

I DSA e gli altri BES

Indicazioni per la pratica professionale

Documento recepito dal Consiglio Nazionale
nella seduta del 26 Febbraio 2016,
con deliberazione n° 10/16

II Revisione

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

Piazzale di Porta Pia, 121 • 00198 Roma

Tel: +390644292351 • Fax: +390644254348

www.psy.it • info@psy.it

INDICE

	<i>Pag</i>
PRESENTAZIONE, Fulvio Giardina	11
NOTA DEL SOTTOSEGRETARIO, on. Davide Faraone	13
OBIETTIVI DEL DOCUMENTO E METODO, Lauro Mengheri	14
CAPITOLO 1	17
I BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI (BES)	
1.1 Quale normativa tutela gli alunni con BES??	17
1.2 Esiste la diagnosi di BES?	18
1.3 Gli alunni con BES possono avere una diagnosi?	18
1.4 I BES hanno un codice nosografico?	18
1.5 La normativa sui BES prevede che i bisogni educativi speciali possano essere di natura persistente o transitoria. I DSA sono considerati di natura persistente o transitoria?	19
CAPITOLO 2	21
I DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)	21
2.1 Quanti sono gli alunni e gli studenti con DSA nella popolazione scolastica?	23
2.2 Quali sono i DSA riconosciuti dalla Legge 170/2010?	25
2.3 I DSA hanno un loro codice nosografico?	26
2.4 Cosa si intende per Dislessia?	26

	<i>Pag</i>
2.5 Qual è il codice nosografico da utilizzare per la Dislessia?	27
2.6 Cosa si intende per Disortografia?	27
2.7 Qual è il codice nosografico da utilizzare per la Disortografia?	28
2.8 Che cosa si intende per Disgrafia?	28
2.9 Qual è il codice nosografico da utilizzare per la Disgrafia?	29
2.10 Che cosa si intende per Discalculia?	29
2.11 Qual è il codice nosografico da utilizzare per la Discalculia?	29
2.12 Il codice nosografico F81.8 è un DSA?	30
2.13 Il codice nosografico F81.9 è un DSA?	30
2.14 Quando vengono riscontrati più DSA, quale codice va utilizzato?	30
2.15 Esiste il disturbo specifico della comprensione del testo?	31
2.16 Esiste il disturbo specifico della soluzione dei problemi?	31
2.17 Esiste il disturbo specifico dell'apprendimento non verbale?	32
2.18 Quali sono i disturbi che più frequentemente troviamo in comorbidità con i DSA?	32
2.19 Con il termine «disturbi evolutivi specifici» si intendono solo i DSA?	33
2.20 I DSA sono BES?	33
2.21 Cosa si intende per procedura diagnostica?	33
2.22 Chi fa la certificazione di DSA?	34

	<i>Pag</i>
2.23 Cosa si intende per diagnosi nosografica?	34
2.24 Cosa si intende per diagnosi funzionale?	35
2.25 Quali elementi deve contenere una diagnosi di DSA?	36
2.26 Cosa si intende per équipe multidisciplinare?	36
2.27 Cosa si intende per professioni sanitarie?	37
2.28 Lo psicologo può fare diagnosi di DSA?	37
2.29 La diagnosi di DSA dello psicologo ha valore legale?	37
2.30 Quando può essere effettuata una diagnosi di DSA?	37
2.31 Può essere anticipata la diagnosi di DSA?	37
2.32 Cosa si intende per individuazione precoce dei fattori di rischio alla scuola primaria?	39
2.33 È corretto parlare di prevenzione nell'ambito dei DSA?	39
2.34 Per fare diagnosi di DSA, in caso di sospetta Dislessia, è sufficiente fare le prove di lettura e valutare l'efficienza intellettiva?	39
2.35 Per fare diagnosi di DSA, in caso di sospetta Disortografia, è sufficiente fare le prove di scrittura e valutare l'efficienza intellettiva?	40
2.36 Per fare diagnosi di DSA, in caso di sospetta Disgrafia, è sufficiente fare le prove di grafia e valutare l'efficienza intellettiva?	41
2.37 Per fare diagnosi di DSA, in caso di sospetta Discalculia, è sufficiente fare le prove di matematica e valutare l'efficienza intellettiva?	41
2.38 Come scegliere gli strumenti diagnostici?	42

	<i>Pag</i>
2.39 Come si valuta l'efficienza intellettuale nel fare diagnosi di DSA?	42
2.40 Lettura, scrittura e calcolo: quando è opportuno utilizzare le deviazioni standard e/o i percentili?	43
2.41 Quando è opportuno richiedere approfondimenti di diagnostica strumentale?	44
2.42 Perché esistono diagnosi tardive?	44
2.43 Che differenza c'è tra diagnosi e certificazione?	44
2.44 Chi può rilasciare la certificazione di DSA?	45
2.45 La certificazione di DSA ha una scadenza?	45
2.46 Nella certificazione di DSA è sufficiente menzionare la categoria diagnostica?	46
2.47 Il clinico deve indicare nella relazione diagnostica gli strumenti più idonei da inserire nel Piano Didattico Personalizzato (PDP)?	46
2.48 Lo psicologo, nel fare diagnosi di DSA, è tenuto a rispettare le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni e quelle dell'Istituto Superiore di Sanità?	47
2.49 Cosa si intende per trattamento?	47
CAPITOLO 3	49
I DSA E GLI ALTRI BES A SCUOLA	49
3.1 Per gli alunni con BES è necessaria una certificazione?	50
3.2 Quali aiuti sono previsti per gli alunni con BES?	50
3.3 Un alunno con BES può avere l'insegnante di sostegno?	51

	<i>Pag</i>
3.4 Chi decide come attuare a scuola la normativa sui BES?	51
3.5 La normativa sui BES si applica anche agli studenti universitari?	51
3.6 La normativa sui BES e DSA si applica anche agli studenti delle scuole serali?	51
3.7 Un alunno con ADHD può beneficiare della L.170/2010?	52
3.8 Un alunno con Disturbo Specifico del Linguaggio può beneficiare della L.170/2010?	52
3.9 Da quali normative sono tutelati gli alunni con DSA in ambito scolastico?	52
3.10 Se un alunno ha già una certificazione di DSA emessa dal privato accreditato o dal servizio pubblico di un'altra regione, tale certificazione può essere ritenuta valida dalla scuola ai fini dell'applicazione della L.170/2010?	52
3.11 La Legge 170/2010 è compatibile con l'insegnante di sostegno?	53
3.12 Una volta ottenuta la certificazione di DSA, cosa deve fare la famiglia perché vengano attuati gli aiuti previsti dalla L.170/2010?	53
3.13 Se la famiglia è in possesso di una diagnosi di DSA, ma non della certificazione, cosa deve fare affinché vengano attuati gli aiuti previsti dalla L.170/2010? La scuola può rifiutarsi di attuare gli aiuti previsti dalla L. 170/2010?	53
3.14 Chi deve redigere il PDP?	54
3.15 Entro quanto tempo dalla consegna della diagnosi va redatto il Piano Didattico Personalizzato (PDP)?	55
3.16 Cosa deve contenere un PDP?	55

	<i>Pag</i>
3.17 Cosa sono gli strumenti compensativi per gli alunni con DSA?	56
3.18 Cosa sono le misure dispensative per gli alunni con DSA?	56
3.19 La dispensa dallo scritto di lingua straniera comporta poi un diploma diverso?	57
3.20 Qual è la differenza tra dispensa e esonero dalla lingua straniera?	57
3.21 Chi decide se adottare la dispensa dallo scritto della lingua straniera?	58
3.22 Chi decide se adottare l'esonero dallo scritto della lingua straniera?	58
3.23 Da chi deve essere firmato il PDP?	58
3.24 Cosa succede se i genitori si rifiutano di firmare il PDP?	58
3.25 Per quali studenti redigere un PDP?	58
3.26 È obbligatoria la stesura di un PDP per tutti gli alunni con BES?	59
3.27 È obbligatoria la stesura di un PDP per un alunno con DSA?	59
3.28 La presenza del clinico durante la stesura del PDP di un alunno con DSA è obbligatoria?	60
3.29 Il PDP va aggiornato? Ogni quanto tempo?	60
3.30 Quali sono i passi che la famiglia può compiere per verificare la conformità tra quanto scritto nel PDP e quanto è stato attuato in classe?	60
3.31 Se la scuola individua un alunno con BES e vuole predisporre un PDP deve necessariamente chiedere l'autorizzazione della famiglia e far firmare il PDP?	61
3.32 Per applicare la normativa sui BES a un alunno in difficoltà deve esserci necessariamente la relazione di un clinico?	61

	<i>Pag</i>
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	63
RIFERIMENTI NORMATIVI	65
COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO NAZIONALE	67
RINGRAZIAMENTI	71

PRESENTAZIONE

“... non solo i bambini ma anche gli esseri umani di tutte le età sono oltremodo felici e in grado di estrinsecare le loro capacità con il maggior vantaggio possibile quando sono sicuri che dietro di loro ci sono una o più persone che li possono aiutare in caso di difficoltà. La persona fidata fornisce una base sicura su cui appoggiarsi per potere agire”. J. Bowlby, 1973

Il CNOP, agenzia nazionale rappresentativa della professione di psicologo, tra i suoi compiti ha quello di tutelare la salute del cittadino fornendo indicazioni per la pratica professionale. Le problematiche afferenti ai BES e ai DSA presentano particolari situazioni in cui appare utile fornire idonei strumenti d'intervento al fine di poter assicurare tutti gli attori coinvolti, innanzitutto le famiglie e i bambini, e poi la scuola e gli insegnanti, gli operatori e la società in genere.

Invito a leggere ed utilizzare questo testo **“I DSA e i BES: indicazioni per la pratica professionale”**, prodotto dallo specifico Gruppo di Lavoro nazionale, istituito presso il CNOP e coordinato dal dott. Lauro Mengheri.

Si tratta di un testo, completo nei contenuti, di facile ed immediata consultazione da parte di tutti gli operatori interessati, in particolar modo psicologi.

Dinanzi a problematiche infantili che a volte sfuggono ai genitori perché, non alterando in alcun modo la capacità relazionale ed affettiva dei bambini, non emergono subito alla loro attenzione, bisogna intervenire con impegno, competenza, alta professionalità ed immediatezza.

Ma non si può, e non si deve dare una risposta meramente tecnica, meccanica, apparentemente risolutiva.

Non si tratta semplicemente di riassemblare meccanismi cognitivi che si sono disallineati.

Ogni bambino, ogni alunno, ogni cittadino deve poter immaginare, sognare e progettare il proprio percorso di vita grazie al rapporto fiduciario che instaura con se stesso e col mondo intero.

La capacità di leggere, di scrivere, di far di conto, di utilizzare un linguaggio

ed un vocabolario appropriati sono strumenti sempre più necessari non solo per rendere efficace ed efficiente la rete delle comunicazioni personali ed interpersonali, ma anche per rinforzare ogni giorno l'immagine di sé stessi.

“La fiducia in se stessi non assicura il successo, ma la mancanza di fiducia origina sicuramente il fallimento” (A. Bandura, 1997).

Queste brevi considerazioni sono alla base di una visione professionale che deve vedere sempre il bambino, l'utente, al centro di ogni azione educativa, senza mai perdere il quadro d'insieme e senza mirare ad obiettivi parziali.

Riteniamo per l'appunto che lo psicologo sia il professionista che possiede questa visione d'insieme proprio perché è acuto osservatore, e valutatore, della personalità dell'utente.

La mera diagnosi infatti, pur nelle corrette soluzioni applicative che vengono proposte, non potrà mai essere risolutiva del problema, con il rischio di facilitare in alcuni casi, nei genitori e negli insegnanti, la spinta verso deleghe improduttive.

Manifesto apprezzamento per tutti i componenti del Gruppo di Lavoro, che - per la diversa esperienza professionale - hanno permesso di redigere un testo condiviso e non autoreferenziale.

Ringrazio in maniera particolare il Sottosegretario al MIUR, on. Davide Faraone, che, attraverso la sua nota introduttiva, ha reso ancora più incisivo questo documento.

Buona lettura.

*Il Presidente
Fulvio Gardina*



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Sottosegretario di Stato

On. Davide Faraone

La scuola italiana è una scuola inclusiva. Non faccio fatica a dichiararlo, ho avuto modo di vederlo in giro per gli istituti del nostro Paese, ne ho preso maggior consapevolezza visitando sistemi di istruzione europei che nelle classifiche internazionali occupano posizioni più alte dell'Italia. La scuola italiana mette al centro lo studente, si pone come obiettivi primari la sua formazione e la libertà di autodeterminarsi, senza ostacoli o barriere di alcun tipo, combatte discriminazioni e piuttosto favorisce la naturalezza dell'inclusione di qualsiasi alunno.

È così perlomeno dagli anni '70 del secolo scorso quando abbiamo abolito le classi speciali e abbiamo creato le condizioni per la costruzione di un ambiente accogliente per ogni studente. Così è stato per gli alunni e le alunne con disabilità gravi, così è stato anche per quegli studenti che hanno mostrato di avere difficoltà nell'apprendimento. Con l'introduzione della legge 170/2010 sui cosiddetti Dsa, abbiamo assistito ad un aumento delle diagnosi, un aumento che rientra tuttavia nella normalità: si è passati dalla prima rilevazione del febbraio 2011 che registrava circa 62.000 certificazioni all'ultima nel 2014 che ne riportava 186.000.

Occorre mantenere alta l'attenzione sulla correttezza delle diagnosi perché una buona diagnosi è utile alla scuola, se reca indicazioni che gli insegnanti possono far proprie e tradurre nella quotidiana opera di insegnamento, nella prassi didattica. Per questo voglio esprimere il mio apprezzamento per le linee guida redatte dal gruppo di lavoro del CNOP. Mi auguro che questo documento diventi uno dei diversi strumenti a disposizione dei professionisti del mondo della sanità e del personale della scuola per realizzare una società sempre più inclusiva.

Davide Faraone

*Sottosegretario di Stato al Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca*

OBIETTIVI DEL DOCUMENTO E METODO

di Lauro Mengheri

La psicologia da sempre si è occupata di studiare i processi di apprendimento, mentre l'interesse per i disturbi dell'apprendimento risulta essere più recente in Italia e ha avuto un'improvvisa impennata dopo la promulgazione della Legge 170 del 2010. Le evidenze scientifiche derivanti dalla ricerca e dall'utilizzo di metodi e di tecnologie d'indagine sempre più evolute hanno permesso di andare ben oltre le classiche teorie dell'apprendimento, modificando le convinzioni precedenti sul funzionamento della nostra mente e in particolare sui processi implicati nell'apprendimento, obbligandoci a riconsiderare il peso delle interazioni tra caratteristiche neurobiologiche, genetica e fattori ambientali capaci di influenzare il DNA (si vedano gli studi sull'epigenetica).

Le indagini epidemiologiche stimano che in Italia ci siano circa 350.000 tra bambini, adolescenti e adulti con Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA), un numero considerevole che rende conto dell'interesse sempre crescente per la tematica in ambito clinico e scolastico. La promulgazione della normativa nazionale, di direttive e di circolari ministeriali ha avuto il sicuro merito di attirare l'attenzione anche sugli altri disturbi del neurosviluppo e sulle difficoltà scolastiche di varia natura agevolando così l'erogazione di risorse anche per la formazione qualificata nell'ambito dei bisogni educativi. In questo modo si è assistito ad un aumento delle competenze piuttosto rapido a vantaggio della qualità dell'insegnamento e dell'intervento nell'ambito del potenziamento. Tale normativa ha avuto anche il merito di creare una "macroéquipe" di lavoro formata da famiglia, clinico e insegnante. Finalmente la scuola, la famiglia e i clinici che si occupano degli apprendimenti hanno gli strumenti per interagire in maniera strutturata e sinergica a vantaggio della qualità complessiva dell'intervento.

Già nel 1997 l'Unesco usava il concetto di Bisogno Educativo Speciale non solo per coloro che erano inclusi nelle categorie della disabilità, ma anche per aiutare quegli studenti che "vanno male a scuola" per molteplici ragioni che impediscono loro un successo formativo ottimale.

La diagnosi di DSA non è un processo semplice, soprattutto per l'indagine dei fattori di esclusione e per la frequente comorbidità con altre condizioni cliniche. Tale complessità richiede competenze multidisciplinari e una stretta collaborazione tra alunni, famiglie, scuola e clinici.

Per venire incontro ai colleghi che quotidianamente si trovano a gestire le difficoltà dei loro piccoli e meno piccoli pazienti, con l'intento di favorire le migliori condizioni di apprendimento anche in presenza di veri e propri disturbi, è stato redatto questo documento che cerca di affrontare in modo chiaro e semplice i dubbi e le domande che gli psicologi (ma non solo) impegnati nel percorso diagnostico e riabilitativo di tipo clinico si pongono. Occuparsi con serietà e professionalità dei pazienti con DSA significa avere competenze non esclusivamente in ambito psicologico e clinico, ma anche conoscere il contesto normativo. La tematica in questione investe aree certamente di pertinenza degli psicologi, ma anche di neuropsichiatri infantili, logopedisti, insegnanti di scuola primaria e secondaria, dirigenti e giuristi.

Il Gruppo di Lavoro voluto dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi che ha elaborato questo documento è pertanto intenzionalmente multiprofessionale. Al suo interno ci sono psicologi con competenze nel settore specifico provenienti da varie regioni italiane, occupati nel settore pubblico o nel privato, una Dirigente scolastica, che è stata anche membro del direttivo nazionale AID, un Dirigente del Ministero dell'Istruzione.

Il lavoro ha avuto durata annuale, con riunioni che si sono tenute presso la sede del CNOP e di vari Ordini regionali – in Sicilia, in Toscana e in Lombardia nella Casa della Psicologia – oltre ad alcune riunioni presso il MIUR. È stato scelto di approfondire alcuni dubbi e criticità attraverso la modalità “domanda-risposta”, che ha consentito di sviluppare punto per punto le questioni ritenute importanti. In una prima fase il Gruppo ha individuato gli errori più comuni nella prassi diagnostica e le domande più frequenti che vengono rivolte ai clinici e agli insegnanti. Successivamente sono state formulate le domande e assegnate ai vari membri del Gruppo, con il compito di trovare nei documenti di riferimento (conferenze di consenso e documenti ministeriali) elementi utili alla

formulazione della risposta.

È stato deciso di riportare più fedelmente possibile quanto scritto nei documenti, spesso citando testualmente il contenuto, in modo da limitare al massimo le interpretazioni personali. Le competenze dei membri del Gruppo e le prassi operative di ciascuno hanno portato a confronti, scambi di opinioni e inevitabili divergenze che sono state occasione di crescita e di approfondimento per tutti.

La scelta delle domande da inserire, la revisione di tutte le risposte, l'ordine di presentazione del lavoro sono stati affrontati collegialmente da tutto il Gruppo. Una volta giunti alla condivisione dei contenuti e all'approvazione all'interno del gruppo, il documento è successivamente stato sottoposto a referaggio scientifico da parte di cinque autorevoli membri esterni: Cesare Cornoldi, Santo Di Nuovo, Daniela Lucangeli, Giacomo Stella e Cristiano Termine, che hanno apportato integrazioni e dato infine il loro placet.

Ringrazio di cuore tutti quanti hanno contribuito alla realizzazione di questo documento, dal Presidente Fulvio Giardina che ha voluto e creduto fermamente in questo lavoro, ai membri del Gruppo di Lavoro con i quali è stato un piacere ed un onore confrontarmi, ai *referee* esterni che hanno messo la loro competenza ed esperienza al servizio dei colleghi.

Ci auguriamo che il presente documento sia di aiuto per la pratica professionale delle figure coinvolte nel processo diagnostico, riabilitativo e didattico dei DSA e degli altri BES, affinché ogni alunno possa trovare ogni giorno entusiasmo e curiosità nel percorso di apprendimento.

Il Gruppo di Lavoro
Coordinatore Lauro Mengheri

Christina Bachmann
Silvia Baldi
Michele Borghetto
Rita Chianese

Raffaele Ciambrone
Emanuele Legge
Sara Piazza
Viviana Rossi

CAPITOLO 1

I BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

I Bisogni Educativi Speciali (BES) sono quelle particolari esigenze educative che possono manifestare gli alunni, anche solo per determinati periodi, *«per motivi fisici, biologici, fisiologici o anche per motivi psicologici, sociali, rispetto ai quali è necessario che le scuole offrano adeguata e personalizzata risposta»* (Direttiva Ministeriale del 27.12.2012). Tale Direttiva riassume i BES in tre grandi sotto-categorie: quella della disabilità (tutelati dalla L.104/92), quella dei disturbi evolutivi specifici (tra i quali i DSA, tutelati dalla L.170/2010, e per la comune origine evolutiva anche ADHD e borderline cognitivi), e quella dello svantaggio socioeconomico, linguistico, culturale.

In ambito clinico esistono anche altri disturbi o situazioni non menzionati specificamente dalla Direttiva, quali ad esempio i disturbi dell'apprendimento non specifici, i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, gli alunni plusdotati intellettivamente (i cosiddetti *“gifted”*), ecc., che possono essere ricompresi tra i BES.

1.1 Quale normativa tutela gli alunni con BES?

I BES sono tutelati dalla Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 e le successive circolari ministeriali. La Direttiva estende a tutti gli studenti in difficoltà il diritto alla personalizzazione dell'apprendimento, richiamandosi espressamente ai principi enunciati dalla Legge 53/2003. In particolare la Circolare Ministeriale n.8 del 6 marzo 2013, prot. n.561, avente come oggetto *«Direttiva Ministeriale 27 dicembre 2012 “Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica”. Indicazioni operative»*, sottolinea l'urgenza di applicare la normativa già destinata agli alunni con DSA anche a tutti quegli alunni che manifestano bisogni educativi speciali.

1.2 Esiste la diagnosi di BES?

No, si tratta di una definizione pedagogica e non clinica. La diagnosi è invece un processo di tipo clinico che dà esito a un codice nosografico tra quelli contenuti nei manuali diagnostici di riferimento (ICD e DSM-5). Il termine BES non indica un'etichetta diagnostica, di conseguenza non esiste la diagnosi di BES. Il termine fa riferimento a quanto espresso nella dichiarazione internazionale di Salamanca (1994), ossia che *«le persone che hanno bisogni educativi speciali devono poter accedere alle normali scuole che devono integrarli in un sistema pedagogico centrato sul bambino, capace di soddisfare queste necessità»*, e alle indagini dell'OCSE.

1.3 Gli alunni con BES possono avere una diagnosi?

Alcuni sì, poiché tra le tipologie di BES sono ricompresi anche altri disturbi oltre ai DSA, quali ad esempio il Funzionamento Intellettivo Limite (FIL), i Disturbi Specifici del Linguaggio (DSL), il disturbo della coordinazione motoria, e altri.

1.4 I BES hanno un codice nosografico?

Premesso che la diagnosi di BES non esiste, sono ricomprese in questa categoria varie difficoltà, che talvolta possono assumere la forma di un disturbo. In tal caso si utilizza un codice nosografico come da manuali di riferimento ICD o DSM-5 (per esempio per i Disturbi Specifici del Linguaggio, per l'ADHD, eccetera). Nel caso di difficoltà non inquadrabili in un disturbo non si utilizzano codici nosografici.

1.5 La normativa sui BES (Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012) prevede che i bisogni educativi speciali possano essere di natura persistente o transitoria. I DSA sono considerati di natura persistente o transitoria?

I DSA sono considerati disturbi di natura persistente, poiché di origine neurobiologica. Pertanto possono manifestarsi in modo diverso e con diverse intensità e conseguenze adattive a seconda dell'età, ma permangono per tutta la vita. Altrettanto si può affermare per i disturbi non compresi fra i DSA, ma che provocano difficoltà scolastiche persistenti (FIL, DSL, etc.).

CAPITOLO 2

I DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO

Con l'acronimo DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento) si intende una categoria diagnostica, relativa ai Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento che appartengono ai disturbi del neurosviluppo (DSM 5, 2014), che riguarda i disturbi delle abilità scolastiche, ossia Dislessia, Disortografia, Disgrafia e Discalculia (CC-2007).

La *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità (CC-ISS, 2011) definisce i DSA «*disturbi che coinvolgono uno specifico dominio di abilità, lasciando intatto il funzionamento intellettivo generale. Essi infatti interessano le competenze strumentali degli apprendimenti scolastici. Sulla base del deficit funzionale vengono comunemente distinte le seguenti condizioni cliniche:*

- *Dislessia, disturbo nella lettura (intesa come abilità di decodifica del testo);*
- *Disortografia, disturbo nella scrittura (intesa come abilità di codifica fonografica e competenza ortografica);*
- *Disgrafia, disturbo nella grafia (intesa come abilità grafo-motoria);*
- *Discalculia, disturbo nelle abilità di numero e di calcolo (intese come capacità di comprendere ed operare con i numeri)».*

Nella letteratura scientifica di lingua inglese i DSA sono definiti «*Learning Disabilities*» o «*Specific Learning Disorders*», cioè disabilità dell'apprendimento che incidono pesantemente sulla vita e sulla carriera scolastica. La sopracitata CC-ISS riporta che i DSA hanno un importante impatto sia a livello individuale (frequente abbassamento del livello delle competenze acquisite e/o prematuro abbandono scolastico nel corso della scuola secondaria di secondo grado) sia a livello sociale (riduzione della realizzazione delle potenzialità sociali e lavorative dell'individuo).

Nell'ICD-10 i DSA sono indicati con il termine «*Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche*», intendendo quei disturbi per i quali le normali abilità di acquisizione delle capacità di apprendimento sono alterate già dalle prime fasi iniziali dello sviluppo.

Riporta la *Consensus Conference* del 2007 (CC-2007): «*La principale caratteristica di definizione di questa “categoria nosografica”, è quella della “specificità”, intesa come un disturbo che interessa uno specifico dominio di abilità in modo significativo ma circoscritto, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale*». Nell'ICD-10 si specifica che i DSA non sono conseguenti a mancanza di opportunità di apprendimento, disturbi dello sviluppo intellettuale, traumi o malattie cerebrali acquisite. La compromissione dell'abilità specifica (lettura, scrittura, calcolo) deve essere significativa.

Nella *Consensus Conference* del 2007 sono menzionati i criteri utili per la definizione dei DSA, ossia il carattere “evolutivo” di questi disturbi, la diversa espressività del disturbo nelle diverse fasi evolutive dell'abilità in questione, la quasi costante associazione ad altri disturbi (comorbidità), il carattere neurobiologico delle anomalie processuali che caratterizzano i DSA.

I Disturbi Specifici dell'Apprendimento hanno un'origine biologica che è alla base delle anomalie a livello cognitivo che sono associate a sintomi comportamentali del disturbo e che comprende un'interazione di fattori genetici, epigenetici e ambientali che colpiscono le capacità cerebrali di percepire o processare informazioni verbali o non verbali in modo efficiente e preciso (DSM-5, 2014). Il DSM-5 introduce per la prima volta l'influenza dei fattori ambientali nella genesi del disturbo, tirando in causa l'epigenetica, ossia riconosce un ruolo fondamentale alle modifiche fenotipiche delle espressioni dei geni, che si possono verificare senza alterazioni delle sequenze nel DNA. In tal senso viene messa in discussione la specificità del disturbo, che porta a una non netta distinzione tra i casi che hanno un livello intellettuale nella norma e quelli che hanno compromissioni più generalizzate e include quindi nella categoria

diagnostica anche altre difficoltà, quali la scarsa comprensione dei testi letti in autonomia, la mancanza di chiarezza nell'espressione scritta, le difficoltà nel ragionamento matematico. Anche la *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità «raccomanda, ai fini della diagnosi di DSA, di considerare con maggiore flessibilità il criterio della discrepanza rispetto al *QI*» (Risposta 1.1 del quesito A, CC-ISS 2011).

Ai fini della stesura di questo documento, pur tenendo presenti le novità che sono entrate a pieno titolo nel sapere scientifico, faremo riferimento al manuale nosografico ICD-10, in attesa degli aggiornamenti previsti nella undicesima edizione.

2.1 Quanti sono gli alunni e gli studenti con DSA nella popolazione scolastica?

Sebbene ad oggi non esista ancora un osservatorio epidemiologico nazionale, nell'introduzione della *Consensus Conference* dell'Istituto Sanitario di Sanità (2011) è indicato che in Italia i DSA mostrano una prevalenza oscillante tra il 2,5% e il 3,5% della popolazione in età evolutiva. Tale percentuale sottostima l'effettiva incidenza del disturbo, perché spesso non riconosciuto o confuso con altri disturbi. Dalla rilevazione del MIUR svolta nell'anno scolastico 2014/2015 la percentuale degli alunni e studenti con DSA nel sistema nazionale d'istruzione si attesta intorno al 2,1% (186.803 alunni/studenti su un totale di 8.845.984). In particolare nell'A.S. 2014/2015 le percentuali di alunni/studenti con diagnosi di DSA sono l'1,6% alla scuola primaria, il 4,2% alla scuola secondaria di primo grado e il 2,5% alla scuola secondaria di secondo grado (fonte: MIUR – DGCASIS – Ufficio Statistica e Studi – Rilevazioni sulle Scuole).

Tab.1 – Totale alunni con DSA per tipologia di disturbo e ripartizione territoriale – A.S. 2014/2015

Tav.14 Totale alunni con DSA per tipologia di disturbo e ripartizione territoriale - a.s.2014/2015

Ripartizione territoriale	Dislessia	Disgrafia	Disortografia	Discalculia	Totale alunni con DSA*	Totale alunni	% DSA / tot. alunni
Italia	108.844	38.028	46.979	41.819	186.803	8.845.984	2,1
Nord ovest	43.408	16.347	21.032	18.204	76.321	2.259.767	3,4
Nord est	25.656	6.713	9.272	8.608	40.724	1.572.987	2,6
Centro	21.869	8.846	9.531	8.822	41.318	1.685.509	2,5
Mezzogiorno	17.911	6.122	7.144	6.185	28.440	3.327.721	0,9

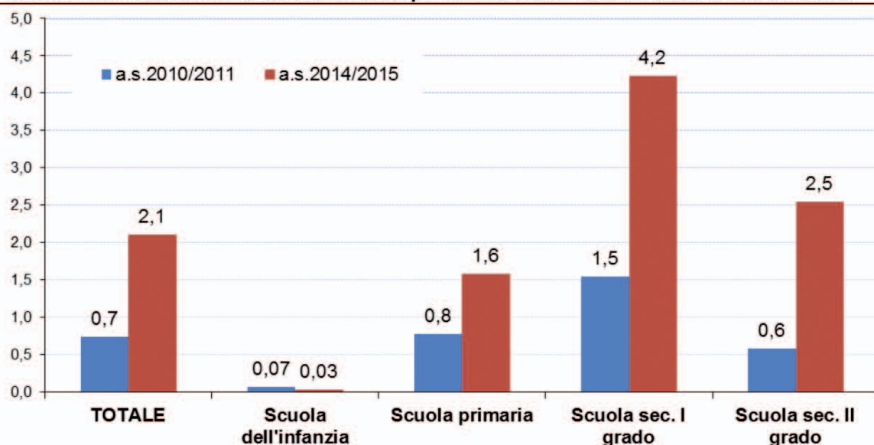
Nota: i dati relativi alla provincia di Bolzano non sono disponibili

* il "totale alunni con DSA" non coincide con la somma degli alunni per tipologia di disturbo poiché alcuni alunni possono avere più tipologie di DSA

Fonte: MIUR - DGCASIS - Ufficio Statistica e Studi - Rilevazioni sulle Scuole

Graf.1 - Alunni con DSA in % del totale alunni per ordine di scuola – A.S. 2010/2011 e A.S. 2014/2015

Graf.9 Alunni con DSA in % del totale alunni per ordine scuola - a.s.2010/2011 e a.s.2014/2015

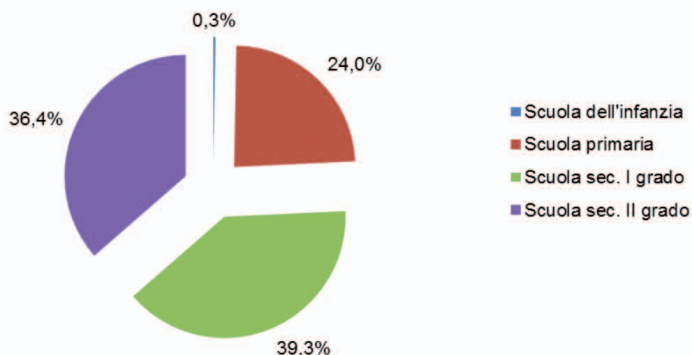


Nota: i dati relativi alla provincia di Bolzano non sono disponibili

Fonte: MIUR - DGCASIS - Ufficio Statistica e Studi – Rilevazioni sulle Scuole

Graf.2 - Totale alunni con DSA: composizione percentuale per ordine di scuola
– A.S. 2014/2015

Graf.9.1 Totale alunni con DSA: composizione % per ordine scuola - a.s.2014/2015



Nota: i dati relativi alla provincia di Bolzano non sono disponibili

Fonte: MIUR - DGCASIS - Ufficio Statistica e Studi – Rilevazioni sulle Scuole

Un dato particolarmente preoccupante per tutta la categoria di clinici, psicologi e medici, è la presenza di diagnosi di DSA nell'ambito della scuola dell'infanzia (0,03% sul totale). Infatti, come raccomanda la CC-ISS-2011 alla risposta A del quesito 5A, «*non appare opportuno anticipare la diagnosi a prima della fine della classe seconda della scuola primaria*». La maggiore sensibilità sul tema e la sempre migliore competenza dei clinici hanno portato alla netta riduzione di questa percentuale rispetto alla precedente rilevazione (nell'A.S.2010/2011 era lo 0,07%).

2.2 Quali sono i DSA riconosciuti dalla Legge 170/2010?

Sono quattro: Dislessia (Disturbo Specifico della Lettura), Disortografia (Disturbo Specifico della Scrittura nella componente ortografica), Disgrafia (Disturbo Specifico della Scrittura nella realizzazione grafica), Discalculia (Disturbo Specifico del Calcolo).

2.3 I DSA hanno un loro codice nosografico?

Sì, è possibile riferirsi ai codici dei manuali diagnostici ICD-10 e DSM-5. Nel servizio pubblico vengono utilizzati i codici dell'ICD-10, pertanto è consigliabile utilizzare tale sistema di classificazione, consigliato anche dalla *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità (2011, quesito A1), in particolare utilizzando i codici della categoria F81 (disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche), insieme alla dicitura esplicita del DSA in oggetto, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 (art.3, c.1).

2.4 Cosa si intende per Dislessia?

Con il termine Dislessia si intende il Disturbo Specifico della Lettura, che riguarda la decodifica. La *Consensus Conference* del 2007 (CC-2007) già individuava la necessità di somministrare prove standardizzate di lettura a più livelli (lettere, parole, non-parole, brano), la necessità di valutare congiuntamente i due parametri di rapidità e accuratezza nella prestazione, la necessità di stabilire una distanza significativa dai valori medi attesi per la classe frequentata dal bambino nella rapidità o nell'accuratezza.

Fissava convenzionalmente tale distanza a 2 deviazioni standard sotto la media per la velocità e al di sotto del 5° percentile per l'accuratezza, indicazioni tuttora valide. Esiste ad oggi una letteratura specifica che mette a confronto le misure di rapidità e velocità e valuta l'opportunità di utilizzare i percentili anche per le misure di rapidità.

«In presenza di dislessia, andrebbero indagate memoria verbale (soprattutto fonologica), attenzione (soprattutto visiva), linguaggio (a tutti i livelli di organizzazione, eventualmente con breve screening iniziale da approfondire se emergono difficoltà), denominazione rapida, abilità metafonologiche (accuratezza nelle prime classi, rapidità più avanti)» (PARCC, 2011, quesito A6).

2.5 Qual è il codice nosografico per la Dislessia?

Secondo il manuale diagnostico ICD-10 è il codice F81.0 (*«Disturbo specifico della lettura o dislessia»*), che contempla compromissioni nell'accuratezza (errori) e può comportare anche difficoltà di comprensione. Questo codice comprende inoltre anche le conseguenti difficoltà di tipo ortografico, in assenza di diagnosi di Disortografia. Include infatti *«ritardo specifico della lettura, dislessia evolutiva, difficoltà della compitazione associata con un disturbo di lettura»*, mentre esclude la Disortografia senza disturbo della lettura (*«disturbo della compitazione non associato a difficoltà di lettura»*).

Nel DSM-5 la Dislessia è codificata come *«Disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione della lettura»* (codice 315.00) ed include, oltre alle difficoltà nell'accuratezza della lettura delle parole, anche la velocità o fluency della lettura e le difficoltà nella comprensione del testo.

2.6 Cosa si intende per Disortografia?

Con il termine Disortografia si intende il Disturbo Specifico della Scrittura, che riguarda lo scarso controllo ortografico.

Già la *Consensus Conference* del 2007 (CC-2007) suddivideva il Disturbo della Scrittura in due componenti: una di natura linguistica (deficit nei processi di cifratura) e una di natura motoria (deficit nei processi di realizzazione grafica). Il termine Disortografia riguarda soltanto l'aspetto linguistico, ossia i deficit nei processi di cifratura.

Le prestazioni nell'ambito dell'ortografia in prove standardizzate per il parametro correttezza (numero di errori) devono cadere al di sotto del 5° percentile (CC-2007).

«In presenza di disortografia, andrebbero indagati i prerequisiti dell'apprendimento (integrazione visuo-motoria e abilità metafonologiche), le abilità di attenzione visiva e uditiva, la MBT verbale» (PARCC, 2011, quesito A6).

2.7 Qual è il codice nosografico per la Disortografia?

Secondo il manuale diagnostico ICD-10 il codice è F81.1 (*«Disturbo specifico della compitazione o disortografia»*) e va utilizzato in caso di difficoltà ortografiche. Esso include *«ritardo specifico della compitazione (senza disturbo di lettura)»* ed esclude *«difficoltà nella compitazione associate con un disturbo della lettura»*. Tale codice non si utilizza se la difficoltà riguarda la componente grafica, definita invece Disgrafia.

Nel DSM-5 la Disortografia è inclusa nel *«Disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione dell'espressione scritta»* (codice 315.2) che prevede, oltre alle difficoltà ortografiche chiamate *«difficoltà nell'accuratezza dello spelling»*, anche accuratezza della grammatica e della punteggiatura e chiarezza/organizzazione dell'espressione scritta.

2.8 Che cosa si intende per Disgrafia?

Con il termine Disgrafia si intende il Disturbo Specifico della Scrittura, che riguarda la realizzazione grafica (grafia).

Già la *Consensus Conference* del 2007 (CC-2007) suddivideva il Disturbo della Scrittura in due componenti: una di natura linguistica (deficit nei processi di cifratura) e una di natura motoria (deficit nei processi di realizzazione grafica). Il termine Disgrafia riguarda soltanto l'aspetto motorio, ossia i deficit nei processi di realizzazione grafica.

Le prestazioni nell'ambito della grafia in prove standardizzate per la fluenza (velocità di scrittura) devono cadere sotto la media di almeno 2 deviazioni standard e rispondere a carenze qualitative nelle caratteristiche del segno grafico (CC-2007).

«In presenza di disgrafia, andrebbero indagate le abilità motorie generali e fino-manuali, le competenze visuo-motorie e visuo-percettive, l'attenzione visiva selettiva e sostenuta, la memoria motoria e la qualità dell'apprendimento motorio» (PARCC, 2011, quesito A6).

2.9 Qual è il codice nosografico per la Disgrafia?

Secondo il manuale diagnostico ICD-10 il codice è F81.8 («*Altri disturbi evolutivi delle abilità scolastiche*») e va utilizzato in caso di difficoltà nella realizzazione grafica, in assenza di disturbi della coordinazione motoria.

2.10 Che cosa si intende per Discalculia?

Con il termine Discalculia si intende il Disturbo Specifico del Calcolo, che riguarda l'area matematica.

La CC-2007 distingue nella Discalculia due diversi profili: uno connotato da debolezza nella strutturazione cognitiva delle componenti di cognizione numerica (cioè intelligenza numerica basale: *subitizing*, meccanismi di quantificazione, comparazione, seriazione, strategie di calcolo a mente) e l'altro che coinvolge le procedure esecutive (lettura, scrittura e messa in colonna dei numeri) ed il calcolo (recupero dei fatti numerici e algoritmi del calcolo scritto). «*In presenza di discalculia, nel caso di errori nell'incolonnamento dei numeri, andrebbero esplorate anche le abilità prassiche e l'organizzazione visuo-spaziale*» (PARCC, 2011, quesito A6).

2.11 Qual è il codice nosografico da utilizzare per la Discalculia?

Secondo il manuale diagnostico ICD-10 il codice è F81.2 («*Disturbo specifico delle abilità aritmetiche o discalculia*») e va utilizzato sia che le difficoltà siano a carico del senso del numero sia che riguardino il calcolo. Tale codice infatti non differenzia tra tipologie di disturbo del calcolo. Include «*disturbo aritmetico evolutivo, sindrome di Gerstmann, acalculia evolutiva*» e esclude «*difficoltà aritmetiche associate a un altro disturbo della lettura o della computazione*».

Nel DSM-5 la Discalculia è codificata come «*Disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione del calcolo*» (codice 315.01) e include, oltre alle difficoltà nel concetto di numero, memorizzazione di fatti aritmetici, calcolo accurato o fluente, anche le difficoltà nel ragionamento matematico corretto.

2.12 Il codice nosografico F81.8 si riferisce a un DSA?

Secondo il manuale diagnostico ICD-10 il codice F81.8 è un disturbo specifico («*Altri disturbi evolutivi delle abilità scolastiche*»), ma non tutti i disturbi che rientrano in questa categoria sono contemplati nella L.170/2010. Questo codice può infatti essere utilizzato per la Disgrafia (nel caso non ci sia un disturbo della coordinazione motoria) e solo in quel caso attivare la L.170/2010.

2.13 Il codice nosografico F81.9 è un DSA?

No, il codice F81.9 si riferisce ad un disturbo dell'apprendimento non specifico («*Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche non specificati*»), di conseguenza non contemplato dalla L.170/2010.

2.14 Quando vengono riscontrati più DSA, quale codice va utilizzato?

Secondo il manuale diagnostico ICD-10 il codice da utilizzare è F81.3 («*Disturbo misto delle abilità scolastiche*»), mentre l'Accordo Stato-Regioni (2012) all'art.3 c. 2 indica che vanno utilizzati i codici compresi nella categoria F81, con la dicitura esplicita del DSA in oggetto.

Anche il DSM-5 prevede che vengano specificati «*tutti gli ambiti scolastici e le capacità che sono compromessi. Quando è compromesso più di un ambito, ciascuno di essi deve essere codificato singolarmente*».

Tabella: codici nosografici dei DSA

Codice nosografico ICD-10	Definizione secondo ICD-10	Tipo di disturbo
F81.0	Disturbo specifico della lettura	Dislessia
F81.1	Disturbo specifico della scrittura	Disortografia
F81.2	Disturbo specifico delle abilità aritmetiche	Discalculia
F81.8	Altri disturbi evolutivi delle abilità scolastiche	Disgrafia
F81.3	Disturbi misti delle abilità scolastiche	DSA in comorbidity

2.15 Esiste il disturbo specifico della comprensione del testo?

No, non esiste un codice diagnostico specifico per il disturbo della comprensione del testo, che riguarda l'abilità di cogliere efficacemente il significato di un testo letto. Ad oggi i manuali nosografici di riferimento (ICD-10 e DSM-5) permettono di utilizzare l'etichetta diagnostica della dislessia in caso di compromissione della comprensione, anche in assenza di disturbo della lettura.

Nell'ICD-10 al codice F81.0 «Disturbo specifico della lettura» si legge che *«vi possono anche essere deficit della comprensione della lettura, evidenziati da: a) un'incapacità di ricordare le cose lette; b) un'incapacità di trarre conclusioni o inferenze dal materiale letto; c) l'uso di conoscenze di carattere generale piuttosto che dell'informazione derivante dalla lettura, nel rispondere a quesiti su una storia letta»*.

Nel DSM-5 i Disturbi Specifici dell'Apprendimento fanno capo ad un'unica categoria diagnostica (codice 315), che comprende anche le difficoltà di comprensione del testo scritto.

In Italia i componenti del PARCC (Panel di Aggiornamento e Revisione della *Consensus Conference*, 2011) hanno espresso pareri discordanti. Infatti, nella risposta al Quesito A8 al punto A si afferma che: *«Per quanto riguarda il disturbo della comprensione del testo scritto, i componenti del PARCC non si sono trovati concordi nell'assumere una posizione favorevole o contraria all'individuazione di una categoria diagnostica aggiuntiva e indipendente nell'ambito dei DSA. Si conferma dunque l'opportunità di attendere più chiare indicazioni della sua indipendenza funzionale rispetto ad altri disturbi (deficit nella decodifica, nella comprensione verbale, nelle funzioni attentive ed esecutive, nelle abilità intellettive generali, problematiche di tipo emotivo)»*.

2.16 Esiste il disturbo specifico della soluzione dei problemi?

No, non esiste una categoria diagnostica a se stante per le difficoltà di risoluzione dei problemi matematici (*problem-solving* matematico) nei manuali

nosografici di riferimento ICD e DSM-5. Nel DSM-5 i Disturbi Specifici dell'Apprendimento fanno capo ad un'unica categoria diagnostica (codice 315), che comprende anche le difficoltà di soluzione dei problemi.

In Italia vi è accordo nel non considerare queste difficoltà come appartenenti ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento (*Consensus Conference*, 2007; PARCC, 2011). Infatti, nella risposta al Quesito A8 del PARCC al punto C si afferma che: *«Per quanto riguarda le difficoltà nella soluzione di problemi matematici, si conferma l'opportunità, già espressa nel documento della Consensus Conference 2007, di non considerarle come appartenenti ai DSA»*.

2.17 Esiste il disturbo specifico dell'apprendimento non verbale?

No, non esiste una categoria diagnostica a sè stante per il disturbo dell'apprendimento non verbale (DANV, detto anche "sindrome non verbale" o "disturbo visuo-spaziale") nei manuali nosografici di riferimento ICD e DSM-5. In Italia non vi è accordo sul considerarlo un Disturbo Specifico dell'Apprendimento (PARCC, 2011). Infatti, nella risposta al Quesito A8 del PARCC al punto B si afferma che: *«Anche per quel che concerne il Disturbo Specifico di Apprendimento di tipo Non-Verbale, si ritiene che le conoscenze attualmente disponibili siano ancora troppo frammentarie per pronunciarsi sulla sua indipendenza da altri quadri disfunzionali (discalculia, disgrafia, disortografia)»*.

2.18 Quali sono i disturbi che più frequentemente troviamo in comorbidità con i DSA?

Dall'analisi della letteratura i disturbi che più frequentemente si riscontrano in comorbidità con i DSA sono: il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività (ADHD, codice ICD-10 F90 e codice 314 nel DSM-5) e i Disturbi Specifici del Linguaggio (DSL, codice ICD-10 F80.0, F80.1 o F80.2 e codici 315.32 o 315.39 nel DSM-5) (*Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità,

2011). Per una trattazione più estesa si rimanda al documento di analisi della letteratura allegate alla CC-2011.

L'elevata comorbidità determina la marcata eterogeneità dei profili funzionali e di espressività con cui i DSA si manifestano e comporta significative ricadute sul versante dell'indagine diagnostica (CC-2007).

2.19 Con il termine «disturbi evolutivi specifici» si intendono solo i DSA?

No, i DSA fanno parte dei disturbi evolutivi specifici, ma non sono gli unici. Fanno parte di questa categoria anche altri disturbi, quali i Disturbi Specifici del Linguaggio (DSL), i disturbi della coordinazione motoria (DCM), ecc. Inoltre, la direttiva ministeriale, per la comune origine nell'età evolutiva, fa rientrare in questa categoria anche i disturbi dell'attenzione e dell'iperattività, mentre il funzionamento intellettivo limite può essere considerato al confine tra la disabilità e il disturbo specifico. Tutti questi disturbi sono ricompresi nella categoria dei BES.

2.20 I DSA sono BES?

Sì. I DSA sono una categoria dei BES (Bisogni Educativi Speciali) poiché fanno parte dei disturbi evolutivi specifici, determinano la comparsa di bisogni educativi speciali e richiedono attenzioni didattiche ed educative specifiche. Contrariamente agli altri disturbi evolutivi specifici (DSL, DCM, ecc.), i DSA sono oggetto di una specifica legge (L.170/2010), di un conseguente decreto (D.M. 5669 del 12 luglio 2011) e allegate Linee guida, a tutela del diritto allo studio di alunni con tali disturbi.

2.21 Cosa si intende per procedura diagnostica?

La procedura diagnostica è un insieme di processi necessari per la diagnosi clinica (classificazione nosografica) e per la diagnosi funzionale (CC-2007).

2.22 Chi fa la certificazione di DSA?

L'équipe multidisciplinare. Nell'art.3 della L.170/2010 si parla di «*specialisti o strutture accreditate*». Nell'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012 si parla di «*servizi pubblici e soggetti accreditati*» (art.1 c.1), ma, nel caso i tempi fossero troppo lunghi o mancassero tali strutture, le Regioni possono accreditare anche le équipe o le strutture private («*ulteriori soggetti privati*», art.1 c.4). Questi devono dimostrare di disporre di un'équipe multidisciplinare, composta da Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Logopedista e eventualmente altri professionisti sanitari (art.2 c.1). Ricordiamo che figure non sanitarie, quali pedagogisti, tutor degli apprendimenti, *counselor*, ecc., non possono fare diagnosi cliniche, pertanto nemmeno la certificazione: la diagnosi clinica in Italia è permessa solo a psicologi (L.56/89) e medici.

2.23 Cosa si intende per diagnosi nosografica?

La diagnosi nosografica è chiamata anche diagnosi clinica (per esempio nella CC-2007) e rappresenta il processo attraverso il quale si giunge all'identificazione, ossia all'etichetta diagnostica, del disturbo.

Il PARCC (2011) chiama questo processo clinico “classificazione diagnostica”, che «*consiste in una valutazione guidata dalla ricerca dei criteri che portano all'identificazione dei Disturbi e alla loro collocazione nell'ambito di un sistema nosografico – nel caso dei DSA questi sistemi sono costituiti dal DSM-5 e dall'ICD*».

Nella CC-2007 la diagnosi nosografica di DSA è distinta in due fasi: la prima esamina i criteri diagnostici di inclusione, la seconda di esclusione.

Nella prima fase si rilevano pertanto il livello cognitivo generale e le competenze strumentali di lettura, scrittura e calcolo, che permettono al clinico di verificare la presenza degli elementi diagnostici corrispondenti a un codice nosografico e di formulare un'ipotesi diagnostica (CC-2007; PARCC-2011).

Nella seconda fase vengono disposte quelle indagini atte a considerare i

cosiddetti fattori di esclusione, ossia la presenza di patologie o anomalie sensoriali, neurologiche, cognitive e di gravi psicopatologie.

Lievi alterazioni a livello elettrofisiologico, neurofunzionale e neuroanatomico sono compatibili con la diagnosi di DSA e non vanno pertanto considerate come criteri di esclusione (PARCC-2011, quesito A1).

«Una particolare attenzione deve essere posta nella indagine anamnestica che deve indagare, oltre alle classiche aree di raccolta delle informazioni, lo sviluppo visivo e uditivo, tenendo conto del bilancio di salute operato dal pediatra o dal medico curante del bambino. Dai dati acquisiti in questa fase, il clinico è in grado di valutare, dopo la verifica strumentale relativa alla presenza dei sintomi di inclusione, se indicare ulteriori accertamenti relativi ai criteri di esclusione» (CC-2007).

2.24 Cosa si intende per diagnosi funzionale?

La diagnosi funzionale descrive il profilo di funzionamento, completa la diagnosi clinica ed è contenuta nella relazione clinica. La necessità che la diagnosi sia anche di tipo funzionale è specificata nell'Accordo Stato-Regioni (2012).

L'approfondimento del profilo del disturbo è fondamentale per la qualificazione funzionale del disturbo e per comprendere meglio le caratteristiche del soggetto. È inoltre essenziale per la presa in carico e per la stesura di un progetto riabilitativo, necessario all'intervento riabilitativo/abilitativo (CC-2007 e Accordo Stato-Regioni, art.3 c.2, 2012).

«Evidenziare ciò che di particolare vi è nel singolo caso è pertinente ai Disturbi rubricati nei manuali diagnostici e al campo dei DSA in cui, però, dovrebbe essere integrata con una “descrizione di un profilo di abilità” - finalizzato alla progettazione di aiuti allo sviluppo ottimale delle capacità» (PARCC-2011, quesito C3).

La diagnosi funzionale interessa la valutazione delle abilità fondamentali o complementari (linguistiche, percettive, prassiche, visuomotorie, attentive,

mnestiche), dei fattori ambientali e delle condizioni emotive e relazionali (CC-2007); comprende inoltre l'esame della comorbidità, intesa sia come co-occorrenza di altri disturbi specifici dell'apprendimento sia come compresenza di altri disturbi evolutivi (ADHD, disturbi del comportamento, dell'umore, ecc.) (CC-2007).

2.25 Quali elementi deve contenere una diagnosi di DSA?

«Nel campo dei DSA la relazione clinica, che comunica la “formulazione diagnostica”, ha lo scopo di creare un ritratto completo dell'individuo composto sia dai dati che emergono da varie fonti (bambino, genitori, insegnanti, etc) che dal “profilo di abilità” dell'individuo al fine di costruire una “alleanza per lo sviluppo” tra bambino/famiglia, operatori scolastici, insegnanti» (PARCC, 2011).

«Un documento clinico che restituisce a uno studente e alla sua famiglia un percorso di valutazione per un problema di DSA dovrebbe contenere le seguenti parti», per le quali si rimanda al documento originale: informazioni di identificazione del valutatore, motivo dell'invio, anamnesi e background, altri report, condizioni della valutazione, osservazioni sul comportamento, risultati ai test, classificazione diagnostica, riassunto, suggerimenti per la elaborazione di un progetto di aiuti allo sviluppo (PARCC, 2011).

A tal fine è necessario che la diagnosi di DSA venga redatta sulla base del modello di certificazione allegato all'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012.

2.26 Cosa si intende per équipe multidisciplinare?

L'équipe multidisciplinare per la certificazione di DSA è costituita da *«neuropsichiatri infantili, psicologi e logopedisti, eventualmente integrati da altri professionisti sanitari e modulabile a seconda delle fasce di età» (art. 2, c.1, Accordo Stato-Regioni 25/07/2012).*

2.27 Cosa si intende per professioni sanitarie?

Sono professioni sanitarie quelle che lo Stato italiano riconosce e che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Per la lista completa si rimanda al sito del Ministero della Salute.

2.28 Lo psicologo può fare diagnosi di DSA?

Sì, la diagnosi è tra le attività previste dalla legge istitutiva dello psicologo (L.56/1989) ed è un atto tipico della professione. Per essere valida ai fini dell'utilizzazione delle misure dispensative e degli strumenti compensativi previsti dalla L.170/2010, tale diagnosi deve essere anche certificazione. Tutti i servizi pubblici sono autorizzati a rilasciare certificazioni, mentre per il privato le eventuali modalità di accreditamento per poter rilasciare tale certificazione variano di regione in regione.

2.29 La diagnosi di DSA dello psicologo ha valore legale?

Come tutte le diagnosi effettuate in ambito clinico, anche la diagnosi di DSA dello psicologo ha valore legale, ai sensi della L.56/89, e comporta un'assunzione di responsabilità civile e penale di chi la redige nei confronti del proprio paziente.

2.30 Quando può essere effettuata una diagnosi di DSA?

Per la Dislessia, Disgrafia e Disortografia è possibile effettuare una diagnosi di DSA (e quindi rilasciare la relativa certificazione) dalla fine della classe seconda della scuola primaria.

Per la Discalculia è necessario attendere la fine della classe terza, come già suggeriva la CC-2007 e conferma il PARCC-2011 (quesito A5.C), soprattutto per evitare l'individuazione di falsi positivi.

2.31 Può essere anticipata la diagnosi di DSA?

Prima della fine della classe seconda primaria l'elevata variabilità inter-

individuale nei tempi di acquisizione non consente una applicazione dei valori normativi di riferimento che abbia le stesse caratteristiche di attendibilità riscontrate ad età superiori (CC-2007).

Per quanto riguarda Dislessia e Disortografia il PARCC scoraggia l'anticipazione della diagnosi, a causa della mancanza di prove diagnostiche e/o di screening sufficientemente predittive (PARCC-2011, Quesito A5.A).

La CC-2007 per la lettura sottolineava: *«già alla fine del 1° anno della scuola primaria può capitare di valutare bambini con profili funzionali così compromessi e in presenza di altri specifici indicatori diagnostici (pregresso disturbo del linguaggio, familiarità accertata per il disturbo di lettura), che appare possibile e anche utile anticipare i tempi della formulazione diagnostica, o comunque, se non di una vera diagnosi, di una ragionevole ipotesi diagnostica, prevedendo necessari momenti di verifica successivi»*.

Anche il PARCC (2011) ritiene opportuno, in presenza di prestazioni significativamente al di sotto dei valori normativi in prove di lettura e scrittura somministrate prima della fine della seconda classe, cominciare ad attivare interventi di recupero che coinvolgano la scuola e la famiglia (PARCC-2011, Quesito A5.A).

Nel caso siano presenti ulteriori indicatori di specificità e/o di rischio, quali familiarità per DSA, pregresso o concomitante DSL, prestazioni fortemente deficitarie in prove sulle abilità metafonologiche, è possibile attivare interventi anche a livello riabilitativo (PARCC-2011, quesito A5.B).

Per quanto riguarda la Disgrafia è possibile anticipare la diagnosi solo in caso di tratto grafico irregolare e poco leggibile anche in stampato, mancato rispetto di margini e righe, lettere di dimensioni fortemente irregolari, mancata discriminazione degli allografi in stampato (PARCC-2011, quesito A5.D).

2.32 Cosa si intende per individuazione precoce dei fattori di rischio alla scuola primaria?

Alla scuola primaria si intende l'individuazione, all'interno di un'ampia popolazione, dei bambini che mostrano degli indicatori di rischio e che vanno quindi indirizzati ad approfondimenti clinici specifici per confermare o escludere una diagnosi di DSA. Come sottolinea la nota del MIUR 1552 del 27 giugno 2013, *«lo scopo di tali attività di individuazione precoce è quello di calibrare sempre meglio gli interventi educativi e le strategie didattiche, (...) restando di competenza degli specialisti del settore clinico (medici, psicologi, terapisti) l'esame diagnostico, la cura e gli interventi riabilitativi»*.

È compito delle scuole di ogni ordine e grado, comprese le scuole dell'infanzia, attivare, previa apposita comunicazione alle famiglie interessate, interventi tempestivi, idonei ad individuare i casi sospetti di DSA negli alunni, sulla base dei protocolli regionali (art.3 c.3, L.170/2010).

2.33 È corretto parlare di prevenzione nell'ambito dei DSA?

Essendo i DSA disturbi di origine neurobiologica, parlare di prevenzione non è corretto e può costituire una forzatura. È possibile però, attraverso un'individuazione precoce del disturbo, intervenire tempestivamente e migliorare non solo la prognosi, ma anche prevenire gli effetti del disturbo sulle variabili psicologiche (emotive, motivazionali, ecc.), riducendo il rischio di psicopatologia associata nonché di *drop-out* scolastico.

2.34 Per fare diagnosi di DSA, in caso di sospetta Dislessia, è sufficiente fare le prove di lettura e valutare l'efficienza intellettiva?

No, quando si sospetta la presenza di un DSA occorre indagare anche altre funzioni neuropsicologiche, per completare l'inquadramento diagnostico e valutare eventuali comorbidità. Vista l'elevata compresenza di diversi DSA, occorre verificare la possibile presenza di disturbi di apprendimento associati

(PARCC-SS, quesito A7.A). Quindi, anche quando il motivo d'invio è la difficoltà nella lettura, oltre alle prove di lettura di brano, parole e non parole di accertata validità psicometrica, occorre indagare anche la scrittura e la matematica.

Sebbene il PARCC-2011 indichi che ai fini della diagnosi nosografica non sia necessario valutare altre funzioni neuropsicologiche, se non linguaggio e attenzione, l'Accordo Stato-Regioni (art.3 c.2) specifica che la diagnosi di DSA deve essere necessariamente funzionale.

Pertanto in caso di Dislessia occorre indagare anche memoria verbale (soprattutto fonologica), attenzione (soprattutto visiva), linguaggio (a tutti i livelli di organizzazione, eventualmente con breve screening iniziale da approfondire se emergono difficoltà), denominazione rapida, abilità metafonologiche (accuratezza nelle prime classi, rapidità più avanti) (PARCC-2011, quesito A7.D).

2.35 Per fare diagnosi di DSA, in caso di sospetta Disortografia, è sufficiente fare le prove di scrittura e valutare l'efficienza intellettuale?

No, quando si sospetta la presenza di un DSA occorre indagare anche altre funzioni neuropsicologiche, per completare l'inquadramento diagnostico e valutare eventuali comorbidità. Vista l'elevata compresenza di diversi DSA, occorre verificare la possibile presenza di disturbi di apprendimento associati (PARCC-ISS, quesito A7.A). Quindi, anche quando il motivo d'invio è la difficoltà nella scrittura, occorre indagare anche la lettura e la matematica.

Sebbene il PARCC-2011 indichi che ai fini della diagnosi nosografica non sia necessario valutare altre funzioni neuropsicologiche, se non linguaggio e attenzione, l'Accordo Stato-Regioni (art.3 c.2) specifica che la diagnosi di DSA deve essere necessariamente funzionale.

Pertanto in caso di Disortografia occorre indagare anche i prerequisiti dell'apprendimento (integrazione visuo-motoria e abilità metafonologiche), le abilità di attenzione visiva e uditiva, la memoria a breve termine verbale (PARCC-2011, quesito A7.E).

2.36 Per fare diagnosi di DSA, in caso di sospetta Disgrafia, è sufficiente fare le prove di grafia e valutare l'efficienza intellettiva?

No, quando si sospetta la presenza di un DSA occorre indagare anche altre funzioni neuropsicologiche, per completare l'inquadramento diagnostico e valutare eventuali comorbidità. Vista l'elevata compresenza di diversi DSA, occorre verificare la possibile presenza di disturbi di apprendimento associati (PARCC-ISS, quesito A7.A). Quindi, anche quando la difficoltà motivo d'invio è la scrittura, occorre indagare anche la lettura e la matematica.

Sebbene il PARCC-2011 indichi che ai fini della diagnosi nosografica non sia necessario valutare altre funzioni neuropsicologiche, se non linguaggio e attenzione, l'Accordo Stato-Regioni (art.3 c.2) specifica che la diagnosi di DSA deve essere necessariamente funzionale.

Pertanto in caso di Disgrafia occorre indagare anche le abilità motorie generali e fino-manuali, le competenze visuo-motorie e visuo-percettive, l'attenzione visiva selettiva e sostenuta, la memoria motoria e la qualità dell'apprendimento motorio (PARCC-2011, quesito A7.F).

2.37 Per fare diagnosi di DSA, in caso di sospetta Discalculia, è sufficiente fare le prove di matematica e valutare l'efficienza intellettiva?

No, quando si sospetta la presenza di un DSA occorre indagare anche altre funzioni neuropsicologiche, per completare l'inquadramento diagnostico e valutare eventuali comorbidità. Vista l'elevata compresenza di diversi DSA, occorre verificare la possibile presenza di disturbi di apprendimento associati (PARCC-ISSS, quesito A7.A). Quindi, anche quando il motivo d'invio è la difficoltà in matematica, occorre indagare anche la scrittura e la lettura.

Sebbene il PARCC-2011 indichi che ai fini della diagnosi nosografica non sia necessario valutare altre funzioni neuropsicologiche, se non linguaggio e attenzione, l'Accordo Stato-Regioni (art.3 c.2) specifica che la diagnosi di DSA deve essere necessariamente funzionale.

Pertanto in caso di Discalculia, per esempio in presenza di errori nell'incollamento dei numeri, andrebbero esplorate anche le abilità prassiche e l'organizzazione visuo-spaziale (PARCC-2011, quesito A7.G).

2.38 Come scegliere gli strumenti diagnostici?

La scelta degli strumenti è rimandata alla discrezionalità del clinico. La *Consensus Conference* del 2007 indicava due direttive da seguire. La prima è che lo strumento scelto deve avere buone proprietà di validità e affidabilità, quindi deve avere norme italiane aggiornate e rappresentative della popolazione a cui il soggetto esaminato appartiene per età e genere. La seconda richiama alla libertà e responsabilità del clinico stesso nella scelta di tali strumenti. Ne consegue che il clinico che si occupa di apprendimento deve avere delle conoscenze psicometriche di base che gli permettano di fare una scelta critica e responsabile dei test che andrà a somministrare; deve tenersi aggiornato sui nuovi strumenti e lo studio del capitolo sull'analisi dei dati deve diventare una premessa indispensabile al fine del loro impiego nel processo diagnostico. L'utilizzo meccanico delle norme, ad esempio la non considerazione dell'errore di misura, e quindi dell'intervallo di fiducia del punteggio ottenuto, o l'uso dell'indice errato (percentile *versus* punti *z*), può portare a rigide applicazioni che si potrebbero tradurre in errori grossolani che vanno a discapito della qualità e bontà della diagnosi.

2.39 Come si valuta l'efficienza intellettuale nel fare diagnosi di DSA?

Verificare che l'efficienza intellettuale sia almeno nella norma è uno dei criteri fondamentali per fare diagnosi di DSA. È possibile utilizzare due tipologie di prove: prove monocomponenziali, come le matrici di Raven (CPM o SPM) e la Leiter, e test multicomponenziali, come la WISC e la WAIS.

Nel PARCC (2011) si afferma che «*nonostante sia auspicabile e consigliabile utilizzare test multicomponenziali, è possibile utilizzare un quoziente mono-*

componenziale» (quesito A1.A). Nel caso si ottenga un quoziente inferiore a 85 in una prova di tipo monocomponenziale è necessario procedere anche con un test di tipo multicomponenziale (quesito A1.C). Per i bambini di età inferiore agli 8 anni lo stesso documento raccomanda di verificare sempre sia l'ambito verbale sia di performance (quesito A1.D).

Dato che al punto E dello stesso quesito viene indicato che la diagnosi funzionale deve includere una descrizione del funzionamento intellettuale verbale e non verbale (in base a test standardizzati), si raccomanda di utilizzare sempre un test multicomponenziale, tenendo conto di eventuali penalizzazioni dovute a compromissioni in ambito verbale, grafico, ecc.

2.40 Lettura, scrittura e calcolo: quando è opportuno utilizzare le deviazioni standard e/o i percentili?

La scelta degli indici statistici da utilizzare, e quindi da riportare nella relazione clinica, dipende dalla forma della distribuzione dei dati. Per semplificare, le deviazioni standard sono usualmente utilizzate per le misure di velocità, i percentili per le misure di correttezza (errori). Come indicato nella *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità (CC-ISS, 2011), «*Si raccomanda, ai fini della diagnosi di DSA, di continuare a utilizzare le deviazioni standard (in particolare per i punteggi di rapidità, più normalmente distribuiti) e i percentili (in particolare per i punteggi di accuratezza o di errore, caratterizzati da distribuzioni asimmetriche), perché le proprietà distribuzionali dei punteggi ai test garantiscono maggiore precisione rispetto al riferimento al livello di scolarità. La funzione che descrive l'evoluzione delle competenze con la scolarizzazione è infatti troppo poco lineare per permettere di calcolare ed esprimere misure significative di ritardo nell'apprendimento (un divario di 3 anni nella scuola primaria è, per esempio, ben più significativo di un divario di 3 anni nella scuola superiore)*» (CC-ISS, 2011, quesito A1.5, pag. 22).

Per approfondimenti sul dibattito attuale riguardo alle misure di rapidità e

velocità e all'opportunità di utilizzare i percentili anche per le misure di rapidità si rimanda alla letteratura specifica in merito.

2.41 Quando è opportuno richiedere approfondimenti di diagnostica strumentale?

Ai fini della diagnosi di DSA è necessario escludere un deficit organico sensoriale per cui, in presenza di segni/sintomi specifici rilevati dal clinico, sarà necessaria una valutazione audiologica e/o oculistica, come suggerito dal PARCC (2011).

2.42 Perché esistono diagnosi tardive?

Le diagnosi tardive potrebbero essere dovute alle buone competenze cognitive globali degli allievi, che si dimostrerebbero quindi in grado di compensare il disturbo. Può anche capitare che in talune situazioni tali alunni in difficoltà vengano scambiati per svogliati, pigri e poco motivati e per questo individuati tardivamente.

2.43 Che differenza c'è tra diagnosi e certificazione?

Nella nota 2563 del 22 novembre 2013 il MIUR fornisce una distinzione tra diagnosi e certificazione: *«Per “certificazione” si intende un documento, con valore legale, che attesta il diritto dell'interessato ad avvalersi delle misure previste da precise disposizioni di legge – nei casi che qui interessano: dalla Legge 104/92 o dalla Legge 170/2010 - le cui procedure di rilascio ed i conseguenti diritti che ne derivano sono disciplinati dalle suddette leggi e dalla normativa di riferimento. Per “diagnosi” si intende invece un giudizio clinico, attestante la presenza di una patologia o di un disturbo, che può essere rilasciato da un medico, da uno psicologo o comunque da uno specialista iscritto negli albi delle professioni sanitarie»*. A questo proposito si ricorda che in Italia soltanto gli psicologi (L.56/89) e i medici possono rilasciare diagnosi cliniche.

Nel caso di disturbi clinici (vedi classificazioni diagnostiche dei manuali nosografici di riferimento, ossia ICD e DSM-5) che non danno diritto all'attivazione della L.104/92 o della L.170/2010 (come per esempio disturbi del linguaggio, disturbi della coordinazione motoria, ecc.) si parla quindi di diagnosi e non di certificazione.

2.44 Chi può rilasciare la certificazione di DSA?

Le strutture sanitarie pubbliche e i soggetti privati accreditati sono autorizzati a rilasciare le certificazioni di DSA. Dove non è possibile effettuare la diagnosi con valore di certificazione nel servizio pubblico, l'art.3 c.1 della L.170/2010 prevede la possibilità di effettuare la certificazione anche presso soggetti privati accreditati. L'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 indica che le Regioni devono accreditare ulteriori strutture private quando la diagnosi, con valore di certificazione, non viene effettuata in tempi utili e comunque quando il tempo richiesto per il completamento dell'iter diagnostico supera i 6 mesi, ai sensi del D.Lgs. 502/92.

Per le modalità di accreditamento del privato nelle varie regioni italiane occorre far riferimento alle specifiche normative regionali.

Gli psicologi (L.56/89) e i medici possono comunque rilasciare diagnosi cliniche.

2.45 La certificazione di DSA ha una scadenza?

La L.170/2010 e il D.M. 5669 del 12.07.2011 non riportano indicazioni in merito. Secondo il DSM 5 non è necessario ripetere la valutazione, se non in casi particolari: *«Dal momento che il disturbo specifico dell'apprendimento persiste tipicamente in età adulta, di rado si rende necessaria una rivalutazione, a meno che non sia indicata a causa di marcati cambiamenti nelle difficoltà di apprendimento (miglioramento o peggioramento) e di richieste per scopi specifici»*. Anche l'Accordo Stato-Regioni del 25.07.2012 (art.3) non indica una

data di scadenza della diagnosi, ma sottolinea la necessità che venga aggiornato il profilo di funzionamento (vedi modello di certificazione allegato all'Accordo Stato-Regioni), *«al passaggio da un ciclo scolastico all'altro e comunque, di norma, non prima di tre anni dal precedente»* e *«ogni qualvolta sia necessario modificare l'applicazione degli strumenti didattici e valutativi necessari, su segnalazione della scuola alla famiglia o su iniziativa della famiglia»*. Infatti, alunni con DSA diagnosticati alla scuola primaria, in virtù della diversa espressività del disturbo durante la crescita, degli effetti di interventi di trattamento, dell'acquisizione di strategie compensatorie o strumenti, possono necessitare di misure di aiuto diverse nell'arco del percorso scolastico; in tal caso la rivalutazione del profilo funzionale permette di scegliere gli interventi più adatti.

2.46 Nella certificazione di DSA è sufficiente menzionare la categoria diagnostica?

No. Nell'accordo Stato-Regioni (25/07/2012, art.3 c.2) si precisa chiaramente che *«La certificazione deve contenere informazioni necessarie per stilare una programmazione educativa e didattica che tenga conto delle difficoltà del soggetto [...] la menzione della categoria diagnostica non è infatti sufficiente per la definizione di quali misure didattiche siano appropriate per il singolo soggetto»*. A tal proposito è determinante procedere, oltre alla diagnosi nosografica, ad una diagnosi funzionale.

2.47 Il clinico deve indicare nella relazione diagnostica anche gli strumenti più idonei da inserire nel PDP?

La relazione diagnostica deve contenere le informazioni necessarie per stilare una programmazione educativa e didattica che tenga conto delle difficoltà del soggetto e preveda l'applicazione mirata delle misure previste dalla legge. La menzione della categoria diagnostica non è infatti sufficiente per la definizione

di quali misure didattiche siano appropriate per il singolo soggetto (art.3 c.2 Accordo Stato-Regioni del 24/07/2012). Per la stesura della relazione si consiglia di rifarsi al modello allegato all'Accordo.

2.48 Lo psicologo, nel fare diagnosi di DSA, è tenuto a rispettare le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni e quelle dell'Istituto Superiore di Sanità?

Sì, il lavoro deve essere comunque multidisciplinare e seguire tutti i dettami delle Linee guida e delle *Consensus Conference* sul tema (*Consensus Conference* del 2007, PARCC del 2011, *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità del 2011), oltre alle indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni (24/07/2012).

2.49 Cosa si intende per trattamento?

Si intende un intervento specialistico riabilitativo di tipo clinico, poiché essendo i DSA disturbi di natura neurobiologica complessi non possono essere gestiti unicamente dalla scuola con interventi di potenziamento didattico.

Il trattamento è di competenza dello psicologo, o di altra figura sanitaria, con una adeguata formazione in diagnosi e riabilitazione dei DSA.

CAPITOLO 3

I DSA E GLI ALTRI BES A SCUOLA

La didattica inclusiva è un processo ordinario, non dato dall'emergenza, che si riferisce alla globalità delle sfere educativa e sociale. La presenza in classe della "diversità" esige diversità anche nella progettazione didattica: i docenti devono essere in grado di impostare processi di apprendimento adeguati a tutti gli alunni, per rispondere alle loro esigenze e alle loro potenzialità. Per questo *«è sempre più urgente adottare una didattica che sia 'denominatore comune' per tutti gli alunni e che non lasci indietro nessuno: una didattica inclusiva più che una didattica speciale»* (Direttiva MIUR 27.12.2012).

A tal fine le scuole possono adottare tutte le forme di flessibilità che ritengono opportune (DPR.275/99, art. 4, c.2) per favorire percorsi personalizzati adatti alle capacità di ciascuno. *«Le finalità della scuola devono essere definite a partire dalla persona che apprende (...) le strategie didattiche devono sempre tener conto della singolarità e della complessità di ogni persona, delle sue capacità, delle sue fragilità nelle diverse fasi di sviluppo»* (Indicazioni nazionali per il curriculum, 2012).

Il Piano Didattico Personalizzato (PDP) è un documento in cui viene scritto quanto rilevato e cosa dovrebbe venir fatto a scuola nei confronti dell'alunno con DSA: riporta le difficoltà e le potenzialità dello studente, le azioni intraprese dai docenti, i contenuti degli incontri scuola/famiglia e i risultati raggiunti. La redazione del documento prevede una fase preparatoria di dialogo fra docenti, famiglia e clinici (se invitati e autorizzati a partecipare), nel rispetto dei reciproci ruoli e competenze.

3.1 Per gli alunni con BES è necessaria una certificazione?

Dipende dal tipo di difficoltà che dà luogo al bisogno educativo speciale. Ricordiamo che l'acronimo BES (Bisogni Educativi Speciali) è un termine “ombrello” all'interno del quale possiamo distinguere tre situazioni diverse:

1) alunni che richiedono il diritto dell'attivazione della L.104/92 (Disabilità) o della L.170/2010 (DSA), per i quali è necessaria la certificazione;

2) alunni che presentano altri disturbi clinici che non danno diritto all'attivazione né della L.104/92 né alla L.170/2010, ma che sono ricompresi tra le classificazioni diagnostiche dei manuali nosografici di riferimento ICD e DSM-5 (a titolo di esempio, gli alunni con DCM, DSL, Spettro autistico ad alto funzionamento, ecc.) e per i quali è auspicabile presentare una diagnosi con profilo funzionale;

3) alunni che non necessitano di alcuna certificazione né diagnosi che rientrano nell'area dello svantaggio socioeconomico, linguistico e culturale individuati dalla scuola come indicato nella C.M. n. 8 del 06/03/2013.

Indipendentemente dalle diagnosi o certificazioni, la scuola deve farsi carico delle difficoltà mostrate dall'alunno, in linea con le finalità di tutta la normativa sui BES.

3.2 Quali aiuti sono previsti per gli alunni con BES?

La Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 prevede per i BES tutte le misure di intervento previste per i DSA (piani personalizzati, strumenti compensativi, misure dispensative, valutazione ad hoc). Infatti, afferma che *«le scuole – con determinazioni assunte dai Consigli di classe, risultanti dall'esame della documentazione clinica presentata dalle famiglie e sulla base di considerazioni di carattere psicopedagogico e didattico – possono avvalersi per tutti gli alunni con bisogni educativi speciali degli strumenti compensativi e delle misure dispensative previste dalle disposizioni attuative della Legge 170/2010 (D.M. 5669/2011)»*.

3.3 Un alunno con BES può avere l'insegnante di sostegno?

Solo se è in possesso di una certificazione ai sensi della Legge 104/1992. È possibile che alcuni alunni con DSA abbiano diritto all'insegnante di sostegno sulla classe, in virtù della comorbidità con altri disturbi e di un quadro funzionale particolarmente grave. In tali casi il riferimento normativo non è più la L.170/2010, bensì la L.104/1992, quindi diviene necessario un verbale di accertamento ai fini dell'integrazione scolastica, come previsto dalla L.104/1992.

3.4 Chi decide come attuare a scuola la normativa sui BES?

Decide la scuola. I BES includono molte situazioni, non sempre riferibili a diagnosi, vedi per esempio le situazioni di svantaggio socio-culturale. È sempre la scuola, tramite il consiglio di classe o il team di docenti, che decide quali misure attuare e come formalizzarle, dopo aver valutato eventuali indicazioni del clinico o in seguito a considerazioni di carattere pedagogico e didattico. Nel caso dei DSA è la legge (L.170/2010, art.5) che prevede tra i diritti l'attuazione degli strumenti compensativi e delle misure dispensative e la stesura di un Piano Didattico Personalizzato (Linee Guida allegate al D.M.5669 del 12 luglio 2011). Tale piano è redatto dalla scuola e firmato dal dirigente, dagli insegnanti e dalla famiglia.

3.5 La normativa sui BES si applica anche agli studenti universitari?

Solo quella sui DSA, come riportato al capitolo 6.7 delle Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con DSA.

3.6 La normativa sui BES e DSA si applica anche agli studenti delle scuole serali?

La materia non è disciplinata da alcuna norma.

3.7 Un alunno con ADHD può beneficiare della L.170/2010?

A seconda del grado di compromissione funzionale l'alunno con ADHD (nell'ICD 10 codice F90.0 "Disturbo dell'attività e dell'attenzione") può avere diritto all'applicazione della L.104/92 (disabilità), della L.170/2010 (nel caso di comorbidità con un DSA) o della Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 sui BES (nel caso si presenti come disturbo a sé stante che non rientra nei casi previsti dalla L.104/92). In quest'ultimo caso può comunque beneficiare degli aiuti previsti per i DSA per le sue difficoltà scolastiche.

3.8 Un alunno con Disturbo Specifico del Linguaggio può beneficiare della L.170/2010?

Il Disturbo Specifico del Linguaggio si avvale della normativa sui BES nel caso si presenti come disturbo a sé stante, l'alunno può comunque beneficiare degli aiuti previsti per i DSA per le difficoltà scolastiche conseguenti al disturbo. Data l'elevata comorbidità con i DSA, nel caso di compresenza dei due disturbi, ha diritto anche all'applicazione della L.170/2010.

3.9 Da quali normative sono tutelati gli alunni con DSA in ambito scolastico?

Sia dalla specifica legge sui DSA (L.170/2010) e dal decreto D.M.5669 del 12 luglio 2011 con le allegate Linee guida, sia da tutta la normativa sui BES (Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 e successive circolari).

3.10 Se un alunno ha già una certificazione di DSA emessa dal privato accreditato o dal servizio pubblico di un'altra regione, tale certificazione può essere ritenuta valida dalla scuola ai fini dell'applicazione della L.170/2010?

Sì, se è una certificazione redatta ai sensi della L.170/2010 e conforme all'Accordo Stato-Regioni (2012) deve essere ritenuta valida in tutte le scuole del territorio nazionale.

3.11 La Legge 170/2010 è compatibile con l'insegnante di sostegno?

No. Per i DSA sono previste misure didattiche, quali personalizzazione del piano di studi, strumenti compensativi e misure dispensative, valutazione ad hoc, ma non è previsto l'insegnante di sostegno. È possibile che ad alcuni alunni con DSA sia stato assegnato l'insegnante di sostegno sulla classe, in virtù della comorbidità con altri disturbi e di un quadro funzionale particolarmente grave che ha comportato una certificazione ai sensi della L.104/1992.

3.12 Una volta ottenuta la certificazione di DSA, cosa deve fare la famiglia perché vengano attuati gli aiuti previsti dalla L.170/2010?

La famiglia deve consegnare la certificazione di DSA alla scuola (Dirigente scolastico o Segreteria), chiedendo che venga protocollata. Essa potrà essere accompagnata da una liberatoria per consentire l'utilizzo della stessa da parte di tutti i componenti del team di classe (o consiglio di classe) e dal referente per i DSA, ai fini della stesura del PDP.

3.13 Se la famiglia è in possesso di una diagnosi di DSA, ma non della certificazione, cosa deve fare affinché vengano attuati gli aiuti previsti dalla L.170/2010? La scuola può rifiutarsi di attuare gli aiuti previsti dalla L.170/2010?

La famiglia deve consegnare la diagnosi di DSA alla scuola (Dirigente scolastico o Segreteria), chiedendo che venga protocollata. Essa potrà essere accompagnata da una liberatoria per consentire l'utilizzo della stessa da parte di tutti i componenti del team di classe (o consiglio di classe) e dal referente per i DSA, ai fini della stesura del PDP.

È a discrezione della scuola (consiglio di classe o team di docenti) procedere alla formalizzazione degli interventi che, in caso di diniego, deve motivare formalmente. La scelta quindi è se formalizzare (per esempio nella realizzazione di un PDP) o non formalizzare, ma la personalizzazione è comunque prevista da

normative precedenti (DPR 275/1999, art.4).

A tal proposito si rimanda alla Circolare Ministeriale n.8 del 6 marzo 2013 che riporta: *«per quanto riguarda gli alunni in possesso di una diagnosi di DSA rilasciata da una struttura privata, si raccomanda - nelle more del rilascio della certificazione da parte di strutture sanitarie pubbliche o accreditate – di adottare preventivamente le misure previste dalla Legge 170/2010, qualora il Consiglio di classe o il team dei docenti della scuola primaria ravvisino e riscontrino, sulla base di considerazioni psicopedagogiche e didattiche, carenze fondatamente riconducibili al disturbo. Pervengono infatti numerose segnalazioni relative ad alunni (già sottoposti ad accertamenti diagnostici nei primi mesi di scuola) che, riuscendo soltanto verso la fine dell’anno scolastico ad ottenere la certificazione, permangono senza le tutele cui sostanzialmente avrebbero diritto. Si evidenzia pertanto la necessità di superare e risolvere le difficoltà legate ai tempi di rilascio delle certificazioni (in molti casi superiori ai sei mesi) adottando comunque un piano didattico individualizzato e personalizzato nonché tutte le misure che le esigenze educative riscontrate richiedono».*

3.14 Chi deve redigere il PDP?

La redazione del PDP è di competenza della scuola, ossia dei docenti del team di classe (nel caso di scuola primaria) e dei docenti del consiglio di classe (nel caso di scuola secondaria). È prevista la collaborazione della famiglia, come indicato nelle “Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento” allegate al Decreto 5669/2011: *«Nella predisposizione della documentazione in questione è fondamentale il raccordo con la famiglia, che può comunicare alla scuola eventuali osservazioni...».*

3.15 Entro quanto tempo dalla consegna della diagnosi va redatto il Piano Didattico Personalizzato (PDP)?

Le “Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento” allegate al Decreto 5669/2011 indicano che di norma il Piano Didattico Personalizzato (PDP) va redatto entro il primo trimestre dell’anno scolastico di riferimento. Nel caso in cui la diagnosi venga presentata in corso d’anno il PDP deve essere redatto in tempo utile per le valutazioni in itinere e finali. Si rammenta che negli anni terminali di ciascun ciclo scolastico la diagnosi deve pervenire entro il 31 marzo.

3.16 Cosa deve contenere un PDP?

Le “Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento” allegate al Decreto 5669/2011 indicano che «... *dovrà contenere almeno le seguenti voci, articolato per le discipline coinvolte dal disturbo: dati anagrafici dell’alunno; tipologia di disturbo; attività didattiche individualizzate; attività didattiche personalizzate; strumenti compensativi utilizzati; misure dispensative adottate; forme di verifica e valutazione personalizzate*».

Per ciascuna materia o ambito di studi vanno individuati gli obiettivi ed i contenuti fondamentali che l’allievo deve acquisire nell’anno scolastico. Vanno precisate le strategie metodologico-didattiche a lui più adatte, cioè che tengano conto dei suoi tempi di elaborazione, di produzione, di comprensione delle consegne. Inoltre, il volume delle attività di studio deve essere compatibile con le sue specifiche possibilità, capacità e potenzialità. Quindi saranno indicati anche la giusta quantità di compiti e di richieste in fase di verifica e l’uso di mediatori didattici che possono facilitargli l’apprendimento (immagini, schemi, mappe ...). Devono essere precisate le modalità di verifica (per es., tempi più lunghi per le prove scritte; testo della verifica scritta in formato digitale; riduzione/selezione della quantità di esercizi nelle verifiche scritte; interrogazioni programmate,

con supporto di mappe, cartine, immagini, ecc.; prove orali per compensare le prove scritte, ...) e i criteri di valutazione (per es. non valutazione degli errori ortografici; valutazione delle conoscenze e non delle carenze; valutazione attenta più ai contenuti che alla forma).

Un importante riferimento normativo per la valutazione dell'alunno con DSA è l'art. 10 del DPR n. 122/2009 *“Regolamento recante coordinamento delle norme vigenti per la valutazione”*.

3.17 Cosa e quali sono gli strumenti compensativi per gli alunni con DSA?

Premettendo che ogni alunno con DSA ha caratteristiche proprie che richiedono strumenti personalizzati adeguati, le “Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento” allegate al Decreto 5669/2011 specificano che *«Gli strumenti compensativi sono strumenti didattici e tecnologici che sostituiscono o facilitano la prestazione richiesta nell'abilità deficitaria. Fra i più noti indichiamo: la sintesi vocale, che trasforma un compito di lettura in un compito di ascolto; il registratore, che consente all'alunno o allo studente di non scrivere gli appunti della lezione; i programmi di video scrittura con correttore ortografico, che permettono la produzione di testi sufficientemente corretti senza l'affaticamento della rilettura e della contestuale correzione degli errori; la calcolatrice, che facilita le operazioni di calcolo; altri strumenti tecnologicamente meno evoluti, quali tabelle, formulari, mappe concettuali, etc. Tali strumenti sollevano l'alunno o lo studente con DSA da una prestazione resa difficoltosa dal disturbo, senza peraltro facilitargli il compito dal punto di vista cognitivo. L'utilizzo di tali strumenti non è immediato e i docenti - anche sulla base delle indicazioni del referente di istituto - avranno cura di sostenerne l'uso da parte di alunni e studenti con DSA»*.

3.18 Cosa sono le misure dispensative per gli alunni con DSA?

Le “Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con

disturbi specifici di apprendimento” allegato al Decreto 5669/2011 (art. 3) indicano che *«Le misure dispensative sono invece interventi che consentono all’alunno o allo studente di non svolgere alcune prestazioni che, a causa del disturbo, risultano particolarmente difficili e che non migliorano l’apprendimento. Per esempio, non è utile far leggere a un alunno con Dislessia un lungo brano, in quanto l’esercizio, per via del disturbo, non migliora la sua prestazione nella lettura. Rientrano tra le misure dispensative altresì le interrogazioni programmate, l’uso del vocabolario, poter svolgere una prova su un contenuto comunque disciplinarmente significativo, ma ridotto o tempi più lunghi per le verifiche. L’adozione delle misure dispensative, dovrà essere sempre valutata sulla base dell’effettiva incidenza del disturbo sulle prestazioni richieste, in modo tale da non differenziare, in ordine agli obiettivi, il percorso di apprendimento dell’alunno o dello studente in questione».*

3.19 La dispensa dallo scritto di lingua straniera comporta poi un diploma diverso?

No, è ammessa la dispensa dalle prove scritte di lingua straniera – ricompresa esplicitamente tra le misure dispensative – senza che ne venga fatta menzione nel titolo di studio.

3.20 Qual’è la differenza tra dispensa e esonero dalla lingua straniera?

Quando si è dispensati dalla prova scritta di inglese, si dà luogo ad una prova alternativa – solitamente orale – tesa ad accertare la competenza del candidato in altra forma.

Per “esonero” si intende che il candidato non sostiene in alcun modo la prova in questione. A tal punto si rientra nell’ambito del Piano di studi “differenziato”, che non dà diritto al conseguimento del titolo di studio, ma a una mera attestazione di frequenza.

3.21 Chi decide se adottare la dispensa dallo scritto della lingua straniera?

È in ultima analisi il Consiglio di Classe che ne decide l'adozione, valutando le eventuali proposte di un docente di classe o della famiglia, su indicazione di un clinico.

3.22 Chi decide se adottare l'esonero dallo scritto della lingua straniera?

È in ultima analisi il Consiglio di Classe che ne decide l'adozione, valutando le eventuali proposte di un docente di classe o della famiglia, su indicazione di un clinico.

3.23 Da chi deve essere firmato il PDP?

Il Piano Didattico Personalizzato (PDP) deve essere firmato necessariamente dal Dirigente scolastico, responsabile legale della scuola. Dovrebbe inoltre essere firmato anche dagli insegnanti del team docenti o del consiglio di classe e dalla famiglia.

3.24 Cosa succede se i genitori si rifiutano di firmare il PDP?

Se la famiglia rifiuta di firmare il PDP del figlio la scuola può decidere di non adottare le misure dispensative e gli strumenti compensativi previsti dalla legge. L'eventuale non condivisione da parte dei genitori della stesura del PDP non esime i docenti dal farsi carico delle difficoltà dell'alunno e dall'attivare un percorso personalizzato non formalizzato, che rientra in una normale azione didattica e non richiede l'acquisizione di un'autorizzazione ufficiale da parte della famiglia.

3.25 Per quali studenti redigere un PDP?

Il PDP - nato per documentare i percorsi didattici individualizzati e personalizzati necessari per aiutare gli studenti con DSA - dopo la Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 può essere esteso anche agli allievi con altri bisogni educativi speciali.

3.26 È obbligatoria la stesura di un PDP per tutti gli alunni con BES?

No. In base al punto 1.3 della Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 viene affermata *«la necessità di estendere a tutti gli alunni con bisogni educativi speciali le misure previste dalla Legge 170 per alunni e studenti con disturbi specifici di apprendimento»*, ma non viene menzionata esplicitamente la redazione di un PDP. La circolare nr. 8 del 6 marzo 2013 cita testualmente che lo *«strumento privilegiato è il percorso individualizzato e personalizzato, redatto in un Piano Didattico Personalizzato (PDP), che ha lo scopo di definire, monitorare e documentare – secondo un’elaborazione collegiale, corresponsabile e partecipata - le strategie di intervento più idonee e i criteri di valutazione degli apprendimenti»*. Nella nota 2563 del 22 novembre 2013 (“Chiarimenti”) *«si ribadisce che, anche in presenza di richieste dei genitori accompagnate da diagnosi che non hanno dato diritto alla certificazione di disabilità e di DSA, il Consiglio di classe è autonomo nel decidere se formulare o non formulare un Piano Didattico Personalizzato, avendo cura di verbalizzare le motivazioni della decisione»*. Quindi l’obbligatorietà vale solo in caso di BES che rientrano nei DSA (L.170/2010) o nelle disabilità (L.104/92), mentre può essere deciso autonomamente dalla scuola nel caso di altri disturbi (per esempio gli altri disturbi evolutivi specifici non-DSA) o nel caso di svantaggio, sulla base di motivazioni psicopedagogiche e/o didattiche che devono essere esplicitate. In ogni caso, in presenza di difficoltà di apprendimento, la scuola deve farsi carico di personalizzare il percorso di studi indipendentemente dalla sua formalizzazione.

3.27 È obbligatoria la stesura di un PDP per un alunno con DSA?

Se si è in presenza di una certificazione è obbligatoria l’attuazione di un percorso didattico personalizzato. Secondo il DM n. 5669/11, *«La scuola garantisce ed esplicita, nei confronti di alunni e studenti con DSA, interventi didattici individualizzati e personalizzati, anche attraverso la redazione di un Piano didattico personalizzato»*.

Le norme pongono quindi l'accento sull'obbligatorietà degli interventi educativi a favore di alunni e studenti con DSA, senza vincolare alla redazione di un unico modello di documentazione, ma un documento di programmazione è di fatto obbligatorio. La mancata adozione del PDP o comunque di un percorso didattico documentato e formalizzato, ove si verificasse, sarebbe ipotesi di illegittimità assolutamente rilevante anche al fine di garantire il buon andamento e la trasparenza dell'attività della P.A.

3.28 La presenza del clinico durante la stesura del PDP di un alunno con DSA è obbligatoria?

No. La sua presenza può essere richiesta dalla famiglia, in tal caso la scuola potrà autorizzarne la partecipazione, oppure dalla scuola, previo consenso della famiglia. Il clinico in ogni caso, prima di intraprendere qualsiasi azione che riguardi l'alunno, deve rispettare tutti gli obblighi di legge e deontologici in tema di privacy, consenso informato, comunicazione di dati e risultati, ecc.

3.29 Il PDP va aggiornato? Ogni quanto tempo?

L'art.5 "*Misure educative e didattiche di supporto*" comma 3 della L.170/2010 chiarisce che tutti gli interventi didattici individualizzati e personalizzati devono essere non solo documentati, ma anche sottoposti periodicamente a monitoraggio per valutarne l'efficacia e verificare il raggiungimento degli obiettivi. È consigliabile, pertanto, che il PDP venga verificato dal team dei docenti o dal consiglio di classe due o più volte l'anno (per esempio, in sede di scrutini) e modificato ogni qualvolta sia segnalato un cambiamento nei bisogni e/o nelle difficoltà dell'alunno.

3.30 Quali sono i passi che la famiglia può compiere per verificare la conformità tra quanto scritto nel PDP e quanto è stato attuato in classe?

Secondo la L.241/90, cioè la legge sulla trasparenza, la famiglia può richiedere

copia e/o visione di tutti gli atti amministrativi scolastici. In questo modo è possibile visionare verifiche e compiti in classe: è sufficiente che la famiglia inoltri una motivata richiesta scritta e la scuola è obbligata a far vedere e/o a far avere le copie dei documenti richiesti, compresi i verbali di classe e interclasse, nelle parti in cui riguardano il figlio.

Le Linee guida per i DSA (allegate al D.M. 5669 del 12 luglio 2011) prevedono, inoltre, che la scuola curi di *«predisporre incontri con le famiglie coinvolte a cadenza mensile o bimestrale, a seconda delle opportunità e delle singole situazioni in esame, affinché l'operato dei docenti risulti conosciuto, condiviso e, ove necessario, coordinato con l'azione educativa della famiglia stessa»* (cap. 6, punto 5).

3.31 Se la scuola individua un alunno con BES e vuole predisporre un PDP deve necessariamente chiedere l'autorizzazione della famiglia e far firmare il PDP?

Non è prescritto che la scuola debba chiedere l'autorizzazione, ma, in un'ottica di collaborazione e di corresponsabilità, è opportuno condividere con la famiglia il percorso personalizzato programmato per il figlio.

3.32 Per applicare la normativa sui BES a un alunno in difficoltà deve esserci necessariamente la relazione di un clinico?

No, nella Direttiva sui BES (Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012) si fa presente che l'identificazione degli alunni con difficoltà non avviene esclusivamente sulla base dell'eventuale certificazione o diagnosi di un clinico. Per gli studenti della fascia dello svantaggio socioeconomico/sociale/culturale o altri alunni senza diagnosi, è il consiglio di classe (per la scuola secondaria) o il team docenti (per la scuola primaria) a decidere se intraprendere un percorso personalizzato e se formalizzarlo in un PDP.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

A.A.V.V. (1992). ICD-10, Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Milano, Masson.

A.A.V.V. (2014). DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Consensus Conference (2007), *Disturbi Evolutivi Specifici dell'Apprendimento – Raccomandazioni per la pratica clinica definite con il metodo della Consensus Conference*, Milano, 26 gennaio.

Istituto Superiore di Sanità (ISS), Sistema Nazionale Linee Guida (2011), *Consensus Conference Disturbi Specifici di Apprendimento*, http://snlg-iss.it/cc_disturbi_specifici_apprendimento.

Raccomandazioni cliniche sui DSA: risposte a quesiti 2011. Documento d'intesa elaborato da parte del PARCC DSA (2011) in risposta a quesiti sui disturbi evolutivi specifici dell'apprendimento: http://www.istruzione.it/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/0473a5e0-c37c-44d0-95f4-38ec2400c2cf/raccomandazionidsa_revis2011.pdf

RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge n.170, 8 ottobre 2010 “Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico”.

Decreto Ministeriale n. 5669 del 12/07/2011 sui DSA con allegate “Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici dell’apprendimento”.

Accordo Stato-Regioni 25 luglio 2012 su “Indicazioni per la diagnosi e la certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA)”.

D.M. del 27 Dicembre 2012 “Strumenti di intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l’inclusione scolastica”.

Circolare Ministeriale n.8 del 06/03/2013 con le Indicazioni Operative della Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 “Strumenti d’intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l’inclusione scolastica”.

Decreto Interministeriale Profumo Balduzzi del 17 Aprile 2013 (prot. 0000297) per l’emanazione delle Linee guida per la predisposizione di protocolli regionali per le attività di individuazione precoce dei casi sospetti di DSA.

Nota 2563 del 22 novembre 2013 “Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali. A.S. 2013/2014. Chiarimenti”.

Accordo Stato-Regioni 24 gennaio 2014 su Linee guida per la predisposizione

dei protocolli regionali per le attività di individuazione precoce dei casi sospetti di DSA in ambito scolastico.

Nota 4233 del 19 febbraio 2014 “Trasmissione delle linee guida per l’integrazione degli alunni stranieri”.

L’integrazione scolastica degli alunni con disabilità, a.s.2014/2015, “Fonte: MIUR - Ufficio di Statistica”; “Fonte: elaborazione su dati MIUR - Ufficio di Statistica” (2015).

C OMPONENTI GRUPPO DI LAVORO NAZIONALE



Lauro Mengheri, psicologo e psicoterapeuta. Perfezionato in DSA. Svolge la propria attività come libero professionista. Responsabile di Struttura Sanitaria Accreditata dalla Regione Toscana per le discipline di Psicologia e Neuropsichiatria infantile. Autore di oltre 80 pubblicazioni scientifiche aventi carattere di ricerca. Coordina per il CNOP il Gruppo di Lavoro sui BES. Dal 2014 è Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Toscana.



Christina Bachmann, psicologa e psicoterapeuta, specializzata in Psicologia Clinica all'Università di Siena, perfezionata in Metodologia e analisi dei dati all'Università di Firenze, master in Psicopatologia dell'apprendimento all'Università di Padova. Lavora presso il Centro Risorse, Clinica Formazione e Intervento in Psicologia, di Prato, di cui è responsabile. Coordinatrice della Sezione Airipa Toscana. Attualmente è Vicepresidente dell'Ordine degli Psicologi della Toscana.



Silvia Baldi, psicologa dello sviluppo, psicoterapeuta. Svolge attività clinica, con particolare riferimento alla diagnosi e all'intervento dei disturbi specifici dell'apprendimento. Membro del Consiglio Didattico Scientifico del Master "Disturbi dell'Apprendimento e dello sviluppo cognitivo" Università "Sapienza" di Roma. Coordinatrice della Sezione Airipa Lazio.



Michele Borghetto, psicologo e psicoterapeuta. Perfezionato in DSA e nell'approccio cognitivo comportamentale ai disturbi dell'età evolutiva. Svolge attività dipendente presso l'I.R.C.C.S. E. Medea, Associazione "La Nostra Famiglia", Conegliano (TV) e attività di libera professione. È docente di psicologia generale presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Padova e formatore per l'Istituto di Gestalt "H.C.C. Italy". È membro del consiglio direttivo della S.I.Di.N. (Società Italiana per i Disturbi del Neurosviluppo).



Rita Chianese, psicologo, psicoterapeuta. Perfezionata in DSA e ADHD. Vicepresidente Consorzio Sol. Egadi. Presidente Associazione ONLUS Il Germoglio, la quale dal 2004 si occupa di servizi di psicologia scolastica. Si occupa di formazione e consulenza in ambito scolastico e professionale su temi riguardanti le difficoltà di apprendimento, l'ADHD e i disturbi emotivi. Dal 2010 Consigliere dell'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia e dal 2014 ricopre inoltre il ruolo di Tesoriere.



Raffaele Ciambrone, dirigente della Direzione generale per lo studente, l'integrazione e la partecipazione del MIUR. È responsabile dell'ufficio centrale del Ministero che si occupa di integrazione scolastica. È stato coordinatore del Comitato tecnico scientifico sui DSA - istituito ai sensi della Legge 170/2010; ha inoltre elaborato e seguito in sede tecnica l'Accordo in Conferenza Stato-Regioni sulle diagnosi e le certificazioni di DSA. È componente del Board della *European Agency for Special Needs and Inclusive Education*. Autore di numerose pubblicazioni sui bisogni educativi speciali e sulla didattica inclusiva.



Emanuele Legge, psicologo, psicoterapeuta. Dirigente Psicologo ASL1 Regione Abruzzo presso il Distretto Sanitario di Base – Area L’Aquila – Ambulatorio di Psicologia Consultoriale. Svolge attività di psicodiagnostica clinica, abilitazione–riabilitazione, counselling e psicoterapia a favore di minori e loro famiglie. Professore a contratto di Psicologia Generale e Psicologia dello Sviluppo - Dipartimento MeSVA dell’Università degli Studi di L’Aquila. Tra le pubblicazioni, recentemente autore di un contributo dal titolo *“La valutazione dei Disturbi Specifici d’Apprendimento (DSA): quali strumenti?”*, in *I Disturbi Specifici di Apprendimento a scuola. La formazione degli insegnanti*, Anicia, 2014.



Sara Piazza, psicologa e psicoterapeuta. Svolge la propria attività come libero professionista, precedentemente ha lavorato per 6 anni come consulente per «Istituto Arcivescovile per Sordi» occupandosi di bambini con disturbi dell’apprendimento e del linguaggio e successivamente per 7 anni come dirigente psicologa a tempo indeterminato in Unità Operativa di Psicologia dell’ Azienda sanitaria provinciale di Trento. Si occupa di minori e delle loro famiglie anche nell’ambito dei BES. Dal 2014 è Presidente dell’Ordine degli Psicologi della Provincia di Trento.



Viviana Rossi, già insegnante, ha svolto in seguito il ruolo di Dirigente scolastico in provincia di Torino. Docente a contratto da tre anni nel Master del COREP di TO “Disturbi dello Sviluppo e difficoltà di apprendimento”. Giornalista pubblicista, collabora da anni con giornali e riviste specializzate sulla scuola e con molte case editrici. Ha fatto parte del Comitato scuola e del Consiglio direttivo AID.

RINGRAZIAMENTI

*Si ringraziano sentitamente
il Prof. Cesare Cornoldi, il Prof. Santo Di Nuovo,
la Prof.ssa Daniela Lucangeli, il Prof. Giacomo Stella,
il Prof. Cristiano Termine,
per il contributo di referaggio fornito.*

