DISTURBI SPECIFICI DELL’APPRENDIMENTO (DSA) MINORI E ADULTI, 21 GIUGNO 2023 ASUFC

Dott.ssa Maria Grazia Lamparelli

psicologa psicoterapeuta

I riferimenti per i clinici

- Consensus Conference. DSA. Raccomandazioni per la pratica clinica (2007)
- Legge 170/2010 «Nuove norme in materia di DSA in ambito scolastico»
- D.M.5669/11 con allegate Linee Guida per il diritto allo studio degli studenti con DSA
- Accordo Stato-Regioni, luglio 2012
- PARCC – Panel di aggiornamento e Revisione della CC del 2007, Risposte a quesiti-Documento d'intesa, 2011
- Consensus Conference. Disturbi specifici di apprendimento, ISS 2011
- Linea Guida per la gestione dei DSA (LG DSA 2018). Aggiornamento ed integrazioni. Approvato dal SNLG-ISS a gennaio 2022
- Buone pratiche clinico-assistenziali (BPCA) nella gestione dei DSA - Documento di consenso, 2023
- Da integrare con quanto previsto da DSM-5, ICD 10 o ICD 11

Ulteriore normativa

Circolari ministeriali sui BES

•**Direttiva ministeriale** del 27 dicembre 12

(equiparazione misure L 170 a tutti gli alunni con BES, PdP per tutti)

•**Circolare Ministeriale** n.8 del 6 marzo 2013

(specifiche sul PdP, richiamo all'applicazione delle misure per i DSA nelle more del ricevimento della certificazione, verbalizzazione dei motivi di stesura del PdP)

•**Nota ministeriale** n.2563 del 22 novembre 2013

(distinzione tra diagnosi e certificazione, tra difficoltà di apprendimento ordinarie, gravi e disturbi di apprendimento, scelta del consiglio di classe di NON predisporre un PdP anche in presenza di diagnosi, con cura di verbalizzazione delle motivazioni)

. **Nota MIUR n. 562 del 3 aprile 2019**, "*Alunni con bisogni educativi speciali. Chiarimenti*"

(allievi gifted)

I riferimenti normativi per la diagnosi/certificazione

L.170/10 art.3 c.1

Diagnosi

1. La diagnosi dei DSA e' effettuata nell'ambito dei trattamenti specialistici gia' assicurati dal Servizio sanitario nazionale a legislazione vigente ed e' comunicata dalla famiglia alla scuola di appartenenza dello studente. Le regioni nel cui territorio non sia possibile effettuare la diagnosi nell'ambito dei trattamenti specialistici erogati dal Servizio sanitario nazionale possono prevedere, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, che la medesima diagnosi sia effettuata da specialisti o strutture accreditate.

Accordo Stato Regioni e P.A. su «Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei DSA» – rep.atti 140 del 25.7.12

ARTICOLO 1 ATTIVAZIONE PERCORSO DIAGNOSTICO

1. Raccomandazione che la diagnosi sia tempestiva e che **il percorso diagnostico debba essere attivato solo dopo la messa in atto da parte della scuola degli interventi educativo-didattici previsti (art.3 comma 2 L170/10), e in esito alle procedure di riconoscimento precoce (art.3 c.3)**

2. Impegno ad adottare le misure organizzative che consentono di attivare tempestivamente la consultazione per DSA

3. Individuazione dei soggetti che effettuano il percorso diagnostico e il rilascio delle CERTIFICAZIONI (servizi pubblici e accreditati - es.Ns Famiglia). La diagnosi deve essere prodotta in tempo utile, di norma non oltre il 31.3 per gli alunni che sono a fine ciclo scolastico (esami). Fa eccezione la prima certificazione diagnostica

4. Nel caso in cui il tempo per completare l'iter diagnostico presso i servizi pubblici o privati accreditati superi i 6 mesi (o le strutture non siano in grado di garantire il rilascio delle certificazioni in tempi utili per l'attivazione delle misure didattiche) CON RIFERIMENTO AGLI ALUNNI DEL PRIMO CICLO DI ISTRUZIONE (primaria e secondaria di I grado) le Regioni possono prevedere percorsi per l'accreditamento di ulteriori soggetti privati.

Accordo Stato Regioni e P.A. su «Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei DSA» – rep.atti 140 del 25.7.12

ARTICOLO 2 CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DEI SOGG.ACCREDITATI

1.Requisiti:

- Documentata esperienza nell'attività diagnostica dei DSA
- Disponibilità di un'equipe multidisciplinare (neuropsichiatri infantili, psicologi, logopedisti, altri professionisti)
- Dichiarazione di impegno a rispettare Le Raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA e aggiornamenti, nonché i risultati della Consensus Conference ISS in merito alle procedure diagnostiche, alla formulazione della diagnosi, alla multidisciplinarietà.

2. Le regioni decidono le modalità di verifica nel tempo del mantenimento dei requisiti

3. Nelle more del completamento delle procedure di accreditamento di ulteriori soggetti privati, le Regioni individuano misure transitorie per ovviare ad eventuali carenze o ritardi da parte dei servizi pubblici o accreditati dal SSN

Accordo Stato Regioni e P.A. su «Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei DSA» – rep.atti 140 del 25.7.12

ARTICOLO 3 ELEMENTI DELLA CERTIFICAZIONE DI DSA

1. La certificazione deve evidenziare che **il percorso diagnostico è stato effettuato secondo quanto previsto dalla C.C**., e deve essere ARTICOLATA e FORMALMENTE CHIARA

E' necessario il **riferimento ai codici nosografici**, e alla **dicitura esplicita** del DSA in oggetto

2. 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. Deve inoltre **contenere un profilo di funzionamento** espresso in termini comprensibili e facilmente traducibili in indicazioni operative per la prassi didattica.

3. Il profilo di funzionamento **è di norma aggiornato**:

- Al passaggio da un ciclo scolastico all'altro e comunque non prima di 3 anni dal precedente

- Ogni qualvolta sia necessario modificare l'applicazione degli strumenti didattici e valutativi, su segnalazione della scuola alla famiglia o su iniziativa della famiglia

4. [rif.al modello di certificazione allegato]

5. La certificazione – su richiesta della famiglia – è trasmessa, ove possibile, per via telematica alla scuola, nel rispetto della normativa sulla privacy.

Accordo Stato Regioni e P.A. su «Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei DSA» – rep.atti 140 del 25.7.12

1. CARTA INTESTATA[1]

MODELLO di Certificazione per
DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA)*
ai fini dell'applicazione delle misure previste dalla legge 8 ottobre 2010, n. 170

NOME E COGNOME DELLO STUDENTE _____

NATO A _____ IL_____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

RECAPITO TELEFONICO _____

FREQUENTANTE LA CLASSE _____

DELLA SCUOLA _____

DIAGNOSI E RELATIVI CODICI ICD 10
(specificare eventuali comorbilità e il livello di gravità di ogni disturbo)

PROFILO DI FUNZIONAMENTO

Competenze cognitive

Competenze linguistiche e metafonologiche

Competenze visuo-spaziali

Competenze motorio-prassiche

Competenze attentive

Competenze mnestiche

Abilità scolastiche: lettura, scrittura (ortografia, espressione scritta, grafia), comprensione del testo, calcolo,metodo di studio

Situazione affettivo-relazionale (autostima, motivazione, competenze relazionali con i pari e gli adulti)

PROPOSTE E SUGGERIMENTI PER L'INTERVENTO

STRUMENTI COMPENSATIVI E MISURE DISPENSATIVE SUGGERITI(1)

Verifica della situazione fra:_____

REFERENTE DEL CASO _____

Recapito _____ TEL. _____

FIRMA

…e in Friuli Venezia Giulia?

LEGGE·REGIONALE·N.·(165)

approvata·dal·Consiglio·regionale

nella·seduta·pomeridiana·del·26·maggio·2022

Capo·X

Disposizioni·in·materia·di·salute·e·politiche·sociali

Art.·125 - *(Diagnosi·dei·DSA)*

Art.·126 - *(Soluzioni·urgenti·per·fronteggiare·la·carenza·di·medici·in·regime·di·convenzione)*

Art.·127 - *(Semplificazione· del· procedi*
Pozzuolo·n.·330·di·Udine,·sed

Art.·128 - *(Disposizioni·urgenti·in·mater*

Art.·129 - *(Gestione·sanitaria·accentrat*

Art.·130 - *(Modifica·all'articolo·33·della*

Art.·131 - *(Sostituzione·dell'articolo·34·*

Capo·X

Disposizioni·in·materia·di·salute·e·politiche·sociali

Art.·125

(Diagnosi·dei·DSA)

1. Le· aziende· del· Servizio· sanitario· regionale· effettuano· le· diagnosi· e· certificazioni· relative·ai·disturbi·specifici·dell'apprendimento·(DSA)·di·cui·all'articolo·3·della·legge·8·ottobre·2010,· n.·170·(Nuove·norme·in·materia·di·disturbi·specifici·di·apprendimento·in·ambito·scolastico),·entro·e· non·oltre·centottanta·giorni.

2. Qualora·non·venga·rispettato·il·termine·di·cui·al·comma·1,·in·base·al·monitoraggio· periodico· del· rispetto· dei· tempi· di· attesa,· la· Regione,· per· il· tramite· della· Direzione· competente,· adotta·le·misure·previste·dall'articolo·3,·comma·1,·secondo·periodo,·della·legge·170/2010.

I manuali diagnostici di riferimento

DSM-5

ICD 10>>>ICD 11 (da quando?)

DSM-5: disturbo specifico dell’apprendimento criteri

- **Criterio A** Difficoltà di apprendimento e nell’uso di abilità scolastiche, come indicato dalla presenza di almeno uno dei seguenti sintomi che sono **persistenti** per almeno 6 mesi, nonostante la messa a disposizione di interventi mirati su tali difficoltà:
- Lettura delle parole imprecisa o lenta e faticosa (p.e. legge singole parole ad alta voce in modo errato o lentamente e con esitazione, spesso tira a indovinare le parole, pronuncia con difficoltà le parole)
- Difficoltà nella comprensione del significato di ciò che viene letto (p.e.può leggere testi in maniera adeguata ma non comprende le sequenze, le relazioni, le inferenze o i significati più profondi di ciò che viene letto)
- Difficoltà nello spelling (p.e. può aggiungere, omettere o sostituire vocali e consonanti)
- Difficoltà con l'espressione scritta (p.e. fa molteplici errori grammaticali o di punteggiatura all'interno delle frasi; usa una scarsa organizzazione dei paragrafi; l'espressione scritta delle idee manca di chiarezza)
- Difficoltà nel padroneggiare il concetto di numero, i dati numerici o il calcolo (p.e. Ha una scarsa comprensione dei numeri, della loro dimensione e delle relazioni; conta sulle dita per aggiungere numeri ha una singola cifra, piuttosto che ricordare i fatti matematici come fanno i coetanei; Si perde all'interno di calcoli aritmetici e può cambiare procedure)
- Difficoltà nel ragionamento matematico (p.e. A gravi difficoltà ad applicare concetti matematici, dati o procedure per risolvere problemi quantitativi)

DSM-5-TR: disturbo specifico dell’apprendimento

criteri

- **Criterio B** Le abilità scolastiche colpite sono **notevolmente e in misura quantificabile al di sotto di quelle attese per l’età cronologica dell’individuo**, e **causano significativa interferenza con il rendimento scolastico o lavorativo, o con le attività della vita quotidiana**, come confermato da misurazioni standardizzate somministrate individualmente dei risultati raggiunti e da valutazioni cliniche complete. Per gli individui di 17 anni e oltre di età, un’anamnesi documentata delle difficoltà di apprendimento invalidanti può sostituire l’inquadramento clinico standardizzato
- **Criterio C** Le difficoltà di apprendimento iniziano durante gli anni scolastici, ma **possono non manifestarsi pienamente fino a che la richiesta rispetto a queste capacità scolastiche colpite supera le limitate capacità dell’individuo** (es prove a tempo, lettura o scrittura di documenti complessi e lunghi in breve tempo, con carichi scolastici eccessivamente pesanti)
- **Criterio D** Le difficoltà di apprendimento **non sono meglio giustificate da disabilità intellettive**, acuità visiva o uditiva alterata, altri disturbi mentali o neurologici, avversità psicosociali, mancata conoscenza della lingua dell’istruzione scolastica, o istruzione scolastica inadeguata

Specificatori della compromissione e della gravità

Nota di codifica: specificare tutti gli ambiti scolastici e le capacità che sono compromessi. Quando è compromesso più di un ambito, ciascuno di essi deve essere codificato singolarmente secondo i seguenti specificatori

315.00 con compromissione della lettura (accuratezza nella lettura delle parole, velocità o fluenza della lettura, comprensione del testo)

315.2 con compromissione dell'espressione scritta (accuratezza nello spelling, nella grammatica e nella punteggiatura, chiarezza e organizzazione dell'espressione scritta)

315.1 con compromissione del calcolo (concetto di numero, memorizzazione di fatti aritmetici, calcolo accurato o fluente, ragionamento matematico corretto)

Gravità: lieve, moderata, grave

Una sola etichetta, una o più compromissioni (non più descrizione di disturbi discreti, ognuno con specifici criteri diagnostici ma espressioni differenti di una comune condizione di deviazione del neurosviluppo e assume la prospettiva del continuum tra profili di funzionamento adeguato e profili disfunzionali-passaggio progressivo dal categoriale a dimensionale)

DSM-5-TR: disturbo specifico dell’apprendimento commenti

Nota del DSM 5 –TR I quattro criteri devono essere soddisfatti sulla base di una sintesi della storia dell’individuo (storia dello sviluppo, medica, familiare ed educativa), delle pagelle scolastiche e della valutazione psicoeducativa.

Il DSM-5 dà risalto agli indicatori comportamentali del disturbo ricavabili dal colloquio clinico, oltre che dai test standardizzati, dalle pagelle scolastiche, dalle relazioni degli insegnanti.

Sottolinea che vanno valutati indicatori comportamentali come l’aumento dello sforzo per raggiungere buoni risultati scolastici (incongruo con i risultati), o per gli adulti, l’evitamento di attività che richiedono l’impiego di abilità scolastiche.

Sottolinea inoltre che le misure psicometriche, soprattutto in età adolescenziale e adulta (dai 17 anni) potrebbero da sole non essere sufficienti ad evidenziare il disturbo, soprattutto quando il soggetto ha raggiunto un sufficiente compenso delle sue difficoltà. Oltre i 17 anni un’anamnesi documentata di difficoltà di apprendimento potrebbe addirittura sostituire l’inquadramento clinico standardizzato

Elementi chiave per porre diagnosi: INSUCCESSO ACCADEMICO E OCCUPAZIONALE, INTERFERENZA DEL DISTURBO CON LE ATTIVITA’ QUOTIDIANE, e rendimento al di sotto della media (di almeno 1,5 d.s., p.st. uguale o minore a 78, percentile al di sotto del 7°), in uno o più subtest all’interno di un dominio accademico (pag.94 DSM 5-TR)

DSM V-TR pag.94

Per una maggiore certezza diagnostica sono necessari bassi punteggi di rendimento in uno o più test o subtest nel campo delle prove scolastiche (cioè almeno una deviazione standard [DS] di 1,5 sotto la media della popolazione per età, che si traduce in un punteggio standard di 78 o meno, che è al di sotto del settimo percentile). Tuttavia, i

Altre informazioni di rilievo (DSM-5)

- Abolito il criterio della discrepanza tra abilità nel dominio specifico interessato (lettura, scrittura e calcolo) e l'intelligenza generale.
- Rimane tuttavia l'idea della specificità del disturbo rispetto alle prestazioni generali e considera criterio di esclusione un QI inferiore alla norma (QI 70 con margine di errore di misurazione +/-5 punti)
- Ricorda che il DSA in individui con dotazione intellettiva superiore possono compensare maggiormente e avere un funzionamento più adeguato per un periodo più lungo.
- Si pone in una prospettiva «Life-Span», descrivendo le diverse manifestazioni del disturbo durante il corso della vita (dagli indicatori di rischio fino all'età adulta)

ICD 11

6A03 Disturbo evolutivo dell'apprendimento

URI della Fondazione : http://id.who.int/icd/entity/2099676649

Codice : 6A03 ✓ Seleziona

Descrizione

Il disturbo dello sviluppo dell'apprendimento è caratterizzato da difficoltà significative e persistenti nell'apprendimento delle abilità scolastiche, che possono includere la lettura, la scrittura o l'aritmetica. Il rendimento dell'individuo nelle abilità scolastiche interessate è nettamente inferiore a quanto ci si aspetterebbe per l'età cronologica e il livello generale di funzionamento intellettivo, e si traduce in una compromissione significativa del funzionamento scolastico o lavorativo dell'individuo. Il disturbo dello sviluppo dell'apprendimento si manifesta per la prima volta quando le abilità accademiche vengono insegnate durante i primi anni di scuola. Il disturbo evolutivo dell'apprendimento non è dovuto a un disturbo dello sviluppo intellettuale, compromissione sensoriale (vista o udito), disturbo neurologico o motorio, mancanza di disponibilità di istruzione, mancanza di competenza nella lingua dell'istruzione accademica o avversità psicosociali.

Esclusioni

Disfunzioni simboliche (MB4B)

Esclusioni dai livelli superiori Mostra tutto [2] ▾

ICD 11

Requisiti diagnostici

Caratteristiche essenziali (richieste):

- La presenza di limitazioni significative nell'apprendimento delle abilità scolastiche di lettura, scrittura o aritmetica, risultando in un livello di abilità nettamente inferiore a quello che ci si aspetterebbe per l'età. Le limitazioni nell'apprendimento sono evidenti nonostante un'adeguata istruzione accademica nelle aree pertinenti. Le limitazioni possono essere ristrette a un singolo componente di un'abilità (per es., l'incapacità di padroneggiare la matematica di base, o di decodificare singole parole in modo accurato e scorrevole) o interessare tutta la lettura, la scrittura e l'aritmetica. Idealmente, le limitazioni vengono misurate utilizzando test adeguatamente normati e standardizzati.
- L'esordio delle limitazioni si verifica tipicamente durante i primi anni scolastici, ma in alcuni individui può non essere identificato fino a tardi nella vita, compresa l'età adulta, quando le richieste di prestazioni legate all'apprendimento superano le capacità limitate.
- Le limitazioni non sono imputabili a fattori esterni, come svantaggi economici o ambientali, o mancanza di accesso alle opportunità educative.
- Le difficoltà di apprendimento non sono meglio giustificate da un Disturbo dello Sviluppo Intellettuale o da un altro Disturbo del Neurosviluppo o da un'altra condizione come un disturbo motorio o un disturbo sensoriale della vista o dell'udito.
- Le difficoltà di apprendimento comportano una compromissione significativa del funzionamento scolastico, lavorativo o di altre aree importanti dell'individuo. Se il funzionamento viene mantenuto, è solo attraverso un significativo sforzo aggiuntivo.

IDC 11

Caratteristiche cliniche aggiuntive:

- Gli individui con Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento tipicamente mostrano menomazioni in vari processi psicologici sottostanti che possono includere l'elaborazione fonologica, l'elaborazione ortografica, la memoria (inclusa la memoria di lavoro), le funzioni esecutive (incluso il controllo inibitorio, il cambio di set, la pianificazione), l'apprendimento e l'automazione dei simboli (p. es., visiva, alfanumerica), integrazione percettivo-motoria e velocità di elaborazione delle informazioni. Si presume che i deficit in questi processi psicologici siano alla base della capacità di un bambino di apprendere abilità scolastiche. Tuttavia, la precisa relazione tra processi psicologici e risultati relativi alla capacità di apprendimento non è ancora sufficientemente compresa per consentire una classificazione accurata e clinicamente utile basata su questi processi sottostanti.
- Il Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento si manifesta comunemente con altri Disturbi del Neurosviluppo, come il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, il Disturbo Evolutivo della Coordinazione Motoria, il Disturbo Evolutivo del Linguaggio e il Disturbo dello Spettro Autistico.
- Molti individui con Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento hanno marcate difficoltà nell'autoregolare l'attenzione che non sono sufficientemente gravi da giustificare una diagnosi separata. Le difficoltà persistenti con l'attenzione autoregolata possono avere effetti deleteri sui risultati scolastici e possono impedire la risposta all'intervento o ai supporti.
- Alcuni individui con Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento possono essere in grado di sostenere livelli apparentemente adeguati di competenze scolastiche chiave utilizzando strategie compensative o dedicando livelli straordinariamente elevati di impegno o tempo, o fornendo livelli di supporto insolitamente elevati. Tuttavia, poiché le richieste di efficienza nelle competenze accademiche chiave aumentano e superano le capacità (ad esempio, in test a tempo, lettura o scrittura di lunghi rapporti dettagliati per una scadenza ravvicinata, corsi accademici più pesanti come nelle scuole superiori, nell'istruzione post-secondaria o nella formazione professionale), il le difficoltà di apprendimento sottostanti tendono a diventare più pienamente evidenti.
- Idealmente, la determinazione della presenza del Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento include la valutazione del rendimento scolastico utilizzando strumenti standardizzati e opportunamente normati. Tuttavia, il punteggio di un bambino in un singolo test che misura una particolare abilità scolastica non è sufficiente per distinguere il disturbo dalla normalità. I punteggi dei risultati possono variare a causa delle proprietà tecniche del test specifico utilizzato, delle condizioni del test e di una varietà di altre variabili e possono anche variare sostanzialmente durante lo sviluppo e il corso della vita dell'individuo. Pertanto, la diagnosi di Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento dovrebbe anche considerare varie fonti di prova riguardanti la capacità di apprendimento del bambino al di fuori della situazione di test formale.

Confine con normalità (soglia):

- L'età di acquisizione delle abilità accademiche varia e l'acquisizione successiva di una particolare abilità accademica rispetto ai coetanei non indica necessariamente la presenza di un disturbo. Il Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento si distingue per la persistente difficoltà nell'apprendere le particolari abilità scolastiche nel tempo nonostante adeguate opportunità educative, e per la gravità della menomazione causata dalla difficoltà di apprendimento.

OBATTENZIONE

O STRAZ. SCRITTO

PERSISTENZA

ICD 11

Caratteristiche del corso:

- I deficit nella lettura, nella matematica e nell'espressione scritta identificati durante l'infanzia in genere persistono nell'adolescenza e nell'età adulta. Questi deficit possono avere un impatto negativo sul rendimento scolastico di un bambino, aumentare la probabilità di abbandono scolastico e contribuire alla disoccupazione (o sottoccupazione), in particolare se non trattata, in età adulta. Insieme all'abbandono scolastico, significativi sintomi depressivi concomitanti aumentano il rischio di scarsi esiti di salute mentale, compreso il suicidio.
- Le menomazioni specifiche associate al Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento variano con lo stadio di sviluppo e le capacità di apprendimento, la gravità dei deficit, la complessità dei compiti, la presenza di Disturbi Mentali, Comportamentali o del Neurosviluppo concomitanti e la disponibilità di supporti.
- Il Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento è anche associato ad un aumentato rischio di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio nel corso della vita.

Presentazioni sullo sviluppo:

- Il Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento è più spesso diagnosticato durante gli anni della scuola elementare perché le difficoltà nella lettura, matematica e/o scrittura diventano tipicamente evidenti solo quando questi argomenti vengono insegnati formalmente. Alcuni individui, tuttavia, potrebbero non essere diagnosticati fino a uno stadio più avanzato dello sviluppo, inclusa l'età adulta. Le menomazioni pre-morbose, come nel linguaggio, nel conteggio o nella rima, o nel controllo motorio fine tendono ad essere evidenti nella prima infanzia prima della diagnosi di Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento.
- Si stima che la prevalenza del Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento in tutte le aree di compromissione (cioè lettura, espressione scritta e matematica) colpisca tra il 5 e il 15% dei bambini in età scolare. La prevalenza tra gli adulti non è nota, ma stimata intorno al 4%. La prevalenza del Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento per specifiche aree scolastiche tra i bambini in età scolare è variabile (la lettura è stimata al 5 – 17%; matematica: 6 – 7%; espressione scritta: 7 – 15%).
- I bambini con Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento presentano spesso sintomi concomitanti di Disturbi Depressivi, Ansia o Disturbi Correlati alla Paura e Disturbi Comportamentali Esternalizzati, che possono rendere più difficile la valutazione dei loro disturbi dell'apprendimento.
- I bambini con Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento con menomazione in un'area accademica hanno maggiori probabilità di avere menomazioni concomitanti in altre aree

ICD 11

Caratteristiche legate al sesso e/o al genere:

- Il disturbo dello sviluppo dell'apprendimento è più comune tra i ragazzi. I ragazzi possono avere maggiori probabilità di essere indirizzati clinicamente a causa della maggiore prevalenza di disturbo da deficit di attenzione e iperattività concomitante o comportamenti problematici di esternalizzazione.
- Tra i campioni della comunità, il rapporto di genere tra maschi e femmine varia da 1,5:1 a 3:1. Questo rapporto appare maggiore nei campioni clinici (stimato a 6:1).

Confini con altri disturbi e condizioni (diagnosi differenziale):

- ***Confine con disturbi dello sviluppo intellettivo:*** gli individui con disturbi dello sviluppo intellettivo spesso presentano limitazioni nel rendimento scolastico a causa di significativi deficit generalizzati nel funzionamento intellettivo. È quindi difficile stabilire la co-occorrenza di un Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento in soggetti con Disturbo dello Sviluppo Intellettuale. Il Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento dovrebbe essere diagnosticato solo in presenza di un Disturbo dello Sviluppo Intellettuale quando le limitazioni nell'apprendimento sono significativamente superiori a quelle normalmente previste per il livello di funzionamento intellettivo dell'individuo.
- ***Confine con il Disturbo Evolutivo del Linguaggio:*** Deficit persistenti nell'acquisizione, comprensione, produzione o uso del linguaggio nel Disturbo Evolutivo del Linguaggio possono portare a difficoltà di apprendimento accademico, specialmente nell'alfabetizzazione, inclusa la lettura delle parole e la produzione scritta. Se sono soddisfatti tutti i requisiti diagnostici sia per il Disturbo Evolutivo del Linguaggio che per Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento, possono essere assegnate entrambe le diagnosi.
- ***Limite con Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività:*** molti individui con Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento hanno marcate difficoltà nell'autoregolazione dell'attenzione. Tuttavia, a differenza del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, i limiti nell'acquisizione delle abilità scolastiche nel Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento non sono solo una funzione della capacità di un bambino di sostenere l'attenzione sui compiti scolastici o di modulare adeguatamente il proprio livello di attività. La co-occorrenza del Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento e del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività è comune ed entrambi i disturbi possono essere diagnosticati se i requisiti diagnostici sono soddisfatti.
- ***Confine con menomazioni sensoriali:*** il Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento deve essere differenziato dalle difficoltà di apprendimento che sorgono a causa di menomazioni sensoriali della vista o dell'udito. Tuttavia, le persone con problemi di vista e udito per i quali sono state fatte adeguate sistemazioni possono anche avere un Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento concomitante.
- ***Confine con le malattie neurodegenerative:*** il Disturbo Evolutivo dell'Apprendimento si distingue dalle difficoltà di apprendimento che si manifestano dopo il periodo dello sviluppo a causa di malattie neurodegenerative o di lesioni (es. lesioni cerebrali traumatiche) per il fatto che in queste ultime condizioni vi è una perdita di abilità scolastiche precedentemente acquisite e precedente capacità di apprendere nuov abilità.

ICD 11

6A03.0 Disturbo evolutivo **dell'apprendimento** con compromissione della lettura

Termini corrispondenti

Disturbo evolutivo **dell'apprendimento** con compromissione della lettura
Disturbo specifico **dell'apprendimento** con compromissione della lettura

Descrizione

Il disturbo dello sviluppo dell'apprendimento con compromissione della lettura è caratterizzato da difficoltà significative e persistenti nell'apprendimento delle abilità accademiche legate alla lettura, come l'accuratezza della lettura delle parole, la fluidità della lettura e la comprensione della lettura. La prestazione dell'individuo nella lettura è nettamente inferiore a quanto ci si aspetterebbe per l'età cronologica e il livello di funzionamento intellettivo e si traduce in una compromissione significativa del funzionamento scolastico o lavorativo dell'individuo. Il disturbo evolutivo dell'apprendimento con compromissione della lettura non è dovuto a un disturbo dello sviluppo intellettuale, menomazione sensoriale (vista o udito), disturbo neurologico, mancanza di disponibilità di istruzione, mancanza di padronanza della lingua dell'istruzione accademica o avversità psicosociali.

Esclusioni

(6A00)

Vedere nella gerarchia

ICD 11

6A03.1 Disturbo evolutivo **dell'apprendimento** con compromissione dell'espressione scritta

Termini corrispondenti

Disturbo evolutivo **dell'apprendimento** con compromissione dell'espressione scritta

Disturbo specifico **dell'apprendimento** con compromissione dell'espressione scritta

Descrizione

Il disturbo dello sviluppo dell'apprendimento con compromissione dell'espressione scritta è caratterizzato da difficoltà significative e persistenti nell'apprendimento delle abilità scolastiche relative alla scrittura, come l'accuratezza dell'ortografia, della grammatica e della punteggiatura, e l'organizzazione e la coerenza delle idee nella scrittura. La prestazione dell'individuo nell'espressione scritta è nettamente inferiore a quanto ci si aspetterebbe per l'età cronologica e il livello di funzionamento intellettivo e si traduce in una compromissione significativa del funzionamento scolastico o lavorativo dell'individuo. Il disturbo dello sviluppo dell'apprendimento con compromissione dell'espressione scritta non è dovuto a un disturbo dello sviluppo intellettivo, a una compromissione sensoriale (vista o udito), a un disturbo neurologico o motorio, alla mancanza di disponibilità di istruzione, alla mancanza di padronanza della lingua di istruzione accademica o psicosociale avversità.

Esclusioni

Disturbi dello sviluppo intellettivo (6A00)

Vedere nella gerarchia

ICD 11

6A03.2 Disturbo evolutivo **dell'apprendimento** con compromissione della matematica

Termini corrispondenti

Disturbo evolutivo **dell'apprendimento** con compromissione della matematica
Disturbo specifico **dell'apprendimento** con compromissione in matematica

Descrizione

Il disturbo dello sviluppo dell'apprendimento con compromissione della matematica è caratterizzato da difficoltà significative e persistenti nell'apprendimento di abilità scolastiche relative alla matematica o all'aritmetica, come il senso del numero, la memorizzazione di fatti numerici, il calcolo accurato, il calcolo fluente e il ragionamento matematico accurato. Le prestazioni dell'individuo in matematica o aritmetica sono nettamente al di sotto di quanto ci si aspetterebbe per l'età cronologica o di sviluppo e il livello di funzionamento intellettivo e si traduce in una compromissione significativa del funzionamento scolastico o lavorativo dell'individuo. Il disturbo dello sviluppo dell'apprendimento con compromissione in matematica non è dovuto a un disturbo dello sviluppo intellettivo, menomazione sensoriale (vista o udito), un disturbo neurologico, mancanza di disponibilità di istruzione,

Esclusioni

Disturbi dello sviluppo intellettivo (6A00)

Vedere nella gerarchia

ICD 11

6A03.3 Disturbo evolutivo **dell'apprendimento** con altra specifica compromissione **dell'apprendimento**

Termini corrispondenti

Disturbo evolutivo **dell'apprendimento** con altra specifica compromissione **dell'apprendimento**

Descrizione

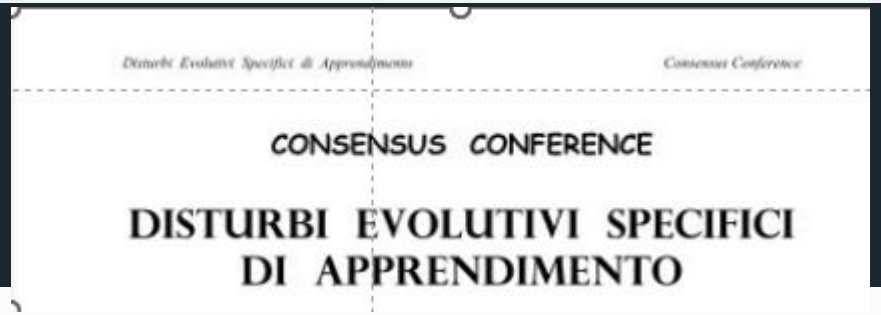
Il disturbo evolutivo dell'apprendimento con altra specifica compromissione dell'apprendimento è caratterizzato da difficoltà significative e persistenti nell'apprendimento di abilità scolastiche diverse dalla lettura, dalla matematica e dall'espressione scritta. Il rendimento dell'individuo nell'abilità accademica pertinente è nettamente inferiore a quanto ci si aspetterebbe per l'età cronologica e il livello di funzionamento intellettivo e si traduce in una compromissione significativa del funzionamento scolastico o lavorativo dell'individuo. Il disturbo evolutivo dell'apprendimento con altra compromissione dell'apprendimento specificata non è dovuto a un disturbo dello sviluppo intellettuale, menomazione sensoriale (vista o udito), disturbo neurologico, mancanza di disponibilità di istruzione, mancanza di competenza nella lingua dell'istruzione accademica o avversità psicosociali.

Esclusioni

Disturbi dello sviluppo intellettivo (6A00)

Vedere nella gerarchia

Consensus Conference 2007



- Definizione, criteri diagnostici ed eziologia (parzialmente, ma in misura importante, modificato dai successivi documenti di consenso)
- Procedure e strumenti dell'indagine diagnostica (diagnosi clinica e diagnosi funzionale, riflessione sugli strumenti di valutazione, referto scritto, parzialmente modificato dai successivi documenti di consenso)
- Segni precoci, corso evolutivo e prognosi (parzialmente modificato dai successivi documenti di consenso)
- Epidemiologia (parzialmente modificato dall'evoluzione della ricerca)
- Comorbilità (molto generico, approfondito nei successivi documenti di consenso)
- Trattamento riabilitativo. Interventi compensativi (approfondito dai successivi documenti di consenso)

Consensus Conference DSA, 2011

Quesiti A, B, C, D

Quesiti A: Valutazione delle modalità diagnostiche attualmente in uso:

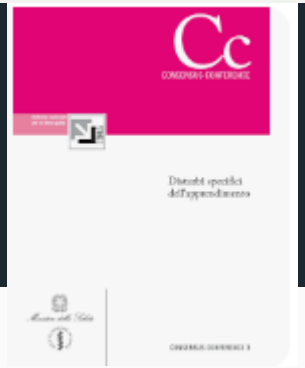
- A1 Quali sono i criteri diagnostici (lettura, ortografia/compitazione, calcolo) necessari per formulare la diagnosi di DSA?
- A2 Quali sono i parametri (accuratezza e velocità di lettura, eccetera) da utilizzare per la valutazione delle prestazioni di lettura, ortografia/compitazione e calcolo ai fini della diagnosi di DSA?
- A3 Quali tipi di prove e quali indici psicometrici è opportuno utilizzare per la valutazione di lettura, ortografia/compitazione e calcolo nei disturbi di apprendimento scolastico?

Quesiti B: Inquadramento epidemiologico dei DSA (fattori di rischio e prognosi), strumenti di identificazione dei soggetti in condizioni di rischio di DSA e interventi loro rivolti:

- B1 Quali sono i fattori di rischio associati a DSA e/o allo sviluppo di DSA?
- B2 Quali strumenti sono efficaci per l'individuazione dei bambini a rischio di DSA?
- B3 Esistono interventi in grado di modificare la storia naturale della malattia?
- B4 Qual è l'evoluzione in età adolescenziale e adulta dei DSA (cambiamenti dei processi di lettura, ortografia/compitazione, calcolo; associazione con disturbi mentali; capacità di reddito, eccetera)?
- B5 Esistono prove che la presenza di altri disturbi specifici dell'apprendimento o di altri disturbi evolutivi in comorbilità con i DSA modifichi la storia naturale della malattia, rispetto ai DSA isolati?

Consensus Conference DSA, 2011

Quesiti A, B, C, D



Quesiti C: Efficacia degli interventi attualmente disponibili

- C1 Esistono prove di efficacia sugli esiti di interventi abilitativi e/o riabilitativi sui DSA?
- C2 Rispetto alle caratteristiche anagrafiche e cliniche iniziali, esistono differenze tra interventi abilitativi e riabilitativi?
- C3 Se esistono prove di efficacia sugli esiti di interventi abilitativi e riabilitativi, qual è l'età limite interessata?

Quesiti D: Modelli organizzativi e fornitura di servizi

- D1 Qual è la configurazione ottimale dei servizi destinati all'identificazione e al trattamento delle persone con diagnosi di DSA (in termini di strutture, personale e modalità di intervento)?
- D2 Qual è il percorso ottimale delle persone con diagnosi di DSA dal momento della presa in carico e quali sono le figure professionali coinvolte?

Raccomandazioni cliniche sui DSA. Risposte a quesiti. Documento d’intesa elaborato da parte del Panel di aggiornamento e revisione della CC del 2007 in risposta a quesiti sui DSA (5 aree tematiche)

Area tematica A: diagnosi, procedure ed eziologia (Quesiti A)

1. Quali indicatori del funzionamento intellettivo generale è più opportuno utilizzare ai fini dell’applicazione del criterio di discrepanza nella procedura diagnostica?

2. Qual è il ruolo da attribuire a riscontri di anomalie rilevate con tecniche di tipo elettrofisiologico o neuroimmagini, riconducibili ad alterazioni nella microarchitettura e nella funzionalità delle strutture corticali coinvolte nei processi di lettura/scrittura/calcolo, ai fini dell’applicazione dei criteri di esclusione?

3. Qual è il ruolo da attribuirsi ad anomalie nei percorsi scolastici e/o a situazioni socioculturali particolari con soggetti immigrati, adottati, o appartenenti a minoranze etniche o linguistiche, ai fini dell’applicazione dei criteri di esclusione?

4. È opportuno utilizzare criteri di inclusione che prevedano che il disturbo interferisca in modo significativo con le attività della vita quotidiana, e se sì, quali parametri utilizzare?

5. È possibile anticipare la diagnosi di DSA rispetto ai tempi indicati (fine seconda elementare per dislessia e disortografia, fine terza elementare per discalculia), e se sì, in presenza di quali condizioni? 6. È utile differenziare sottotipi clinici all’interno della popolazione italiana con disturbi specifici della lettura/scrittura/calcolo, e se sì, sulla base di quali parametri?

7. È utile e opportuno prevedere la valutazione di altre funzioni neuropsicologiche per completare l'inquadramento diagnostico e prognostico? Se sì, di quali funzioni e in presenza di quali condizioni?

8. Quale status diagnostico è da prevedere per soggetti con difficoltà nella comprensione del testo scritto, nella soluzione di problemi matematici e per soggetti con disturbi dell’apprendimento di tipo non-verbale, per i quali non è attualmente disponibile una categoria diagnostica specifica?

9. Dislessia e genetica. Raccomandazioni.

10. Dislessia, discalculia ed epilessia. Raccomandazioni.

11. Dislessia, disortografia e inquadramento audiologico-foniatrico. Quando è indicato un esame uditivo di base e quando un approfondimento audiologico e foniatrico per soggetti con disturbo della lettura e ortografia?

Raccomandazioni cliniche sui DSA. Risposte a quesiti. Documento d’intesa elaborato da parte del Panel di aggiornamento e revisione della CC del 2007 in risposta a quesiti sui DSA (5 aree tematiche)

Area tematica B: DSA in adulti

1. Quali e quanti i parametri per la diagnosi negli adolescenti e adulti (tempo, velocità, accuratezza).
2. Quali strumenti per rilevare i parametri? Anche ruolo del giudizio clinico.
3. Come si possono definire sottocategorie diagnostiche quantitative e qualitative (es.: dislessia lieve, media, severa)?
4. Quali forme di aiuto o supporto per i DSA adulti?quali strumenti compensativi sono realmente efficaci?
5. Ci sono differenze tra chi ha ricevuto una diagnosi, o un trattamento, o provvedimenti di aiuto e chi no?

Area tematica C: Segni, corso, evoluzione a distanza e co-occorrenza di altri disturbi (non approfondito)

1. La filosofia degli aiuti agli studenti con DSA tra etica, evidenze di ricerca scientifica e valori personali.
2. Il significato delle parole: i DSA sono disturbi, disabilità o caratteristiche?
3. Linee-guida per la scrittura delle relazioni cliniche relative ai DSA: il problema della comunicazione ai “laici”.

Raccomandazioni cliniche sui DSA. Risposte a quesiti. Documento d’intesa elaborato da parte del Panel di aggiornamento e revisione della CC del 2007 in risposta a quesiti sui DSA (5 aree tematiche)

Area tematica D: facilitazioni e trattamento (Quesiti D)

1.Raccomandazioni per attivare un trattamento riabilitativo.

2. Quali sono i criteri per stabilire se un trattamento ha prodotto un cambiamento clinicamente significativo?

3. Quando è consigliato interrompere il trattamento riabilitativo all’interno di un progetto riabilitativo?

4. Quali sono i protocolli riabilitativi raccomandati in termini di frequenza e durata del trattamento?

5. Quando è consigliata l'adozione di strumenti compensativi?

6. Quando è consigliato suggerire l’adozione di misure dispensative?

7. Quali sono i criteri per scegliere un trattamento non erogato direttamente dal responsabile del programma riabilitativo?

8. Quale modello di programma riabilitativo si raccomanda?

Area tematica E: DSA e visione. Raccomandazioni (Quesiti E)

1. Qual è l’acuità visiva minima, sufficiente a non ridurre le prestazioni di lettura consentendo di accertare la presenza di dislessia?

2. Altri disturbi visivi non legati all’acuità visiva possono ridurre le prestazioni di lettura?

3. Quali sono i segni durante l’atto di lettura che possono far sospettare la presenza di disturbi visivi e quindi di richiedere un accertamento oftalmologico?

4. Quali esami elettrofisiologici di pertinenza visiva possono essere utili nella diagnosi differenziale di dislessia?

5. Quale trattamento visivo è indicato per i soggetti dislessici?

6. Quali sono le caratteristiche di ergonomia visiva (ergo-oftalmologia) da adottare nell’atto di lettura?

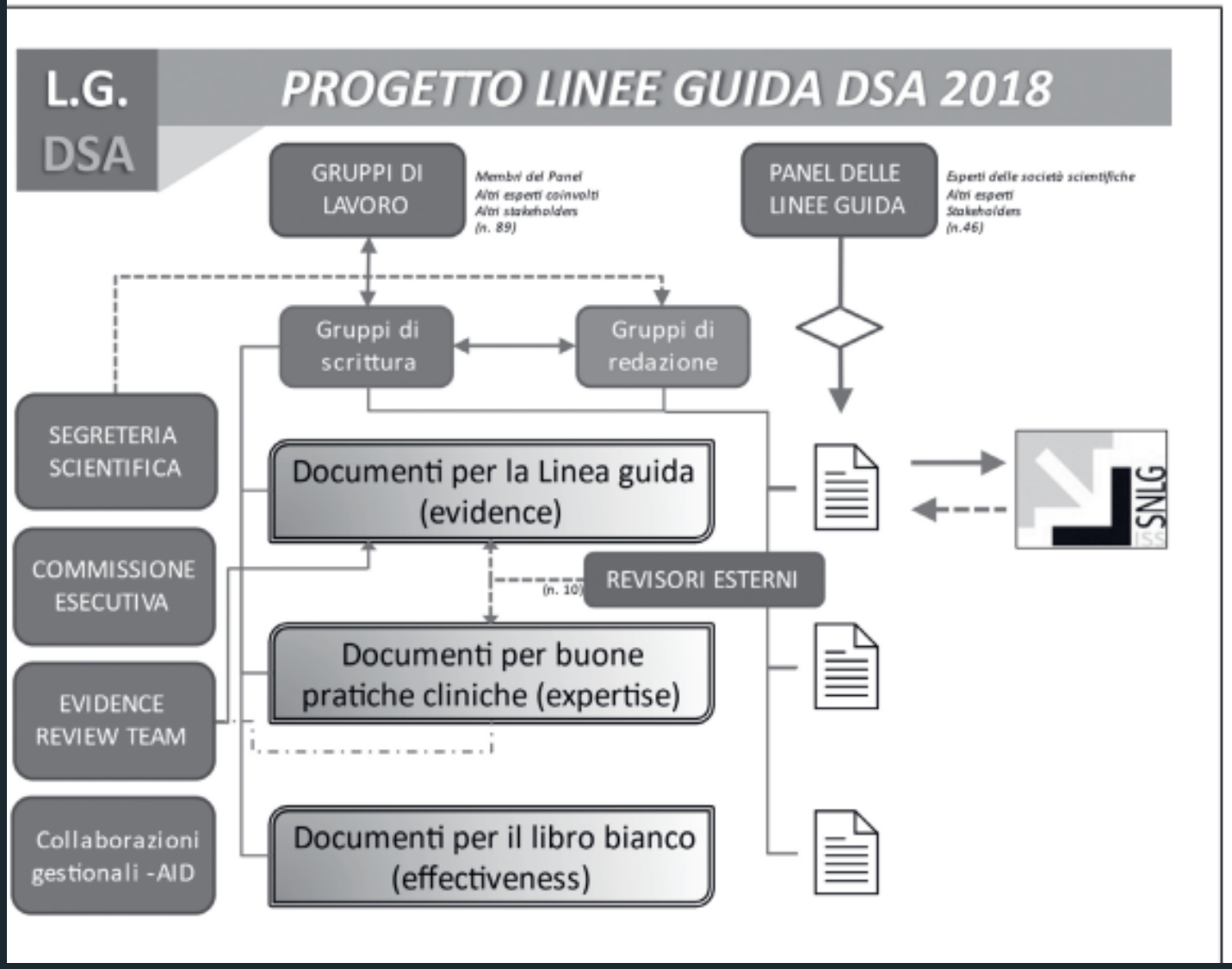
Progetto LG 2018

Nasce dall’esigenza di **approfondire alcune questioni che continuavano a determinare incertezze nelle procedure diagnostiche**, ma anche dalla necessità di affrontare **nuove problematiche**, emerse nel frattempo (es.identificazione precoce, DSA adulti, DSA stranieri/bilingui). Sono stati pertanto selezionati alcuni quesiti da avviare a una revisione sistematica della letteratura e a una sua analisi quantitativa (metodo GRADE), mentre per altri si è prevista una sola revisione della letteratura e una prima analisi qualitativa con altri metodi. **Una parte dei quesiti sono confluiti nella «Linea Guida», mentre altri nelle BPCa.**

LG DSA 2018

Buone Pratiche Clinico-assistenziali nella gestione dei DSA
Documento di Consenso
A cura di
Progetto Linee Guida DSA 2018
GUIDE
NEUROSVILUPPO

La gestione dei DSA dalla Legge 170/2010 alla Linea Guida ISS 2022
Libro Bianco su dieci anni di applicazione della normativa


L.G. DSA
PROGETTO LINEE GUIDA DSA 2018
GRUPPI DI LAVORO
Membri del Panel
Altri esperti coinvolti
Altri stakeholders
(n. 89)
PANEL DELLE LINEE GUIDA
Esperti delle società scientifiche
Altri esperti
Stakeholders
(n.46)
Gruppi di scrittura
Gruppi di redazione
SEGRETERIA SCIENTIFICA
COMMISSIONE ESECUTIVA
EVIDENCE REVIEW TEAM
Collaborazioni gestionali -AID
Documenti per la Linea guida (evidence)
REVISORI ESTERNI
(n. 10)
Documenti per buone pratiche cliniche (expertise)
Documenti per il libro bianco (effectiveness)
SNLG

LG DSA: 9 QUESITI

1) Indici predittivi (prognostico)*
2) Comprensione del testo (diagnostico)*
3) Quantità simboliche e non nel disturbo di calcolo (diagnostico)
4) Competenze matematiche nel disturbo di calcolo (diagnostico)
5) Disgrafia (diagnostico)
6) Abilità compromesse nei DSA (prognostico)
7) DSA e bambini bilingui (diagnostico)*
8) DSA nell'adulto (diagnostico)
9) Efficacia del trattamento (intervento)*

LG DSA 2018

Come leggere le raccomandazioni

<u>Certezza delle prove:</u>

*Con metodologia GRADE **Certezza delle prove**

alta/moderata/bassa/molto bassa

Senza metodologia GRADE **Qualità degli studi**

buona/media/scarsa

LG DSA 2018: implicazioni delle raccomandazioni

Tabella 3. Implicazioni delle raccomandazioni

Forza della raccomandazione	Per i clinici	Per i pazienti	Per i ricercatori
Forte	La maggior parte dei pazienti dovrebbe seguire la raccomandazione (evidenza che i benefici sono prevalenti sui danni)	La quasi totalità dei pazienti correttamente informati si comporta secondo quanto raccomandato e solo una piccola parte agisce diversamente	La raccomandazione é supportata da prove affidabili o altri argomenti convincenti; difficilmente ulteriori studi possono cambiare i risultati. In alcune occasioni una raccomandazione forte puó essere basata anche su prove con certezza bassa o molto bassa. In questi casi ulteriori studi potrebbero fornire informazioni importanti e modificare la raccomandazione
Condizionata	Si devono considerare in modo completo e attento i valori e le preferenze dei pazienti che possono influenzare la scelta. Gli effetti benefici probabilmente prevalgono sugli effetti dannosi ma c'é ancora rilevante incertezza	Una buona parte dei pazienti correttamente informati si comporta secondo quanto raccomandato ma una buona percentuale agisce diversamente	La raccomandazione potrebbe essere modificata da studi successivi. Potrebbero essere utili giustificazioni o note per la raccomandazione per includere considerazioni o commenti aggiuntivi per spiegare la scelta della "condizionalità" della raccomandazione

BPCa

Nascono all'interno dello stesso progetto (LG DSA 2018), con lo scopo di affrontare e/o approfondire una serie di questioni ritenute rilevanti dal Gruppo promotore del Progetto per la pratica clinica. Si tratta dunque di **questioni che hanno una chiara rilevanza clinico-diagnostica, ma la ricerca della letteratura ha consentito di identificare solo una limitata disponibilità di materiale pertinente a supporto di raccomandazioni**, e pertanto i quesiti sono stati inseriti in questo documento di consenso. Questa ottica è in linea con la Legge 24/2017 (art.5), dove si prevede che, in mancanza di linee guida, gli esercenti le professioni sanitarie si attengano a conosciute Buone Pratiche Clinico-assistenziali. Il documento formula una serie di indicazioni di BPCa che **integrano i documenti di consenso** sui DSA oggi disponibili.

BPCa: 5 quesiti

Quesito 1 Analisi delle tipologie di errori di lettura e scrittura per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'apprendimento del linguaggio scritto (diagnosi)

Quesito 2 Valutazione della fluenza di lettura silente nella diagnostica del disturbo di lettura (diagnosi)

Quesito 3 Profilo funzionale delle difficoltà di espressione scritta (diagnosi)

Quesito 4 Strumenti per lo screening del DSA nell'adulto (screening)

Quesito 5 Valutazione della gravità dei DSA. Il ruolo della comorbidità nella determinazione della gravità dei DSA (prognosi)

Qualche dato sulla situazione Italiana…

Ufficio di Statistica

I principali dati relativi agli alunni con DSA

aa.ss. 2019/2020 – 2020/2021
luglio 2022

Ufficio di Statistica del Ministero dell'Istruzione.
I principali dati relativi agli alunni con DSA.
aa.ss. 2019/2020 – 2020/2021
(luglio 2022)

Tavola 1. Alunni con DSA e totale alunni per ordine di scuola - aa.ss.2019/20-2020/21

Ordine di scuola	Alunni con DSA	Totale alunni	% alunni con DSA
	a.s.2019/2020		
Primaria (III-IV-V anno)	53.653	1.632.975	*3,3%*
Sec. I grado	106.492	1.726.984	*6,2%*
Sec. II grado	158.533	2.684.841	*5,9%*
TOTALE	318.678	6.044.800	*5,3%*
	a.s.2020/2021		
Primaria (III-IV-V anno)	48.022	1.595.829	*3,0%*
Sec. I grado	107.389	1.706.482	*6,3%*
Sec. II grado	171.137	2.730.359	*6,3%*
TOTALE	326.548	6.032.670	*5,4%*

Nota: i dati relativi alla provincia di Bolzano sono di fonte "Istat - Indagine sull'integrazione degli alunni con disabilità nella scuola statale e non statale".
Fonte: MI - DGSIS - Ufficio di Statistica - Rilevazioni sulle scuole

Grafico 4 - Alunni con DSA in % del totale alunni per regione - aa.ss.2019/2020-2020/2021

Nota: i dati relativi alla provincia di Bolzano sono di fonte "Istat - Indagine sull'integrazione degli alunni con disabilità nella scuola statale e non statale".
Fonte: MI - DGSIS - Ufficio di Statistica - Rilevazioni sulle scuole

F.V.G.

A.S. 22/23 circa 127.000 allievi, il 6,3% equivale a 7/8.000 allievi con DSA in FVG

(non è possibile scorporare i primi due/tre anni di scuola primaria)

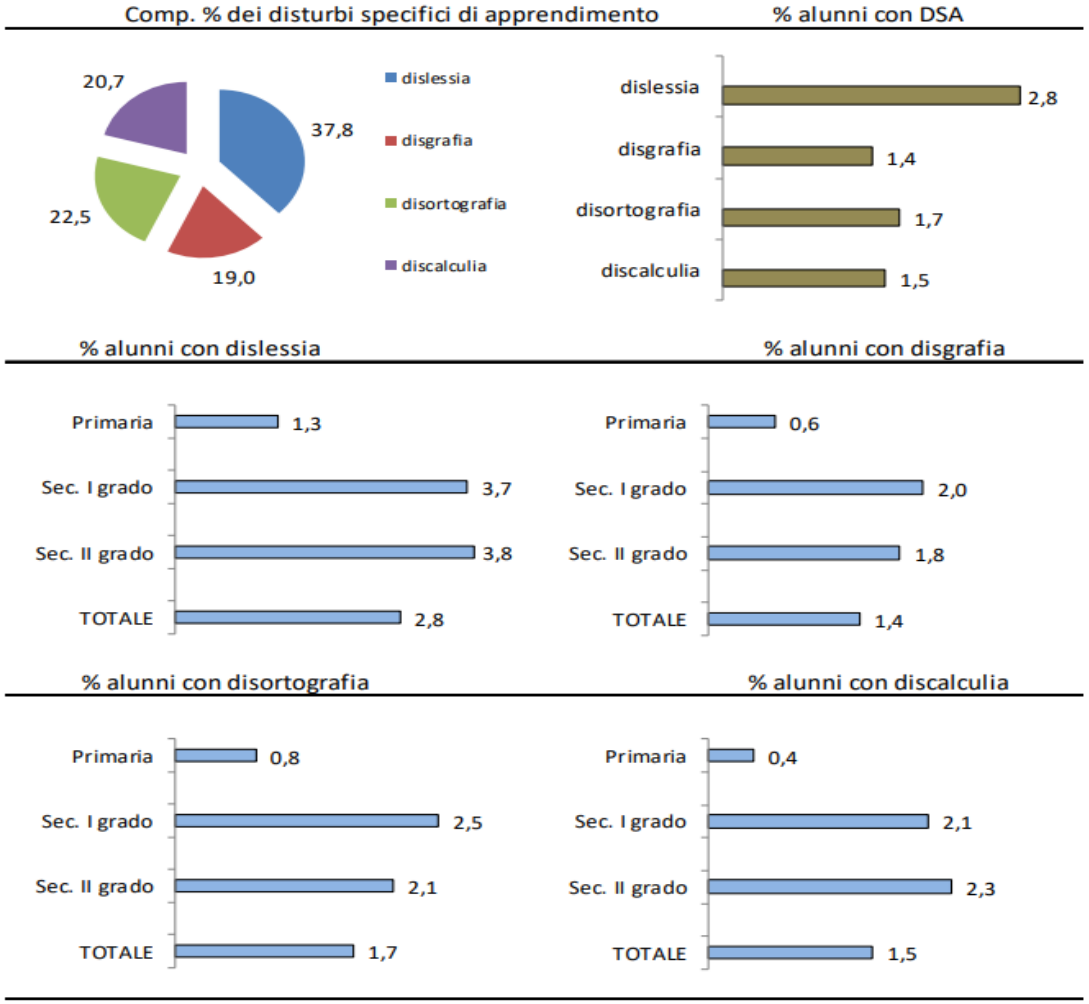
Alunni e classi scuole statali del Friuli Venezia Giulia a.s. 2022/2023

Scuola dell'infanzia	Alunni	13399			Sezioni	698				
Scuola primaria	Alunni	42790	Tempo normale	23485	Classi	2492	Tempo normale	1357	di cui in pluriclasse	44
			Tempo pieno	19305			Tempo pieno	1135		64
Scuola secondaria di I°	Alunni	34000	Tempo normale	29596	Classi	1752	Tempo normale	1514		
			Tempo prolungato	4404			Tempo prolungato	238		
Scuola secondaria di II°	Alunni	50466			Classi	2562			di cui articolate	65

Ufficio di Statistica del Ministero dell'Istruzione.

I principali dati relativi agli alunni con DSA.aa.ss. 2019/20 – 2020/21 (luglio 2022)

Grafico 6 - Tipologie di disturbi specifici dell'apprendimento per ordine di scuola - a.s. 2020/2021



Nota: per la provincia di Bolzano non è disponibile il dettaglio per tipo di disturbo

Fonte: MI - DGSIS - Ufficio di Statistica - Rilevazioni sulle scuole

Ufficio di Statistica del Ministero dell'Istruzione.

I principali dati relativi agli alunni con DSA.

aa.ss. 2019/2020 – 2020/2021

(luglio 2022)

Gli alunni «a rischio DSA»

Alunni "a rischio DSA", ossia quelli per cui vi è un'indicazione di rischio di disturbo specifico di apprendimento ma sono ancora in una età tale per cui non è diagnosticabile nessun tipo di disturbo

- scuola dell'infanzia 1.752 nell'a.s.2019/2020

  1.391 nell'a.s.2020/2021

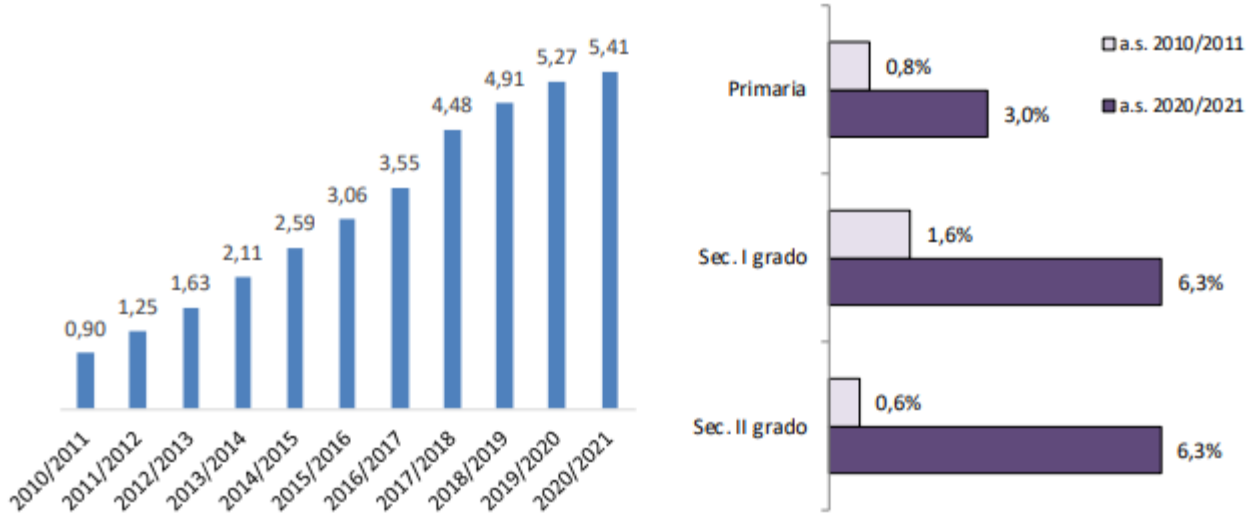
- scuola primaria 3.820 nell'a.s.2019/2020

  3.700 nell'a.s.2020/2021

Ufficio di Statistica del Ministero dell'Istruzione.
I principali dati relativi agli alunni con DSA.
aa.ss. 2019/2020 – 2020/2021
(luglio 2022)

L'andamento in serie storica

Grafico 8 - Alunni con DSA in % del totale alunni (primaria, secondaria di I e II grado) - serie storica



Nota: i dati relativi alla provincia di Bolzano sono disponibili solo per l'a.s. 2018/2019
Fino all'anno 2016/2017 la percentuale riportata in serie storica è relativa a primaria, secondaria di I e II grado, mentre a partire dall'a.s.2017/2018 per la scuola primaria sono considerati solo III, IV e V anno.
Fonte: MI - DGSIS - Ufficio di Statistica - Rilevazioni sulle scuole

E all'Università? Presentazione dati Anvur (Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca), **8 giugno 2022**

Nell'anno 20/21 gli iscritti con DSA (dichiarato) erano 19.616 con un aumento del 22 per cento rispetto al precedente anno accademico. Nel 2011/12 erano meno di 2000.

Sulla base degli ultimi dati Mur,

81,6 % corso di laurea triennale,

9,4 % laurea magistrale

l'8,8 % corso di laurea a ciclo unico.

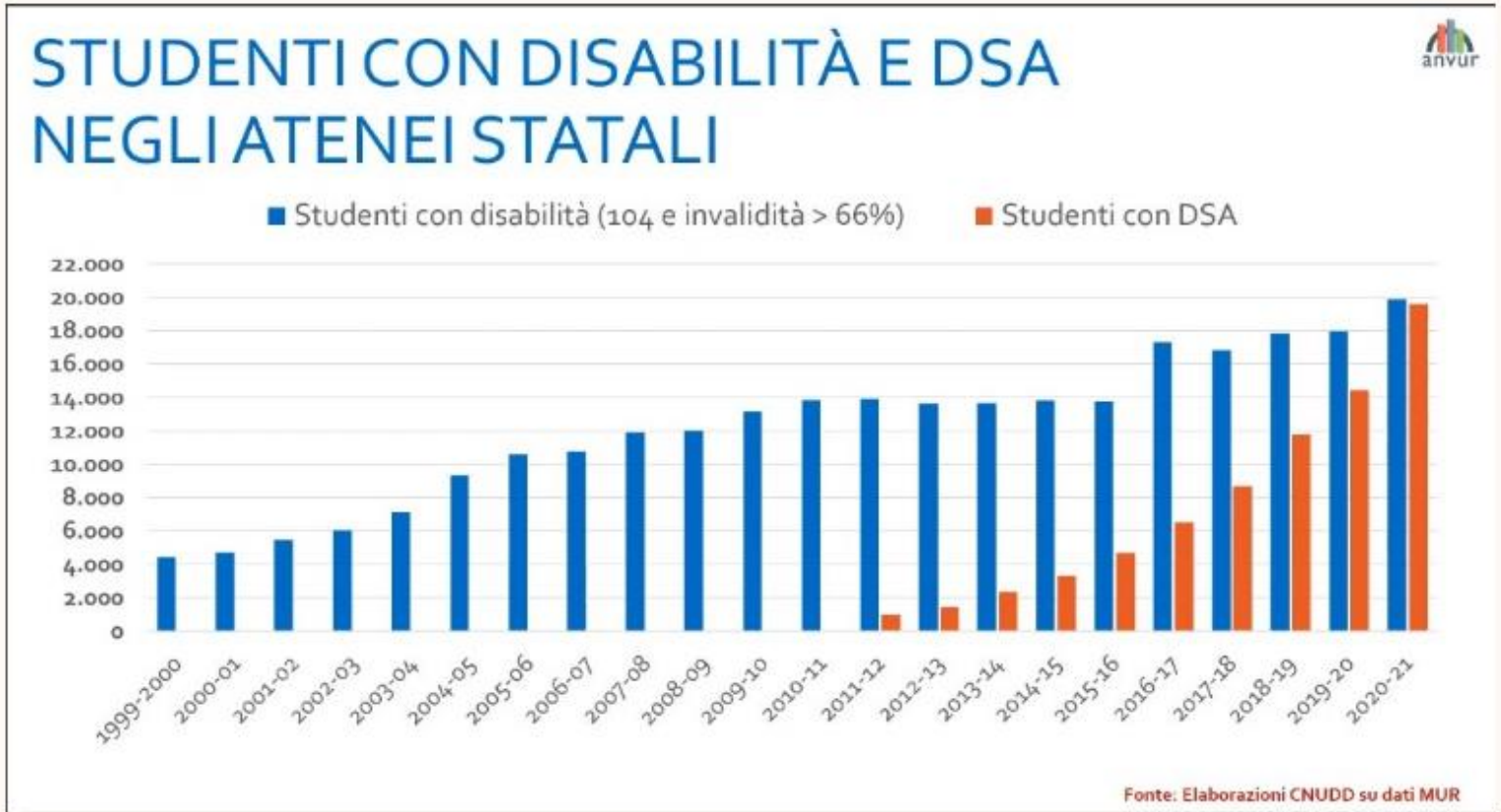
Che tipo di studi hanno scelto?

35,4 % area scientifica

33,2 % area sociale

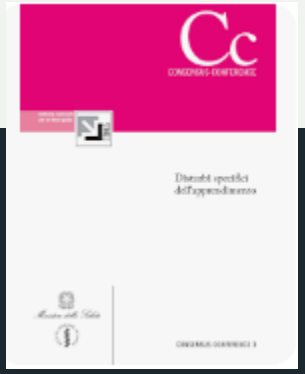
20,8 % area umanistica

10 % area sanitaria



DISLESSIA (DSM-5 315.00, ICD 10 F81.0, ICD 11 6A03.0)

Quesito A1 Quali sono i criteri diagnostici necessari per formulare la diagnosi)



A1.1 Considerare con maggiore flessibilità il criterio della discrepanza rispetto al QI (vedi evoluzione DSM V e ICD 11, l'uso di tale criterio appare discutibile sulla base delle prove di letteratura prodotte negli ultimi 20 anni)

Differenziare i dislessici (disortografici/discalculici) sulla base del loro QI ha una scarsa validità empirica (no differenze significative tra gruppi di soggetti dsa discrepanti e non discrepanti

A1.2 Nelle condizioni di maggiore complessità (es.QI borderline) utilizzare strumenti di misura multicomponenziale

A1.3 Considerare la discrepanza delle prestazioni rispetto a quelle attese per il livello di scolarità del soggetto

A1.4 Ricorrere ai criteri di cut-off suggeriti dal manuale diagnostico ICD 10 (2 deviazioni standard. Non sono disponibili in letteratura dati sperimentali a supporto dell'adozione di una determinata misura di cut-off rispetto ad un'altra) **(ma vedere anche posizione DSM V TR)**

A1.5 continuare a utilizzare le DS per i punteggi di rapidità, e i percentili per i punteggi di accuratezza

Quesito A2: Quali sono i parametri da utilizzare per la valutazione delle prestazioni di lettura, ortografia/compitazione e calcolo?

Si assumono i criteri diagnostici ICD 10, modificati in alcune loro parti.

ACCURATEZZA E VELOCITA'

A2.1 Non includere la comprensione tra i parametri criteriali da considerare *(parzialmente modificato da LG 2018)*

A2.2 Mantenere la prova di comprensione per un inquadramento funzionale più ampio della dislessia *(confermato da LG 2018)*

A2.3 Considerare sempre anche il parametro rapidità (non solo il parametro accuratezza)

Raccomandazioni cliniche sui DSA. Risposte a quesiti. Documento d'intesa elaborato da parte del Panel di aggiornamento e revisione della CC del 2007 in risposta a quesiti sui DSA (5 aree tematiche) PARCC

Area tematica A: diagnosi, procedure ed eziologia (Quesiti A)

1. Quali indicatori del funzionamento intellettivo generale è più opportuno utilizzare ai fini dell'applicazione del criterio di discrepanza nella procedura diagnostica? **Si vedano la CC 2011 e DSM 5 più in linea con la letteratura**

2. Qual è il ruolo da attribuire a riscontri di anomalie rilevate con tecniche di tipo elettrofisiologico o neuroimmagini, riconducibili ad alterazioni nella microarchitettura e nella funzionalità delle strutture corticali coinvolte nei processi di lettura/scrittura/calcolo, ai fini dell'applicazione dei criteri di esclusione? **Non vanno considerati come criteri di esclusione**

3. Qual è il ruolo da attribuirsi ad anomalie nei percorsi scolastici e/o a situazioni socioculturali particolari con soggetti immigrati, adottati, o appartenenti a minoranze etniche o linguistiche, ai fini dell'applicazione dei criteri di esclusione? **Si veda la Nuova LG, Quesito clinico 7 (DSA in bambini bilingui), maggiormente aggiornata**

4. È opportuno utilizzare criteri di inclusione che prevedano che il disturbo interferisca in modo significativo con le attività della vita quotidiana, e se sì, quali parametri utilizzare? **La risposta evidenzia l'elemento dell'impatto significativo sulla vita quotidiana come elemento utile ma non indispensabile. Si veda tuttavia il DSM V-TR, maggiormente aggiornato**

5. È possibile anticipare la diagnosi di DSA rispetto ai tempi indicati (fine seconda elementare per dislessia e disortografia, fine terza elementare per discalculia), e se sì, in presenza di quali condizioni? **Si vedano le indicazioni fornite dalle Nuove LG**

Raccomandazioni cliniche sui DSA. Risposte a quesiti. Documento d'intesa elaborato da parte del Panel di aggiornamento e revisione della CC del 2007 in risposta a quesiti sui DSA (5 aree tematiche) PARCC

Area tematica A: diagnosi, procedure ed eziologia (Quesiti A-continua)

6. È utile differenziare sottotipi clinici all'interno della popolazione italiana con disturbi specifici della lettura/scrittura/calcolo, e se sì, sulla base di quali parametri? A.**Non si ritiene di poter dare indicazioni generali sulla necessità di effettuare classificazioni in sottotipi. B.Queste sono utili invece ai fini riabilitativi, didattici e prognostici (si veda anche Nuova LG quesito 9 Efficacia del trattamento)**

C.Per dislessia le sottotipizzazioni basate sulle diverse procedure di processamento (Modello a una/due vie), parametri di lettura, deficit di specifiche sottofunzioni (fonologia,, velocità di processamento, analisi visiva, attenzione.

D.Per disortografia distinzione rispetto alla presenza di errori fonologici, non fonologici o su base visiva.

E.Per disgrafia distinguere tra tipi «puri» e tipi in associazione con DCD, ADHD, altri DSA

F.Per discalculia utili le classificazioni che distinguono un disturbo a carico del sistema del numero, a carico della memorizzazione di fatti numerici, a carico delle procedure di calcolo misto, una condizione mista

7. È utile e opportuno prevedere la valutazione di altre funzioni neuropsicologiche per completare l'inquadramento diagnostico e prognostico? Se sì, di quali funzioni e in presenza di quali condizioni? **Si vedano Nuove LG Quesito n.6-Abilità compromesse nei DSA**

Raccomandazioni cliniche sui DSA. Risposte a quesiti. Documento d'intesa elaborato da parte del Panel di aggiornamento e revisione della CC del 2007 in risposta a quesiti sui DSA (5 aree tematiche) PARCC

Area tematica A: diagnosi, procedure ed eziologia (Quesiti A-continua)

8. Quale status diagnostico è da prevedere per soggetti con difficoltà nella comprensione del testo scritto, nella soluzione di problemi matematici e per soggetti con disturbi dell'apprendimento di tipo non-verbale, per i quali non è attualmente disponibile una categoria diagnostica specifica? **Si vedano le indicazioni delle Nuove LG Quesito n.2 Comprensione del testo e Quesito n.4 Competenze matematiche nel disturbo di calcolo**

9. Dislessia e genetica. Raccomandazioni. ***(al momento attuale non rilevante per la diagnosi)***

10. Dislessia, discalculia ed epilessia. Raccomandazioni. **Non si deve escludere a priori la diagnosi, né necessariamente far pensare che il disturbo sia diretta conseguenza della sindrome epilettica o del trattamento medico della stessa). Analoghe indicazioni possono valere anche per la discalculia.**

11. Dislessia, disortografia e inquadramento audiologico-foniatrico. Quando è indicato un esame uditivo di base e quando un approfondimento audiologico e foniatrico per soggetti con disturbo della lettura e ortografia?

Va escluso un deficit organico sensoriale uditivo periferico (effettuare almeno una valutazione audiologica di I livello). NB E' possibile avere delle forme di ipoacusia lieve (21-40 dB) o delle forme medie in caduta sulle frequenze acute dove il bambino presenta un'espressività clinica variabile e la possibilità di sviluppare un disturbo dell'apprendimento dipenderà da una serie di fattori (es. peggioramento uditivo anche transitorio per otite media effusiva, DSL, deficit attentivi…)

Raccomandazioni cliniche sui DSA. Risposte a quesiti. Documento d'intesa elaborato da parte del Panel di aggiornamento e revisione della CC del 2007 in risposta a quesiti sui DSA (5 aree tematiche) PARCC

Area tematica E. DSA (dislessia) e visione

1. Qual è l'acuità visiva minima, sufficiente a non ridurre le prestazioni di lettura consentendo di accertare la presenza di dislessia?

Per il momento indichiamo i 4-5/10, dell'occhio migliore, come limite poiché sappiamo che con questo visus c'è la possibilità di normale acquisizione del processo di lettura e semplicemente avvicinando il testo si può colmare il divario di acuità visiva; tuttavia esistono enormi variazioni individuali, particolarmente tra i lettori ipovedenti (con visus

2. Altri disturbi visivi non legati all'acuità visiva possono ridurre le prestazioni di lettura? **Anomalie della motilità oculare (in particolare alterazioni di convergenza e accomodazione) e difetti rifrattivi non corretti o non corretti adeguatamente possono rendere gravoso il compito di lettura riducendo la performance.**

3. Quali sono i segni durante l'atto di lettura che possono far sospettare la presenza di disturbi visivi e quindi di richiedere un accertamento oftalmologico?

I segni e i sintomi indicatori di problematiche visive durante le prove di lettura sono riconducibili principalmente all'affaticamento visivo (astenopia visiva).

Raccomandazioni cliniche sui DSA. Risposte a quesiti. Documento d'intesa elaborato da parte del Panel di aggiornamento e revisione della CC del 2007 in risposta a quesiti sui DSA (5 aree tematiche) PARCC

Area tematica E. DSA (dislessia) e visione (continua)

I segni indicatori da osservare sono:

- ammiccamento frequente; rotazione/inclinazione del capo; avvicinamento o allontanamento del capo dal testo; verticalizzazione del testo per aiutarsi; occhio arrossato; lacrimazione eccessiva; chiusura di un occhio;accentuati movimenti della testa durante la lettura.
- I sintomi da prendere in considerazione sono:
- fotofobia; vista annebbiata o che va e viene; bruciore oculare; cefalea frontale; visione sdoppiata; visione rosata.

In presenza di uno o più segni o/e sintomi può essere indicato un esame visivo approfondito.

4. Quali esami elettrofisiologici di pertinenza visiva possono essere utili nella diagnosi differenziale di dislessia?

Allo stato attuale non ci sono evidenze scientifiche, protocolli diagnostici e rispettivi valori normativi

Raccomandazioni cliniche sui DSA. Risposte a quesiti. Documento d'intesa elaborato da parte del Panel di aggiornamento e revisione della CC del 2007 in risposta a quesiti sui DSA (5 aree tematiche) PARCC

Area tematica E. DSA (dislessia) e visione (continua)

6. Quale trattamento visivo è indicato per i soggetti dislessici?

In letteratura si è accumulata col tempo una notevole mole di lavori sulle possibilità di trattamento visivo, partendo dall'allenamento delle saccadi, a quello dei movimenti di vergenza e fusionali, passando all'utilizzo di filtri colorati, alla compensazione prismatica del difetto eteroforico, arrivando all'intento di lateralizzazione della dominanza oculare. Nessuna di queste tecniche è esente da critiche e da risultati inconcludenti. Non è presente al momento in letteratura nessuna evidenza scientifica.

La riduzione dell'affollamento visivo, mediante l'aumento della spaziatura tra i caratteri della parola, (che agisce sull'affollamento lungo l'asse orizzontale) l'aumento della spaziatura verticale con l'interlinea (che agisce sull'affollamento lungo l'asse verticale), o/e l'aumento della dimensione del carattere sono gli unici interventi facilitativi che consentono di aumentare moderatamente la velocità di lettura nei normolettori. Consiglio di conseguenza valido anche per soggetti con DSA. Non sono presenti dati normativi sulla spaziatura orizzontale da adottare.

Raccomandazioni cliniche sui DSA. Risposte a quesiti. Documento d'intesa elaborato da parte del Panel di aggiornamento e revisione della CC del 2007 in risposta a quesiti sui DSA (5 aree tematiche) PARCC

Area tematica E. DSA (dislessia) e visione (continua)

7. Quali sono le caratteristiche di ergonomia visiva (ergo-oftalmologia) da adottare nell'atto di lettura?

Indicazioni generali per la leggibilità dei testi le raccomandazioni sono:

1. Carattere 16p (può essere letto in maniera fluente anche da soggetti con deficit visivo significativo)

2. Preferire caratteri senza grazie (sans serif), evitare corsivo e sottolineatura. Font: Trebuchet; Verdana; Courier; Tahoma; Century Gothic; Arial; Comics sans; font dedicati.

Per agevolare la lettura si consigliano 1. Carta opaca 2. Carta color bianco avorio prive di immagini di sfondo 3. Aumento spaziatura caratteri (espansa) 4. Interlinea 1,5 5. Evitare il corsivo e le sottolineature 6. Non spezzare la parola per andare a capo 7. Allineamento a sinistra 8. Adoperare tabelle e numerare gli elenchi 9. Massimo 60-70 caratteri per rigo 10. Aumentare i margini della pagina 11. Consentire verticalizzazione del testo (eventualmente leggio) 12. Buona illuminazione 13. Evitare fonti luminose fastidiose all'interno del campo visivo 14. Adeguata correzione rifrattiva (se necessaria) 15. Evitare testi fotocopiati 16. Consentire di seguire il testo col dito Per l'attività scolastica: 1. Leggio con postura corretta 2. Ingrandimento dei testi se con caratteri eccessivamente piccoli 3. Carta opaca 4. Carta color bianco avorio prive di immagini di sfondo 5. Buona illuminazione 6. Evitare fonti luminose fastidiose all'interno del campo visivo 7. Adeguata correzione rifrattiva (se necessaria). In caso di uso del PC, valgono le comuni regole di ergonomia visiva: il bordo superiore del monitor deve essere allineato all'altezza degli occhi. Per la qualità dell'immagine frequenza di refresh superiore a 70 Hertz. Luminosità e contrasto devono essere sempre regolati alla luminosità presente nella stanza; quanto maggiore sarà la differenza di luminosità fra monitor e ciò che si vede attorno, tanto maggiore sarà la fatica visiva.

BPCA Quesito 1 Analisi delle tipologie di errori di **lettura** e scrittura per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'apprendimento del linguaggio scritto

Premessa

I documenti di consenso elaborati nel 2011, pur riconoscendo la difficoltà di diagnosticare sottotipi distinti di dislessia e disortografia a causa dell'assenza di una teoria condivisa sull'organizzazione del sistema di lettoscrittura e sul suo sviluppo, hanno comunque riconosciuto esplicitamente che «la classificazione in sottotipi diversi di disturbo può essere utile ai fini riabilitativi, didattici e prognostici» (PARCC Quesito A6 slide 50)

Si è ritenuto utile approfondire gli spunti forniti dai precedenti documenti di consenso, suggerire prove sensibili a cogliere i disturbi di lettura e di scrittura nelle diverse fasi della scolarizzazione, in relazione alle procedure di elaborazione adottate dal bambino (lessicale vs sublessicale).

Proporre un sistema di classificazione degli errori che fosse condivisibile tra gli operatori e i ricercatori impegnati in questo ambito clinico, suggerendo un'analisi dettagliata degli errori da affiancare agli usuali parametri di velocità e correttezza, da cui trarre indicazioni in merito ai meccanismi di elaborazione più coinvolti nell'eventuale disturbo di apprendimento

BPCA Quesito 1 Analisi delle tipologie di errori di lettura e scrittura per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'apprendimento del linguaggio scritto

Buona Pratica 1.1 (BPCa 1.1)

Per avere indicazioni in merito all'efficienza relativa delle procedure adottate nell'esecuzione del compito di **lettura,** si suggerisce di **confrontare tra loro le prestazioni nella lettura di liste di parole rispetto a quelle nella lettura di liste di non-parole**. Eventuali differenze tra le due tipologie di stimolo nello scostamento (in termini di deviazioni standard o di ranghi percentili) rispetto ai criteri di riferimento normativi, possono essere considerate **indicative di difficoltà selettive nell'utilizzo della procedura sublessicale di decodifica grafema-fonema** (maggiore severità del disturbo nella lettura di non-parole) **e/o nell'accesso diretto alle rappresentazioni lessicali** (maggiore severità del disturbo nella lettura di parole e, in particolare, di parole con accento irregolare).

BPCA Quesito 1 Analisi delle tipologie di errori di lettura e scrittura per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'apprendimento del linguaggio scritto

Buona Pratica 1.2 (BPCa 1.2)

Per avere indicazioni in merito all'efficienza relativa delle procedure adottate nell'esecuzione del compito di **scrittura**, si suggerisce di confrontare tra loro le prestazioni rilevate proponendo la **scrittura sotto dettatura di liste di parole con gradi diversi di complessità (ad es., con o senza regole contestuali, digrammi, ecc.) e ambiguità nella trascrizione della parola dalla forma orale a quella scritta (ad es., trascrizione dei suoni omofoni, non omografi: /kw/, /tʃe/, /ʃe/, /dʒe/) e di liste di non-parole**. Eventuali differenze tra le diverse tipologie di stimolo nello scostamento rispetto ai criteri di riferimento normativi (in termini di deviazioni standard o di ranghi percentili) possono essere considerate **indicative di difficoltà selettive nell'utilizzo della procedura sublessicale di codifica fonema-grafema** (maggiore gravità del disturbo nella scrittura di non-parole, difficoltà nell'utilizzo di regole contestuali e nella trascrizione di digrammi) **e/o nell'accesso diretto alle rappresentazioni lessicali** (maggiore gravità del disturbo nella scrittura di parole che richiedono la trascrizione di suoni omofoni).

BPCA Quesito 1 Analisi delle tipologie di errori di lettura e scrittura per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'apprendimento del linguaggio scritto

Buona Pratica 1.3 (BPCa 1.3)

Per i ragazzi della **scuola secondaria di secondo grado (14-19 anni)** si suggerisce di proporre le prove di **scrittura sotto dettatura di liste di parole e di liste di non-parole** sia in condizione normale sia in condizione di **soppressione articolatoria**, qualora la prestazione in condizione normale si discosti dalla media di almeno una deviazione standard.

Buona Pratica 1.4 (BPCa 1.4)

Per le prove di lettura e di scrittura, si suggerisce di **classificare gli errori in errori di tipo percettivo-uditivo** (ad es., coppie minime come d/t), **errori di tipo percettivo-visivo** (ad es., b/d), **errori fonetici** (ad es. ,consonanti geminate) ed **errori morfologici**.

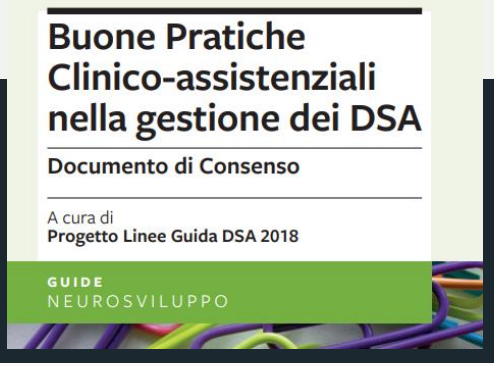
Si suggerisce, inoltre, di tenere in considerazione errori che possono essere indicativi di un mancato riconoscimento dello stimolo: per il compito di lettura, gli errori di assegnazione dell'accento (ad es., /sabàto/); per la scrittura, gli errori di fusione o separazione illegale delle parole (ad es.,*l'ametta) e gli errori nella trascrizione di suoni omofoni (ad es., *scuadra)

BPCA Quesito 1 Analisi delle tipologie di errori di lettura e scrittura per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'apprendimento del linguaggio scritto

Buona Pratica 1.5 (BPCa 1.5)

In coerenza (e parziale integrazione) con quanto già indicato nella Raccomandazione 6.1. della Linea Guida sui DSA (2022), per i **bambini della scuola primaria (6-11 anni)** si suggerisce di **inquadrare l'analisi degli errori all'interno di un'accurata valutazione della competenza linguistica** (ad es., associata a un limitato bagaglio lessicale), delle **competenze percettivo-uditiva e del processing uditivo, percettivo-visiva, attentiva, mnestica e dell'efficienza di elaborazione** (velocità e automatizzazione), per avere indicazioni cliniche sulle componenti coinvolte nelle tipologie di errore osservate, individuare compromissioni in specifici processi «dominio generali» e condizioni di comorbidità che possono incidere sull'esito dei trattamenti proposti

BPCA Quesito 1 Analisi delle tipologie di errori di lettura e scrittura per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'apprendimento del linguaggio scritto



Tipologie di errori comuni per lettura e scrittura

Quando l'errore ortografico deriva dalla **sostituzione di un fonema con un altro** (ad es., minestra/finestra), si parla, genericamente, di **«errori fonologici».** Tuttavia, tramite l'utilizzo di matrici di confusione, è possibile rilevare la maggiore frequenza di errori che coinvolgono fonemi e grafemi simili. In base a tali analisi è stato possibile individuare errori riferibili a specifiche difficoltà nel distinguere fonemi che condividono caratteristiche percettive-uditive (ad es., dono/tono) rispetto a errori che coinvolgono fonemi che si distinguono per caratteristiche come l'orientamento e/o l'asimmetria del grafema corrispondente (ad es., bella/della). Queste osservazioni hanno fatto pensare che, in alcuni casi, la causa del disturbo sia riferibile essenzialmente a meccanismi percettivo-uditivi e a uno scarso sviluppo dell'abilità di discriminazione fonologica tra consonanti fonologicamente simili per luogo e modo di articolazione (le cosiddette «coppie minime»: ad es., /b/ /p/; /f/ /v/; /d/ /t/). In altri casi si rilevano errori che coinvolgono lettere che, nello stampato minuscolo, sono simmetriche, come b, d, p, q, s, z e tali tipi di errori potrebbero rimandare a meccanismi visuo-percettivi deputati alla rilevazione delle asimmetrie. In italiano, molto frequenti sono anche gli «errori fonetici», come la mancanza del raddoppiamento (ad es., pala/palla) o l'errata traduzione dei fonemi /k/ (ad es., chilo > */cilo/) e /g/ (ad es., *digha), oppure le difficoltà nell'utilizzo di grafemi costituiti da più lettere (ad es., sc/gn/gl).

BPCA Quesito 1 Analisi delle tipologie di errori di lettura e scrittura per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'apprendimento del linguaggio scritto

Tipologie di errori specifiche per la lettura

Il corrispettivo, in lettura, di un mancato accesso al lessico ortografico si può cogliere, in una lingua a ortografia trasparente come l'italiano, negli **errori di accentazione delle parole con accento irregolare** (ad es., sabato > */sabàto/) e in altri comportamenti osservabili nei bambini con disturbo di lettura, come **esitazioni, ripetizioni e sillabazioni**, che si possono riferire all'utilizzo di processi sublessicali per la difficoltà di riconoscere la stringa di lettere nel suo insieme. Alcuni autori hanno proposto che alla base delle difficoltà di accesso al lessico possano esserci **disturbi nei processi attentivi e visuo-percettivi**; altre ipotesi fanno riferimento a **processi di automatizzazione deficitari e alla ridotta velocità di elaborazione**, come rilevato dal compito di Rapid Automatized Naming (**RAN**). Infine, è possibile osservare **errori morfologici** (ad es., mandano > mandare) ed **errori di sostituzione di parole funzione** (ad es., presso > spesso), che rimanderebbero a difficoltà nella elaborazione della struttura morfosintattica del testo (da leggere o da scrivere).

BPCA Quesito 1 Analisi delle tipologie di errori di lettura e scrittura per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'apprendimento del linguaggio scritto

Valutazione delle componenti dominio-generali

Per una più accurata verifica dei meccanismi e dei processi coinvolti nel disturbo dell'apprendimento del linguaggio scritto, la letteratura esaminata, in accordo con quanto emerso nella LG 2022 sulla gestione dei DSA (Quesito n. 6, abilità compromesse), sottolinea l'importanza, per i bambini della scuola primaria, di un **assessment adeguato dell'abilità linguistica, della competenza percettivo-uditiva e del processing uditivo, dell'abilità percettivo-visiva, attentiva e mnestica**. Tale approccio diagnostico mira infatti a cogliere, nel profilo di funzionamento, le caratteristiche dei processi dominio-generali che risultano maggiormente coinvolti nelle difficoltà di lettura/scrittura, ma anche a rilevare eventuali quadri di comorbidità che possono incidere sull'esito dei trattamenti proposti.

BPCA Quesito 1 Analisi delle tipologie di errori di lettura e scrittura per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'apprendimento del linguaggio scritto

Raccomandazioni per la ricerca

1.1.R. È necessario incrementare gli studi che verifichino la generalizzabilità alla lingua italiana dei modelli, delle tipologie descrittive e degli indicatori proposti dalla letteratura di riferimento, prodotta principalmente nel contesto anglofono, al fine di migliorare la validità degli strumenti diagnostici e l'adeguatezza dei profili di funzionamento descritti.

1.2.R. Per la valutazione di ragazzi della scuola secondaria di primo e secondo grado, sarebbe auspicabile svolgere ricerche sull'utilità di tecniche di somministrazione delle prove di dettato più ecologiche rispetto alla condizione di soppressione articolatoria, come ad esempio il dettato incalzante.

1.3.R. È auspicabile che si sviluppi, nella ricerca e nella clinica, un sistema condiviso di categorie descrittive e di classificazione degli errori di lettura e di scrittura, che presenti caratteristiche di attendibilità e di validità adeguate, per ottenere trend evolutivi tipici e per migliorare l'inquadramento diagnostico e la definizione di interventi riabilitativi mirati.

BPCa Quesito 2 Valutazione della fluenza di lettura silente nella diagnostica del disturbo di lettura

Premessa

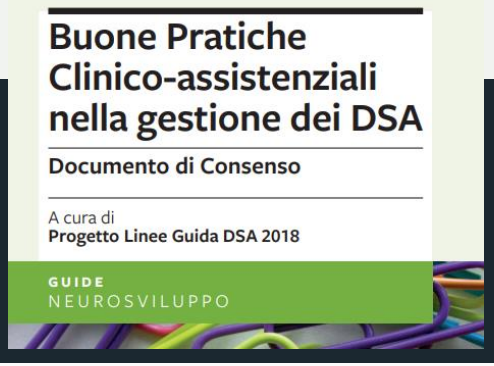
La lettura silente ha destato di recente molto interesse nella comunità scientifica, tanto per **l'importanza che questa modalità di lettura riveste nel percorso scolastico di un individuo**, quanto per la sua centralità nelle attività della vita quotidiana. Occorre inoltre notare che, **soprattutto nei lettori con una buona esperienza di lettura, la lettura silente risulta più rapida di quella ad alta voce.** La lettura silente è la modalità privilegiata di lettura di ogni lettore abile e viene usata quotidianamente, nella maggior parte dei contesti di vita. Di contro, la lettura ad alta voce è privilegiata generalmente solo nei primi anni di insegnamento formale del codice alfabetico, e viene progressivamente abbandonata durante il prosieguo degli studi a favore della modalità silente.

Inoltre, dopo i primi gradi di scuola, **il completamento dei quotidiani compiti didattici richiede buone abilità di lettura silente piuttosto che di lettura orale.** La lettura in modalità silente viene infatti ritenuta la modalità di lettura che meglio garantisce il successo scolastico. La necessità di disporre di strumenti idonei a valutare le abilità di lettura silente nella popolazione scolastica, identificando appropriate misure delle capacità di apprendere i contenuti didattici attraverso tale modalità di lettura, è un'esigenza molto sentita tanto dai ricercatori che dai clinici. Ciò anche in virtù del fatto che la valutazione delle difficoltà di lettura nella popolazione scolastica, effettuata solo attraverso la lettura orale, è ritenuta pienamente affidabile solo nei primi anni di scuola con studi che riportano una riduzione dell'affidabilità del 25% (mancata identificazione di un quarto degli studenti con difficoltà di lettura) già a partire dalla quarta classe della primaria.

BPCa Quesito 2 Valutazione della fluenza di lettura silente nella diagnostica del disturbo di lettura

Nonostante quanto premesso, la lettura silente e i processi cognitivi a essa correlati sono ancora poco studiati dalla ricerca scientifica, e **la misurazione della velocità di lettura ad alta voce è attualmente la modalità di valutazione delle competenze di lettura più frequentemente usata** per gli studenti della scuola primaria e secondaria e per gli studenti universitari. Le difficoltà nel misurare la lettura silente potrebbero spiegare la ridotta quantità di ricerche presenti per questa modalità di lettura rispetto all'ampia mole di ricerche sulla lettura orale. La lettura orale è, infatti, un comportamento direttamente osservabile (overt) e come tale più facilmente misurabile. **La lettura silente è, invece, un processo non osservabile (covert) e occorrono procedure indirette per valutarlo.** Considerata la centralità di tale competenza per lo sviluppo di un adeguato livello di fluenza e comprensione della lettura, sarebbe auspicabile, secondo vari autori, avvalersi di misure di lettura silente valide e standardizzate, da usare tanto nei normolettori, per la valutazione della progressione delle abilità di lettura, che negli studenti con difficoltà di lettura, per dimensionarne la disfunzionalità e allestire programmi di intervento atti a potenziarla.

BPCa Quesito 2 Valutazione della fluenza di lettura silente nella diagnostica del disturbo di lettura



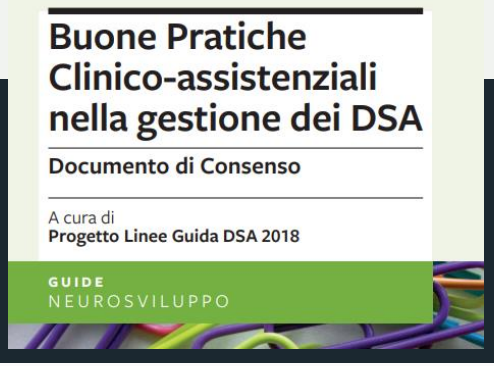
Buona Pratica 2.1 (BPCa 2.1)

Per la **popolazione di studenti più grandi** (secondaria di primo e secondo grado) si suggerisce di avvalersi, a integrazione della valutazione diagnostica delle abilità di lettura ad alta voce, di strumenti di valutazione standardizzati e validati in lingua italiana, idonei a fornire **misure oggettive della lettura in modalità silente in termini di rapidità (sillabe/secondo o parole/minuto)**, considerato che, in questa fascia di scolarità, il completamento dei quotidiani compiti didattici è dipendente dalle abilità di lettura silente più che da quelle di lettura ad alta voce.

Buona Pratica 2.2 (BPCa 2.2)

Per studenti della scuola secondaria che, pur raggiungendo i valori soglia previsti per la lettura ad alta voce, presentano difficoltà in attività scolastiche mediate dal testo scritto, si suggerisce, accanto a un'approfondita valutazione delle competenze cognitive e linguistiche, di avvalersi nella valutazione diagnostica anche di una **prova di lettura silente**, dal momento che si tratta di un'abilità dotata di importanti implicazioni sulla comprensione del testo, sull'ampiezza del vocabolario e, più in generale, sulla progressione accademica.

BPCa Quesito 2 Valutazione della fluenza di lettura silente nella diagnostica del disturbo di lettura



Raccomandazioni per la ricerca

2.1.R. In ragione delle ricadute della lettura silente sul percorso scolastico-accademico, la ricerca dovrebbe dare risalto allo studio delle sue caratteristiche neuropsicologiche e alla definizione precisa del suo utilizzo clinico (assessment di soggetti con difficoltà di lettura).

2.2.R. Sarebbe auspicabile ampliare la gamma di strumenti standardizzati, in lingua italiana, atti a valutare le abilità di lettura silente, estendendoli a tutti i livelli della scuola secondaria (mancano attualmente in Italia, a differenza di altri Paesi, prove standardizzate per studenti al di sotto dei 16 anni di età) al fine di integrare la valutazione diagnostica delle abilità di lettura ad alta voce.

2.3.R. È utile implementare l'uso della lettura silente nella valutazione delle abilità di lettura di soggetti con turbe del ritmo o dell'articolazione dell'eloquio (stuttering, disartria, ecc.); essi infatti non possono essere accuratamente studiati con prove di lettura proposte esclusivamente in modalità orale in ragione dell'impatto del disturbo dell'eloquio sulla fluenza di tale modalità di lettura

La lettura silente, affrancando la lettura dalla necessità di organizzare l'output articolatorio-verbale, supera il tetto imposto alla lettura orale dalla velocità articolatoria, perché potenzia i processi di riconoscimento top-down semanticamente guidati, rispetto a quelli bottom-up fonologicamente guidati. A oggi, l'unico test disponibile in lingua italiana riguarda la **fascia d'età 16-30 anni** ed è contenuto all'interno di una batteria di prove differenti che valutano l'efficienza del processo di lettura ad alta voce e in modalità silente, le abilità di scrittura e comprensione del testo in adolescenti e giovani adulti.

Il test propone una prova originale di lettura silente di un brano contenente alcune istruzioni che il lettore deve eseguire mentre legge. Le istruzioni chiedono al lettore di eseguire azioni, o di pronunciare qualcosa. Le istruzioni sono state realizzate in modo che il soggetto testato debba leggere tutte le frasi presenti nella prova, così che l'esaminatore possa registrare l'effettivo valore di tempo attribuito alla lettura del testo, per poterla esprimere, successivamente, in sillabe al secondo. Nei normolettori la velocità di lettura nella mente, espressa in sillabe al secondo, risulta nettamente più alta della velocità di lettura ad alta voce e che le traiettorie di sviluppo della velocità di lettura sono differenti tra lettura orale e lettura silente. La velocità di lettura in modalità silente tende, infatti, ad aumentare fino agli ultimi anni di università, a differenza della velocità di lettura ad alta voce.Gli autori concludono che è importante includere anche la lettura silente tra le prove di valutazione delle abilità di lettura per la sua validità ecologica e per il fatto che ha una migliore sensibilità per adolescenti e adulti rispetto alla lettura orale.

L’effetto ceiling (soffitto) sembra essere presente solo in lettura orale. Tale effetto consiste nell’impossibilità di superare il limite imposto dalla velocità fono-articolatoria alla lettura ad alta voce. In altre parole, non è possibile superare, mentre si legge ad alta voce, la velocità dell’eloquio. La lettura silente, invece, non risente dell’effetto ceiling e continua ad aumentare in velocità anche dopo la conclusione della secondaria di secondo grado.

La lettura in modalità silente potrebbe essere più o meno vantaggiosa ai fini della comprensione del testo sulla base di variabili linguistiche, agevolando prevalentemente i soggetti con difficoltà fonologiche rispetto a quelli con difficoltà lessicali

NUOVA LG DSA (2021): Quesito n.2

Comprensione del testo (diagnosi)

In bambini/ragazzi in età scolare, quali sono i criteri e le procedure diagnostiche per accertare il Disturbo di Comprensione del testo?

Premessa:

Le raccomandazioni si basano sull'analisi di una letteratura disomogenea in termini di: 1) popolazione presa in esame, che risulta eterogenea in termini di caratteristiche linguistiche, età e livello scolastico; 2) criteri di selezione dei partecipanti; 3) prove utilizzate per la valutazione degli esiti. Questo ha richiesto in alcuni casi di interpretare le conclusioni al di là dei risultati presenti in letteratura.

Nella definizione di questo disturbo **si è omesso l'uso dell'aggettivo specifico**, nonostante, come negli altri disturbi dell'apprendimento, si riconosca che le manifestazioni del disturbo non sono la conseguenza di una compromissione cognitiva, di problemi più generali di linguaggio o di altri fattori di esclusione. Il disturbo di comprensione ha caratteristiche distinguibili rispetto al disturbo di decodifica, e **può definirsi tale quando non è la conseguenza di una compromissione nella decodifica**. Il disturbo di comprensione può comportare compromissioni nel linguaggio orale. La prestazione nelle prove di linguaggio orale si attesta tuttavia in una fascia che può essere definita medio-bassa e quindi le difficoltà riscontrate sono di minore entità rispetto al livello di difficoltà che si osserva nelle prove di comprensione del testo. **È importante quindi valutare il rapporto delle difficoltà nella comprensione del testo scritto rispetto ad un più generale disturbo del linguaggio.** Per ridurre il ruolo della variabilità nell'acquisizione di abilità strumentali di lettura (decodifica) si suggerisce che la **diagnosi di un disturbo di comprensione venga posta a partire dalla terza primaria**.

NUOVA LG DSA (2021): Quesito n.2
Comprensione del testo (diagnosi)

In bambini/ragazzi in età scolare, quali sono i criteri e le procedure diagnostiche per accertare il Disturbo di Comprensione del testo?

Raccomandazione clinica 2.1 (condizionata/molto bassa)

Si suggerisce, ai fini della diagnosi di un disturbo di comprensione del testo, di utilizzare come indicatore psicometrico un cut-off pari al 10° percentile nell'interpretazione degli esiti delle prove di comprensione.

Raccomandazione clinica 2.2 (forte/molto bassa)

Si raccomanda, di utilizzare almeno due prove per valutare la comprensione del testo, i cui esiti devono essere omogenei (in entrambe le prove la prestazione deve essere inferiore al 10°).

NUOVA LG DSA (2021): Quesito n.2
Comprensione del testo (diagnosi)

In bambini/ragazzi in età scolare, quali sono i criteri e le procedure diagnostiche per accertare il Disturbo di Comprensione del testo?

Raccomandazione clinica 2.3 (forte/molto bassa)

Nella valutazione della comprensione del testo si raccomanda di utilizzare prove indipendenti di decodifica e di comprensione del testo. L'utilizzo della stessa prova potrebbe suggerire, in maniera fuorviante, un problema anche nella decodifica in bambini con problemi di comprensione del testo e viceversa.

Raccomandazione clinica 2.4 (condizionata/molto bassa)

Si suggerisce, ai fini della diagnosi di un disturbo di comprensione del testo, di utilizzare i seguenti tipi di prove: prove di lettura di liste di parole e prove di lettura di liste di non-parole, al fine di escludere la presenza di un problema anche nella lettura come decodifica. Nel caso in cui sia compromessa anche la decodifica (in una delle prove summenzionate) si raccomanda di proporre prove che valutino la comprensione da ascolto. Nel caso in cui la prestazione nella prova di comprensione da ascolto sia adeguata, va esclusa la presenza di un disturbo di comprensione.

NUOVA LG DSA (2021): Quesito n.2
Comprensione del testo (diagnosi)

In bambini/ragazzi in età scolare, quali sono i criteri e le procedure diagnostiche per accertare il Disturbo di Comprensione del testo?

Raccomandazione 2.5 (forte/media)

Si raccomanda di approfondire il profilo del disturbo analizzando la prestazione in prove che valutano il vocabolario (recettivo o espressivo), la comprensione sintattica e grammaticale e di processi di base quale la memoria di lavoro verbale. Nel caso in cui la compromissione riguardi in maniera generalizzata tutte queste componenti è opportuno valutare il profilo linguistico.

Raccomandazione 2.6 (forte/bassa)

Si raccomanda di includere una misura di ragionamento non verbale, per assicurarsi che le basse competenze nella comprensione del testo non dipendano da difficoltà più generali. È, infatti, possibile attendersi che usando esclusivamente prove di natura linguistica il punteggio in alcuni sub-test possa essere nella fascia medio bassa. In presenza di punteggi al di sotto di quanto atteso per età nel ragionamento non verbale, si raccomandadi non assegnare una diagnosi di disturbo di comprensione.

NUOVA LG DSA (2021): Quesito n.2
Comprensione del testo (diagnosi)

In bambini/ragazzi in età scolare, quali sono i criteri e le procedure diagnostiche per accertare il Disturbo di Comprensione del testo?

Raccomandazioni per la ricerca

La letteratura esaminata suggerisce l'importanza di approfondire:

1) in maniera sistematica l'influenza dei criteri di selezione adottati in relazione al livello di comprensione sul profilo linguistico e cognitivo dei bambini con problemi di comprensione del testo;

2) l'efficacia degli interventi a breve e a lungo termine in funzione della conferma della diagnosi;

3) la gerarchia di abilità associate ad un problema nella comprensione del testo;

4) anche nel contesto italiano, quanto le caratteristiche delle prove di comprensione utilizzate possano avere un ruolo nel determinare il profilo di difficoltà degli studenti con problemi di comprensione del testo;

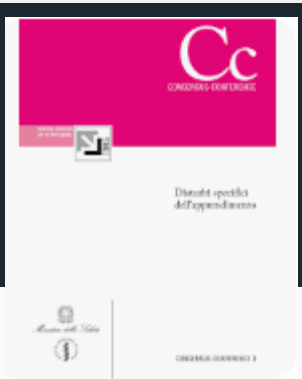
5) il rapporto con i disturbi che riguardano lo sviluppo del linguaggio;

6) il profilo intellettivo di studenti con disturbi di comprensione del testo così come è già stato fatto per altri disturbi dell'apprendimento

7) la relazione con gli altri disturbi di apprendimento.

DISORTOGRAFIA (DSM 5 315.2, ICD 10 F81.1, ICD 11 6 A03.1) E DISGRAFIA (DSM-5 315.4, ICD 10 F82 o F81.8,

Quesito A2: Quali sono i parametri da utilizzare per la valutazione delle prestazioni di lettura, ortografia/compitazione e calcolo?



A2.4 Utilizzare il parametro della correttezza nei test standardizzati (non ci sono indicazioni sull'utilizzo del parametro rapidità nella valutazione della componente ortografica (si veda per aggiornamento quesito 3 BPCa Profilo funzionale delle difficoltà di espressione scritta)

A2.5 Ricorrere all'analisi qualitativa degli errori quale ulteriore fonte di informazione per orientare la diagnosi (si veda per aggiornamento quesito 1 BPCa Analisi delle tipologie di errori di lettura e scrittura per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'apprendimento del linguaggio scritto)

BPCA Quesito 1 Analisi delle tipologie di errori di lettura e **scrittura** per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'apprendimento del linguaggio scritto

Tipologie di errori specifiche per la scrittura

Per la scrittura è possibile individuare un terzo tipo di errori, cioè gli **errori «non-fonologici»**, che si riferiscono alla traduzione errata dei suoni omofoni (ad es., /ku/: cuoco, quota) e alla separazione o alla fusione illegale tra, ed entro, le parole (ad es., l'ago/lago, insieme > in-*sieme).

In questi casi si tratterebbe di una difficoltà nel recupero della forma globale della parola dal lessico ortografico. Per avere l'opportunità di cogliere le diverse tipologie di errore, è necessario somministrare prove che siano adeguate al livello di scolarizzazione dei bambini/ragazzi esaminati, in relazione al tipo di abilità considerata.

Per quanto riguarda la valutazione della correttezza ortografica in studenti della scuola primaria e secondaria di primo grado, la **dettatura di brano, la dettatura di liste di parole e di liste di non-parole in condizioni usuali possono essere sufficientemente sensibili per cogliere la presenza di eventuali disturbi.**

Tuttavia, con l'aumentare dell'automatizzazione delle abilità di transcodifica, per le **classi della secondaria di secondo grado e per i giovani adulti** risultano più indicate modalità di somministrazione dei compiti di scrittura che permettano di cogliere l'effettivo utilizzo delle rappresentazioni lessicali rispetto alla segmentazione fonologica. **La dettatura di liste di parole e di non-parole in condizione di soppressione articolatoria può fornire indicazioni più rilevanti rispetto alle condizioni normali**, particolarmente nei casi che risultano borderline alle prove in condizioni standard. Potrebbe inoltre essere particolarmente **utile confrontare la correttezza rilevata in un brano scritto sotto dettatura rispetto a un testo prodotto dal bambino/ragazzo.**

NUOVA LG DSA (2021):
Quesito n.5 Disgrafia (diagnosi)

Quali criteri/parametri sono necessari per porre diagnosi di disgrafia e quali strumenti sono più sensibili per rilevare la sua presenza?

Premessa

In letteratura la valutazione della grafia si riferisce esclusivamente all'allografo corsivo. Sebbene quindi le raccomandazioni concernano il corsivo appare evidente che la disgrafia sia un sintomo che investe, indipendentemente dall'allografo utilizzato, la scrittura a mano. La presenza di difficoltà nell'utilizzo di allografi il cui controllo grafomotorio è meno complesso di quello richiesto per il corsivo dovrebbe essere oggetto di particolare attenzione da parte dei clinici, perché indice di una difficoltà più severa.

Una seconda premessa riguarda il fatto che in letteratura vengono indicate per la diagnosi di disgrafia sia misure ottenute con test carta e matita, grazie ad un'analisi del prodotto nelle sue componenti di leggibilità e di velocità esecutiva, sia misure ricavate dall'analisi del processo, cioè della dinamica della scrittura, ottenute attraverso l'utilizzo di tavolette e penne digitali che consentono, con un apposito software di analisi, la registrazione delle coordinate x/y della penna, mentre quest'ultima viene mossa sulla carta. Penne dotate di sensori consentono inoltre la registrazione della pressione esercitata sullo strumento. Va peraltro osservato come queste ultime misure stiano entrando solo negli ultimi anni nella pratica clinica e, quindi, nel formulare le raccomandazioni si è tenuto conto del fatto che questo tipo di strumentazione potrebbe non essere ancora disponibile presso tutti i centri clinici (benchè ciò appaia certamente auspicabile).

NUOVA LG DSA (2021):
Quesito n.5 Disgrafia (diagnosi)

Quali criteri/parametri sono necessari per porre diagnosi di disgrafia e quali strumenti sono più sensibili per rilevare la sua presenza?

Un'ulteriore premessa alle raccomandazioni che seguono consiste nel tener bene a mente che in base a quanto noto è possibile affermare che una mancata automatizzazione della scrittura a mano a livello grafo-motorio interferisce con gli altri processi di livello ortografico e compositivo (pianificazione di frasi e testi), consumando risorse cognitive e di memoria di lavoro. Di contro processi ortografici controllati con difficoltà, si ripercuotono a livello grafo-motorio incidendo sulla velocità d'esecuzione e sulla realizzazione grafica delle lettere**.**

Raccomandazione clinica 5.1 (forte/buona)

Tempi per la diagnosi. Si raccomanda di assumere un atteggiamento diagnostico cauto di fronte alla presenza di difficoltà di scrittura a mano, soprattutto in corsivo, nei primi due anni di scolarizzazione, segnalandone la presenza a genitori e insegnanti a partire dalla fine della seconda classe di scuola primaria ma attendendo il termine della terza classe di scuola primaria per porre diagnosi di disgrafia.

NUOVA LG DSA (2021):
Quesito n.5 Disgrafia (diagnosi)

Quali criteri/parametri sono necessari per porre diagnosi di disgrafia e quali strumenti sono più sensibili per rilevare la sua presenza?

Raccomandazione clinica 5.2 (forte/buona)

Si raccomanda di effettuare la diagnosi di disgrafia attraverso test carta e matita, adottando cautela nell'interpretazione dei dati ed integrandola appena possibile con l'analisi del processo, attraverso l'uso di tavolette grafiche e penne digitali.

Raccomandazione clinica 5.3 (forte/buona)

Parametri per la diagnosi, nella scrittura a mano con test carta e matita. Nella valutazione della leggibilità si raccomanda, per indagare la scrittura corsiva a mano, di utilizzare test che considerino più di un indice, in particolare quelli che hanno mostrato un valore discriminante maggiore (allineamento al margine sinistro, spazio tra parole, collisione tra lettere, inconsistenza della misura delle lettere, misure incoerenti fra lettere con e senza estensione, distorsione di lettere, scorrette direzioni nella realizzazione del movimento) e di analizzare diversi campioni di scrittura (tipologie di scritti) tratti dai compiti fatti a scuola e a casa.

Raccomandazione clinica 5.4 (condizionata/buona)

Parametri per la diagnosi, nella scrittura a mano con test carta e matita. Nella valutazione della velocità si suggerisce cautela nell'interpretazione di tale parametro, che non sempre risulta discriminare una scrittura disgrafica, integrandolo appena possibile con il parametro della fluenza.

NUOVA LG DSA (2021):
Quesito n.5 Disgrafia (diagnosi)

Quali criteri/parametri sono necessari per porre diagnosi di disgrafia e quali strumenti sono più sensibili per rilevare la sua presenza?

Raccomandazione clinica 5.5 (condizionata/buona)

Parametri per la diagnosi, nella scrittura a mano con test carta e matita. Si suggerisce, nella valutazione di una disgrafia (analizzata nel corsivo), di interpretare i dati considerando le seguenti variabili: tipo di compito utilizzato (scrittura dell'alfabeto, di parole, di frasi, di numeri), modalità di richiesta (copia, autodettato, testo autogenerato), istruzioni date ("scrivi meglio che puoi", "scrivi come di solito", "scrivi più veloce che puoi").

Raccomandazione clinica 5.6 (condizionata/media)

Valutazione della abilità sottese. Si suggerisce di non utilizzare i soli compiti di copia di figure geometriche e di compiti di integrazione visuomotoria per la diagnosi della disgrafia, poiché i test di cui disponiamo per la valutazione di queste abilità non sempre mostrano una correlazione sufficientemente forte con le competenze grafo-motorie della scrittura.

Raccomandazione clinica 5.7 (condizionata/buona)

La frequente co-occorrenza di disgrafia e disortografia è tale da suggerire di includere nel protocollo di valutazione di una sospetta scrittura disgrafica anche prove atte a valutare la funzionalità dei processi ortografici propri della lingua scritta.

NUOVA LG DSA (2021):
Quesito n.5 Disgrafia (diagnosi)

Quali criteri/parametri sono necessari per porre diagnosi di disgrafia e quali strumenti sono più sensibili per rilevare la sua presenza?

Raccomandazione clinica 5.8 (condizionata/media)

Disgrafia e DCD. La frequente associazione tra disgrafia e disturbo dello sviluppo della coordinazione (DCD) è tale da suggerire un approfondimento delle competenze motorie qualora il quadro anamnestico e/o il giudizio clinico e/o i risultati ottenuti alle check-list per le difficoltà motorie lo richiedano.

Raccomandazioni per la ricerca

Dall'analisi della letteratura si profila il seguente obiettivo di ricerca: É importante raccogliere più dati relativi all'analisi del processo della scrittura, arrivando alla messa a punto di software di gestione dell'uso di tavolette grafiche e penne digitali, corredati da una standardizzazione per la ortografia italiana.

BPCa Quesito 3 Profilo funzionale delle difficoltà di espressione scritta

Le più recenti classificazioni sottolineano l'importanza di valutare più aree di apprendimento, definendo una sola categoria omnicomprensiva con specificatori per indicare l'area/le aree di compromissione (lettura, scrittura, calcolo), così come le componenti all'interno di ciascun apprendimento.

Per la scrittura si precisa che il deficit nell'espressione scritta può collocarsi a livello di accuratezza ortografica (spelling), grammaticale e di punteggiatura, oltre che di **chiarezza nell'organizzazione del pensiero scritto** (DSM-5 E ICD 11). In sostanza, è importante valutare sia i processi di base, o di trascrizione (ortografia e grafia) che quelli più maturi di organizzazione, produzione e revisione del testo.

NB L.170/10 riconosce come disturbi della scrittura solo disortografia e disgrafia, circoscrivendo le difficoltà di scrittura a questi due ambiti.

Le BPCA hanno l'obiettivo di dare indicazioni per una corretta valutazione delle difficoltà di composizione del testo scritto (che in ogni caso si inscrive tra i BES), a partire dall'indicazione di cominciare a pensare alla scrittura come un tutto da analizzare in cui anche una attenta valutazione della capacità di produrre un testo diventa necessaria, e che tutte le componenti della scrittura interagiscono tra loro.

Per quanto riguarda l’abilità di comporre un testo, **l’unico indicatore attualmente presente nelle batterie italiane è quello della LUNGHEZZA DELLA COMPOSIZIONE SCRITTA, espresso in numero di frasi e/o parole prodotte.**

Buona pratica 3.1 (BPCa 3.1)

Nella valutazione clinica della competenza compositiva si suggerisce, visti gli strumenti standardizzati attualmente disponibili in Italia, di misurare la lunghezza dell'elaborato scritto, misurando il numero di frasi e/o di parole prodotte.

Gli altri parametri che concorrono nella valutazione, ma di cui non si dispongono strumenti di misura, vengono elencati nelle raccomandazioni per la ricerca.

Erickson

BPCa 3.2

Accanto alle abilità specifiche si è constatato che anche il ruolo delle competenze dominio-generali è rilevante e, dunque, si suggerisce di valutare la funzionalità di abilità che indirettamente partecipano a questa attività, quali:

- alcune componenti linguistiche, come l'ampiezza del vocabolario e la fluenza nella costruzione della frase;
- alcune dimensioni delle funzioni esecutive, quali la memoria di lavoro, l'attenzione, la pianificazione;
- le abilità intellettive e metacognitive, e la motivazione.

L'efficienza e il grado di competenza raggiunto nelle funzioni linguistiche, attentive e mnestiche va accertato per verificare che l'origine della difficoltà non derivi da un problema di linguaggio o da una difficoltà di regolazione dell'attenzione o ancora da una debolezza nella memoria di lavoro, considerando la frequente co-occorrenza con altri disturbi del neurosviluppo (DPL, ADHD, dislessia).

Si suggerisce di riservare particolare attenzione alla funzionalità della memoria di lavoro, considerata la centralità di tale funzione nel sostenere i processi coinvolti nella produzione di un testo così come nella globalità dell'attività di scrittura.

Va anche escluso che le difficoltà nella produzione di un testo possano dipendere da una limitazione intellettiva globale.

Erickson

BPCa 3.3

In presenza di studenti con difficoltà grafo-motorie e/o ortografiche, potrebbe rivelarsi utile operare due confronti di natura qualitativa:

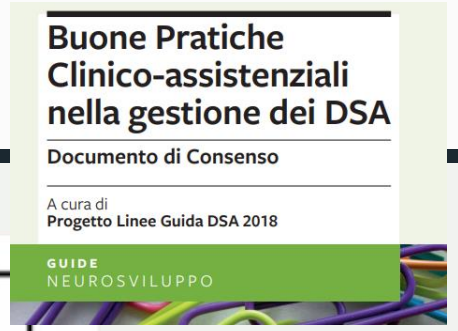
1. un primo confronto tra la capacità di composizione del testo scritto con quella di narrazione orale. La trascrizione del prodotto orale di uno studente con disgrafia e/o disortografia può quindi essere confrontata con il prodotto scritto dallo stesso studente per verificare l'eventuale presenza di discrepanza nel numero di parole, nella varietà lessicale utilizzata, e negli indici morfosintattici;
2. un secondo confronto tra testo scritto a mano e testo elaborato con videoscrittura con correttore ortografico, tenendo in debito conto anche il grado di istruzione e di automatizzazione d'uso raggiunto in quest'ultima, con l'obiettivo di osservare quanto la componente ortografica interviene nelle difficoltà osservate.

Erickson

BPCa 3.4

La difficoltà nella composizione del testo andrebbe considerata a partire dalla classe quarta primaria, così da tenere in debito conto i tempi evolutivi per lo sviluppo delle diverse competenze connesse al suo apprendimento, mentre le componenti strumentali di base, quali la grafo-motricità e il meccanismo di conversione fonema-grafema, sono apprendimenti la cui disfunzionalità si evidenzia fin dal primo ciclo della scuola primaria, come anche la difficoltà a comporre brevi frasi descrittive o narrative, esplorabile a partire dalla classe terza.

Erickson

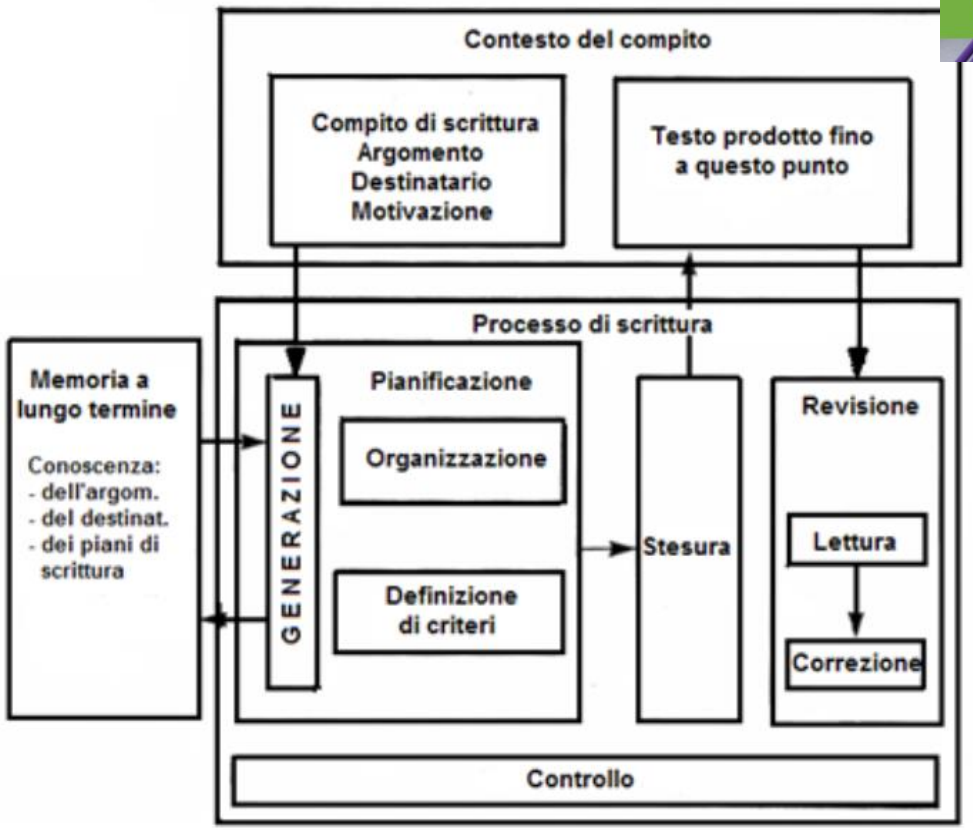


BPCa Quesito 3

Basi teoriche:

Modello di Hayes e Flowers, 1980

Descrive la capacità compositiva di scrittori esperti, quindi non considera le abilità di trascrizione, e identifica tre principali componenti: pianificazione, stesura, revisione.



Modello del processo di scrittura. Da J.R. HAYES, L. S. FLOWER, Identifying the organization of writing processes, in L. W. GREGG, E. R. STEINBERG (a cura di), Cognitive processes in writing, Hillsdale, Lawrence Erlbaum, 1980.

BPCa Quesito 3

Basi teoriche:

Modello di Berninger et al, 2002-2003

«Simple View of Writing»

Si focalizza sulla natura evolutiva della competenza, e su cosa cambia in questo apprendimento durante la sua maturazione. Ruolo centrale della WM (che include l'attivazione della MBT e della MLT).

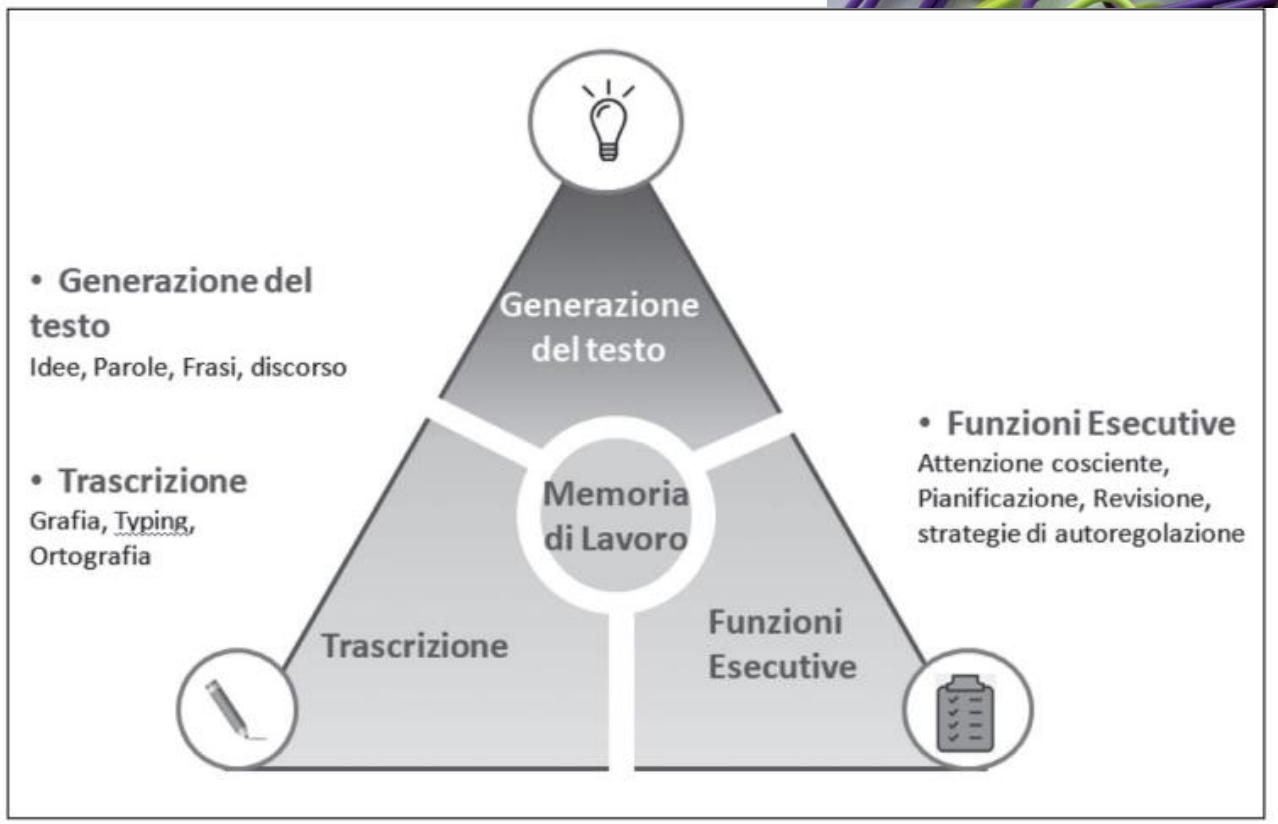


Figura 3.1 Componenti che partecipano all'attività compositiva.[11]

BPCa Quesito 3 Profilo funzionale delle difficoltà di espressione scritta

Scrittori giovani: rudimentale preparazione rispetto all'attività di riflessione e pianificazione PRIMA di iniziare a scrivere, scarsa revisione del testo (quindi durante e DOPO), immatura capacità di generazione del testo (produzione mentale del messaggio da scrivere) e di traduzione dell'idea/messaggio in testo scritto. Queste funzioni esecutive sono all'inizio sostenute da insegnanti e genitori; dalla IV classe primaria le sempre maggiori capacità di autoregolazione permettono alle FE di svolgere un ruolo sempre più significativo nel processo di scrittura, man mano che la trascrizione diventa più automatica.

BPCa Quesito 3 Profilo funzionale delle difficoltà di espressione scritta

Comorbidità con difficoltà di scrittura

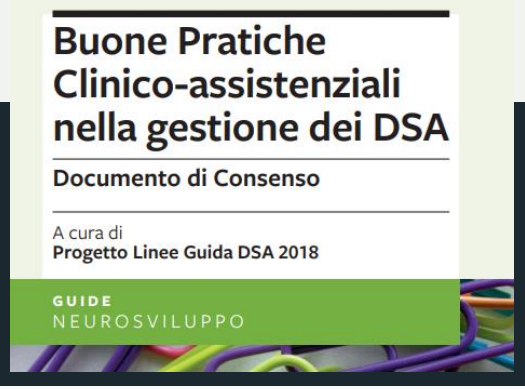
Dislessia

Disturbo di linguaggio

DCD

ADHD

BPCa Quesito 3 Profilo funzionale delle difficoltà di espressione scritta

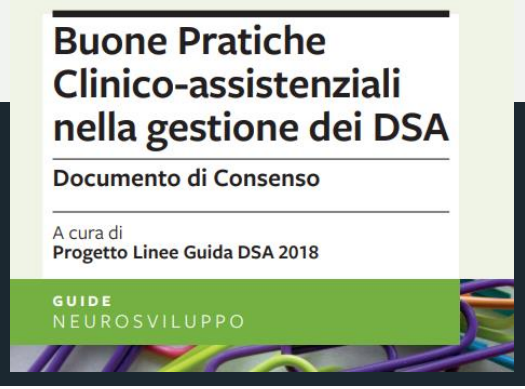


Oltre a valutare le competenze di base (grafia e ortografia), è necessario procedere anche

- ad una misura della QUALITA' DELLO SCRITTO, ovvero il GRADO DI IDEAZIONE in termini di ricchezza, spessore e chiarezza delle idee, e la loro TRADUZIONE nel testo prodotto (controllo della grammatica, sintassi, punteggiatura, ricchezza nel vocabolario, organizzazione delle idee in progressione logica…)
- Ad una valutazione degli elementi che caratterizzano il genere di scrittura
- Alla valutazione del grado di autoefficacia percepito nel produrre un testo scritto, che ha una ricaduta sulla motivazione e disponibilità a ripetere l'esperienza
- Ad una analisi delle dimensioni dominio-specifiche ma anche dominio-generale
- Ad una presa d'atto delle variabili di contesto (es.tipo di indicazioni fornite a scuola, livello socioculturale di provenienza)

Allo stato attuale la comprensione delle linee evolutive rispetto a come si apprende a scrivere non è completa, ma è chiaro che si tratta di un processo complesso caratterizzato da numerose competenze, che evolvono in tempi diversi e con tempi diversi.

BPCa Quesito 3 Profilo funzionale delle difficoltà di espressione scritta



Sarebbe auspicabile sviluppare ulteriori strumenti di valutazione che tengano in considerazione le seguenti aree:

1) Rispetto delle regole morfosintattiche

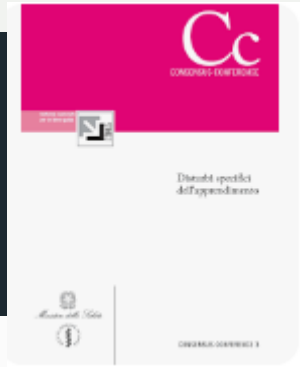
2) Capacità di traduzione dei pensieri/idee in frasi

3) Capacità metacognitive e di revisione del testo

Inoltre, possibile sviluppo di questionari che informino sulla propensione dello studente rispetto alla lettura e sul tipo di didattica di cui lo studente ha fruito

DISCALCULIA (DSM-5 315.1, ICD 10 F81.2, ICD 11 6 A03.2)

Quesito A2: Quali sono i parametri da utilizzare per la valutazione delle prestazioni di lettura, ortografia/compitazione e calcolo?

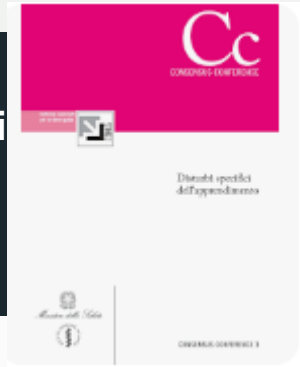


A2.6 Considerare i parametri di accuratezza e rapidità nelle abilità aritmetiche

A2.7 Utilizzare l'analisi quantitativa degli errori quale ulteriore fonte di informazione, che può aiutare a orientare la diagnosi in particolare nei casi dubbi.

Non si sa ancora con certezza quale sia l'alterazione caratteristica della discalculia nell'esecuzione di abilità aritmetiche (rapidità o accuratezza?) e quindi è necessario ricorrere ad entrambi i parametri.

Quesito A3: Quali tipi di prove e quali indici psicometrici è opportuno utili valutazione di lettura, ortografia/compitazione e **calcolo** nei DSA?



A3.7 Utilizzare prove per valutare specifiche abilità (fatti aritmetici, padronanza di abilità fondamentali come addizioni, sottrazioni, moltiplicazioni; lettura e scrittura di numeri; confronto di quantità; abilità di conteggio)

A3.8 Utilizzare prove per valutare competenze come la memoria e le abilità visuospaziali, che sostengono e/o facilitano l'acquisizione degli apprendimenti aritmetici

NUOVA LG DSA (2021): Quesito n.4

Competenze matematiche nel disturbo del calcolo

Quali competenze matematiche e quali processi cognitivi devono risultare deficitari per porre diagnosi e per descrivere il profilo funzionale in bambini e ragazzi in età scolare con disturbo specifico del calcolo? (difficoltà nel ragionamento matematico e nella soluzione dei problemi, rappresentazione di quantità, memoria di lavoro)

Raccomandazione 4.1 (forte)

Si raccomanda di utilizzare prove che costituiscono le basi strumentali per l'apprendimento di conoscenze avanzate di matematica. Le conoscenze avanzate di matematica, rappresentando conoscenze disciplinari, non possono costituire oggetto di indagine ai fini diagnostici.

NUOVA LG DSA (2021): Quesito n.4
Competenze matematiche nel disturbo del calcolo

Raccomandazione 4.2 (forte)

Si raccomanda di porre diagnosi di disturbo specifico del calcolo valutando le seguenti competenze:

- Elaborazione di quantità simboliche
- Abilità di transcodifica di numeri (lettura e scrittura di numeri)
- Ragionamento numerico (riferito ad abilità di seriazione e inferenze basate su relazioni numeriche e NON alla soluzione di problemi aritmetici)
- Recupero dei fatti aritmetici (calcolo semplice automatizzato)
- Calcolo mentale e calcolo scritto elementare (addizioni, sottrazioni e moltiplicazioni)

NUOVA LG DSA (2021): Quesito n.4
Competenze matematiche nel disturbo del calcolo

Raccomandazione 4.3 (buona pratica clinica)

Si raccomanda di porre diagnosi di disturbo specifico del calcolo:

- A partire dalla classe terza della scuola primaria
- Ove si riscontri una prestazione lenta e/o inaccurata in <u>almeno la metà</u> delle competenze elencate nella raccomandazione 4.2
- Applicando il criterio di persistenza che, almeno in caso di prima diagnosi, può esplicitarsi come resistenza ad interventi psicoeducativi o specialistici

NUOVA LG DSA (2021): Quesito n.4
Competenze matematiche nel disturbo del calcolo

Raccomandazione 4.4 (condizionata)

In presenza di difficoltà nella soluzione di problemi aritmetici (problem solving) si suggerisce di porre diagnosi di disturbo specifico del calcolo **solo se si riscontrano deficit in almeno metà (vedi Raccomandazione 4.3) delle competenze descritte nella Raccomandazione 4.2**, specificando nel profilo funzionale le aree di difficoltà

NUOVA LG DSA (2021): Quesito n.4
Competenze matematiche nel disturbo del calcolo

Raccomandazione 4.5 (condizionata)

Si suggerisce di fare riferimento anche agli indici già disponibili nella valutazione clinica derivati dalla misurazione multi-componenziale dell'intelligenza per giungere ad una diagnosi funzionale del disturbo che tenga conto dei processi dominio-generali che la letteratura indica frequentemente come deficitari (e.g.velocità di elaborazione e memoria di lavoro)

NUOVA LG DSA (2021): Quesito n.3
Quantità simboliche e non nel disturbo di calcolo (diagnosi)

Il riconoscimento di quantità simboliche e non-simboliche e le funzioni esecutive sono deficitarie in bambini e ragazzi in età scolare con disturbo specifico del calcolo?

Raccomandazione clinica 3.1 (forte/buona)

Nella pratica clinica si raccomanda cautela nel porre diagnosi di discalculia evolutiva attraverso il solo utilizzo di prove di rappresentazione di quantità non simboliche. **Accuratezza e tempi di risposta in prove di rappresentazione di quantità non simboliche non risultano discriminative di gruppi con discalculia, al contrario di ciò che emerge per i tempi di risposta nell'elaborazione di quantità simboliche.**

Raccomandazione clinica 3.2 (forte/buona)

Rispetto ai processi dominio generale (e.g., memoria di lavoro e funzioni esecutive), anch'essi possono essere oggetto di valutazione per la diagnosi di discalculia evolutiva. Si raccomanda, tuttavia, di non interpretare cadute in tali aree come indicative ed esclusive di bambini che presentano un disturbo specifico del calcolo, perché riscontrabili anche in altri disturbi del neurosviluppo.

La letteratura evidenzia frequenti fragilità nella velocità di elaborazione, nella memoria di lavoro, e nelle funzioni esecutive. Tuttavia, né prove di rappresentazione non simbolica e simbolica, né prove di tipo dominio-generali (memoria di lavoro, velocità di elaborazione e funzioni esecutive) si configurano come un core deficit o sono necessariamente presenti nel profilo di ogni caso con discalculia evolutiva. In altre parole, **la discalculia evolutiva sembra caratterizzata da cadute sia di tipo dominio generale (e.g., memoria di lavoro e funzioni esecutive), sia dominio specifico (e.g., velocità nel confronto di numeri arabici).** Tali cadute sembrano inoltre variare in funzione della presenza di comorbilità, della severità del disturbo, e dei criteri (in termini di cut-off e tipologia di prove) utilizzate per la diagnosi.

NUOVA LG DSA (2021): Quesito n.3

Quantità simboliche e non nel disturbo di calcolo (diagnosi)

Raccomandazione clinica 3.3 (condizionata/media)

Ai fini di un inquadramento più completo, si suggerisce di considerare la **presenza di comorbilità con altri disturbi del neurosviluppo e/o con problematiche emotive e di tener conto di variabili del contesto in termini di fattori di rischio e di protezione.** Tali fattori potrebbero infatti influenzare la scelta della tipologia di intervento. I risultati della letteratura internazionale indicano chiaramente che il disturbo specifico del calcolo (discalculia) e della lettura (dislessia) pur essendo disturbi distinti, possono presentarsi in co-occorrenza e condividere deficit in alcuni domini cognitivi. In letteratura sono stati anche individuati studi che hanno confrontato casi con disturbo specifico del calcolo (discalculia) con altri disturbi del neurosviluppo (es. ADHD, DSL). I dati disponibili, dunque, indicano che durante il processo diagnostico, non si può prescindere dal considerare aspetti quali la comorbilità e variabili del contesto intese come fattori di rischio e di protezione.

Raccomandazioni per la ricerca

1) Sulla base dell'analisi della letteratura, per le ricerche future si suggerisce di favorire le ricerche su gruppi con diagnosi clinica di disturbo specifico del calcolo, piuttosto che su gruppi che presentano difficoltà, che vengono definiti in base a cut-off psicometrici scelti in modo convenzionale sulla base della casistica a sviluppo tipico da cui avviene la selezione. Si suggerisce inoltre di esplicitare in modo chiaro e puntuale i criteri diagnostici utilizzati per la definizione dei gruppi con discalculia.

2) Si suggerisce di approfondire la presenza di comorbilità, e di confrontare gruppi che presentano comorbilità con altri disturbi del neurosviluppo, con gruppi con disturbo specifico del calcolo.

3) Rispetto ai processi cognitivi dominio-specifico e dominio-generale, si suggerisce, infine, di dare priorità a studi longitudinali che consentano di meglio comprendere il ruolo che tali fattori giocano nell'evoluzione del disturbo e nel predire le abilità matematiche.

IDENTIFICAZIONE PRECOCE

C.C.2007 «Segni precoci, corso evolutivo e prognosi»

1. Le difficoltà nelle competenze comunicativo-linguistiche, motorio-prassiche, uditive e visuospaziali in età prescolare sono possibili indicatori di rischio di DSA, soprattutto in presenza di una anamnesi familiare positiva. Tali difficoltà devono essere rilevate dal pediatra nel corso dei periodici bilanci di salute, direttamente o su segnalazione da parte dei genitori e/o degli insegnanti della scuola dell'infanzia e del primo anno della scuola primaria. Se persistenti nel tempo vanno segnalati ai servizi sanitari dell'età evolutiva per un approfondimento.

C.C.2007 «Segni precoci, corso evolutivo e prognosi»

2. Gli screening degli indicatori di rischio andrebbero condotti dagli insegnanti con la consulenza di professionisti della salute. Andrebbero intesi come ricerca-azione: professioni diverse accettano di affrontare un problema condividendo evidenze scientifiche e azioni e verificandone gli effetti nel tempo. Queste attività di screening richiedono dunque un'attività di formazione e di costruzione condivisa di strumenti con gli operatori sanitari al fine di mettere gli insegnanti in condizioni di riconoscere gli indicatori di rischio e di favorire in modo ottimale lo sviluppo delle competenze implicate nell'apprendimento della letto-scrittura e del calcolo. Gli screening andrebbero condotti all'inizio dell'ultimo anno della scuola dell'infanzia con l'obiettivo di realizzare attività didattiche-pedagogiche mirate. Qualora, nonostante un'attività didattica mirata, alla fine dell'ultimo anno della scuola dell'infanzia permangano significativi segnali di rischio è opportuna la segnalazione ai servizi sanitari per l'età evolutiva. Gli screening mirati alla rilevazioni di condizioni cliniche specifiche (ad esempio visive e uditive) vanno invece condotti dai professionisti del settore.

POTENZIAMENTO E PREVENZIONE, L.170/10 ART.3 C.2 E 3

2. Per gli studenti che, nonostante adeguate attivita' di recupero didattico mirato, presentano persistenti difficolta', la scuola trasmette apposita comunicazione alla famiglia.

3. E' 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 degli studenti, sulla base dei protocolli regionali di cui all'articolo 7, comma 1. L'esito di tali attivita' non costituisce, comunque, una diagnosi di DSA.

DECRETO INTERMINISTERIALE (MIUR e Ministero della Salute) n.297 del 17/04/2013 «Approvazione Linee Guida per la predisposizione dei protocolli regionali per le attività di individuazione precoce dei casi sospetti di DSA»

Rif.all'iter previsto dalla L.170/10 art.3 c.2 e 3

Individuazione alunni con difficoltà, attivazione di percorsi didattici mirati, segnalazione dei soggetti «resistenti» all'intervento didattico.

1. **Interventi per l'individuazione del rischio e la prevenzione dei DSA nella scuola dell'infanzia**

Rif. bambini con DSL conclamato (presa in carico prima dell'inizio della scuola primaria), rilevanzione potenziali difficoltà di apprendimento solo nell'ultimo anno della scuola dell'infanzia, con attenzione ai bambini anticipatari (nati tra gennaio e aprile), attività di potenziamento in gruppo-osservazione sistematica

2. Interventi per il riconoscimento precoce dei DSA nella scuola primaria

Rilevazione indicatori di rischio dal primo anno di scuola, rilevabili preferibilmente attraverso l'osservazione da parte degli insegnanti.

Protocollo d’intesa tra U.S.R. e Regione FVG, maggio 2014

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 933 DEL 23 MAGGIO 2014

Allegato A

SCHEMA DI
PROTOCOLLO DI INTESA
PER LE ATTIVITÀ DI IDENTIFICAZIONE PRECOCE
DEI CASI SOSPETTI DI DISTURBO SPECIFICO DELL’APPRENDIMENTO
di cui al Decreto Ministeriale 17 aprile 2013

Art. 2 (Definizione del percorso)

Per l’attuazione degli obiettivi di cui all’articolo 1, si prevede un percorso di identificazione e diagnosi di DSA articolato nelle fasi di seguito dettagliate (per ciascuna fase sono indicate le istituzioni e/o le professionalità coinvolte):

a) identificazione degli alunni con difficoltà significative di lettura, scrittura e/o calcolo, uno sviluppo atipico del linguaggio e/o un ritardo nella maturazione delle competenze percettive e grafiche (scuola);

b) informazione alle famiglie, coinvolgimento e condivisione del percorso (scuola);

c) attivazione di strategie didattiche mirate al recupero di tali difficoltà, attraverso interventi di potenziamento della durata di almeno 4-6 mesi (scuola, con l’eventuale coinvolgimento degli operatori sanitari, in particolare per bambini già in carico ai Servizi sanitari);

d) individuazione degli alunni/bambini per i quali il potenziamento condotto secondo metodologie validate di cui al punto c) è risultato inefficace (scuola);

e) contatto con la famiglia per condividere l’opportunità di avviare il percorso diagnostico e consegna di una comunicazione scritta, secondo il modello proposto in Allegato 1, parte integrante del presente atto. La comunicazione scritta costituisce il prerequisito necessario all’attivazione del percorso di approfondimento diagnostico (scuola);

Protocollo d’intesa tra U.S.R. e Regione FVG

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 933 DEL 23 MAGGIO 2014

Allegato A

SCHEMA DI
PROTOCOLLO DI INTESA
PER LE ATTIVITÀ DI IDENTIFICAZIONE PRECOCE
DEI CASI SOSPETTI DI DISTURBO SPECIFICO DELL’APPRENDIMENTO
di cui al Decreto Ministeriale 17 aprile 2013

f) La famiglia informa il pediatra di libera scelta con cui condivide l’ avvio dell’iter diagnostico presso i servizi sanitari preposti alla certificazione di diagnosi (pediatra di libera scelta);

g) le strutture pubbliche e quelle private accreditate convenzionate nella branca specialistica di neuropsichiatria infantile ai sensi degli artt. 8-quater e 8-quinquies del Decreto legislativo 502/1992, effettuano il percorso diagnostico con il rilascio della suddetta certificazione, nel rispetto degli standard riconosciuti in questa materia (Consensus Conference intersocietaria sui Disturbi Specifici di Apprendimento, Milano gennaio 2007 e suoi successivi aggiornamenti e Consensus Conference dell’Istituto Superiore di Sanità Roma, dicembre 2010). Il completamento dell’iter diagnostico avviene entro i tempi previsti dalla vigente normativa (Servizi preposti del Sistema Sanitario regionale);

h) a seguito della formalizzazione di diagnosi di DSA è prevista la compilazione del piano didattico personalizzato, previsto dalla legge 170/2010 (scuola);

i) verifica periodica delle abilità e dell’adattamento dell’alunno al percorso di apprendimento (scuola).

Protocollo d’intesa tra U.S.R. e Regione FVG

Allegato 1

SCHEDA PER GLI INSEGNANTI
SEGNALAZIONE ALUNNO CON DIFFICOLTÀ DI APPRENDIMENTO

Data:_____

Alla Famiglia di: _____

e p.c. al Dirigente scolastico:
_____**Circolo:** _____

Oggetto: SEGNALAZIONE DI DISTURBO DELL’APPRENDIMENTO

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____ Nato il _____
Residente a _____Via _____n. _____ CAP_____
Scuola frequentata: _____ Classe: _____

CONTESTO GENERALE

Insegnante di sostegno ☐ si ☐ no
N° bambini nel gruppo classe:____ Lingua parlata in famiglia:_____
Bambino straniero ☐ si ☐ no Paese di origine : _____In Italia dal: _____

BREVE DESCRIZIONE DEL CURRICULUM SCOLASTICO

_____
_____
_____
_____
_____
_____

MOTIVO DELL’INVIO E SPECIFICI ASPETTI PROBLEMATICI

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Protocollo d’intesa tra U.S.R. e Regione FVG

1. ASPETTI LINGUISTICI

Produzione orale: .....

Comprensione orale: .....

Produzione scritta: .....

Lettura: .....

Comprensione lettura: .....

Scrittura (tipologia di errore): .....

Resa formale scrittura (calligrafia): .....

2. AREA LOGICO-MATEMATICA

Procedura di calcolo (report, incolonnamenti, ecc.): .....

Calcolo automatico (tabelline, semplici operazioni a mente): .....

Soluzione problemi aritmetici: .....

3. ASPETTI COMPORTAMENTALI

Attenzione: .....

Autonomia: .....

Autostima: .....

Relazione con pari: .....

Relazione con adulti: .....

4. MOTIVAZIONE ALLO STUDIO

.....

.....

DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI E DURATA DEL PIANO DIDATTICO PERSONALIZZATO MESSI IN ATTO A FAVORE DELL’ALUNNO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

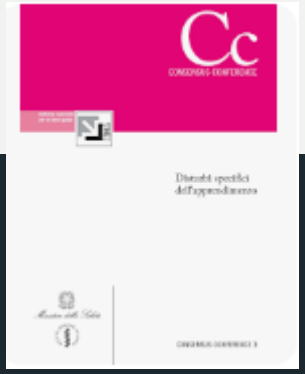
FIRMA DEI DOCENTI: _____

FIRMA DEI GENITORI: _____

IL SEGRETARIO GENERALE

IL VICEPRESIDENTE

QUESITO B1: Quali sono i fattori di rischio associati a DSA e/o allo sviluppo di DSA?



B1.1 Si raccomanda che venga condotta un'anamnesi accurata al fine di accertare l'esposizione ai seguenti fattori di rischio, di cui è stata dimostrata o ipotizzata l'associazione con lo sviluppo di DSA:

→ due o più anestesie generali successive al parto, prima del quarto anno di vita (rischio aumentato di DSA)

→ presenza di disturbo del linguaggio così definito: bambini che all'età di 5 anni cadono sotto il 10° centile in più di una prova di sviluppo del linguaggio e che mantengono questo livello di prestazione a 8 anni (rischio aumentato di sviluppo di dislessia)

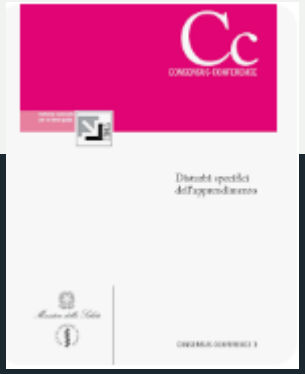
→ sesso maschile (rischio aumentato di sviluppo di dislessia)

→ storia genitoriale di alcolismo o di disturbo da uso di sostanze, soprattutto in preadolescenti maschi tra i 10 e i 12 anni (rischio aumentato di DSA)

→ familiarità: un genitore affetto da dislessia (rischio aumentato di dislessia)

→ esposizione prenatale alla cocaina (rischio aumentato di DSA, un solo studio).

QUESITO B1: Quali sono i fattori di rischio associati a DSA e/o allo sviluppo di DSA?



B1.2 Si raccomanda di considerare i seguenti **fattori di rischio** come implicati nello sviluppo di **ritardi nelle abilità di lettura, scrittura, calcolo (non disturbi specifici):**

➞ basso peso alla nascita e/o prematurità (rischio aumentato di sviluppo di ritardi nelle abilità di lettura e di calcolo, da considerare popolazione a rischio)

➞ esposizione al fumo materno durante la gravidanza (rischio aumentato di sviluppo di ritardi nelle abilità di calcolo, prove scientifiche deboli)

➞ esposizione a fattori psicologici traumatizzanti durante l'infanzia (rischio aumentato di ritardi nelle abilità di lettura, prove scientifiche deboli)

➞ familiarità (rischio aumentato di sviluppo di ritardi nelle abilità di calcolo (prove significative, ma relate alle difficoltà matematiche piuttosto che alla discalculia. Effetto genico o condivisione ambiente?)

QUESITO B2: Quali strumenti sono efficaci per l’individuazione dei bambini a rischio di DSA

B2.1 Si raccomanda che per individuare i bambini a rischio di DSA si utilizzino contemporaneamente più fonti: ➞ anamnesi ➞ questionari ai genitori ➞ valutazioni/previsioni degli insegnanti ➞ batterie di screening

B2.2 Si raccomanda che venga condotta un’anamnesi accurata, finalizzata anche ad accertare la presenza dei fattori di rischio illustrati per il quesito B1. L’anamnesi dovrebbe articolarsi in: anamnesi fisiologica, anamnesi familiare, anamnesi medica e raccolta di informazioni sulla storia scolastica.

B2.3 Si raccomanda che vengano somministrati questionari ai genitori che valutino le seguenti variabili: ➞ mediche (peso alla nascita, età gestazionale, anamnesi di otite ricorrente) ➞ comportamentali (tempi di attenzione sostenuta) ➞ familiari (anamnesi familiare di difficoltà nella lettura, nell’ortografia e nel calcolo; lettura di libri per bambini da parte dei genitori; scolarizzazione della madre biologica) ➞ sviluppo psicofisico ➞ sviluppo sociale. **B2.4** Si raccomanda che gli insegnanti della scuola d’infanzia e della prima classe della scuola primaria siano coinvolti attivamente nel percorso di identificazione dei bambini a rischio di DSA.

B2.5 La ricerca bibliografica effettuata non ha rilevato per la lingua italiana una batteria di screening specifica, validata nella letteratura internazionale inclusa, per l’individuazione di bambini a rischio di dislessia/disortografia, nonostante alcuni strumenti di screening usati per la lingua italiana indaghino competenze linguistiche, in particolare fonologiche, meta-fonologiche e visuo-percettive, analogamente agli strumenti già validati per la lingua anglosassone.

B2.6 Non sono disponibili attualmente strumenti di screening empiricamente validati per l’individuazione di bambini a rischio di discalculia.

Quesito B3 Esistono interventi in grado di modificare la storia naturale della malattia?

(si intendono interventi rivolti a soggetti in condizioni di rischio di DSA)

B3.1 Non esistono al momento dati a supporto dell'esistenza di interventi rivolti a soggetti in condizioni di rischio di DSA in grado di modificare la storia naturale del disturbo, ottenendo una riduzione del rischio stesso di sviluppare DSA

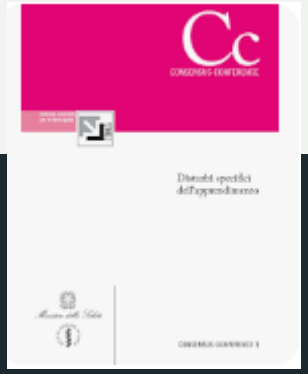
B3.2 Si raccomanda che in presenza di difficoltà di lettura e ortografia vengano effettuati interventi precoci (fine scuola dell'infanzia, primo anno di scolarizzazione primaria), erogati prevalentemente da insegnanti formati allo scopo e mirati a ridurre il rischio di difficoltà di lettura (velocità e correttezza) e di ortografia.

Gli studi a disposizione, sia revisioni sistematiche con metanalisi sia studi clinici randomizzati, sono concordi nel sostenere nell'immediato un'efficacia di entità moderata (effect size di circa 0,50) di **interventi mirati a migliorare l'apprendimento della lettura e dell'ortografia. Questi interventi sono condotti sia durante la scuola d'infanzia sia durante il primo anno di scuola primaria e sono erogati prevalentemente da insegnanti formati allo scopo. Le caratteristiche di questi interventi sono: → le abilità da insegnare devono essere rese esplicite → devono essere intensivi, con sessioni individuali o in piccoli gruppi di circa 15-30 minuti l'una, possibilmente tutti i giorni e comunque non meno di due volte alla settimana, per un totale di 1-2 mesi → devono comprendere attività per favorire le abilità meta-fonologiche (per esempio segmentazione e fusione fonemica) e l'associazione tra grafemi e fonemi, esercizi per lo sviluppo del lessico e la lettura di testi.**

Quesito B3 Esistono interventi in grado di modificare la storia naturale della malattia?

La misura degli esiti ottenuti in seguito a questi interventi (la cosiddetta risposta all'intervento, response to intervention o response to treatment) costituisce un elemento utile e importante per individuare i soggetti che permangono "resistenti", cioè che non manifestano miglioramenti significativi. Questi soggetti si confermerebbero come maggiormente a rischio, presentando le caratteristiche che raccomandano un invio ai servizi specialistici.

B3.3 I dati finora a disposizione non sono sufficienti per sostenere l'efficacia di interventi precoci mirati a ridurre il rischio di difficoltà di calcolo.



QUESITI D. Modelli organizzativi e fornitura di servizi

QUESITO D1: Qual è la configurazione ottimale dei servizi destinati all'identificazione e al trattamento delle persone con diagnosi di DSA (in termini di strutture, personale e modalità di intervento)?

D.1 Si raccomanda che il percorso dalla diagnosi alla presa in carico e alla riabilitazione dei soggetti con DSA sia il seguente:

1. Entro la **metà del primo anno della scuola primaria** gli insegnanti rilevano, dopo attività di didattica adeguata, le difficoltà persistenti relative all'apprendimento:

➞ di lettura e scrittura: difficoltà nell'associazione grafema/fonema e/o fonema/ grafema; mancato raggiungimento del controllo sillabico (consonante-vocale) in lettura e scrittura; eccessiva lentezza nella lettura e nella scrittura; incapacità a produrre le lettere in stampato maiuscolo in modo riconoscibile

➞ di calcolo: difficoltà nel riconoscimento di piccole quantità; difficoltà nella lettura e/o scrittura dei numeri entro il 10; difficoltà nel calcolo orale entro la decina anche con supporto concreto

2. In presenza di criticità relative a questi indicatori, gli insegnanti mettono in atto gli interventi mirati (attività di potenziamento specifico) descritte nelle raccomandazioni del quesito B3 e ne informano le famiglie.

3. Nel caso in cui le difficoltà relative all'apprendimento di lettura e scrittura (descritte al punto 1) persistano anche dopo gli interventi attivati, gli insegnanti propongono alla famiglia la consultazione dei servizi specialistici ai fini dell'approfondimento clinico.

4. Il team specialistico multi-professionale effettua la valutazione, formula la diagnosi e definisce un progetto complessivo di intervento che comunica alle famiglie. Previo accordo con le famiglie, stabilisce i contatti con il personale scolastico ai fini di integrare programmi educativi e interventi specifici.

QUESITI D. Modelli organizzativi e fornitura di servizi

QUESITO D2: Qual è il percorso ottimale delle persone con diagnosi di DSA dal momento della presa in carico e quali sono le figure professionali coinvolte?

D.2 Nell'organizzazione dei servizi, si raccomanda di tenere conto del fatto che il modello che garantisce maggiore appropriatezza e integrazione dei processi di diagnosi, presa in carico e abilitazione/riabilitazione (compresa l'inclusione scolastica ottimale) è caratterizzato dai seguenti elementi:

→ approccio multidisciplinare in ogni fase del percorso

→ collaborazione con le persone e le agenzie che si occupano della salute e dell'educazione del soggetto con DSA (famiglia, insegnanti, scuole, clinici specialisti e pediatri) al fine di promuovere la migliore informazione e sensibilizzazione sul disturbo

→ tutte le figure coinvolte sono tenute a mantenere elevato lo standard della loro capacità professionale attraverso adeguati programmi di formazione, training, aggiornamento continuo e informazione

→ il team clinico deve essere multiprofessionale e multidisciplinare e deve includere tra le figure professionali il neuropsichiatra infantile, lo psicologo e il logopedista. Per i soggetti maggiorenni la figura del neuropsichiatra infantile viene sostituita da quella dello specialista medico formato in modo specifico sull'argomento.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.1
Indici predittivi (prognosi)

Quali sono gli indici predittivi per l'identificazione precoce di bambini a rischio di DSA?

DECODIFICA LETTURA

Raccomandazione clinica 1.1 (condizionata/molto bassa)

Si suggerisce di valutare **all'ultimo anno di scuola dell'infanzia** la presenza di difficoltà in compiti relativi alla consapevolezza fonologica, alla RAN, all'associazione grafemi/fonemi e fonemi/grafemi, alla consapevolezza notazionale, all'apprendimento di associazioni visivo-verbali, al vocabolario, alla consapevolezza morfologica e alla memoria a breve termine, che possono inteferire con l'abilità di decodifica della lettura in età scolare.

Raccomandazione clinica 1.2 (forte/molto bassa)

Si raccomanda di utilizzare i suddetti indici predittivi al solo fine di individuare bambini che possono avere un'aumentata probabilità (o rischio) di presentare difficoltà nell'area della decodifica nei successivi anni della scuola primaria (ma non necessariamente un Disturbo Specifico della lettura o Dislessia), anche con l'obiettivo di favorire l'eventuale implementazione di attività volte a sostenere lo sviluppo di quelle abilità

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.1

Indici predittivi (prognosi)

Quali sono gli indici predittivi per l'identificazione precoce di bambini a rischio di DSA?

COMPRENSIONE DEL TESTO

Raccomandazione clinica 1.3 (condizionata/molto bassa)

Si suggerisce di valutare **all'ultimo anno di scuola dell'infanzia** la presenza di difficoltà in compiti relativi alla consapevolezza fonologica, alla consapevolezza morfologica, al vocabolario recettivo e alla memoria di lavoro, che possono interferire con lo sviluppo dell'abilità di comprensione del testo in età scolare

Raccomandazione clinica 1.4 (forte/molto bassa)

Si raccomanda di utilizzare i suddetti indici predittivi al solo fine di individuare bambini che possono avere un'aumentata probabilità (o rischio) di presentare difficoltà nell'area della comprensione della lettura nei successivi anni della scuola primaria (ma non necessariamente un Disturbo della comprensione della lettura), anche con l'obiettivo di favorire l'eventuale implementazione di attività volte a sostenere lo sviluppo di quelle abilità

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.1
Indici predittivi (prognosi)

Quali sono gli indici predittivi per l'identificazione precoce di bambini a rischio di DSA?

SCRITTURA

Raccomandazione clinica 1.5 (condizionata/molto bassa)

Si suggerisce di valutare **all'ultimo anno della scuola dell'infanzia** la presenza di difficoltà in compiti relativi a consapevolezza notazionale, consapevolezza fonologica, capacità di apprendimento di associazioni visivo-verbali, RAN e memoria a breve termine, che possono interferire con lo sviluppo delle abilità di codifica ortografica in età scolare.

Raccomandazione clinica 1.6 (forte/molto bassa)

Si raccomanda di utilizzare i suddetti indici predittivi al solo fine di individuare bambini che possono avere un'aumentata probabilità (o rischio) di presentare difficoltà nell'area della codifica ortografica nei successivi anni della scuola primaria (ma non necessariamente un disturbo specifico della competenza ortografica o disortografia), anche con l'obiettivo di favorire l'eventuale implementazione di attività volte a sostenere lo sviluppo di quelle abilità.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.1

Indici predittivi (prognosi)

Quali sono gli indici predittivi per l'identificazione precoce di bambini a rischio di DSA?

Raccomandazioni per la ricerca (decodifica, comprensione della lettura e codifica ortografica)

1) Sono necessari studi longitudinali che consentano di mettere in relazione le abilità prescolari con il profilo di funzionamento in campioni clinici, individuati non solo attraverso il criterio prestazionale, ma anche attraverso criteri diagnostici standard specifici per ciascuno dei seguenti disturbi: disturbo specifico di lettura, disturbo della comprensione della lettura e disortografia.

2) Sono necessari studi condotti su popolazioni in lingua italiana, di dimensione campionaria adeguata, con campioni arruolati secondo criteri casuali.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.1
Indici predittivi (prognosi)

Quali sono gli indici predittivi per l'identificazione precoce di bambini a rischio di DSA?

Raccomandazioni cliniche (grafia)

Tutte le variabili valutate durante la scuola d'infanzia, ad eccezione dell'età, sono significativamente associate agli esiti di scrittura considerati. L'esiguità delle prove non consente di formulare raccomandazioni rispetto all'esito grafia.

Raccomandazioni per la ricerca (grafia)

1) Sono necessari studi longitudinali che consentano di mettere in relazione abilità in età prescolare con profili di funzionamento in campioni clinici, individuati secondo criteri diagnostici per disgrafia e non solo attraverso criteri prestazionali relativamente allo sviluppo della grafia.

2) Sono necessari studi condotti su popolazioni in lingua italiana, di dimensione campionaria adeguata, con campioni arruolati secondo criteri casuali.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.1

Indici predittivi (prognosi)

Quali sono gli indici predittivi per l'identificazione precoce di bambini a rischio di DSA?

DISTURBO NELL'AREA DEL CALCOLO IN ETA' PRESCOLARE

Raccomandazione clinica 1.7 (condizionata/molto bassa)

Si suggerisce di valutare all'ultimo anno della scuola dell'infanzia e al primo anno della scuola primaria la presenza di difficoltà in compiti relativi alle competenze simboliche, concettuali e procedurali nel conteggio, alle funzioni esecutive e alla memoria di lavoro visuo-spaziale che possono interferire con il successivo sviluppo delle abilità di calcolo e di soluzione di problemi aritmetici (problem solving).

Raccomandazione clinica 1.8 (forte/molto bassa)

Si raccomanda di utilizzare i suddetti indici predittivi al solo fine di individuare bambini che possono avere un'aumentata probabilità (o rischio) di presentare difficoltà nell'area del calcolo e della soluzione di problemi aritmetici (problem solving) nei successivi anni della scuola primaria (ma non necessariamente un Disturbo Specifico del calcolo o Discalculia), anche con l'obiettivo di favorire l'eventuale implementazione di attività volte a sostenere lo sviluppo di quelle abilità.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.1

Indici predittivi (prognosi)

Raccomandazioni per la ricerca (calcolo)

1) Sono necessari studi longitudinali che consentano di mettere in relazione il profilo di funzionamento dei campioni clinici con le abilità prescolari. In particolare, c'è necessità di approfondire la relazione tra abilità prescolari ed esito clinico negli anni successivi alla classe terza primaria. Inoltre, i campioni clinici dovrebbero essere individuati non solo attraverso criteri prestazionali, ma attraverso criteri clinici standard che consentano una diagnosi di disturbo del calcolo;

2) 2) Al fine di aumentare la certezza delle prove è necessario effettuare studi condotti su campioni estratti casualmente, utilizzando prove standardizzate, di cui siano riportati i dati di attendibilità relativa ai campioni considerati, e da cui sia possibile ottenere variabili latenti.

ABILITA’ COMPROMESSE NEI DSA

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.6
Abilità compromesse nei DSA (diagnosi)

In bambini in età scolare con diagnosi di DSA, quali sono le funzioni/abilità compromesse?

Premessa

I criteri diagnostici riportati nel DSM 5, e anche nell'lCD11, ribadiscono che per formulare una diagnosi di DSA è sufficiente valutare la compromissione delle abilità specifiche (lettura/scrittura/calcolo) ed il funzionamento intellettivo per escludere una Disabilità Intellettiva. La letteratura internazionale degli ultimi anni ha però **sancito con sempre maggiore chiarezza la base pluripatogenetica dei DSA e l'impatto di fattori ambientali e personali sull'espressività clinica di questi disturbi.** In particolare, numerose funzioni cognitive sono state considerate rilevanti, alcune direttamente coinvolte nel processo di lettura/scrittura e calcolo, altre verosimilmente implicate nell'utilizzo del codice scritto e del sistema dei numeri e del calcolo all'interno delle attività di vita, comprese quelle accademiche. **Il profilo di maturazione di queste funzioni contribuisce inoltre all'attivazione ed all'utilizzo di strategie e meccanismi di compenso che modulano l'impatto del disturbo sul funzionamento adattivo e, verosimilmente, all'evoluzione del disturbo nel tempo.**

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.6
Abilità compromesse nei DSA (diagnosi)

In bambini in età scolare con diagnosi di DSA, quali sono le funzioni/abilità compromesse?

Già nella prima Consensus Conference italiana per i DSA si ribadisce come nel processo diagnostico di questi disturbi, oltre alla definizione della diagnosi nosografica è necessario giungere ad una diagnosi di funzionamento (o di qualificazione) che appare determinante per l'impostazione degli interventi (riabilitativi, di potenziamento e didattici). In termini di economia dei Servizi diventa pertanto fondamentale valutare quali sono le funzioni più frequentemente compromesse nei DSA, la cui valutazione deve quindi far parte dell'assessment usuale dei DSA, per distinguerle da quelle solo raramente interessate o di scarso valore prognostico.

Raccomandazione 6.1 (forte/media)

Si raccomanda di includere nel processo diagnostico dei DSA, indipendentemente dall'età, la valutazione delle seguenti competenze cognitive:

- **Funzioni attentive (in particolare visive);**
- **Memoria di lavoro (verbale e visuo-spaziale);**
- **Funzioni Esecutive (in particolare competenze di pianificazione e monitoraggio);**
- **Abilità di elaborazione fonologica;**
- **Competenze linguistiche (abilità di recupero lessicale, ma anche competenze lessicali e morfo-sintattiche in comprensione e produzione);**
- **Competenze visuo-spaziali e della motricità fine.**

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.6

Abilità compromesse nei DSA (diagnosi)

In bambini in età scolare con diagnosi di DSA, quali sono le funzioni/abilità compromesse?

Raccomandazioni per la ricerca

1. Si raccomanda di avviare studi, anche longitudinali, che valutino il peso della presenza di alterazioni nelle diverse funzioni associate al DSA (competenze linguistiche, visuo-motorie, funzioni esecutive, memoria e attenzione) sull'outcome dei soggetti con DSA.

2. Si raccomanda di avviare studi che valutino l'opportunità di utilizzare eventuali cadute a carico di queste funzioni come indicatori di gravità del disturbo specifico di apprendimento.

DSA NEI BAMBINI BILINGUI

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.7
DSA in bambini bilingui (diagnosi)

Quali sono i criteri e le procedure per l'identificazione di DSA in bambini bilingui in età scolare?

Premessa

La popolazione bilingue è molto eterogenea per la diversità delle storie linguistiche e questo rende complessa la definizione di criteri diagnostici applicabili trasversalmente. Dalla analisi qualitativa della letteratura e considerato il parere degli esperti emergono le prime due raccomandazioni sulle metodologie e procedure da adottare. Attraverso la meta-analisi degli studi selezionati sono state definite le successive raccomandazioni sui criteri per la diagnosi. Per l'area del calcolo non sono disponibili studi sufficienti sui bilingui e viene fornita una raccomandazione sulla base del parere degli esperti. Le raccomandazioni che seguono devono comunque tenere conto dei fattori di esclusione per la diagnosi di DSA definiti dalla Consensus Conference (2011) e dal P.A.R.C.C. Nel caso della popolazione bilingue, condizioni di grave svantaggio socio-economico possono interferire con l'acquisizione della L2 e devono essere tenute in particolare considerazione.

Raccomandazione clinica 7.1 (buona pratica clinica)

Si raccomanda di condurre **un'analisi della storia linguistica**, attraverso questionari e interviste ai genitori, che includa almeno:

a) la **ricognizione delle lingue parlate nel contesto famigliare** e delle quali il bambino ha competenza recettiva/espressiva;

b) la **valutazione dell'età di esposizione alla L2 per comprendere se si tratti di bilinguismo simultaneo** (esposizione continuativa a due lingue dalla nascita), precoce (esposizione continuativa alla L2 entro i 3-4 anni) **o tardivo** (esposizione alla L2 dopo i 5 anni);

c) la **valutazione dello sviluppo delle competenze linguistiche in L1**, anche attraverso questionari/interviste o prove oggettive se disponibili, per avere indicazioni su possibili ritardi del linguaggio;

d) la **valutazione della quantità/qualità di esposizione alla L1/L2 nel contesto famigliare ed extra-famigliare**.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.7
DSA in bambini bilingui (diagnosi)

Quali sono i criteri e le procedure per l'identificazione di DSA in bambini bilingui in età scolare?

Raccomandazione clinica 7.2 (buona pratica clinica)

Nella scuola primaria, **per i bambini bilingui per i quali non si dispone di una chiara storia linguistica o esposti tardivamente alla L2 (italiano), ma con almeno 2 anni di regolare frequenza scolastica (in italiano),** in presenza di prestazioni deficitarie alle prove di apprendimento si raccomanda:

a) di **condurre una seconda osservazione a distanza di almeno 6 mesi, a seguito di interventi didattici o specialistici volti al potenziamento delle competenze**;

b) b) di **diagnosticare un eventuale disturbo di apprendimento solo se non si osservano miglioramenti significativi** (ovvero attesi sulla base delle traiettorie di sviluppo tipiche), o se si osserva la **persistenza** di una significativa compromissione delle competenze (giudizio clinico e quantitativo)**.**

Raccomandazione clinica 7.3 (forte/molto bassa)

Per l'identificazione di Disturbi Specifici di Apprendimento (Dislessia, Disortografia) in una popolazione bilingue si raccomanda di fare riferimento a prove standardizzate con valori normativi ottenuti **su popolazioni bilingui**.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.7
DSA in bambini bilingui (diagnosi)

Quali sono i criteri e le procedure per l'identificazione di DSA in bambini bilingui in età scolare?

Raccomandazione clinica 7.4 (condizionata/bassa)

In bambini bilingui con almeno 2 anni di regolare frequenza scolastica nella scuola dell'obbligo in L2 (Italiano), **qualora si utilizzino test standardizzati su monolingui**, si suggerisce di **utilizzare le prove di lettura di parole e non parole e non la prova di lettura di brano**, ai fini dell'identificazione di un Disturbo Specifico di Lettura. Pertanto, si può fare diagnosi di disturbo di lettura se si rilevano **almeno due parametri deficitari (velocità e/o correttezza) nelle prove di parole o di non parole,** tenendo comunque conto di quanto indicato alla raccomandazione 7.2.

Raccomandazione clinica 7.5 (condizionata/bassa)

In bambini bilingui con almeno 2 anni di regolare frequenza scolastica nella scuola dell'obbligo in L2 (Italiano), qualora si utilizzino test standardizzati su monolingui, **si suggerisce durante la scuola primaria di non considerare una prestazione deficitaria nella scrittura di parole e non parole e di brano come indicatore attendibile di un Disturbo Specifico della scrittura a carico dell'ortografia.**

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.7

DSA in bambini bilingui (diagnosi)

Quali sono i criteri e le procedure per l'identificazione di DSA in bambini bilingui in età scolare?

Raccomandazione clinica 7.6 (condizionata/bassa)

In bambini bilingui con almeno 2 anni di regolare frequenza scolastica nella scuola dell'obbligo in L2 (italiano), e con prestazioni deficitarie nelle prove di **scrittura** di test standardizzati su monolingui, si suggerisce:

a) di **attendere la fine della scuola primaria per la diagnosi di Disortografia**;

b) di **procedere alla diagnosi di Disortografia nella scuola primaria solo in presenza di una compromissione severa della abilità** (giudizio clinico) o se non si osservano miglioramenti a seguito di un intervento specifico in ambito sanitario e/o scolastico.

Raccomandazione clinica 7.7 (forte/bassa)

In bambini bilingui con almeno 2 anni di regolare frequenza scolastica nella scuola dell'obbligo in L2 (italiano), qualora si utilizzino test standardizzati su monolingui, si raccomanda di **non considerare una prestazione deficitaria in una prova di comprensione del testo come indicatore di un disturbo della comprensione del testo.**

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.7

DSA in bambini bilingui (diagnosi)

Quali sono i criteri e le procedure per l'identificazione di DSA in bambini bilingui in età scolare?

Raccomandazione clinica 7.8 (condizionata/bassa)

In bambini bilingui con almeno 2 anni di regolare frequenza scolastica nella scuola dell'obbligo in L2 (italiano), a fronte di cadute nelle competenze strumentali, si suggerisce di considerare, all'interno del profilo funzionale, una **prestazione deficitaria in compiti di memoria fonologica** (es. ripetizione di non parole) **e/o funzioni esecutive come un elemento che rafforza la probabilità diagnostica**. Cadute in compiti di vocabolario **non** devono considerarsi misure che rafforzano la probabilità diagnostica.

Raccomandazione clinica 7.9 (buona pratica clinica)

Per quanto riguarda la diagnosi di disturbi del calcolo, si raccomanda di fare prevalentemente riferimento a prove che non richiedono una mediazione del canale verbale nella formulazione di domande e risposte.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.7
DSA in bambini bilingui (diagnosi)

Raccomandazioni per la ricerca

1) Per la valutazione della scrittura si attendono ulteriori dati sull'apprendimento dell'italiano come L2. Servirebbero inoltre ulteriori evidenze circa le tipologie di errori, anche in relazione alla distanza linguistica tra L1 e L2 e alle caratteristiche fonologiche e morfosintattiche della L1.

2) Sarebbero necessari maggiori strumenti standardizzati o dati di ricerca con valori di riferimento per la popolazione bilingue, nelle diverse fasce di età/scolarizzazione.

3) Sarebbero importanti dati di ricerca sul calcolo nelle popolazioni bilingui.

4) Sarebbero necessari dati di ricerca, anche longitudinali e cross-sectional, per stabilire livelli di prestazione attesi nelle diverse aree di apprendimento in funzione di età e qualità di esposizione alla lingua.

5) Sarebbero importanti ulteriori dati di ricerca, particolarmente nel contesto italiano, che forniscano indicazioni sui marker cognitivi e linguistici associati ai disturbi specifici di apprendimento in popolazioni bilingui.

6) Sarebbero importanti dati di ricerca sulle metodiche di intervento (tipologia di intervento, modalità di erogazione, etc), e risposta allo stesso in popolazioni di studenti bilingui.

LA GRAVITA’ E LA COMORBILITA’

QUESITO B5: Esistono prove che la presenza di altri disturbi specifici dell'apprendimento o di altri disturbi evolutivi in comorbilità con i DSA modifichi la storia naturale della malattia, rispetto ai DSA isolati?

L'analisi delle prove disponibili ha permesso di isolare due profili di comorbilità indagati dagli studi individuati:

→ comorbilità tra DSA e disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività

→ comorbilità tra dislessia e disturbi specifici del linguaggio.

Si segnala la presenza di un terzo profilo di comorbilità:

→ comorbilità tra dislessia e disturbo dello sviluppo della coordinazione (disturbo evolutivo specifico della funzione motoria, ICD-10, F82), indagata in uno studio gravato da numerosi limiti metodologici e giudicato non sufficientemente affidabile per formulare una raccomandazione basata su prove scientifiche

B5.1 La co-occorrenza di DSA e di disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività comporta un peggioramento di entrambi.

B5.2 Dislessia e disturbo specifico del linguaggio sono disturbi distinti e possono essere co-occorrenti.

BPCa Quesito 5 Valutazione della gravità dei DSA

Per comprendere al meglio quali siano le esigenze del bambino/adolescente con disturbo specifico di apprendimento (DSA) appare importante **delineare non solo il profilo funzionale, ma anche la gravità del quadro clinico**. Nonostante l'importanza di una definizione della gravità del DSA, le **informazioni scientifiche** a riguardo appaiono **limitate**. Un punto di riferimento che appare come un utile punto di partenza per una ricognizione su questo tema è costituito dalla formulazione adottata nel DSM-5-TR, con 3 gradi di gravità (in un'ottica di necessità di supporti).

Lieve: alcune difficoltà nelle capacità di apprendimento in uno o due ambiti scolastici, ma di gravità sufficientemente lieve da rendere l'individuo in grado di compensare o di funzionare bene se fornito di facilitazioni e servizi di sostegno appropriati, in particolare durante gli anni scolastici;

Moderata: marcate difficoltà nelle capacità di apprendimento in uno o due ambiti scolastici, tali che l'individuo difficilmente può sviluppare competenze senza momenti di insegnamento intensivo e specializzato durante gli anni scolastici. Per completare le attività con precisione ed efficienza possono essere necessari facilitazioni e servizi di sostegno almeno in una parte della giornata a scuola, sul posto di lavoro o a casa;

Grave: gravi difficoltà nelle capacità di apprendimento, che coinvolgono diversi ambiti scolastici, tali che l'individuo difficilmente apprende tali abilità senza un insegnamento continuativo, intensivo, personalizzato e specializzato per la maggior parte degli anni scolastici. Anche con una gamma di facilitazioni o servizi appropriati a casa, a scuola o sul posto di lavoro, l'individuo può non essere in grado di completare tutte le attività in modo efficiente (p. 91)

BPCa Quesito 5 Valutazione della gravità dei DSA

A partire da questa proposta è stato analizzato il concetto di gravità in un'ottica più ampia, andando al di là del funzionamento adattivo conseguente all'utilizzo di facilitazioni e/o servizi appropriati così come proposto dal DSM 5 TR.

5.1 Fattori che contribuiscono al livello di gravità dei DSA

Sulla base della letteratura disponibile e dell'esperienza clinica del gruppo di lavoro sono stati individuati i seguenti sei fattori che appaiono utili per la definizione di livelli differenti di gravità dei DSA.

1. **Grado di compromissione di una specifica abilità (ovvero intensità del disturbo di lettura, scrittura, o calcolo)**
2. **Compromissione in due o più abilità specifiche (estensione del disturbo di lettura/ scrittura/calcolo o comorbidità «tra» DSA**)
3. **Presenza di comorbidità con disturbi del neurosviluppo e/o mentali**
4. **Funzionamento adattivo personale/coping (interferenza con le attività tipiche dell'età)**
5. **Compliance ambientale**
6. **Modificabilità del disturbo (resistenza al trattamento)**

BPCa Quesito 5 Valutazione della gravità dei DSA

5.2 Il ruolo della comorbidità nella determinazione della gravità dei DSA

La comorbidità nei DSA era già stata oggetto di indagine nei documenti di consenso elaborati nel 2010. I documenti, pur evidenziando alcuni limiti degli studi individuati e analizzati (il numero ridotto di studi disponibili, la mancanza di studi sulla co-occorrenza di DSA, la scarsa numerosità dei campioni su cui sono stati condotti gli studi, l'orientamento della ricerca volto a valutare gli effetti derivanti dalla condizione di comorbidità più sul disturbo evolutivo associato che non sui DSA), hanno permesso di isolare due profili di comorbidità: quello tra DSA e disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività e quello tra dislessia e disturbi specifici del linguaggio (a cui ci si riferisce ora come disturbo primario del linguaggio o DPL).

IL TRATTAMENTO

Quesiti C. Efficacia degli interventi attualmente disponibili

Quesito C1: Esistono prove di efficacia sugli esiti di interventi abilitativi e/o abilitativi sui DSA?

Quesito C2: Rispetto alle caratteristiche anagrafiche e cliniche iniziali, esistono differenze tra interventi abilitativi e riabilitativi?

Quesito C3: Se esistono prove di efficacia sugli esiti di interventi abilitativi e riabilitativi, qual è l'età limite interessata?

Quesiti C. Efficacia degli interventi attualmente disponibili

C.1 Gli studi individuati presentano un follow up troppo breve per consentire di valutare l'efficacia degli interventi sulla modifica della prognosi a lungo termine del disturbo.

Ci sono dati sufficienti per affermare che **gli interventi su lettura, ortografia e calcolo determinano un miglioramento delle prestazioni del soggetto,** per ora confermate da follow-up a breve termine.

C.2 Dislessia: proporre interventi specialistici mirati al miglioramento della velocità e della correttezza

C.3 Dislessia: proporre interventi diretti alla correttezza e automatizzazione dei processi psicolinguistici di conversione tra stringa ortografica e orale. Le tecniche di intervento devono tener conto delle caratteristiche dell'ortografia della lingua italiana.

C.4 Dislessia: trattare i soggetti con interventi specifici anche per migliorare la comprensione del testo (diversi da quelli sopra esposti)

Quesiti C. Efficacia degli interventi attualmente disponibili

Dati scientifici forti, provenienti da revisioni sistematiche con e senza metanalisi condotte su popolazioni anglofone e confermati da singoli RCT, sostengono l'efficacia di interventi specialistici finalizzati a migliorare la correttezza e la fluenza della lettura.

Gli interventi consistono in esercizi strutturati per facilitare la lettura di parole isolate o inserite nel contesto, partendo da attività studiate per favorire le abilità meta-fonologiche, l'apprendimento delle regole di conversione tra grafemi e fonemi, e in letture ripetute con facilitazioni (per esempio ascoltando la lettura da parte di un tutor). Le esercitazioni durano almeno 20-30 minuti, sono ripetute durante la settimana, per un totale di almeno 15-20 incontri supervisionati o diretti da esperti1-5.

Singoli RCT (randomized control trial) condotti su popolazioni a lingua trasparente (di cui 2 condotti su bambini italiani) sostengono **l'efficacia di trattamenti che propongono la lettura veloce di parole intere o con facilitazioni per identificare le sillabe** (anche con l'ausilio della sintesi vocale tramite software)

Quesiti C. Efficacia degli interventi attualmente disponibili

Alcuni studi (una revisione sistematica con metanalisi e un singolo RCT) hanno indagato **l'efficacia di interventi finalizzati a migliorare la comprensione della lettura**. Dai risultati della metanalisi emerge che gli interventi efficaci comprendono attività in piccoli gruppi per insegnare strategie meta-cognitive.

I risultati dello studio randomizzato confermano quanto evidenziato dalla metanalisi, cioè l'efficacia di interventi specialistici specificatamente rivolti a migliorare la comprensione del testo (distinti cioè da quelli erogati per migliorare correttezza e fluenza della lettura), attraverso lo sviluppo di strategie meta-cognitive di analisi del testo. Nel caso dello studio randomizzato le strategie meta-cognitive insegnate sono:

- rispondere a domande sul testo rileggendolo, visualizzandone le informazioni, cercando autospiegazioni e cercando il significato generale dei paragrafi
- usare le conoscenze possedute per interpretare quanto letto e predire i contenuti da leggere; apprendere tecniche di inferenza semantica e lessicale.

In conclusione, anche se le prove disponibili non sono forti, risultano sufficienti per sostenere l'efficacia di interventi specifici per migliorare la comprensione del testo in soggetti con questa difficoltà.

Quesiti C. Efficacia degli interventi attualmente disponibili

C.5 Per quanto riguarda il trattamento della disortografia, si segnala che al momento non esistono interventi sperimentati in ortografie regolari di cui raccomandare l'applicazione clinica.

RACCOMANDAZIONE PER LA RICERCA Si raccomanda che la ricerca sui trattamenti della disortografia venga condotta in ortografie regolari come l'italiano, al fine di verificare anche in queste ortografie l'efficacia degli interventi per i quali già esistono prove di efficacia in ortografie non regolari

C.6 Sulla base di prove scientifiche sufficienti a supportarne l'efficacia nel breve termine, si raccomanda di trattare i soggetti con discalculia con training specialistici mirati al recupero delle difficoltà di calcolo e della conoscenza numerica.

Da una metanalisi che include studi condotti su studenti sia con diagnosi di discalculia sia con prestazioni nel calcolo inferiori rispetto ai loro coetanei, è emerso che **un intervento nel breve termine risulta efficace se ha le seguenti caratteristiche**:

→ fornisce un insegnamento diretto ed esplicito

→ è effettuato da un operatore esperto che insegna anche tecniche di autoistruzione

→ ha una durata di almeno 20 sessioni in totale, di 30 minuti ciascuna

Area tematica: facilitazioni e trattamento (Quesiti D)

QUESITO D1 Raccomandazioni per attivare un trattamento riabilitativo.

A. Raccomandazioni per attivare un trattamento riabilitativo

a) Motivazione e disponibilità da parte dell'utente e dei suoi genitori, se non maggiorenne, a sottoporsi al programma riabilitativo per tutta la sua durata.

b) **In condizioni di disturbo** (diagnosi franca): indipendentemente dalla classe frequentata, quando c'è una condizione clinica che limita in modo grave l'autonomia nell'utilizzo dell' abilità.

c) Negli alunni di prima e seconda primaria **"a rischio"** di disturbo di lettura e scrittura e negli alunni fino alla terza primaria "a rischio" di disturbo nelle competenze numeriche di calcolo.

B. Il trattamento (nota 1), essendo parte di uno specifico progetto di presa in carico, **deve essere condiviso con la famiglia, l'Utente e con tutti gli operatori sanitari coinvolti, ed esplicitato all'interno del programma riabilitativo**. Deve inoltre contenere (vedi linee guida riabilitazione del 1998) una previsione degli interventi, dei contenuti, degli operatori coinvolti e delle verifiche periodiche da parte dell'equipe.

Nota 1 La distinzione tra trattamento riabilitativo ed abilitativo: “Si definisce “Trattamento” l’insieme delle azioni dirette ad aumentare l’efficienza di un processo alterato. **E’ gestito da un professionista sanitario**, ha caratteristiche di specificità sia per gli obiettivi a cui si indirizza, sia per le caratteristiche metodologiche e le modalità di erogazione. La Riabilitazione è “un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle scelte operative” (LG Riabilitazione Nazionali GU 124 30/05/98 Min. Sanità).

La riabilitazione si pone come obiettivi: a) la promozione dello sviluppo di una competenza non comparsa, rallentata o atipica; b) il recupero di una competenza funzionale che per ragioni patologiche è andata perduta; c) la possibilità di reperire formule facilitanti e/o alternative. **L’Abilitazione, nell’ambito dei DSA è l’insieme degli interventi volti a favorire l’acquisizione, il normale sviluppo e l’utilizzo funzionale dei contenuti di apprendimento scolastico (lettura, scrittura, calcolo, ecc).** L’abilitazione è da intendersi come un insieme di interventi di tipo pedagogico-educativi in senso lato.

Area tematica: facilitazioni e trattamento (Quesiti D)

QUESITO D2 Quali sono i criteri per stabilire se un trattamento ha prodotto un cambiamento clinicamente significativo?

A. Partendo dalla definizione che "un cambiamento clinicamente significativo (CCS)", è un cambiamento nella prestazione dell'utente che

a) deriva dagli effetti del trattamento e non da fattori maturazionali o altri fattori esterni al trattamento (es. cambio di didattica);

b) è reale e non casuale;

c) è importante e non irrilevante e descrive il cambiamento che è significativo e percepito da parte del singolo paziente o dalle persone rilevanti per la vita dello stesso.

B. Si potrà considerare **migliorato un utente che**:

1. **ha cambiato l'abilità oggetto del trattamento più di quanto atteso dal cambiamento senza trattamento** riabilitativo (criterio oggettivo);

2. questo **cambiamento è considerato positivo** ed è rilevato chiaramente oltre che dagli indicatori basati sui dati normativi anche dall'utente e/o dai suoi genitori ed insegnanti [criterio clinico] tramite intervista o risposta ad un questionario

3. Il **cambiamento è stabile ai controlli di follow-up di almeno sei mesi**.

Area tematica: facilitazioni e trattamento (Quesiti D)

QUESITO D3 Quando é consigliato interrompere il trattamento riabilitativo all'interno di un progetto riabilitativo?

A. Quando non ci sono più le condizioni di motivazione e disponibilità necessarie per soddisfare i requisiti del progetto riabilitativo, e/o

B. Quando gli esiti del trattamento (verificati oggettivamente entro 6/12 mesi dall'inizio del trattamento) non soddisfano i criteri di cambiamento clinicamente significativo.

e/o

C. Quando si sono raggiunti risultati che permettono l'autonomia rispetto alle richieste ambientali anche tramite l'uso di strumenti compensativi.

Si specifica che l'interruzione del trattamento non implica l'interruzione del progetto di intervento.

Area tematica: facilitazioni e trattamento (Quesiti D)

QUESITO D4 Quali sono i protocolli riabilitativi raccomandati in termini di frequenza e durata del trattamento?

A. E’ necessario che gli interventi mirati al raggiungimento della correttezza e della rapidità di esecuzione come ad es. lettura e scrittura strumentale, calcolo mentale, fluenza di scrittura, siano caratterizzati da **cicli brevi e ripetuti stimabili da due a tre sedute alla settimana per una durata di almeno tre mesi,** se il miglioramento atteso non viene raggiunto prima, da realizzare ambulatorialmente e/o a domicilio secondo quanto specificato nel progetto riabilitativo.

B. B. All’interno del progetto di intervento, **per gli interventi finalizzati all’acquisizione di strategie metacognitive sono raccomandati interventi meno intensivi almeno una-due volte alla settimana per una durata da tre a sei mesi** se il miglioramento atteso non viene raggiunto prima, realizzabili anche in piccoli gruppi omogenei per condizione clinica.

Si raccomanda di attivare e mantenere con gli insegnanti l'opportuna e reciproca informazione e collaborazione sugli interventi attivati.

Area tematica: facilitazioni e trattamento (Quesiti D)

QUESITO D5 Quando è consigliata l'adozione di strumenti compensativi?

A. Dopo una precisa valutazione clinica, dove si esplicita il profilo funzionale dell'utente, tenendo conto del progetto di intervento complessivo e con verifiche periodiche dei risultati, quando:

a) **vi è una limitazione importante dell'autonomia** rispetto alle esigenze personali e le richieste ambientali, in particolare quelle scolastiche, ad es. nelle verifiche che richiedono molta lettura e scrittura e nello studio e produzione di testi in caso di dislessia, disortografia o disgrafia; quando vi è una compromissione importante nelle abilità numeriche e/o di calcolo, che ne limitano l'utilizzo in compiti logico/matematici più complessi;

b) non sono sufficienti semplici adattamenti didattici, ad es. fornire più tempo per le verifiche scritte;

c) **c'è la possibilità di un training di formazione personalizzata** all'uso in autonomia possibilmente esteso anche ai familiari;

d) **Quando c'è accordo con l'utente e i familiari per l'uso a domicilio e gli insegnanti e l'utente per l'uso in classe;**

e) **Quando questo utilizzo non viene percepito come stigma dall'utente**;

B. L'introduzione degli strumenti compensativi può essere effettuata anche precocemente secondo un'ottica di integrazione con gli altri interventi.

Nota. E' utile distinguere **strumenti compensativi specifici** (che vicariano o ausiliano in modo diretto e specifico una delle abilità, lettura – ortografia – grafia – numero – calcolo; ad es. sintesi vocale, calcolatrice, correttore ortografico, lettore esterno, penne con impugnatura speciale, …) e **strumenti compensativi non specifici o funzionali** (ad es. della memoria procedurale o di altre abilità quali ad es. tavola pitagorica, promemoria verbi, sequenza giorni, sequenze mesi, ecc. - quaderni speciali, testi con carattere più leggibile)

Area tematica: facilitazioni e trattamento (Quesiti D)

QUESITO D6 Quando è consigliato suggerire l'adozione di misure dispensative?

A. Quando le misure compensative non sono sufficienti per permettere una sufficiente autonomia e dei risultati scolastici compatibili con le potenzialità di apprendimento e l'impegno nello studio rispetto alle richieste ambientali (ad es. sostituzione delle verifiche scritte con verifiche orali, la valutazione del contenuto e non della correttezza ortografica nelle produzioni scritte, la scelta del carattere grafico più leggibile in caso di disgrafia, ecc.). Si raccomanda di suggerirle in collaborazione con gli insegnanti.

QUESITO D7 Quali sono i criteri per scegliere un trattamento non erogato direttamente dal responsabile del programma riabilitativo?

A. Quando ci sono le condizioni di **affidabilità** (qualità minima di applicazione), **sostenibilità** (con le condizioni economiche e ambientali), **disponibilità** (da parte dell'utente e dei collaboratori al trattamento) e **condizioni cliniche adatte per applicarlo** (motivazione, investimento non eccessivo da parte della famiglia sulla prestazione, ecc.).

Si sconsiglia un trattamento indiretto durante l'orario scolastico.

Area tematica: facilitazioni e trattamento (Quesiti D)

QUESITO D8 Quale modello di programma riabilitativo si raccomanda?

A. Si raccomanda di renderlo sempre esplicito tramite documento scritto.

Tabella 2 Esempio di un programma riabilitativo scritto

Programma Riabilitativo per ……..……..……

Si prevede un ciclo di N. sedute ……..……nell'arco di ……..……

della durata di circa ……. minuti, in regime..... (ambulatoriale/domiciliare).

Il trattamento ha lo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi:
a) …….. b) ……. c) ……..……

Per raggiungere questi obiettivi si utilizzeranno le seguenti risorse:

OBIETTIVO	ATTIVITÀ PROCEDURE	STRUMENTI	CONTESTO	AGENTE
a)				
b)				
c)				

E' previsto un controllo degli esiti del trattamento al termine del progetto.

Verranno usate le seguenti misure e materiali: Per l'obiettivo a) ……
Per l'obiettivo b) :……. Per l'obiettivo c): ……

Il responsabile del Programma Riabilitativo è ……..……., che si occuperà di .....
Lo Stesso si avvarrà della collaborazione di …….. che si occuperà di .....

Il programma sarà verificato ed aggiornato in data.....

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.9
Efficacia del trattamento (intervento)

Quali sono le prove disponibili sull'efficacia di interventi per il trattamento di DSA in età evolutiva (max 18 anni)?

Premessa

Occorre rilevare che la maggior parte (73%) degli studi selezionati presentano ricerche sperimentali condotte nel contesto scolastico, ma si riferiscono il più delle volte a interventi in cui gli studenti selezionati seguivano il trattamento, individuale o in piccoli gruppi, al di fuori della classe e dell'orario scolastico (metodo del pull-out). Nel caso degli studi sui disturbi di apprendimento del calcolo, invece, l'intervento prevalente è in piccoli gruppi all'interno della classe e in orario scolastico. Per questo tipo di disturbi, l'intervento individuale è molto raro e riferito agli studenti classificati "with special needs", che corrispondono a quelli che, in Italia, avrebbero una diagnosi; anche in questo caso, comunque, l'intervento individuale è somministrato in classi dedicate. Sulla base di questi elementi, si è ritenuto opportuno tenere in considerazione anche studi non condotti specificamente nel contesto sanitario, perché il setting del trattamento e la tipologia di intervento sono comunque analoghi a quanto realizzabile in contesti clinici. Inoltre, è importante rilevare che l'applicazione dei trattamenti descritta negli studi selezionati risente anche della cornice legislativa e istituzionale in cui le ricerche sono state realizzate. In particolare, tutte le ricerche condotte negli USA (38%) sono state realizzate in conformità al No Child Left Behind Act 2001, il dispositivo di accreditamento scolastico del sistema di istruzione primaria e secondaria degli Stati Uniti, che – accanto a procedure sistematiche di screening e di valutazione degli apprendimenti - prevedeva l'implementazione, nelle scuole, di ricerche scientificamente fondate a supporto dei processi di apprendimento.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.9
Efficacia del trattamento (intervento)

Quali sono le prove disponibili sull'efficacia di interventi per il trattamento di DSA in età evolutiva (max 18 anni)?

Relativamente ai criteri di inclusione dei partecipanti nei gruppi sperimentali, il 70% degli studi sui trattamenti per la lettura fa riferimento esplicito a una diagnosi di dislessia, mentre per i trattamenti focalizzati sugli altri disturbi la percentuale di studi che attuano una selezione sulla base di una diagnosi è molto limitata. In tutti i casi in cui non viene citata la presenza di una diagnosi, comunque, sono esplicitati criteri di inclusione che fanno riferimento a cut-off in linea con i vari criteri diagnostici adottati nei rispettivi Paesi di provenienza degli studi. Per quanto riguarda le difficoltà nell'area del calcolo, i criteri di valutazione riportati negli studi selezionati sono molto diversi dai criteri diagnostici adottati in Italia. Negli USA, essi si basano su norme validate sul curriculum scolastico, conformemente a quanto richiesto dal già citato NCLB Act. Queste vertono su 3 aree generali: i concetti di base (conceptual knowledge), le operazioni (computational skill), e la capacità di applicare concetti e procedure di calcolo alla soluzione di problemi (problem solving). Sono prove normate su migliaia di studenti che vengono somministrate secondo una precisa calendarizzazione e consentono di monitorare i progressi individuali con un intervallo di 3 mesi. Negli studi esaminati, sono stati selezionati per l'intervento alunni che non raggiungono un livello di profitto sufficiente. In una delle metanalisi considerate si afferma che studenti con un risultato inferiore al 16° percentile o con difficoltà che si situano fra il 16° e il 35° percentile, pur avendo caratteristiche diverse, incontrano ostacoli simili nello studio della matematica, il che giustifica il fatto di offrirgli lo stesso trattamento.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.9

Efficacia del trattamento (intervento)

Quali sono le prove disponibili sull'efficacia di interventi per il trattamento di DSA in età evolutiva (max 18 anni)?

Pur rilevando la discrepanza tra i criteri diagnostici adottati in Italia, in base alle precedenti CC, e quelli adottati negli studi selezionati per l'individuazione degli studenti 'a rischio', si è cercato di estrapolare dalle ricerche considerate delle indicazioni potenzialmente utili anche per l'applicazione ad una popolazione con diagnosi clinica nel nostro Paese. Tale scelta deriva anche dalla consapevolezza che il dibattito sulla definizione di criteri diagnostici per disgrafia, espressione scritta e discalculia è ancora molto acceso, tanto da costituire l'oggetto di quesiti a cui si è cercato di dare risposta in altre parti di queste LG. In particolare, le raccomandazioni presenti nel quesito sulla diagnosi di disgrafia, invitano ad attendere il termine della terza classe della scuola primaria per la sua formulazione, perché le difficoltà grafomotorie tendono a riassorbirsi con un esercizio e una istruzione adeguati, passando dal 67% al 20% dei casi. Questo dato ben si raccorda con quanto trovato nell'analisi della letteratura in tema di intervento. Infatti, si è visto come la scrittura a mano sia un'abilità complessa che non si sviluppa in modo naturale, ma necessita di adeguato insegnamento e pratica, fin dalle prime fasi dell'apprendimento. Ciò è necessariamente ancora più vero per quanti non risolvono il problema con una naturale evoluzione di questa competenza. Nell'incertezza complessiva della definizione dei sintomi e delle procedure diagnostiche, le raccomandazioni relative a produzione scritta e discalculia si caratterizzano pertanto per una forza delle raccomandazioni condizionata.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.9
Efficacia del trattamento (intervento)

Quali sono le prove disponibili sull'efficacia di interventi per il trattamento di DSA in età evolutiva (max 18 anni)?

Interventi per il miglioramento delle abilità di lettura

Raccomandazione 9.1 (dislessia) (forte/bassa)

Nelle prime classi della scuola primaria, si raccomanda un **addestramento esplicito all'utilizzo di strategie di transcodifica sublessicale** (associazione tra grafema e fonema), tramite attività di lettura e di scrittura, che richiedano la fusione o la segmentazione di stringhe di lettere in singoli grafemi o fonemi, in sillabe o in rime, per indurre un miglioramento nell'accuratezza e nella velocità di lettura.

Raccomandazione 9.2 (dislessia) (forte/bassa)

Nella scuola primaria, si raccomanda di abbinare interventi di tipo fonologico-metafonologico a interventi "multicomponente", mirati al potenziamento della transcodifica, della competenza lessicale, della consapevolezza morfosintattica, delle strategie utili alla comprensione di brani, per indurre miglioramenti sia nella velocità e correttezza della lettura, sia nella comprensione del testo.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.9
Efficacia del trattamento (intervento)

Quali sono le prove disponibili sull'efficacia di interventi per il trattamento di DSA in età evolutiva (max 18 anni)?

<u>Interventi per il miglioramento delle abilità di scrittura</u>

Raccomandazione 9.3 (disortografia) (condizionata/bassa)

Nelle prime classi della scuola primaria, si suggerisce di effettuare interventi focalizzati sul potenziamento dei processi di trascrizione fonema-grafema e fonema-grafemi (a livello ortografico e grafico).

Raccomandazione 9.4 (disortografia) (condizionata/bassa)

Dal secondo ciclo della scuola primaria **si suggerisce che gli interventi siano "multicomponente",** non solo orientati alla competenza ortografica (morfologia e struttura delle parole) e alla rappresentazione dei pattern ortografici ma anche al **potenziamento delle funzioni esecutive (memoria di lavoro e inibizione della risposta).**

Raccomandazione 9.5 (espressione scritta) (condizionata/bassa)

In presenza di importanti difficoltà nell'espressione scritta, si suggerisce un **intervento che incoraggi l'uso di strategie di pianificazione, produzione e revisione del testo**, e che fornisca esplicite istruzioni su come avvalersene.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.9
Efficacia del trattamento (intervento)

Quali sono le prove disponibili sull'efficacia di interventi per il trattamento di DSA in età evolutiva (max 18 anni)?

Interventi per il miglioramento della grafia

Raccomandazione 9.6 (grafia) (condizionata/bassa)

In presenza di difficoltà nella scrittura a mano, si suggerisce un **intervento basato sull'utilizzo di istruzioni sistematiche ed esplicite della grafia**. Con ciò si intende un intervento riabilitativo strutturato sui **raggruppamenti per famiglie di lettere, sull'esplicitazione della direzione dei tratti che le compongono, con dimostrazione visiva e verbale, sul recupero del corretto pattern motorio attraverso la copia e la riproposizione a memoria.**

Raccomandazione 9.7 (grafia) (condizionata/bassa)

Si suggerisce l'applicazione di **strategie di autodirezione verbalizzata** contemporanea alla sequenza di movimento di ogni singola lettera**. Richiedere di fornire una descrizione verbale del movimento mentre si formano le lettere stesse, e coinvolgere il soggetto nella valutazione della qualità della scrittura risultano essere strategie produttive ai fini del miglioramento della leggibilità del prodotto scritto, anche per la loro azione di rinforzo del senso di autoefficacia.**

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.9
Efficacia del trattamento (intervento)

Quali sono le prove disponibili sull'efficacia di interventi per il trattamento di DSA in età evolutiva (max 18 anni)?

Interventi per il miglioramento della grafia

Raccomandazione 9.8 (grafia) (condizionata/bassa)

Si suggerisce **l'utilizzo di modelli in movimento** che visualizzano il processo di formazione della singola lettera, anche con il supporto della tecnologia (utilizzo di pc e tablet).

Raccomandazione 9.9 (grafia) (condizionata/bassa)

Si suggerisce di **non utilizzare in maniera esclusiva un intervento per migliorare le abilità fini motorie o cinestetiche**, perché l'utilizzo isolato di training sganciati dal compito di scrittura non influisce sul miglioramento della grafia.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.9
Efficacia del trattamento (intervento)

Quali sono le prove disponibili sull'efficacia di interventi per il trattamento di DSA in età evolutiva (max 18 anni)?

<u>Interventi per il miglioramento delle abilità di calcolo</u>

Raccomandazione 9.10 (calcolo) (condizionata/bassa)

Si suggerisce l'utilizzo di interventi basati sull'istruzione diretta, esplicita e sistematica, rispettando la velocità di apprendimento individuale.

Raccomandazione 9.11 (calcolo) (condizionata/bassa)

Si suggerisce **l'utilizzo di esempi concreti e di conoscenze legate all'esperienza di vita reale**. L'utilizzo della tecnologia informatica si è rivelato molto utile nel sostenere i processi di visualizzazione e di rappresentazione.

Raccomandazione 9.12 (calcolo) (condizionata/bassa)

Si suggerisce, nell'implementazione di interventi basati sull'automatizzazione dei fatti aritmetici (tabelline, combinazioni di calcolo semplici), anche attraverso software predisposti, di tenere conto del fatto che si rileva un miglioramento solo nella loro rievocazione.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.9
Efficacia del trattamento (intervento)

Quali sono le prove disponibili sull'efficacia di interventi per il trattamento di DSA in età evolutiva (max 18 anni)?

Raccomandazioni per la ricerca

1. Per quanto attiene la Dislessia e la Disortografia, gli interventi presenti in letteratura esaminano, prevalentemente, una popolazione di lingua inglese, cioè una lingua ad ortografia opaca, per la quale il lavoro sui pattern ortografici è particolarmente necessario. È pertanto auspicabile attivare disegni di studio per verificare l'applicabilità di metodi e procedure anche a lingue con ortografie trasparenti come l'italiano. Inoltre, si raccomanda di verificare l'efficacia dell'applicazione di questi trattamenti nei contesti clinici.

2. Per tutti i disturbi considerati, sarebbe opportuno promuovere delle ricerche con campioni omogenei, che esplicitino una definizione chiara della metodologia adottata, della frequenza/durata/tempo totale dell'intervento, per consentirne la replicabilità. Inoltre, si ritiene importante che si attuino delle rivalutazioni di follow-up per analizzare la permanenza o meno dell'eventuale effetto trovato

PRIVACY E STRUMENTI COMPENSATIVI A SCUOLA

Vademecum edizione 2023 del Garante per la protezione dei dati personali (GPDP)

REGISTRAZIONE DELLA LEZIONE E STRUMENTI COMPENSATIVI E DISPENSATIVI

È possibile registrare la lezione esclusivamente per scopi personali, ad es. per motivi di studio individuale, compatibilmente con le specifiche disposizioni scolastiche al riguardo. Per ogni altro utilizzo o eventuale diffusione, anche su Internet, è necessario prima informare adeguatamente le persone coinvolte nella registrazione (docenti, famiglie, studenti, altro personale) e ottenere il loro consenso.

PRIVACY E STRUMENTI COMPENSATIVI A SCUOLA

Vademecum edizione 2023 del Garante per la protezione dei dati personali (GPDP)

Non è invece ammessa la videoregistrazione della lezione in cui si manifestano le dinamiche di classe, neanche qualora si utilizzino piattaforme per la didattica a distanza. L'utilizzo delle piattaforme deve essere, infatti, funzionale a ricreare lo "spazio virtuale" in cui si esplica la relazione e l'interazione tra il docente e gli studenti, non diversamente da quanto accade nelle lezioni in presenza.

Nell'ambito dell'autonomia scolastica, **gli istituti possono decidere di regolamentare diversamente o anche di inibire l'utilizzo di telefonini e altri strumenti che siano in grado di registrare immagini e voci**.

PRIVACY E STRUMENTI COMPENSATIVI A SCUOLA

Vademecum edizione 2023 del Garante per la protezione dei dati personali (GPDP)

In ogni caso deve essere sempre **garantito** il diritto degli studenti con DSA (disturbi specifici dell'apprendimento), o altre specifiche patologie, di utilizzare strumenti di ausilio per una maggiore flessibilità didattica (come il registratore, il computer, il tablet, lo smartphone, etc.) di volta in volta previsti nei piani didattici personalizzati che li riguardano.

F.A.Q. esami di stato secondaria II grado

https://www.istruzione.it/esami-di-stato/domande-e-risposte.html

Candidati con DSA

1.Per i candidati con DSA, è possibile presentare il testo delle prove scritte con una particolare veste grafica adeguata alle esigenze del candidato?

La prova scritta può essere presentata con una veste grafica diversa per venire incontro alle particolari esigenze del candidato, debitamente certificate nel PDP: a mero titolo esemplificativo, si può presentare il testo ministeriale con una suddivisione funzionale a una più agevole identificazione delle diverse fasi del processo di risoluzione (esempio: testo del brano di latino da tradurre suddiviso in singoli periodi).

In ogni caso, per il testo delle prove scritte, dal corrente anno scolastico 2022/2023, viene utilizzato il font "Arial"; se necessario la Commissione può fornire il testo della prova utilizzando un corpo più grande.

2.Per le prove scritte dei candidati con DSA, è possibile utilizzare, oltre alla sintesi vocale, anche organizzatori grafici (mappe, schemi, diagrammi …)?

È possibile l'uso di organizzatori grafici, intesi come strumenti generali, non legati ai contenuti della singola prova, in grado di aiutare i candidati a organizzare le informazioni e i contenuti (ad esempio, modelli di pagine, con aree geometriche vuote che devono essere completate dagli studenti con idee e informazioni collegate a un contenuto di studio riferito alla prova).

3. Per lo svolgimento della prima prova scritta di italiano è possibile, per i candidati con DSA, utilizzare un software di dettatura vocale?

Il software di dettatura vocale, utilizzato in sede di prova scritta d'esame, interferirebbe con il lavoro degli altri candidati (esso, inoltre, può non essere esente da errori). Il suo utilizzo non è pertanto possibile. In ogni caso, è già previsto che gli eventuali errori di scrittura siano trattati a livello di differenziazione dei descrittori della griglia di valutazione.

F.A.Q. esami di stato secondaria II grado

https://www.istruzione.it/esami-di-stato/domande-e-risposte.html

4. Durante le prove scritte è consentito l'utilizzo dei dizionari digitali scaricabili (per italiano, latino, greco e lingue straniere)?
È consentito l'uso di dizionari digitali esclusivamente offline.

5.I candidati con DSA possono usare gli strumenti compensativi previsti dal PDP anche durante il colloquio?
L'articolo 25, comma 2, dell'OM specifica: "Nello svolgimento delle prove d'esame, i candidati con DSA possono utilizzare, ove necessario, gli strumenti compensativi previsti dal PDP e possono utilizzare tempi più lunghi di quelli ordinari per l'effettuazione delle prove scritte".
Pertanto, anche durante la prova orale il candidato può utilizzare gli strumenti compensativi previsti nel proprio PDP (quali ad esempio mappe concettuali, schemi, formulari o altro) che siano funzionali alla organizzazione delle informazioni e facilitino la gestione di alcuni aspetti di maggiore complessità che possono caratterizzare il colloquio. Tali strumenti compensativi, tuttavia, non devono pregiudicare la possibilità della Commissione di valutare con oggettività i livelli delle conoscenze, delle capacità e delle competenze effettivamente raggiunti dal candidat

6. Per i candidati con DSA è possibile prevedere tempi personalizzati per lo svolgimento del colloquio?
In relazione al colloquio, l'ordinanza non prevede una precisa durata standard, ma è demandata alla commissione/classe la cura dell'"equilibrata articolazione e durata delle fasi del colloquio"; si segnala dunque l'opportunità, in particolare per i candidati con DSA certificato, di evitare tempi rigidamente contingentati, applicando alla verifica orale un'idonea personalizzazione della tempistica di svolgimento.

DIAGNOSI DSA ADULTI

Revisione sistematica delle direttive per la diagnosi con nuove raccomandazioni (Nuove LG) e indicazioni per lo screening (BPCa Quesito n.4)

Raccomandazioni cliniche sui DSA. Risposte a quesiti. Documento d'intesa elaborato da parte del Panel di aggiornamento e revisione della CC del 2007 in risposta a quesiti sui DSA (5 aree tematiche) PARCC

Area tematica: DSA e adulti

1. Quali e quanti i parametri per la diagnosi negli adolescenti e adulti (tempo, velocità, accuratezza …)?

Si vedano le Nuove LG Quesito n.8

2. Quali strumenti per rilevare i parametri? Anche ruolo del giudizio clinico.

Si vedano le Nuove LG Quesito n.8

3. Come si possono definire sottocategorie diagnostiche quantitative e qualitative (es. dislessia lieve, media, severa)?

Si vedano le BPCa Quesito n.5

4.Quali forme di aiuto o supporto per i DSA adulti? Quali strumenti compensativi sono realmente efficaci?

Non vi sono dati specifici su quali forme di aiuto e supporto siano utili agli adulti; si suggerisce quanto indicato per l'età evolutiva, considerando che gli strumenti di aiuto vanno selezionati sulla base dei risultati ai test, del profilo funzionale, del metodo di studio, delle preferenze soggettive e delle difficoltà pratiche del singolo. Si sottolinea l'utilità in molti casi di varie forme di supporto psicologico.

5. Ci sono differenze tra chi ha ricevuto una diagnosi, o un trattamento, o provvedimenti di aiuto e chi no?

I dati della letteratura sono molto scarsi e non permettono conclusioni certe; emergono comunque elementi che fanno ritenere che la diagnosi ed eventuali interventi abbiano una ricaduta positiva a livello psicologico e di adattamento e in misura molto minore sul disturbo in sé, la cui evoluzione dipende piuttosto dal livello di severità.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.8

DSA nell’adulto (diagnosi)

Quali strumenti utilizzare per la diagnosi dei DSA nell’adulto?

Premessa

La pratica clinica prevede che un’adeguata valutazione diagnostica dei disturbi specifici dell’apprendimento (DSA) nell’adulto debba comprendere **un’accurata raccolta di informazioni anamnestiche**, quali storia scolastica, familiarità del disturbo specifico, pregresse valutazioni neuropsicologiche o eventuali accessi a servizi specialistici, eventuali trattamenti, funzionamento adattivo e difficoltà percepite nella vita quotidiana. Tali dati clinici possono assumere un **valore rilevante nel caso di prestazioni con punteggi nell’area di norma alla valutazione neuropsicologica, ma ai limiti inferiori, (per es. tra -1.5 e -2 deviazioni standard rispetto alla media, oppure tra il 5° e il 15° centile)**, come riportato anche nel DSM 5.

In letteratura gli studi che indagano gli strumenti diagnostici per DSA in età adulta sono eterogenei in termini di obiettivi, metodologia utilizzata, campione, aree cognitive e variabili oggetto di indagine. Talvolta le ricerche non presentano un gruppo di controllo, ma valutano le prestazioni sulla base di dati normativi già pubblicati. Infatti, nel contesto italiano vi sono diverse pubblicazioni di standardizzazione su campioni di popolazione adulta che forniscono dati normativi per le abilità di lettura suddivisi per varie fasce di età e di scolarità. Solo alcune ricerche presentano strumenti che sono stati validati mediante applicazione diagnostica su soggetti DSA; pertanto, mancano dati precisi sul potere predittivo e l’accuratezza diagnostica.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.8

DSA nell’adulto (diagnosi)

Quali strumenti utilizzare per la diagnosi dei DSA nell’adulto?

Allo stato dell’arte la maggior parte degli studi esaminano le abilità di lettura e scrittura, mentre in misura minore sono oggetto di indagine le abilità di calcolo o altre funzioni neuropsicologiche. Per quanto concerne la qualità metodologica, misurata con la Scala di Newcastle Ottawa, gli studi considerati che soddisfano i criteri di inclusione presentano una qualità metodologica tra insoddisfacente e buona. Le seguenti raccomandazioni si riferiscono a percorsi diagnostici di soggetti adulti sia con sospetto DSA sia con disturbo specifico già diagnosticato, ossia sia per prime diagnosi sia per valutazioni di aggiornamento del profilo funzionale in presenza di diagnosi di DSA preesistenti. In generale, la formulazione di diagnosi prevede la valutazione delle abilità strumentali di lettura, scrittura e calcolo, eventualmente qualificate da altri strumenti neuropsicologici per l’esame delle funzioni cognitive correlate.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.8
DSA nell’adulto (diagnosi)

Quali strumenti utilizzare per la diagnosi dei DSA nell’adulto?

A. <u>Prove e indici psicometrici da utilizzare per la valutazione dell'abilità di lettura</u>

Raccomandazione clinica 8.1 (forte/media)

Si raccomanda la somministrazione di **prove standardizzate per l’età adulta di lettura ad alta voce di brano, parole e non-parole. Sono da misurare sia la rapidità sia l'accuratezza.**

Raccomandazione clinica 8.2 (forte/media)

Si raccomanda la valutazione della capacità di **comprensione del testo scritto** considerando l’accuratezza, con prove adeguate all’età ed alla scolarità e di dimostrata validità clinica.

Raccomandazione clinica 8.3 (condizionata/buona)

Per qualificare la diagnosi ed il profilo, si suggerisce di somministrare prove che valutino le abilità di **denominazione rapida automatizzata, memoria fonologica e di lavoro verbale, e velocità di elaborazione delle informazioni.**

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.8
DSA nell’adulto (diagnosi)

Quali strumenti utilizzare per la diagnosi dei DSA nell’adulto?

B. <u>Prove e indici psicometrici da utilizzare per la valutazione dell'abilità di scrittura</u>

Raccomandazione 8.4

Per la valutazione dell’ortografia, si suggerisce di misurare **l’accuratezza in prove di dettato di parole e di brani**, con adeguata standardizzazione e validazione clinica. Nei casi in cui la compromissione della abilità ortografica è meno chiara, può risultare **utile somministrare il dettato di parole sia in condizioni normali che di doppio compito** (ad esempio la soppressione articolatoria).

Raccomandazione 8.5

Per la valutazione della fluenza grafemica, si suggerisce **l’uso di prove di produzione di grafemi (ad esempio, scrittura di numeri in parola) sia in condizioni normali che di doppio compito** (ad esempio, la soppressione articolatoria), misurando il numero di grafemi prodotti in un intervallo di tempo definito.

NUOVE LG DSA (2021): Quesito n.8
DSA nell’adulto (diagnosi)

Quali strumenti utilizzare per la diagnosi dei DSA nell’adulto?

C. Prove e indici psicometrici da utilizzare per la valutazione dell'abilità di calcolo

Raccomandazione 8.6 (condizionata/scarsa)

Si suggerisce l’uso di strumenti psicometrici la cui standardizzazione sia quanto più possibile adeguata alla scolarità e all'età del soggetto esaminato, che valutino accuratezza e rapidità mediante prove di calcolo a mente, calcolo scritto, recupero dei fatti aritmetici e transcodifica (lettura e scrittura di numeri). E’, inoltre, opportuna una valutazione qualitativa degli errori procedurali.

Raccomandazioni per la ricerca

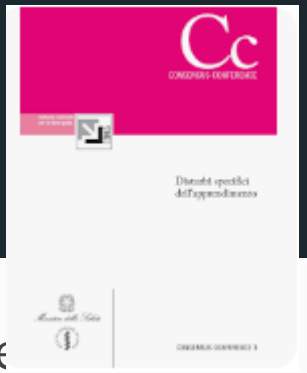
1) Ai fini della diagnosi, si raccomanda di sperimentare la validità clinica di prove standardizzate di lettura in modalità diverse da quelle comunemente utilizzate (ad esempio, lettura silente e lettura con interferenze), e prove di comprensione di varia tipologia, considerando i parametri di accuratezza e rapidità.

2) 2) E’ inoltre, necessario approntare ulteriori prove standardizzate e clinicamente validate in soggetti adulti per la valutazione di abilità come consapevolezza fonologica, denominazione rapida, scrittura e calcolo.

Elementi chiave per porre diagnosi secondo il DSM-5

- Rendimento in uno o più test o subtest, all’interno di un dominio accademico, di almeno 1,5 d.s. inferiore alla media
- Insuccesso accademico e occupazionale e interferenza del disturbo con le attività quotidiane

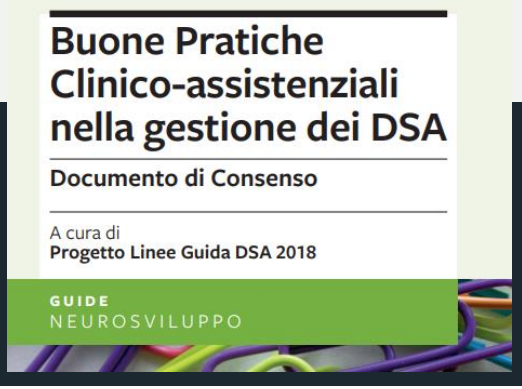
QUESITO B4: Qual è l'evoluzione in età adolescenziale e adulta dei DSA (cambiamenti dei processi di lettura, ortografia/compitazione, calcolo; associazione con disturbi mentali; capacità di reddito, eccetera)



B4.1 I dati a oggi disponibili, non conclusivi, mostrano la persiste dislessia in età adulta.

B4.2 Non vi sono prove di una correlazione diretta tra la presenza di dislessia e un aumento del rischio di sviluppare disturbi psicopatologici, né tra la presenza di dislessia e un aumento del rischio di sviluppare un disturbo della condotta in età adolescenziale.

BPCa Quesito 4
Strumenti per lo screening dei DSA nell’adulto

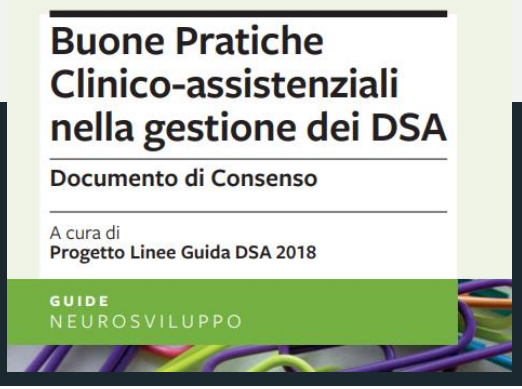


Premessa

Diversi casi di DSA non sono diagnosticati in età evolutiva e possono giungere all’età adulta presentando ancora difficoltà nella vita quotidiana, nelle attività di istruzione e formazione o anche nel lavoro. Queste difficoltà di funzionamento persistono nell’adulto poiché i DSA hanno basi neurobiologiche che determinano differenze nell’organizzazione neurale e nell’attivazione funzionale di strutture cerebrali. Le direttive per la diagnosi in soggetti adulti (PARCC) sono state oggetto di una revisione sistematica che ha prodotto raccomandazioni incluse nella recente Linea Guida sulla gestione dei Disturbi Specifici dell’Apprendimento. Aggiornamento ed integrazioni, pubblicata dal SNLG. **Tuttavia, dato che le procedure diagnostiche sono impegnative come tempi e risorse, può essere necessario, sia per casi singoli in un contesto preclinico, sia su gruppi e popolazioni di soggetti, avere a disposizione strumenti atti a individuare un sospetto di DSA in età adulta, sulla cui base decidere sull’opportunità di una valutazione diagnostica completa**. Tale esigenza può emergere in contesti diversi, ad esempio in ambiente universitario, ove la conoscenza del fenomeno sottostante (presenza di un certo numero di studenti con sospetto di DSA) può rispondere a differenti scopi, da quelli puramente di ricerca a quelli di programmazione didattica, dei servizi di accoglienza e di tutorato, a quelli più generali di accessibilità e di comunicazione. Motivazioni analoghe possono aversi in altri contesti formativi come quello delle scuole serali o dei corsi professionali per adulti. Conviene ricordare che pure le Linee Guida del MIUR del 2011 ricordano che si pone «anche nell’ambito universitario, la necessità di interventi idonei a individuare i casi sospetti di DSA negli studenti».

BPCa Quesito 4

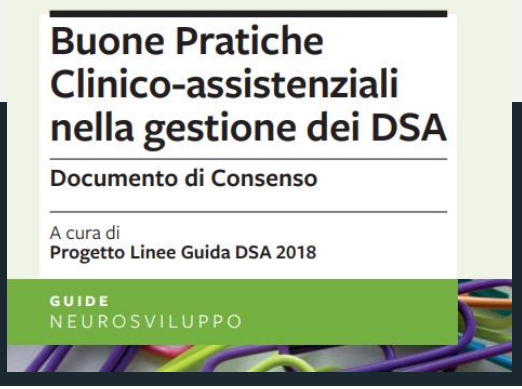
Strumenti per lo screening dei DSA nell’adulto



Queste pratiche potrebbero consentire una più adeguata programmazione didattica in funzione delle esigenze di una popolazione di studenti che sempre più comprende persone con DSA o con sospetto di DSA. In ambienti di lavoro (aziende produttive e servizi per l’impiego), la conoscenza dell’entità del fenomeno potrebbe aiutare a mettere in atto buone pratiche per accedere al lavoro e per migliorare la carriera professionale e lo sviluppo ottimale delle potenzialità, attraverso la creazione di un ambiente più inclusivo. Infine, **molte persone adulte che non hanno mai avuto una valutazione diagnostica, dopo aver maturato il sospetto, si rivolgono ai servizi di diagnosi e agli specialisti con una motivazione di consapevolezza personale: anche in tal caso sarebbe utile, prima di intraprendere un percorso di valutazione impegnativo come tempi e costi, avere strumenti rapidi di screening che permettano di valutare la consistenza del sospetto.** Si profilano pertanto possibilità di utilizzo in contesti diversi e per fini differenti, e quindi anche la possibilità di diversi livelli di approfondimento dell’indagine. Il termine screening nella letteratura internazionale assume significati diversi e talora viene utilizzato per definire ricerche in cui sono messe in atto valutazioni con multipli strumenti (non solo questionari ma anche test neuropsicologici), che rendono la procedura poco distinguibile da una valutazione diagnostica vera e propria. **In questa analisi abbiamo invece considerato, ai fini di indicazioni di Buona Pratica Clinico-assistenziale, una impostazione mirata a individuare strumenti di uso rapido ed economico.**

BPCa Quesito 4

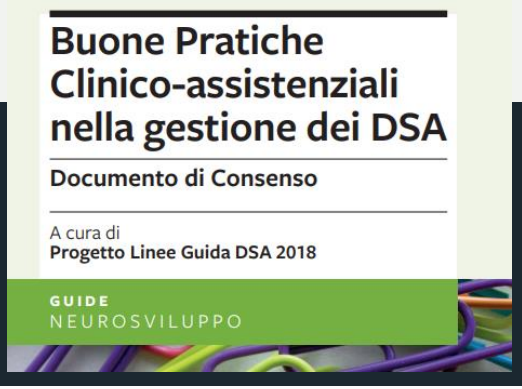
Strumenti per lo screening dei DSA nell’adulto



Gli strumenti impiegati per individuare i casi sospetti in età adulta non sono numerosi e la letteratura è relativamente limitata, in particolare nel contesto italiano. Considerando la maggiore sensibilità sociale al problema dei DSA anche in Italia, e la recente normativa che garantisce interventi di supporto per gli adulti con formazione in corso (corso universitario o corsi serali per studenti lavoratori), ma anche per la partecipazione a concorsi pubblici e altre situazioni di valutazione, **è diventato cruciale avere a disposizione strumenti affidabili che permettano di individuare i casi per i quali è opportuno procedere alla valutazione diagnostica specifica**, oppure che permettano di prendere provvedimenti relativi all’accessibilità dei servizi e all’efficacia della comunicazione. Tali strumenti di screening dovranno essere adatti anche per l’applicazione in contesti specifici, ad es. università, scuole serali, e altre istituzioni formative, gruppi di utenti di un servizio pubblico o privato, aziende e ambienti di lavoro particolari. Oltre a prendere in considerazione gli strumenti usati nella letteratura internazionale, abbiamo posto attenzione soprattutto a quanto disponibile in Italia.

BPCa Quesito 4

Strumenti per lo screening dei DSA nell’adulto



Buona pratica 4.1 (BPCa 4.1)

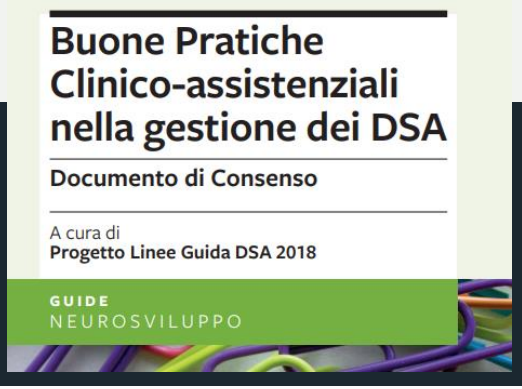
Ai fini dello screening per Disturbi Specifici dell’Apprendimento nell’adulto, si ritiene opportuno **utilizzare questionari auto-somministrati sia in ambiente universitario che lavorativo**. **I questionari devono indagare la presenza di sintomi pregressi e di difficoltà di adattamento nella vita quotidiana secondari alle problematiche di apprendimento, facendo riferimento a esempi concreti del possibile impatto del disturbo: bocciature, debiti formativi, interruzioni e cambi di scuola, abbandono scolastico. È bene che si analizzino nel dettaglio:**

- **l’automatizzazione dei processi di lettura e scrittura ed eventuale lentezza ed errori in attività come ad es. prendere appunti;**
- **apprendimento delle lingue straniere;**
- **difficoltà di calcolo, sia scritto che a mente (ad es. il resto);**
- **correttezza della decodifica;**
- **difficoltà nel leggere termini nuovi;**
- **leggibilità della scrittura.**

Utile indagare anche **la familiarità, l’approccio pregresso e attuale che il soggetto ha con la lettura, la fatica o lentezza nello studio e le difficoltà di comprensione del testo**. Per una adeguata attività di screening su soggetti adulti, si consiglia di utilizzare strumenti con norme nazionali, che presentino sensibilità, specificità, affidabilità, economicità, rapidità, e facilità di somministrazione.

BPCa Quesito 4

Strumenti per lo screening dei DSA nell’adulto



Razionale delle Buone Pratiche Clinico-assistenziali

Dalla letteratura disponibile emerge unanimemente un **elevato indice di predittività e di discriminazione dei questionari autosomministrati**, sia in forma carta-e-matita che digitale. Tale efficacia rende i questionari utili sia in ambito clinico che di ricerca, basandosi su solide basi psicometriche che delineano una buona affidabilità interna e una buona validità. **Gli studi inclusi indicano in maniera trasversale come sensibili ed efficaci a intercettare possibili DSA i questionari che analizzano sia la storia clinica sia l’autobiografia scolastica**. L’utilizzo di protocolli di screening comprendenti anche test neuropsicologici, riportato frequentemente nella letteratura internazionale, appare attualmente poco praticabile nel contesto italiano, data la carenza di strumenti italiani validati a tale scopo.

BPCa Quesito 4
Strumenti per lo screening dei DSA nell’adulto

Obiettivo dell’analisi come BPCA, individuazione di **strumenti di uso rapido ed economico.**

Strumenti poco numerosi e letteratura limitata, in particolare in Italia.

Allo stato attuale risultano pressochè assenti batterie o singoli test italiani validati per lo screening nell’età adulta.

Indicazione di buona pratica: utilizzo di questionari auto-somministrati che dimostrino caratteristiche di buona sensibilità – basso rischio di falsi negativi, e specificità – basso rischio di falsi positivi).

come l’ARHQ (Adult Reading History Questionnaire) o la Vinegrad, nelle versioni italiane.

BPCa Quesito 4

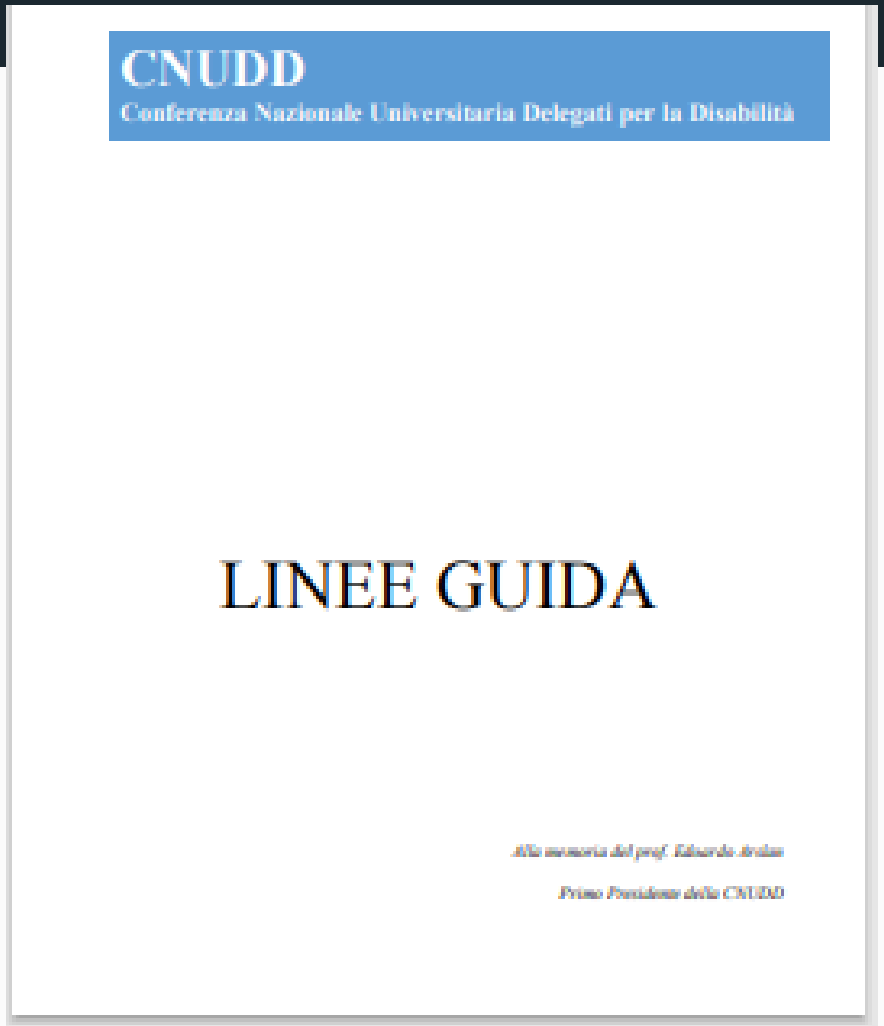
Strumenti per lo screening dei DSA nell’adulto

Raccomandazioni di ricerca

4.1.R. L’area degli strumenti di screening per gli adulti è ancora poco conosciuta sebbene abbia in sé un grande potenziale inclusivo, sia nei contesti universitari che lavorativi. Appare utile incrementare la costruzione - validazione di questionari semi-strutturati (da compilare anche con ausilio dei familiari) atti ad indagare la presenza pregressa di difficoltà adducibili a un disturbo di apprendimento. **In tali questionari dovrebbero essere inseriti esempi dell’impatto sul funzionamento adattivo e il rendimento come bocciature, debiti formativi, abbandoni scolastici.** Alla luce della crescente digitalizzazione sarebbe utile la **creazione di test computerizzati o somministrabili online**. Nel panorama italiano è necessario predisporre anche studi circa la costruzione di batterie di test rapidi che valutino l’efficienza della lettura, scrittura e calcolo abbinandole a prove che esaminano le competenze metafonologiche, la denominazione rapida e la memoria di lavoro, funzioni neuropsicologiche considerate trasversalmente dalla letteratura esaminata come buoni indicatori correlati alla presenza di un disturbo di apprendimento

DSA E UNIVERSITA’

DSA e UNIVERSITA': le linee guida del CNUDD (aggiornamento 2014)



CNUDD

Conferenza Nazionale Universitaria Delegati per la Disabilità

LINEE GUIDA

Alla memoria del prof. Edoardo Arslan

Primo Presidente della CNUDD

DSA e UNIVERSITA’: Linee guida CNUDD
Allegato DSA

1. Diagnosi

Alla data presente, la diagnosi di DSA deve rispondere ai criteri della Consensus Conference (2011), riportare i codici nosografici e la dicitura esplicita del DSA in oggetto, contenere le informazioni necessarie per comprendere le caratteristiche individuali di ciascuno studente, con l’indicazione delle rispettive aree di forza e di debolezza.

Sono valide soltanto le diagnosi rilasciate dalle strutture del SSN o dagli enti o professionisti accreditati dalle Regioni.

Come previsto dalla legge n. 170 del 2010 (art. 3) e dal successivo Accordo Stato-Regioni del 24/7/2012, la diagnosi deve essere aggiornata dopo 3 anni se eseguita dallo studente di minore età; **non è obbligatorio che sia aggiornata se eseguita dopo il compimento del 18° anno**

DSA e UNIVERSITA’: Linee guida CNUDD Allegato DSA

2. **Strumenti compensativi** Per quanto attiene agli strumenti compensativi gli studenti con diagnosi di DSA potranno utilizzare gli ausili eventualmente già in uso durante il percorso scolastico, quali, per esempio:

- registratore digitale,

- PC con correttore ortografico;

- testi in formato digitale;

- programmi di sintesi vocale;

- la presenza di tutor con funzione di lettore, nel caso in cui non sia possibile fornire materiali d’esame in formato digitale;

- calcolatrice;

- tabelle e formulari;

- mappe concettuali;

- materiali didattici in formati accessibili (presentazioni, dispense, eserciziari), forniti se necessario in anticipo sulle lezioni;

- altri strumenti tecnologici di facilitazione nella fase di studio e di esame.

DSA e UNIVERSITA’: Linee guida CNUDD Allegato DSA

3. **Misure dispensative**

- considerare la possibilità di suddividere la materia d’esame in più prove parziali;

- privilegiare verifiche orali piuttosto che scritte, tenendo conto anche del profilo individuale di abilità;

- laddove l’esame scritto venga ritenuto indispensabile, verificare se il formato scelto (ad es. test a scelta multipla, o a risposta chiusa, ecc.), rappresenti un ostacolo e se possa essere sostituito da altre forme di valutazione scritta;

- sempre con riferimento alle prove scritte, prevedere alternativamente la riduzione quantitativa, ma non qualitativa, della prova stessa, oppure la concessione di tempo supplementare, fino a un massimo del 30%, per lo svolgimento della prova;

- considerare nella valutazione i contenuti piuttosto che la forma e l’ortografia

DSA e UNIVERSITA’: le prove di ammissione

Decreto ministeriale 583/22 Modalità e contenuti delle prove ammissione dei corsi di Laurea e Laurea Magistrale a ciclo unico ad accesso programmato a livello nazionale a.a. 2022/2023

Art. 9 b) "*il candidato con DSA di cui alla legge n. 170 del 2010 dovrà tempestivamente presentare all’ateneo, la diagnosi di DSA in originale o in copia autenticata in carta semplice. In aderenza a quanto previsto dalle linee guida sui disturbi specifici dell'apprendimento allegate al d. m. 12 luglio 2011 prot. n. 5669, ai candidati con DSA* ***è concesso un tempo aggiuntivo pari ad un massimo del 30% in più rispetto a quello definito per la prova di ammissione. In caso di particolare gravità certificata del DSA, gli Atenei possono consentire, al fine di garantire pari opportunità nell’espletamento delle prove stesse, l’utilizzo dei seguenti strumenti compensativi: calcolatrice non scientifica; videoingranditore o affiancamento di un lettore scelto dall’Ateneo*** *con il supporto di appositi esperti o del Servizio disabili e DSA di Ateneo, ove istituito.* ***La diagnosi di DSA deve essere stata rilasciata al candidato da non più di 3 anni****, se antecedente al compimento del diciottesimo anno di età, oppure in epoca successiva al compimento del diciottesimo anno di vita e deve essere stata rilasciata da strutture sanitarie locali pubbliche o da enti e professionisti accreditati con il servizio sanitario regionale.*

Non sono in ogni caso ammessi i seguenti strumenti: dizionario e/o vocabolario; formulario; tavola periodica degli elementi; mappa concettuale; personal computer, tablet, smartphone e altri strumenti similari".

All'università esistono però diversi test di ingresso, come i **test per i corsi di laurea a numero programmato a livello locale**, ad esempio per veterinaria, agraria, psicologia, oppure i **test Tolk** per valutare la preparazione dello studente all'ingresso dell'università (accertamento dei requisiti di accesso). **Non limitano l'ingresso** ma se la preparazione non risulta adeguata scattano degli **OFA, obblighi formativi aggiuntivi**, che lo studente dovrà poi recuperare con uno specifico esame. Anche per tutta questa variegata tipologia di test generalmente **valgono le regole stabilite dal decreto ministeriale**: lettore umano, calcolatrice non scientifica per i discalculici, e 30 per cento di tempo in più.

CONSEGUIMENTO PATENTE E DSA

Le misure compensative a cui i candidati con DSA hanno diritto, per la prova di teoria, sono:

1) L'ascolto dei file audio dei quiz. I file audio delle prove sono disponibili:

- Per tutte le categorie di patente di guida, e senza necessità di ulteriori formalità da parte del candidato, nè pagamento di bollo.
- Nel corso della prova di teoria il candidato con DSA ha la possibilità di **riascoltare il file audio dei quiz, pur restando invariata la durata dell'esame.**
- E nel caso in cui in sede d'esame il file audio non sia disponibile o funzionante? Nel **caso sia impossibile risolvere l'anomalia** durante l'esame **il candidato deve essere segnato assente** e quindi potrà prenotare l'esame di teoria alla prima data utile, **senza dovere aspettare 30 giorni** come se fosse stato respinto. Resta facoltà, per il candidato con DSA, di sostenere comunque l'esame, senza l'utilizzo degli strumenti compensativi. In caso di bocciatura però il candidato dovrà attendere 30 giorni per ritentare l'esame, come previsto dalla normativa.

2) Tempo aggiuntivo per sostenere l'esame. Nel caso della patente B, il candidato con DSA ha a disposizione 40 minuti, al posto dei 20 per l'esame "standard" (le domande sono 30 per tutti, con massimo 3 opzioni di risposta errata).

CONSEGUIMENTO PATENTE E DSA

Per accedere a queste misure, il candidato con DSA deve **esibire la certificazione diagnostica al medico certificatore abilitato** (dell'autoscuola o comunque autorizzato dall'ASL), in fase di visita medica per l'accertamento dei requisiti di idoneità psicofisica alla guida.

Con la circolare 31299/20 il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti ha stabilito **la validità della certificazione diagnostica rilasciata ai soggetti con DSA da neuropsichiatri o psicologi,** in accordo con la legge 56/1989; con l'art. 3 della legge 170/2010 e con i criteri di cui all'art. 2 dell'Accordo Stato Regioni 2012. **Tutte le certificazioni diagnostiche riconosciute agli studenti con DSA a scuola e all'Università sono quindi valide anche per il conseguimento di tutte le tipologie di patente di guida**

CONSEGUIMENTO PATENTE E DSA

Quindi il candidato con DSA:

- **Se iscritto a un'autoscuola**, può consegnare copia della certificazione di DSA già in fase di iscrizione, in modo che sia esibita durante la visita medica
- **Se privatista**, deve consegnare copia della certificazione di DSA al medico accertatore della motorizzazione civile.

A fronte della certificazione, il medico contrassegna, all'interno del sistema informatico, il campo che indica la presenza della certificazione DSA, **riconoscendo così al candidato i file audio dei quiz e il tempo aggiuntivo**, prima di concludere le operazioni per l'emissione del certificato medico dematerializzato.

N.B. questa procedura **non prevede per il candidato altre formalità o costi aggiuntivi** a carico dello stesso.

CONSEGUIMENTO PATENTE E DSA

Patentino per i ciclomotori (AM)

- Tempo in più per l’espletamento della prova (10 minuti in più)
- Uso file audio per l'ascolto in cuffia delle domande dell'esame

CONSEGUIMENTO PATENTE E DSA

Carta di Qualificazione del Conducente (CQC)

La carta di qualificazione del conducente (CQC) è un **titolo abilitativo**, attestante le capacità professionali di quei **soggetti già in possesso di una patente di guida di categoria superiore** (C/C+E, D/D+E), che consente di svolgere **attività di carattere professionale** legata all'autotrasporto.

In base al decreto del giugno 2021, anche per il conseguimento della CQC i candidati con DSA avranno:

•**venti minuti in più per completare l'esame di teoria** relativo alla parte comune e a quella specialistica (110 minuti anziché 90)

•**dieci minuti in più** per la sola parte comune o per la sola parte specialistica.

È riconosciuto altresì il diritto del candidato **all'ausilio del file audio dei quiz**. In attesa della definizione del file audio in francese e tedesco (per le province autonome), il file audio è sostituito da un esame orale, autorizzato dalla Motorizzazione su richiesta del candidato, in cui un funzionario autorizzato leggerà la scheda dei quiz (rif. circolare prot.37923 del 9 dicembre 2021)

Patente nautica

Le misure consistono nella possibilità di:

•Utilizzare gli **strumenti compensativi e misure dispensative correlate alla diagnosi**, compresa la forma orale di svolgimento delle prove teoriche

•Usufruire di una **maggiorazione di tempo del 30%** per lo svolgimento delle prove. Il correttivo della nautica: riconoscimento della diagnosi di DSA ai sensi della legge 170/2010

•Rif.normativi art.4 decreto del 10 agosto 2021 Ministero dei Trasporti e della Mobilità sostenibili (MIMS) in vigore dal 13 ottobre 2021

DECRETO 10 agosto 2021.

Adozione dei programmi di esame per il conseguimento delle patenti nautiche di categoria A, B e C e modalità di svolgimento delle prove. (21A05657) *Pag.* 34

LEGGE 28 marzo 2022, n. **25**.

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4, recante misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19, nonché per il contenimento degli effetti degli aumenti dei prezzi nel settore elettrico.

DSA E MONDO DEL LAVORO

2 -bis . Alle persone con disturbi specifici di apprendimento (DSA), di cui alla legge 8 ottobre 2010, n. 170, sono **assicurate uguali opportunità di sviluppo delle proprie capacità e uguale accesso al mondo del lavoro, evitando ogni forma di discriminazione**

2 -ter . In attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h) , della legge 8 ottobre 2010, n. 170, l'inserimento lavorativo delle persone con DSA, in ambito privato, a partire dalle attività di selezione, è garantito senza alcuna forma di discriminazione e **assicurando condizioni di pari opportunità mediante modalità di esecuzione di prove e di colloqui che permettano di valorizzare le loro competenze, con la garanzia dell'utilizzo di strumenti e misure di supporto adeguati al profilo funzionale e alle necessità individuali**

2 -quater . Al fine di favorire l'inclusione professionale di persone con DSA che **liberamente vogliono essere riconosciute come tali,** presentando la relativa certificazione, le imprese prevedono che il responsabile dell'inserimento lavorativo aziendale, adeguatamente formato in materia di persone con DSA, **predisponga l'ambiente più adatto per l'inserimento e la realizzazione professionale delle medesime** prevedendo l'applicazione di misure analoghe a quelle previste per la selezione per l'accesso nel pubblico impiego, o comunque che assicurino una tutela non inferiore.

2 -quinquies **. Le misure compensative e dispensative di cui ai commi 2 -bis , 2 -ter e 2 -quater sono applicate in ogni occasione di valutazione per l'accesso o il completamento di percorsi formativi finalizzati all'esercizio di attività e professioni, nonché in ambito sociale**;

alla rubrica sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «nonché in materia di accesso al lavoro delle persone con disturbi specifici di apprendimento».

Nuovi diritti: la dislessia nel mondo del lavoro

https://youtu.be/8li87-ySrHY

Nuovi diritti: la dislessia nel mondo del lavoro. La partecipazione ai concorsi pubblici

Le misure per i candidati con DSA

Ai sensi dell'articolo 3, comma 4-bis del DL 80/21, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, **il decreto individua le modalità attuative per assicurare nelle prove scritte dei concorsi pubblici** indetti da Stato, Regioni, Province, Città Metropolitane, Comuni e dai loro enti strumentali, **a tutti i soggetti con disturbi specifici di apprendimento (DSA) la possibilità di sostituire tali prove con un colloquio orale o di utilizzare strumenti compensativi** per le difficoltà di lettura, di scrittura e di calcolo, **nonché di usufruire di un prolungamento dei tempi stabiliti per lo svolgimento delle medesime prove.**

Come richiedere le misure nella domanda di partecipazione: la dichiarazione della commissione medico legale dell'ASL

Per consentire all'amministrazione interessata di predisporre per tempo i mezzi e gli strumenti atti a garantire una regolare partecipazione al concorso, **nella domanda di partecipazione il candidato** con diagnosi di DSA **dovrà fare esplicita richiesta della misura** dispensativa, **dello strumento** compensativo **e/o dei tempi aggiuntivi necessari in funzione della propria necessità** che deve essere **opportunamente documentata** ed esplicitata **con apposita dichiarazione resa dalla commissione medico-legale dell'ASL di riferimento** o da equivalente struttura pubblica. **La documentazione deve essere inviata all'indirizzo indicato all'interno del bando** di concorso entro il termine ivi stabilito.

La partecipazione ai concorsi pubblici

L’adozione delle misure sarà determinata ad insindacabile giudizio della Commissione giudicatrice sulla scorta della documentazione esibita e comunque nell’ambito delle modalità individuate dal decreto.

Prova orale per candidati con disgrafia e disortografia

La possibilità di sostituire le prove scritte con un colloquio orale **è concessa sulla base della documentazione presentata che attesti una grave e documentata disgrafia e disortografia.**

Il colloquio orale ha analogo e significativo contenuto disciplinare delle prove scritte.

Gli strumenti compensativi ammessi durante le prove

Possono essere ammessi a titolo compensativo a fronte delle difficoltà di lettura, di scrittura e di calcolo i seguenti strumenti:

- **programmi di video scrittura con correttore ortografico o il dettatore vocale**, nei casi di disgrafia e disortografia;
- **programmi di lettura vocale**, nei casi di dislessia;
- **la calcolatrice,** nei casi di discalculia;
- **ogni altro ausilio tecnologico giudicato idoneo dalla commissione giudicatrice.**

Tempi aggiuntivi per lo svolgimento della prova

I tempi aggiuntivi concessi ai candidati **non eccedono il cinquanta per cento del tempo assegnato per la prova.**

Tratto dalle F.A.Q. 2022/23 della scuola militare La Teuliè (scuola militare dell'Esercito)

F.A.Q. OPEN DAY

Didattica

17) Quali indirizzi di studio sono previsti alla Teuliè?

È possibile frequentare il triennio del Liceo Classico e Scientifico a indirizzo tradizionale. È in fase di valutazione la possibilità di istituire classi di liceo Scientifico ad indirizzo Scienze Applicate

18) Mio figlio ha un "disturbo specifico dell'apprendimento" / è stato riconosciuto titolare di "bisogni educativi speciali". Può comunque presentare domanda?

Per essere giudicati idonei, i concorrenti devono risultare esenti da imperfezioni e/o infermità previste dalla vigente normativa in materia di inabilità al servizio militare ai sensi degli artt. 580, 581 e 582 del D.P.R. del 15 marzo 2010 n. 90 (T.U.O.M.). In generale i disturbi specifici dell'apprendimento non sono motivo di esclusione dal concorso. Al riguardo si rimanda all'analisi dei requisiti specificati nei singoli bandi di concorso per l'anno di riferimento.

Tratto dalle F.A.Q. 2021/22 della scuola militare La Teuliè (scuola militare dell'Esercito)

F.A.Q. OPEN DAY 2021

DIDATTICA

- **Quali indirizzi di studio sono previsti alla Teuliè?**
  È possibile frequentare il triennio del Liceo Classico e Scientifico a indirizzo tradizionale.

- **Mio figlio ha un "disturbo specifico dell'apprendimento" / è stato riconosciuto titolare di "bisogni educativi speciali". Può comunque presentare domanda?**
  La didattica della Scuola militare non prevede figure professionali (docenti di sostegno) in grado di supportare individualmente studenti con disturbi specifici dell'apprendimento o bisogni educativi speciali.
  L'Ispettorato Generale della Sanità militare ha chiarito che patologie come la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia sono da considerarsi causa di non idoneità al servizio militare in quanto possono costituire una limitazione per lo svolgimento di alcune attività quotidiane.

Agevolazioni fiscali per persone con DSA

La legge di bilancio 2018 (Legge n. 205/2017) ha introdotto una importante novità per le persone con DSA: le spese sostenute per "L'acquisto di strumenti compensativi e sussidi tecnici e informatici, di cui alla legge 8 ottobre 2010, n° 170, necessari all'apprendimento" diventano **fiscalmente detraibili dalle tasse**.

L'agevolazione si applica alle spese sostenute "per l'acquisto di strumenti compensativi e di sussidi tecnici e informatici, di cui alla legge 8 ottobre 2010, n. 170, necessari all'apprendimento, nonchè per l'uso di strumenti compensativi che favoriscano la comunicazione verbale e che assicurino ritmi graduali di apprendimento delle lingue straniere"

La detrazione spetta a condizione che il contribuente presenti:

- fattura che attesta l'acquisto dello strumento compensativo/informatico, che deve essere debitamente conservata.
- **"un certificato medico che attesti il collegamento funzionale tra i sussidi e gli strumenti acquistati e il tipo di disturbo dell'apprendimento diagnosticato", quindi la diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento DSA.**

Per quanto attiene al profilo soggettivo, le spese devono essere "sostenute in favore dei minori o di maggiorenni, con diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento (DSA) fino al completamento della scuola secondaria di secondo grado". Colui che usufruisce dello strumento compensativo deve quindi essere uno studente con DSA dalla scuola primaria alla scuola secondaria di II grado.

Su tali spese pertanto il beneficiario potrà godere di una detrazione ai fini IRPEF pari al 19% della spesa sostenuta.

La spesa può essere detratta dal genitore nel caso in cui sia da questi sostenuta nell'interesse del familiare a carico con DSA, a condizione che il bambino/ragazzo con DSA sia quindi fiscalmente a carico.

Agevolazioni fiscali per persone con DSA

Il decreto attuativo dell'agenzia delle entrate

Con il provvedimento del 6 aprile 2018, l’Agenzia delle Entrate ha fornito le indicazioni per usufruire dell’agevolazione introdotta dalla Legge di Bilancio 2018, che si applica alle spese sostenute fino al completamento delle scuole superiori.

Rientrano nell’agevolazione gli acquisti di strumenti compensativi e di sussidi tecnici e informatici necessari all’apprendimento, alla comunicazione verbale oppure utili ad assicurare ritmi graduali di acquisizione delle lingue straniere.

Chi sono i beneficiari

La detrazione del 19% dall’IRPEF spetta ai soggetti, sia minori che maggiorenni, con diagnosi di disturbo specifico dell’apprendimento (DSA) per l’acquisto di strumenti compensativi e di sussidi tecnici e informatici **fino al completamento della scuola secondaria di secondo grado.** L’agevolazione spetta anche per le spese sostenute per i figli (e in generale i familiari per i quali è riconosciuta una detrazione per carichi di famiglia).

Cosa fare per portare in detrazione le spese

Ai fini dell’agevolazione occorre che il beneficiario sia in possesso di un certificato rilasciato dal Servizio sanitario nazionale, da specialisti o strutture accreditate, che attesti per sé, o per il proprio familiare, la diagnosi di DSA.

Agevolazioni fiscali per persone con DSA

Le spese sono detraibili se:

- documentate con fattura o scontrino fiscale “parlante” , nel quale sia indicato il codice fiscale del soggetto con DSA e la natura del prodotto acquistato o utilizzato.
- **il collegamento funzionale tra l’acquisto e il tipo di disturbo dell’apprendimento diagnosticato risulta dalla certificazione o dalla prescrizione autorizzativa rilasciata da un medico.**

Quali sono gli acquisti detraibili

Sono compresi nell’agevolazione gli strumenti compensativi, ovvero gli strumenti didattici e tecnologici che sostituiscono o aiutano l’alunno con DSA nella sua attività di apprendimento, come per esempio:

la calcolatrice, che aiuta nelle operazioni di calcolo,

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.

Sono inoltre detraibili gli acquisti di sussidi tecnici e informatici come i computer necessari per la video scrittura, anche appositamente fabbricati, che facilitano la comunicazione interpersonale, l’elaborazione scritta o grafica, l’accesso all’informazione e alla cultura.

…e con questo abbiamo terminato! Grazie per l’attenzione