

# La disprassia in età evolutiva



...questa sconosciuta

A cura della Dr.ssa Letizia Sabbadini  
presidente dell' AIDEE ONLUS

"ASSOCIAZIONE ITALIANA  
DISPRASSIA ETÀ' EVOLUTIVA"

per la ricerca clinica e la formazione

*La disprassia  
in età evolutiva*



*...questa sconosciuta*

AIDEE ONLUS - ASSOCIAZIONE ITALIANA  
DISPRASSIA ETÀ EVOLUTIVA

# Indice

Che cos'è la disprassia	pag.	5
Eziologia	pag.	8
Vari tipi di disprassia	pag.	10
Primo anno di vita	pag.	13
Età prescolare	pag.	14
Età scolare	pag.	16
Chi fa la diagnosi	pag.	17
Cosa può fare il pediatra	pag.	18
Scheda raccolta dati anamnestici	pag.	19
Bibliografia	pag.	23
Sitografia	pag.	24

**Graphic Design  
e illustrazione della copertina**

Odette Lafrance

[odette.lafrance@gmail.com](mailto:odette.lafrance@gmail.com)

[www.ol4.it](http://www.ol4.it)

[www.ocom.it](http://www.ocom.it)

# Che cos'è la Disprassia

Il DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) colloca la disprassia nel quadro del disturbo evolutivo della coordinazione motoria, il cosiddetto DCD (Development Coordination Disorder).

L' ICD-10 (International Classification of Diseases) inserisce la Disprassia fra i Disturbi Evolutivi Specifici della Funzione Motoria (F 82).

DCD= Termine oggi più utilizzato nella clinica, usato in relazione a difficoltà di coordinazione generale del movimento, ma che include anche il termine Disprassia; (DSMIV, ICD10)

Ad oggi queste definizioni risultano però poco esaustive in quanto la disprassia abbraccia diversi aspetti, sia quelli strettamente legati alla coordinazione motoria, sia aspetti che investono le diverse funzioni adattive durante i vari stadi dello sviluppo, che possono determinare serie **difficoltà nelle Attività della Vita Quotidiana**, come: il vestirsi e svestirsi, l'allacciarsi e slacciarsi le scarpe, l'usare gesti espressivi per comunicare particolari stati d'animo o veri e propri deficit durante le attività scolastiche; tra questi possiamo evidenziare difficoltà di scrittura (disgrafia) o di lettura (spesso per lentezza e difficoltà di decodifica a causa di deficit della coordinazione dei movimenti di sguardo).

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

In sintesi va dunque sottolineato che:

**“la disprassia è un disturbo dell’esecuzione di un’azione intenzionale”**



Va considerato che lo sviluppo delle abilità prassiche coincide con la nascita dell’intenzione, intesa come capacità da parte di ogni individuo, già in epoca neonatale, di regolare i propri processi cognitivi per organizzare risposte adattive, intendendo quindi la disprassia ossia

**“Difficoltà a rappresentarsi, programmare ed eseguire atti motori in serie, finalizzati ad un preciso scopo ed obiettivo”.**

Interessante notare che la disprassia è stata già molti anni fa definita come **disturbo dell’integrazione neurosensoriale**, in particolare negli aspetti visivi e tattili, interpretabile in tal senso come possibile componente eziologica (Ayres, 1972; Dewey & Kaplan, 1994; Dunn et al, 1986). I bambini disprattici risultano molto sensibili al tatto, alla luce, a rumori intensi e spesso presentano difficoltà alimentari ovvero sono molto selettivi nel tipo di alimentazione.

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

spesso si associa deficit della funzionalità dell'apparato fonatorio, oro facciale e deficit della articolazione e coarti colazione che può determinare disprassia verbale, ovvero **assenza di linguaggio inteso come produzione verbale.**

Secondo la Dewey infatti il deficit sul piano espressivo-verbale correla con difficoltà gestuali.

Va sottolineato che le difficoltà gestuali sono spesso correlate a difficoltà nel separare ed utilizzare adeguatamente le dita delle mani. Già nel primo anno di vita si possono notare difficoltà nelle prensione e deficit dei movimenti delle mani e delle dita. E' inoltre presente nella maggioranza dei casi **ipotonia degli arti superiori**, che risulta particolarmente marcata a questo livello, rispetto **all'ipotonia generalizzata e degli arti inferiori.**

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

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

# Eziologia

L'eziologia della disprassia è poco definita ed ancora incerta: nella pratica clinica, attraverso un'accurata raccolta anamnestica, si riscontrano bambini disprattici, che possono avere genitori che hanno avuto gli stessi problemi (**familiarità, fattori genetici**). Nel 50% dei casi si sono avuti **problemi durante la gravidanza o il parto**, quali anche lievi anossie perinatali, senza quindi segni conclamati di patologia, spesso non considerati nè riportati nella cartella clinica (Dunn et al., 1986; Gubbay, 1985).

La disprassia è spesso presente nei **bambini prematuri, ma anche postmaturi (41-42° settimana); in particolare la grossa incidenza riguarda gli immaturi e a basso peso**. Va ricordato che in questi casi è molto spesso presente ipersensibilità o iposensibilità a stimoli sensoriali.

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

Tali indagini sono a tutt'oggi in fieri e si ritiene possano dare in un prossimo futuro un contributo significativo rispetto alla definizione dell'eziologia di tale patologia. Va comunque riconosciuto che spesso non emerge nulla di significativo dalle RMf a cui vengono sottoposti bambini disprattici.



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

Alcuni autori affermano che non si possa o si debba parlare di microlesioni o di quello che una volta veniva definito Minimal Brain Damage, ma piuttosto di disfunzione a livello delle reti neurali; l'ipotesi e' che nel bambino disprattico alcune aree del Sistema Nervoso Centrale non siano sufficientemente mature si' da permettergli di pianificare, programmare ed eseguire un'azione finalizzata. Sembrerebbe quindi che ci sia un'interruzione nella rete sinaptica e che il processo venga sfalsato per lentezza di trasmissione (Portwood, 1996).

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

Va ricordato che nei casi di **disprassia "pura" il livello cognitivo e' nella norma** e spesso il carico di frustrazione, rispetto alla consapevolezza del proprio deficit, e' tale da portare questi soggetti verso disturbi comportamentali o della condotta. Importante quindi un tempestivo riconoscimento del problema e la presa in carico in terapia piu' precocemente possibile.

# Vari tipi di disprassia

Si può riscontrare nella clinica:

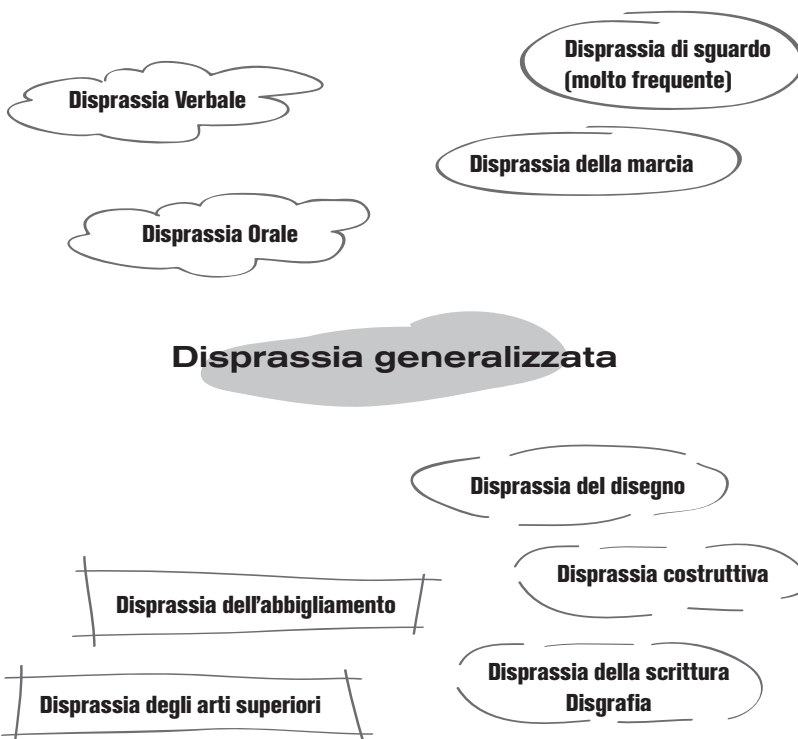
**Disprassia primaria o pura** (non associata ad altra patologia e che non presenta segni neurologici evidenti)

**Disprassia secondaria** (associata invece ad altre patologie e sindromi: PCI, Sindrome di Williams, Sindrome di Down, Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, ADD, ADHD ossia Disturbi dell'Attenzione con o senza Iperattività).

Inoltre va chiarito che spesso può capitare che nello stesso bambino si riscontrino uno o più tipi di disprassia, di cui una tipologia è preminente rispetto ad altri segnali più sfumati di disprassia:

1. Disprassia generalizzata
2. Disprassia Verbale
3. Disprassia Orale
4. Disprassia dell'abbigliamento
5. Disprassia degli arti superiori
6. Disprassia della scrittura
7. Disprassia di sguardo
8. Disprassia della marcia
9. Disprassia del disegno
10. Disprassia costruttiva

**Diagramma delle varie sfumature  
della disprassia ed associazioni  
che si possono riscontrare**



## *Chi fa la diagnosi*

La diagnosi di disprassia richiede un'accurata valutazione che, a seconda dei casi, investe diversi settori dello sviluppo.

La valutazione viene fatta quindi da un'equipe costituita da vari esperti: neuropsichiatra infantile, psicologi dell'età evolutiva, logopedisti, terapisti della neuropsicomotricità, terapisti occupazionali, che insieme collaborano per mettere a punto un profilo funzionale del soggetto ai fini sia della diagnosi che di un progetto mirato di terapia.

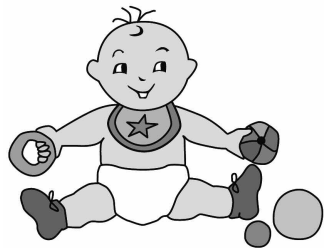
Importante l'apporto del pediatra per un'ipotesi diagnostica ed un tempestivo invio a chi di competenza.

## Segnali ed indicatori di rischio

### *Primo anno di vita*

#### **Tratti fisici e comportamentali**

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



#### **Tratti linguistici**

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

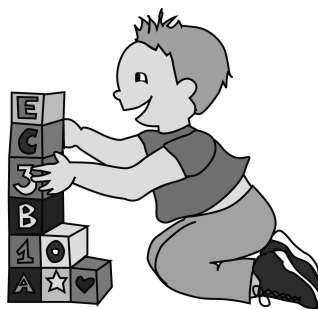
#### **Tratti prassico-motori**

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

#### **Tratti sociali e ludici**

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

# Età prescolare



## Tratti fisici e comportamentali

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

## Tratti linguistici e sociali

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

## **Tratti prassico-motori**

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

## **Tratti ludici**

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

## Età scolare

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



Presentano:

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



## *Cosa può fare il pediatra*

Il pediatra si inserisce in un periodo molto importante per la crescita e lo sviluppo del bambino, per cui può precocemente inviarlo all'osservazione e valutazione qualora presenta possibili indicatori di rischio.

Attraverso colloqui con i genitori e con un'attenta osservazione può quindi monitorare l'evoluzione del bambino ed aiutare i genitori ad individuare eventuali segnali di disprassia.

Può essere utile dare ai genitori e poi rivedere insieme il Questionario accluso al protocollo APCM (Sabbadini L. et al, 2005) che trovate nella presente pubblicazione.

Anche dal Questionario Mc Arthur si possono ricavare preziose informazioni soprattutto rispetto all'emergere del gesto e dell'espressione verbale.

Va soprattutto sottolineato l'importanza della diagnosi tempestiva ai fini dell'intervento terapeutico per il recupero delle funzioni adattive del bambino nelle diverse fasce di età.

## *Scheda Raccolta Dati Anamnestici*

Abbiamo voluto con questa scheda mettere in evidenza i dati più significativi rispetto all'anamnesi e alla storia del bambino e della famiglia, che possono aiutarci a definire meglio eventualmente il quadro clinico. Pertanto la presente raccolta ha un significato orientativo, ma diventa importante considerare la correlazione tra diversi elementi che, se isolati, non assumono significato di patologia, mentre possono costituire segnali di rischio qualora risultino combinati.

Per esempio può essere significativo il dato prematurità e basso peso, ma anche postmaturità correlati a ritardo nelle tappe motorie (deambulazione dopo il 15° mese) o rifiuto di disegnare in scuola materna, o ritardo nell'espressione verbale correlato con difficoltà di suzione e poi di masticazione e alimentazione; così come può essere importante mettere in evidenza a chi è affidato il bambino nel primo anno di vita e quale è il contesto in cui vive e le stimolazioni che riceve.

Nome del bambino: \_\_\_\_\_

Data di nascita del bambino: \_\_\_\_\_

Età: \_\_\_\_\_

Per un completamento più agevole è sufficiente sottolineare/  
evidenziare l'opzione più idonea alla voce espressa e completare gli  
spazi appositi dove richiesto.

### **Informazioni su gravidanza e parto**

< Notizie sulla gravidanza, in particolare nei primi e ultimi mesi:

< Parto a termine / pretermine / post-termine: settimana \_\_\_\_\_

< Parto spontaneo / programmato / cesareo

< Problemi alla nascita: si / no. Se si specificare il tipo:

\_\_\_\_\_

< Peso alla nascita: \_\_\_\_\_

< Problemi nei primi anni di vita: si / no . Se si specificare il tipo:

convulsioni febbrili, febbri alte, ospedalizzazioni, frequenti allergie,  
otiti ricorrenti, raffreddore cronico, catarro tubarico,

altro \_\_\_\_\_

## Informazioni sulla famiglia

◁ Figlio primogenito, figlio unico, secondo figlio, terzo figlio,  
altro \_\_\_\_\_

◁ Età della madre al momento della nascita: \_\_\_\_\_

◁ Chi si prende cura (o si è preso cura del bambino)  
se la mamma lavora:

\_\_\_\_\_

◁ Scolarità del padre

\_\_\_\_\_

◁ Professione del padre

\_\_\_\_\_

◁ Scolarità della madre

\_\_\_\_\_

◁ Professione della madre

\_\_\_\_\_

## Profilo di sviluppo

Da neonato il bimbo era: agitato / irritabile / tranquillo /  
ipersensibile al tatto, ai rumori, alla luce.

## Alimentazione

◁ Ha avuto o ha difficoltà di alimentazione: si / no. Se si di che tipo

\_\_\_\_\_

◁ Alimentazione poco variata: si / no

◁ Difficoltà a masticare, deglutire, soffiare: si / no

## **Sonno**

- ◁ Ha sempre dormito bene: si / no
- ◁ Ha presentato difficoltà nel sonno: dormiva poche ore, si svegliava spesso, altro:

---

- ◁ Allo stato attuale presenta difficoltà nel sonno: si / no
- ◁ Dove dorme: nel suo letto, con i genitori, altro:

---

## **Sviluppo motorio**

- ◁ Seduto senza appoggi: mesi \_\_\_\_\_
- ◁ In piedi: mesi \_\_\_\_\_
- ◁ Come si spostava prevalentemente nell'ambiente: da seduto, gattonando, altro:

---

- ◁ Ha camminato: mesi \_\_\_\_\_
- ◁ Sale le scale: da solo con un piede alla volta / senza appoggio / alternando i piedi con appoggio / alternando i piedi senza appoggio: età \_\_\_\_\_
- ◁ Scende le scale: da solo con un piede alla volta senza appoggio / alternando i piedi con appoggio / alternando i piedi senza appoggio: età \_\_\_\_\_
- ◁ Sa andare in triciclo: pedalando / spingendosi con i piedi: età \_\_\_\_\_
- ◁ Sa andare in bicicletta: età \_\_\_\_\_

## **Linguaggio**

- ◁ Prime parole: mesi \_\_\_\_\_
- ◁ Quante parole a 24 mesi: più di 50 / meno di 50
- ◁ Comprensione di quanto riferito dall'adulto:  
buona / discreta / sufficiente / bassa.
- ◁ Familiarità disturbi di linguaggio e apprendimento: si/ no.  
Se si specificare:  

---
- ◁ Presenza di gesti comunicativi (linguaggio non verbale):  
buono / discreto / sufficiente / basso.

## **Attività della vita quotidiana**

- ◁ Si spoglia da solo: si / no
- ◁ Si veste da solo: si / no
- ◁ Si sa mettere le calze e le scarpe: si / no
- ◁ Si sa allacciare le scarpe: si / no
- ◁ Si lava: si / no
- ◁ Mangia autonomamente: si / no.  
Se si, usa le posate: si / no
- ◁ Si abbottona e si sbottona: si / no
- ◁ Scarabocchia o disegna spontaneamente: si / no
- ◁ Osserva quello che sta facendo mentre lo fa: si / no

# Bibliografia

- < AYRES A. J., «Types of sensory integrative dysfunction among disabled learners» in «American Journal of Occupational therapy, 1972b.
- < DUNN G. H., ROBERTSON A. M., CRICHTON J. W., «Sequelae of low birthweight. The Vancouver study». In Dunn G. H., «Clinics in Developmental Medicine», n. 95 - 96, Oxford Mc Keith Press. 1986
- < DEWEY D. & KAPLAN B.J. «Subtyping of developmental motor deficits», in «Developmental Neuropsychology», 1994.
- < DSM-IV, «Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, American Psychiatric Association», Milano, Masson, 1995.
- < GUBBAY S. S., «Clumsiness», in Vincken P., Bruyn G. e Dlawans H., «Handbook of Clinical Neurology», New-York, Elsevier
- < ICD-10: «Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali», Milano, Masson, 1992.
- < KIRBY A., «La disprassia un disturbo nascosto», Ed. La scuola 2003
- < CASELLI M.C, CASADIO P., "Il primo vocabolario del bambino", Franco Angeli (2002)
- < PORTWOOD M. M., «Developmental dyspraxia. A practical manual for parents and professionals», Durham, L.E. A. 1996
- < RIZZOLATTI G., SINIGAGLIA C., «So quel che fai», il cervello che agisce e i neuroni a specchio, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006
- < SABBADINI L., «La Disprassia in eta' evolutiva, Springer Ed. 2005
- < SABBADINI L., TSAFRIR Y., IURATO E., «Il Protocollo APCM», Springer Ed. 2005

# Sitografia

[www.aidee.it](http://www.aidee.it)

[www.unipr.it/arpa/mirror](http://www.unipr.it/arpa/mirror)

[www.filosofia.unimi.it/infosinigaglia](http://www.filosofia.unimi.it/infosinigaglia)

[www.dyspraxiafoundation.org.uk](http://www.dyspraxiafoundation.org.uk)

[www.francoangeli.it/area-multimediale](http://www.francoangeli.it/area-multimediale)

[www.disprassia.org](http://www.disprassia.org)







Questa pubblicazione nasce dall'intento di far conoscere una disabilità che nella pratica clinica riscontriamo anche in assenza di segni neurologici evidenti, che spesso non viene valutata nè messa in evidenza nei primi anni di vita e in età scolare.

E' ormai riconosciuto che la precocità d'intervento è un indice prognostico estremamente favorevole.



Riteniamo infatti che l'aiuto e la collaborazione con pediatri e medici di base sia fondamentale per una precoce e corretta riabilitazione di questi disturbi, che possono diventare nel tempo veri e propri deficit rispetto allo sviluppo, all'apprendimento e spesso handicap sociali.



AIDEE ONLUS  
ASSOCIAZIONE ITALIANA  
DISPRASSIA ETA' EVOLUTIVA  
Intervento - Ricerca clinica - Formazione

Sede Sociale AIDEE ONLUS  
Via Bassano del Grappa, 19  
00195 Roma  
Tel. +39 06 635948  
segreteria@aidee.it

[www.aidee.it](http://www.aidee.it)