.

Studi scientifici dimostrano che la riabilitazione precoce migliora le attività della vita quotidiana (ADL), le competenze della cura di sé e quelle comunicative e cognitive.

Per quanto riguarda la prognosi vanno distinte:

- la prognosi intesa come evoluzione a distanza del disturbo in sé
- la prognosi come possibilità di sviluppare un disturbo psicopatologico
- la prognosi come possibilità di raggiungere il miglior adattamento possibile in relazione al profilo funzionale, all'età, al livello socioculturale e al contesto ambientale.

E' evidente che la prognosi della disabilità intellettiva è influenzata sia dalla gravità del deficit sia dalla presenza di un'eventuale comorbidità psichiatrica.

Criteri diagnostici secondo l'ICD10 (F70-F79)

L'ICD10 utilizza ancora l'etichetta "ritardo mentale" per indicare una "condizione di interrotto o incompleto sviluppo intellettivo che è soprattutto caratterizzato da compromissione delle abilità, che si manifestano durante il periodo di sviluppo, le quali contribuiscono al livello globale di intelligenza, quali quelle cognitive, linguistiche, motorie e sociali; a queste possono o meno associarsi altri disturbi mentali o fisici".

I livelli di ritardo mentale sono valutati convenzionalmente mediante test di intelligenza standardizzati a cui possono essere aggiunte scale di valutazione per l'adattamento sociale in un dato ambiente. Tali misurazioni forniscono indicazioni approssimative circa l'entità della D.I. Le abilità intellettive e l'adattamento sociale possono modificarsi nel tempo e, pur essendo comunque scarsi, sono suscettibili di miglioramento in seguito all'addestramento e alla riabilitazione. E dunque la diagnosi deve essere posta sulla valutazione globale del funzionamento intellettivo.

La classificazione ICD10 va utilizzata nell'ambito della categoria "Ritardo mentale" F70-F79, attraverso i seguenti qualificatori:

- .0 nessuna, o minima compromissione del comportamento
- .1 significativa compromissione del comportamento richiedente attenzione o trattamento
- .8 altre compromissioni del comportamento
- .9 senza menzione di compromissione del comportamento

Un codice aggiuntivo può essere utilizzato per identificare condizioni associate come l'autismo, altri disturbi evolutivi, l'epilessia, i disturbi della condotta o un grave handicap fisico.

Tipo di R.M.	Caratteristiche
F70 R.M. lieve	Il Q.I. è compreso approssimativamente fra 50 e 69 (negli adulti, età mentale tra 9 e meno di 12 anni). Probabili difficoltà di apprendimento scolastico. Molti adulti saranno in grado di lavorare, di intrattenere buone relazioni sociali e di essere utili alla società. Include: debolezza mentale subnormalità mentale lieve

F71 R.M. di media gravità	Il Q.I. è compreso approssimativamente fra 35 e 49 (negli adulti, età mentale tra 6 e meno di 9 anni). Sono probabili marcati ritardi dello sviluppo nell'età adolescenziale, tuttavia la maggior parte può sviluppare un certo grado di autonomia personale ed acquisire adeguate abilità a comunicare e ad apprendere. Gli adulti necessitano di interventi supportivi di vario grado per vivere e lavorare nella comunità. Include: subnormalità mentale di media gravità
F72 R.M. grave	Il Q.I. è compreso approssimativamente fra 20 e 34 (negli adulti, età mentale tra 3 e meno di 6 anni). È probabile la necessità di un supporto continuo. Include: subnormalità mentale grave
F73 R.M. profondo	Il Q.I. è al di sotto di 20 (negli adulti, età mentale al di sotto di 3 anni). Dà luogo ad una grave limitazione in autonomia, continenza, comunicazione e attività motoria. Include: subnormalità mentale profonda
F78 R.M. di altro tipo	
F79 R.M. non specificato	Include: deficienza mentale S.A.I. subnormalità mentale S.A.I.

Criteri diagnostici secondo il DSM-5 (37)

Il DSM-5 definisce la disabilità intellettiva un disturbo con insorgenza nell'età evolutiva caratterizzato dalla presenza di deficit intellettivi e adattivi, che riguardano gli ambiti della concettualizzazione, della socializzazione e delle capacità pratiche, e li caratterizza nel seguente modo:

- A) deficit delle funzioni intellettive (ragionamento, problem-solving, pensiero astratto, apprendimento scolastico e apprendimento dall'esperienza), confermato sia dalla valutazione clinica che dalla somministrazione di un test di intelligenza;
- B) deficit nel funzionamento adattivo consistente in un mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali per l'indipendenza personale e la responsabilità sociale; senza supporto continuativo i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, quali la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita indipendente ed in più ambiti diversi, come la casa, la scuola, il lavoro e la comunità;
- C) insorgenza dei deficit intellettivi e adattivi nell'età evolutiva.

La disabilità intellettiva comporta una menomazione delle abilità mentali globali che si ripercuote sul funzionamento adattivo in tre aree o domini:

- dominio concettuale: include le abilità di linguaggio, lettura, scrittura, matematica, ragionamento, conoscenza, memoria
- dominio sociale: si riferisce a consapevolezza dei pensieri e sentimenti altrui, empatia, giudizio sociale, capacità nelle relazioni interpersonali, la capacità di fare e mantenere amicizie
- dominio pratico: include autogestione come ad esempio la cura personale, le responsabilità lavorative, la gestione del denaro, attività ricreative, organizzazione compiti scolastici e lavorativi.

Si può porre quindi la diagnosi di disabilità intellettiva quando:

- è possibile dimostrare un funzionamento intellettivo significativamente al di sotto della media ($QI = o < a 70$ ottenuto in un test di livello somministrato individualmente);
- concomita un deficit o una compromissione del funzionamento adattivo in almeno 2 delle seguenti aree: comunicazione, cura della propria persona, vita in famiglia, capacità sociali/interpersonali, uso delle risorse della comunità, autodeterminazione, capacità di funzionamento scolastico, lavoro, tempo libero, salute e sicurezza.

Il DSM-5 riconosce i seguenti sottotipi in relazione al QI:

- lieve: livello di QI da 50-55 a circa 70
- moderata: livello di QI da 35-40 a 50-55
- grave: livello di QI da 20-25 a 35-40
- gravissima: livello di QI al di sotto di 20-25
- gravità non specificata.

Si precisa che è il funzionamento adattivo che determina il livello di assistenza richiesto e non il punteggio QI da solo, come viene successivamente specificato.

**Livelli di gravità della disabilità intellettiva per l'ambito concettuale, sociale e pratico
(riportati in forma sintetica)**

Disabilità Intellettiva Lieve (ICD9: 317; ICD10: F70)	
Ambito Concettuale	Difficoltà nell'apprendimento di abilità scolastiche come lettura, scrittura, calcolo, concetto del tempo e del denaro; impossibilità ad accedere al pensiero astratto, compromissione delle funzioni esecutive e dei processi di memorizzazione
Ambito Sociale	Immaturità nelle interazioni sociali; comunicazione e linguaggio più concreti rispetto a quanto atteso per l'età; la capacità di giudizio sociale immatura e rischio di manipolazione
Ambito Pratico	Necessità di avere bisogno di supporto nelle attività complesse della vita quotidiana come il fare acquisti, utilizzo dei trasporti, ecc.

Disabilità Intellettiva Moderata (ICD9: 318.0; ICD10: F71)	
Ambito Concettuale	Nei bambini in età prescolare linguaggio e abilità prescolastiche si sviluppano in modo lento; progressi nelle abilità scolastiche lenti e limitati rispetto ai coetanei
Ambito Sociale	Capacità di giudizio sociale e di prendere decisioni limitata
Ambito Pratico	Possibilità di prendersi cura dei bisogni personali, dopo un lungo periodo di insegnamento; possibilità di sviluppare svariate capacità ricreative; in una minoranza significativa di individui è presente un comportamento disadattivo che causa problemi sociali

Disabilità Intellettiva Grave (ICD9: 318.1; ICD10: F72)	
Ambito Concettuale	Acquisizione di abilità concettuali limitata; ridotta comprensione del linguaggio scritto e dei concetti che comportano numeri, quantità, tempo e denaro
Ambito Sociale	Linguaggio parlato limitato, eloquio composto da singole parole o frasi, facilitato con l'aiuto di strumenti aumentativi; comprensione di discorsi semplici e della comunicazione gestuale

Ambito Pratico	Necessità di sostegno in tutte le attività della vita quotidiana ed incapacità nel prendere decisioni responsabili riguardo al proprio benessere; assistenza continuativa per i compiti domestici e le attività ricreative; possibile comportamento disadattivo, compreso autolesionismo
-----------------------	--

Disabilità Intellettiva Estrema (ICD9: 318.2; ICD10: F73)	
Ambito Concettuale	Abilità concettuali in genere limitate al mondo concreto; possibilità di usare oggetti in modo finalizzato per la cura personale, il lavoro e lo svago
Ambito Sociale	Comprensione molto limitata della comunicazione simbolica nell'eloquio o nella gestualità; possibilità di comprendere alcuni gesti o istruzioni semplici e di comunicare attraverso il non verbale
Ambito Pratico	Dipendenza dagli altri in ogni aspetto della cura fisica, della salute e della sicurezza quotidiane; possibilità di svolgere compiti semplici in ambienti altamente controllati e protetti; probabile comparsa di comportamenti disadattivi

Nel percorso di valutazione e di diagnosi, vi sono alcune situazioni che meritano una particolare attenzione, e che il DSM-5 identifica con codici, che sono stati riallineati rispetto ad altri sistemi di classificazione, come l'ICD9 e l'ICD10.

Esse sono descritte come di seguito:

- **Ritardo Globale dello sviluppo (ICD9: 315.8; ICD10: F88):** questa diagnosi è riservata agli individui di età inferiore ai 5 anni quando la gravità clinica non può essere valutata in modo attendibile durante la prima infanzia. Questa categoria viene diagnosticata quando un individuo non raggiunge le tappe attese dello sviluppo in varie aree del funzionamento intellettivo, e si applica a individui incapaci di sottoporsi a valutazioni sistematiche del funzionamento intellettivo, compresi i bambini che sono troppo piccoli per partecipare a test standardizzati. La diagnosi di Ritardo Globale dello Sviluppo rimane una diagnosi di attesa, che viene cambiata appena possibile, ovvero quando è possibile meglio definire il quadro clinico con il passare dell'età.
Per questa fascia di età è utile anche far riferimento al Sistema di classificazione DC: 0-5 Classificazione Diagnostica della Salute Mentale e dei Disturbi di Sviluppo nell'Infanzia, anch'esso allineato con le classificazioni del DSM5 e dell'ICD10;
- **Disabilità intellettiva senza specificazione (ICD9: 319; ICD10: F79):** è una categoria riservata agli individui di età superiore ai 5 anni quando la valutazione del grado di disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) per mezzo di procedure disponibili a livello locale è resa difficile o impossibile a causa di compromissioni sensoriali o fisiche associate, quali cecità o sordità prelinguistica, disabilità locomotoria o presenza di gravi problemi comportamentali o disturbi mentali concomitanti. Questa categoria dovrebbe essere utilizzata solo in circostanze eccezionali e richiede una rivalutazione dopo un certo periodo di tempo;
- **Funzionamento Intellettivo Borderline-Limite:** questa categoria non è inserita nel capitolo della disabilità intellettiva ma in altra sezione (V62.89); nell'ICD10 viene identificata con il codice R41.83.
Nella pratica clinica, per gli effetti che può determinare sul funzionamento scolastico e sociale, individua una competenza cognitiva al limite fra normodotazione e Disabilità Intellettiva lieve; questa categoria si usa quando il quoziente intellettivo è compreso tra 71 e 84.
La differenziazione tra il funzionamento intellettivo limite e la disabilità intellettiva lieve richiede un'attenta valutazione, con particolare riguardo anche alla presenza di disturbi mentali

concomitanti che potrebbero influenzare la compliance del paziente con procedure di test standardizzate (per es., la schizofrenia o ADHD con impulsività grave);

- la presenza di **Disturbi associati o comorbidità**:

Spesso possono associarsi alla disabilità intellettiva altri disturbi mentali, nosograficamente definiti, tra i quali:

- ✓ Disturbo da Deficit di Attenzione/ Iperattività Disturbi dell'Umore
- ✓ Disturbi d'ansia
- ✓ Disturbi della condotta
- ✓ Disturbi psicotici
- ✓ Disturbi della personalità

Si tratta di condizioni che devono essere ricercate e diagnosticate perché necessitano di specifici trattamenti; il loro mancato riconoscimento potrebbe compromettere il percorso riabilitativo.

L'equipe multidisciplinare per la presa in carico

La presa in carico del minore con disabilità intellettiva si realizza nell'ambito dei Nuclei di Neuropsichiatria Infantile distrettuali da parte dell'equipe multiprofessionale e multidisciplinare, composta dalle seguenti figure professionali:

- neuropsichiatra infantile,
- psicologo clinico,
- assistente sociale,
- terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva,
- logopedista,
- terapeuta occupazionale,
- educatore professionale.

La partecipazione dei professionisti alle attività dell'equipe è di volta in volta legata all'età del soggetto, ai suoi particolari bisogni e alle attività che vengono programmate, prevedendo anche il supporto di altri specialisti in base alle specifiche problematiche e/o comorbidità (es. fisiatra, foniatra, oculista, ortottista, fisioterapista, infermiere ecc.)

Valutazione e diagnosi

La Diagnosi va posta in età evolutiva.

La diagnosi di Disabilità intellettiva e l'individuazione della sua gravità richiede la valutazione sia del Livello Intellettivo (misurazione del QI), che del Comportamento Adattivo e le Abilità della Vita Quotidiana, attraverso osservazione clinica e strumenti standardizzati. Con le stesse modalità e strumenti devono essere monitorati l'evoluzione dello sviluppo e l'andamento degli interventi, in sede di valutazione del bisogno riabilitativo e di Unità di Valutazione Integrata.

Ai fini della definizione del programma di intervento va individuata la gravità della disabilità e il comportamento adattivo.

In caso di sospetto di ritardo globale dello sviluppo o di disabilità intellettiva deve essere effettuato un accesso presso il Nucleo territoriale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NNPIA) ex DCA 99/2016, secondo le modalità organizzative previste per l'accesso diretto, per una valutazione clinica finalizzata a filtrare la domanda, raccogliendo le informazioni dalla famiglia, eseguendo l'esame obiettivo e l'osservazione del soggetto.

Se il sospetto è confermato, il professionista che ha svolto la prima visita attiva l'equipe multidisciplinare per la presa in carico globale, mettendo a disposizione della stessa equipe la documentazione contenente le informazioni cliniche assunte anche per il tramite dei genitori.

- altra evidenza di specifici difetti metabolici;
- EEG: è raccomandato di effettuarlo in presenza di crisi epilettiche clinicamente manifeste o di episodi parossistici di dubbia natura;
 - neuroimmagini (TC cranio o RM encefalo): sono considerate opportune in presenza di un'anamnesi positiva per sofferenza pre-perinatale o di dati obiettivi che possano suggerire un quadro malformativo cerebrale (es. microcefalia, macrocefalia, altri dimorfismi craniofacciali, alterazioni cutanee congenite).

Strumenti da utilizzare per la diagnosi lineare di disabilità intellettiva, per stabilire il livello di gravità e predisporre programma di interventi

Livello Cognitivo	Anno Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Leiter 3																			
Griffiths MDS																			
Bayley Scales																			
WPPSI-III																			
WISC-IV																			
WAIS																			
CMP																			
SPM																			
Funzionamento Adattivo																			
Vineland II																			
ABAS-II																			

Considerate le peculiarità della diagnosi di disabilità intellettiva in età evolutiva, si raccomanda di:

- somministrare nel tempo gli stessi test, compatibilmente con l'età di sviluppo e con le caratteristiche del test, al fine di consentire un monitoraggio corretto delle funzioni cognitive;
- ripetere la somministrazione del test per la conferma del livello cognitivo e per l'aggiornamento del profilo di funzionamento periodicamente e almeno ad ogni passaggio del ciclo scolastico;
- assumere da più fonti, anche tramite questionari, le informazioni atte a valutare il funzionamento adattivo;
- effettuare un attento monitoraggio delle eventuali comorbidità psicopatologica.

Il percorso di valutazione, per tutte le fasce d'età, si conclude con la sintesi diagnostica e la redazione del profilo di funzionamento, nell'ambito di un incontro finale fra gli operatori coinvolti nel percorso diagnostico, il colloquio di restituzione con la famiglia (per la comunicazione della diagnosi) e la definizione dell'eventuale progetto riabilitativo.

Il profilo di funzionamento deve essere redatto nel linguaggio ICF-CY basato sul modello biopsicosociale: grazie ad esso, i dati acquisiti attraverso gli strumenti di valutazione, consentono di fotografare la condizione di salute e l'ambiente in cui il soggetto vive, descrivendone il funzionamento, gli aspetti di partecipazione, nonché gli eventuali punti di forza e di criticità ed il grado con cui questi sono influenzati da facilitatori e barriere ambientali (scuola, tempo libero, relazioni con i familiari e i pari, ecc.), come da Appendice.

I risultati della valutazione devono essere comunicati anche ai pediatri di libera scelta/MMG.

Abilitazione/Riabilitazione della disabilità intellettiva

Le attività riabilitative, in età evolutiva, sono dimostrate efficaci, da studi di evidenza scientifica, se attuate precocemente.

Gli obiettivi specifici devono essere basati sulla prognosi di recupero, cioè sulla valutazione dei margini di modificabilità di ciascuna funzione in relazione all'età, alle risorse possedute dal minore e dal suo contesto, alla sua motivazione ed alla sua capacità di apprendimento.

Nell'ottica del miglioramento della qualità della vita, la riabilitazione del minore con disabilità intellettiva non si limita agli interventi terapeutici che riguardano solo i deficit funzionali, ma si occupa di tutti gli interventi che, direttamente o indirettamente, ne promuovono il più alto livello di funzionamento e partecipazione, in un'ottica biopsicosociale; gli interventi di tipo sociosanitario concorrono assieme a quelli familiari, scolastici e sociali alla realizzazione del più generale progetto di vita.

Pertanto, la valutazione del bisogno riabilitativo e l'elaborazione del progetto riabilitativo individuale devono realizzarsi secondo le modalità proprie dell'approccio integrato e nella strategia della continuità terapeutica (DCA 99/16).

Per rispondere a queste esigenze il progetto abilitativo/riabilitativo deve essere articolato in molteplici interventi e deve essere dinamico e flessibile, nel senso che gli obiettivi devono essere periodicamente, misurati, aggiornati ed adattati ai bisogni presenti ed emergenti del minore e della sua famiglia.

Sono elementi fondanti del progetto riabilitativo:

- a) la definizione di programmi terapeutici, abilitativi, riabilitativi e socio-riabilitativi;
- b) il monitoraggio degli interventi;
- c) la valutazione dei risultati.

Il governo clinico del percorso del minore con disabilità intellettiva è affidato all'equipe multidisciplinare del Nucleo territoriale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ex DCA 99/2016, composta da varie professionalità, in grado di effettuare la presa in carico globale; essa deve coinvolgere, in modo imprescindibile, la famiglia, che diventa coprotagonista di un percorso diagnostico, assistenziale e terapeutico, attraverso la condivisione di informazioni e di azioni che consentano il raggiungimento di obiettivi significativi nel tempo.

Un importante revisione sistematica MHGAP (WHO Mental Health Gap Action Programme - Update 2015), con incluso grade, raccomanda la formazione specifica dei caregivers di bambini e adolescenti con disordini dello sviluppo, inclusi quelli con disabilità intellettiva, in quanto questi hanno diritto a vivere e crescere in un ambiente familiare consapevole e di supporto allo sviluppo, funzionamento e partecipazione del bambino.

Particolare attenzione bisogna rivolgere agli operatori scolastici e alle altre figure educative extrascolastiche perché sappiano riconoscere i bisogni di questi minori all'interno del normale contesto di vita e possano così concorrere, per il loro ruolo e la loro specificità, alla realizzazione dei programmi previsti.

L'Equipe Multidisciplinare si assume, quindi, la funzione di far dialogare, armonizzando i linguaggi e gli strumenti operativi, le varie agenzie presenti sul territorio, stimolando, sostenendo e accompagnando il lavoro di rete, senza accettare deleghe improprie, nella consapevolezza che i programmi di tipo sanitario sono complementari, non sostitutivi, di quelli didattici, educativi e sociali.

Nella programmazione degli interventi l'equipe multidisciplinare deve considerare che:

- i problemi di adattamento, determinati dalla disabilità intellettiva, sono più suscettibili di miglioramento di quanto non lo sia il quoziente intellettivo, che tende a rimanere un attributo più stabile nel tempo;

- le dissociazioni tra gli aspetti cognitivo, neuropsicologico ed emotivo possono avere un impatto significativo sulle funzioni di adattamento personale e sociale del soggetto;
- il reclutamento delle risorse formali e informali della comunità, da coinvolgere in un lavoro di rete, è indispensabile per la riuscita del progetto riabilitativo.

Nel delineare il percorso abilitativo/riabilitativo sarà necessario tener conto di questi elementi fondamentali:

- fascia d'età;
- gravità della disabilità intellettiva;
- presenza e/o assenza di dissociazioni all'interno del profilo cognitivo;
- funzioni adattive;
- profilo affettivo-relazionale;
- presenza di disturbi associati o comorbidità.

I programmi abilitativi/riabilitativi

I programmi abilitativi/riabilitativi sono sempre a termine perchè finalizzati al raggiungimento di uno o più obiettivi. I trattamenti abilitativi/riabilitativi non sostituiscono quelli pedagogico-educativi, ma tra essi vi deve essere il necessario raccordo; inoltre, quelli diretti specificatamente al bambino, qualunque sia il setting indicato, devono essere effettuati in orari idonei ad assicurare il diritto all'educazione, all'istruzione e all'inclusione scolastica.

I programmi abilitativi/riabilitativi concorrono alla realizzazione del più generale progetto di vita, specifico per quel soggetto: gli interventi attraverso i quali esso si realizza, nel rispetto del modello bio-psico-sociale, assumono pertanto una valenza ecologica e comunitaria e devono essere globali, coordinati e personalizzati. I contenuti del progetto riabilitativo (obiettivi metodologia, programmi ecc.) devono realizzarsi in relazione alle componenti della classificazione ICF ed attuarsi nei contesti di vita del soggetto, attraverso il coinvolgimento di tutte le persone che con lui interagiscono.

Per favorire la generalizzazione delle competenze adattive devono essere garantite attività di supporto alla famiglia in funzione dei suoi cambiamenti e delle sue necessità, e alle altre agenzie presenti sul territorio per realizzare quelle condizioni che favoriscono il miglioramento della qualità di vita del bambino e della sua famiglia.

A seconda di particolari profili funzionali potrà essere necessario applicare altri trattamenti riabilitativi (ad esempio, motorio, respiratorio, ortottico, farmacologico, ecc.)

Caratteristiche e modalità di svolgimento dei trattamenti riabilitativi

Nell'ambito del progetto riabilitativo, i trattamenti consentono di far emergere funzioni non comparse o di favorire il recupero di funzioni, per qualsiasi motivo compromesse, per consentire il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo globale, per migliorare le performance adattive.

Essi devono presentare queste caratteristiche:

- a) devono essere incardinati in un progetto condiviso con tutti i componenti dell'equipe multidisciplinare perché diventino parte integrante di un percorso finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo che riguardano quel determinato minore;
- b) devono avere come esigenza prioritaria la necessità di generalizzare le strategie riabilitative nei contesti di vita, assolvendo alla funzione propria della riabilitazione che è anche quella di "educare" la famiglia perché sia sempre più consapevole del suo ruolo di partner insostituibile nel percorso terapeutico.

- c) devono prevedere l'intensività di erogazione stabilita sui bisogni del singolo caso, sull'età, sulle caratteristiche del contesto familiare e sulle capacità di integrazione tra le attività realizzate/realizzabili nell'ambito dell'equipe multidisciplinare distrettuale e le équipe erogatrici degli stessi trattamenti. E' pertanto possibile prevedere periodi di diversa intensività anche in alternanza tra di loro. E' auspicabile che i programmi prevedano attività di parent training, di sostegno psicologico ed eventualmente di psicoterapia, per consentire ai genitori/caregivers il potenziamento delle attività dirette sul bambino, attraverso la padronanza di strumenti da utilizzare nei contesti diversi da quelli di cura.

Gli operatori sanitari devono garantire il supporto agli operatori scolastici, che assumono un ruolo preponderante nel declinare in ambito didattico determinate strategie, laddove, per l'impossibilità di modificare le funzioni, è necessario adottare facilitazioni e/o compensazioni.

Essi, nell'attuazione del progetto riabilitativo devono avere una visione comunitaria, avendo sempre presente che le abilità acquisite diventino risorse che il minore potrà reclutare in modo autonomo e creativo per favorire il maggior adattamento possibile alle richieste ambientali.

I Progetti riabilitativi individuali possono prevedere, in ragione delle esigenze cliniche e degli obiettivi riabilitativi, percorsi misti, ossia attività che si articolano in più setting – ambulatoriale anche in modalità extramurale e di piccolo gruppo, e domiciliare (come da indicazioni fornite nel paragrafo "Setting riabilitativi").

Il progetto riabilitativo individuale può prevedere anche attività svolte direttamente dai professionisti del Nucleo di Neuropsichiatria territoriale (es. psicoterapia individuale, familiare, di gruppo, sostegno psicologico, attività di parent training, sostegno a fratelli, o quelle più strettamente riabilitative come logopedia, terapia neuropsicomotoria, ecc.).

I trattamenti possono realizzarsi individualmente e/o all'interno di un gruppo; i risultati di diverse ricerche dimostrano come trattamenti di gruppo siano molto favorevoli a miglioramenti nelle aree della cura di sé, socializzazione, comunicazione, movimento e alimentazione. Il progetto riabilitativo redatto dall'equipe multidisciplinare distrettuale deve indicare la tipologia di erogazione di trattamento: individuale, di gruppo o integrato (misto). La scelta deve, naturalmente, tenere conto delle caratteristiche del singolo paziente, della gravità del quadro clinico, dell'organizzazione del profilo di sviluppo e del contesto socio-ambientale.

I trattamenti possono essere diretti ed indiretti: nel primo caso viene coinvolto il minore, nel secondo possono essere messe in atto strategie mediate da genitori (programmi di supporto e di parent/caregivers training) e/o insegnanti e gli operatori di altre agenzie presenti sul territorio.

Il programma riabilitativo deve articolarsi con modalità che consentano il massimo della frequenza scolastica, sulla base delle indicazioni del Nucleo NNPIA.

Setting riabilitativi

- A. **Ambulatoriale individuale e/o di piccolo gruppo:** questo setting, pur essendo la modalità più utilizzata per la realizzazione dei trattamenti, non è un luogo di cura esclusivo, ma, al contrario, si inserisce in una "filiera" abilitativa e riabilitativa a supporto dei contesti nei quali si svolge la vita del minore; in altri termini, esso è un luogo, non naturale, dove si "sperimentano" e si mettono in atto strategie per favorire la costruzione di funzioni adattive, da utilizzare il più precocemente possibile nei contesti di vita. Le prestazioni possono essere anche **extramurali:** eseguite in una struttura esterna al centro che eroga la prestazione, il quale ne resta titolare e responsabile, sulla base di accordi/protocolli di intesa.

A puro titolo esemplificativo, di seguito si elencano alcune situazioni, che sicuramente non esauriscono il campo di applicazione, in cui questa prestazione potrebbe essere un utile strumento riabilitativo:

-contesto scolastico: per trasferire agli insegnanti metodologie per modificare il comportamento, per migliorare il livello di socializzazione e di comunicazione, per favorire il raggiungimento delle autonomie.

Nell'attuazione di questi interventi deve essere sempre preservato il percorso di inclusione scolastica, senza estrapolare il soggetto dal gruppo classe, o al massimo coinvolgendolo in un piccolo gruppo;

-contesto comunitario: per favorire l'acquisizione di abilità integranti, come ad esempio, la mobilità sicura e consapevole sul territorio, l'uso dei servizi e degli uffici pubblici, la gestione del tempo libero, la partecipazione ad attività sociali o l'inclusione in attività di aggregazione;

-contesto prelaborativo: per preparare il soggetto, attraverso percorsi specifici, ad un futuro inserimento lavorativo.

- B. **Domiciliare:** questo setting può essere utilizzato esclusivamente per osservare il funzionamento in contesto naturale e trasferire nel contesto familiare le abilità e autonomie personali apprese nel setting ambulatoriale, per max 3 mesi all'anno con frequenza al massimo bisettimanale.

Come già soprariportato, i tre setting, ambulatoriale, extramurale e domiciliare, limitatamente al periodo e agli obiettivi sopra indicati, possono essere utilizzati alternativamente o contemporaneamente, se tale modalità è indispensabile a raggiungere obiettivi rilevanti del progetto riabilitativo e devono necessariamente coinvolgere i soggetti significativi per il bambino.

- C. **Semiresidenziale** - l'indicazione è appropriata quando il profilo di funzionamento del minore è caratterizzato dalla presenza di problematiche cliniche non gestibili in ambito familiare e gli interventi ambulatoriali risultano insufficienti o inefficaci perché la famiglia, per diversi motivi, non riesce a garantire quelle azioni indispensabili per dare continuità al percorso riabilitativo; la soluzione adottata deve essere limitata al tempo necessario perché la famiglia possa riprendere il suo ruolo educativo; non devono essere interrotti i rapporti con la scuola, assicurando la frequenza scolastica e con le altre agenzie educative e sociali presenti sul territorio;

- D. **Residenziale** - l'indicazione deve essere residuale ed è tale scelta è appropriata quando il profilo di funzionamento del minore è caratterizzato dalla presenza di problematiche cliniche non gestibili in ambito familiare e gli interventi ambulatoriali risultano insufficienti o inefficaci perché la famiglia è completamente assente o non è in condizione di garantire alcun supporto, nonostante tutti gli interventi realizzati per attivare le sue risorse. Tra gli obiettivi del progetto riabilitativo, in questo caso, vi deve essere sempre la ricerca di altre risorse della comunità (ente locale, associazioni, volontariato, ecc.) per limitare al minimo la istituzionalizzazione del minore.

Si sottolinea che i setting semiresidenziale e residenziale devono costituire una modalità eccezionale di attuazione dei trattamenti e devono essere utilizzati solo per determinate e documentate situazioni.

Criteri di priorità nell'accesso ai trattamenti riabilitativi

- appartenere alla fascia di età 2-4 anni soprattutto in presenza di sindromi conosciute e con alta probabilità di disabilità intellettiva, nel rispetto delle tipologie degli interventi indicate nelle tabelle seguenti;
- presenza di dissociazioni significative tra le diverse linee di sviluppo in assenza di sindromi riconosciute;
- riscontrare rallentamenti di più linee di sviluppo;
- presenza di un disturbo psicopatologico associato o emergente.

Nel caso in cui è presente uno dei criteri sopraelencati i trattamenti riabilitativi devono iniziare entro 60 giorni dalla predisposizione del progetto riabilitativo; negli altri casi i trattamenti devono avere inizio, comunque, non oltre i 120 giorni.

Criteri di dimissione dai trattamenti

I trattamenti abilitativi/riabilitativi sono giustificati solo se producono un **miglioramento significativo delle performance, verificato a seguito di valutazioni periodiche.**

Pertanto, si dovranno concludere quei programmi abilitativi/riabilitativi all'interno del progetto riabilitativo:

- a) per i quali non ci sono più le condizioni di motivazione e disponibilità necessarie per soddisfare i requisiti del progetto riabilitativo e/o
- b) per insufficiente grado di adesione del paziente al progetto riabilitativo (caso in cui la percentuale di partecipazione al progetto riabilitativo non superi il 90% delle prestazioni previste nel periodo di trattamento indicato nel progetto riabilitativo e che comprometta la possibilità di raggiungere gli obiettivi del PRI e/o
- c) per i quali i criteri di cambiamento significativo delle performance non sono soddisfatti da due verifiche successive sugli esiti del trattamento riscontrati attraverso l'uso di scale standardizzate;
- d) quando si sono raggiunti risultati che permettono l'autonomia rispetto alle richieste ambientali anche tramite l'uso di strumenti compensativi

Trattamenti ed interventi per fascia di età

Fascia di età: 0-24 mesi	
In presenza di atipie dello sviluppo che riguardano l'area cognitiva, comunicativo-linguistico, motorio-prassica, e sociorelazionale gli interventi, oltre ad incidere sulla traiettoria di sviluppo, costituiscono un utile strumento per chiarire l'orientamento diagnostico. Si tratta di approfittare della plasticità del cervello e di quelle finestre di opportunità (periodi sensibili) che possono determinare un cambiamento positivo nello sviluppo: gli stimoli ambientali, agendo su un cervello in formazione, possono modificare la traiettoria evolutiva e possono, se non eliminare, almeno ridurre gli esiti disfunzionali.	
Tipologia degli interventi	Follow-up e monitoraggio delle funzioni "cardine" in relazione alle diverse traiettorie dello sviluppo e colloqui e attività di sostegno e rafforzamento delle competenze dei genitori a seconda degli obiettivi previsti dal progetto individuale.

Obiettivi dell'intervento	-monitorare le traiettorie dello sviluppo del bambino; -migliorare la relazione genitori/bambino, sostenendo e promuovendo le capacità e competenze genitoriali nel contesto di vita; -attivare le prime abilità adattive sociali
Caratteristiche degli interventi	a) precocità: l'età del bambino è un fattore fondamentale per il successo degli interventi; questi devono iniziare il più precocemente possibile, in presenza già del sospetto di un ritardo dello sviluppo. b) globalità: deve interessare tutte le linee dello sviluppo; c) partecipazione: la famiglia è coinvolta attivamente nel percorso di presa in carico del bambino e nell'attuazione degli interventi; Tutte le azioni che vengono attuate, sia per approfondimento diagnostico, sia per sostenere lo sviluppo del bambino ed accompagnare i genitori in questo percorso, devono essere rintracciabili nel fascicolo personale, che è lo strumento fondamentale per garantire la condivisione delle informazioni e delle strategie adottate dagli operatori che effettuano la presa in carico.
Responsabilità dell'intervento	Equipe Multidisciplinare dell'Azienda Sanitaria Locale presso i Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Fascia di età: 25-36 mesi	
Nei bambini con ritardo significativo (tra i 3 ed i 6 mesi di età di sviluppo) e/o atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie e comunicativo-linguistiche è necessario l'intervento abilitativo e/o riabilitativo precoce, globale e partecipato.	
Tipologia degli interventi	Oltre a quanto prevedibile per la fascia di età precedente, si attuano, se necessario, nel rispetto dei criteri di priorità precedentemente elencati, programmi di abilitazione/riabilitazione strutturati finalizzati al raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo e l'indispensabile coinvolgimento degli operatori dei nidi.
Obiettivi	-strutturare dinamiche relazionali familiari per favorire l'acquisizione delle tappe dello sviluppo del bambino; -accompagnare nelle prime esperienze socializzanti extrafamiliari (es.: inserimento al nido); -realizzare programmi abilitativi/riabilitativi specifici, all'interno di un progetto individuale, relativi alle varie linee dello sviluppo
Caratteristiche degli interventi	Precoci, globali e partecipati
Responsabilità dell'intervento	Equipe Multidisciplinare dell'Azienda Sanitaria Locale presso i Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e l'equipe multidisciplinare che eroga i trattamenti.

Fascia di età: 37 mesi - 6 anni
A quest'età si deve pervenire ad una definizione diagnostica del quadro clinico, che consenta di effettuare gli interventi/trattamenti secondo quanto indicato di seguito.

Tipologia degli interventi	Si programmano periodi di trattamento di 6 mesi, al termine dei quali, dopo verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati, utilizzando misure di outcome validate, è possibile o prevedere una sospensione di almeno 3 mesi per consentire il riscontro della generalizzazione dei risultati o fissare nuovi obiettivi per i successivi 6 mesi. Durante il periodo di sospensione dai trattamenti il bambino rimane in carico al Nucleo di Neuropsichiatria che osserva e valuta l'andamento dello sviluppo, e, se occorre, continua a svolgere attività di supporto nelle diverse aree di funzionamento e ambiti di intervento, attraverso incontri di sostegno alla famiglia, individuali o di gruppo, e l'attuazione della programmazione integrata con la scuola dell'infanzia come previsto dalla legge 104/92.
Obiettivi	a) un uso flessibile e congruo delle abilità comunicative e interattive; b) attivazione di modalità di esplorazione dell'altro, dell'ambiente, e dell'oggetto; c) espansione della comprensione verbale e della produzione verbale; d) attivazione di strategie cognitive di apprendimento flessibili e generalizzabili (ridurre uso abilità mnemoniche e dell'imitazione); e) prevenzione delle dissociazioni di sviluppo e dei conseguenti disturbi psicopatologici; f) implementazione abilità motorio-prassiche; g) attivazione autonomie di base; h) coinvolgimento attivo della famiglia nel percorso riabilitativo anche con l'attivazione di formazione specifica per i caregivers; i) coinvolgimento delle agenzie educative, presenti sul territorio. <i>N.B. Per la conclusione dei trattamenti fare riferimento a "Criteri di dimissione dai trattamenti"</i>
Caratteristiche degli interventi	In questa fascia d'età solitamente si privilegiano trattamenti individuali; la scelta tra un trattamento individuale, di gruppo o integrato (misto) deve tenere conto delle caratteristiche del singolo bambino, della gravità del quadro clinico, dell'organizzazione del profilo di sviluppo e del contesto socio-ambientale. Si devono quindi prevedere interventi di supporto al nucleo familiare, e di condivisione del profilo di funzionamento e degli obiettivi abilitativi e/o riabilitativi nell'ambiente extrafamiliare del bambino, soprattutto la scuola.
Responsabilità dell'intervento	Equipe Multidisciplinare dell'Azienda Sanitaria Locale presso i Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e l'equipe multidisciplinare che eroga i trattamenti.

Fascia di età: 7-13 anni

In questa fascia di età si vengono a definire e a stabilizzare le caratteristiche del quadro clinico; alcune situazioni lievi hanno il loro riconoscimento in questo periodo in concomitanza con l'aumento di richieste cognitive (alfabetizzazione) e sociali.

Tipologia degli interventi	Si programmano periodi di trattamento di 6 mesi, al termine dei quali, dopo verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati, utilizzando misure di outcome validate, è possibile o prevedere una sospensione di almeno 3 mesi per consentire il riscontro della generalizzazione dei risultati o fissare nuovi obiettivi per i successivi 6 mesi. Durante il periodo di sospensione dai trattamenti il bambino rimane in carico al Nucleo di Neuropsichiatria che osserva e valuta l'andamento dello sviluppo, e, se occorre, continua a svolgere attività di supporto nelle diverse aree di funzionamento e ambiti di intervento, attraverso incontri di sostegno alla famiglia, individuali o di gruppo, e l'attuazione della programmazione integrata con la scuola primaria e secondaria di primo grado come previsto dalla legge 104/92. Per le disabilità intellettive, gravi e profonde, la presa in carico proseguirà con interventi prevalentemente indiretti previsti dal progetto individuale volto all'integrazione sociale, scolastica secondo le capacità raggiunte dal soggetto.
Obiettivi	Implementazione di programmi riabilitativi per: a) sostenere gli apprendimenti scolastici; b) stabilizzare e generalizzare le abilità e le conoscenze acquisite c) privilegiare l'inserimento sociale d) migliorare le competenze adattivo-sociali e) coinvolgimento attivo della famiglia nel percorso riabilitativo; f) coinvolgimento delle agenzie educative presenti sul territorio. <i>N.B. Per la conclusione dei trattamenti fare riferimento a "Criteri di dimissione dai trattamenti"</i>
Caratteristiche degli interventi	-Disabilità intellettiva lieve e media: i programmi riabilitativi specifici sono indicati fino ai 10 anni e devono essere progressivamente integrati con interventi di tipo psicosociale e psicoeducativo sul territorio per poter ottenere la generalizzazione e la stabilizzazione delle abilità e delle conoscenze acquisite. Per l'età compresa tra 10 e 13 anni, l'intervento abilitativo/riabilitativo è solo settoriale per periodi di tre/quattro mesi per anno, con frequenza massima di due incontri a settimana) e per obiettivi specifici (mantenimento delle abilità curricolari acquisite, espansione delle abilità di ragionamento pratico, competenze occupazionali, etc.). -Disabilità intellettiva grave e profonda: gli interventi, di tipo sociosanitario e/o sociali (cfr. catalogo dei servizi sociali ex DGR n. 107 del 23/4/2014), devono focalizzarsi sul miglioramento delle competenze di tipo adattivo-sociale.
Responsabilità dell'intervento	-Disabilità intellettiva lieve e media: Equipe Multidisciplinare dell'Azienda Sanitaria Locale presso i Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e l'equipe multidisciplinare che eroga i trattamenti. -Disabilità intellettiva grave e profonda: Equipe Multidisciplinare dell'Azienda Sanitaria Locale presso i Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza in raccordo con l'UVI e con altre agenzie sociali

Dopo i 13 anni la presa in carico proseguirà con tutti gli interventi anche indiretti, sociosanitari e/o sociali (cfr. Catalogo dei Servizi sociali ex DGR n. 107 del 23/04/2014) possibili previsti dal progetto individuale volti al sostegno alle abilità possedute, all'integrazione sociale, scolastica e/o lavorativa, secondo le capacità raggiunte dal soggetto.

Gli interventi sociosanitari (diurni, o residenziali, di promozione delle autonomie sociali), vanno individuati e monitorati dalle UVI, a cui partecipano i Servizi distrettuali di Neuropsichiatria infantile che continuano a seguire il caso. Le UVI utilizzano, tra gli altri, gli strumenti di valutazione indicati al paragrafo "Valutazione e Diagnosi" per l'accesso ai servizi sociosanitari.

E' appropriata l'attivazione di percorsi abilitativi individuali nelle seguenti aree:

- a) apprendimento/socialità/affettività
- b) formazione/lavoro
- c) casa/habitat sociale

in relazione ai bisogni e alle abilità del minore, attraverso iniziative promosse, valutate, gestite e monitorate in maniera integrata e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti ed ai familiari, mediante le Unità di Valutazione Integrate, ovvero attraverso l'integrazione tra iniziativa pubblica e risorse comunitarie, finalizzate a costruire un approccio integrato e personalizzato ai bisogni di salute della persona.

La transizione all'età adulta

La transizione all'età adulta rappresenta per la famiglia una fase molto critica per tutta una serie di fattori, primo fra tutti per il cambio di interlocutori: è prioritario garantire la continuità della presa in carico con i servizi aziendali sociosanitari, attraverso la condivisione dei modelli di intervento per affrontare i bisogni degli adolescenti e dei giovani adulti e rinnovare l'alleanza terapeutica, offrendo uno spazio privilegiato di ascolto alla famiglia, per condividerne le ansie per il futuro rispetto alla realizzazione del progetto di vita.

Sono possibili tutti gli interventi già descritti per i soggetti oltre i 13 anni.

Qualora il soggetto abbia sviluppato anche disturbi di interesse psichiatrico, sarà garantito, al compimento della maggiore età, il passaggio della presa in carico ai Servizi sanitari di Salute Mentale.

Il trattamento farmacologico

Per procedere ad un corretto trattamento farmacologico, bisogna anzitutto tenere in conto dell'estrema eterogeneità delle manifestazioni cliniche e delle caratteristiche comportamentali, delle basi neuropsicologiche del disturbo, nonché delle possibili comorbidità ad esso associate. Non esiste un trattamento farmacologico per i Deficit Cognitivi, quanto più per sintomi specifici o comorbidità (p.e. disturbi dell'umore, disturbi ossessivo-compulsivi, ADHD, DSA) ad esso associati che causano interferenza significativa con il benessere psicofisico del soggetto ed il suo adattamento e il suo conseguente funzionamento nei vari contesti di vita.

Il trattamento farmacologico, dunque, è un trattamento "riservato" ad un sottogruppo di soggetti che presentano particolari sintomi-bersaglio ed in particolare: aggressività, autolesionismo, crisi di rabbia, iperattività, gravi comportamenti ossessivi e ripetitivi, insonnia.

Requisiti di base che necessitano di essere soddisfatti prima di procedere alla prescrizione di un trattamento psicofarmacologico comprendono: l'efficacia e la specificità della molecola utilizzata sui sintomi bersaglio; la tollerabilità (in particolare in età evolutiva); l'outcome di trattamento, inteso come miglioramento della compliance del soggetto ai contesti di inserimento sociale e

relazionale (familiari, scolastici, abilitativi, extramurali).

La risposta al trattamento farmacologico è una risposta soggettiva, in quanto può essere influenzata da numerose variabili, quali il livello di linguaggio, l'età e le competenze cognitive del paziente. Nonostante risulti indispensabile che la gestione del trattamento psicofarmacologico sia evidence-based, pochi risultano gli studi randomizzati, controllati, in doppio cieco per l'utilizzo di psicofarmaci in età evolutiva; le numerosità campionarie degli studi clinici, inoltre, risultano spesso esigue, mentre risultano maggiormente estese casistiche di studi condotti "in aperto" e dunque senza soggetti di controllo.

Auto ed etero-aggressività

Le motivazioni che sottendono alle manifestazioni di aggressività possono essere svariate e quasi sempre riconducibili ad un disagio di natura psicofisica e che il soggetto manifesta con comportamenti disreattivi, disimpulsivi e spesso pericolosi per sé stesso o per gli altri. Qualora il sintomo "aggressività" risulti non gestibile con adeguate modalità di trattamento comportamentale o mediante il riconoscimento e l'eliminazione delle sue possibili cause, sussiste l'indicazione alla terapia farmacologica, per procedere ad una giusta impostazione della quale è necessario innanzitutto tenere conto delle basi neurobiologiche che sottendono a tale condizione clinica. Tenuto conto che i circuiti neurotrasmettitoriali coinvolti nei comportamenti aggressivi sono essenzialmente il sistema dopaminergico, serotoninergico, noradrenergico e il sistema endogeno degli oppioidi, le categorie di farmaci che risulteranno efficaci nella gestione del sintomo saranno gli antipsicotici (tipici ed atipici).

Iperattività ed impulsività

Qualora sussista tale condizione clinica associata, trova indicazione il trattamento farmacologico con sostanze psicostimolanti (metilfenidato) o non stimolanti (atomoxetina), per favorire la gestione sintomatologica (iperattività, impulsività, disattenzione) associata ai sintomi core della condizione patologica di base. Dunque, per procedere ad un trattamento farmacologico appropriato di tali sintomi, sarà necessario ed indispensabile individuarne la vera matrice e la vera natura; formulare una adeguata diagnosi di comorbidità di ADHD, infatti, consentirà di procedere ad un trattamento specifico per il disturbo concomitante e dunque per la manifestazione clinica dell'iperattività e dell'impulsività.

Una errata diagnosi potrebbe indurre ad una inadeguata valutazione del bisogno del soggetto e dunque portare ad una prescrizione inefficace o inappropriata.

Comportamenti ripetitivi

Farmaci di elezione per il trattamento di tali sintomi sono gli inibitori del re-uptake della serotonina (SSRI), in particolare fluoxetina, clomipramina, sertralina. In letteratura, inoltre, è riportata una maggiore efficacia nell'utilizzo combinato di un SSRI con risperidone e stabilizzante del tono dell'umore (in particolare il valproato di sodio).

Insonnia

La prima indicazione per il trattamento dell'insonnia è data dall'utilizzo della melatonina. L'implemento di melatonina, infatti, induce un miglioramento nella durata del sonno, nella latenza di addormentamento e nel ritmo sonno-veglia; ciò si correla, inoltre, con un miglioramento

comportamentale nelle ore diurne. Il trattamento va effettuato dopo che sia stata attuata una corretta igiene del sonno, che risulta indispensabile e concomitante alla gestione con presidi medicali. Casi di insonnia refrattari al trattamento con melatonina e altrettanto resistenti alla gestione con opportune strategie comportamentali, dovranno essere inquadrati in possibili altri disturbi concomitanti, quali disturbi d'ansia o disturbi dell'umore. In questi casi, la gestione farmacologica varierà caso per caso.

La possibilità di prescrivere farmaci in età evolutiva e in particolare la possibilità di prescrivere psicofarmaci è fortemente limitata a causa delle poche evidenze scientifiche presenti in letteratura, soprattutto per quanto concerne l'utilizzo di farmaci antipsicotici di seconda generazione. L'utilizzo di molte molecole, pertanto, viene effettuato off-label. Questo pone importanti limiti nel trattamento di soggetti in età evolutiva.

Per quanto concerne la modalità di somministrazione dei farmaci, in età evolutiva è preferibile la formulazione in gocce, in quanto consente una maggiore maneggevolezza della gestione posologica e della compliance al trattamento. Il dosaggio iniziale raccomandato, inoltre, deve essere sempre minimo ed incrementato a dosi scalari progressive in modo da poter essere calibrato sulla base della risposta individuale del soggetto.

Si sottolinea, inoltre, che alcune molecole possono indurre una risposta paradossa. È il caso ad esempio delle benzodiazepine, il cui utilizzo nel trattamento dell'agitazione o dell'insonnia è alquanto controverso, per la possibile e frequente insorgenza di agitazione psicomotoria, insonnia, iperattività, crisi di rabbia; tali manifestazioni derivano dalla persistenza a livello dei recettori gabaergici, di subunità GABA-A che producono canali a conduttanza cationica e non anionica e dunque di tipo eccitatorio e non inibitorio, simili a quelli presenti in epoca neonatale.

ACC. 1-2 DCA 31

APPENDICE

ICF – CY codici relativi alla fascia di età 0-3 anni: ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE

Definire il problema: 1 problema lieve, 2 problema moderato, 3 problema severo, 4 problema completo, 8 non specificato, 9 non applicabile

	C	P	Indicatori	Strumenti per valutare l'efficacia degli interventi
d110 Utilizzare il senso della vista intenzionalmente				
d115 Utilizzare il senso dell'udito intenzionalmente				
d120 Esplorare gli oggetti con il tatto, l'olfatto, il gusto				
d131 Imparare attraverso le azioni con gli oggetti				
d1313 Apprendere attraverso il gioco simbolico				
d1314 Apprendere attraverso il gioco di finzione				
d133 Acquisire il linguaggio				
d137 Acquisire concetti di base				
d2100 Intraprendere un compito semplice				
d310 Comunicare con – ricevere – messaggi verbali				
d330 Parlare				
d331 Vocalizzazione prelinguistica				
d410 Cambiare la posizione corporea di base				
d415 Mantenere una posizione corporea				
d440 Uso fine della mano				
d445 Uso delle mani e del braccio				
d450 Camminare				
d530 Bisogni corporali				
d7106 Differenziazione delle persone familiari e non				
d880 Coinvolgimento nel gioco				

ICF – CY codici relativi alla fascia di età 0-3 anni: FATTORI AMBIENTALI

Barriera: 0 Nessuna, 1 lieve, 2 moderata, 3 severa, 4 completa, 8 non specificata, 9 non applicabile/Facilitatore: 0 Nessuno, 1 lieve, 2 moderato, 3 severo, 4 completo, 8 non specificato, 9 non applicabile

	B	F	B	F
e1101 Farmaci			e355 Operatori sanitari	
e1152 Prodotti e tecnologia utilizzati per il gioco			e410 Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta	
e125 Prodotti e tecnologia per la comunicazione			e575 Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale	
e310 Famiglia ristretta			e580 Servizi, sistemi e politiche sanitarie	

ICF – CY codici relativi alla fascia di età 3-6 anni: ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE				
Definire il problema: 0 Nessun problema, 1 problema lieve, 2 problema moderato, 3 problema severo, 4 problema completo, 8 non specificato, 9 non applicabile				
	C	P	Indicatori	Strumenti per valutare l'efficacia degli interventi
d133 Acquisire il linguaggio				
d1370 Acquisire concetti di base				
d140 Imparare a leggere				
d145 Imparare a scrivere				
d140 Imparare a calcolare				
d2100 Intraprendere un compito semplice				
d250 Controllare il proprio comportamento				
d310 Comunicare con – ricevere – messaggi verbali				
d315 Comunicare con – ricevere – messaggi non verbali				
d330 Parlare				
d335 Produrre messaggi non verbali				
d350 Conversazione				
d440 Uso fine della mano				
d445 Uso della mano e del braccio				
d450 Camminare				
d455 Spostarsi				
d465 Spostarsi usando apparecchiature/ausili				
d530 Bisogni corporali				
d710 Interazioni interpersonali semplici				
d815 Istruzione prescolastica				
d880 Coinvolgimento nel gioco				

ICF – CY codici relativi alla fascia di età 3-6 anni: FATTORI AMBIENTALI				
Barriera: 0 Nessuna, 1 lieve, 2 moderata, 3 severa, 4 completa, 8 non specificata, 9 non applicabile/Facilitatore: 0 Nessuno, 1 lieve, 2 moderato, 3 severo, 4 completo, 8 non specificato, 9 non applicabile				
	B	F	B	F
e110 Prodotti o sostanze per il consumo personale			e355 Operatori sanitari	
e1101 Farmaci			e410 Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta	
e115 Prodotti e tecnologia utilizzati per l'uso personale nella vita quotidiana			e575 Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale	
e120 Prodotti e tecnologia per la mobilità e il trasporto personali			e580 Servizi, sistemi e politiche sanitarie	

ICF – CY codici relativi alla fascia di età 6-12 anni: ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE

Problema: 0 Nessun problema, 1 problema lieve, 2 problema moderato, 3 problema severo, 4 problema completo, 8 non specificato, 9 non applicabile

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE	C	P	Indicatori	Strumenti per valutare l'efficacia degli interventi
d140 Imparare a leggere				
d145 Imparare a scrivere				
d150 Imparare a calcolare				
d160 Focalizzare l'attenzione				
d161 Dirigere l'attenzione				
d163 Pensare				
d166 Leggere				
d170 Scrivere				
d172 Calcolare				
d175 Risoluzione di problemi				
d177 Prendere decisioni				
d220 Intraprendere compiti articolati				
d230 Eseguire la routine quotidiana				
d240 Gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico				
d250 Controllare il proprio comportamento				
d520 Prendersi cura di singole parti del corpo				
d571 Badare alla propria sicurezza				
d710 Interazioni interpersonali semplici				
d720 Interazioni interpersonali complesse				
d750 Relazioni sociali informali				
d760 Relazioni familiari				
d820 Istruzione scolastica				
d880 Coinvolgimento nel gioco				
d920 Ricreazione e tempo libero				

ICF – CY codici relativi alla fascia di età 6-12 anni: FATTORI AMBIENTALI

Barriera: 0 Nessuna, 1 lieve, 2 moderata, 3 severa, 4 completa, 8 non specificata, 9 non applicabile/Facilitatore: 0 Nessuno, 1 lieve, 2 moderato, 3 severo, 4 completo, 8 non specificato, 9 non applicabile

	B	F	B	F
e110 Prodotti o sostanze per il consumo personale				
e1100 Cibi e bevande				
e1101 Farmaci				
e115 Prodotti e tecnologia utilizzati per l'uso personale nella vita quotidiana				
e120 Prodotti e tecnologia per la mobilità e il trasporto personali in ambienti interni e esterni				
			e125 Prodotti e tecnologia per la comunicazione	
			e320 Amici	
			e410 Attrezzamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta	
			e575 Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale	
			e580 Servizi, sistemi e politiche sanitarie	

ICF - CY codici relativi alla fascia di età 13-18 anni: ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE

Problema: 0 Nessun problema, 1 problema lieve, 2 problema moderato, 3 problema severo, 4 problema completo, 8 non specificato, 9 non applicabile

	C	P	Indicatori	Strumenti per valutare l'efficacia degli interventi
d163 Pensare				
d166 Leggere				
d170 Scrivere				
d172 Calcolare				
d175 Risoluzione di problemi				
d177 Prendere decisioni				
d240 Gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico				
d250 Controllare il proprio comportamento				
d350 Conversazione				
d360 Utilizzo di strumenti e tecniche di comunicazione				
d470 Usare un mezzo di trasporto				
d520 Prendersi cura di singole parti del corpo				
d570 Prendersi cura della propria salute				
d571 Badare alla propria sicurezza				
d710 Interazioni interpersonali semplici				
d720 Interazioni interpersonali complesse				
d760 Relazioni familiari				
d770 Relazioni intime				
d860 Transazioni economiche semplici				
d920 Ricreazione e tempo libero				

FATTORI AMBIENTALI

ICF – CY codici relativi alla disabilità		B	F	B	F
Barriera: 0 Nessuna, 1 lieve, 2 moderata, 3 severa, 4 completa, 8 non specificata, 9 non applicabile/Facilitatore: 0 Nessuno, 1 lieve, 2 moderato, 3 severo, 4 completo, 8 non specificato, 9 non applicabile					
e110	Prodotti o sostanze per il consumo personale		e320 Amici		
e1100	Cibi e bevande		e325 Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità		
e1101	Farmaci		e330 Persone in posizione di autorità		
e115	Prodotti e tecnologia utilizzati per l'uso personale nella vita quotidiana		e340 Persone che forniscono aiuto e assistenza		
e120	Prodotti e tecnologia per mobilità e trasporto personali in ambienti interni e esterni		e410 Atteggamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta		
e130	Prodotti e tecnologia per l'istruzione		e420 Atteggamenti individuali degli amici		
e140	Prodotti e tecnologia per la cultura, la ricreazione e lo sport		e5400 Servizi di trasporto		
e150	Prodotti e tecnologia per progettazione e costruzione di edifici per il pubblico utilizzo		e575 Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale		
e310	Famiglia ristretta		e580 Servizi, sistemi e politiche sanitarie		