



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



I DSA E GLI ALTRI BES INDICAZIONI PER LA PRATICA PROFESSIONALE



Quaderni CNOP

I quaderni CNOP
n. 7



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



I DSA E GLI ALTRI BES INDICAZIONI PER LA PRATICA PROFESSIONALE



Quaderni CNOP

Copyright: Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi
Piazzale di Porta Pia, 121 - 00198 Roma
Tel + 39 06 44292351 - Fax +39 06 44254348
www.psy.it

Stampato nel mese di Gennaio 2021
dalla Tipolitografia Morphema

Fotocomposizione Morphema

ISBN: 978-88-943786-7-2

INDICE

INTRODUZIONE	9
PREFAZIONE del Ministro dell'Istruzione Lucia Azzolina	11
INVITO ALLA LETTURA	13
PREFAZIONE	14
PRESENTAZIONE	16
CAPITOLO 1	19
I BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI (BES)	
1.1 Quale normativa tutela gli alunni con BES?	19
1.2 Esiste la diagnosi di BES?	20
1.3 Gli alunni con BES possono avere una diagnosi?	21
1.4 I BES hanno un codice nosografico?	21
1.5 Cosa si intende per Funzionamento Intellettivo Limite?	21
1.6 Qual è il codice nosografico da utilizzare per il FIL?	22
1.7 Cosa si intende per Disturbo Specifico del Linguaggio?	22
1.8 Qual è il codice nosografico da utilizzare per il DSL?	22
1.9 Cosa si intende per Disturbo di Coordinazione Motoria?	23
1.10 Qual è il codice nosografico da utilizzare per il DCD?	23
1.11 Cosa si intende per Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività?	23
1.12 Qual è il codice nosografico da utilizzare per l'ADHD?	24
1.13 La normativa sui BES (Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012) prevede che i bisogni educativi speciali possano essere di natura persistente o transitoria. I DSA sono considerati di natura persistente o transitoria?	24
CAPITOLO 2	25
I DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)	
2.1 Quanti sono gli alunni e gli studenti con DSA nella popolazione scolastica?	27
2.2 Quali sono i DSA riconosciuti dalla Legge 170/2010?	30
2.3 I DSA hanno un loro codice nosografico?	30
2.4 Cosa si intende per Dislessia?	31
2.5 Qual è il codice nosografico da utilizzare per la Dislessia?	31
2.6 Cosa si intende per Disortografia?	32
2.7 Qual è il codice nosografico da utilizzare per la Disortografia?	32
2.8 Che cosa si intende per Disgrafia?	33

2.9	Qual è il codice nosografico per la Disgrafia?	33
2.10	Che cosa si intende per Discalculia?	34
2.11	Qual è il codice nosografico da utilizzare per la Discalculia?	34
2.12	Il codice nosografico F81.8 si riferisce a un DSA?	35
2.13	Il codice nosografico F81.9 si riferisce a un DSA?	35
2.14	Quando vengono riscontrati più DSA, quale codice va utilizzato?	35
2.15	Esiste il disturbo specifico della comprensione del testo?	36
2.16	Esiste il disturbo specifico della soluzione dei problemi?	37
2.17	Esiste il disturbo specifico dell'apprendimento non verbale?	38
2.18	Quali sono i disturbi che più frequentemente troviamo in comorbidità con i DSA?	38
2.19	Con il termine «disturbi evolutivi specifici» si intendono solo i DSA?	39
2.20	I DSA sono BES?	39
2.21	Cosa si intende per procedura diagnostica?	39
2.22	Chi fa la certificazione di DSA?	39
2.23	Cosa si intende per diagnosi nosografica?	40
2.24	Cosa si intende per diagnosi funzionale?	41
2.25	Quali elementi deve contenere una diagnosi di DSA?	42
2.26	Cosa si intende per équipe multidisciplinare?	42
2.27	Cosa si intende per professioni sanitarie?	42
2.28	Lo psicologo può fare diagnosi di DSA?	43
2.29	La diagnosi di DSA dello psicologo ha valore legale?	43
2.30	Quando può essere effettuata una diagnosi di DSA?	43
2.31	Può essere anticipata la diagnosi di DSA?	43
2.32	Cosa si intende per individuazione precoce dei fattori di rischio alla scuola primaria?	44
2.33	È corretto parlare di prevenzione nell'ambito dei DSA?	45
2.34	Per fare diagnosi di DSA, in caso di sospetta Dislessia, è sufficiente fare le prove di lettura e valutare l'efficienza intellettiva?	45
2.35	Per fare diagnosi di DSA, in caso di sospetta Disortografia, è sufficiente fare le prove di scrittura e valutare l'efficienza intellettiva?	46
2.36	Per fare diagnosi di DSA, in caso di sospetta Disgrafia, è sufficiente fare le prove di grafia e valutare l'efficienza intellettiva?	47
2.37	Per fare diagnosi di DSA, in caso di sospetta Discalculia, è sufficiente fare le prove di matematica e valutare l'efficienza intellettiva?	48
2.38	Come scegliere gli strumenti diagnostici?	48
2.39	Come si valuta l'efficienza intellettiva nel fare diagnosi di DSA?	49
2.40	Letture, scrittura e calcolo: quando è opportuno utilizzare le deviazioni standard e/o i percentili?	50

2.41	Quando è opportuno richiedere approfondimenti di diagnostica strumentale?	50
2.42	Perché esistono diagnosi tardive?	51
2.43	Che differenza c'è tra diagnosi e certificazione?	51
2.44	Chi può rilasciare la certificazione di DSA?	51
2.45	La certificazione di DSA ha una scadenza?	52
2.46	Nella certificazione di DSA è sufficiente menzionare la categoria diagnostica?	53
2.47	Il clinico deve indicare nella relazione diagnostica anche gli strumenti più idonei da inserire nel PDP?	53
2.48	Lo psicologo, nel fare diagnosi di DSA, è tenuto a rispettare le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni e quelle dell'Istituto Superiore di Sanità?	53
2.49	Cosa si intende per trattamento?	53

CAPITOLO 3 **55**

I DSA E GLI ALTRI BES A SCUOLA

3.1	Per gli alunni/studenti con BES è necessaria una certificazione?	55
3.2	Quali diritti sono previsti per gli alunni/studenti con BES?	56
3.3	Un alunno con BES può avere l'insegnante di sostegno?	57
3.4	Chi decide come attuare a scuola la normativa sui BES?	57
3.5	La normativa sui BES si applica anche agli studenti universitari?	58
3.6	La normativa sui BES e DSA si applica anche agli studenti delle scuole serali?	58
3.7	Un alunno con ADHD può beneficiare della L.170/2010?	58
3.8	Un alunno con Disturbo Specifico del Linguaggio può beneficiare della L.170/2010?	58
3.9	Da quali normative sono tutelati gli alunni con DSA in ambito scolastico?	59
3.10	Se un alunno ha già una certificazione di DSA emessa dal privato accreditato/autorizzato o dal servizio pubblico di un'altra regione, tale certificazione può essere ritenuta valida dalla scuola ai fini dell'applicazione della L.170/2010?	59
3.11	La Legge 170/2010 è compatibile con l'insegnante di sostegno?	59
3.12	Una volta ottenuta la certificazione di DSA, cosa deve fare la famiglia perché vengano attuate le norme contenute nella L.170/2010?	59
3.13	Se la famiglia è in possesso di una diagnosi di DSA, ma non della certificazione, cosa deve fare affinché vengano rispettati i diritti di alunni e studenti con DSA? La scuola può rifiutarsi di redigere un PDP?	60

3.14	Chi deve redigere il PDP?	61
3.15	Entro quanto tempo dalla consegna della diagnosi va redatto il Piano Didattico Personalizzato (PDP)?	61
3.16	Cosa deve contenere un PDP?	61
3.17	Cosa e quali sono gli strumenti compensativi per gli alunni con DSA?	62
3.18	Cosa sono le misure dispensative per gli alunni con DSA?	63
3.19	La dispensa dallo scritto di lingua straniera comporta poi un diploma diverso?	64
3.20	Qual è la differenza tra dispensa e esonero dalla lingua straniera?	64
3.21	Chi decide se adottare la dispensa dallo scritto della lingua straniera?	64
3.22	Chi decide se adottare l'esonero dalla lingua straniera?	65
3.23	Con le nuove norme introdotte dal D.Lgs n.62/2017 è possibile esonerare completamente uno studente dall'insegnamento della lingua straniera?	65
3.24	Da chi deve essere firmato il PDP?	65
3.25	Cosa succede se i genitori si rifiutano di firmare il PDP?	65
3.26	Per quali studenti redigere un PDP?	66
3.27	È obbligatoria la stesura di un PDP per tutti gli alunni con BES?	66
3.28	È obbligatoria la stesura di un PDP per un alunno con DSA?	67
3.29	La presenza del clinico durante la stesura del PDP di un alunno con DSA è obbligatoria?	67
3.30	Il PDP va aggiornato? Ogni quanto tempo?	67
3.31	Quali sono i passi che la famiglia può compiere per verificare la conformità tra quanto scritto nel PDP e quanto è stato attuato in classe?	68
3.32	Se la scuola individua un alunno con BES e vuole predisporre un PDP deve necessariamente chiedere l'autorizzazione della famiglia e far firmare il PDP?	68
3.33	Per applicare la normativa sui BES a un alunno in difficoltà deve esserci necessariamente la relazione di un clinico?	69
DOCUMENTI DI INDIRIZZO E RIFERIMENTI NORMATIVI		70
COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO NAZIONALE		73

INTRODUZIONE

La pubblicazione di questo Quaderno avviene alla conclusione di una lunga revisione di quanto disponibile in Italia in materia di Bisogni Educativi Speciali e Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

In un momento storico come quello che stiamo vivendo, la Scuola è chiamata a ripensare i propri processi interni, la propria organizzazione e la propria mission nonché gli strumenti finora utilizzati per veicolare contenuti e apprendimenti per i ragazzi.

Questo documento propone al lettore la possibilità di comprendere e codificare tutti quegli aspetti, anche amministrativi e burocratici, che consentono ai professionisti, alla scuola, alle famiglie e ai ragazzi stessi di costruire percorsi di apprendimento condivisi davvero efficaci, a vantaggio di tutto il sistema Scuola, quale vero promotore di sviluppo per il Paese.

Questo volume della Collana dei Quaderni CNOP, infatti, ha una doppia finalità: anzitutto proporre uno spazio di riflessione sui temi delle difficoltà di apprendimento nel contesto scolastico, e, contestualmente, diffondere uno strumento efficace ed esaustivo in grado di indirizzare e sostenere la pratica clinica dei professionisti.

Ci si propone dunque di trattare i processi che regolano alcuni fenomeni del mondo scuola, intesi come eventi che si manifestano a scuola, entro una dimensione più ampia di ripensamento degli obiettivi stessi del sistema scolastico italiano, un'eccellenza da valorizzare, far crescere, ottimizzare, sostenere e sviluppare sia in termini di committenza, anche istituzionale, che di competenza alla fruizione da parte di tutti gli attori che vi prendono parte a vario titolo.

Ringrazio il Gruppo di lavoro a suo tempo costituito e il dott. Lauro Mengheri che ne era coordinatore per la costanza con cui ha perseguito



l'obiettivo di questa pubblicazione a favore di coloro che nella comunità professionale cercano risposte e linee di indirizzo chiare ed esaustive, ma anche per gli addetti ai lavori nella scuola che in questo testo troveranno chiariti i molti dubbi che derivano dalla pratica quotidiana, dagli adempimenti amministrativi alla competenza a leggere i codici psicodiagnostici e impostare percorsi didattici e riabilitativi sensati e scientificamente fondati.

David Lazzari
Presidente CNOP

PREFAZIONE DEL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE LUCIA AZZOLINA

Sono grata al presidente CNOP Fulvio Giardina, per avermi coinvolto nel presentare questo libro ricco di suggestioni, che mi riportano, idealmente, dalla mia esperienza di docente al mio attuale ruolo di responsabilità, al vertice della scuola italiana e, quindi, al compito senza pari di aver cura di tutti gli alunni con bisogni educativi speciali.

Dal 2010, anno della promulgazione della Legge 170, la tematica dei Disturbi specifici di apprendimento si è estesa e via via sempre evoluta, fino a persuadere il legislatore a collocare i DSA in un contesto di attenzione più ampio, il cui acronimo - BES - comprende alunni il cui percorso scolastico non può essere rigidamente standardizzato o codificato, si tratti di alunni con disturbi specifici, con difficoltà o finanche di alunni particolarmente dotati.

Nel contesto normativo strutturatosi nell'ultimo decennio, in modo graduale e sempre più approfondito, le scuole hanno iniziato a maturare buone pratiche, in una prospettiva costante di maggiori attese da parte delle famiglie e, conseguentemente, nel bisogno di maggiori competenze dirette sulle nuove tematiche di intervento.

Le risposte alle domande che la Scuola si è posta nell'arco di un intenso decennio di lavoro sui BES, nelle classi e nelle scuole di tutto il territorio nazionale, sono raccolte, sistematizzate e ben esplicitate nel presente testo, il quale ha l'ulteriore pregio - oltre quello della chiarezza espositiva e della pragmaticità delle questioni affrontate - di essere frutto di una governance scientifica intrapresa tra i principali "mondi" di interesse attorno alla tematica, tra cui gli psicologi, le famiglie degli alunni con DSA, le istituzioni.

Anche i docenti, se vorranno, troveranno in questo manuale - il cui indice, non a caso, è costruito su "domande", - un validissimo strumento di supporto, teso a fornire risposte alle questioni che la quotidiana pratica professionale pone loro.

Costruire un'esperienza scolastica di senso per i nostri ragazzi è un compito altissimo, in maggior misura se esso riguarda l'edificazione di

percorsi che garantiscano pari diritti per chi vive un disturbo o una difficoltà permanente o temporanea dell'apprendimento. Ritengo che l'interazione costante tra tutti gli attori che si prendono cura dei ragazzi e che assumono su di sé la responsabilità di garantire i loro diritti, sia elemento qualificante e di sicuro successo, per realizzare il diritto allo studio ed elevare concretamente il livello di inclusività della scuola italiana.

Mi sembra che questa pubblicazione continui a percorrere, convintamente, la direzione della condivisione di competenze tecnico-scientifiche e procedurali, perseguendo esplicitamente queste finalità.

Con sincero compiacimento, auguro buon lavoro

Il Ministro dell'Istruzione

Lucia Azzolina



INVITO ALLA LETTURA

Con vero piacere invito alla lettura di questo documento, non solo per la validità dei riferimenti teorici e metodologici con cui è stato impostato il lavoro, ma anche - e soprattutto - per l'attualità della tematica trattata.

Il CNOP, quale organo sussidiario dello Stato, è anche garante delle buone pratiche che i professionisti psicologi mettono in atto nei loro interventi.

Senza sostituirsi alla responsabilità delle Società Scientifiche di riferimento, il CNOP in questi anni ha prodotto una serie di “quaderni” professionali al fine di poter meglio orientare, utenti e psicologi, verso interventi mirati. Certamente, gli interventi rivolti a minori con DSA o altri BES sono i più delicati e complessi. Si tratta infatti di fare una corretta valutazione dell'entità del problema affinché gli interventi didattici e professionali possano facilitare i processi di apprendimento e migliorare le condizioni di vita. Sono attività specifiche della professione di psicologo, un professionista con le competenze per inserire qualunque tipo di valutazione delle condizioni evolutive del minore all'interno di un processo di sviluppo quanto più armonico e globale. In altre parole, non si tratta soltanto di effettuare una valutazione rigidamente tecnica, bensì di osservare tutte le *performance* del minore all'interno della propria ecologia di vita, in sinergia con la famiglia per prima e col mondo della scuola poi. È augurabile che gli psicologi, e i loro studi professionali, possano essere accreditati in tutto il paese per offrire a tutti gli utenti la medesima modalità operativa.

Questo manuale “*I DSA e gli altri BES: Indicazioni per la pratica professionale*”, redatto dal Gruppo di Lavoro del CNOP coordinato da Lauro Mengheri e il referaggio di illustri accademici, è un aggiornamento del testo pubblicato nel 2016, confermando la volontà del CNOP di offrire sempre indicazioni attuali.

Un ringraziamento a tutti i componenti del GdL per l'impegno profuso.

Buona lettura.

Fulvio Gardina
Presidente CNOP 2014-2020

PREFAZIONE

Sono passati nove anni dalla pubblicazione della Legge 170/2010 a cui hanno fatto seguito le "Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con Disturbo Specifico di Apprendimento" ed è naturale chiedersi se dopo tutto questo tempo sia necessario ancora un manuale che riporti delle "Indicazioni per la pratica professionale per i DSA e gli altri BES".

Sarebbe spontaneo dire che di DSA e altri BES si parla talmente tanto da avere esaurito ogni nuovo argomento. Ma non è così! Anzi oggi più che mai è necessario parlare di DSA e altri BES e soprattutto parlarne in modo adeguato, con appropriatezza scientifica e tecnica, per provare a contrapporsi ad una modalità di vedere i DSA che appare sempre più distorta e lontana dalla realtà.

Basti pensare alle dichiarazioni roboanti tipo "Il boom dei DSA", "La Scuola è piena di DSA e BES", "Qui siamo tutti DSA!", "Si va verso la medicalizzazione della Scuola", che seguono annualmente la pubblicazione dei dati statistici rilevati dal MIUR, che portano spesso al risultato di minimizzare la problematica. Nonostante una campagna formativa ed informativa costante rivolta a genitori, docenti e tecnici, per molti non è ancora ben chiara la netta distinzione tra difficoltà e disturbo dell'apprendimento e così si tende a fare "di tutta l'erba un fascio" e attribuire per esempio il valore del 20%, percentuale stabilita dal MIUR dei ragazzi in difficoltà scolastica, ai DSA che invece rappresentano il 3-4% della popolazione scolastica.

Questa modalità distorta di vedere la "problematica DSA" non ha solo valore statistico ma ha anche, e direi soprattutto, una ricaduta in termini di presa in carico didattica ed educativa dell'alunno con DSA. Senza considerare che in questi nove anni, anche da un punto di vista clinico, sono stati fatti tanti passi avanti, grazie anche ad un filone di ricerca scientifica che sta mettendo in luce molti aspetti che rendono il quadro clinico dei DSA variegato e, a mio avviso, sempre più interessante ed affascinante.

Si parla molto di "comorbidità" con altri disturbi del neuro-sviluppo come

per esempio l'ADHD, i Disturbi del linguaggio; si discute sugli aspetti emotivi e sulle possibili ricadute psicopatologiche; si pone sempre più attenzione ai caratteri prognostici sia in ambito scolastico che lavorativo; si discute sull'efficacia dei vari sistemi compensativi, sia in ambito didattico che in termini di autonomia personale.

Tutto questo ha portato ad una ridefinizione del protocollo diagnostico, con vantaggi non indifferenti sia da un punto di vista pratico, grazie a profili di funzionamento meglio definiti che possano consentire la stesura di piani didattici sempre più personalizzati, sia sotto il profilo clinico, riducendo il rischio, paventato da molti, di "falsa diagnosi".

Questo Manuale ha il merito di costruire un ponte chiaro e definito tra due modalità di linguaggio non sempre conformi: quello clinico e quello didattico. Spesso alla base di una non adeguata presa in carico dell'alunno con DSA vi è una non sempre funzionale condivisione tra le esigenze diagnostiche, legate spesso a codici, percentili e deviazioni standard, poco comprensibili ai più, e le necessità scolastiche, ancora troppo vincolate a programmi, tempi e valutazioni. A fare spesa è soprattutto l'alunno con DSA, ma anche la famiglia, i docenti che si impegnano costantemente nel loro lavoro e gli stessi operatori sanitari che credono nell'importanza di un'attenta valutazione diagnostica.

L'Associazione Italiana Dislessia, che condivide da sempre con il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi percorsi comuni, non sempre facili e pianeggianti, finalizzati a condurre ad una Scuola realmente inclusiva per gli alunni con DSA, accoglie con molto piacere ed entusiasmo questa nuova pubblicazione che rende perfettamente l'idea dell'impegno e della dedizione che tutti noi mettiamo in campo, affinché si possa osservare la "problematica DSA" in modo obiettivo ed agire di conseguenza, con le adeguate modalità.

Sergio Messina
Presidente AID Associazione Italiana Dislessia

PRESENTAZIONE

La prima versione di “I DSA e gli altri BES” è stata recepita dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP) nella seduta del 26 febbraio 2016 con deliberazione n° 10/16.

Sono passati pertanto 4 anni, che sono stati densi di novità sia nel panorama normativo sia in quello scientifico, anche, e soprattutto, in seguito all'uscita della nuova edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali.

Oramai alla sua quinta edizione, sancisce un vero e proprio cambiamento di impostazione teorica (e pertanto anche nella pratica clinica) nei confronti dei Disturbi Specifici degli Apprendimenti e più in generale nei confronti dei Disturbi del Neurosviluppo.

Sebbene ad oggi non esista ancora un osservatorio epidemiologico nazionale, nell'introduzione della Consensus Conference dell'Istituto Superiore di Sanità (2011) è indicato che in Italia i DSA mostrano una prevalenza oscillante tra il 2,5% e il 3,5% della popolazione in età evolutiva.

Tale percentuale sottostima l'effettiva incidenza del disturbo, perché spesso non è riconosciuto o viene confuso con altri disturbi. Dalla rilevazione del MIUR svolta nell'anno scolastico 2017/2018 (dati pubblicati a giugno 2019) la percentuale degli alunni e studenti con DSA nel sistema nazionale d'istruzione si attesta intorno al 3,2% (276.109 alunni/studenti su un totale di 8.582.920), con un aumento rispetto alla rilevazione precedente dell'1,3%. In particolare, nell'A.S. 2017/2018 le percentuali di alunni/studenti con diagnosi di DSA sono l'1,96% alla scuola primaria, il 5,61% alla scuola secondaria di primo grado e il 4,68% alla scuola secondaria di secondo grado (fonte: MIUR – DGCASIS – Ufficio Statistica e Studi – Rilevazioni sulle Scuole).

Tuttavia, i Disturbi dell'Apprendimento sono solo una tipologia di condizione clinica con cui gli insegnanti devono frequentemente confrontarsi. Oramai praticamente in ogni classe c'è un bambino o una bambina con certificazione ai sensi della L.104/92, un bambino con ADHD, con uno o più svantaggi socioculturali, spesso bambini con Disturbi

del Comportamento e statisticamente non sono da meno i bambini con Funzionamento Intellettivo Limite. Molto trascurati, purtroppo, sono i Disturbi del Linguaggio, che invece sono fortemente impattanti sul rendimento scolastico, e la lista potrebbe non finire qua.

Esistono altre situazioni da tenere in considerazione, infatti, recentemente il MIUR, con Nota MIUR n.562 del 3 aprile 2019, ha confermato che gli alunni con alto potenziale intellettivo (*gifted children*) possono essere considerati tra i BES, attuando la “personalizzazione degli insegnamenti, la valorizzazione degli stili di apprendimento individuali e il principio di responsabilità educativa”.

Il panorama riguardante i BES è sempre più complesso dal punto di vista normativo e i disturbi clinici hanno avuto una evoluzione importante anche dal punto di vista della numerosità e della complessizzazione del quadro clinico.

Il metodo adottato dal Gruppo di Lavoro è stato quello di analizzare tutta la normativa vigente, verificarne l'impatto, e costruire un testo sotto forma di quesiti utili per orientarsi nella pratica professionale.

Il documento proposto non è quindi un lavoro scientifico, ma una mappa di riferimenti a documenti ufficiali: Normativa MIUR, Documenti di Consenso, Manuali di Classificazione Diagnostica internazionali o documenti dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il documento infine è stato sottoposto a referaggio scientifico da parte di cinque autorevoli membri esterni: Cesare Cornoldi, Santo Di Nuovo, Daniela Lucangeli, Giacomo Stella e Cristiano Termine, che hanno inserito le loro opportune integrazioni e che ringrazio sentitamente.

Mi auguro che il presente Quaderno abbia i positivi riscontri della prima edizione del 2016. Ringrazio il Presidente Giardina che mi ha dato la possibilità di “riaccendere” il Gruppo di Lavoro che ho avuto l'onore di coordinare e che ringrazio affettuosamente per la serietà, la passione e la professionalità che ha messo in questi ultimi mesi nella stesura di questa nuova versione.

E un sentito ringraziamento all'attuale Presidente CNOP, dott. David Lazzari, che riconoscendo valore all'iniziativa, ne ha promosso la pubblicazione e la promozione in un periodo storico in cui l'attenzione ai

ragazzi, al mondo della scuola e all'importanza degli apprendimenti deve tornare al centro non solo del dibattito scientifico interno alla professione, ma anche nel dibattito politico e culturale del nostro Paese, fuori dalla propaganda, e a favore dei Saperi scientifici e delle implicazioni per lo Sviluppo del Paese.

L'auspicio finale è che il presente documento sia di aiuto per la pratica professionale delle figure coinvolte nel processo diagnostico, riabilitativo e didattico dei DSA e degli altri BES, affinché ogni alunno e alunna possa trovare entusiasmo e curiosità nel proprio percorso formativo.

Lauro Mengheri
Coordinatore del Gruppo di Lavoro

Il Gruppo di Lavoro
Coordinatore Lauro Mengheri

Christina Bachmann

Silvia Baldi

Michele Borghetto

Rita Chianese

Raffaele Ciambrone

Emanuele Legge

Sara Piazza

Viviana Rossi

CAPITOLO 1

I BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI (BES)

I Bisogni Educativi Speciali (BES) sono quelle particolari esigenze educative che possono manifestare gli alunni, anche solo per determinati periodi, «*per motivi fisici, biologici, fisiologici o anche per motivi psicologici, sociali, rispetto ai quali è necessario che le scuole offrano adeguata e personalizzata risposta*» (Direttiva Ministeriale del 27/12/2012).

Tale Direttiva riassume i BES in tre grandi sottocategorie:

- quella della disabilità, che comprende i casi tutelati anche dalla L.104/92;
- quella dei disturbi evolutivi specifici, che comprende i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA, tutelati anche dalla L.170/2010), i Disturbi Specifici del Linguaggio (DSL), il Funzionamento Intellettivo Limite (FIL), detti anche Borderline Cognitivi, il Disturbo di Coordinazione Motoria (DCD o DCM) e il Disturbo da Deficit di Attenzione e/o Iperattività (ADHD o DDAI);
- quella dello svantaggio socioeconomico, linguistico, culturale.

In ambito clinico esistono anche altri disturbi o situazioni non menzionati specificamente dalla Direttiva, quali ad esempio i disturbi dell'apprendimento non specifici, i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, gli alunni ad alto potenziale intellettuale o con talenti particolarmente elevati (i cosiddetti "*gifted*"), che possono essere ricompresi tra i BES.

Recentemente il Miur con Nota MIUR n.562 del 3 aprile 2019 ha confermato che gli alunni *gifted* possono essere considerati tra i BES, attuando la "*personalizzazione degli insegnamenti, la valorizzazione degli stili di apprendimento individuali e il principio di responsabilità educativa*". Nel caso degli alunni *gifted* sarà il consiglio di classe o il team dei docenti a valutare se formalizzare tale percorso in un PDP.

1.1 Quale normativa tutela gli alunni con BES?

Gli alunni con BES sono tutelati dalla Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 e le successive note e circolari ministeriali.

La Direttiva estende a tutti gli studenti in difficoltà il diritto alla personalizzazione dell'apprendimento, richiamandosi espressamente ai principi enunciati dalla Legge 28 marzo 2003, n.53. In particolare, la Circolare Ministeriale n.8 del 6 marzo 2013, prot.n.561, avente come oggetto «*Direttiva Ministeriale 27 dicembre 2012 "Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica". Indicazioni operative*», sottolinea l'urgenza di applicare la normativa già destinata agli alunni con DSA anche a tutti quegli alunni che manifestano bisogni educativi speciali. In sintesi, la normativa che tutela gli alunni con BES ad oggi è la seguente: Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012; Decreto Ministeriale del 16 novembre 2012 n.254 sulle Indicazioni Nazionali per il primo ciclo di istruzione; Nota MIUR n.1551 del 27/06/2013 sull'individuazione precoce; C.M. n.48 del 31 maggio 2013 sugli esami di stato del primo ciclo; C.M. n.8 del 06 marzo 2013 sui BES; Nota MIUR n.2563 del 22 novembre 2013 su chiarimenti sui BES; Legge 13 luglio 2015, n.107 (Buona Scuola); D.Lgs. n.62/2017 sulla valutazione scolastica; O.M. n.205 dell'11 marzo 2019 sugli esami di stato della scuola secondaria di secondo grado; Nota MIUR n.562 del 3 aprile 2019 sui *gifted*; Nota MIUR n.5772 del 04 aprile 2019 su esami di stato e certificazione delle competenze; Nota MIUR n.788 del 06 maggio 2019 sugli esami di stato; D.Lgs 28 agosto 2019, n. 96 integrativo e correttivo del D.Lgs 13 aprile 2017, n.66, sull'inclusione scolastica. Il Decreto legislativo n. 62/2017 e i successivi atti ministeriali non contengono specifiche novità riguardo agli alunni con BES, tranne prevedere il diploma (e non solo più l'attestato) per gli studenti del primo ciclo con DSA esonerati dalla lingua straniera.

1.2 Esiste la diagnosi di BES?

No, si tratta di una definizione pedagogica e non clinica. La diagnosi è invece un processo di tipo clinico che dà esito a un codice nosografico tra quelli contenuti nei manuali diagnostici di riferimento (ICD-10 e

DSM-5). Il termine BES non indica un'etichetta diagnostica, di conseguenza non esiste la diagnosi di BES. Il termine fa riferimento a quanto espresso nella dichiarazione internazionale di Salamanca (1994), ossia che *«le persone che hanno bisogni educativi speciali devono poter accedere alle normali scuole che devono integrarli in un sistema pedagogico centrato sul bambino, capace di soddisfare queste necessità»*, e alle indagini dell'OCSE.

1.3 Gli alunni con BES possono avere una diagnosi?

Alcuni sì, poiché tra le tipologie di BES sono ricompresi anche altri disturbi oltre ai DSA, quali ad esempio i Disturbi Specifici del Linguaggio (DSL), il Disturbo della Coordinazione Motoria (DCD), il Disturbo da Deficit di Attenzione e/o Iperattività (ADHD) e altri.

1.4 I BES hanno un codice nosografico?

Premesso che la diagnosi di BES non esiste, sono ricomprese in questa categoria varie difficoltà, che talvolta possono assumere la forma di un disturbo. In tal caso si utilizza un codice nosografico come da manuali di riferimento ICD-10 o DSM-5 (per esempio per i DSL, per l'ADHD, etc.). Nel caso di difficoltà non inquadrabili in un disturbo non si utilizzano codici nosografici.

1.5 Cosa si intende per Funzionamento Intellettivo Limite?

Con Funzionamento Intellettivo Limite (FIL, indicato anche con il termine "Borderline cognitivo" o "Funzionamento Intellettivo Borderline") ci si riferisce ad una condizione in cui il quoziente cognitivo globale, misurato con scala multicomponentiale, si colloca tra -1 e -2 deviazioni standard rispetto alla media della popolazione e il funzionamento adattivo è compromesso.

Secondo l'orientamento corrente, il FIL può anche essere considerato in modo più restrittivo come un profilo talora definito di "slow learner", il cui quadro funzionale è caratterizzato da un approccio faticoso allo studio, con prestazioni solitamente basse

nella maggior parte delle materie scolastiche e in maniera più generalizzata rispetto all'alunno/studente con DSA. Qualora il consiglio di classe lo ritenesse opportuno, è possibile redigere un Piano Didattico Personalizzato (PDP).

1.6 Qual è il codice nosografico da utilizzare per il FIL?

Non esiste un codice nosografico riferibile al FIL né nell'ICD-10 né nel DSM-5, bensì esistono codici che descrivono sintomi e condizioni cliniche.

1.7 Cosa si intende per Disturbo Specifico del Linguaggio?

Con Disturbo Specifico del Linguaggio (DSL) si intende un disturbo delle funzioni linguistiche (disturbo della comunicazione) che fa parte dei disturbi del neurosviluppo e che interessa il linguaggio e/o l'eloquio.

1.8 Qual è il codice nosografico da utilizzare per il DSL?

Secondo l'ICD-10 se il DSL coinvolge la produzione di suoni è il codice F80.0 («*Disturbo specifico dell'articolazione dell'eloquio*», riportato anche come disturbo fonologico specifico del linguaggio), se interessa la capacità di esprimersi con abilità di comprensione entro le due deviazioni standard dalla media il codice è F80.1 («*Disturbo del linguaggio espressivo*») e se interessa la comprensione del linguaggio con possibili difficoltà anche espressive e articolatorie il codice è F80.2 («*Disturbo della comprensione del linguaggio*», riportato anche come disturbo misto della comprensione e dell'espressione del linguaggio). Nel DSM-5 il DSL è codificato come «*Disturbo del linguaggio*» (codice 315.32) se interessa difficoltà persistenti nell'acquisizione e nell'uso di diverse modalità di linguaggio dovute a deficit della comprensione o della produzione, con compromissione del lessico, della struttura delle frasi e delle capacità discorsive, e come «*Disturbo fonetico-fonologico*» (codice 315.39) se, invece, interessa la produzione dei suoni dell'eloquio

(articolazione, fluenza, voce e qualità) interferendo con la sua intelligibilità o impedendo la comunicazione verbale dei messaggi.

1.9 Cosa si intende per Disturbo di Coordinazione Motoria?

Con Disturbo di Coordinazione Motoria (DCD, acronimo per l'inglese *Developmental Coordination Disorder*, indicato a volte anche con l'acronimo DCM) si intende un disturbo del neurosviluppo che riguarda l'esecuzione e l'acquisizione di competenze di coordinazione sia fine-motoria sia grosso-motoria. Tali competenze risultano al di sotto di quelle attese rispetto all'età cronologica, in condizioni in cui vi siano sufficienti opportunità di apprenderle. Le caratteristiche del DCD includono lentezza esecutiva e/o poca accuratezza nello svolgimento di attività che richiedono coordinazione motoria. Il disturbo interferisce in modo persistente e significativo con le attività di vita quotidiana appropriate per l'età, con le richieste scolastiche, con le relazioni e con il gioco. Le difficoltà devono essere presenti dalle prime fasi dello sviluppo.

1.10 Qual è il codice nosografico da utilizzare per il DCD?

Secondo l'ICD-10 il codice è F82 («*Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria*»). Nel DSM-5 è definito «disturbo dello sviluppo della coordinazione» (codice 315.4).

1.11 Cosa si intende per Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività?

Con Disturbo da Deficit di Attenzione e/o Iperattività (ADHD, acronimo per l'inglese *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, a volte indicato anche con DDAI, acronimo di *Disturbo da Deficit di Attenzione e/o Iperattività*) si intende un disturbo del neurosviluppo ad esordio in età evolutiva caratterizzato da inattenzione, impulsività e/o iperattività motoria, sintomi che si devono manifestare in almeno due contesti e compromettere il funzionamento sociale e scolastico.

1.12 Qual è il codice nosografico da utilizzare per l'ADHD?

Secondo l'ICD-10 il codice è F90.0 («*Disturbo dell'attività e dell'attenzione*») se sono soddisfatti sia i criteri sia di disattenzione che di iperattività-impulsività in assenza di disturbo della condotta ed equivale al «*Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, Manifestazione combinata*» (codice 314.01) codificato nel DSM-5.

Il DSM-5 codifica il disturbo anche se è soddisfatto soltanto il criterio della disattenzione («*Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, Manifestazione con disattenzione predominante*», codice 314.00).

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

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

CAPITOLO 2

IDI DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)

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

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

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

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

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

Riporta la *Consensus Conference* del 2007 (CC-2007): «*La principale*

caratteristica di definizione di questa "categoria nosografica", è quella della "specificità", intesa come un disturbo che interessa uno specifico dominio di abilità in modo significativo ma circoscritto, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale». Nell'ICD-10 si specifica che i DSA non sono conseguenti a mancanza di opportunità di apprendimento, disturbi dello sviluppo intellettuale, traumi o malattie cerebrali acquisite. La compromissione dell'abilità specifica (lettura, scrittura, calcolo) deve essere significativa. Nella *Consensus Conference* del 2007 sono menzionati i criteri utili per la definizione dei DSA, ossia il carattere "evolutivo" di questi disturbi, la diversa espressività del disturbo nelle diverse fasi evolutive dell'abilità in questione, la quasi costante associazione ad altri disturbi (comorbidità), il carattere neurobiologico delle anomalie processuali che caratterizzano i DSA.

I Disturbi Specifici dell'Apprendimento hanno un'origine biologica che è alla base delle anomalie a livello cognitivo, associate a sintomi comportamentali del disturbo e che comprende un'interazione di fattori genetici, epigenetici e ambientali che colpiscono le capacità cerebrali di percepire o processare informazioni verbali o non verbali in modo efficiente e preciso (DSM-5, 2014). Il DSM-5 introduce per la prima volta l'influenza dei fattori ambientali nella genesi del disturbo, tirando in causa l'epigenetica, ossia riconosce un ruolo fondamentale alle modifiche fenotipiche delle espressioni dei geni, che si possono verificare senza alterazioni delle sequenze nel DNA. In tal senso viene messa in discussione la specificità del disturbo, che porta a una non netta distinzione tra i casi che hanno un livello intellettuale nella norma e quelli che hanno compromissioni più generalizzate e include quindi nella categoria diagnostica anche altre difficoltà, quali la scarsa comprensione dei testi letti in autonomia, la mancanza di chiarezza nell'espressione scritta, le difficoltà nel ragionamento matematico. Anche la *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità «raccomanda, ai fini della diagnosi di DSA, di considerare con maggiore flessibilità il criterio della discrepanza rispetto al QI» (Risposta 1.1 del quesito A1, CC-ISS 2011).

Ai fini della stesura di questo documento, pur tenendo presenti le novità che sono entrate a pieno titolo nel sapere scientifico, faremo riferimento al

manuale nosografico ICD-10, in attesa degli aggiornamenti previsti nella undicesima edizione (ICD-11).

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

Sebbene ad oggi non esista ancora un osservatorio epidemiologico nazionale, nell'introduzione della *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità (2011) è indicato che in Italia i DSA mostrano una prevalenza oscillante tra il 2,5% e il 3,5% della popolazione in età evolutiva. Tale percentuale sottostima l'effettiva incidenza del disturbo, perché spesso non riconosciuto o confuso con altri disturbi. Dalla rilevazione del MIUR svolta nell'anno scolastico 2017/2018 (dati pubblicati a giugno 2019) la percentuale degli alunni e studenti con DSA nel sistema nazionale d'istruzione si attesta intorno al 3,2% (276.109 alunni/studenti su un totale di 8.582.920), con un aumento rispetto alla rilevazione precedente dell'1,3%. In particolare, nell'A.S. 2017/2018 le percentuali di alunni/studenti con diagnosi di DSA sono l'1,96% alla scuola primaria, il 5,61% alla scuola secondaria di primo grado e il 4,68% alla scuola secondaria di secondo grado (fonte: MIUR – DGCASIS – Ufficio Statistica e Studi – Rilevazioni sulle Scuole).

Tab.1 – Totale alunni con DSA e ripartizione per ordine di scuola – A.S. 2017/2018

Tavola 1. Alunni con DSA e totale alunni per ordine di scuola - a.s. 2017/2018

Ordine di scuola	Alunni con DSA	Totale alunni	% alunni con DSA
Infanzia *	1.717	1.474.592	0,12%
Primaria *	53.379	2.726.410	1,96%
Sec. I grado	96.176	1.713.935	5,61%
Sec. II grado	124.837	2.667.983	4,68%
TOTALE	276.109	8.582.920	3,22%

* per la scuola dell'infanzia e per il I e il II anno della scuola primaria si tratta di alunni a rischio di DSA, individuati a seguito di test specifici presso le competenti strutture sanitarie;
 nota: i dati relativi alla provincia di BZ non sono disponibili.

Fonte: MIUR - DGCASIS - Ufficio Gestione Patrimonio Informativo e Statistica - Rilevazioni sulle scuole.

Tab.2 – Totale alunni con DSA per tipologia di disturbo e ripartizione per ordine di scuola – A.S. 2017/2018

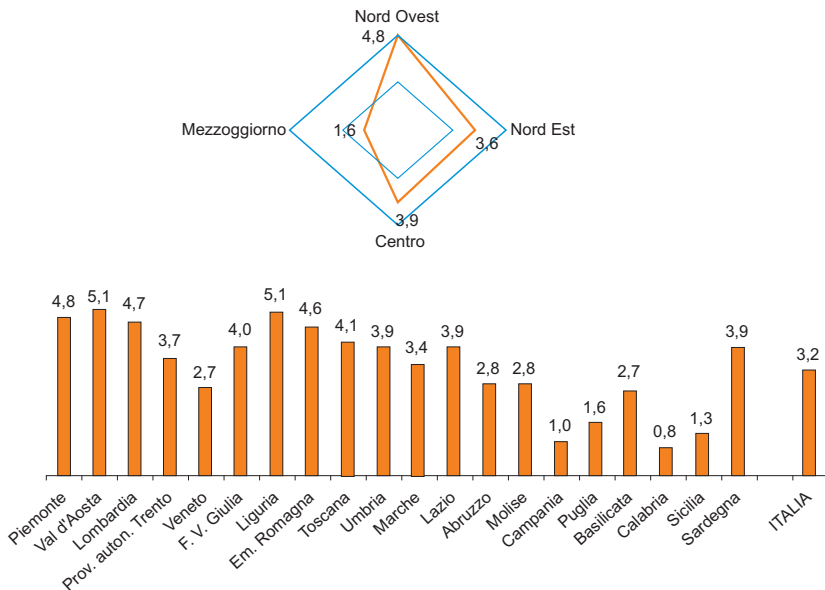
Ordine di scuola	Dislessia	Disgrafia	Disortografia	Discalculia	Totale alunni con DSA
Infanzia *	-	-	-	-	-
Primaria *	34.491	16.861	20.579	11.473	53.379
Sec. I grado	59.777	29.823	36.177	31.395	96.176
Sec. II grado	82.944	32.577	35.378	43.777	124.837
TOTALE	177.212	79.261	92.134	86.645	276.109

Nota: il totale alunni con DSA può non coincidere con la somma degli alunni per tipologia di disturbi dal momento che gli alunni possono avere più tipologie di disturbi.

* per la scuola dell'infanzia e per il I e il II anno della scuola primaria si tratta di alunni a rischio di DSA, individuati a seguito di test specifici presso le competenti strutture sanitarie;

Fonte: MIUR - DGCASIS - Ufficio Gestione Patrimonio Informativo e Statistica - Rilevazioni sulle scuole.

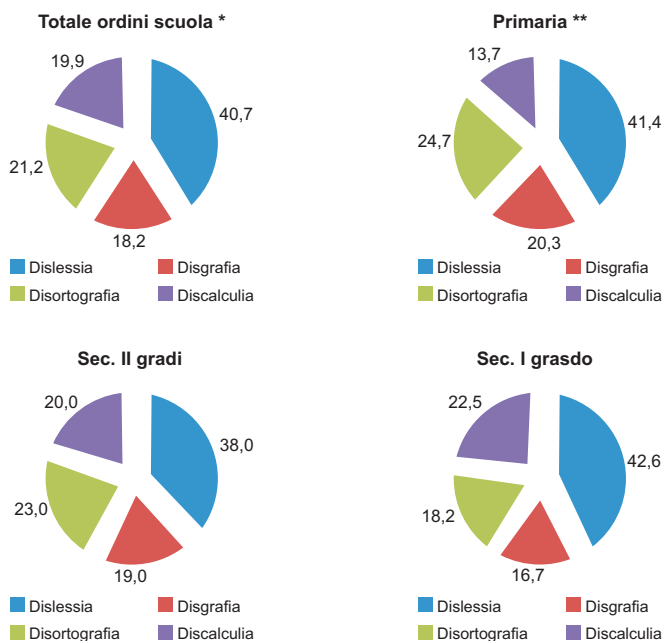
Grafico 1 – Percentuale di alunni con DSA divisi per regione



nota: i dati relativi alla provincia di BZ non sono disponibili.

Fonte: MIUR - DGCASIS - Ufficio Gestione Patrimonio Informativo e Statistica - Rilevazioni sulle scuole.

Grafico 2 – Percentuale di alunni con DSA per ordine di scuola



* sono considerate la scuola primaria, secondaria di I grado e secondaria di II grado;

**per il I e il II anno della scuola primaria si tratta di alunni a rischio di DSA, individuati a seguito di test specifici presso le competenti strutture sanitarie;

Nota: la composizione % è calcolata sulla somma delle tipologie di DSA.

Fonte: MIUR - DGCSIS - Ufficio Gestione Patrimonio Informativo e Statistica - Rilevazioni sulle scuole.

Un dato particolarmente preoccupante per tutta la categoria di clinici, psicologi e medici, è la presenza di diagnosi di DSA nell'ambito della scuola dell'infanzia (1.717 casi) e nella classe primaria (1.070 casi).

Infatti, come raccomanda la CC-ISS-2011«*non appare opportuno anticipare la diagnosi a prima della fine della classe seconda della scuola primaria*» (cfr. risposta A del quesito 5A, CC-ISS-2011).

Ci auguriamo che la maggiore sensibilità sul tema e la sempre migliore competenza dei clinici porti alla netta riduzione di queste diagnosi errate e si concentri sugli indici di rischio dei disturbi del neurosviluppo alla scuola dell'infanzia.

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

I DSA riconosciuti dalla L.170/2010 sono quattro: Dislessia (Disturbo Specifico della Lettura), Disortografia (Disturbo Specifico della Scrittura nella componente ortografica), Disgrafia (Disturbo Specifico della Scrittura nella realizzazione grafica), Discalculia (Disturbo Specifico del Numero e/o del Calcolo).

2.3 IDSA hanno un loro codice nosografico?

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

Tab.1 - Codici nosografici dei DSA

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

Come risulta dal sito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è consultabile online l'ICD-11 in lingua inglese, versione del 18 giugno 2018, disponibile per gli stati membri e altri stakeholder per preparare le traduzioni e che dovrebbe entrare in vigore nel 2022.

2.4 Cosa si intende per Dislessia?

Con il termine Dislessia si intende il Disturbo Specifico della Lettura, che riguarda la decodifica. La *Consensus Conference* del 2007 (CC-2007) già individuava la necessità di somministrare prove standardizzate di lettura a più livelli (lettere, parole, non-parole, brano), la necessità di valutare congiuntamente i due parametri di rapidità e accuratezza nella prestazione, la necessità di stabilire una distanza significativa dai valori medi attesi per la classe frequentata dal bambino nella rapidità o nell'accuratezza. Fissava convenzionalmente tale distanza a 2 deviazioni standard sotto la media per la velocità e al di sotto del 5° percentile per l'accuratezza, indicazioni tuttora valide. La CC-ISS (2011) sottolinea di considerare sempre, oltre al parametro di accuratezza già presente nell'ICD-10, anche quello di rapidità della lettura (risposta A2.3). Esiste ad oggi una letteratura specifica che mette a confronto le misure di rapidità e velocità e valuta l'opportunità di utilizzare i percentili anche per le misure di rapidità.

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

2.5 Qual è il codice nosografico da utilizzare per la Dislessia?

Secondo il manuale diagnostico ICD-10 è il codice F81.0 («*Disturbo specifico della lettura o dislessia*»), che contempla compromissioni nell'accuratezza (errori) e può comportare anche difficoltà di comprensione. Questo codice comprende inoltre anche le conseguenti difficoltà di tipo ortografico, in assenza di diagnosi di Disortografia.

Include infatti «*ritardo specifico della lettura, dislessia evolutiva, difficoltà della compitazione associata con un disturbo di lettura*», mentre esclude la Disortografia senza disturbo della lettura

(«*disturbo della compitazione non associato a difficoltà di lettura*»).

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

2.6 Cosa si intende per Disortografia?

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

Già la *Consensus Conference* del 2007 (CC-2007) suddivideva il Disturbo della Scrittura in due componenti: una di natura linguistica (deficit nei processi di cifratura) e una di natura motoria (deficit nei processi di realizzazione grafica, cfr. risposta domanda 2.8).

Il termine Disortografia riguarda soltanto l'aspetto linguistico, ossia i deficit nei processi di cifratura. Le prestazioni nell'ambito dell'ortografia in prove standardizzate per il parametro correttezza (numero di errori) devono cadere al di sotto del 5° percentile (CC-2007).

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

2.7 Qual è il codice nosografico da utilizzare per la Disortografia?

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

Nel DSM-5 la Disortografia è inclusa nel «*Disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione dell'espressione scritta*»

(codice 315.2) che prevede, oltre alle difficoltà ortografiche chiamate «*difficoltà nell'accuratezza dello spelling*», anche accuratezza della grammatica e della punteggiatura e chiarezza/organizzazione dell'espressione scritta.

2.8 Che cosa si intende per Disgrafia?

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

Già la *Consensus Conference* del 2007 (CC-2007) suddivideva il Disturbo della Scrittura in due componenti: una di natura linguistica (deficit nei processi di cifratura) e una di natura motoria (deficit nei processi di realizzazione grafica).

Il termine Disgrafia riguarda soltanto l'aspetto motorio, ossia i deficit nei processi di realizzazione grafica. Le prestazioni nell'ambito della grafia in prove standardizzate per la fluenza (velocità di scrittura) devono cadere sotto la media di almeno 2 deviazioni standard e rispondere a carenze qualitative nelle caratteristiche del segno grafico (CC-2007).

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

2.9 Qual è il codice nosografico per la Disgrafia?

Tra i disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche dell'ICD-10 non è menzionata esplicitamente la disgrafia.

È prassi comune utilizzare il codice F81.8 («*Altri disturbi evolutivi delle abilità scolastiche*») in caso di difficoltà nella realizzazione grafica.

La disgrafia è anche un segno caratteristico del disturbo della coordinazione motoria (DCD, F82.1, «*Disturbi evolutivi specifici della funzione motoria*»). Il DCD nel DSM-5 è chiamato «*Disturbo dello sviluppo della coordinazione*» e indicato con il codice 315.4, che

include tra i criteri diagnostici la lentezza e l'imprecisione in attività motorie, quali ad esempio lo scrivere a mano.

2.10 Che cosa si intende per Discalculia?

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

La CC-2007 distingueva nella Discalculia due diversi profili: uno connotato da debolezza nella strutturazione cognitiva delle componenti di cognizione numerica (cioè intelligenza numerica basale: *subitizing*, meccanismi di quantificazione, comparazione, seriazione, strategie di calcolo a mente) e l'altro che coinvolge le procedure esecutive (lettura, scrittura e messa in colonna dei numeri) ed il calcolo (recupero dei fatti numerici e algoritmi del calcolo scritto).

Per la diagnosi occorre considerare i parametri di accuratezza e rapidità nelle abilità aritmetiche (PARCC, 2011, risposta A2.6 del quesito A2) e ricorrere all'analisi qualitativa degli errori quale ulteriore fonte di informazioni (PARCC, 2011, risposta A2.7 del quesito A2).

«In presenza di discalculia, nel caso di errori nell'incolonnamento dei numeri, andrebbero esplorate anche le abilità prassiche e l'organizzazione visuo-spaziale» (PARCC, 2011, quesito A6).

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

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

Nel DSM-5 la Discalculia è codificata come «Disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione del calcolo» (codice 315.01) e include, oltre alle difficoltà nel concetto di numero,

memorizzazione di fatti aritmetici, calcolo accurato o fluente, anche le difficoltà nel ragionamento matematico corretto.

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

Secondo l'ICD-10 il codice F81.8 è un disturbo specifico («*Altri disturbi evolutivi delle abilità scolastiche*»), ma non tutti i disturbi che rientrano in questa categoria sono contemplati nella L.170/2010. È prassi comune utilizzare questo codice in caso di difficoltà nella realizzazione grafica (Disgrafia).

2.13 Il codice nosografico F81.9 si riferisce a un DSA?

No, il codice F81.9 si riferisce ad un disturbo dell'apprendimento non specifico («*Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche non specificati*»), di conseguenza non contemplato dalla L.170/2010. L'ICD-10 specifica che «*l'uso di questa categoria deve essere per quanto possibile evitato e limitato ai disturbi non specifici nei quali c'è una significativa disabilità dell'apprendimento che non può essere spiegata soltanto con un ritardo mentale, con problemi di acutezza visiva o con un'inadeguata istruzione scolastica*».

Spesso questo codice viene utilizzato per indicare la compromissione degli apprendimenti nei casi di Funzionamento Intellettivo Limite (FIL).

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

Secondo l'ICD-10 il codice da utilizzare è F81.3 («*Disturbo misto delle abilità scolastiche*»), mentre l'Accordo Stato-Regioni (2012) all'art.3 c.2 indica che vanno utilizzati i codici compresi nella categoria F81, con la dicitura esplicita del DSA in oggetto. Il codice F81.3 può quindi essere utilizzato per indicare la presenza di Discalculia e Dislessia o di Discalculia e Disortografia, ma non per Dislessia e Disortografia, i cui codici (F81.0 e F81.1) si escludono a vicenda.

Anche il DSM-5, per quanto proponga di far riferimento ad una categoria unitaria, prevede che vengano specificati «*tutti gli ambiti scolastici e le capacità che sono compromessi. Quando è compromesso*

più di un ambito, ciascuno di essi deve essere codificato singolarmente» secondo gli specificatori. Ad esempio, «le compromissioni della lettura e del calcolo e le compromissioni delle sottoabilità della velocità e della fluenza della lettura, della comprensione del testo, del calcolo accurato o fluente e del ragionamento matematico corretto dovrebbero essere codificati e registrati come 315.00 (F81.0) disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione della lettura, con compromissioni della velocità o della fluenza della lettura e con compromissioni della comprensione del testo; 315.1 (F81.2) disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione del calcolo, compromissione del calcolo accurato o fluente e del ragionamento matematico corretto».

Inoltre, il DSM-5 specifica di indicare la gravità del disturbo (lieve, moderata, grave).

2.15 Esiste il disturbo specifico della comprensione del testo?

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

Nell'ICD-10 al codice F81.0 «*Disturbo specifico della lettura*» si legge che «*vi possono anche essere deficit della comprensione della lettura, evidenziati da: a) un'incapacità di ricordare le cose lette; b) un'incapacità di trarre conclusioni o inferenze dal materiale letto; c) l'uso di conoscenze di carattere generale piuttosto che dell'informazione derivante dalla lettura, nel rispondere a quesiti su una storia letta*». Nel DSM-5 il codice 315.00 («*Disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione della lettura*») utilizzato per la Dislessia comprende, oltre alle compromissioni della velocità e/o correttezza nella lettura, anche le difficoltà di comprensione del testo e può essere utilizzato anche in assenza di Dislessia quando è

soddisfatto il criterio diagnostico A2: *«Difficoltà nella comprensione del significato di ciò che viene letto (per es., può leggere i testi in maniera adeguata, ma non comprende le sequenze, le relazioni, le inferenze o i significati più profondi di ciò che viene letto)»*.

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

2.16 Esiste il disturbo specifico della soluzione dei problemi?

No, non esiste una categoria diagnostica a sé stante per le difficoltà di ragionamento matematico o, più in particolare, di risoluzione dei problemi matematici (*problem-solving* matematico) nell'ICD-10, ma per il DSM-5 è sufficiente la presenza di questo problema per fare diagnosi di DSA. Infatti, nel DSM-5 il codice 315.1 (*«Disturbo specifico dell'apprendimento con compromissione del calcolo»*) utilizzato per la Discalculia comprende, oltre alle compromissioni nell'area del numero, del calcolo e dei fatti aritmetici, anche le difficoltà nel ragionamento matematico e può essere utilizzato anche in assenza di Discalculia quando è soddisfatto il criterio diagnostico A6: *«Difficoltà nel ragionamento aritmetico (per es. ha gravi difficoltà ad applicare concetti matematici, dati o procedure per risolvere problemi quantitativi)»*. In Italia l'opinione prevalente è di non considerare queste difficoltà come appartenenti ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento (*Consensus Conference*, 2007; PARCC, 2011).

Infatti, nel PARCC (Quesito A punto C) si afferma che: *«Per quanto*

riguarda le difficoltà nella soluzione di problemi matematici, si conferma l'opportunità, già espressa nel documento della Consensus Conference 2007, di non considerarle come appartenenti ai DSA».

2.17 Esiste il disturbo specifico dell'apprendimento non verbale?

No, al momento attuale i manuali ICD-10 e DSM-5 non riconoscono una categoria diagnostica a sé stante per il disturbo dell'apprendimento non verbale (DANV, detto anche “sindrome non verbale” o “disturbo visuospatiale”). In Italia nella risposta al Quesito A8 del PARCC al punto B (PARCC, 2011) si afferma che: *«Anche per quel che concerne il Disturbo Specifico di Apprendimento di tipo Non-Verbale, si ritiene che le conoscenze attualmente disponibili siano ancora troppo frammentarie per pronunciarsi sulla sua indipendenza da altri quadri disfunzionali (discalculia, disgrafia, disortografia)». È da sottolineare, tuttavia, che da Maggio 2017 è stata attivata una Consensus Conference internazionale promossa dall'associazione NVLD Project e della Columbia University di New York, allo scopo di individuare dei criteri diagnostici condivisi del disturbo e di veder riconosciuto tale disturbo all'interno del DSM.*

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

Dall'analisi della letteratura i disturbi che più frequentemente si riscontrano in comorbidità con i DSA sono: il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) e i Disturbi Specifici del Linguaggio (DSL) (*Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità, 2011). Per una trattazione più estesa si rimanda al documento di analisi della letteratura allegato alla CC-2011.

Nel DSM-5 è indicato che i DSA si presentano comunemente in concomitanza con altri disturbi del neurosviluppo (per es. ADHD, DSL, DCD, disturbi dello spettro autistico) o altri disturbi quali i disturbi d'ansia e i disturbi del tono dell'umore.

L'elevata comorbidità determina la marcata eterogeneità dei profili funzionali e di espressività con cui i DSA si manifestano e comporta

significative ricadute sul versante dell'indagine diagnostica (CC-2007).

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

No, i DSA fanno parte dei disturbi evolutivi specifici, ma non sono gli unici. Come indicato nell'ICD-10 fanno parte dei disturbi evolutivi specifici anche i Disturbi Specifici del Linguaggio (DSL) e i Disturbi della Coordinazione Motoria (DCD).

La Direttiva Ministeriale sui BES del 27/12/2012, per la comune origine nell'età evolutiva, fa rientrare in questa categoria anche i disturbi dell'attenzione e dell'iperattività e considera il Funzionamento Intellettivo Limite (FIL) al confine tra la disabilità e il disturbo specifico. Il DSM-5 inserisce i DSA, i DSL, il DCD, l'ADHD e i disturbi dello sviluppo intellettivo tra i disturbi del neurosviluppo. Tutti questi disturbi sono ricompresi nella categoria dei BES.

2.20 IDSA sono BES?

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

2.21 Cosa si intende per procedura diagnostica?

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

2.22 Chi fa la certificazione di DSA?

L'équipe multidisciplinare. Nell'art.3 della L.170/2010 si parla di

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

2.23 Cosa si intende per diagnosi nosografica?

La diagnosi nosografica è chiamata anche diagnosi clinica (per esempio nella CC-2007) e rappresenta il processo attraverso il quale si giunge all'identificazione, ossia all'etichetta diagnostica, del disturbo. Il PARCC (2011) chiama questo processo clinico “classificazione diagnostica”, e «*consiste in una valutazione guidata dalla ricerca dei criteri che portano all'identificazione dei Disturbi e alla loro collocazione nell'ambito di un sistema nosografico – nel caso dei DSA questi sistemi sono costituiti dal DSM-5 e dall'ICD-10*».

Nella CC-2007 la diagnosi nosografica di DSA è distinta in due fasi: la prima esamina i criteri diagnostici di inclusione, la seconda di esclusione. Nella prima fase si rilevano pertanto il livello cognitivo generale e le competenze strumentali di lettura, scrittura e calcolo, che permettono al clinico di verificare la presenza degli elementi diagnostici corrispondenti a un codice nosografico e di formulare un'ipotesi diagnostica (CC-2007; PARCC-2011).

Nella seconda fase vengono disposte quelle indagini atte a considerare i cosiddetti fattori di esclusione, ossia la presenza di patologie o anomalie sensoriali, neurologiche, cognitive e di gravi psicopatologie. Lievi alterazioni a livello elettrofisiologico,

neurofunzionale e neuroanatomico sono compatibili con la diagnosi di DSA e non vanno pertanto considerate come criteri di esclusione (PARCC-2011, quesito A1). *«Una particolare attenzione deve essere posta nella indagine anamnestica che deve indagare, oltre alle classiche aree di raccolta delle informazioni, lo sviluppo visivo e uditivo, tenendo conto del bilancio di salute operato dal pediatra o dal medico curante del bambino. Dai dati acquisiti in questa fase, il clinico è in grado di valutare, dopo la verifica strumentale relativa alla presenza dei sintomi di inclusione, se indicare ulteriori accertamenti relativi ai criteri di esclusione»* (CC-2007). All'interno del DSM-5 viene precisato che le difficoltà di apprendimento devono essere persistenti e non transitorie, descrivendo la persistenza come un *«ristretto progresso nell'apprendimento (es. nessuna evidenza che l'individuo sia al passo con i compagni di classe) per almeno 6 mesi nonostante la messa a disposizione di aiuti extra a casa e a scuola»* (DSM-5).

2.24 Cosa si intende per diagnosi funzionale?

La diagnosi funzionale descrive il profilo di funzionamento, completa la diagnosi clinica ed è contenuta nella relazione clinica. La necessità che la diagnosi sia anche di tipo funzionale è specificata nell'Accordo Stato-Regioni (2012). L'approfondimento del profilo del disturbo è fondamentale per la qualificazione funzionale del disturbo e per comprendere meglio le caratteristiche del soggetto. È inoltre essenziale per la presa in carico e per la stesura di un progetto riabilitativo, necessario all'intervento riabilitativo/abilitativo (CC-2007 e Accordo Stato-Regioni, art.3 c.2, 2012).

«Evidenziare ciò che di particolare vi è nel singolo caso è pertinente ai Disturbi rubricati nei manuali diagnostici e al campo dei DSA in cui, però, dovrebbe essere integrata con una "descrizione di un profilo di abilità" - finalizzato alla progettazione di aiuti allo sviluppo ottimale delle capacità» (PARCC-2011, quesito C3). La diagnosi funzionale interessa la valutazione delle abilità fondamentali o complementari (linguistiche, percettive, prassiche, visuomotorie, attentive,

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

2.25 Quali elementi deve contenere una diagnosi di DSA?

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

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

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

2.26 Cosa si intende per équipe multidisciplinare?

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

2.27 Cosa si intende per professioni sanitarie?

Sono professioni sanitarie quelle che lo Stato italiano riconosce e che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione,

diagnosi, cura e riabilitazione. Per la lista completa si rimanda al sito del Ministero della Salute. Come stabilito dalla L.3/2018 la professione di psicologo è ricompresa tra le professioni sanitarie di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato dalla legge 17 aprile 1956, n. 561.

2.28 Lo psicologo può fare diagnosi di DSA?

Si, la diagnosi è tra le attività previste dalla legge istitutiva dello psicologo (L.56/1989) ed è un'attività riservata della professione. Tutti i servizi pubblici (Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, IRCSS, ecc.) sono autorizzati a rilasciare diagnosi con valore di certificazione, mentre per il privato le modalità di accreditamento o autorizzazione per poter rilasciare la certificazione variano di regione in regione.

2.29 La diagnosi di DSA dello psicologo ha valore legale?

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

2.30 Quando può essere effettuata una diagnosi di DSA?

Per la Dislessia, Disgrafia e Disortografia è possibile effettuare una diagnosi di DSA (e quindi rilasciare la relativa certificazione) dalla fine della classe seconda della scuola primaria (PARCC-2011, quesito A5.A e A5.D).

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

2.31 Può essere anticipata la diagnosi di DSA?

Prima della fine della classe seconda primaria l'elevata variabilità interindividuale nei tempi di acquisizione non consente una applicazione dei valori normativi di riferimento che abbia le stesse

caratteristiche di attendibilità riscontrate ad età superiori (CC-2007).

Per quanto riguarda Dislessia e Disortografia, il PARCC scoraggia l'anticipazione della diagnosi, a causa della mancanza di prove diagnostiche e/o di screening sufficientemente predittive (PARCC-2011, Quesito A5.A). La CC-2007 per la lettura sottolinea: *«già alla fine del 1° anno della scuola primaria può capitare di valutare bambini con profili funzionali così compromessi e in presenza di altri specifici indicatori diagnostici (pregresso disturbo del linguaggio, familiarità accertata per il disturbo di lettura), che appare possibile e anche utile anticipare i tempi della formulazione diagnostica, o comunque, se non di una vera diagnosi, di una ragionevole ipotesi diagnostica, prevedendo necessari momenti di verifica successivi»*.

Anche il PARCC (2011) ritiene opportuno, in presenza di prestazioni significativamente al di sotto dei valori normativi in prove di lettura e scrittura somministrate prima della fine della seconda, cominciare ad attivare interventi di recupero che coinvolgano la scuola e la famiglia (PARCC-2011, Quesito A5.A). Nel caso siano presenti ulteriori indicatori di specificità e/o di rischio, quali familiarità per DSA, pregresso o concomitante DSL, prestazioni fortemente deficitarie in prove sulle abilità metafonologiche, è possibile attivare interventi anche a livello riabilitativo (PARCC-2011, quesito A5.B).

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

Per quanto riguarda la Discalculia, non è opportuno anticipare la diagnosi prima della fine della terza classe della scuola primaria (PARCC-2011, quesito A5.C).

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

Nella scuola primaria si intende l'individuazione, all'interno di

un'ampia popolazione, dei bambini che mostrano degli indicatori di rischio e che vanno quindi indirizzati ad approfondimenti clinici specifici per confermare o escludere una diagnosi di DSA. Come sottolinea la Nota MIUR n.1551 del 27 giugno 2013, *«lo scopo di tali attività di individuazione precoce è quello di calibrare sempre meglio gli interventi educativi e le strategie didattiche, (...) restando di competenza degli specialisti del settore clinico (medici, psicologi, terapisti) l'esame diagnostico, la cura e gli interventi riabilitativi»*.

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

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

Essendo i DSA disturbi di origine neurobiologica, parlare di prevenzione non è corretto e può costituire una forzatura.

È possibile però, attraverso un'individuazione precoce del disturbo, intervenire tempestivamente e migliorare non solo la prognosi, ma anche prevenire gli effetti del disturbo sulle variabili psicologiche (emotive, motivazionali, etc.), riducendo il rischio di psicopatologia associata nonché di *drop-out* scolastico.

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

No, quando si sospetta la presenza di un DSA occorre indagare anche altre funzioni neuropsicologiche, per completare l'inquadramento diagnostico e valutare eventuali comorbidità.

Vista l'elevata compresenza di diversi DSA, occorre verificare la possibile presenza di disturbi di apprendimento associati (PARCC-2011, quesito A7.A). Quindi, anche quando il motivo d'invio è la difficoltà nella lettura, oltre alle prove di lettura di brano, parole e

non parole di accertata validità psicometrica, occorre indagare anche la scrittura e la matematica. Per la diagnosi di Dislessia, la CC-ISS raccomanda di considerare sempre, oltre al parametro di accuratezza indicato nell'ICD-11, anche quello di rapidità della lettura (risposta A2.3). Sebbene il PARCC-2011 indichi che ai fini della diagnosi nosografica non sia necessario valutare altre funzioni neuropsicologiche, se non linguaggio e attenzione, l'Accordo Stato-Regioni (art.3 c.2) specifica che la diagnosi di DSA deve essere necessariamente funzionale. Pertanto, in caso di Dislessia occorre indagare anche memoria verbale (soprattutto fonologica), attenzione (soprattutto visiva), linguaggio (a tutti i livelli di organizzazione, eventualmente con breve screening iniziale da approfondire se emergono difficoltà), denominazione rapida, abilità metafonologiche (accuratezza nelle prime classi, rapidità più avanti) (PARCC-2011, quesito A7.D). Inoltre, la CC-ISS raccomanda di valutare la comprensione del testo per un inquadramento più funzionale della dislessia (risposta A2.2), ma specifica che i soggetti con problemi di comprensione, in presenza di buona capacità di decodifica, non soddisfano i criteri per la dislessia (risposta A2.1).

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

No, quando si sospetta la presenza di un DSA occorre indagare anche altre funzioni neuropsicologiche, per completare l'inquadramento diagnostico e valutare eventuali comorbidità. Vista l'elevata compresenza di diversi DSA, occorre verificare la possibile presenza di disturbi di apprendimento associati (PARCC-2011, quesito A7.A). Quindi, anche quando il motivo d'invio è la difficoltà nella scrittura, occorre indagare anche la lettura e la matematica.

Per la diagnosi di Disortografia la CC-ISS raccomanda di utilizzare test che considerino il parametro accuratezza per la valutazione delle prestazioni di ortografia/compitazione (risposta A2.4) e di

ricorrere all'analisi qualitativa degli errori quale ulteriore fonte di informazioni per differenziare i casi con disturbo da quelli a basso rendimento (A2.5). Sebbene il PARCC-2011 indichi che ai fini della diagnosi nosografica non sia necessario valutare altre funzioni neuropsicologiche, se non linguaggio e attenzione, l'Accordo Stato-Regioni (art.3 c.2) specifica che la diagnosi di DSA deve essere necessariamente funzionale.

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

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

No, quando si sospetta la presenza di un DSA occorre indagare anche altre funzioni neuropsicologiche, per completare l'inquadramento diagnostico e valutare eventuali comorbidità.

Vista l'elevata compresenza di diversi DSA, occorre verificare la possibile presenza di disturbi di apprendimento associati (PARCC-2011, quesito A7.A). Quindi, anche quando il motivo d'invio è la difficoltà nella scrittura, occorre indagare anche la lettura e la matematica. Sebbene il PARCC-2011 indichi che ai fini della diagnosi nosografica non sia necessario valutare altre funzioni neuropsicologiche, se non linguaggio e attenzione, l'Accordo Stato-Regioni (art.3 c.2) specifica che la diagnosi di DSA deve essere necessariamente funzionale. Pertanto, in caso di Disgrafia, occorre indagare anche le abilità motorie generali e fino-manuali, le competenze visuo-motorie e visuo-percettive, l'attenzione visiva selettiva e sostenuta, la memoria motoria e la qualità dell'apprendimento motorio (PARCC-2011, quesito A7.F). Occorre inoltre valutare l'eventuale presenza di un Disturbo della Coordinazione Motoria (DCD).

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

No, quando si sospetta la presenza di un DSA occorre indagare anche altre funzioni neuropsicologiche, per completare l'inquadramento diagnostico e valutare eventuali comorbidità. Vista l'elevata compresenza di diversi DSA, occorre verificare la possibile presenza di disturbi di apprendimento associati (PARCC-2011, quesito A7.A). Quindi, anche quando il motivo d'invio è la difficoltà in matematica, occorre indagare anche la scrittura e la lettura.

Per la diagnosi di Discalculia la CC-ISS raccomanda di 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) (risposta A3.7) e prove per valutare competenze come la memoria e le abilità visuo-spaziali, che sostengono e/o facilitano l'acquisizione e la costruzione degli apprendimenti aritmetici (risposta A3.8). Sebbene il PARCC-2011 indichi che ai fini della diagnosi nosografica non sia necessario valutare altre funzioni neuropsicologiche, se non linguaggio e attenzione, l'Accordo Stato-Regioni (art.3 c.2) specifica che la diagnosi di DSA deve essere necessariamente funzionale. Pertanto, in caso di Discalculia, per esempio in presenza di errori nell'incolonnamento dei numeri, andrebbero esplorate anche le abilità prassiche e l'organizzazione visuo-spaziale (PARCC-2011, quesito A7.G).

2.38 Come scegliere gli strumenti diagnostici?

La scelta degli strumenti è rimandata alla discrezionalità del clinico. La *Consensus Conference* del 2007 indicava due direttive da seguire. La prima è che lo strumento scelto deve avere buone proprietà di validità e affidabilità, quindi deve avere valori normativi italiane aggiornate e rappresentative della popolazione a cui il soggetto esaminato appartiene per età e genere.

La seconda richiama alla libertà e responsabilità del clinico stesso nella scelta di tali strumenti.

Ne consegue che il clinico che si occupa di apprendimento deve avere delle conoscenze psicometriche di base che gli permettano di fare una scelta critica e responsabile dei test che andrà a somministrare; deve tenersi aggiornato sui nuovi strumenti e lo studio del capitolo sull'analisi dei dati deve diventare una premessa indispensabile al fine del loro impiego nel processo diagnostico.

L'utilizzo meccanico dei valori normativi, ad esempio la non considerazione dell'errore di misura, e quindi dell'intervallo di fiducia del punteggio ottenuto, o l'uso dell'indice inadeguato (percentile *versus* punti z), può portare a rigide applicazioni che potrebbero tradursi in errori grossolani a scapito della qualità e bontà della diagnosi.

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

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

Nel PARCC (2011) si afferma che *«nonostante sia auspicabile e consigliabile utilizzare test multicomponenziali, è possibile utilizzare un quoziente mono-componenziale»* (quesito A1.A).

Nel caso si ottenga un quoziente inferiore a 85 in una prova di tipo monocomponenziale è necessario procedere anche con un test di tipo multicomponenziale (quesito A1.C).

Per i bambini di età inferiore agli 8 anni lo stesso documento raccomanda di verificare sempre sia l'ambito verbale sia di performance (quesito A1.D).

Dato che al punto E dello stesso quesito viene indicato che la diagnosi funzionale deve includere una descrizione del funzionamento intellettivo verbale e non verbale (in base a test standardizzati), si raccomanda di utilizzare sempre un test multicomponenziale,

tenendo conto di eventuali penalizzazioni dovute a compromissioni in ambito verbale, grafico, etc.

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

La scelta degli indici statistici da utilizzare, e quindi da riportare nella relazione clinica, dipende dalla forma della distribuzione dei dati. Per semplificare, le deviazioni standard sono usualmente utilizzate per le misure di velocità, i percentili per le misure di correttezza (errori).

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

Per approfondimenti sul dibattito attuale riguardo alle misure di rapidità e velocità e all'opportunità di utilizzare i percentili anche per le misure di rapidità si rimanda alla letteratura specifica in materia.

2.41 Quando è opportuno richiedere approfondimenti di diagnostica strumentale?

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

2.42 Perché esistono diagnosi tardive?

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

2.43 Che differenza c'è tra diagnosi e certificazione?

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

Nel caso di disturbi clinici (vedi classificazioni diagnostiche dei manuali nosografici di riferimento, ossia ICD-10 e DSM-5) che non danno diritto all'attivazione della L.104/92 o della L.170/2010 (come per esempio disturbi del linguaggio, disturbi della coordinazione motoria, etc.) si parla quindi di diagnosi e non di certificazione.

2.44 Chi può rilasciare la certificazione di DSA?

Le strutture sanitarie pubbliche e i soggetti privati accreditati sono autorizzati a rilasciare le certificazioni di DSA. Dove non è possibile effettuare la diagnosi con valore di certificazione nel servizio pubblico, l'art.3 c.1 della L.170/2010 prevede la possibilità di effettuare la certificazione anche presso soggetti privati accreditati. L'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 indica che le Regioni

devono accreditare ulteriori strutture private quando la diagnosi, con valore di certificazione, non viene effettuata in tempi utili e comunque quando il tempo richiesto per il completamento dell'iter diagnostico supera i 6 mesi, ai sensi del D.Lgs. 502/92.

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

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

2.45 La certificazione di DSA ha una scadenza?

La L.170/2010 e il D.M. 5669 del 12 luglio 2011 non riportano indicazioni in merito. Secondo il DSM-5 non è necessario ripetere la valutazione, se non in casi particolari: *«Dal momento che il disturbo specifico dell'apprendimento persiste tipicamente in età adulta, di rado si rende necessaria una rivalutazione, a meno che non sia indicata a causa di marcati cambiamenti nelle difficoltà di apprendimento (miglioramento o peggioramento) e di richieste per scopi specifici»*. Anche l'Accordo Stato-Regioni del 25/07/2012 (art.3) non indica una data di scadenza della diagnosi, ma sottolinea la necessità che venga aggiornato il profilo di funzionamento (vedi modello di certificazione allegato all'Accordo Stato-Regioni) *«al passaggio da un ciclo scolastico all'altro e comunque, di norma, non prima di tre anni dal precedente»* e *«ogni qualvolta sia necessario modificare l'applicazione degli strumenti didattici e valutativi necessari, su segnalazione della scuola alla famiglia o su iniziativa della famiglia»*.

Infatti, alunni con DSA diagnosticati alla scuola primaria, in virtù della diversa espressività del disturbo durante la crescita, degli effetti di interventi di trattamento, dell'acquisizione di strategie compensatorie o utilizzo di strumenti, possono necessitare di misure di aiuto diverse nell'arco del percorso scolastico; in tal caso la rivalutazione del profilo funzionale permette di scegliere gli interventi più adatti.

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

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

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

La relazione diagnostica deve contenere le informazioni necessarie per stilare una programmazione educativa e didattica che tenga conto delle difficoltà del soggetto e preveda l'applicazione mirata delle misure previste dalla legge. La menzione della categoria diagnostica non è infatti sufficiente per la definizione di quali misure didattiche siano appropriate per il singolo soggetto (art.3 c.2 Accordo Stato-Regioni del 25/07/2012). Per la stesura della relazione si consiglia di rifarsi al modello allegato all'Accordo.

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

Sì, il lavoro deve essere comunque multidisciplinare e seguire quanto previsto dalle Linee guida e delle *Consensus Conference* sul tema (*Consensus Conference* del 2007, PARCC del 2011, *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità del 2011), oltre alle indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni (25/07/2012).

2.49 Cosa si intende per trattamento?

Si intende un intervento specialistico riabilitativo di tipo clinico, poiché essendo i DSA disturbi di natura neurobiologica complessi



non possono essere gestiti unicamente dalla scuola con interventi di potenziamento didattico.

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

CAPITOLO 3

I DSA E GLI ALTRI BES A SCUOLA

La didattica inclusiva è un processo ordinario che si riferisce alla globalità delle sfere educativa e sociale.

La presenza in classe della “diversità” esige diversità anche nella progettazione didattica: i docenti devono essere in grado di impostare processi di apprendimento adeguati a tutti gli alunni, per rispondere alle loro esigenze e alle loro potenzialità. Per questo *«è sempre più urgente adottare una didattica che sia 'denominatore comune' per tutti gli alunni e che non lasci indietro nessuno: una didattica inclusiva più che una didattica speciale»* (Direttiva MIUR 27/12/2012).

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

Il Piano Didattico Personalizzato (PDP) è un documento in cui viene scritto quanto rilevato e cosa dovrebbe venir fatto a scuola nei confronti dell'alunno con DSA: riporta le difficoltà e le potenzialità dello studente, le azioni intraprese dai docenti, i contenuti degli incontri scuola/famiglia e i risultati raggiunti.

La redazione del documento prevede una fase preparatoria di dialogo fra docenti, famiglia e clinici (se invitati e autorizzati a partecipare), nel rispetto dei reciproci ruoli e competenze.

3.1 Per gli alunni/studenti con BES è necessaria una certificazione?

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

- 1) alunni/studenti che richiedono il diritto dell'attivazione della L.104/92 (Disabilità) o della L.170/2010 (DSA), per i quali è necessaria la certificazione;
- 2) alunni/studenti che presentano altri disturbi clinici che non danno diritto all'attivazione né della L.104/92 né della L.170/2010, ma che sono ricompresi tra le classificazioni diagnostiche dei manuali nosografici di riferimento ICD-10 e DSM-5 (a titolo di esempio, gli alunni con DCD, DSL, Spettro autistico ad alto funzionamento, ecc.) e per i quali è auspicabile presentare una diagnosi con profilo funzionale;
- 3) alunni/studenti che non necessitano di alcuna certificazione né diagnosi che rientrano nell'area dello svantaggio socioeconomico, linguistico e culturale individuati dalla scuola come indicato nella C.M. n. 8 del 06/03/2013.

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

3.2 Quali diritti sono previsti per gli alunni con BES?

La Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 prevede per i BES tutte le misure di intervento previste per i DSA (piani personalizzati, strumenti compensativi, misure dispensative, valutazione ad hoc). Infatti, afferma che *«le scuole – con determinazioni assunte dai Consigli di classe, risultanti dall'esame della documentazione clinica presentata dalle famiglie e sulla base di considerazioni di carattere psicopedagogico e didattico – possono avvalersi per tutti gli alunni con bisogni educativi speciali degli strumenti compensativi e delle misure dispensative previste dalle disposizioni attuative della Legge 170/2010 (D.M. 5669/2011)»*. Recentemente la Nota MIUR n. 562 del 3 aprile 2019 *“Alunni con bisogni educativi speciali. Chiarimenti”* ha fornito ulteriori spunti di riflessione in ordine agli alunni con BES, sottolineando la corresponsabilità educativa di ogni componente scolastica per il raggiungimento degli obiettivi previsti secondo il ritmo e lo stile di apprendimento di ciascuno. Inoltre, ha messo in

evidenza la prassi corretta di alcune scuole di attuare la prospettiva della personalizzazione degli insegnamenti, la valorizzazione degli stili di apprendimento individuali anche nei confronti di eventuali alunni e studenti ad alto potenziale intellettuale, in ambito internazionale definiti *gifted children*.

Una precisazione importante riguarda la scuola dell'infanzia, dove si svolgono attività "educative" più che "didattiche". Nella Nota MIUR n.562 del 3 aprile 2019 è indicato che *«nella scuola dell'infanzia, sarebbe più opportuno, qualora dall'osservazione sistematica emergano elementi riferibili a condizioni particolari e a bisogni educativi speciali, fare riferimento a un profilo educativo o altro documento di lavoro che la scuola in propria autonomia potrà elaborare e non ancora a un Piano Didattico Personalizzato. In sintonia con quanto già chiarito in precedenti documenti ministeriali (Linee guida allegate al D.M. 12 luglio 2011), il precocismo nell'insegnamento della letto-scrittura, ossia l'avvio di attività precipuamente didattiche, è infatti da evitare»*.

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

Solo se è in possesso di una certificazione ai sensi della L.104/1992. È possibile che alcuni alunni con DSA abbiano diritto all'insegnante di sostegno sulla classe, in virtù della comorbidità con altri disturbi e di un quadro funzionale particolarmente grave.

In tali casi il riferimento normativo non è più la L.170/2010, bensì la L.104/1992, quindi diviene necessario un verbale di accertamento ai fini dell'integrazione scolastica, come previsto dalla L.104/1992.

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

Decide la scuola. I BES includono molte situazioni, non sempre riferibili a diagnosi, vedi per esempio le situazioni di svantaggio socio-culturale.

È sempre la scuola, tramite il consiglio di classe o il team dei docenti, che decide quali misure attuare e come formalizzarle, dopo aver valutato eventuali indicazioni del clinico o in seguito a

considerazioni di carattere pedagogico e didattico. Nel caso dei DSA è la legge (L.170/2010, art.5) che prevede tra i diritti l'attuazione degli strumenti compensativi e delle misure dispensative e la stesura di un Piano Didattico Personalizzato (Linee Guida allegate al D.M.5669 del 12 luglio 2011). Tale piano è redatto dalla scuola e firmato dal dirigente, dagli insegnanti e dalla famiglia.

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

Solo quella sui DSA, come riportato al capitolo 6.7 delle "Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento" allegate al D.M.5669 del 12 luglio 2011.

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

La materia non è disciplinata da alcuna norma.

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

A seconda del grado di compromissione funzionale l'alunno con ADHD può avere diritto all'applicazione della L.104/92 (disabilità), della L.170/2010 (nel caso di comorbidità con uno o più DSA) o della Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 sui BES (nel caso si presenti come disturbo a sé stante che non rientra nei casi previsti dalla L.104/92).

In quest'ultimo caso per le sue difficoltà scolastiche può comunque beneficiare delle misure e degli strumenti previsti per i DSA.

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

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

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

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

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

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

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

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

3.12 Una volta ottenuta la certificazione di DSA, cosa deve fare la famiglia perché vengano attuate le norme contenute nella L.170/2010?

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

della stesura del PDP, che, in presenza di certificazione, è obbligatoria.

3.13 Se la famiglia è in possesso di una diagnosi di DSA, ma non della certificazione, cosa deve fare affinché vengano rispettati i diritti di alunni e studenti con DSA? La scuola può rifiutarsi di redigere un PDP?

La famiglia deve comunque consegnare la diagnosi di DSA alla scuola (Dirigente scolastico o Segreteria), chiedendo che venga protocollata. Essa potrà essere accompagnata da una liberatoria per consentire l'utilizzo della stessa da parte di tutti i componenti del team di classe (o consiglio di classe) e dal referente per i DSA, ai fini della eventuale stesura del PDP. Mentre in presenza di una certificazione è obbligatoria la stesura del PDP, in presenza di sola diagnosi è a discrezione della scuola (consiglio di classe o team dei docenti) procedere alla formalizzazione degli interventi che, in caso di diniego, deve motivare formalmente.

La scelta quindi è se formalizzare (per esempio nella realizzazione di un PDP) o non formalizzare, ma la personalizzazione è comunque prevista da normative precedenti (DPR 275/1999, art.4).

A tal proposito si rimanda alla Circolare Ministeriale n.8 del 6 marzo 2013 che riporta: *«per quanto riguarda gli alunni in possesso di una diagnosi di DSA rilasciata da una struttura privata, si raccomanda - nelle more del rilascio della certificazione da parte di strutture sanitarie pubbliche o accreditate - di adottare preventivamente le misure previste dalla Legge 170/2010, qualora il Consiglio di classe o il team dei docenti della scuola primaria ravvisino e riscontrino, sulla base di considerazioni psicopedagogiche e didattiche, carenze fondatamente riconducibili al disturbo.*

Pervengono infatti numerose segnalazioni relative ad alunni (già sottoposti ad accertamenti diagnostici nei primi mesi di scuola) che, riuscendo soltanto verso la fine dell'anno scolastico ad ottenere la certificazione, permangono senza le tutele cui sostanzialmente avrebbero diritto.

Si evidenzia pertanto la necessità di superare e risolvere le difficoltà legate ai tempi di rilascio delle certificazioni (in molti casi superiori ai sei mesi) adottando comunque un piano didattico individualizzato e personalizzato nonché tutte le misure che le esigenze educative riscontrate richiedono».

3.14 Chi deve redigere il PDP?

La redazione del PDP è di competenza della scuola, ossia dei docenti del team di classe (nel caso di scuola primaria) e dei docenti del consiglio di classe (nel caso di scuola secondaria).

È prevista la collaborazione della famiglia, come indicato nelle “Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento” allegate al D.M.5669 del 12 luglio 2011: *«Nella predisposizione della documentazione in questione è fondamentale il raccordo con la famiglia, che può comunicare alla scuola eventuali osservazioni...».*

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

Le “Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento” allegate al D.M.5669 del 12 luglio 2011 indicano che di norma il Piano Didattico Personalizzato (PDP) va redatto entro il primo trimestre dell'anno scolastico di riferimento.

Nel caso in cui la diagnosi venga presentata in corso d'anno, il PDP deve essere redatto in tempo utile per le valutazioni in itinere e finali. Si rammenta che negli anni terminali di ciascun ciclo scolastico la diagnosi deve pervenire entro il 31 marzo.

3.16 Cosa deve contenere un PDP?

Le “Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento” allegate al D.M.5669 del 12 luglio 2011 indicano che *«... dovrà contenere almeno le seguenti voci, articolato per le discipline coinvolte dal disturbo: dati anagrafici*

dell'alunno; tipologia di disturbo; attività didattiche individualizzate; attività didattiche personalizzate; strumenti compensativi utilizzati; misure dispensative adottate; forme di verifica e valutazione personalizzate».

Per ciascuna materia o ambito di studi vanno individuati gli obiettivi ed i contenuti fondamentali che l'allievo deve acquisire nell'anno scolastico.

Vanno precisate le strategie metodologico-didattiche a lui più adatte, cioè che tengano conto dei suoi tempi di elaborazione, di produzione e di comprensione delle consegne. Inoltre, il volume delle attività di studio deve essere compatibile con le sue specifiche possibilità, capacità e potenzialità.

Quindi saranno indicati anche la giusta quantità di compiti, di richieste in fase di verifica e l'uso di mediatori didattici che possono facilitare l'apprendimento (immagini, schemi, mappe ...).

Devono essere precisate le modalità di verifica (per es., tempi più lunghi per le prove scritte; testo della verifica scritta in formato digitale; riduzione/selezione della quantità di esercizi nelle verifiche scritte; interrogazioni programmate, con supporto di mappe, cartine, immagini, etc.; prove orali per compensare le prove scritte, ...) e i criteri di valutazione (per es. non valutazione degli errori ortografici; valutazione delle conoscenze e non delle carenze; valutazione attenta più ai contenuti che alla forma).

Per la valutazione dell'alunno con DSA importanti riferimenti normativi sono: il D.M.5669 del 12 luglio 2011 (in particolare gli artt. 4 e 6) e le ultime disposizioni relative agli esami (Nota MIUR n.5772 del 4/04/2019 per il primo ciclo, O.M. 205 del 11/03/2019, Nota MIUR n.788 del 06/05/2019 per il secondo ciclo).

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

Premettendo che ogni alunno con DSA ha caratteristiche proprie che richiedono strumenti personalizzati adeguati, le "Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici

di apprendimento” allegate al D.M.5669 del 12 luglio 2011 specificano che *«Gli strumenti compensativi sono strumenti didattici e tecnologici che sostituiscono o facilitano la prestazione richiesta nell'abilità deficitaria. Fra i più noti indichiamo: la sintesi vocale, che trasforma un compito di lettura in un compito di ascolto; il registratore, che consente all'alunno o allo studente di non scrivere gli appunti della lezione; i programmi di video scrittura con correttore ortografico, che permettono la produzione di testi sufficientemente corretti senza l'affaticamento della rilettura e della contestuale correzione degli errori; la calcolatrice, che facilita le operazioni di calcolo; altri strumenti tecnologicamente meno evoluti, quali tabelle, formulari, mappe concettuali, etc. Tali strumenti sollevano l'alunno o lo studente con DSA da una prestazione resa difficoltosa dal disturbo, senza peraltro facilitarli il compito dal punto di vista cognitivo. L'utilizzo di tali strumenti non è immediato e i docenti - anche sulla base delle indicazioni del referente di istituto - avranno cura di sostenerne l'uso da parte di alunni e studenti con DSA».*

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

Le “Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento” allegate al D.M.5669 del 12 luglio 2011 (art. 3) indicano che *«Le misure dispensative sono invece interventi che consentono all'alunno o allo studente di non svolgere alcune prestazioni che, a causa del disturbo, risultano particolarmente difficoltose e che non migliorano l'apprendimento.*

Per esempio, non è utile far leggere a un alunno con Dislessia un lungo brano, in quanto l'esercizio, per via del disturbo, non migliora la sua prestazione nella lettura.

Rientrano tra le misure dispensative altresì le interrogazioni programmate, l'uso del vocabolario, poter svolgere una prova su un contenuto comunque disciplinarmente significativo, ma ridotto o tempi più lunghi per le verifiche.

L'adozione delle misure dispensative dovrà essere sempre valutata sulla base dell'effettiva incidenza del disturbo sulle prestazioni

richieste, in modo tale da non differenziare, in ordine agli obiettivi, il percorso di apprendimento dell'alunno o dello studente in questione».

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

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

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

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

Per “esonero” si intende che il candidato non sostiene in alcun modo la prova in questione, essendo esonerato dall'insegnamento della lingua straniera. Il D.M.5669 del 12 luglio 2011 prevedeva che l'alunno con DSA esonerato da una o più lingue straniere non avesse diritto al conseguimento del titolo di studio, ma solo a una mera attestazione di frequenza. Invece, il D.Lgs n.62/2017 (art. 11 c.13), seguito dal D.M. 3 ottobre 2017 n. 741, D.M. 3 ottobre 2017 n. 742 e dalla Nota MIUR n.1865 del 10 ottobre 2017, in contrasto con il D.M.5669 del 12 luglio 2011 consente di acquisire il diploma di licenza media anche agli alunni con DSA esonerati dalla lingua straniera. Il Consiglio Nazionale degli Psicologi, insieme a AID e FISH, ha chiesto al MIUR l'abolizione del c.13 dell'art 11 del D.Lgs n.62/17, chiedendo che la possibilità di ottenere il diploma sia riservata solo agli alunni dispensati dalla forma scritta delle lingue straniere (e non esonerati dall'insegnamento lingua straniera), prevedendo l'attestato solo per gli alunni esonerati.

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

È in ultima analisi il consiglio di classe che ne decide la dispensa,

valutando le eventuali proposte di un docente di classe o della famiglia, su indicazione di un clinico.

3.22 Chi decide se adottare l'esonero dalla lingua straniera?

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

3.23 Con le nuove norme introdotte dal D.Lgs n.62/2017 è possibile esonerare completamente uno studente dall'insegnamento della lingua straniera?

Sì. Il D.Lgs n.62/2017 (art. 11, comma 13) introduce la possibilità per lo studente con *«particolare gravità del disturbo di apprendimento, anche in comorbilità con altri disturbi o patologie»* di essere *«esonerato dall'insegnamento delle lingue straniere»* e di seguire un *«percorso personalizzato. In sede di esame sostiene prove differenziate, coerenti con il percorso svolto, con valore equivalente ai fini del superamento dell'esame e del conseguimento del diploma»*. La norma modifica le disposizioni precedenti, che impedivano il conseguimento del diploma in caso di esonero totale. L'indicazione è stata rafforzata dal D.M. 3 ottobre 2017, n. 741 (art. 14, comma 10) ed esplicitata con Nota MIUR n.1865 del 10 ottobre 2017.

3.24 Da chi deve essere firmato il PDP?

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

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

Se la famiglia rifiuta di firmare il PDP del figlio la scuola può decidere di non adottare le misure dispensative e gli strumenti compensativi previsti dalla legge.

L'eventuale non condivisione da parte dei genitori della stesura del

PDP non esime i docenti dal farsi carico delle difficoltà dell'alunno e dall'attivare un percorso personalizzato anche se non formalizzato, che rientra in una normale azione didattica e non richiede l'acquisizione di un'autorizzazione ufficiale da parte della famiglia.

3.26 Per quali studenti redigere un PDP?

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

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

No. In base al punto 1.3 della Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 viene affermata *«la necessità di estendere a tutti gli alunni con bisogni educativi speciali le misure previste dalla Legge 170 per alunni e studenti con disturbi specifici di apprendimento»*, ma non viene menzionata esplicitamente la redazione di un PDP. La circolare nr. 8 del 6 marzo 2013 cita testualmente che lo *«strumento privilegiato è il percorso individualizzato e personalizzato, redatto in un Piano Didattico Personalizzato (PDP), che ha lo scopo di definire, monitorare e documentare – secondo un'elaborazione collegiale, corresponsabile e partecipata - le strategie di intervento più idonee e i criteri di valutazione degli apprendimenti»*.

Nella Nota MIUR n.2563 del 22 novembre 2013 (“Chiarimenti”) *«si ribadisce che, anche in presenza di richieste dei genitori accompagnate da diagnosi che non hanno dato diritto alla certificazione di disabilità e di DSA, il Consiglio di classe è autonomo nel decidere se formulare o non formulare un Piano Didattico Personalizzato, avendo cura di verbalizzare le motivazioni della decisione»*.

Quindi l'obbligatorietà vale solo in caso di BES che rientrano nei DSA (L.170/2010) o nelle disabilità (L.104/92), mentre può essere deciso autonomamente dalla scuola nel caso di altri disturbi (per esempio gli altri disturbi evolutivi specifici non-DSA) o nel caso di

svantaggio, sulla base di motivazioni psicopedagogiche e/o didattiche che devono essere esplicitate.

In ogni caso, in presenza di difficoltà di apprendimento, la scuola deve farsi carico di personalizzare il percorso di studi indipendentemente dalla sua formalizzazione.

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

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

Le norme pongono quindi l'accento sull'obbligatorietà degli interventi educativi a favore di alunni e studenti con DSA, senza vincolare alla redazione di un unico modello di documentazione, ma un documento di programmazione è di fatto obbligatorio.

La mancata adozione del PDP o comunque di un percorso didattico documentato e formalizzato, ove si verificasse, sarebbe ipotesi di illegittimità assolutamente rilevante anche al fine di garantire il buon andamento e la trasparenza dell'attività della P.A.

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

No. La sua presenza può essere richiesta sia dalla famiglia, in tal caso la scuola potrà autorizzarne la partecipazione, che dalla scuola, previo consenso della famiglia.

Il clinico in ogni caso, prima di intraprendere qualsiasi azione che riguardi l'alunno, deve rispettare tutti gli obblighi di legge e deontologici in tema di privacy, consenso informato, comunicazione di dati e risultati, etc.

3.30 Il PDP va aggiornato? Ogni quanto tempo?

L'art.5 “*Misure educative e didattiche di supporto*” comma 3 della L.170/2010 chiarisce che tutti gli interventi didattici

individualizzati e personalizzati devono essere non solo documentati, ma anche sottoposti periodicamente a monitoraggio per valutarne l'efficacia e verificare il raggiungimento degli obiettivi. È consigliabile, pertanto, che il PDP venga verificato dal team dei docenti o dal Consiglio di Classe due o più volte l'anno (per esempio, in sede di scrutini) e modificato ogni qualvolta sia segnalato un cambiamento nei bisogni e/o nelle difficoltà dell'alunno.

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

Secondo la L.241/90, cioè la legge sulla trasparenza, la famiglia può richiedere copia e/o visione di tutti gli atti amministrativi scolastici. In questo modo è possibile visionare verifiche e compiti in classe: è sufficiente che la famiglia inoltri una motivata richiesta scritta e la scuola è obbligata a far vedere e/o a far avere le copie dei documenti richiesti, compresi i verbali di classe e interclasse, nelle parti in cui riguardano il figlio.

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

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

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

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

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

DOCUMENTI DI INDIRIZZO E RIFERIMENTI NORMATIVI

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

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

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

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

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

Raccomandazioni cliniche sui DSA: risposte a quesiti 2011. Documento d'intesa elaborato da parte del PARCC DSA (2011) in risposta a quesiti sui disturbi evolutivi specifici dell'apprendimento:

http://www.istruzione.it/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/0473a5e0-c37c-44d0-95f4-38ec2400c2cf/raccomandazionidsa_revis2011.pdf

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

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

Decreto Ministeriale MIUR del 16 novembre 2012, n.254 “Regolamento recante indicazioni nazionali per il curriculum della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione, a norma dell'articolo 1, comma 4, del decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 2009, n. 89”.

Direttiva Ministeriale MIUR del 27 Dicembre 2012 “Strumenti di intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica”.

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

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

Circolare Ministeriale MIUR n.48 del 31 maggio 2013 “Esami di stato conclusivi del primo ciclo per il 2011-2012”.

Nota MIUR del 27 giugno 2013, n.1551 “Piano annuale inclusività”.

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

Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2014 su Linee guida per la predisposizione dei protocolli regionali per le attività di individuazione precoce dei casi sospetti di DSA in ambito scolastico.

Nota MIUR del 19 febbraio 2014, n. 4233 “Trasmissione delle linee guida per l'integrazione degli alunni stranieri”.

Legge 13 luglio 2015, n.107 “Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti”.

Decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 62 Norme in materia di valutazione e certificazione delle competenze nel primo ciclo ed esami di Stato, a norma dell'art. 1, commi 180 e 181, lettera i), della legge 13 luglio 2015, n. 107.

Decreto Ministeriale MIUR del 3 ottobre 2017, n.741 “Esame di Stato conclusivo del primo ciclo di istruzione”.

Decreto Ministeriale MIUR del 3/10/2017, n.742 “Finalità della certificazione delle competenze”.

Circolare ministeriale MIUR prot. n.1865 del 10 ottobre 2017 “Indicazioni in merito a valutazione, certificazione delle competenze ed Esame di Stato nelle scuole del primo ciclo di istruzione”.

L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità, a.s.2017/2018, “Fonte: MIUR - Ufficio di Statistica”; “Fonte: elaborazione su dati MIUR - Ufficio di Statistica” (2019).

Ordinanza Ministeriale MIUR dell'11 marzo 2019, n.205 "Istruzioni organizzative e operative esame di Stato II ciclo a.s. 2018-2019".

Nota MIUR del 3 aprile 2019, n.562 "Alunni con Bisogni Educativi Speciali - chiarimenti".

Nota MIUR del 4 aprile 2019, n.5772 "Esami di Stato scuole primo ciclo e certificazione competenze a.s. 2018/2019".

Nota MIUR del 6 maggio 2019, n.788 "Esame di Stato conclusivo del secondo ciclo di istruzione 2018/2019 - Precisazioni sulle modalità di svolgimento del colloquio".

D.Lgs 7 agosto 2019, n. 96 "Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66, recante: «Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c) , della legge 13 luglio 2015, n. 107»".

COMPONENTI GRUPPO DI LAVORO NAZIONALE



Lauro Mengheri, psicologo e psicoterapeuta. Perfezionato in DSA. Svolge la propria attività come libero professionista. Responsabile di Struttura Sanitaria.

Accreditata dalla Regione Toscana per le discipline di Psicologia e Neuropsichiatria infantile.

Autore di oltre 80 pubblicazioni scientifiche aventi carattere di ricerca. Ha coordinato per il CNOP il Gruppo di Lavoro sui BES. Dal 2014 al 2019 è stato Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Toscana.



Christina Bachmann, psicologa e psicoterapeuta, specializzata in Psicologia Clinica all'Università di Siena, perfezionata in Metodologia e analisi dei dati all'Università di Firenze, master in Psicopatologia dell'apprendimento all'Università di Padova.

Lavora presso il Centro Risorse di Prato, autorizzato al rilascio di certificazioni di DSA dalla Regione Toscana, di cui è responsabile. Docente in master universitari e privati. Autrice di pubblicazioni nazionali e internazionali. Dal 2014 al 2019 è stata Vicepresidente dell'Ordine degli Psicologi della Toscana.



Silvia Baldi, psicologa e psicoterapeuta, specialista cognitivo-comportamentale. Svolge la propria attività di diagnosi e intervento dei disturbi del neurosviluppo a Roma, come libera professionista.

Docente di Master di I e II Livello nell'ambito dei Disturbi Specifici dell'apprendimento. Socia fondatrice del Melograno Psicologia clinica e Riabilitazione Coordinatrice della sezione Airipa Lazio. Autrice di pubblicazioni nazionali ed internazionali.



Michele Borghetto, psicologo e psicoterapeuta della Gestalt. Perfezionato in DSA e nell'approccio cognitivo comportamentale ai disturbi dell'età evolutiva. Svolge attività di psicologo presso l'I.R.C.C.S. E. Medea, Associazione "La Nostra Famiglia", Conegliano (TV) e attività di libera professione.

È docente di Psicologia generale presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Padova.



Rita Chianese, psicologa e psicoterapeuta. Perfezionata in DSA e ADHD. Presidente Associazione ONLUS Il Germoglio, la quale dal 2004 si occupa di servizi per minori e di psicologia scolastica.

Si occupa di formazione e consulenza in ambito scolastico e professionale su temi riguardanti le difficoltà di apprendimento, l'ADHD e i disturbi emotivi.

Dal 2010 Consigliere dell'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia e dal 2014 al 2019 ne ha anche ricoperto il ruolo di Tesoriere.



Raffaele Ciambrone, dirigente tecnico della Direzione generale per lo studente, l'inclusione e l'orientamento scolastico del Ministero dell'Istruzione.

Ha diretto per sette anni l'ufficio centrale del Ministero che si occupa di integrazione scolastica.

È stato coordinatore del Comitato tecnico scientifico sui DSA - istituito ai sensi della Legge 170/2010; ha inoltre elaborato e seguito in sede tecnica l'Accordo in Conferenza Stato-Regioni sulle diagnosi e le certificazioni di DSA. È il rappresentante italiano della European Agency for Special Needs and Inclusive Education.

Autore di numerose pubblicazioni sui bisogni educativi speciali e sulla didattica inclusiva.



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



Sara Piazza, psicologa e psicoterapeuta. Svolge la propria attività come libero professionista, precedentemente ha lavorato per 6 anni come consulente per «Istituto Arcivescovile per Sordi» occupandosi di bambini con disturbi dell'apprendimento e del linguaggio e successivamente per 7 anni come dirigente psicologa a tempo indeterminato in Unità Operativa di Psicologia dell'Azienda sanitaria provinciale di Trento. Si occupa di minori e delle loro famiglie anche nell'ambito dei BES. Dal 2014 al 2019 è stata Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Provincia di Trento.



Viviana Rossi, insegnante e dirigente scolastico, in provincia di Torino, ora è formatrice nelle scuole di ogni ordine e grado del territorio nazionale, su normativa, valutazione, DSA/BES, inclusione. Giornalista pubblicista, collabora da anni con giornali e riviste specializzate sulla scuola e con molte case editrici. Per l'AID (Associazione Italiana Dislessia), ha fatto parte del Comitato scuola e del Consiglio direttivo; ora fa parte dell'Osservatorio dell'inclusione al MIUR, previsto dal Decreto 66/17.

RINGRAZIAMENTI

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



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI

ISBN: 978-88-943786-7-2
ISSN 2611-7002

