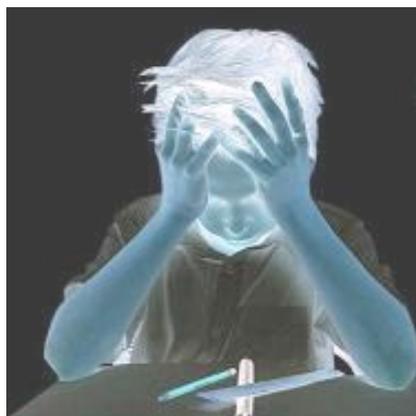




Consiglio regionale del Veneto



## SERVIZI SANITARI E DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO

A cura del Servizio studi, documentazione e biblioteca

Venezia, dicembre 2009

Veneto Tendenze - 2/ 2009

**Veneto Tendenze** – Quaderno di documentazione a cura del Servizio studi, documentazione e biblioteca - Direzione Regionale Rapporti e Attività Istituzionali  
Dirigente Claudio De Donatis

Sito: <http://www.consiglioveneto.it/>

@ [ssdb@consiglioveneto.it](mailto:ssdb@consiglioveneto.it)

☎ 0412701612

📠 0412701622

SERVIZI SANITARI E DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO è stato realizzato da Giuseppe Sartori dell'Ufficio territorio con il contributo di Maria Rosaria Cellino, Michela Cendron, Maria Rosaria Russo, Renzo Tucci del Centro di Riferimento Regionale per i Disturbi dell'Apprendimento dell' ULSS20 di Verona.

Ha collaborato Serenella Poggi.

Riproduzione a cura del

Centro stampa del Consiglio Regionale: Vilmo Fiorese, Giuseppe Mistrorigo

# SERVIZI SANITARI E DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO

## INDICE

---

|  |         |
|--|---------|
| <b>INTRODUZIONE</b>  | Pag. 4  |
| I disturbi specifici dell'apprendimento . Definizioni                | Pag. 5  |
| L'approccio clinico  | Pag. 6  |
| L'epidemiologia  | Pag. 7  |
| I servizi attuali  | Pag. 9  |
| Le criticità   | Pag. 12 |
| I DSA e il Sistema Sanitario Nazionale                               | Pag. 13 |
| Le indicazioni sanitarie nelle altre regioni                         | Pag. 17 |
| Quale politica sanitaria per i DSA                                   | Pag. 19 |
| Il Centro di Riferimento Regionale per i Disturbi dell'Apprendimento | Pag. 21 |

---

|                  |         |
|------------------|---------|
| <b>GLOSSARIO</b> | Pag. 23 |
|------------------|---------|

---

|                     |         |
|---------------------|---------|
| <b>BIBLIOGRAFIA</b> | Pag. 25 |
|---------------------|---------|

---

|                    |         |
|--------------------|---------|
| <b>RIFERIMENTI</b> | Pag. 26 |
|--------------------|---------|

## SERVIZI SANITARI E DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO

### Realtà ed ipotesi per la Regione Veneto

#### 1. Introduzione

Le statistiche dicono che in Italia da tre a cinque bambini su cento della popolazione in età d'obbligo scolastico, soffre di disturbi dell'apprendimento (DSA). Anche la situazione del Veneto riguardante queste tematiche rispecchia il dato nazionale.

Questi disturbi molto spesso non vengono riconosciuti per tempo; e in questa condizione i bambini vengono a lungo considerati dai loro genitori e anche dai loro insegnanti come svogliati, disattenti, pigri o addirittura poco intelligenti.

Questo genera una serie di problemi psicologici dapprima e quindi relazionali con le componenti sociali che stanno loro vicino, scuola, famiglia, ed in seguito anche l'ambiente lavorativo; le conseguenze sociali e professionali a volte sono molto pesanti.

Ben due proposte di legge <sup>(1)</sup> sono state presentate nel corso del 2009 per riformare la situazione normativa attuale che denota una scarsa attenzione dal punto di vista socio-sanitario verso questa realtà.

Con la collaborazione degli esperti dell'unico centro della nostra Regione specializzato sui DSA si è fatto questo approfondimento per contribuire all'analisi degli attuali strumenti disponibili e formulare alcune indicazioni di massima da sottoporre al legislatore per affrontare il tema.

---

<sup>1</sup> n. 418 PROPOSTA DI LEGGE d'iniziativa dei Consiglieri Cortelazzo, Bertipaglia, Giorgetti, Donazzan e Fontanella  
NUOVE NORME IN MATERIA DI DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO  
n.422 INTERVENTI A FAVORE DEI SOGGETTI AFFETTI DA DISLESSIA E DA ALTRI DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO  
PROPOSTA DI LEGGE d'iniziativa dei Consiglieri Trento, Gallo, Diego Bottacin, Marchese, Rizzato, Azzi, Berlato Sella, Bonfante, Causin, Frigo, Michieletto e Tiozzo

## 2. I disturbi specifici dell'apprendimento . Definizioni

Il recente sviluppo degli studi neuropsicologici, attraverso l'analisi approfondita e selettiva delle singole funzioni coinvolte nello sviluppo dei processi cognitivi, ha consentito solo negli ultimi anni il riconoscimento di un gruppo di disturbi individuabili come entità nosologiche ben definite e distinte dal gruppo dei Ritardi Mentali e indicati come Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

I Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) sono fondamentalmente rappresentati dalla Dislessia, Disgrafia, Discalculia e Disortografia <sup>2</sup>.

Per definizione in questi disturbi i processi intellettivi risultano integri mentre solo alcune funzioni specifiche sono deficitarie, evidenziandosi una netta discrepanza tra Quoziente Intellettivo<sup>3</sup>, sempre entro la norma e la capacità di apprendimento di procedure quali lettura, scrittura, calcolo, che risultano nettamente al di sotto della media.

I DSA derivano da alterazioni del substrato neurobiologico, sono costituzionali e determinano disabilità croniche delle funzioni necessarie al normale sviluppo dei processi di apprendimento.

Risultano a tutt'oggi scarsamente contemplati da un punto di vista normativo, anche a causa della recente comparsa di tali disturbi nel panorama sanitario e della difficile definizione della loro precisa natura ed eziologia, non essendo assimilabili se non nei casi più gravi, a situazioni di "*handicap*" o di gravi disabilità neuropsichiche.

In particolare, clinicamente la Dislessia Evolutiva è un disturbo della lettura che si manifesta in un soggetto in età scolare in assenza di deficit neurologici, intellettivi, sensoriali, relazionali e nonostante normali opportunità educative e scolastiche: il bambino dislessico non è in grado di leggere e scrivere in modo automatico, corretto e fluente e ciò comporta un dispendio di energie molto superiore a quello richiesto di norma, risultando la lettura e la scrittura compiti estremamente impegnativi che comportano un'affaticabilità rapida e precoce.

Il bambino accumula ritardo nei confronti dei compagni: da difficoltà strettamente legate all'apprendimento della lettura e scrittura, il problema si allarga all'apprendimento di tutte le discipline con una crescente discrepanza di

---

<sup>2</sup> Per le definizioni cfr. il Glossario a pag. 23

profitto tra il bambino dislessico, pur intelligente e dotato come il resto dei compagni.

La persistenza di queste difficoltà nonostante lo sforzo determina nel bambino un forte danno nell'autostima: il fallimento nell'apprendimento della lettura-scrittura, innesca un sentimento di incapacità globale a realizzare qualcosa che si estende a tutti i livelli di esperienza anche al di fuori della scuola. Egli finisce con l'essere considerato o considerarsi diverso rispetto ai compagni e tende a reagire con la demotivazione e il rifiuto dell'apprendimento, a volte dei rapporti sociali, sviluppa sentimenti di autosvalutazione e può strutturare comportamenti aggressivi o peggiori di isolamento: ai problemi di apprendimento si aggiungono quindi altri problemi più o meno gravi di tipo caratteriale e di disadattamento sociale.

I Disturbi specifici di apprendimento determinano gravi e persistenti difficoltà a livello scolastico, non superabili senza un preciso intervento clinico, diagnostico e riabilitativo e spesso hanno, come conseguenze, gravi disagi psichici e sociali nel bambino e nella famiglia.

### **3. L'approccio clinico**

Nonostante la natura costituzionale del disturbo, i più recenti studi (Tressoldi P.E., Lorusso M.L., Brenbati F., Donini R. , 2007) hanno dimostrato che un precoce ed intensivo trattamento riabilitativo neuropsicologico specifico basato su una corretta diagnosi, è in grado di indurre un significativo miglioramento dell'abilità deficitaria e un'importante riduzione delle sue conseguenze (75% dei casi).

L'intervento deve avvenire precocemente ed essere strutturato su un profilo funzionale del paziente, ottenuto attraverso rigorosi e standardizzati protocolli diagnostici.

E' dimostrato che il ritardo dell'intervento o una sua inadeguata strutturazione pregiudicano e rendono più difficile il recupero della funzione.

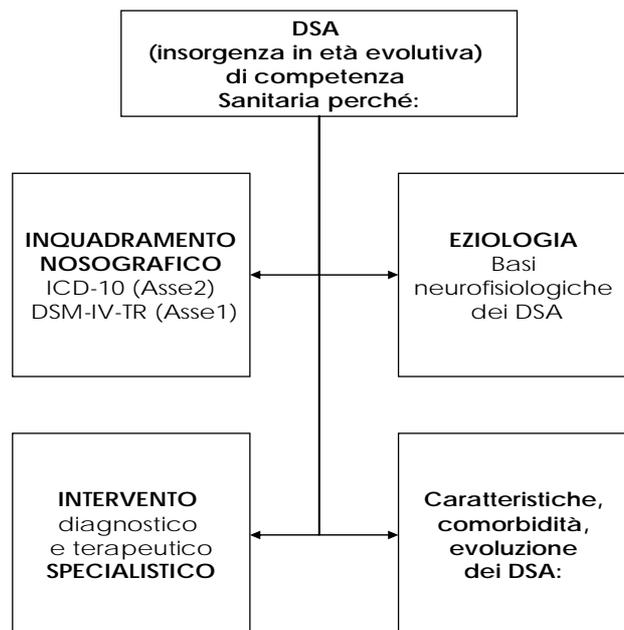
Questo tipo di riabilitazione appare di chiara competenza sanitaria ed in particolare dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile e Psicologia territoriali, in quanto dotati delle figure professionali competenti, quali neuropsichiatri infantili, psicologi, logopedisti, in grado di studiare le cause e gli aspetti clinico-funzionali dei disturbi

---

<sup>3</sup> Per le definizioni cfr. il Glossario a pag. 23

nella loro interezza e complessità e di rispondere al bisogno con adeguate risposte di assistenza territoriale, quali interventi ambulatoriali, interventi sulla scuola, interventi di supporto anche domiciliare alle famiglie.

Fig. 1. La collocazione concettuale dei DSA nel quadro normativo socio sanitario.



#### 4. L'epidemiologia

I dati della letteratura nazionale ed internazionale relativi alla prevalenza dei DSA nella popolazione generale appaiono molto variabili.

Dai dati pubblicati nella letteratura internazionale i riscontri clinici oscillano tra il 2 ed il 12% della popolazione in età scolare.

Pochi sono i dati italiani pubblicati e generalmente relativi a campioni limitati: anche in questo caso si trovano prevalenze oscillanti tra il 2 ed il 10%, con una maggiore concordanza intorno al 3,5-4,5%.

Non esistendo in Italia banche dati "ufficiali" per ciò che riguarda la neuropsichiatria Infantile (NPI) non abbiamo dati certi neanche per ciò che concerne la prevalenza dei casi di DSA riconosciuti e quindi seguiti e trattati.

Una stima ragionevole ottenuta confrontando banche dati di singole province situa i DSA seguiti dai Servizi di NPI del SSN intorno all'1-1,5% della popolazione di riferimento; i DSA rappresentano mediamente 1/4 della casistica in età scolare in carico ai Servizi di NPI.

Nella tabella n.1 è rappresentata la stima dell'incidenza dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) sulla popolazione scolastica nell'anno scolastico 2008-2009 nelle diverse province del Veneto.

Tab. n. 1: Stima dell'incidenza dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento sulla popolazione scolastica del Veneto. Anno scolastico 2008-2009.

| PROVINCIA     | Numerosità                        |                 |                  |                | DSA stimata   |               |
|---------------|-----------------------------------|-----------------|------------------|----------------|---------------|---------------|
|               | ALUNNI SCUOLA STATALE E PARITARIA |                 |                  |                | Dal 3%        | Al 5%         |
|               | PRIMARIA                          | SEC. I<br>GRADO | SEC. II<br>GRADO | TOTALE         |               |               |
| BELLUNO       | 9.092                             | 5.736           | 8.569            | <b>23.397</b>  | 702           | 1.170         |
| PADOVA        | 42.289                            | 26.055          | 36.830           | <b>105.174</b> | 3.155         | 5.259         |
| ROVIGO        | 9.136                             | 6.103           | 9.667            | <b>24.906</b>  | 747           | 1.245         |
| TREVISO       | 44.115                            | 26.777          | 38.530           | <b>109.422</b> | 3.283         | 5.471         |
| VENEZIA       | 37.156                            | 22.315          | 30.961           | <b>90.432</b>  | 2.713         | 4.522         |
| VERONA        | 43.972                            | 26.395          | 36.051           | <b>106.418</b> | 3.193         | 5.321         |
| VICENZA       | 44.471                            | 27.409          | 38.107           | <b>109.987</b> | 3.300         | 5.499         |
| <b>TOTALE</b> | <b>230.231</b>                    | <b>140.790</b>  | <b>198.715</b>   | <b>569.736</b> | <b>17.092</b> | <b>28.487</b> |

Fonte: CRRDA – ULSS20 Verona

In particolare per quanto riguarda l'ULSS20 di Verona ove opera il CRRDA, considerando che la stima dell'incidenza di DSA nella fascia d'età 5-7 anni, cioè al momento dell'ingresso nella scuola elementare, sale fino al 5%, si stima che l'ammontare dei bambini con DSA sia addirittura in questa fascia di età in numero di 620.

A tale numero si devono poi sommare i bambini e i ragazzi che arrivano ad un'età più tardiva: si parla di oltre un migliaio di casi. (cfr. Tab. n.2).

Tab. n.2: Stima della distribuzione della casistica dei DSA nelle fasce di età giovanili .

| Classi d'età | DSA         |                          |               |
|--------------|-------------|--------------------------|---------------|
|              | rilevata    |                          | stimata       |
|              | Incidenza % | Su popolazione ULSS20 VR | In Veneto     |
| 0-4          | 3.5%        | 738                      | 7.513         |
| 5-7          | 5%          | 619                      | 6.182         |
| 8-10         | 3.5%        | 423                      | 3.050         |
| 11-18        | 2.5%        | 795                      | 8.118         |
| <b>0-18</b>  | <b>3.5%</b> | <b>2.700</b>             | <b>27.000</b> |

Fonte: CRRDA – ULSS20 Verona

Questi dati indicano che ogni anno i servizi dell'ULSS20 di Verona preposti a valutazione e diagnosi di tali disturbi, potranno veder giungere almeno 200 nuove richieste con DSA relative ai bambini che entrano nella scuola dell'obbligo. A tale numero sarà poi necessario aggiungere quello delle nuove richieste "tardive" relativo a ragazzi con età superiore alle prime classi elementari, corrispondente ad almeno altre 190 richieste, portando a quasi 400 le sole nuove richieste in un anno.

## 5. I servizi attuali

Ma quali sono le strutture sanitarie specialiste in grado di occuparsi di DSA? Nella figura che segue vengono indicati i servizi pubblici e privati presenti nel territorio veneto in grado di affrontare con protocolli adeguati le difficoltà e disturbi dell'apprendimento.



Fig. 2: Servizi pubblici e convenzionati con personale specializzato: le AASL quasi completamente scoperte sono: nn. 2, 3, 8, 12, 14, 17

Dalla figura n. 2 si percepisce come siano pochi i Servizi, relativamente alla rete sanitaria regionale, con personale dedicato specificatamente a questo problema.

Nelle tabelle seguenti vengono presentati i dati relativi all'incidenza dei DSA rispetto ad altre patologie all'interno di popolazioni cliniche in riferimento ad alcune UONPI regionali

Tab. n. 3: Attività (2008) dell'U.O.N.P.I dell'ASL10 – San Donà di Piave (VE)

|   | da ASL 10 | da altre ASL | N.          | %          |
|---|-----------|--------------|-------------|------------|
| Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) | 619       | 94           | 713         | 27,3       |
| ADHD <sup>4</sup>                           | 335       | 205          | 540         | 20,7       |
| Altre patologie                             |           |              | 1356        | 52,0       |
| <b>Totali</b>                               |           |              | <b>2609</b> | <b>100</b> |

Fonte: U.O.N.P.I dell'ASL10 – San Donà di Piave (VE)

<sup>4</sup> Per le definizioni cfr. il Glossario a pag. 23

Tab. n. 3: Attività (2008) dell'Unità Operativa Età Evolutiva/Disabilità dell'ULSS5 – Ovest Vicentino

| <b>Pazienti</b>                                   | <b>N.</b>   | <b>%</b>   |
|---|-------------|------------|
| Disturbi specifici abilità scolastiche            | 511         | 23,6       |
| Disturbi specifici di attenzione e concentrazione | 186         | 8,6        |
| Disturbi specifici del linguaggio                 | 473         | 21,8       |
| Altre patologie                                   | 995         | 46,0       |
| <b>Totali</b>                                     | <b>2165</b> | <b>100</b> |

Fonte: Unità Operativa Età Evolutiva/Disabilità dell'ULSS5 – Ovest Vicentino

Tab. n. 4: Attività clinica a favore dei soggetti con DSA svolta dal CRRDA dell'ULSS20 di Verona.

Periodo 2001 - 9/2009

|   | <i>2001</i> | <i>2002</i> | <i>2003</i> | <i>2004</i> | <i>2005</i> | <i>2006</i> | <i>2007</i> | <i>2008</i> | <i>2009</i><br>(primi 9 mesi)     |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------------------|
| <b>Prime visite</b>   | 90          | 147         | 193         | 229         | 251         | 290         | 366         | 400         | 396<br>(Previsione fine anno 500) |
| <b>Incremento %<br/>(rispetto anno precedente)</b>                                    | -           | +63,3       | +31,2       | +18,7       | +9,7        | +15,5       | +26,2       | + 9         | + 20                              |
| <b>Totale bambini<br/>in carico</b>   |             | 179         | 293         | 477         | 586         | 650         | 855         | 968         | 1306                              |
| <b>Numero bambini<br/>in trattamento<br/>riabilitativo<br/>neuropsicologico</b>       | 26          | 38          | 66          | 74          | 85          | 100         | 255         | 290         |                                   |
| <b>Incremento %<br/>bambini in<br/>trattamento<br/>(rispetto anno<br/>precedente)</b> | -           | +46,2       | +73,7       | +12,1       | +14,9       | +17,7       | +155        | + 13,7      |                                   |

Fonte: sistema informatico aziendale dell'UONP – ULSS20 Verona

## 6. Le criticità

I DSA costituiscono un bisogno sanitario emergente in relazione ad una forte richiesta di intervento ai Servizi di NPI di tipo *diretto sul paziente* (alto numero di richieste per diagnosi e riabilitazione, alto numero di ore/bambino necessarie per presa in carico, prese in carico molto lunghe con poche dimissioni) e di tipo *indiretto* (interventi con la scuola – alta richiesta di consulenza specialistica ed elevato bisogno di formazione – *counseling* per genitori).

In Veneto, inoltre, vi è una forte discrepanza tra numero delle richieste di intervento per DSA e numero dei Servizi NPI che se ne occupano adeguatamente in quanto si evidenzia:

- Scarsità e assenza in alcune ULSS di Servizi specificamente dedicati (cfr. fig. 2);
- Scarsità di personale dedicato con formazione neuropsicologica adeguata nei Servizi di NPI ;
- Disomogeneità nella formazione tra i sanitari dedicati all'età evolutiva con frequenti approcci incongrui;
- Disomogeneità o assenza di iniziative in ambito socio-sanitario (*screening*, attività educative, supporto allo studio, supporto famiglie, inserimento lavoro)
- Disomogeneità o assenza di coinvolgimento delle figure sanitarie dedicate all'età evolutiva (pediatri, assistenti sociali, educatori, medici dei distretti, medici di base)

All'interno delle strutture esistenti dedicate ai DSA, inoltre, si riscontra discrepanza tra numero delle richieste di intervento e risorse umane esistenti nei Servizi specializzati, difficoltà a dare risposte quantitativamente soddisfacenti, una concentrazione delle richieste con lunghi tempi di attesa e ritardo di interventi rispetto al bisogno. A tutto ciò si affianca un alto numero di prese in carico "croniche" ed un'assenza di rete di collaborazione con Servizi NPI territoriali. Di conseguenza i Centri specialistici devono farsi carico di tutte le riabilitazioni e gli interventi psicoterapeutici (che dovrebbero trovare accoglienza sul territorio di appartenenza). Devono gestire tutti gli aspetti sociali (*tutoring* e appoggio allo studio) del problema, comprese grosse problematiche scolastiche, per assenza di

una rete di Servizi strutturati in ambito scolastico e socio-sanitario che se ne facciano carico; si verifica di conseguenza una diretta gestione di rapporti con la famiglia per lo studio, il recupero scolastico, le problematiche relazionali, la conflittualità con la scuola, gli interventi sociali, attivando personalmente di volta in volta educatori, *tutor*, pediatri assistenti sociali, psicoterapeuti o laboratori per interventi di gruppo e psicoterapeutici.

Si sottolinea anche: a fronte di richieste di intervento in continuo aumento, il personale dei centri specialistici risulta essere prevalentemente "precario o a progetto" con mancanza di un *budget* previsto dalla normativa per incrementare e inserire a regime il personale attualmente dedicato.

## **7. I DSA e il Sistema Sanitario Nazionale**

Per rispondere agli elementari quesiti che i cittadini si pongono nell'affrontare queste situazioni alla ricerca di servizi terapeutici, si scopre che:

- ✓ I DSA non sono contemplati esplicitamente nei Livelli Essenziali di Assistenza Socio Sanitaria (LEAS);
- ✓ Non sono inseriti nell'elenco delle patologie comprese tra i LEAS come entità clinica a sé stante (cfr. art.1, D. P. C. M. 29 novembre 2001).
- ✓ Potrebbero trovare collocazione all'interno dell'assistenza distrettuale relativa ai minori, nel gruppo di tutte le patologie neuropsichiatriche a cui Servizi di NPI o materno-infantili deve rispondere.
- ✓ Potrebbero rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza Socio Sanitaria previsti all'interno del P.O.M.I. (Progetto Obiettivo Materno Infantile Regione Veneto 2009) e/o del P.O.S.M. (Progetto Obiettivo Salute Mentale Regione Veneto 2009 art. 8.1) solo dopo tutte le altre patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva specificamente menzionate e quindi prioritarie e/o in comorbidità con le stesse .

Le uniche risorse finanziarie disponibili per incrementare i servizi dedicati ai DSA potrebbero essere individuate negli stessi *budget* della NPI, ma sono condivise con tutte le altre patologie, oppure associate ad altre patologie psichiatriche, o in seconda istanza rispetto a tutte le patologie neuropsichiatriche.

Per quanto riguarda le risorse finanziarie per incrementare l'attività clinica, risulta evidente la scarsa entità delle risorse che residuano da dedicare ai DSA e la mancanza di qualsiasi programmazione e rete nei servizi sanitari strutturata a favore dei DSA all'interno delle figure professionali ed istituzionali già esistenti sul territorio, rete che invece è fortemente sviluppata e consolidata a favore delle altre patologie incluse dalla legge 104/92 e dai LEAS.

Di fatto, quindi, sembra che la normativa sanitaria ad oggi non contempli i DSA, non attui una regolamentazione che garantisca la qualità degli interventi erogati sul territorio e non preveda risorse finanziarie per rispondere adeguatamente al bisogno emergente.

Non esistendo risorse economiche e istituzionali i Servizi impegnati nel problema DSA devono seguire la strada "del finanziamento per progetti" rivolgendosi a Enti Pubblici e Privati.

L'esempio del CRRDA (Centro di Riferimento Regionale per i Disturbi dell'Apprendimento) dell'ULSS 20 di Verona è illuminante: con il suo più recente assetto organico di fatto svolge prestazioni con il 43% del personale dipendente contro il 57% del personale finanziato con contratti a termine da Enti Pubblici e Privati; tenuto conto che tale Centro oggi ha in carico continuativo circa 1.100 pazienti dell'età evolutiva, per i quali cerca di gestire una presa in carico "globale" e riceve circa 400 nuove richieste all'anno contro una parziale dimissione di non più di 100 pazienti all'anno, l'interrogativo molto serio che ci si pone è legato al destino di tali pazienti quando gli attuali finanziamenti verranno a cessare.

Risulterebbe pertanto un dovere del Sistema Sanitario Regionale gestire, attraverso un intervento normativo, il problema globale dei DSA nella sua multifattorialità che si esprime in ambito sanitario, scolastico, sociale secondo un modello organizzativo che risponda ai bisogni e garantisca la qualità degli interventi attraverso:

A. L'attivazione di alcuni Centri Regionali Specializzati di Riferimento operanti clinicamente secondo un modello scientifico rigoroso che garantisca un approccio multidisciplinare e multidimensionale al problema, in aderenza alle

recenti Linee-Guida, al fine di ottimizzare il funzionamento dei servizi già esistenti attraverso l'implementazione e la stabilizzazione del personale specializzato;

B. L'ottimizzazione delle risorse già esistenti realizzando a livello locale e regionale un approccio sanitario multicentrico ottimale al problema, centrato sulla logica del lavoro in una rete che coinvolga e coordini la collaborazione tra i soggetti socio-sanitari coinvolti nel problema (servizi NPI territoriali, distretti sanitari, pediatri di base, servizi sociali, Scuole);

C. La realizzazione di protocolli di ricerca e di collaborazione che ridefiniscano i ruoli e incrementino le competenze migliorando l'efficacia e l'efficienza degli interventi rispetto a quelli finora erogati per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento dei DSA nella Regione Veneto.

Di fatto l'analisi dell'attuale organizzazione assistenziale a favore dei pazienti affetti da DSA nella Regione Veneto (operata da Associazione Italiana delle Dislessia e Facoltà di Psicologia dell'Università di Padova) ha evidenziato grosse lacune organizzative e di uniformità nel settore della diagnosi e della cura di questi disturbi:

- all'esordio del disturbo a scuola nei primi anni delle elementari solo il 10-20% riceve in tempo utile (prime classi) una corretta diagnosi e meno del 10% un tempestivo intervento riabilitativo con conseguente miglioramento del disturbo, del rendimento scolastico e riduzione delle patologie secondarie;
- una buona parte dei pazienti non viene riconosciuta (anche a causa dell'intelligenza normale);
- un'importante fetta viene riconosciuta tardivamente nel corso della scuola elementare, o nei casi peggiori, scuola media, dopo aver attraversato varie vicissitudini quali bocciature, coercizioni, punizioni o trattamenti terapeutici inefficaci o dannosi (quali psicoterapie, colpevolizzazioni dell'alunno e della famiglia, etc.);
- una discreta percentuale viene inviata ai servizi per disturbi psicopatologici o di comportamento, che si rivelano alla diagnosi conseguenza del DSA misconosciuto;

- un'altra fetta va a costituire il 15% del fallimento scolastico, con abbandono precoce della scuola, fallimenti professionali e sociali; La continua sperimentazione dell'insuccesso e di un infruttuoso impegno, in soggetti con una buona potenzialità intellettuale, genera sentimenti di forte disistima e diviene causa di disturbi psicopatologici e comportamentali, quali sindromi depressive (50% di rischio aumentato), e disturbi della condotta, spesso a valenza aggressiva o oppositivo provocatoria, fino a giungere nei casi più gravi a fenomeni di deviazioni minorile o a intenti o comportamenti suicidari.
- spesso il disturbo non viene riconosciuto ed il bambino viene considerato sano a causa del buon quoziente intellettuale, e la risposta viene demandata alla scuola ("Deve fare più esercizio") o alla famiglia ("Bisogna essere più severi, seguirlo di più"), con indicazioni che spesso colpevolizzano il bambino o i genitori aumentando il disagio e non intervengono sul vero problema.
- vi possono essere diagnosi errate e prese in carico, ad esempio di tipo psicoterapeutico o psicomotorio centrate sul vissuto soggettivo o sulle abilità prassiche<sup>5</sup>, anziché sull'individuazione del *deficit* funzionale specifico e sulla terapia riabilitativa logopedia o neuropsicologica.
- molti di questi pazienti, in assenza di centri specializzati, pur ricevendo una diagnosi, non possono ottenere un tempestivo intervento terapeutico, in quanto non esiste o è minimo il personale riabilitativo strutturato che nei Servizi, venga dedicato specificamente all'attuazione di *training* riabilitativi neuropsicologici necessari per un efficace recupero di questi disturbi. Il personale logopedico e psicologico strutturato stabilmente deve dare la precedenza ad attività riferite ad altre patologie, considerate più urgenti e privilegiate nella pratica comune (psicopatologie, disturbi relazionali, disturbi del linguaggio, ecc.)
- in centri non specializzati accade frequentemente che gli operatori attuino interventi riabilitativi differenti e spesso discordanti da quelli ritenuti efficaci secondo le più accreditate linee guida.
- per quanto riguarda la formazione e la prevenzione vi è la mancanza di un servizio in grado di programmare una campagna di prevenzione e diagnosi

---

<sup>5</sup> Per le definizioni cfr. il Glossario a pag. 23

precoce che permetta l'individuazione precoce e il tempestivo recupero dei casi affetti e la mancanza di un programma adeguato per coprire il bisogno di formazione degli insegnanti; si rileva, infatti, da parte della scuola una scarsa conoscenza di questi disturbi con adozione frequente di misure pedagogiche errate o quantomeno la mancanza di strategie di recupero adeguate. La scarsa conoscenza degli insegnanti costituisce un grande problema in quanto causa gran parte dei problemi emotivi e psicologici secondari ai DSA.

## **8. Le indicazioni sanitarie nelle altre regioni**

L'unica Regione che attualmente si è dotata di una legislazione specifica in merito ai DSA è la Basilicata che nel 2007 (LR 12/11/2007, n.20 - B.U. Regione Basilicata N.54 del 23 novembre 2007) ha promulgato una legge a favore dei soggetti con DSA *"Interventi in favore dei soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento"*:

---

### Articolo 1: Finalità

La presente legge detta norme in materia di interventi in favore dei soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento (DSA) quali la disgrafia, la disortografia e la discalculia, con l'obiettivo di raccordare famiglie, scuola e servizi sanitari al fine di predisporre un sistema di diagnosi precoce e di riabilitazione, nonché migliori condizioni di apprendimento scolastico ed adeguata attenzione da parte dell'intera comunità regionale.

### Articolo 2: Campagna di sensibilizzazione

1. La Regione Basilicata promuove ogni anno una campagna di sensibilizzazione alla problematica delle difficoltà specifiche di apprendimento indirizzata alle famiglie, alla scuola, al mondo del lavoro, alle realtà sanitarie, all'associazionismo.
2. Particolare attenzione viene rivolta ai genitori per sensibilizzarli e prepararli nei confronti delle problematiche legate alle DSA, incrementando anche la comunicazione e la collaborazione tra famiglia, scuola e servizi sanitari durante tutto l'arco scolastico.
3. L'organizzazione e la gestione delle relative iniziative sono demandate al Dipartimento Regionale alla Sicurezza e Solidarietà Sociale sulla base di apposito programma.
4. La programmazione, proposta con delibera di Giunta Regionale, è approvata dal Consiglio Regionale entro il mese di ottobre dell'anno precedente a quello di riferimento.

### Articolo 3: Formazione degli insegnanti e degli operatori sanitari

1. E' fatto obbligo alla programmazione regionale nel settore della formazione la previsione di specifici interventi per la formazione e l'aggiornamento degli insegnanti e degli operatori scolastici sulle problematiche proprie degli studenti con difficoltà specifiche di apprendimento, in collegamento con esperienze innovative italiane ed estere e con centri di ricerca universitari, nonché con associazioni ed istituzioni educative, onde favorire l'adozione di percorsi educativi individualizzati, l'applicazione di adeguate strategie didattiche, l'uso di soluzioni dispensative e compensative nel corso dei cicli d'istruzione.
2. Nell'ambito della formazione del personale sanitario iniziative specifiche vengono predisposte per la formazione e l'aggiornamento di operatori dei servizi sanitari regionali preposti alla diagnosi e alla riabilitazione di soggetti con DSA.

#### Articolo 4: Contributi agli Enti Locali

1. La Regione Basilicata, nell'ambito della sua programmazione sul diritto allo studio, destina ogni anno specifici contributi agli Enti Locali, che abbiano segnalato la presenza di soggetti con diagnosi accertata, onde favorire l'acquisto nelle scuole di strumenti informatici dotati di videoscrittura con correttore ortografico e sintesi vocale e di altri strumenti alternativi, informatici o tecnologici, per facilitare i percorsi didattici degli alunni con difficoltà specifiche di apprendimento.
2. Ulteriori contributi vengono devoluti da altri interventi regionali alle famiglie con soggetti affetti da DSA per l'acquisto degli stessi strumenti, destinati allo studio quotidiano a casa.

#### Articolo 5: Sistema Sanitario Regionale

1. La Regione Basilicata adotta tutte le misure necessarie per adeguare il proprio sistema sanitario alle problematiche delle difficoltà specifiche di apprendimento, dotando i servizi di neuropsichiatria infantile di personale adeguato e qualificato e predisponendo una campagna di screening e monitoraggio su tutto il territorio regionale.
2. Il Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria per l'età evolutiva di cui alla DGR n. 1830/2004 è competente, anche in collaborazione con altre strutture, per qualsiasi intervento di diagnosi e riabilitazione dei soggetti affetti da difficoltà specifiche di apprendimento. Il Dipartimento coordina la propria azione con le famiglie, le istituzioni scolastiche e le associazioni interessate, onde favorire una diagnosi precoce sin dalla scuola dell'infanzia e la predisposizione degli interventi necessari.

#### Articolo 6: Attività lavorativa e sociale

La Regione Basilicata si adopera perché alle persone con DSA vengano assicurate uguali opportunità di sviluppo delle proprie capacità in ambito sociale e professionale.

#### Articolo 7: Concorsi pubblici regionali

1. A tutti i soggetti affetti da disturbi specifici di apprendimento (DSA) nelle prove scritte dei concorsi pubblici indetti dalla Regione e dai suoi enti strumentali deve essere assicurata la possibilità di sostituire tali prove con un colloquio orale o di utilizzare strumenti compensativi per le difficoltà di lettura, di scrittura e di calcolo, ovvero di usufruire di un prolungamento

dei tempi stabiliti per l'espletamento delle medesime prove e deve essere data adeguata pubblicità nel bando di concorso.

2. Il concorrente affetto da DSA deve produrre con la domanda di partecipazione una certificazione medica di struttura pubblica che accerti l'esistenza del disturbo.

#### Articolo 8: Clausola valutativa

La Giunta Regionale presenta, entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, apposita relazione al Consiglio Regionale sugli esiti dei provvedimenti intrapresi al fine della valutazione dell'efficacia e dell'attuazione della presente legge.

#### Articolo 9: Norma finanziaria

Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, quantificati in € 100.000,00, si provvede con le risorse individuate nella legge di approvazione del Bilancio regionale 2008.

#### Articolo 10: Pubblicazione

La presente legge regionale sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Basilicata.

## 9. Quale politica sanitaria per i DSA

Perché quindi la sanità dovrebbe occuparsi di DSA?

- 1) disturbi specifici di apprendimento costituiscono una patologia ad alta incidenza;
- 2) il trattamento ha bassi costi;
- 3) è efficace circa nel 70% dei casi;
- 4) il mancato intervento ha gravi conseguenze sanitarie e sociali.

Una adeguata politica sanitaria dovrebbe quindi perseguire obiettivi di:

- ✓ uniformare e aggiornare i protocolli diagnostici e riabilitativi;
- ✓ monitorare periodicamente i risultati;
- ✓ costituire equipe multidisciplinari per la programmazione dell'intervento diagnostico (studio neurofisiopatologico e profilo funzionale del deficit) e sviluppo del progetto riabilitativo.

In sintesi pur essendo l'incidenza di tali disabilità percentualmente elevata nella popolazione infantile questi disturbi sono ancora oggi scarsamente conosciuti sia negli aspetti clinici, così come mancano strutture e normative deputate a farsene

carico (Servizi sanitari specializzati, legislazione sanitaria e scolastica specifica, conoscenza nella scuola, organizzazione di una rete tra gli operatori sanitari.

E' necessario quindi intervenire in termini di:

- prevenzione primaria (individuazione precoce casi affetti a mezzo di interventi di screening nelle classi prime e seconde elementari;
  - informazione/formazione degli operatori scolastici, operatori sanitari e famiglie);
- prevenzione secondaria (diagnosi precoce con utilizzo da parte dei pediatri di protocolli diagnostici specifici di screening, da rendere obbligatorio nel piano di salute,) come da esperienza pilota del CRRDA attraverso il convegno del 18.12.09;
- prevenzione terziaria (presa in carico e *follow-up* clinico, attuazione interventi terapeutico riabilitativo precoci intensivi, riduzione dell'entità del Disturbo nei soggetti affetti, riduzione delle conseguenze – fallimenti scolastici, Disturbi psicorelazionali, Disagio nelle famiglie).

Da quanto detto emerge la necessità che la Regione Veneto organizzi una rete assistenziale formalizzata per la prevenzione diagnosi e cura efficace, appropriata ed efficiente dei DSA in età evolutiva a più livelli:

1 . **locale:** per una adeguata politica sanitaria-assistenziale (coprire il fabbisogno dell'utenza sul territorio, annullare le attuali liste d'attesa, individuazione precoce dei casi affetti nella popolazione, incrementare le possibilità di accoglimento riabilitativo per interventi terapeutici precoci e più efficaci.

2. **regionale:**

- Creare una rete di collaborazione tra i Servizi NPI nella Regione Veneto allo scopo di uniformare i protocolli diagnostici e di divulgare la conoscenza del corretto approccio alla diagnosi e al trattamento dei DSA , Anche attraverso il finanziamento dell'attivazione di una rete informatica specifica ,che colleghi i vari centri dedicati per la condivisione e raccolta dati regionali.
- Individuazione dei referenti in ogni Servizio di NPI per promuovere e coordinare gli interventi nelle singole realtà locali.
- Coordinamento regionale attività di formazione sia a livello di operatori sanitari che di operatori scolastici.

- Promozione e coordinamento progetti di screening per individuazione precoce dei casi affetti nelle scuole elementari a livello regionale gestita da figure sanitarie (pediatri, psicologi, NPI).
- Coordinamento di programmi di ricerca epidemiologica.
- Creazione di una rete di collaborazione trasversale con i pediatri di base del Veneto.

## **10. Il Centro di Riferimento Regionale per i Disturbi dell'Apprendimento**

Da Gennaio 2001, a seguito del rilevamento del cospicuo bisogno della popolazione scolare veronese di interventi diagnostici e riabilitativi e dell'assenza di un Servizio Specializzato adibito a questo scopo sul territorio, l'ULSS20 di Verona ha attivato un'equipe multiprofessionale all'interno del Servizio di Neuropsichiatria Infantile, costituita da personale specializzato in Neuropsicologia, dedicata a fornire una globale ed efficace presa in carico del problema, sia dal punto di vista di un programma di Prevenzione e Diagnosi precoce che per la creazione di un efficace Servizio Riabilitativo.

L'equipe multiprofessionale è costituita da:

- Specialisti NPI con formazione neurologica e neuropsicologica;
- Neuropsicologi specializzati
- Logopedisti

Nel 2004 tale equipe è diventata un'Unità Operativa semplice di Neuropsicologia Clinica e di Riabilitazione e nel 2006 CRRDA (Centro di Riferimento Regionale per i Disturbi dell'Apprendimento – D.G.R.V. 20.12.2005, n.4042 – Delibera ULSS20 del 09.11.2006, n.478) sotto la direzione di un specialista in neuropsichiatria infantile.

Le attività cliniche dell'equipe sono erogate a livello Ambulatoriale presso le sedi del CRRDA a Palazzo della Sanità della ULSS20 di Verona e nelle sedi dell'UTAP di via Bramante (VR).

Tali attività comportano una diagnosi con profilo funzionale e progetto riabilitativo individualizzato che garantisca multidisciplinarietà e standardizzazione dell'iter diagnostico-riabilitativo rivolto al soggetto.

L'equipe del CRRDA svolge le seguenti attività:

- 1) Prevenzione
- 2) Diagnosi
- 3) Trattamento e riabilitazione
- 4) Attività scientifica
- 5) Formazione

IL Centro è finanziato in parte da fondi dedicati dalla ULSS 20, in parte dal Finanziamento Regionale in scadenza, e da un fondo di progetto, concesso dalla Fondazione Cariverona cofinanziato per un terzo sempre dalla ULSS20 di durata triennale, ottenuto grazie al sostegno dell'attuale Direzione Generale e Sanitaria.

## 8. Glossario

**Abilità prassiche:** abilità grosso e fine-motorie volte a supportare processi di pianificazione, coordinazione ed esecuzione del movimento.

**Counseling:** attività di consulenza su temi specifici, di orientamento e sostegno, attuata da psicologi e personale qualificato allo scopo di sviluppare le potenzialità dell'utente.

**Discalculia evolutiva:** disturbo a base neurobiologica, caratterizzato da difficoltà negli aspetti di base della competenza numerica, ovvero nell'identificazione delle quantità, nella seriazione e comparazione di quantità, nelle strategie di calcolo a mente. Le compromissioni possono anche riguardare la lettura dei numeri e la loro scrittura, l'incolonnamento e la conoscenza delle tabelline.

**Disgrafia:** disturbo di scrittura che riguarda la riproduzione dei segni alfabetici e numerici. La scrittura risulta irregolare, il movimento della mano che scrive è alterato, l'impugnatura della penna è spesso scorretta. La capacità di utilizzare lo spazio a disposizione è, solitamente, molto ridotta, la pressione della mano sul foglio non è adeguatamente regolata. Sono presenti notevoli difficoltà anche nella copia, nella produzione autonoma di figure geometriche e nel disegno.

**Dislessia evolutiva:** disturbo specifico di apprendimento, di carattere neurobiologico, dovuto ad anomalie a carico del sistema nervoso centrale, in bambini senza difetti nei movimenti, alla vista, all'udito e con risorse intellettive adeguate. La caratteristica principale riguarda il livello di abilità di lettura raggiunto, inteso come accuratezza e/o velocità, che valutato attraverso test standardizzati somministrati individualmente, si situa sostanzialmente al di sotto di quanto ci si aspetterebbe data l'età cronologica del soggetto, la valutazione dell'intelligenza ed un'istruzione adeguata all'età.

**Disortografia:** la caratteristica fondamentale di questo disturbo è una capacità di scrittura, misurata con test standardizzati, che si situa al di sotto di quanto previsto in base all'età cronologica del soggetto, alla valutazione dell'intelligenza ed a un'istruzione adeguata all'età. E' presente una marcata difficoltà nell'applicazione delle regole sottostanti il rapporto tra fonologia e ortografia nella scrittura di parole, ad esempio, omissioni, scambi o inversioni di grafemi.

**Disturbo di Attenzione con Iperattività** (DDAI o, nell'acronimo anglosassone ADHD): disturbo evolutivo dell'autocontrollo di origine neuropsicologica/neurobiologica che compromette lo svolgimento delle comuni attività quotidiane nei diversi contesti di vita del bambino (scuola, famiglia, situazioni sociali con coetanei). Il disturbo si manifesta attraverso una serie di sintomi tra cui: difficoltà di attenzione e concentrazione, incapacità a controllare l'impulsività e difficoltà nel gestire e controllare il livello di attività motoria.

**Quoziente intellettivo (QI):** è un punteggio ottenuto tramite la somministrazione di test di intelligenza standardizzati ed indica lo sviluppo intellettivo dell'individuo.

**Tutoring:** attività di supporto e consulenza.

## 9. Bibliografia

- AIRIPA, Associazione italiana per la ricerca e l'intervento nella psicopatologia dell'apprendimento, *Raccomandazioni per la pratica clinica definite con il metodo della Consensus Conference*. Montecatini Terme, 22-23 settembre 2006, Milano 26 gennaio 2007.
- Tressoldi P.E., Lorusso M.L., Brenbati F., Donini R. (2007), *Fluency Remediation in Dyslexic Children: Does Age Make a Difference?*, in "Dyslexia", published online in Wiley InterScience.

## 10. Riferimenti

- Centro Regionale Specializzato per la prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione dei Disturbi dell'Apprendimento dell'ULSS 20 Verona – Via S. D'Acquisto, 7 37122 Verona; telefono 045\8075031- 5019- 5963, fax. 045\8076095. E mail: [disturbiapprendimento@ulss20.verona.it](mailto:disturbiapprendimento@ulss20.verona.it) Responsabile Dott.ssa Maria Rosaria Cellino.