



Proposte per il progetto di legge n. 12/2014 "Disposizioni in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento (DSA)"

L'Associazione Italiana Dislessia di Pescara saluta con favore l'interesse suscitato per la formulazione della legge regionale certa che il meglio delle professionalità abruzzesi coinvolte

- saprà fare tesoro delle esperienze riportate dalle regioni in cui la legge è attiva già da qualche anno,
- saprà fornire al territorio abruzzese quella efficacia ed efficienza che si merita facendo emergere un team di specialisti attenti al benessere dei ragazzi con dsa e alla serenità delle loro famiglie,
- si muoverà in coerenza con le indicazioni della *Consensus Conference (2007)* della loro revisione (PARCC 2011), nonché i risultati della *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità, promosse dall'Associazione Italiana Dislessia e elaborate con il concorso delle principali associazioni clinico-scientifiche¹ che si occupano di DSA: ossia verso una diagnosi clinica corredata da tutte quelle informazioni² che possano consentire agli insegnanti di elaborare il Piano Didattico Personalizzato e di applicare di conseguenza tutte quelle misure che siano utili a ridurre le difficoltà del bambino così come stabilito dalla Legge 170-8 ottobre 2010 (Art. 2).

Su tali premesse l'AID di Pescara vuole aggiungere il proprio contributo a quelli già pervenuti per la formulazione di una Legge che sia il più possibile a misura dell'alunno, mettendo a conoscenza dei tecnici del tavolo, le problematiche riscontrate dall'associazione di Pescara in ambito clinico-diagnostico attraverso le segnalazioni dei genitori e di seguito elencate:

1) nella nostra regione nonostante le Consensus Conference e la Legge 170/10 tutto sembra ancora, più affidato all'impegno e alla professionalità dei singoli operatori che non a un'attività strutturata e condivisa. La conseguenza di tale condizione è che molti genitori si rivolgono alla nostra Associazione per un aiuto alla stesura dei PdP e per suggerimenti agli insegnanti sulle misure da adottare per il successo formativo degli alunni. Questo perché come abbiamo riscontrato, le certificazioni diagnostiche mancano spesso delle informazioni utili per l'elaborazione del progetto didattico;

2) la situazione in cui versano le famiglie e i ragazzi dislessici certificati è drammatica (7 bocciati e 4 rimandati solo nella zona di Pescara: **inamissibile**). Le famiglie ci riferiscono che dopo la valutazione diagnostica si sentono abbandonate perché alla certificazione spesso non fa seguito una restituzione chiara ai genitori e agli insegnanti, gli strumenti consigliati spesso non corrispondono alle misure da adottare per il profilo specifico dell'alunno creando difficoltà insormontabili con gli insegnanti che spesso sostengono che "i ragazzi ci marciano". Di drammatico c'è che alcuni "professionisti" sicuramente non

esperti del campo, appoggiano questa affermazione sostenendo che se l'alunno non si impegna è più che legittimo bocciare! Sappiamo quanto invece i nostri ragazzi s'impegnino nello studio (cercando di capire le mappe concettuali realizzate dall'insegnante!?!?, cercando nel loro lessico "poco specifico" proprio quel termine tecnico utilizzato dall'insegnante e magari è la parola che non ricordano non tutto il concetto). Queste sono le informazioni che devono passare per cui pensiamo che le certificazioni debbono essere obbligatoriamente effettuate da esperti del campo. Riteniamo inoltre indispensabile prevedere nella procedura diagnostica incontri tra i professionisti che hanno raccolto il profilo dell'alunno e la scuola per una adeguata stesura del PdP e di conseguenza per il successo formativo;

3) i genitori inoltre riportano il disagio dei propri figli nella frequentazione delle strutture riabilitative ex art 26. Sappiamo tutti che un sano sviluppo della personalità dipende da diversi fattori tra cui esperienze sociali positive. Noi genitori sappiamo quanto i nostri ragazzi faticano a raggiungere un adeguato benessere psicologico se costretti a sperimentare condizioni di disistima. Assistiamo inerti ai loro disagi che vanno dalla demotivazione all'apprendimento, ad una forte inibizione, ad atteggiamenti aggressivi, fino, in alcuni casi, alla depressione. Per cui "inclusione"!!! La scuola è il luogo preposto a valorizzare i diversi stili cognitivi degli alunni, e a soddisfare i bisogni di apprendimento di tutti gli alunni;

4) infine si riporta che molto spesso i genitori che per tempistica si sono affidati ad un libero professionista per la valutazione diagnostica dei loro ragazzi si sono visti negare la protocollazione del documento diagnostico dalla scuola perché questa non era stata prodotta dal Servizio Pubblico.

Vogliamo concludere questa premessa citando il fondatore dell'Associazione Italiana Dislessia e la mamma di uno dei nostri ragazzi bocciato/rimandato:

“se l'ambiente è ostile anche le disabilità lievi verranno messe in evidenza; se l'ambiente è favorevole, allora le disabilità lievi avranno un'espressività così bassa da scomparire” (G. Stella, 2007).

“ciao. Mio figlio al 1° liceo scientifico bocciato. L'anno scorso 1 debito. 2° liceo promosso con fatica. Ora abbiamo deciso il trasferimento al liceo artistico. Basta con le frustrazioni. Lo vivo come un fallimento dell'applicazione della 170/10!” (una mamma AID-PE, 2015)

¹Associazione Culturale Pediatri, Associazione Federativa Nazionale Ottici Optometristi, Associazione Italiana Ortottisti Assistenti in oftalmologia, Associazione Italiana Dislessia, Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento, Associazione Italiana Tecnici Audiometristi, Associazione Nazionale Unitaria Psicomotricisti Italiani, Federazione Logopedisti Italiani, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Società Scientifica Logopedisti Italiani.

²Diagnosi funzionale. L'approfondimento del profilo del disturbo è fondamentale per la qualificazione funzionale del disturbo. L'indagine strumentale e l'osservazione clinica si muovono nell'ottica di completare il quadro diagnostico nelle sue diverse componenti sia per le funzioni deficitarie che per le funzioni integre. La valutazione delle componenti dell'apprendimento si approfondisce e si amplia ad altre abilità fondamentali o complementari (linguistiche, percettive, prassiche, visuomotorie, attentive, mestiche,) ai fattori ambientali e alle condizioni emotive e relazionali per una presa in carico globale [vedi Trattamento riabilitativo]. Un ulteriore contributo al completamento del quadro è l'esame delle comorbidità, intesa sia come co-occorrenza di altri disturbi specifici dell'apprendimento sia come compresenza di altri

disturbi evolutivi (ADHD, disturbi del comportamento, dell'umore, ecc.). La predisposizione del profilo funzionale è essenziale per la presa in carico e per un progetto riabilitativo.

Sulla base di queste criticità l'Associazione Italiana Dislessia di Pescara propone:

Attivazione di un elenco di professionisti autorizzati (LONG LIST) al rilascio della certificazione di diagnosi di DSA, a valore regionale con durata e validità triennale, esterni all'amministrazione sanitaria pubblica senza quindi nuovi oneri a carico della finanza pubblica, costituito da neuropsichiatri infantili, psicologi, logopedisti, eventualmente integrata da altri professionisti sanitari e modulabile in base alle fasce di età, sia che lavorino insieme sia in sedi differenti, purché risulti un referente del caso che si renda responsabile della corretta applicazione del protocollo^{allegatoC} che deve essere definito secondo i criteri della Consensus Conference, a cui attingere quando non sia possibile effettuare tempestivamente la valutazione diagnostica nell'ambito dei trattamenti specialistici erogati dal Servizio sanitario nazionale. Sugeriamo in base ai dati sulla popolazione scolastica 8/18 anni del nostro territorio (Teramo 30.819, L'Aquila 27.717, Pescara 32.636, Chieti 37.901) di costituire 2 elenchi, un elenco per la macro area Chieti-Pescara e un elenco per quella di Teramo-L'Aquila con la seguente distribuzione:

Pescara-Chieti che possiede un numero maggiore di studenti:

8 neuropsichiatri infantili, 20 psicologi e 10 logopedisti.

Teramo-L'Aquila:

5 neuropsichiatri, 15 psicologi e 8 logopedisti ,

previo bando di incarico pubblicato sull'albo pretorio di ciascuna asl.

I professionisti dovranno dimostrare:

1) documentata esperienza nell'attività diagnostica dei DSA [(Allegato A)].

2) dichiarazione di presenza di un'equipe multidisciplinare costituita da neuropsichiatri infantili, psicologi, logopedisti, eventualmente integrata da ulteriori professionisti in campo sanitario e variabile in base alle fasce d'età.

3) dichiarazione d'impegno a rispettare le Raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA (2007-2009) e il suo aggiornamento, nonché i risultati della Consensus Conference dell'Istituto Superiore di Sanità, in merito:

a) alle procedure diagnostiche utilizzate, e, più precisamente: alla ricerca dei criteri di inclusione e di esclusione; alla adeguata misurazione delle competenze cognitive; alla rilevazione delle competenze specifiche e delle competenze accessorie necessarie alla formulazione del profilo del disturbo;

b) alla formulazione della diagnosi. A questo fine, la diagnosi clinica è corredata dagli elementi che consentano di verificare il rispetto delle raccomandazioni della Consensus Conference (2007-2009) e del suo aggiornamento, nonché della Consensus Conference dell'ISS.

4) dichiarazione di impegno a utilizzare il modulo [(Allegato B)]

5) definizione di un protocollo che precisi le modalità con cui l'équipe effettua l'attività di prima certificazione [(Allegato C)]

6) dichiarazione di impegno a informare gli utenti e le loro famiglie circa le modalità del percorso diagnostico necessario per giungere a una prima certificazione.

inoltre

1) prevedere progetti qualificati nelle scuole attraverso PROTOCOLLI DI INTESA PER LE ATTIVITÀ DI IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI CASI SOSPETTI DI DSA (Disturbo Specifico dell'Apprendimento dettate da linee guida regionali)

2) Prevedere che l'elenco dei *soggetti privati abilitati* sia comunicato all'Ufficio Scolastico Regionale, ai pediatri di libera scelta e pubblicato sul sito Regione Abruzzo e che gli istituti scolastici, in riferimento alle nuove diagnosi, accettino solo le certificazioni rilasciate dai professionisti di cui a tale elenco.

Maria Teresa De Marinis

Presidente AID-Pescara

Anna Bartoccini

Italia Pietrangelo

Antonella Zaccaria

Gruppo Promotore Legge Regionale

Allegato A

Ai fini dell'inserimento negli elenchi prevedere che costituiscano titoli preferenziali per la formazione della graduatoria:

- a) formazione post laurea relativa ai Disturbi dell'Apprendimento svolto presso Enti Universitari o Scuole di Specializzazione o Corsi di Perfezionamento riconosciuti dal MIUR o organizzati da Enti con consolidato riconoscimento scientifico pari a 60 CFU, con le relative indicazioni riguardo all'iter formativo previsto e con le indicazioni delle ore di didattica e di pratica (come discente o docente);
- b) formazione e aggiornamenti con e senza ecm relativa ai DSA (per logopedisti copertura del 25% per i Disturbi del Linguaggio) (come discente o docente);
- c) pubblicazioni scientifiche su riviste qualificate e relative ai DSA (documentate con la fotocopia dell'articolo e gli estremi della rivista);
- d) pratica clinica specifica in ambito DSA (per logopedisti copertura del 25% per i Disturbi del Linguaggio) come screening svolto nelle scuole, certificazioni diagnostiche svolte in équipe (attraverso autocertificazione), tutor di formazione, pratica laboratoriale nelle scuole.

ALLEGATO B

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

NOME E COGNOME DELLO STUDENTE _____
NATO A _____ IL _____
RESIDENTE A _____ IN VIA _____
RECAPITO TELEFONICO _____
FREQUENTANTE LA CLASSE _____
DELLA SCUOLA _____

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

PROFILO DI FUNZIONAMENTO

Competenze cognitive

Competenze linguistiche e metafonologiche

Competenze visuo-spaziali

Competenze motorio-prassiche

Competenze attentive

Competenze mnestiche

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

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

PROPOSTE E SUGGERIMENTI PER L'INTERVENTO

STRUMENTI COMPENSATIVI E MISURE DISPENSATIVE SUGGERITI(1)

Verifica della situazione fra: _____

REFERENTE DEL CASO _____

Recapito _____ TEL. _____

FIRMA

DATA

1) Tra le misure dispensative indicare in maniera esplicita l'eventuale richiesta di dispensa dalle prove scritte di lingua straniera.

ALLEGATO C

PROPOSTA DI PROTOCOLLO

La diagnosi di DSA, per gli alunni che frequentano le classi terminali della scuola secondaria di 1° e 2° grado, va presentata alla scuola entro il 15 febbraio; per gli alunni che non frequentano le classi terminali la diagnosi può essere rilasciata in qualsiasi momento. La scadenza del 15 febbraio funzionale alla predisposizione del PDP in tempo utile per lo svolgimento degli esami di stato. La diagnosi è aggiornata di norma al momento del passaggio da un ordine/grado scolastico all'altro e quindi conserva validità per tutto il periodo di frequenza dell'alunno nello stesso ordine/grado. Il percorso diagnostico viene attivato, da parte dei Servizi pubblici o privati, dopo la messa in atto da parte della scuola degli interventi educativo- didattici di cui all'art.3, comma 2, della L.170/2010. Gli interventi educativo- didattici devono essere oggetto di una specifica relazione che la scuola consegna alla famiglia richiedente. L'iter diagnostico deve concludersi entro 6 mesi. I Servizi Distrettuali per l'Età Evolutiva provvedono alla valutazione ed al rilascio della diagnosi anche per gli studenti maggiorenni. La diagnosi di DSA, che contiene anche il profilo di funzionamento del soggetto, viene emessa utilizzando il modello allegato.

A. BREVI NOTE ANAMNESTICHE (con particolare attenzione al motivo di invio e ai sintomi che lo hanno determinato, alla familiarità per DSA o DSL alla presenza o meno di pregressi o attuali disturbi dello sviluppo linguistico, alla lingua parlata in famiglia).

B. PERCORSO DI VALUTAZIONE DI BASE:

B1. Valutazione neurologica

Oltre all'esame neurologico di base per escludere eventuali deficit neurologici focali e sensoriali (visivi e uditivi), particolare attenzione verrà dedicata alla valutazione della motilità oculare estrinseca (fissazione e inseguimento visivo) delle competenze motorie globali e fini, della lateralità (occhio, mano, piede) del controllo posturale (equilibrio, atteggiamento posturale nella scrittura), della coordinazione e delle abilità prassiche

B2. Livello cognitivo

B3. Abilità scolastiche: lettura, scrittura, calcolo. Comprensione del testo, espressione scritta, soluzione di problemi aritmetici, metodo di studio. (Descrizione delle abilità di decifrazione della lettura nei parametri rapidità e correttezza, specificare se il soggetto utilizza prevalentemente la via fonologica o lessicale, utilizzo funzionale della lettura in compiti di comprensione di testi narrativi e /o descrittivi. Descrizione delle competenze ortografiche in compiti di scrittura dettata e di scrittura spontanea, specificare se gli errori commessi sono a carico dell'ortografia fonologica, non fonologica o fonetica. Grafia. Competenze nei compiti di transcodifica numerica, recupero fatti aritmetici calcolo orale e scritto).

B4. Osservazioni in merito al comportamento comunicativo spontaneo del soggetto: consapevolezza del problema, eloquio spontaneo

C. APPROFONDIMENTI (da effettuare a discrezione del clinico referente)

C1. Esami clinico-strumentali specialistici della vista e/o dell'udito

C2. Competenze linguistiche (livello fonologico e metafonologico, lessicale e morfo-sintattico in comprensione e produzione).

C3. Competenze mnestiche, attentive visuo-spaziali (sintesi del funzionamento della

memoria a breve termine verbale, delle capacità attentive, delle competenze percettive, visuo-spaziali e visuo-costruttive).

C4. Area affettivo-relazionale e comportamentale (autostima, motivazione, competenze relazionali, con i pari/gli adulti).

D. PROPOSTE PER L'INTERVENTO, da condividere con la persona, la famiglia e la scuola :esplicitare chiaramente, includendo strumenti, tempi previsti, ruoli e responsabilità, indici di efficacia. Ad es: ciclo di trattamento riabilitativo associato ad intervento da parte dei famigliari in ambito domiciliare; colloqui con insegnanti, educatori, altri operatori; tempi e modi delle verifiche, ecc).

E. STRUMENTI COMPENSATIVI E MISURE DISPENSATIVE SUGGERITI

strumenti compensativi secondo le materie previste dal ciclo di studi:

(ad esempio: tabelle e formulari,; computer con videoscrittura, correttore ortografico, sintesi vocale e cuffie per l'ascolto; audiolibri e libri digitali; mappe concettuali, schemi, liste di nomi e date che riguardano le materie curricolari; carte geografiche; registrazione di alcune parti della lezione, linea dei numeri, tavola pitagorica, calcolatrice; dizionari digitali, adattamento delle verifiche (scelta multipla, cloze, prove in comprensione ecc);

modalità dispensative:

(ad esempio: riduzione della quantità e/o aumento del tempo, dispensa dalla copiatura dalla lavagna; dalla lettura ad alta voce; dalla scrittura in corsivo e stampato minuscolo; dallo studio mnemonico (tabelle forme verbali e grammaticali); dalla trascrizione di compiti e appunti, dalle interrogazioni non programmate; dalla memorizzazione di date e nomi, dalla gestione autonoma del diario. Valutare la quantità e qualità dei compiti assegnati a casa. Richiesta di dispensa dalle prove scritte di lingua straniera).

F. INDICAZIONI OPERATIVE PER LA STESURA DEL PDP DA PARTE DELLA SCUOLA

G. EVENTUALI NOTE