
Capitolo 15

Valutazione dello sviluppo

Capitolo 15

Valutazione dello sviluppo

Primo incontro

La valutazione delle tappe dello sviluppo psico-motorio del bambino è l'attività più specifica per la professione pediatrica: nel breve tempo di primo approccio al bambino l'operatore deve avere già mentalmente pronti gli elementi per una prima, rapida, valutazione della adeguatezza dello sviluppo del bambino. In un secondo momento potrà dedicare tempo ed energia a valutazioni qualitative o semi-quantitative richieste dal singolo caso.

Lo sviluppo del bambino è quanto di più individuale si possa immaginare: per questo il genitore, e l'operatore pediatrico, possono, con l'esperienza, percepire al primo approccio la presenza di una eventuale problematica di sviluppo.

Ma tanti bambini, proprio per la loro unicità, presentano tappe di sviluppo peculiari, per le quali può sorgere il sospetto di un ritardo o di una anomalia.

È dunque conveniente definire tappe dello sviluppo, ottenute esaminando centinaia di bambini sani alle singole età, e calcolando la percentuale di bimbi sani che a quella singola età è capace di esercitare quella singola funzione. Sono stati così definiti gli intervalli (i percentili) di raggiungimento di una determinata tappa alle singole età. Per esempio a 12 mesi il 40% dei bambini cammina, mentre per gli altri bisogna attendere 16-18 mesi cir-

ca. Le femminucce sembrano raggiungere più rapidamente alcune tappe dello sviluppo.

Ma le varie aree dello sviluppo non sono indipendenti, anche se le definiamo strumentalmente in specifici domini (Figura 15.1).

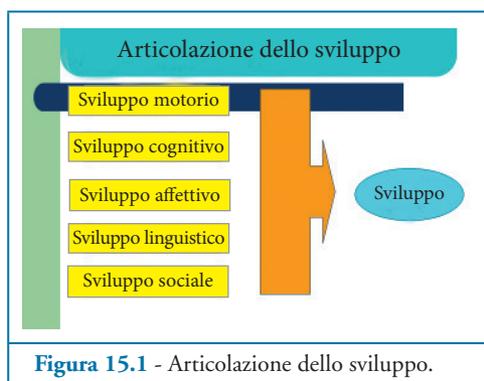


Figura 15.1 - Articolazione dello sviluppo.

È dunque importante valutare un profilo complessivo, spesso composto da onde flessuose all'interno delle articolazioni dello sviluppo. Un maschietto di 16 mesi potrebbe ancora essere molto impacciato nel camminare senza appoggio, ma avere un linguaggio appropriato per l'età ed una ottima relazione sociale.

Il test di Denver

Questo sistema di valutazione permanente attualmente quello meglio validato sul

bambino e di più rapida e consistente attuazione. È articolato in 4 profili:

- **Attività Motoria Grossolana**
- **Attività Motoria Fine**
- **Linguaggio**
- **Sviluppo Personale e Sociale (Allegato 15a).**

Sull'asse orizzontale sono indicati i mesi del bambino: tracciando una linea verticale all'età esatta del bambino, incroceremo, dal basso verso l'alto, i passi realizzati dalla media dei bambini di quella età, con un certo margine di intervallo che comprende da sinistra a destra, il limite del 25° percentile, al centro è il limite del 50° percentile, ed una area gialla sulla destra, che è l'intervallo tra il 75° ed il 90° percentile e indica un *punto da sorvegliare*. Tutti i passi a sinistra della linea verticale del nostro bambino sono quelli che avrebbe già dovuto raggiungere a quell'età, mentre quelli a destra sono quelli che, ragionevolmente, non ha ancora raggiunti.

Ad esempio un bambino di 9 mesi si tira su per alzarsi e sta su seduto, ma ancora non sta in piedi da solo (motoria grossolana), dice chiaramente papa-mama, ma non combina ancora parole compiute (linguaggio), ha la prensione pollice-dito ed urta due cubetti con le manine, ma non riesce ancora a mettere il cubetto in una tazza (motoria fine), indica cosa vuole e fa il salutino, ma ancora non gioca con la pallina con l'esaminatore (sviluppo personale e sociale).

Il test si accompagna con istruzioni molto accurate, che richiedono una attrezzatura minimale (matita e foglio, pallina, cubetti, palline di carta - al posto dell'appiccicosa uva passa) (Allegato 15b).

Il test si conclude con una importante considerazione: nel secondo anno di vita la metà dei bambini non collaborano. Dunque sta all'abilità dell'operatore osservare i movimenti ed i gesti relazionali spontanei. Se un bambino non vuol partecipare ad uno dei passi (ad esempio tracciare una linea verticale), si può sempre utilizzare quello precedente (fare una torre di cubetti) che si sovrappone in parte con quello della linea.

La **Tabella 15.1** fornisce un riepilogo breve delle tappe dello sviluppo da 0 a 24 mesi. Nel *Capitolo 16* viene proposto un metodo per la valutazione nella neuropsicomotricità che approfondisce aree non coperte dal test di Denver.

Valutare la qualità del nido

Come è stato anticipato nell'introduzione, lo sviluppo del bambino è grandemente influenzato dalla qualità del nido e dalle capacità parentali. In realtà è molto complesso valutare l'ambiente familiare senza dividerne l'atmosfera, le complessità e le difficoltà. Vi è inoltre talora una barriera culturale: l'operatore ha spesso conosciuto un ambiente culturalmente stimolante e tende ad essere influenzato negativamente da un ambiente familiare molto semplice, con pochi stimoli, nessuna lettura, giochi elementari o scarsa interazione genitori-figli. Ma il nido viene costruito secondo le singole scelte e le opportunità dei genitori e, per una gran parte delle famiglie, è dominato più dalla necessità di sopravvivenza che dalla qualità *oggettiva* delle relazioni interpersonali.

Ma l'istinto genitoriale, il grande legame affettivo che è naturalmente instaurato tra genitori e figli, l'empatia materna e paterna possono garantire al bambino un eccellente

Tabella 15.1 - Principali tappe dello sviluppo psicomotorio (0-24 mesi).

Età	Stato motorio	Linguaggio	Comportamento
4-6 settimane	Capo sollevato dal tronco e ruotato a destra	Pianto	Sorride
3 mesi	Buon controllo del capo	Pianto misto a suoni di compiacimento	Interazione mimica
4 mesi	Capo mantenuto costantemente se il bambino viene sollevato dalla posizione supina; tentativi di afferrare gli oggetti	Emette suoni di compiacimento	Sorride; ride; mostra di gradire oggetti o persone familiari
5 mesi	Prensione volontaria con ambedue le mani; gioca con piccoli oggetti o giocattoli	Gorgheggio	Sorride vedendo la sua immagine allo specchio
6 mesi	Prensione con una mano; rotola da prono a supino; siede con appoggio	Gorgheggio; balbettio (varietà di suoni)	Esprime i primi rifiuti e le prime preferenze nel cibo
8 mesi	Siede senza supporto; trasferisce gli oggetti da una mano all'altra; rotola da supino a prono	Primi bisillabi	Risponde al «no»
10 mesi	Striscia; stazione eretta con appoggio; oppone il pollice e l'indice	Bisillabi completi	Saluta con la mano; modella delle palline; gioca al cucù
12 mesi	Stazione eretta con appoggio; cammina con supporto	Pronuncia due o tre parole con significato	Comprende i nomi degli oggetti; mostra interesse nelle figure e nei disegni
15 mesi	Cammina autonomamente	Pronuncia più parole con significato	Indica gli oggetti desiderati; comincia ad imitare
18 mesi	Sale e scende le scale; inizia a svestirsi	Aumenta il vocabolario	Esegue piccoli comandi
24 mesi	Sale e scende le scale da solo	Fraasi di due o tre parole	Gioco organizzato; indica parti del corpo

qualità del nido non certamente valutabile con misure condizionate dal livello culturale. Il sistema valoriale, per quanto non palesemente espresso, può essere più efficace

alla protezione del bambino, di un artefatto culturale più palese e schematico.

Per questo l'operatore pediatrico deve acquisire grande umiltà nel valutare le ca-

pacità parentali e la qualità del nido, ponendosi più in una situazione di ascolto che di valutazione oggettiva.

Ma abbiamo bisogno di strumenti: ignorare la qualità del nido può creare importanti problemi di comunicazione tra operatore e famiglia, che influenzeranno certamente la comprensione e la gestione delle cure preventive e curative del bambino.

Per questo abbiamo sperimentato un semplice protocollo di osservazione, definito con acronimo inglese HOME; di facile somministrazione e di discreta specificità nell'identificare le criticità del nido. Ciò allo scopo di facilitare la comunicazione ed adeguare linguaggio e prescrizioni al livello di capacità ricettiva del nucleo familiare.

Modalità di somministrazione della scala HOME

La scala HOME consta di un protocollo di osservazione che, nella versione 0-3 anni, comprende 23 items relativi a stimoli ambientali e relazionali considerati altamente significativi per lo sviluppo del bambino [vedi scheda di somministrazione in [Allegato 15c e 15d](#)]. Gli items sono

ripartiti in 6 sottoscale, ognuna delle quali è relativa ad una specifica area.

Le aree prese in considerazione sono:

1. la capacità di interazioni emotive e verbali del genitore nei confronti del figlio
2. l'accettazione del comportamento spontaneo del bambino
3. l'organizzazione dell'ambiente sotto l'aspetto fisico e temporale
4. la presenza di giocattoli e materiali adeguati al livello di sviluppo psicomotorio
5. il grado di coinvolgimento del genitore con il figlio
6. la varietà delle stimolazioni fornite quotidianamente.

Le informazioni per valutare la presenza delle condizioni richieste dai diversi items sono raccolte mediante osservazione diretta e intervista nel corso di una visita domiciliare durante la quale è richiesta la presenza del bambino ed almeno del genitore che maggiormente si prende cura di lui.

I punteggi sono dati dalla somma delle risposte positive ai diversi items e configurano punteggi parziali per le singole aree oltre ad un punteggio totale suddiviso in **basso** (da 0 a 8), **medio** (da 9 a 16) ed **alto** (da 17 a 23).

Bibliografia

- AGENZIA SANITARIA REGIONALE EMILIA-ROMAGNA. *Dossier 126-2006. Neuropsichiatria infantile e Pediatria*. SSR Emilia Romagna. ISSN 1591-223X.
- DEL GIUDICE E. et al. *Una proposta di valutazione dello sviluppo infantile*, Medico e Bambino, 1988; 8, pp.53-60.
- DE LOURDES DRACHLER, M.; MARSHALL, T.; DE CARVALHOLEITE, J.C. *A continuous-*

scale measure of child development for population-based epidemiological surveys: A preliminary study using item-response theory for the Denver test. Pediatric and Perinatal Epidemiology. 2007;21: 138-153.

- FRANKENBURG, W.K. *The Denver Developmental Screening Test*. The Journal of Pediatrics. 1967; 71: 181-191

FRANKENBURG, W.K. *Revision of the Denver Prescreening Questionnaire*. J. Pediatr. 1987;110: 653–57.

GISON G, BONIFACIO A, MINGHELLI E. *Un approccio ai problemi dello sviluppo psichico - Autismo e psicomotricità*. Erickson 2012.

GUEVARA, J.P., GERDES, M., LOCALIO, R. “Effectiveness of developmental scre-

ening in an urban setting”. Pediatrics. 2013;131:30-37.

PERFORMING PREVENTIVE SERVICES: A BRIGHT FUTURE HANDBOOK. Physical Examination. Edited by Susanne Tanski, Lynn C. Garfunkel, Paula M. Duncan and Michael Weitzman. American Academy of Pediatrics 2010.