Con il patrocinio del
Comune di Roncadelle

NON SARANNO TUTTI DISLESSICI ADESSO?!

D.ssa Chiara Stampatori
Neuropsicologo – Psicoterapeuta cognitivo comportamentale

Roncadelle, 19 febbraio 2020

Nessun ragazzo nasce pigro poiché la necessità di apprendere è insita nella natura umana, pertanto la scarsa motivazione ad apprendere deve fare ricercare con forza la causa di ciò che sta accadendo.

(Enrico Ghidoni, 2008).

SECNODO UN PFROSSEORE DLEL'UNIESRITÀ DI CMABRIDGE, NON IMORPTA IN CHE ORIDNE APAPAINO LE LETETRE IN UNA PAORLA, L'UINCA CSOA IMNORPTATE È CHE LA PIRMRA E L'ULIMTA LETETRA SIANO NEL PTOSO GITUSO, IL RIUSTLATO PUÒ SERBMATRE MLOTO CNOFSUO, MA NOONSTATNE TTUTO SI PUÒ LEGERGE SEZNA MLOTI PRLEOBMI

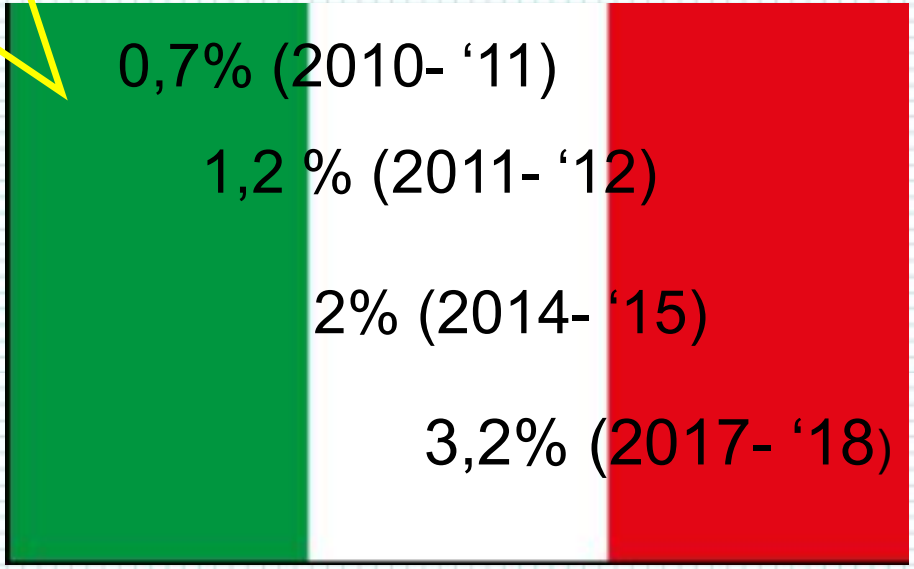
Ordine Psicologi Lazio
Ordine professionale

SCUOLA - 19 APRILE 2018

Dsa, a essere aumentate non sono le diagnosi ma le certificazioni

A proposito di false diagnosi di DSA…

Incremento > 300 % !



Dati MIUR, 2011 -2019

MIUR

Gestione Patrimonio
Informativo e Statistica

I principali dati relativi agli alunni con DSA

anno scolastico 2017/2018

Epidemiologia nazionale MIUR 2017-2018

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

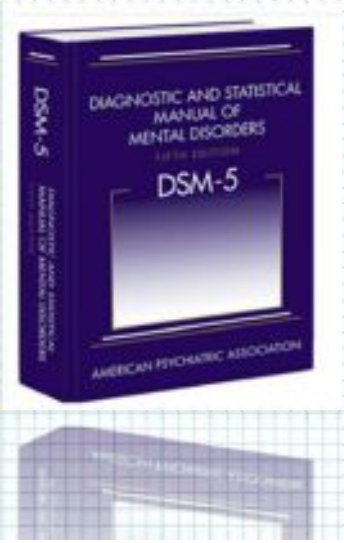
Ordine di scuola	Alunni con DSA	Totale alunni	% alunni con DSA
Infanzia *	1.717	1.474.592	0,12%
Primaria *	53.379	2.726.410	1,96%
Sec. I grado	96.176	1.713.935	5,61%
Sec. II grado	124.837	2.667.983	4,68%
TOTALE	276.109	8.582.920	3,22%

* 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

3,5% - 4% della popolazione scolastica
5 -6% discalculia (Szucs 2017)



5 – 15% dal 2000 al 2013

Alfabeto di 21 lettere, 28 suoni
e 30 modi per scrivere i suoni

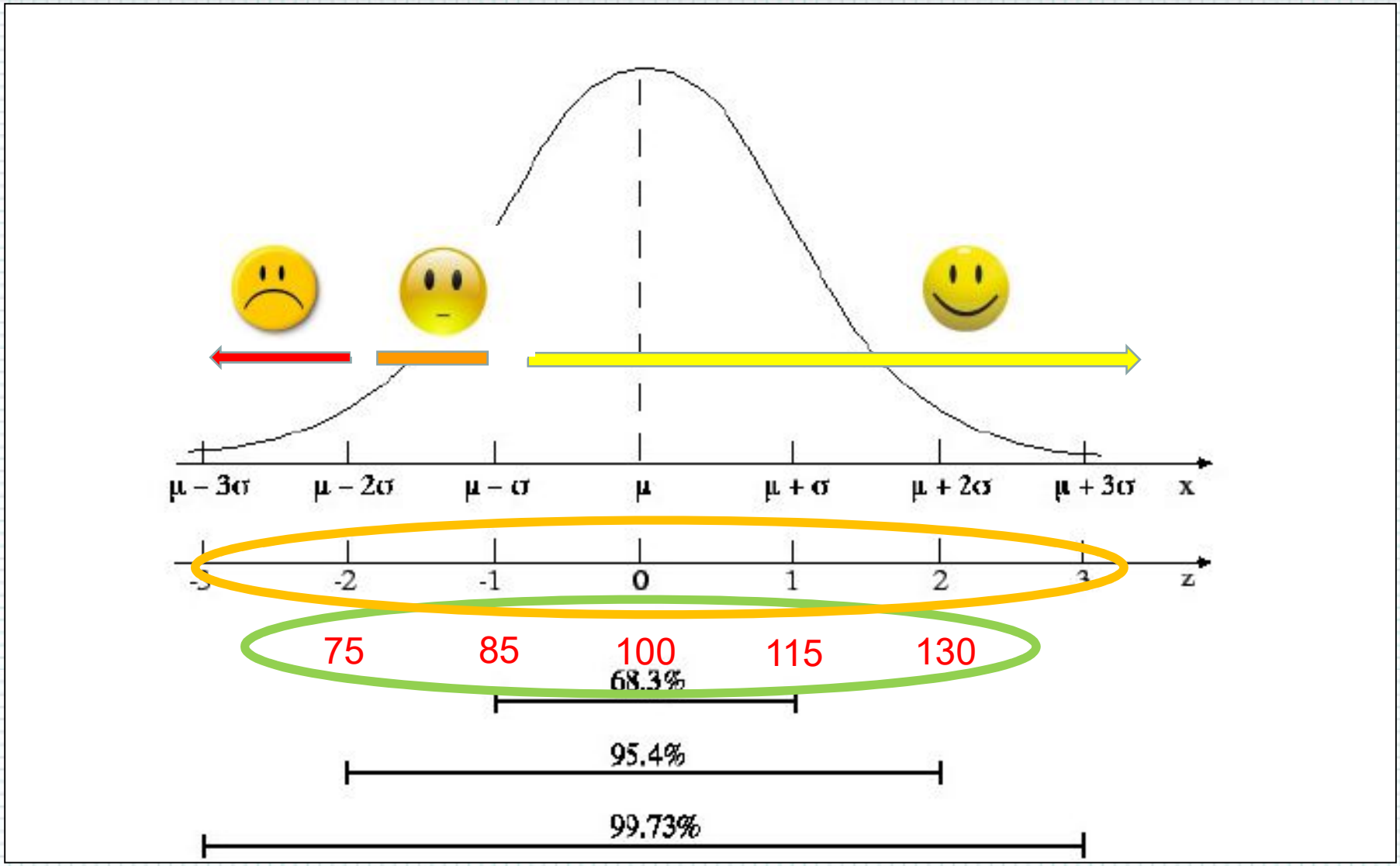
Alfabeto di 26 lettere, 45 suoni
e centinaia di modi per
scrivere i suoni

Poiché le abilità scolastiche sono distribuite lungo un continuum, non vi è una soglia naturale che può essere utilizzata per stabilire la presenza di un disturbo. Per una maggiore certezza diagnostica e per evitare il pericolo che la diagnosi possa essere inutilmente inflazionata, le raccomandazioni cliniche delle Consensus Conference **hanno stabilito soglie più rigide rispetto ad altri paesi** per poter considerare deficitaria una prestazione. Infatti può essere considerata insufficiente una performance che si colloca, per la rapidità, al di sotto di 2 deviazioni standard dai valori normativi attesi per l'età o la classe frequentata e al di sotto del 5° percentile per i punteggi di accuratezza.

Se la diagnosi viene eseguita secondo i criteri suddetti, non può esserci il rischio di diagnosi facili.

Giuseppe Aquino
Tecnico AID
Membro Commissione Esecutiva nuove Linee Guida DSA
Novembre 2015

DISTRIBUZIONE DI FREQUENZA

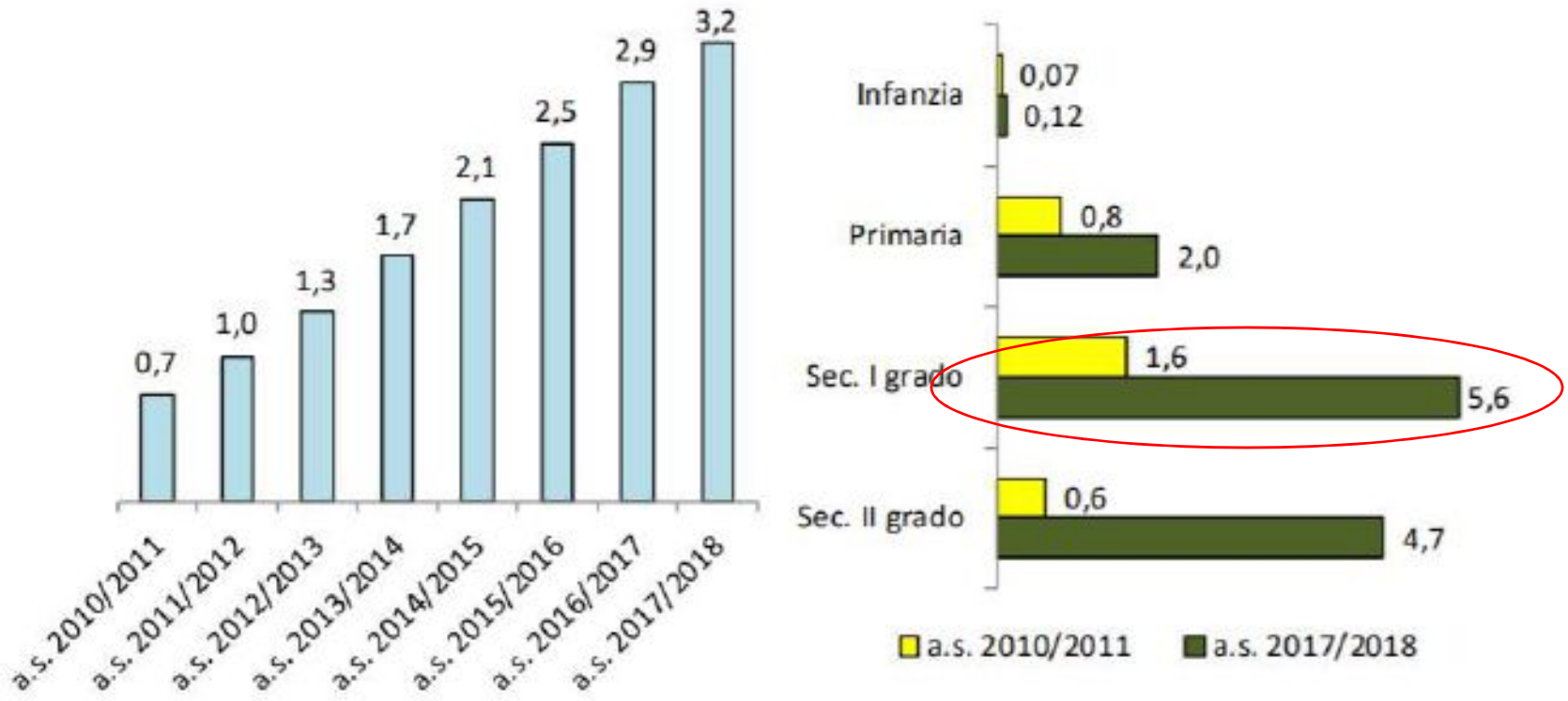


Tra gli anni scolastici 2010/11 e 2014/2015 le certificazioni sono cresciute, ma questo accade anche perché dopo la legge 170 del 2010, **la scuola ha un ruolo determinante nella presa in carico degli alunni con DSA** e ad essa sono state richieste competenze organizzative, metodologiche, didattiche e valutative che hanno portato ad una maggiore attenzione nei confronti degli alunni con difficoltà di apprendimento e quindi ad una maggiore individuazione di casi sospetti di DSA e alla loro segnalazione alle famiglie con il conseguente riferimento ai servizi sanitari per avviare il percorso per una eventuale diagnosi (come indicato dall'Articolo 2 comma 1 del D.M. N. 5669 12/7/2011).

- Costante aumento delle certificazioni cliniche in generale
- Discrepanza espressa in % potrebbe essere fuorviante
- Bocciature con effetto accumulo e progressiva riduzione dell'abbandono scolastico nella scuola secondaria di II grado.

Andrea Novelli
Membro Consiglio Direttivo AID
Settembre 2019

Grafico 1 - Alunni con DSA in % del totale alunni - serie storica: aa.ss. 2010/2011 - 2017/2018



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

NCBI Resources How To

PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed

Advanced

Format: Abstract

Send to

PLoS One. 2019 Jan 23;14(1):e0210448. doi: 10.1371/journal.pone.0210448. eCollection 2019.

The lost children: The underdiagnosis of dyslexia in Italy. A cross-sectional national study.

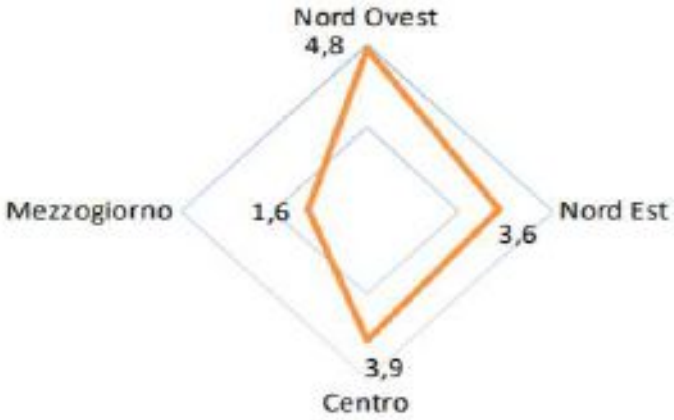
Barbiero C[1,2], Montico M[1], Lonciari I[2], Monasta L[1], Penge R[3], Vio C[4], Tressoldi PE[5], Carrozzi M[2], De Petris A[6], De Cagno AG[7], Crescenzi F[7], Tinarelli G[8], Leccese A[9], Pinton A[9], Belacchi C[10], Tucci R[11], Musinu M[12], Tossali ML[13], Antonucci AM[14], Perrone A[14], Lentini Graziano M[14], Ronfani L[1]; of behalf of the EpiDIt (Epidemiology of Dyslexia in Italy) working group.

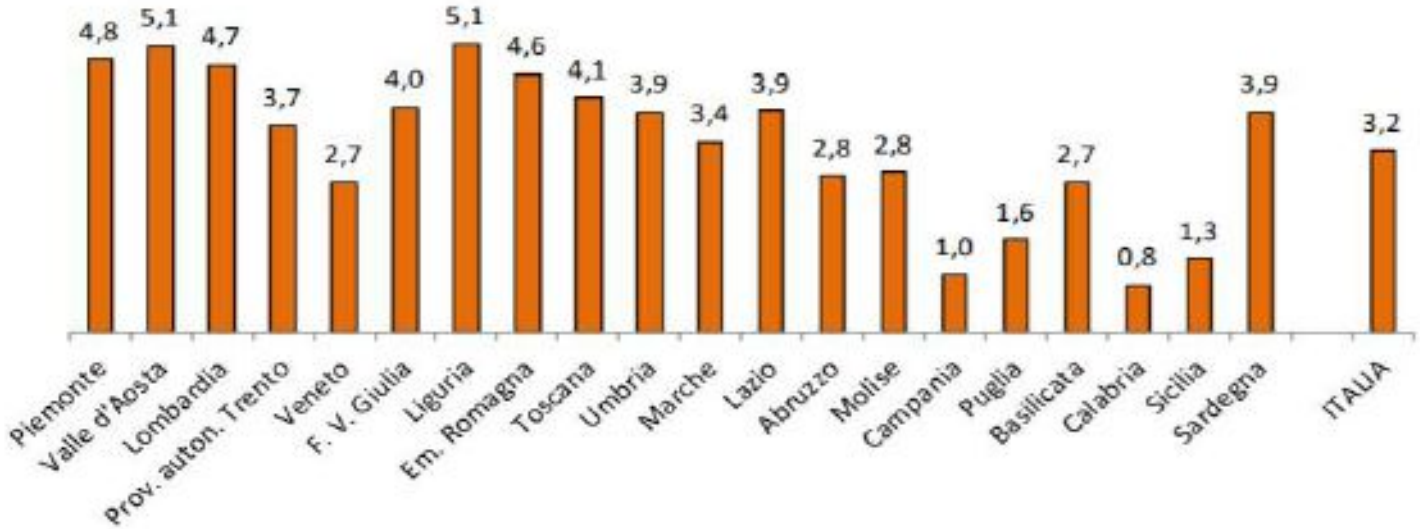
RESULTS: We finally recruited 11094 children aged 8-10 years, of which 9964 constituted the final working sample after applying exclusion criteria and including only children who received parents' consent to participate. The prevalence of dyslexia in the whole sample was 3.5% (95% CI 3.2-3.9%), with little differences between Northern, Central and Southern Italy (respectively 3.6%, 3.2% and 3.7%). In almost two out of three children with dyslexia the disorder had not been previously diagnosed.

CONCLUSIONS: This study confirms that in primary school children at the age of 8-10 years in Italy dyslexia is widely underestimated. Reliable data on dyslexia prevalence are needed to allocate necessary human and financial resources both to Health Services and Schools, ensuring timely support to children and families.

DISTRIBUZIONE PER AREA GEOGRAFICA

Grafico 4 - Alunni con DSA in % del totale alunni per area territoriale e regione - a.s. 2017/2018





Nota: i dati relativi alla provincia di BZ non sono disponibili;

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

DISTRIBUZIONE PER TIPOLOGIA DI DISTURBO

Tavola 4. Alunni con DSA per tipologia di disturbo - a.s. 2017/2018

Ordine di scuola	Dislessia	Disgrafia	Disortografia	Discalculia	Totale alunni con DSA
Infanzia *	-	-	-	-	1.717
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 disturbo dal momento che alcuni alunni possono avere più tipologie di disturbo.

* 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

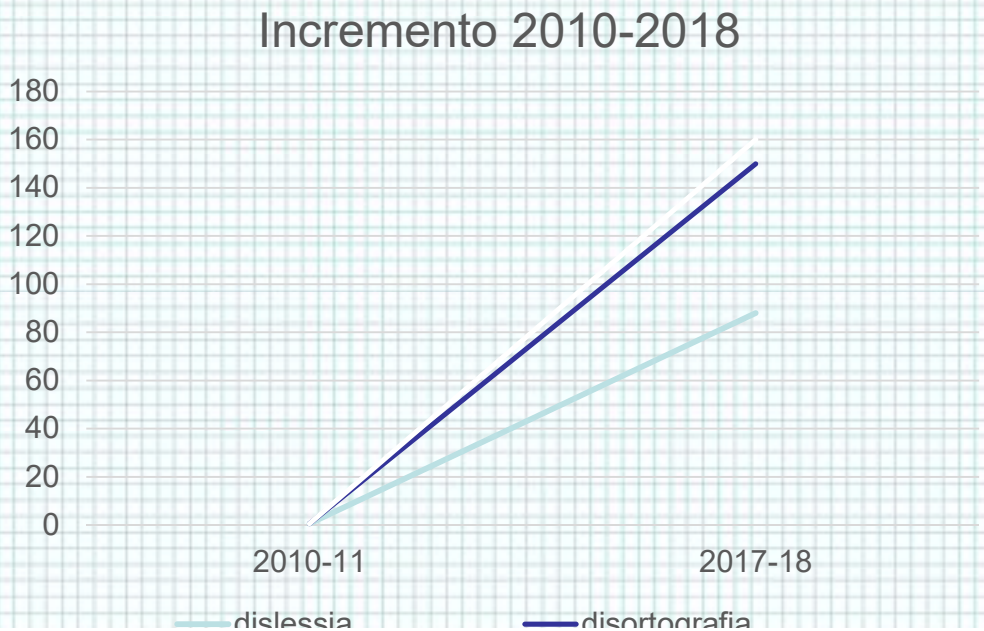
Rilevazione UST Brescia a.s. 2017-18

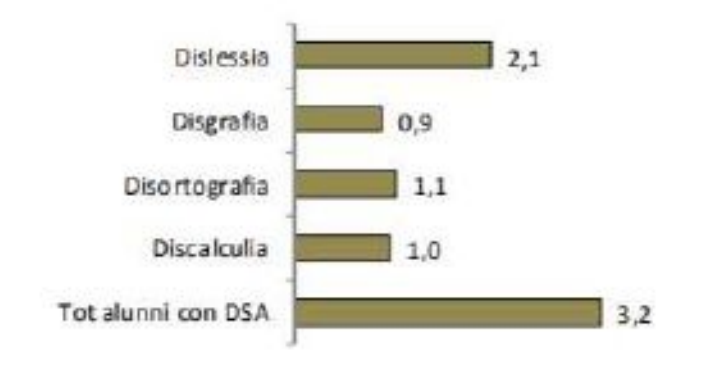
Popolazione scolastica BS e provincia 155.906

	Statali	Paritarie
Infanzia	……	……
Primaria	876	86
Sec I grado	1818	63
Sec II grado	1979	267
Totale	4673	416

→ **5.089 alunni** → **3.2%**

0.7% nel 2010/11





UNIBS immatricolazioni 2019
incidenza dello 0.8%

COSA SONO I DSA?

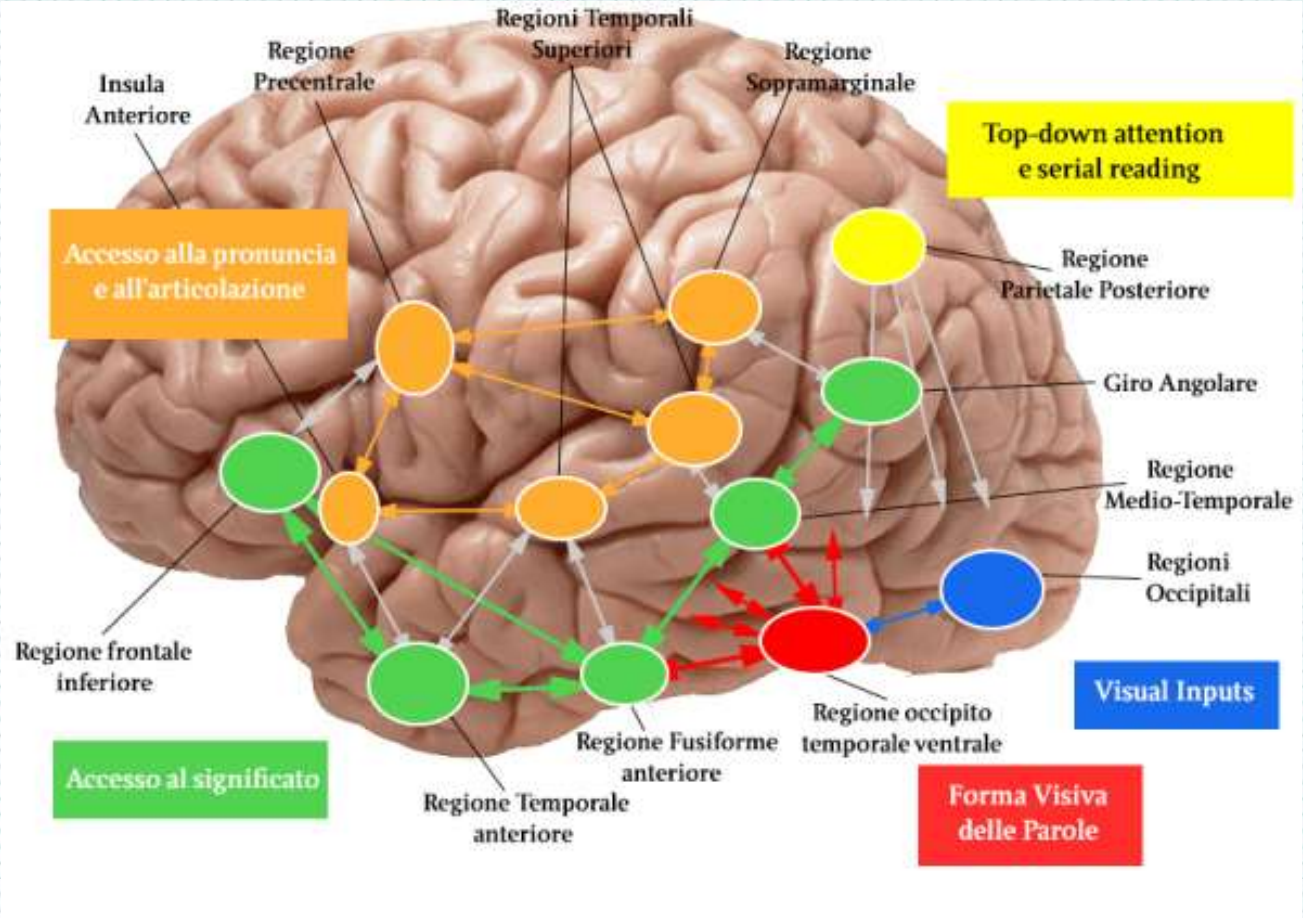
D — **Disturbi** della struttura neurofunzionale con elevata componente eredo familiare.

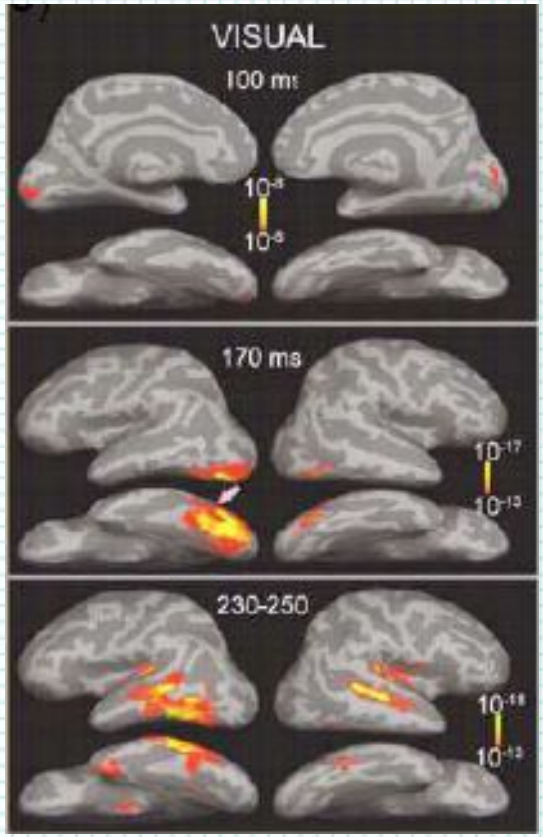
S — Riguardano l'acquisizione e l'utilizzo di abilità **specifiche** e non sono riconducibili a un carente livello intellettivo generale, né a una patologia neurologica.

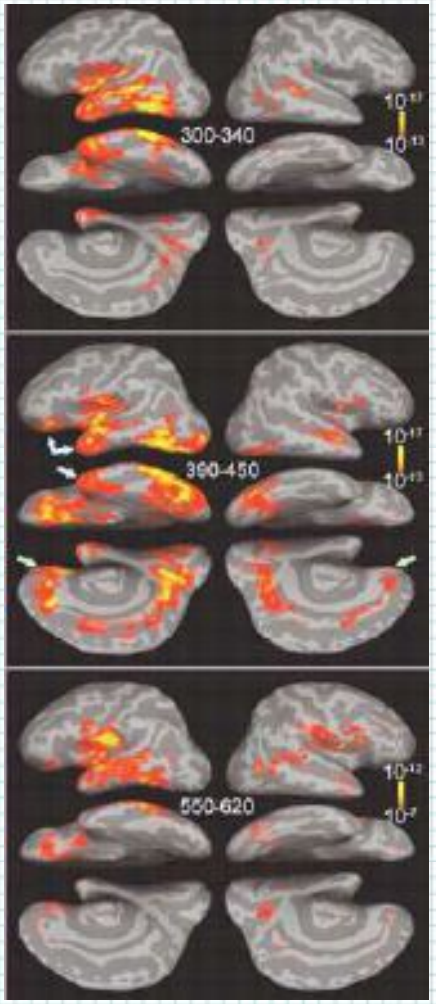
A — Riguardano le abilità strumentali (automatismi) negli **apprendimenti** scolastici (lettura, scrittura e calcolo)

Difficoltà di Apprendimento
- non innata
- modificabile con interventi didattici mirati
- automatizzabile con tempi dilatati rispetto alla classe

Disturbi Specifici dell'Apprendimento
- innati
- resistenti al potenziamento
- resistenti all' automatizzazione


Regioni Temporali Superiori
Regione Precentrale
Insula Anteriore
Regione Sopramarginale
Top-down attention e serial reading
Accesso alla pronuncia e all'articolazione
Regione Parietale Posteriore
Giro Angolare
Regione Medio-Temporale
Regioni Occipitali
Regione frontale inferiore
Visual Inputs
Regione occipito temporale ventrale
Regione Fusiforme anteriore
Accesso al significato
Regione Temporale anteriore
Forma Visiva delle Parole



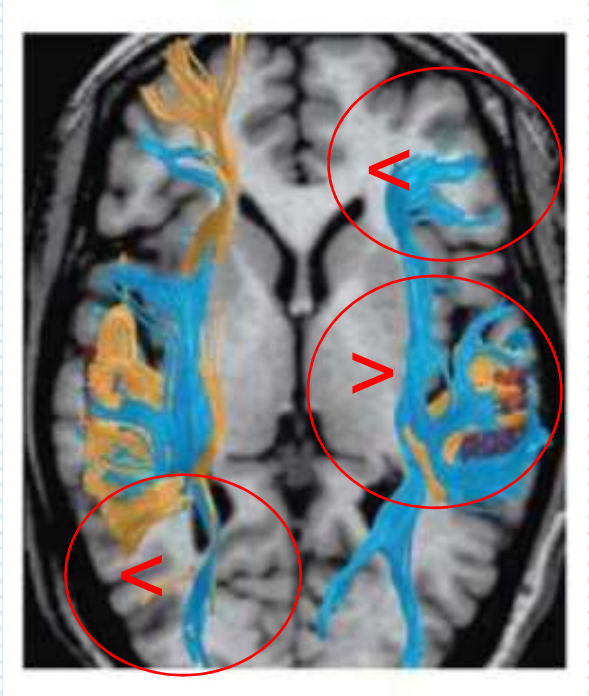


Diffusione dell'attivazione nell'emisfero sinistro in un normolettore in seguito alla presentazione di una parola da leggere.

(Marinkovic et al. 2003)

BASI NEUROBIOLOGICHE DELLA DISLESSIA

DIFFERENZE FUNZIONALI



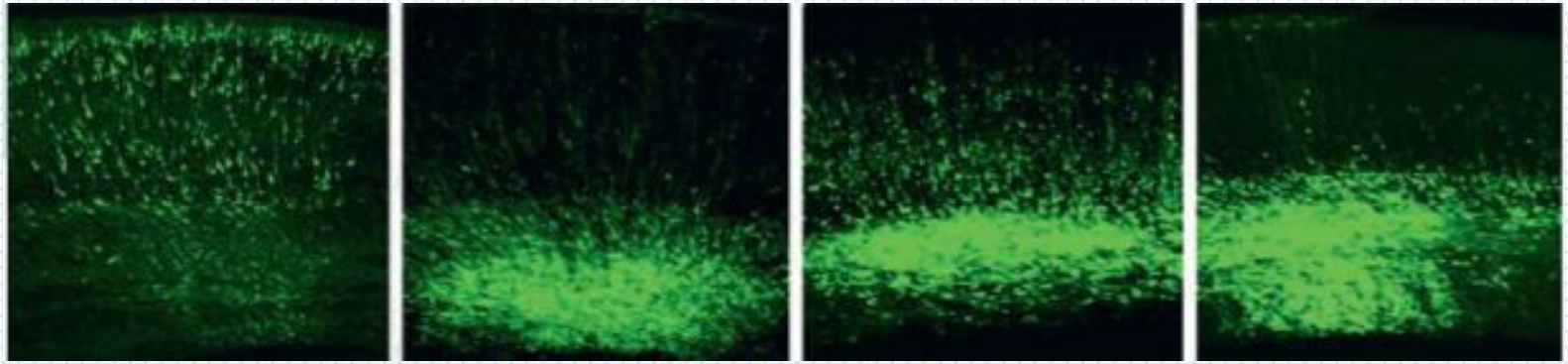
Il cervello del dislessico presenta connessioni temporo-frontali relativamente simmetriche rispetto ai controlli.

Durante la lettura attivano meno l'area occipito-temporale sinistra, mentre si ha un incremento di attività in area temporo-parietale destra e assenza di connessione tra area temporale e frontale destra.

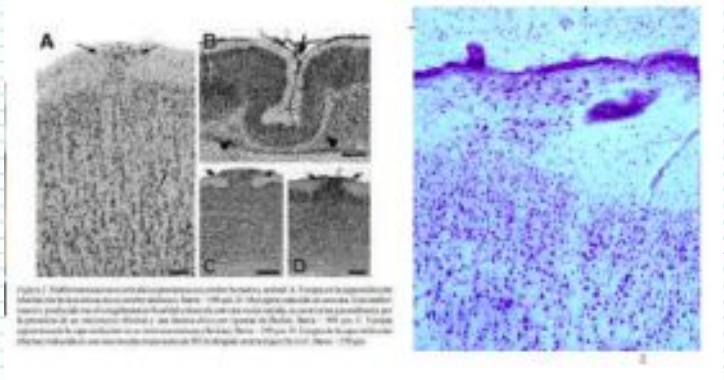
Leonard, Eckert 2008

Alterata migrazione neuronale in sistemi neurali specifici

Controlli | Kiaa0319 | DCDC2 | Dyx1c1



Paracchini et al., 2007



Galaburda, 1985

Vi sono almeno 6 regioni del genoma umano (1,2,3,6,15, 18) che influenzano il rischio di dislessia attraverso alterazioni nella migrazione dei neuroni.

DISLESSIA

Disturbo specifico della lettura che si manifesta con una difficoltà di decodifica del testo.

Parametri: velocità, correttezza, *comprensione*

DISORTOGRAFIA

Disturbo specifico della scrittura che si manifesta con difficoltà ortografiche.

Parametri: correttezza

DISGRAFIA

Fluenza di scrittura e caratteristiche qualitative del tratto grafico.

Parametri: qualitativi
velocità di scrittura

DISCALCULIA

Disturbo specifico della competenza numerica e del calcolo che si manifesta con una difficoltà nel comprendere e operare con i numeri.

Parametri: velocità e correttezza.

Quando?

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

- Per la Discalculia è necessario attendere la fine della classe terza.

(CC 2007 e PARCC 2011)

RegioneLombardia
IL CONSIGLIO

XI LEGISLATURA

ATTI: 2018/XI.2.2.2.69

LEGGE CONSIGLIO REGIONALE N. 38

Disposizioni in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento e individuazione precoce dei segnali predittivi

approvata nella seduta del 22 ottobre 2019

Art. 1
(Finalità e ambito di applicazione)

1. La presente legge, in conformità con la legge 8 ottobre 2010, n. 170 (Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico), prevede disposizioni in favore dei soggetti con diagnosi di disturbo specifico di apprendimento (DSA), quale dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia, e ha lo scopo di:

a) promuovere la diagnosi precoce dei DSA nell'ambito di una stretta collaborazione tra strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, pediatri di libera scelta (PLS), istituzioni scolastiche, istituzioni universitarie, sistema di istruzione e formazione professionale regionale, famiglie e associazionismo;

b) promuovere, in particolare, attività di screening e di individuazione precoce dei segnali predittivi di DSA per i soggetti che frequentano l'ultimo anno della scuola dell'infanzia e il primo anno della scuola primaria, nell'ambito di una stretta collaborazione tra i soggetti di cui alla lettera a);

c) promuovere percorsi riabilitativi finalizzati a potenziare e facilitare l'apprendimento, ad agevolare l'integrazione e le pari opportunità dei soggetti con diagnosi di DSA;

d) promuovere percorsi di diagnosi di DSA anche in favore di soggetti che hanno superato l'età evolutiva;

e) garantire le condizioni affinché i soggetti con diagnosi di DSA si realizzino in ambito scolastico, nella formazione professionale, nel lavoro e in ogni altro contesto nel quale si sviluppa e realizza la persona.

Chi invia alla diagnosi?

La famiglia che si avvede per prima delle difficoltà del proprio figlio o della propria figlia, ne informa la scuola, sollecitandola ad un periodo di osservazione.

Essa è altrimenti, in ogni caso, informata dalla scuola delle persistenti difficoltà del proprio figlio o figlia.

La famiglia:

- provvede, di propria iniziativa o su segnalazione del pediatra - di libera scelta o della scuola - a far valutare l'alunno o lo studente secondo le modalità previste dall'Art. 3 della Legge 170/2010;

24

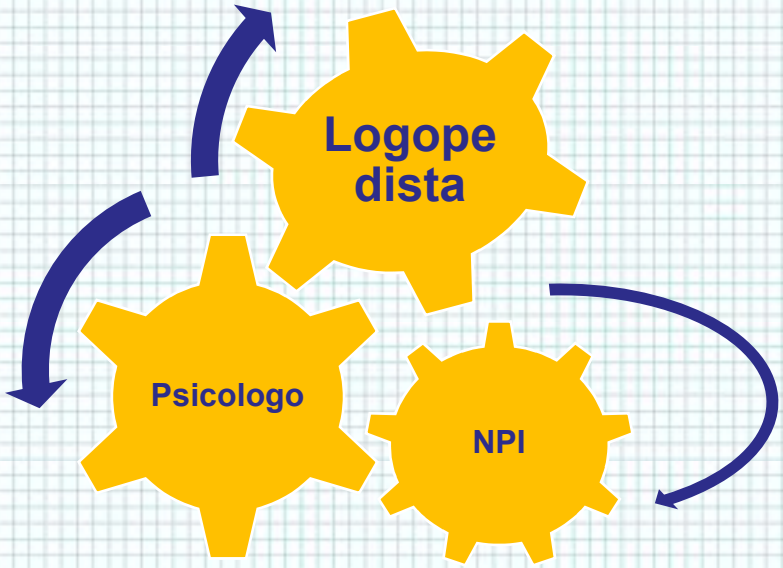
Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - D.G. per lo studente, l'integrazione, la partecipazione e la comunicazione

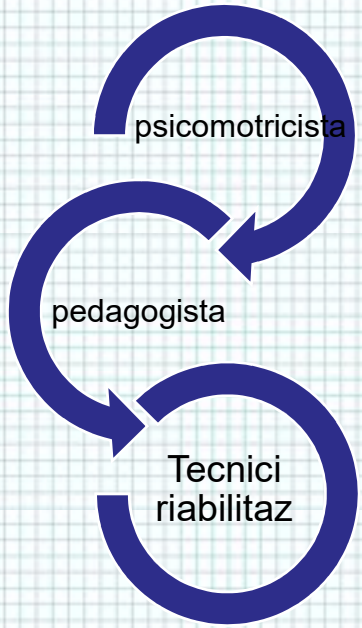
- consegna alla scuola la diagnosi di cui all'art. 3 della Legge 170/2010;

Nel caso la famiglia decida autonomamente di richiedere una consulenza per il figlio è importante che la scuola si renda disponibile a consegnare (…) le prove didattiche, le osservazioni rilevate in classe e relative specificatamente al processo di apprendimento

(Decreto 5669 del 12.07.2011 art. 1 e 2; L.170/2010 art.3).

Chi può fare diagnosi?





Chi deve firmare la diagnosi?

La certificazione deve essere firmata dal Referente del caso/Responsabile del percorso diagnostico (Neuropsichiatria infantile o Psicologo) e riportare i nominativi di tutte le figure professionali dell'équipe che hanno collaborato all'inquadramento diagnostico e che, insieme al firmatario, si assumono la responsabilità della valutazione diagnostica.

(Nota Regione Lombardia 22 giugno 2015 Prot. H1.2015.0018622)

NOME E COGNOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

RECAPITO TELEFONICO _____

CLASSE _____ SCUOLA _____

DIAGNOSI MULTIASSIALE E RELATIVI CODICI ICD-10
(diagnosi principali ed eventuali comorbilità, specificando il livello di gravità dei disturbi)

In base alla valutazione clinica ed ai test effettuati ed elencati in allegato e secondo quanto previsto dalle Consensus nazionali sui DSA, è presente (segnare quali):

Dislessia
- ☐ velocità di lettura di parole, non parole o brano significativamente inferiore alla norma
- ☐ correttezza di lettura di parole, non parole e brano significativamente inferiore alla norma

Disortografia
- ☐ correttezza di scrittura di parole, non parole, frasi omofone e brano significativamente inferiori alla norma

Disgrafia
- ☐ fluenza di scrittura significativamente inferiore alla norma; analisi qualitativa della postura, impugnature e caratteristiche del segno grafico significativamente diverse dalla norma

Discalculia
- ☐ procedure esecutive e abilità di calcolo significativamente inferiori alla norma

Elementi significativi aggiuntivi:

Referente del caso: _____

Operatori componenti l'equipe multi-professionale:

Neuropsichiatra infantile	Psicologo	Logopedista
Nome		
Tel	Tel	Tel
Firma		

La presente diagnosi è valida fino al termine del percorso scolastico.

Per la validità della certificazione di DSA, è obbligatoria la compilazione completa delle prime pagine e delle parti A, B, C, D, E, F secondo quanto indicato nella normativa vigente dal 5 luglio 2011 art. 10 2011 0028307

A. BREVI NOTE ANAMNESTICHE
(con particolare attenzione al motivo di invio e ai sintomi che lo hanno determinato, alla familarità 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 o sensoriali (visivi o uditivi), particolare attenzione viene dedicata alla valutazione della motilità oculare estrinseca (fissazione e inseguimento visivo) delle competenze motorie globali e fini, delle 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 della competenza ortografica 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. Osservazione in merito al comportamento comunicativo spontaneo del soggetto: consapevolezza del problema ed eloquio spontaneo.
Valutazione del livello fonologico (programmazione fonologica, memoria fonologica o verbale a breve termine, analisi e sintesi fonemica)

C. EVENTUALI APPROFONDIMENTI *(da attivare a discrezione del CMDO)*

C1. Esami clinico-strumentali specialistici dello stato visivo 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
(Esercitare colloquio, includendo strumenti, tempi previsti, ruoli e responsabilità, indici di efficacia. Ad esito di valutazione neuropsichica associare un intervento da parte del famigliare in ambito domiciliare, colloqui con insegnanti, educatori, altri operatori, tempi e modi delle verifiche, ecc).

E. STRUMENTI COMPENSATIVI E MISURE DISPENSATIVE SUGGERITI

strumenti compensativi:
(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 curriculari; carte geografiche, linee dei numeri, tavole pitagoriche, calcolatrice, dizionari digitali, adattamento delle verifiche (scelta multipla, cloze, prove in comprensione ecc); riduzione della quantità e/o aumento del tempo).

modalità dispensative:
(ad esempio: 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

La valutazione funzionale e le indicazioni d'intervento (B2, B3, C, D, E ed F) sono da aggiornare, da parte dell'operatore referente:

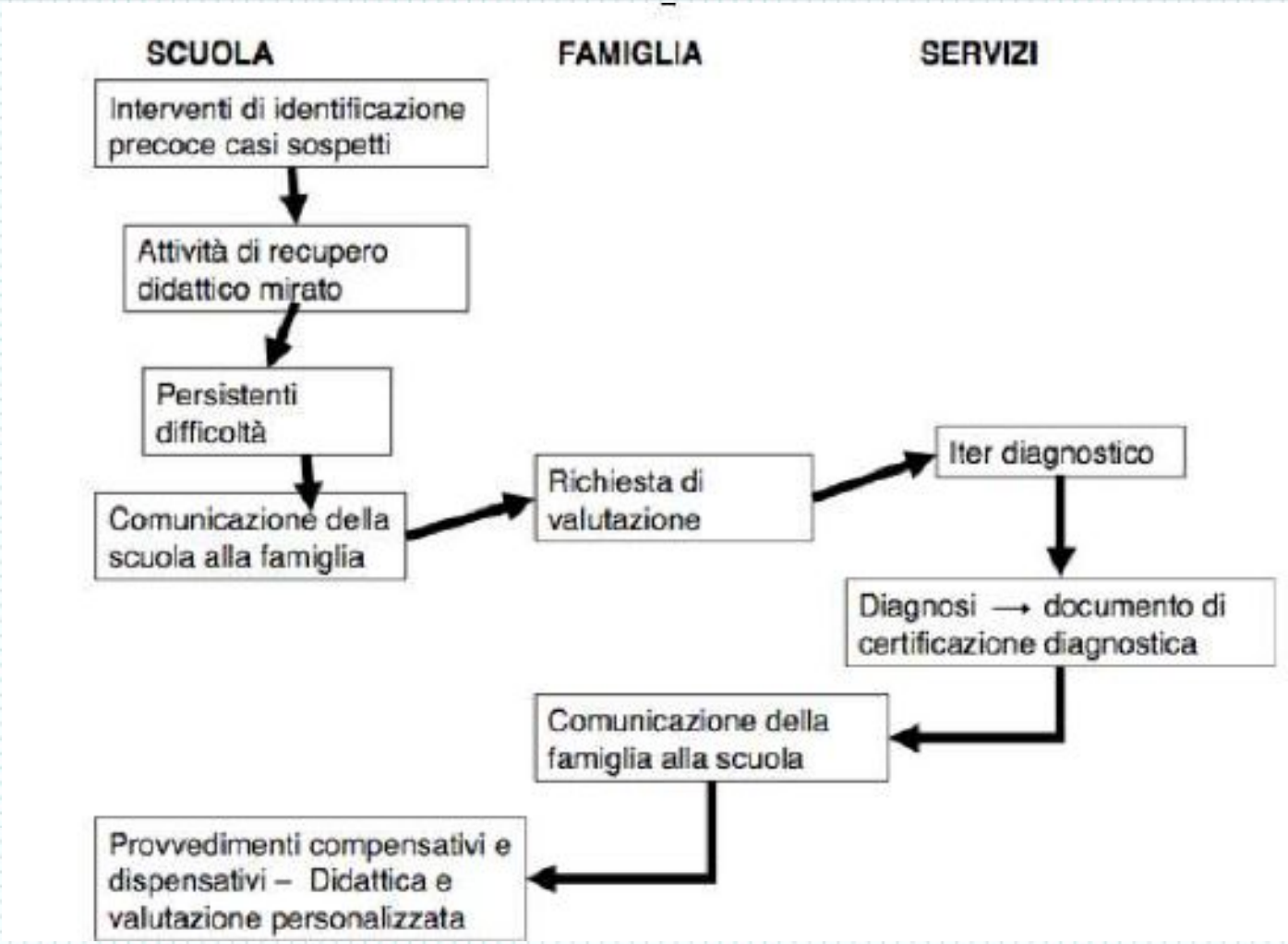
- ☐ Al termine dell'anno scolastico .....
- ☐ Al termine della scuola primaria
- ☐ Al termine della scuola secondaria di primo grado
- ☐ Al termine degli studi

ALLEGATO: elenco test effettuati e relativi punteggi (grezzi e standardizzati)

La certificazione deve essere obbligatoriamente compilata in tutte le sue parti, ad eccezione del punto C che è facoltativo.

È necessario anche indicare quando si prevede l'aggiornamento del profilo funzionale.

(*Note Regione Lombardia: 5 luglio 2011 Prot. H1.2011.0020307, 21 novembre 2012 Prot. H1.2012.0033445, 22 giugno 2015 Prot H1.2015.0018622*)


SCUOLA
FAMIGLIA
SERVIZI
Interventi di identificazione precoce casi sospetti
Attività di recupero didattico mirato
Persistenti difficoltà
Comunicazione della scuola alla famiglia
Richiesta di valutazione
Iter diagnostico
Diagnosi → documento di certificazione diagnostica
Comunicazione della famiglia alla scuola
Provvedimenti compensativi e dispensativi – Didattica e valutazione personalizzata

Quando scade la certificazione?

La certificazione è valida per l'intero percorso di studi.

(Nota Regione Lombardia 21 febbraio 2013 Prot. H1.2013.0006315)

NON HA DATA DI SCADENZA!!

Il profilo funzionale e le indicazioni per l'intervento devono essere aggiornati su indicazione dello specialista referente della valutazione oppure nel caso la scuola o la famiglia rilevino cambiamenti significativi.

Aggiornamento del profilo di funzionamento

- A ogni cambio di ciclo scolastico, ma non prima dei 3 anni dal precedente.
- Ogni qualvolta sia necessario modificare l'applicazione degli strumenti didattici e valutativi necessari su segnalazione della scuola alla famiglia o su iniziativa della famiglia

(Nota presidenza del consiglio dei ministri 24 luglio 2012)

- Per quanto riguarda la formazione universitaria si ricorda che gli Atenei ritengono valide le diagnosi precedenti, purché la data di rilascio della certificazione non sia antecedente a 3 anni al momento dell'iscrizione.

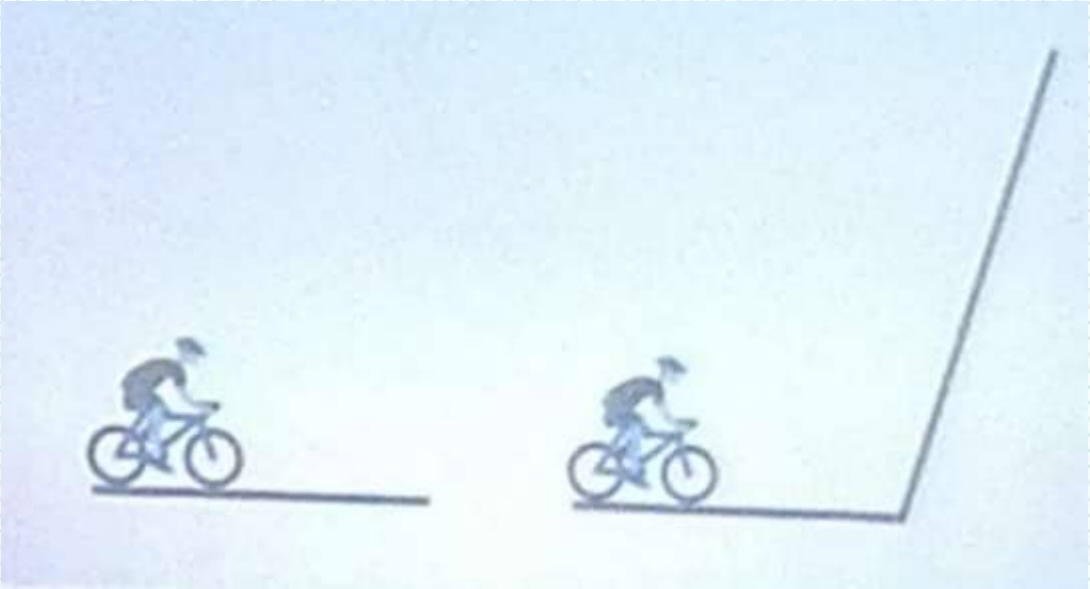
Poi tocca alla scuola…

La scuola riceve copia della certificazione e rilascia ricevuta. La certificazione viene inserita nel fascicolo personale dell'alunno. Il Dirigente Scolastico informa il Referente DSA e consegna copia della certificazione al coordinatore di classe, che la condivide con il gruppo dei docenti. La scuola mette a disposizione materiale informativo per la famiglia.

Dopo un periodo di osservazione per cogliere:
- tempi di elaborazione
- tempi di produzione
- comprensione di consegne
- stili di apprendimento
- altre caratteristiche personali dell'alunno

il Consiglio di classe redige il PDP in riunione collegiale appositamente convocata.

(Nota Regione Lombardia 30 marzo 2015 Prot. H1.2015.0010049)



Uno dei due non ha voglia di andare in bicicletta.

GRAZIE