



# Regione Umbria

Giunta Regionale

---

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 1384 DEL 09/12/2013

**OGGETTO:** Protocollo operativo per il percorso diagnostico terapeutico riabilitativo integrato ospedale-territorio per minori affetti da ipoacusia permanente

		PRESENZE
Marini Catuscia	Presidente della Giunta	Presente
Casciari Carla	Vice Presidente della Giunta	Assente
Bracco Fabrizio Felice	Componente della Giunta	Presente
Cecchini Fernanda	Componente della Giunta	Presente
Paparelli Fabio	Componente della Giunta	Presente
Riommi Vincenzo	Componente della Giunta	Presente
Rometti Silvano	Componente della Giunta	Presente
Vinti Stefano	Componente della Giunta	Presente

---

Presidente: Catuscia Marini

Segretario Verbalizzante: Catia Bertinelli

Efficace dal 13/12/2013

Il funzionario:FIRMATO

---

## LA GIUNTA REGIONALE

**Visto** il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Presidente Catuscia Marini

**Preso atto:**

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
- c) della dichiarazione del Dirigente medesimo che l'atto non comporta oneri a carico del Bilancio regionale;
- d) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

**Vista** la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

**Visto** il Regolamento interno di questa Giunta;

**A voti** unanimi espressi nei modi di legge,

### DELIBERA

- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta della Presidente, corredati dei pareri e del visto prescritti dal Regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di approvare il "Protocollo operativo per il percorso diagnostico terapeutico riabilitativo integrato ospedale-territorio per minori affetti da ipoacusia permanente", condiviso dal Comitato di Coordinamento della Rete materno infantile e dell'età evolutiva, illustrate nel documento istruttorio del presente atto, di cui all'allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 3) di dare mandato alle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Locali di avviare l'applicazione del suddetto protocollo operativo e di prevedere a distanza di un anno dall'adozione del presente provvedimento una verifica della loro attuazione;
- 4) di pubblicare il presente atto nel BUR;

**IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE**

f.to Catia Bertinelli

**IL PRESIDENTE**

f.to Catuscia Marini

## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

### **Oggetto: Protocollo operativo per il percorso diagnostico terapeutico riabilitativo integrato ospedale-territorio per minori affetti da ipoacusia permanente**

La sordità preverbale è il più comune deficit sensoriale neonatale, i dati della letteratura mondiale riferiscono che nascono 1-3 bambini affetti da tale menomazione su 1000 nati.

Il Piano Sanitario Regionale dell'Umbria 2009-2011 prevede di dare priorità ad una serie di interventi riabilitativi sulla presa in carico di alcune condizioni in cui la precocità dell'azione riabilitativa è cruciale ai fini della prognosi; per quanto riguarda il bambino sordo è importante sviluppare la collaborazione interaziendale tra le Aziende Ospedaliere e le Aziende Territoriali, per garantire una presa in carico multidisciplinare precoce ed altamente specializzata, compresi gli audiolesi con impianto cocleare.

Già con DGR n.789 del 21 maggio 2007 è stato attivato un programma di screening audiologico neonatale in maniera coordinata e con criteri omogenei sul territorio regionale dotando gli undici punti nascita e le due terapie intensive neonatali di apparecchi automatici per emissioni otoacustiche evocate transienti.

L'attivazione di tale screening implica la creazione di una rete fra i punti nascita, i pediatri di famiglia, i servizi di audiologia-foniatria-otorinolaringoiatria, gli audioprotesisti, i logopedisti dei centri di riabilitazione, gli psicologi e gli insegnanti.

Lo sforzo successivo consiste nel seguire i bambini ipoacusici attraverso le tappe della conferma della diagnosi, della protesizzazione o dell'impianto cocleare, della riabilitazione logopedica, della valutazione del linguaggio, dell'apprendimento e dell'inserimento scolastico.

Quanto definito con la DGR n.789/2007 comporta la definizione di un nuovo assetto organizzativo che preveda una rete di Servizi specialistici dedicati alla sordità in età evolutiva tra loro interconnessi e che garantiscano in modo equo ed uniforme la presa in carico del bambino sordo attraverso un percorso integrato ospedale-territorio. In tale senso è importante prevedere un percorso differenziato per i bambini che provengono dai Punti nascita e per quelli che provengono dal territorio.

Vanno altresì definiti i requisiti minimi per la prescrizione e regolazione delle protesi acustiche nel bambino e la strumentazione per l'inquadramento cognitivo-linguistico suddiviso per fasce d'età.

La F.I.A.D.D.A., Sezione regionale umbra, ha più volte sollecitato l'istituzione di un tavolo di confronto tra i professionisti che ruotano attorno al problema della sordità al fine di realizzare un protocollo univoco nell'ambito del trattamento e della riabilitazione del bambino sordo e che preveda anche interventi di sostegno alle famiglie.

A tal fine la Regione ha costituito un gruppo di lavoro formato da esperti del settore per la redazione del "Protocollo operativo per il percorso diagnostico terapeutico riabilitativo integrato ospedale-territorio per minori affetti da ipoacusia permanente" che si allega al presente atto quale parte integrante e sostanziale.

Perugia, lì 03/12/2013

L'istruttore  
Giuseppina Moliterni

FIRMATO

---

### **PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA**

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, lì 05/12/2013

Il responsabile del procedimento  
Mara Zenzeri

FIRMATO

---

### PARERE DI LEGITTIMITÀ

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;

Visto il documento istruttorio;

Atteso che sull'atto è stato espresso:

- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- il visto di regolarità contabile espresso dal Servizio Ragioneria;

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto e si dichiara che l'atto non comporta oneri a carico del Bilancio regionale;

Perugia lì 05/12/2013

Il dirigente di Servizio  
Marcello Catanelli

FIRMATO



# Regione Umbria

Giunta Regionale

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E COESIONE SOCIALE

---

**OGGETTO:** Protocollo operativo per il percorso diagnostico terapeutico riabilitativo integrato ospedale-territorio per minori affetti da ipoacusia permanente

---

---

## PARERE DEL DIRETTORE

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, l.r. n. 2/2005 e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 gennaio 2006, n. 108:

- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta,
- verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione,

esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, lì 06/12/2013

IL DIRETTORE  
EMILIO DUCA

FIRMATO



## Regione Umbria

Giunta Regionale

Assessorato regionale "Programmazione strategica generale, controllo strategico e coord.to delle Politiche Comunitarie. Rapp.ti con il Governo e con le Istituzioni dell'UE. Intese Istit.li di programma e accordi di programma quadro. Riforme Istituzionali e coord.to politiche del federalismo. Coord.to delle Politiche per l'Innovazione, la Green Economy e l'internazionalizzazione dell'Umbria. Coord.to per gli interventi per la sicurezza dei cittadini. Rapporti con le Università e i Centri di Ricerca. Agenzie regionali. Relazioni internazionali, coop.ne allo sviluppo, politiche per la pace. Politiche di parità genere e antidiscriminazione. Prot.ne civile, programmi di ricostruzione e sviluppo delle aree colpite dagli eventi sismici. Prog.ne ed organizzazione delle risorse finanziarie comprese quelle comunitarie. Affari istituzionali e semplificazione della P.A. Tutela della salute. Programmazione ed organizzazione sanitaria ivi compresa la gestione e valorizzazione del patrimonio sanitario - Sicurezza dei luoghi di lavoro - Sicurezza alimentare"

---

**OGGETTO:** Protocollo operativo per il percorso diagnostico terapeutico riabilitativo integrato ospedale-territorio per minori affetti da ipoacusia permanente

---

### PROPOSTA ASSESSORE

L'Assessore ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

**propone**

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto

Perugia, lì 06/12/2013

Presidente Catuscia Marini

FIRMATO

---

Si dichiara il presente atto urgente

Perugia, lì

L'Assessore

**“PROTOCOLLO OPERATIVO PER IL PERCORSO DIAGNOSTICO  
TERAPEUTICO RIABILITATIVO INTEGRATO OSPEDALE – TERRITORIO  
PER MINORI AFFETTI DA IPOACUSIA PERMANENTE”**

PERUGIA  
NOVEMBRE 2013

La Rete Materno infantile e dell'età evolutiva, coordinata dal Prof. Giuseppe Castellucci, ha ritenuto opportuno attivare percorsi di approfondimento su specifici problemi di salute di soggetti in età evolutiva.

Il sesto tema individuato è la sordità preverbale. A tale scopo La Direzione Regionale Salute, Coesione Sociale ha attivato un gruppo di lavoro composto dai Responsabili dei Servizi per l'età evolutiva quali referenti delle Aziende Sanitarie della Regione supportati dal Servizio Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza distrettuale e ospedaliera della Direzione Regionale, per elaborare un "Protocollo operativo per il percorso diagnostico terapeutico riabilitativo integrato ospedale-territorio per minori affetti da ipoacusia permanente"

Tale gruppo è così composto:

**Regione Umbria - Direzione Regionale Salute, Coesione Sociale**

Marcello Catanelli (Dirigente Servizio Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza di base e ospedaliera )

Mara Zenzeri (Responsabile Sezione Riabilitazione, disabilità e cooperazione sanitaria)

Giuseppina Moliterni (Funzionario Sezione Riabilitazione, disabilità e cooperazione sanitaria)

Corrado Rossetti (Pediatria)

**Azienda Ospedaliera di Perugia**

Giampietro Ricci

Egisto Molini

Patrizia Lupoli

Lucia Calzolari

**Azienda Ospedaliera di Terni**

Andrea Pennacchi

**Azienda USL Umbria 1**

Graziana Bambini

Cinzia Capriotti

Riccardo Cecati

Maria Emilia Ceppi

Maria Elena Ciarini

Maria Cristina Cipiciani

Miranda Crisopulli

Alfredo Notargiacomo

Novella Paolucci Ragni

Lorella Proietti

Isabella Saffini

**Azienda USL Umbria 2**

Maria Luisa Bosi

Maurizio Carlone

Piera Fusaglia

Teresa Gentileschi

**FIADDA Umbria ONLUS**

Concetta Ferroni

Claudio Mariottini



# INDICE

## PARTE I

1.1 PREMESSA.....	4
1.2 OBIETTIVI GENERALI.....	4
1.3 FUNZIONI .....	5
1.4 ATTIVITÀ .....	6
1.5 PERCORSO DI PROTESIZZAZIONE/IMPIANTO .....	6
1.6 MODALITÀ OPERATIVE .....	7

## PARTE II

2.1 CLASSIFICAZIONE .....	8
---------------------------	---

## PARTE III

3.1 PRESA IN CARICO DEL TERRITORIO .....	10
3.1.1 ACCESSO.....	10
3.1.2 VALUTAZIONE.....	10
3.1.3 TRATTAMENTO LOGOPEDICO .....	11

## ALLEGATI

ALLEGATO 1: FLOW CHART DEL PERCORSO PER I BAMBINI PROVENIENTI DAI PUNTI NASCITA .....	13
ALLEGATO 2: FLOW CHART DEL PERCORSO PER I BAMBINI PROVENIENTI DAL TERRITORIO ..	14
ALLEGATO 3: PRESCRIZIONE E REGOLAZIONE DELLE PROTESI ACUSTICHE NEL BAMBINO. REQUISITI MINIMI .....	15

STRUMENTI DIAGNOSTICI .....	16
-----------------------------	----

## **PARTE I**

### **1.1 Premessa**

La sordità pre-verbale è il più comune deficit sensoriale neonatale: l'OMS ne stima la prevalenza in 1-4 casi per 1.000 rispetto ad altri dati della letteratura mondiale, ove tale dato si aggira su 1-3 casi su 1000 nati (U.S. Preventive Services Task Force, 2008).

Il Piano Sanitario Regionale dell'Umbria 2009-2011 prevede di dare priorità ad una serie di interventi riabilitativi sulla presa in carico di alcune condizioni in cui la precocità dell'azione riabilitativa è cruciale ai fini della prognosi; per quanto riguarda il bambino sordo è importante sviluppare la collaborazione interaziendale tra le Aziende Ospedaliere e le Aziende Territoriali, per garantire una presa in carico multidisciplinare precoce ed altamente specializzata, compresi gli audiolesi con impianto cocleare.

Con DGR n. 1767 del 10 novembre 2004, *"Istituzione del Centro di riferimento regionale umbro per l'impianto cocleare"* è stato istituito il Centro di riferimento regionale per l'impianto cocleare presso la struttura complessa di Otorinolaringoiatria e Chirurgia cervico-facciale dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Con DGR n. 789 del 21 maggio 2007 – *"Attivazione screening audiologico neonatale"* sono stati individuati i Centri di III livello presso la Clinica ORL dell'Azienda Ospedaliera di Perugia e la Clinica ORL dell'Azienda Ospedaliera di Terni.

### **1.2 Obiettivo generale**

La regione alla luce della nuova organizzazione ha rilevato l'esigenza di strutturare a livello regionale una rete di servizi specialistici dedicati alla sordità in età evolutiva, tra loro interconnessi, che garantiscano uniformità ed equità di accesso e di terapia all'interno di un percorso assistenziale integrato ospedale-territorio partendo dallo screening audiologico neonatale per arrivare alla diagnosi ed al trattamento precoce delle ipoacusie infantili.

Va quindi definito un percorso assistenziale integrato per la diagnosi, il trattamento e la abilitazione/riabilitazione dei bambini affetti da ipoacusia permanente, anche ad insorgenza tardiva.

L'obiettivo generale va declinato in una serie di obiettivi specifici così di seguito riportati:

- a) Favorire uniformità ed equità di accesso attraverso la definizione di procedure / protocolli di integrazione fra professionisti esperti sui vari aspetti del progetto di vita del bambino con ipoacusia;
- b) Realizzare una presa in carico precoce del bambino sordo da parte di un team multidisciplinare attraverso la collaborazione di operatori delle Aziende Ospedaliere e Territoriali;
- c) Definire i percorsi di presa in carico per il bambino con ipoacusia;
- d) Elaborare proposte formative per le diverse figure professionali coinvolte nel percorso clinico e abilitativo/riabilitativo.

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra specificati è necessaria l'attivazione di una stretta collaborazione tra Azienda Ospedaliera di Perugia e Azienda USL 1 e tra Azienda Ospedaliera di Terni e Azienda USL 2, svolta da tutti i professionisti coinvolti nel trattamento e la diagnosi della sordità come momento di integrazione tra le figure che prenderanno in carico il bambino in tutto il percorso di cura.

Presso le due aziende ospedaliere di Perugia e di Terni è istituito uno specifico Centro di III livello che mette a disposizione le seguenti risorse:

- spazio dedicato all'ambulatorio, in questo ambito dovrebbero essere previste corsie preferenziali per l'effettuazione degli esami uditivi dei bambini presi in carico dall'equipe interaziendale;
- strumentazioni in possesso per la diagnosi e il trattamento

L'Azienda Ospedaliera di Perugia è inoltre sede del Centro di riferimento regionale per gli impianti cocleari.

La suddetta collaborazione interaziendale è garantita da figure professionali di diversa provenienza, sia dalle Aziende Ospedaliere che Territoriali: Audiologo, Otorino, Audiometrista, Audioprotesista, Genetista, Logopedista e Psicologo.

### **1.3 Funzioni**

- Effettuare una rapida ed efficace diagnosi e gestione audiologica del bambino ipoacusico, indicando il percorso terapeutico riabilitativo e abilitativo consistente nella scelta e nel fitting degli ausili uditivi più adatti, nonché nella verifica dell'idoneità degli stessi (protesi, impianto cocleare), dandone comunicazione con una relazione alla famiglia ed al Pediatra di Libera Scelta.

- Fornire alle famiglie dei bambini ipoacusici le informazioni e il supporto psicologico necessario nelle fasi immediatamente successive alla comunicazione della diagnosi. Inoltre, i genitori e chi si occupa del bambino, essendo i principali modelli di riferimento per lo sviluppo linguistico, dovranno essere coinvolti e resi attivamente partecipi del programma riabilitativo.
- Garantire, attraverso la presa in carico globale riabilitativa e abilitativa l'integrazione scolastica dell'alunno con disabilità uditiva.

#### **1.4 Attività**

- Valutazioni audiologiche, bilancio logopedico per la diagnosi;
- Proposta, prescrizione e collaudo protesico;
- Selezione, abilitazione e monitoraggio dei bambini sottoposti ad impianto cocleare (secondo protocolli);
- Comunicazione alla famiglia, al PLS della diagnosi, della protesizzazione e della proposta di percorso riabilitativo;
- Attivazione di eventuali consulenze medico specialistiche;
- Monitoraggio uditivo finalizzato alla protesizzazione e/o alla selezione per l'impianto cocleare;
- Effettuazione di controlli periodici, seguendo protocolli valutativi concordati ed in finestre temporali determinate;
- Riunioni periodiche per la discussione dei casi presi in carico.

#### **1.5 Percorso di protesizzazione/impianto**

- Prescrizione
- Collaudo
- Adattamento protesico
- Follow-up

##### Prescrizione

La proposta di prescrizione medica della protesi acustica spetta al medico specialista audiologo dei Centri di III° livello in collaborazione con l'audiologo prescrittore/autorizzatore del territorio che, dopo aver eseguito la diagnosi, ne specifica le caratteristiche tecniche in una scheda dettagliata (vedi allegato n. 3) in cui si indichino i parametri da applicare.

### Collaudo

Il collaudo sarà effettuato attraverso l'utilizzo di due strumentazioni: l'orecchio elettronico e la piattaforma NOE.

### Adattamento protesico

Il bambino viene protesizzato presso i Centri di III° livello alla presenza di:

- Audiologo/Otorino
- Audioprotesista
- Audiometrista
- Logopedista dei Centri di III livello e del territorio.

L'adattamento protesico avrà una durata indicativa di circa due mesi, al termine del quale uno o più incontri saranno partecipati dalla logopedista del territorio.

Nel momento in cui si verifichi la necessità di modificare l'ausilio protesico, il bambino ritorna al percorso di protesizzazione presso i Centri di III° livello.

### Follow-up

La logopedista del territorio accompagnerà, se possibile, la famiglia ed il bambino presso il Centro di III° livello dove verrà effettuato il follow-up.

## **1.6 Modalità operative**

L'attivazione del percorso integrato interaziendale avviene su richiesta di Servizi ospedalieri, dei Punti nascita, da altri specialisti ORL, dai Pediatri di Libera Scelta, dai Servizi di Riabilitazione dell'Età Evolutiva. L'accesso alle sue prestazioni avviene in appositi locali dedicati alla valutazione della sordità in età evolutiva presso i Centri di III° livello.

Ai Servizi di Riabilitazione per l'Età Evolutiva spetta la presa in carico "globale" del bambino sordo e l'elaborazione del progetto riabilitativo individuale.

## PARTE II

### 2.1 Classificazione

#### **H90** Ipoacusia trasmissiva e neurosensoriale

**Include:** sordità congenita

**Non comprende:** sordo mutismo<sup>1</sup> NEC (H91.3)

NOS sordità (H91.9)

perdita dell'udito:

- NOS (H91.9)
- indotta dal rumore (H83.3)
- ototossica (H91.0)
- improvvisa (idiopatica) (H91.2)

#### **H90.0** Ipoacusia trasmissiva, bilaterale

#### **H90.1** Ipoacusia trasmissiva, monolaterale senza restrizioni dell'udito sul lato controlaterale

#### **H90.2** Ipoacusia trasmissiva, non specificata

NOS sordità conduttiva

#### **H90.3** Ipoacusia neurosensoriale, bilaterale

#### **H90.4** Ipoacusia neurosensoriale monolaterale senza restrizioni dell'udito sul lato controlaterale

#### **H90.5** Ipoacusia neurosensoriale, non specificata

NOS sordità congenita

Perdita dell'udito:

- centrale } NOS
- neurale }
- percettivo }
- sensoriale }

NOS sordità neurosensoriale

#### **H90.6** Ipoacusia neurosensoriale e trasmissiva bilaterale

---

<sup>1</sup> La Legge 20 febbraio 2006, n. 95 "Nuova disciplina in favore dei minorati auditivi" disciplina che il termine «sordomuto» è sostituito con l'espressione «sordo».

**H90.7 Ipoacusia neurosensoriale e trasmissiva, unilaterale senza restrizioni dell'udito sul lato controlaterale**

**H90.8 Ipoacusia neurosensoriale e trasmissiva, non altrimenti specificata**

**H91 Altra perdita dell'udito**

**Non comprende:** percezione uditiva anormale (H93.2)  
perdita dell'udito come classificati in H90. -  
tappo di cerume (H61.2)  
perdita dell'udito indotta dal rumore (H83.3)  
sordità psicogena (F44.6)  
sordità da atto ischemico transitorio(H93.0)

**H91.0 Ipoacusia ototossica**

Utilizzare ulteriore codice causa esterna (capitolo XX), se lo si desidera, per identificare l'agente tossico.

**H91.1 Presbiacusia**

Presbiacusia

**H91.2 Ipoacusia improvvisa idiopatica**

Perdita dell'udito Improvvisa NOS

**H91.3 Sordo-mutismo<sup>2</sup>, non altrimenti classificato**

**H91.8 Perdita dell'udito altrimenti specificato**

**H91.9 Perdita dell'udito, non altrimenti specificato**

Sordità:

- NOS
- per le alte frequenze
- per le basse frequenze

---

<sup>2</sup> La Legge 20 febbraio 2006, n. 95 "Nuova disciplina in favore dei minorati auditivi" disciplina che il termine «sordomuto» è sostituito con l'espressione «sordo».

## Parte III

### 3.1 Presa in carico del territorio

#### 3.1.1 Accesso

L'accesso avviene su richiesta del Pediatra di Libera Scelta o del Medico di Medicina Generale.

#### 3.1.2 Valutazione

La valutazione è da intendersi globale in quanto prevede inquadramento cognitivo, logopedico, neuropsicologico con eventuali approfondimenti se necessario nei quadri di comorbidità.

#### Strumenti per inquadramento cognitivo-linguistico per fasce di età

Fasce di età	Inquadramento cognitivo	Inquadramento logopedico
<b>0-36 mesi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Brunet Lezine</li><li>• Griffiths Mental Developmental Scales</li><li>• Scale Ordinali per la Valutazione - Uzgis Hunt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• MAIS</li><li>• LIP</li><li>• Videoanalisi</li><li>• Price</li><li>• Questionario MacArthur</li><li>• TPL</li></ul>
<b>3-6 anni</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Griffiths Mental Development Scales</li><li>• WPPSI</li><li>• LEITER-R</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• BVN</li><li>• PCAP Linguistico</li><li>• PCAP standard</li><li>• TIPI 1</li><li>• TIPI 2</li><li>• Test di articolazione (<i>Fanzago</i>)</li><li>• Prove fonologiche per la valutazione del linguaggio infantile (<i>P.F.L.I. Bortolini</i>)</li><li>• Ripetizione di sillabe e parole (<i>coppie minime</i>) Boston Naming Test</li></ul>



		(3-6 anni) (versione ridotta) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Naming Test - Brizzolara</li> <li>• TFL (Test fonolessicale) (Vicari e Marotta ed. Erickson)</li> <li>• T.R.F. (2,6 – 3,6) (Caselli, Devescovi, Osella)</li> <li>• Test ripetizione frasi (Zardini e coll.)</li> <li>• Eloquio spontaneo (GALS)</li> <li>• Bus story</li> <li>• Peabody - Test di vocabolario recettivo</li> <li>• TCGB – Test di comprensione grammaticale</li> <li>• TROG – Test for reception of grammar</li> <li>• Rustioni – Prova di Comprensione Linguistica</li> </ul>
<b>6-14 anni</b>	Si utilizzano tutti i tests cognitivi, linguistici e degli apprendimenti previsti per questa fascia d'età e ritenuti opportuni.	

### 3.1.3 Trattamento logopedico

In ambito terapeutico riabilitativo, si sottolinea l'importanza di una presa in carico precoce e di un intervento riabilitativo focalizzato sulla famiglia con lo scopo di massimizzare l'acquisizione delle competenze linguistiche.

Il trattamento avrà come primo obiettivo l'attivazione dell'attenzione uditiva ed il costante controllo dell'efficacia della tecnologia in uso con un approccio terapeutico cognitivo-verbale, anche prevedendo azioni per supportare le competenze educative degli adulti nei contesti di riferimento (famiglia, asili nido e scuole dell'infanzia, etc.).

I controlli periodici devono essere eseguiti con protocolli valutativi in finestre temporali e concordati.

Lo sviluppo della competenza comunicativo-linguistica viene valutato fin dalla fase preverbale con cadenza trimestrale/semestrale.

Per quanto riguarda il percorso abilitativo, il logopedista dovrà intraprendere un iter terapeutico mirato al raggiungimento di due obiettivi fondamentali:

- **Sviluppo delle abilità percettive uditive**

- accettazione dell'ausilio uditivo e utilizzo costante dell'amplificazione acustica;
- interesse al mondo dei suoni;
- acquisizione delle abilità percettive: detezione, discriminazione, identificazione, riconoscimento, comprensione.

- **Sviluppo delle abilità cognitivo-comunicative**

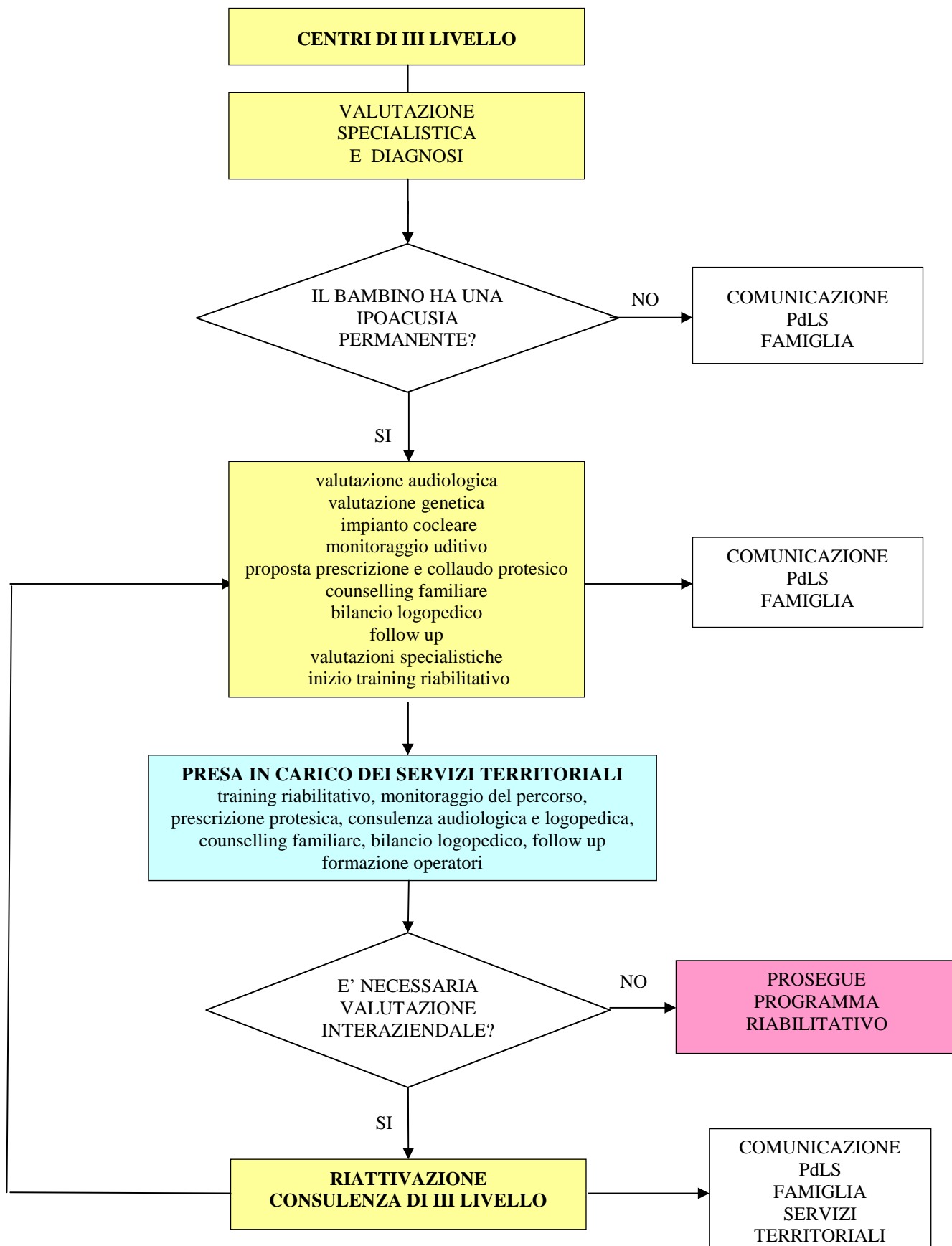
- acquisizione delle competenze nel rispetto delle tappe fisiologiche dello sviluppo cognitivo –linguistico;
- sviluppo delle competenze sociali ed emotivo-relazionali;
- partecipazione attiva della famiglia al percorso.

Il trattamento logopedico diretto si ritiene concluso al raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile per ogni bambino, sulla base del progetto terapeutico individualizzato.

Per i bambini protesizzati e/o impiantati fuori Regione la fase di protesizzazione e di adattamento all'impianto può essere effettuata presso i Servizi di Riabilitazione dell'Età Evolutiva di competenza territoriale.

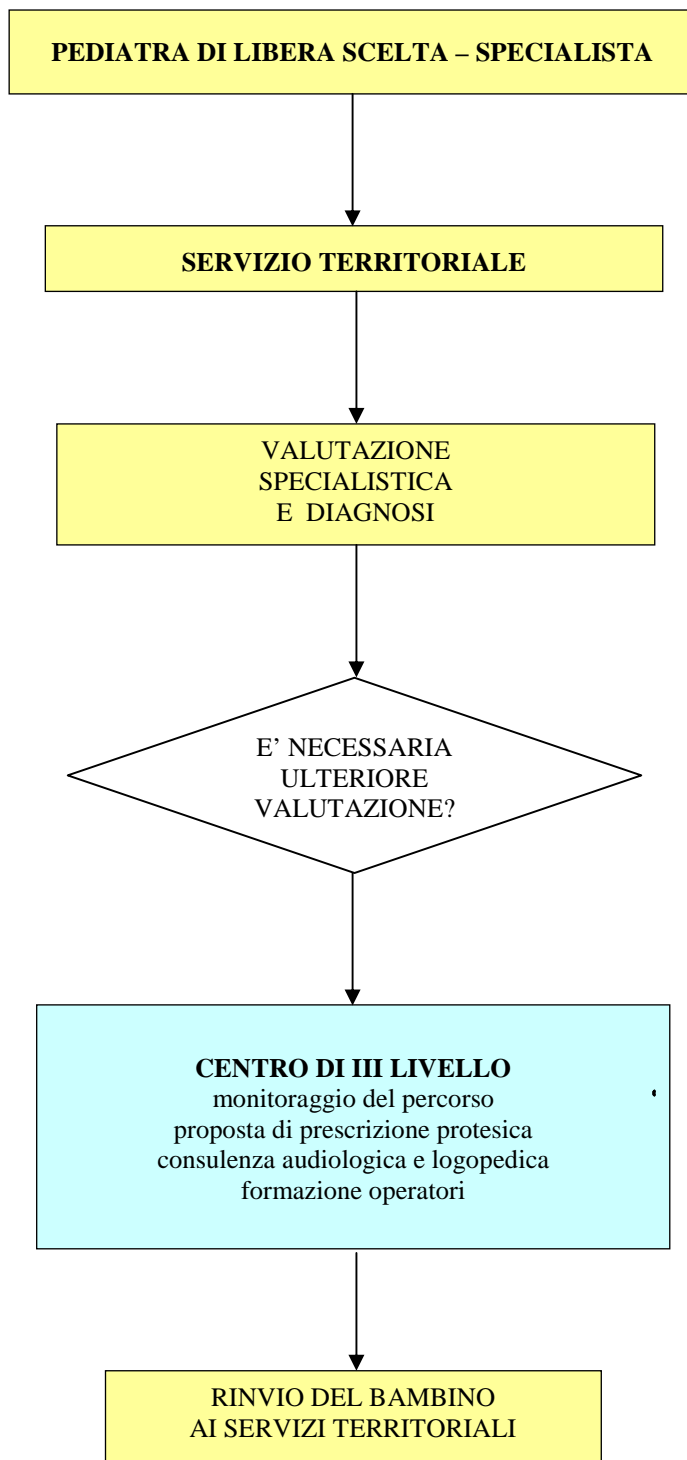
**PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO OSPEDALE – TERRITORIO  
PER MINORI AFFETTI DA IPOACUSIA PERMANENTE**

**BAMBINI PROVENIENTI DAI PUNTI NASCITA**



**PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO OSPEDALE – TERRITORIO  
PER MINORI AFFETTI DA IPOACUSIA PERMANENTE**

**BAMBINI PROVENIENTI DAL TERRITORIO**



**Prescrizione e regolazione delle protesi acustiche nel bambino. Requisiti minimi.**

- 1) SOGLIA Uditiva ottenuta con inserto auricolare.
  
- 2) RESR per le frequenze comprese tra 250 e 4000Hz (stimata con software formula non lineare.....). In alternativa convertire la soglia con quella equivalente media dell'adulto in dB HL e applicare alla tabella RESR tenendo conto del numero di canali della P.A. (allegato1, tabelle I, II, IV e V).
  
- 3) REAG stimata con formula non lineare .....per intensità in ingresso di 50 e 80 dB SPL per le frequenze comprese tra 250 e 4000 Hz.
  
- 4) RECD per le frequenze comprese tra 250 e 4000 Hz (allegato1, tabella III).
  
- 5) OSPL90 (RESR-RECD) per le frequenze comprese tra 250 e 4000 Hz.
  
- 6) GUADAGNO TARGET (REAG-RECD) per intensità in ingresso di 50 e 80 dB SPL per le frequenze comprese tra 250 e 4000 Hz.
  
- 7) REGOLAZIONE delle P.A. per ottenere OSPL90 e GUADAGNO TARGET previsti.

## Strumenti diagnostici

- Brunet Lezine
- Scale ordinali per la valutazione (Uzgiris, Hunt ) La Nuova Italia, Firenze, 1979
- GMDS Griffiths Mental Developmental Scales (R. Griffiths) Giunti O.S., 2006
- Il Primo Vocabolario del bambino - Questionario MacArthur, Versione italiana a cura di Caselli M.C., Casadio P., 1995
- TPL Test del primo linguaggio, Axia G. , OS 1995
- T.R.O.G. Test for reception of grammar (Bishop 1982) Traduzione, adattamento e tarature italiane a cura di Cendron M., Lonciari I., Sartori G.
- TCGB – Test di comprensione grammaticale per bambini a cura di Chilosi A. M, Cipriani P. et al. Edizioni Del Cerro, Pisa 1995
- Peabody -Test di vocabolario recettivo P.P.V.T.-R. Adattamento e standardizzazione in italiano a cura di Stella G., Pizzoli C., Tressoldi P, Omega Edizioni 2000
- Prove di valutazione della competenza linguistica - Rustioni Metz Lancaster D., Associazione "La nostra famiglia", 2007
- Valutazione della produzione verbale spontanea
- P.F.L.I. Prove per la valutazione fonologica del Linguaggio Infantile , Bortolini U., Edimaster, 1995
- Test di valutazione dell'articolazione, Fanzago F.
- P.Ca.P. Prime Categorie Percettive, Arslan e coll. 1997
- T.i.p.i 1, Arslan e coll. 1997
- T.i.p.i 2, Arslan e coll. 1997
- WPPSI-III, GIUNTI O.S.
- WISC-III, GIUNTI O.S.
- BVN, Gugliotta M., Bisiacchi P.S., Cendron M., Tressoldi P.E., Vio C., Erickson, 2009  
LEITER-R, Stoelting Co., USA
- LiP (Listening Progress Profile) di Archbolf (1994)

- La video analisi (Tait et al 2001)
- IT-MAIS (Infant-Toddler Meaningful Auditory Integration Scale) di Zimmerman-Phillips et al (2001)
- Il MUSS (Meaningful use of speech scale) di Zimmerman-Phillips et al (1992)
- Il questionario PRISE (Production of Infant Scale Evaluation) di Rabin et al (2005)