

# Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170: invito a un dibattito

Cesare Cornoldi (Università di Padova)

Patrizio Tressoldi (Università di Padova)

La legge 170 del 2010 intitolata «Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico» ha creato precise tutele per gli studenti che ricevono una diagnosi di dislessia e disortografia e ha creato le condizioni per una precisa determinazione dei criteri in base ai quali un alunno può valersi della legislazione. Questo, se da un lato ha finalmente posto fine alle vessazioni esercitate su studenti intelligenti, ma limitati da una specifica difficoltà, ha dall'altro determinato dei problemi per la definizione dei criteri e per l'assegnazione della diagnosi nei casi prossimi ai *cut-off* tipicamente utilizzati. La comunità dei clinici italiani ha per fortuna potuto fruire delle indicazioni emerse dai documenti Consensus e in particolare delle precisazioni contenute nell'ultimo documento PARCC. Tuttavia questi documenti hanno lasciato zone d'ombra e punti di incertezza che sono venuti a costituire elementi di dubbio e di problematicità della pratica quotidiana. Per cercare di mettere ordine nelle procedure adottabili dagli operatori italiani, l'AIRIPA (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento), su iniziativa di uno di noi (Cesare Cornoldi), in analogia con quanto già aveva fatto per le diagnosi di disgrafia e discalculia, ha fatto circolare delle linee guida provvisorie presso alcuni fra i maggiori esperti nazionali, fra cui Roberto Iozzino, Maria Luisa Lorusso, Mario Marchiori, Enrico Savelli, Giacomo Stella, Cristiano Termine, Claudio Vio. Gli esperti hanno risposto e hanno contribuito al dibattito, introducendo però dei «distinguo» che non hanno permesso di arrivare a delle linee precise. Per questo motivo ab-

biamo deciso di riformulare le linee guida tenendo conto delle indicazioni maggiormente condivise, ma anche di aprire un dibattito per ottenere un parere sia dagli esperti che già erano intervenuti, sia da altri esperti.

Le linee guida sono state parallelamente sviluppate per dislessia e disortografia e affrontano alcuni punti fondamentali che andiamo qui a brevemente commentare.

Ricordiamo che le diagnosi fatte in Italia utilizzano il sistema di codifica ICD-10 (tab. 1) e si richiamano però anche ai documenti Consensus e devono tenere conto della legge 170. Questo introduce un primo elemento di ambiguità perché la modalità con cui vengono presentati clinicamente i DSA in questi tre contesti sono in parte diverse. In qualche modo, per una serie di problematiche rilevanti e frequenti (per esempio per il disturbo di comprensione del testo scritto e per un disturbo di scrittura associato alla dislessia) il clinico dovrebbe attenersi, per la diagnosi, ai criteri ICD (punto di riferimento ufficiale per i Servizi italiani) e però precisare che il profilo descritto non coincide coi profili previsti dalla 170.

Il quadro è stato reso ancora più complesso dalla recentissima uscita del DSM-5 che, pur non facendo testo in Italia, costituisce comunque un importante elemento di riferimento internazionale. Il DSM-5 non ritiene ci siano motivazioni sufficienti per una differenziazione fra tipologie differenti e prevede un unico disturbo inclusivo di tutta la differenziata gamma di difficoltà nelle aree di lettura, scrittura e matematica, ben più vasta di quella della legge 170 specificamente rivolta alle abilità strumentali. Vengono, in particolare, inclusi in maniera esplicita i disturbi relativi alla comprensione del testo, alla espressione scritta e al ragionamento matematico.

Fra le novità del DSM-5 vi è anche una menzione a criteri di gravità dei DSA ripresa in analogia con la specifica di livelli di gravità per altri problemi e, in particolare, per le disabilità intellettive. Nel caso dei DSA (ricordiamo che la categoria viene considerata in maniera unitaria) le specificazioni sono le seguenti:

– Lieve: Alcune difficoltà ad apprendere competenze in uno o due domini accademici, ma ad un livello di gravità che l'individuo può essere capace di compensare in modo autonomo, se ben seguito.

– Moderata: marcata difficoltà ad apprendere abilità in uno o più domini accademici che rende improbabile che l'individuo possa raggiungere un livello di abilità adeguato senza periodi di insegnamento intenso e specializzato durante gli anni scolastici. Si rendono necessari un ridimensionamento del lavoro a scuola, o servizi di sostegno, per completare le attività in modo adeguato ed efficiente.

– Severa: gravi difficoltà nell'apprendere, che influiscono su numerosi domini accademici, che rendono improbabile la possibilità che l'individuo apprenda quelle abilità senza insegnamento individualizzato e specia-

## La diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170

TAB. 1. *Codici ICD-10 secondo versione 2010* (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F80-F89>)

- 
- F81.0: disturbo specifico della lettura comprensivo della difficoltà nella comprensione del testo
  - F81.1: disturbo specifico dell'ortografia (in assenza di F81.0)
  - F81.2: disturbo specifico delle abilità aritmetiche.
  - F81.3: disordine misto delle abilità scolastiche. Comorbidità di disturbo specifico delle abilità aritmetiche e di lettura e/o ortografia
  - F81.8: disturbo dell'espressione scritta
  - F82.1: disturbo evolutivo specifico della funzione motoria (inclusa la disprassia)
- 

lizzato per la gran parte degli anni scolastici. Anche se aiutato appropriatamente, è possibile che l'individuo non sia in grado di completare tutte le attività in modo efficiente.

### 1. Tipologia di disturbi e riferimento

Noi assumiamo che le ragioni per una diagnosi dicotomica (disturbo: sì vs. no) e di criteri condivisi nasca dal fatto che esiste una legge (la 170) che pure assume che ci debba essere una precisa delimitazione dei casi che ne possono beneficiare. Bisogna quindi in qualche modo precisare confini condivisi, mettendo fra parentesi il carattere continuo, piuttosto che dicotomico, delle distribuzioni di abilità e di apprendimento, e il fatto che gli elementi poligenici e neurocostruttivi dei DSA espongono i bambini a rischi graduati. Anche se, fortunatamente, la direttiva sui BES (MIUR, 2012) potrà comunque lasciare uno spazio per i casi di confine, ci muoveremo qui nel solco della legge 170, limitandoci ai profili chiari di dislessia e disortografia, rinviando per i casi di discalculia e disgrafia ai precedenti documenti e alle linee guida prodotte dall'AIRIPA (<http://www.airipa.it/materiali/materiali-utili/altri-materiali-suggeriti/>) e rinviando a future linee guida i casi di comprensione del testo, espressione scritta e ragionamento matematico.

Cominceremo con il caso della dislessia e poi procederemo per analogia con il caso della disortografia. La presentazione che segue è organizzata per formulazione di criteri (in corsivo) e loro commento (in tondo).

### 2. I criteri per la dislessia

#### 2.1. Uso di prove standardizzate

La valutazione delle singole abilità deve prevedere l'utilizzo di prove standardizzate che esaminano la lettura (in alcune delle sue forme prin-

cipali e, in particolare, ottenendo misure relative ad accuratezza e velocità nella lettura di parole, non-parole e brano). Le prove devono avere adeguate proprietà psicometriche, in particolare per quanto riguarda la validità, l'attendibilità test-retest e le caratteristiche del campione di standardizzazione.

Questo criterio trova oggi ampio consenso, anche se ci sono posizioni diverse relativamente alle prove da utilizzare. Per esempio, si era originariamente insistito soprattutto sull'uso di prove di lettura di non-parole (e eventualmente di parole) perché più specificamente discriminative. Sta emergendo però un crescente consenso sull'uso di prove di lettura di brano perché più ecologiche, con elementi di specificità non considerati dalle altre prove (*crowding*, sequenze linguistiche variate, ecc.) e maggiormente capaci di tener conto delle conseguenze adattive del problema. In particolare l'uso privilegiato di prove di lettura di non-parole non ci sembra sufficientemente giustificato.

Esistono documenti importanti che hanno definito standard per l'accettabilità di prove standardizzate (v. per es. [https://en.wikipedia.org/wiki/Standards\\_for\\_Educational\\_and\\_Psychological\\_Testing](https://en.wikipedia.org/wiki/Standards_for_Educational_and_Psychological_Testing)), ma – date le difficoltà del contesto italiano – si raccomanda per il momento semplicemente di verificare che esista un Manuale Tecnico delle prove utilizzate che fornisca informazioni relative a attendibilità, validità e campione di standardizzazione e presenti valori dignitosi.

## 2.2. Fascia d'età e cut-off

Si considera l'ipotesi di dislessia solo dalla fine seconda elementare e in presenza di una difficoltà generalizzata di lettura e di punteggi critici, che si collocano al livello o sotto il cut-off del 5° percentile (o, ma sconsigliato, delle 2 ds), in rapidità o correttezza di lettura in almeno 2 delle sei misure raccolte, rispetto alla classe frequentata e al programma didattico svolto, e, in presenza comunque di punteggi largamente sotto la media anche in altri indici di rapidità e correttezza, con maggiore attenzione all'indice di rapidità

Riprendiamo la specificazione della fascia d'età prevista nei documenti della Consensus, che richiamano il carattere variabile delle performance iniziali degli apprendimenti, e dello spirito della legge 170 che comunque dedica particolare attenzione ai problemi della prevenzione e della identificazione precoce del rischio.

Rispetto ai criteri, la specificazione offerta esamina in primo luogo il problema del criterio *cut-off* e opta per una chiara preferenza per l'uso delle distribuzioni percentilari. Questo si giustifica per il fatto che,

tipicamente, le misure di apprendimento non hanno una distribuzione gaussiana ma ne hanno una definita a «j» o criteriiale, perché una coda condensa in una gamma ridotta di punteggi un numero elevato di casi. La conseguenza è che il valore di deviazione standard può anche essere sovrastimato (e questo giustificherebbe l'uso intercambiabile del quinto percentile e delle 2 ds negative, che corrisponderebbero in realtà circa al secondo percentile), ma comunque i punteggi che sono nella parte condensata della coda difficilmente sono al di là delle 2 ds negative. Questo è stato ben documentato da Toraldo e Lorusso (2012) mostrando che è sufficiente la semplice inversione dell'indice sillabe/tempo (coda condensata per le performance deboli) nell'indice tempo/sillabe (coda condensata per le performance eccellenti) per avere un numero diverso di casi sotto le 2 ds. Questo problema, che secondo noi pone un livello di ambiguità e ascientificità intollerabile nell'uso delle ds, non si pone per definizione (e come da noi documentato concretamente nell'analisi di un gruppo di casi, e soprattutto con riferimento alla scuola primaria, Losito, Tressoldi e Cornoldi, 2013) quando si considera il quinto percentile. Di fronte alla lecita preoccupazione relativa al rischio di aumentare la fascia critica dal 3 al 5%, si possono fare due osservazioni. In primo luogo, la riduzione del valore di DS prodotto dalla asimmetria della distribuzione produce l'effetto che gli scostamenti in DS dalla media possano essere sovrastimanti se considerati dalla parte sgranata della distribuzione. In effetti Losito *et al.* (2013) hanno osservato che sono più numerosi i casi che superano (per la variabile «tempo di lettura») le 2 DS, piuttosto che il quinto percentile. Va comunque osservato che la probabilità combinata di avere due prestazioni indipendenti uguali o sotto al 5% è  $0.5 \times 0.5 = 0.025$  se si raccolgono due misure e comunque molto bassa se si raccolgono, come qui suggerito, sei misure.

Rispetto alla menzione ad almeno due punteggi sotto al *cut-off* e a comunque a punteggi bassi anche in altre prove, vogliamo comunque evitare che un singolo punteggio sia sufficiente per operare una diagnosi. Noi riteniamo che, se sei misure sono state raccolte, almeno due debbano essere sotto il *cut-off*. Questo avrebbe la conseguenza di evitare sovra-diagnosi e falsi positivi. È stata fatta la proposta (Savelli e Stella, 2007) di calcolare un punteggio composito o medio di debolezza, ma – per quanto la proposta sia ragionevole – temiamo che essa possa porre problemi e applicazioni meccaniche. Per questo ci limitiamo a suggerire che il clinico esamini il complessivo pattern di performance e si assicuri che esiste comunque una difficoltà generalizzata. Un bambino che fosse in difficoltà con le non-parole (lento e scorretto), ma non solo fosse sopra il *cut-off*, ma avesse punteggi attorno alla media nelle altre prove difficilmente potrebbe rientrare nei casi bisognosi di aiuto. Ci rendiamo

però conto che questo criterio va usato con discrezionalità, perché dipendente dalla valutazione clinica che considera i casi specifici e le conseguenze adattive. Infatti, il criterio dell'adattività, più sotto menzionato, aiuta a sciogliere molti casi incerti.

Rispetto all'uso dei due parametri, rapidità e correttezza, nel precedente documento fatto circolare, avevamo dato maggiore rilievo alla rapidità, ma abbiamo visto che questo poteva creare ulteriori ambiguità e qui ci siamo limitati ad una raccomandazione di fondo che ricorda il fatto che, nelle lingue trasparenti, un bambino con severe difficoltà, che per esempio legge ancora lettera per lettera, può –per assurdo- avere un buon punteggio di accuratezza (Landerl e Wimmer, 2008)

### **2.3 e 2.4. Persistenza e resistenza alla stimolazione didattica**

3. Le problematiche devono avere carattere di persistenza, in quanto presenti nell'arco della storia scolastica del bambino.

4. Nei casi molto dubbi e senza una chiara storia pregressa di disturbo, si suggerisce di applicare in via provvisoria la normativa sui DSA, ma proporre alcune stimolazioni e verificare se esse producono un sostanziale cambiamento tale da riportare la prestazione del bambino entro i valori tipici. Nel caso si verificasse un sostanziale cambiamento non si potrà fare diagnosi di DSA e andranno ritirati i provvedimenti temporaneamente adottati

Questo problema è stato progressivamente avvertito dalla letteratura di tutto il mondo per evitare che la diagnosi interessasse casi chiaramente sottostimolati o in una crisi temporanea di apprendimento. Il criterio della «persistenza» (che tipicamente si associa alla «resistenza al trattamento», Fuchs, Mock, Morgan e Young, 2003) si espone però ad alcune ambiguità che devono essere chiarite.

La prima ambiguità riguarda l'assunzione che il bambino con dislessia non possa comunque migliorare la sua competenza. Evidenze in tutto il mondo (Flynn, Zheng e Swanson, 2012) e anche in Italia (Franceschini *et al.*, 2013; Tressoldi, Brembati, Donini, Iozzino e Vio, 2012; Tressoldi e Vio, 2011) dimostrano che il bambino con dislessia, per quanto mantenga per tutta la vita, una certa difficoltà, può comunque sostanzialmente migliorare. La richiesta di una totale resistenza al cambiamento implicherebbe che solo un limitato numero di casi potrebbe ricevere la diagnosi di dislessia e che, conseguentemente e paradossalmente, la ricerca sul trattamento della dislessia non potrebbe per definizione trovare dei miglioramenti

Una seconda ambiguità riguarderebbe il momento della diagnosi, se il criterio dovesse essere rigidamente applicato, perché il clinico do-

vrebbe sempre aspettare una stimolazione (non sempre praticabile) per vedere gli eventuali benefici, rinviando in questo modo a tempi anche abbastanza lontani la diagnosi e l'introduzione di norme che tutelino il bambino. A nostro modo di vedere va tenuto conto del fatto che – se la difficoltà è presente da tempo (come evincibile da precedenti resoconti e dall'esame dei correlati prodotti di scrittura) – la persistenza è comunque documentata.

Una terza ambiguità è rappresentata dalla applicazione dello stesso *cut-off* per la prima diagnosi e per la conferma della diagnosi, che dovrebbe avvenire se esiste una completa resistenza al cambiamento. Questa fra l'altro rischia di disincentivare interventi riabilitativi che si dimostrino utili. Il punto è così importante da costituire un elemento delle nostre linee (v. più avanti), mentre qui ci siamo limitati a raccomandare un uso sensato e flessibile del criterio della persistenza, ricordando di applicarlo con maggiore rigore nel caso degli altri DSA, maggiormente sensibili a fluttuazioni e insegnamento. Anche in questi casi pensiamo tuttavia che il clinico debba avere un certo grado di discrezionalità, anche al fine di evitare inutili rinvii per la tutela del bambino, riservandosi eventualmente di operare un controllo per la conferma della diagnosi

### 2.5. Compresenza di indici clinici

La diagnosi può essere integrata col riscontro di familiarità e di indici clinici fra quelli frequentemente associati alla dislessia, come altre difficoltà scolastiche, soprattutto nell'ambito ortografico (e viceversa per la disortografia), problemi di memoria fonologica, pregresso disturbo del linguaggio, problemi emotivi, ecc. Questi riscontri associati ad una valutazione complessiva degli esiti psicometrici permetteranno di specificare il grado di severità del disturbo.

Questo criterio ha costituito la base della clinica tradizionale che, oltre ad utilizzare gli indici psicometrici, ricorreva anche all'approccio semeiotico, volto a riconoscere indizi significativi, ma è stato trascurato da alcune precisazioni volte ad una maggiore oggettivizzazione, ma anche – forse – ad una eccessiva semplificazione. Già l'AIRIPA, nella proposta di linee guida per la diagnosi di disgrafia e discalculia, ha ricordato che un'ampia letteratura sui DSA ha evidenziato che i disturbi si associano tipicamente ad una serie di problemi. Questo ha la conseguenza che almeno qualcuno di questi problemi dovrebbe essere presente nel caso del DSA e, oltre a costituire un elemento probante la diagnosi, potrebbe essere utilizzato ai fini di una prognosi e della implementazione del progetto riabilitativo. Per esempio indici clinici associati possono aiutare a capire in che

misura il problema è radicato al patrimonio genetico del bambino e/o in che misura il problema potrebbe essere resistente al trattamento.

## **2.6. Conseguenze adattive**

Il disturbo deve avere serie conseguenze adattive specifiche, producendo disagio e problemi in compiti tipici della vita scolastica dello studente (come emerso da prove standardizzate ecologiche e dai riscontri forniti dalla scuola) e/o in situazioni di lettura della vita quotidiana. Per gli studenti più grandi si raccomanda di tener conto del grado di affaticabilità nella lettura e della difficoltà di comprensione del testo

Questo criterio appare critico in tutte le problematiche dell'individuo, che sono tali se hanno conseguenze per la vita quotidiana. Un deficit (menomazione) anche severo in un qualsiasi aspetto del funzionamento psicologico viene a costituire infatti un problema solo nella misura in cui crea disagio e bisogni specifici (v. ICF, OMS, 2001). Nel caso del DSA, le conseguenze adattive più evidenti possono essere riportate dalla stessa persona interessata o da chi gli sta vicino e possono tradursi non solo in cattiva performance in compiti di lettura, ma anche in un disagio psicologico, in una caduta motivazionale e, nei casi in cui con un forte sforzo si riesce a temporaneamente tamponare la difficoltà, in una grande affaticabilità. La rilevazione di una bassa prestazione in prove standardizzate vicine alle caratteristiche dei compiti della vita quotidiana appare critica, ma si auspica che in futuro vengano raccolti indicatori oggettivi relativi alla gravità delle conseguenze adattive

## **2.7. Fattori di esclusione**

Devono essere rispettati i criteri adottati in generale per la diagnosi di DSA, come l'assenza di un ruolo decisivo di fattori ambientali e educativi, e altri fattori di esclusione come handicap sensoriale e intellettivo e severi problemi emozionali.

## **2.8. Riferimento al QI**

Per escludere che la condizione di DSA sia la conseguenza di una disabilità intellettiva di carattere generale si raccomanda di utilizzare una misura dell'intelligenza che non sia penalizzata dalle tipiche difficoltà incontrate nelle aree del linguaggio e dei processi. Qualora venga usata

una batteria multicomponentiale e il QI globale risultante sia inferiore a 85, si può fare diagnosi di DSA se non ci sono problemi di adattamento gravi e se emergono elementi di alta specificità, come tipicamente accade nei DSA ma non delle disabilità intellettive, con la presenza di elevate divergenze fra indici componenziali e un indice di intelligenza nella norma (per es. il QICV o il QIRP della WISC-IV superiore a 85).

Gli ultimi anni hanno mostrato che c'è discreta chiarezza sul fatto che una privazione culturale, linguistica e educativa devono costituire elementi di cautela nella diagnosi, al punto che talvolta si è peccato di eccessiva prudenza non diagnosticando bambini adottati o stranieri, che avevano un profilo DSA, per il timore che il problema fosse solo dovuto a una carenza ambientale. Più delicato si è invece rilevato il problema della esclusione della diagnosi dei casi con basso livello intellettivo. Su questo tema vi sono posizioni diversificate, comprese quelle radicali che confutano il riferimento al QI per la diagnosi di DSA (Siegel, 1989). Questa posizione estrema nasce dalla rilevazione di una serie di «bias» presenti nel riferimento al QI, che però non inficiano il principio che il bambino DSA va tutelato in modo diverso dal bambino con disabilità intellettiva: il primo va tutelato in modo che possa conseguire gli elevati apprendimenti che sono alla sua portata (grazie alle buone capacità intellettive) senza essere danneggiato dal problema specifico che presenta, il secondo va invece tutelato proprio perché non può raggiungere quegli elevati apprendimenti.

Se dunque il riferimento ad un QI nella norma può essere ragionevole, l'utilizzazione del QI comporta una serie di problemi. Il primo problema riguarda la modalità di utilizzo del punteggio e della discrezionalità nell'uso dell'intervallo di confidenza da utilizzare (per es. un QIT di 90 con un margine di errore non superiore al 5% può oscillare fra 82 e 98). Il secondo problema riguarda il *range* considerato per parlare di intelligenza nella norma: il riferimento a un QI di 85 per la diagnosi di DSA e l'applicazione della legge 170 avevano creato problemi per i QI sotto a 85 e superiori a 70 (spesso fatti rientrare nei cosiddetti FIL «funzionamenti intellettivi limite» o «borderline cognitivi»), per i quali non c'era la possibilità di un aiuto né in base alla legge 170 né in base alla legge 104: questo problema è stato in parte superato grazie alla Direttiva sui BES, ma resta il fatto che molti bambini sembrano in apparenza essere dei FIL o dei disabili intellettivi, senza in realtà presentare quei livelli bassi generalizzati in prove intellettive e quei problemi di adattamento (nelle autonomie personali e sociali) che sono un requisito essenziale per la diagnosi di FIL o di disabilità. Abbiamo parlato di eventuale presenza di problemi di adattamento, senza operationalizzare il criterio, perché allo stato attuale non esistono procedure agili di valutazione dell'adattamento, ma si potrebbe pensare ad una analogia con i punteggi di QI per

un indice psicometrico di adattamento, tale per cui – qualora compreso fra 1 e 2 ds negative – si rientra nei profili tipici di FIL, se anche il livello intellettuale sembra rientrare nella stessa fascia. Il terzo problema riguarda la scelta dello strumento per valutare l'intelligenza e l'uso dei punteggi generali o specifici. Infatti l'orientamento attuale è favorevole all'uso di test che non ottengono semplicemente una stima complessiva o unitaria di QI ma ottengono punteggi fattoriali (v. documento PARCC, 2011). L'uso di punteggi totali di QI che includono punteggi specifici associati con la specifica difficoltà del bambino appare infatti inopportuno: per es. è tipico che i DSA abbiano problemi in velocità di elaborazione e/o in Memoria di Lavoro, per cui nel loro caso potrebbe essere più opportuno a fare riferimento ad altri indici (per es. nella WISC-IV al *General Ability Index*), ma vi sono taluni DSA, in particolare con problemi di dislessia o disortografia, che si caratterizzano per una storia di disturbo del linguaggio (per cui sarebbe più opportuno far riferimento ad un indice di intelligenza non-verbale) e viceversa per i casi di disgrafia e disturbo non-verbale.

Per escludere che la condizione di dislessia sia la conseguenza di una disabilità intellettiva di carattere generale si raccomanda pertanto di utilizzare una misura dell'intelligenza che non sia penalizzata dalle tipiche difficoltà incontrate in funzioni specifiche o nelle aree del linguaggio. Qualora venga usata una batteria multicomponentiale e il QI globale risultante sia inferiore a 85, e – in particolare – sia compreso fra 70 e 85, si può fare diagnosi di DSA se non ci sono problemi di adattamento gravi (in caso di uso di scala di adattamento, con un punteggio superiore a – 1ds per l'adattamento nelle situazioni di vita quotidiana) e se emergono elementi di alta specificità, come tipicamente accade nei DSA ma non nelle disabilità intellettive, con divergenze fra indici fattoriali elevate, per es. superiori a 1 ds (15 punti standardizzati) o – in più di un caso qualora sia stata usata una batteria intellettiva con molti subtest – fra singole prove superiori a 1.5 ds (almeno 5 punti standardizzati nella scala WISC). In questi casi le vere capacità intellettive del bambino appaiono meglio descritte da un indice specifico (per es. il GAI o il QIRP nei casi dei DSA e dei DSL) che da un QIT che risulta penalizzato dalle debolezze specifiche del bambino.

## 2.9. Gravità

Nei casi più gravi è bene precisare che il disturbo è di grado severo.

Siamo favorevoli al suggerimento fornito da alcuni e incluso nel DSM-5 di precisare il livello di gravità del disturbo. Ricordiamo tuttavia

che la caratterizzazione ivi contenuta non può essere direttamente applicata, perché – essendo il DSA considerato dal DSM-5 unitariamente – un elemento di gravità è rappresentato dalla compresenza di più problemi che invece, in base all'ICD e alla legge 170, sono considerati separatamente. Un altro problema contingente è poi rappresentato dal fatto che la qualificazione della dislessia come «lieve», per i casi in realtà tutti importanti che superano il *cut-off*, potrebbe allo stato attuale far pensare che il problema sia di poco conto.

Se si volesse in futuro utilizzare una analogia con l'uso delle specificazioni delle disabilità intellettive, si potrebbe avere la conseguenza di utilizzare i criteri delle 2, 3 e 4 deviazioni standard negative per i livelli di prestazione associati alle dislessie di grado lieve, medio e grave. Allo stato attuale si suggerisce di usare criteri più clinici e di accompagnare la specificazione di grado severo per quei problemi in cui il disturbo è pervasivo, la possibilità di compensazione è ridotta, le conseguenze adattive sono elevate, la resistenza al trattamento è molto alta.

### 2.10. Conferma della diagnosi

Se lo studente ha già ricevuto in passato la diagnosi e ha affrontato attività volte a ridurgli il problema, la diagnosi viene confermata in presenza di problema severo, anche se non viene raggiunto il *cut-off* richiesto per la prima diagnosi. Poiché è dimostrato che il livello intellettivo di un giovane rimane abbastanza stabile, salvo particolari esigenze o punteggi precedenti dubbi, l'intelligenza non va rivalutata.

La conferma della diagnosi è richiesta (v. L. 170) ad ogni cambiamento di livello scolastico e ogni qual volta si ritenga utile modificarla, per tenere conto delle possibili fluttuazioni dei problemi e di possibili notevoli recuperi. La conferma è però un problema molto delicato e che già ha messo in luce diversi effetti paradossali. In linea di principio, ci sembra che – se il DSA è legato ad una predisposizione biologica – la remissione completa del disturbo debba costituire una eccezione, più che un caso frequente. L'applicazione rigida dei criteri della prima diagnosi anche in seconda diagnosi può comportare degli effetti paradossali soprattutto nei casi che avevano un DSA di grado lieve e/o che sono stati oggetto di interventi prolungati, efficaci e recenti. Può essere infatti successo che il problema, pur rimanendo, sia stato attenuato. Affermare che il problema è scomparso e eliminare tutele e cure vorrebbe probabilmente dire che il bambino ritornerebbe ad avere difficoltà e che la famiglia potrebbe pertanto essere incoraggiata a non fare tutto il possibile per migliorare il bambino. Non ci sembra facile precisare dei criteri da

utilizzare per la conferma della diagnosi, ma suggeriamo che il clinico abbia un certo margine di discrezionalità nel riconoscere i seguenti elementi che suggeriscono la conferma della diagnosi:

a) Rimane un problema cospicuo negli indici di prestazione (almeno qualche valore deve avvicinarsi ai *cut-off* clinici) e una permanenza di problemi negli aspetti adattivi

b) Ci sono elementi validi per ipotizzare che il mancato riconoscimento della condizione di DSA metterebbe in serie difficoltà il bambino DSA e gli impedirebbe di esplicitare le sue potenzialità di apprendimento.

Per quanto riguarda la valutazione del QI, sono ben note le riserve avanzate da molti esperti (per es. Siegel, 2003) sull'uso dei test di intelligenza e del QI per la prima diagnosi. Date queste riserve e il fatto che il QI è notoriamente abbastanza stabile (v. per es. Gow *et al.*, 2011) ci parrebbe eccessivo pretendere una rivalutazione dell'intelligenza per tutte le conferme della diagnosi, che però è doverosa per i casi in cui le indicazioni relative al livello intellettuale della prima diagnosi erano incerte. Infatti, è stato documentato che anche nel caso delle scale più sicure (come la WISC-IV) il punteggio può avere oscillazioni rilevanti (Ryan, Glass, e Bartels, 2010). Poiché il problema si pone soprattutto per i casi che, pur avendo ricevuto una diagnosi di DSA, potrebbero avere in realtà un profilo FIL o addirittura di disabilità intellettiva, si suggerisce di procedere ad una risomministrazione del test di intelligenza, solo quando la prima valutazione aveva portato ad un indice di QI di confine e quando compaiono chiari indici di problemi di adattamento che costituiscono, secondo la clinica attuale, la *conditio sine qua non* per una diagnosi di disabilità.

### 2.11. Professionisti coinvolti nella diagnosi

Coerentemente con lo spirito della Consensus Conference e tenendo conto al tempo stesso dei problemi pratici e dei costi per i Servizi (pubblici e privati) e per le famiglie, la diagnosi può essere fatta da un singolo professionista purché questi rispetti tutti gli elementi raccomandati dalle linee guida sui DSA e tenga conto in particolare degli aspetti logopedico, psicologico e neuropsichiatrico.

Alcune norme regionali attuali hanno costituito una situazione anomala e corporativa precisando non solo le operazioni necessarie per la diagnosi di DSA, ma anche le competenze professionali che devono essere necessariamente coinvolte. L'interpretazione per cui necessariamente, per essere diagnosticato come DSA, il bambino deve essere valutato sia dal neuropsichiatra infantile, sia dallo psicologo, sia dal logope-

dista ha comportato disagi e burocratizzazioni, con lentezze e complicazioni nei servizi pubblici, aumenti dei costi per le famiglie che si rivolgono ai Servizi privati, problematiche organizzative e economiche per clinici privati che lavorano da soli. Inoltre il riferimento a figure professionali ha indotto il rischio di una corsa alla difesa corporativa cui si sono unite altre professionalità (per es. i foniatristi) che rivendicavano il loro diritto a essere inclusi nel team obbligatoriamente previsto. Sembra invece più corretto far riferimento alle procedure appropriate per la diagnosi, specificando che esse includono la considerazione di aspetti neuropsichiatrici, psicologici e logopedici lasciando poi la possibilità che il singolo clinico possa metterle tutte in atto, con l'avvertenza di contattare gli altri professionisti per i casi dubbi. Va comunque osservato che il riferimento alla figura del logopedista, fondamentale nel percorso riabilitativo, è apparso un po' fuori luogo per la diagnosi, visto che esso non è formato per la valutazione del profilo intellettivo e di indicatori clinici per i fattori di esclusione o l'individuazione di una comorbidità. Al fine di rendere agili e sensate le procedure diagnostiche, noi riteniamo che il clinico, nell'anamnesi e nell'osservazione, debba tener conto degli aspetti medici e linguistici e che ulteriori approfondimenti relativi a questi aspetti non debbano costituire la norma, ma debbano avvenire solo quando se ne siano rinvenuti gli elementi di opportunità.

### **2.12. Riferimento alla legge 170 e ai provvedimenti dispensativi e compensativi**

Nella diagnosi si dovrà precisare se il caso rientra in quelli previsti dalla legge 170 o da eventuali altre normative e far presente che i provvedimenti previsti dalla normativa non andranno applicati automaticamente ma in base ad una valutazione degli effettivi bisogni del bambino.

Inizialmente le diagnosi di DSA avevano dei richiami doverosi ai provvedimenti che tipicamente possono essere adottati per aiutare i bambini con DSA, anche perché questi provvedimenti erano ancora poco conosciuti e adottati. Negli ultimi anni si è però andati incontro al rischio opposto e cioè al richiamo automatico di questi provvedimenti e questo va secondo noi evitato. L'errore più clamoroso è stato quello di suggerire provvedimenti non specifici (per es. la calcolatrice nel caso di un bambino con dislessia senza problemi di calcolo), ma altri problemi hanno riguardato l'applicazione meccanica di principi che magari non erano calibrati sulle capacità e sulle motivazioni del bambino, come per es. escludere dalla lettura ad alta voce un bambino desideroso di farlo, dalle prove scritte di grammatica inglese un bambino con dislessia più a suo

agio con queste prove che con la comunicazione orale (v. Bellagamba, Ferrari, Palladino e Cornoldi, 2013), ecc.

### 3. I criteri per la disortografia

Riteniamo che, per la disortografia, si possano applicare in analogia i criteri proposti per la dislessia. Vogliamo però ricordare in premessa che il disturbo ha un carattere meno delineato rispetto alla dislessia, al punto che l'ICD-10 suggerirebbe di usare questa categoria diagnostica solo in assenza di dislessia. La legge 170 ha suggerito invece di considerare separatamente i vari problemi e quindi di prevedere l'uso concomitante di entrambe le diagnosi. Poiché la legge costituisce il riferimento essenziale per il clinico italiano, noi riteniamo si debba far riferimento ad essa, ma raccomandiamo prudenza nell'uso di questa categoria diagnostica, sia perché il problema ha meno evidenza clinica e di ricerca, sia perché l'uso di *cut-off* analoghi a quelli della dislessia avrebbe per definizione la paradossale conseguenza che ci sarebbe un ugual numero di casi con la diagnosi di dislessia e di disortografia. Ecco comunque i criteri per la dislessia qui riproposti, con opportuni correttivi prevalentemente di maggiore cautela, per la disortografia. In particolare, per la valutazione, proponiamo in analogia con la lettura il riferimento ai materiali linguistici rappresentati da parole, non-parole e brano, ma ricordiamo che il caso della scrittura è più variegato e può includere altri tipi di prove che, per una più sicura diagnosi, dovrebbero essere incluse. Ricordiamo in particolare che:

- a) Il dettato ha il problema del dettante e della modalità di dettatura.
- b) Il dettato di materiale isolato non è in grado di individuare problemi di segmentazione lessicale (es. «ceraunavolta» scritto tutto insieme, «arco baleno» scritto separatamente) perché tipicamente vengono dettate separatamente parole già correttamente segmentate
- c) Il dettato di non parole può mettere o non mettere in gioco il problema della percezione uditiva e dell'analisi fonemica, a seconda che la nonparola debba o non debba essere ripetuta dal bambino.
- d) Dettati lenti non mettono in gioco la richiesta tipica del bambino di scrivere sotto pressione e ad un buon ritmo.
- e) I dettati non esaminano il caso fondamentale della competenza ortografica implicato quando il bambino deve scrivere i suoi pensieri.

Queste considerazioni suggeriscono di usare, se c'è una ipotesi di disortografia, un numero ampio di prove, comprese prove di produzione spontanea.

### 3.1. Uso di prove standardizzate

La valutazione delle singole abilità deve prevedere l'utilizzo di prove standardizzate che esaminano la competenza ortografica (in alcune delle sue forme principali come per esempio nella espressione scritta e nella scrittura sotto dettato di parole, non-parole e brano). Le prove devono avere adeguate proprietà psicometriche, in particolare per quanto riguarda la validità, l'attendibilità test-retest e le caratteristiche del campione di standardizzazione.

### 3.2. Fascia d'età e cut-off

Si considera l'ipotesi di disortografia solo dalla terza elementare (solo in casi eccezionali dalla fine seconda elementare) e in presenza di una difficoltà generalizzata di scrittura e di punteggi critici, che si collocano al livello o sotto il cut-off del 5° percentile in almeno metà delle misure raccolte, rispetto alla classe frequentata e al programma didattico svolto, e, in presenza comunque di punteggi largamente sotto la media anche in altre prove

### 3.3 e 3.4. Persistenza e resistenza alla stimolazione didattica.

3. Le problematiche devono avere carattere di persistenza, in quanto presenti nell'arco della storia scolastica del bambino.

4. Nei casi molto dubbi e senza una chiara storia pregressa di disturbo, si suggerisce di applicare in via provvisoria la normativa sui DSA, ma proporre alcune stimolazioni e verificare se esse producono un sostanziale cambiamento tale da riportare la prestazione del bambino entro i valori tipici. Nel caso si verificasse un sostanziale cambiamento non si potrà fare diagnosi di DSA e andranno ritirati i provvedimenti temporaneamente adottati

### 3.5. Compresenza di indici clinici

La diagnosi può essere integrata col riscontro di familiarità e di indici clinici fra quelli frequentemente associati alla disortografia, come altre difficoltà scolastiche, soprattutto nell'ambito di lettura, problemi di memoria fonologica, pregresso disturbo del linguaggio, problemi emotivi, ecc. Questi riscontri associati ad una valutazione complessiva degli esiti psicometrici permetteranno di specificare il grado di severità del disturbo

### **3.6. Conseguenze adattive**

Il disturbo deve avere serie conseguenze adattive specifiche, producendo disagio e problemi in compiti tipici della vita scolastica dello studente (come emerso da prove standardizzate ecologiche e dai riscontri forniti dalla scuola) e/o in situazioni di scrittura della vita quotidiana. Si raccomanda di tener conto del grado di affaticabilità, di blocchi espressivi e della lentezza

### **3.7. Fattori di esclusione**

Devono essere rispettati i criteri adottati in generale per la diagnosi di DSA, come l'assenza di un ruolo decisivo di fattori ambientali e educativi, e altri fattori di esclusione come handicap sensoriale e intellettuale e problemi emozionali gravi.

### **3.8. Riferimento al QI**

Per escludere che la condizione di DSA sia la conseguenza di una disabilità intellettiva di carattere generale si raccomanda di utilizzare una misura dell'intelligenza che non sia penalizzata dalle tipiche difficoltà incontrate nelle aree del linguaggio e dei processi. Qualora venga usata una batteria multicomponentiale e il QI globale risultante sia inferiore a 85, si può fare diagnosi di DSA se non ci sono problemi di adattamento gravi e se emergono elementi di alta specificità, come tipicamente accade nei DSA ma non delle disabilità intellettive, con la presenza di elevate divergenze fra indici componentiali e un indice di intelligenza nella norma (per es. il QICV o il QIRP della WISC-IV superiore a 85).

## **9. Gravità**

Nei casi più gravi è bene precisare che il disturbo è di grado severo.

### **3.10. Conferma della diagnosi**

Se lo studente ha già ricevuto in passato la diagnosi e ha affrontato attività volte a ridurgli il problema, la diagnosi viene confermata in presenza di problema severo, anche se non viene raggiunto il cut-off richiesto per la prima diagnosi. Poiché è dimostrato che il livello intellettivo di

un giovane rimane abbastanza stabile, salvo particolari esigenze o punteggi precedenti dubbi, l'intelligenza non va rivalutata.

### 3.11. Professionisti coinvolti nella diagnosi

Coerentemente con lo spirito della Consensus Conference e tenendo conto al tempo stesso dei problemi pratici e dei costi per i Servizi (pubblici e privati) e per le famiglie, la diagnosi può essere fatta da un singolo professionista purché questi rispetti tutti gli elementi raccomandati dalle linee guida sui DSA e tenga conto in particolare degli aspetti logopedico, psicologico e neuropsichiatrico.

### 3.12. Riferimento alla legge 170 e ai provvedimenti dispensativi e compensativi

Nella diagnosi si dovrà precisare se il caso rientra in quelli previsti dalla legge 170 o da eventuali altre normative e far presente che i provvedimenti previsti dalla normativa non andranno applicati automaticamente ma in base ad una valutazione degli effettivi bisogni del bambino.

## 4. Riferimenti bibliografici

- Bellagamba, I., Ferrari, M., Palladino, P., Cornoldi, C. (2013). Dislessia e lingua straniera: un apprendimento possibile? Primi dati relativi a studenti italiani. *Dislessia*, in stampa.
- Flynn, L.J., Zheng, X., Swanson, H.L. (2012). Instructing struggling older readers: A selective meta-analysis of intervention research. *Learning Disabilities Research & Practice*, 27 (1), 21-32.
- Franceschini, S., Gori, S., Ruffino, M., Viola, S., Molteni, M., Facoetti, A. (2013). Action video games make dyslexic children read better. *Current Biology*, 23,1-5.
- Fuchs, D., Mock, D., Morgan, P.L., Young, C.L. (2003). Responsiveness-to-intervention: Definitions, evidence, and implications for the learning disabilities construct. *Learning Disabilities Research & Practice*, 18 (3), 157-171.
- Gow, A.J., Johnson, W., Pattie, A., Brett, C.E., Roberts, B., Starr, J.M., Deary, I.J. (2011). Stability and change in intelligence from age 11 to ages 70, 79, and 87: The Lothian Birth Cohorts of 1921 and 1936. *Psychology and Aging*, 26 (1), 232.
- Landerl, K., Wimmer, H. (2008). Development of word reading fluency and spelling in a consistent orthography: An 8-year follow-up. *Journal of Educational Psychology*, 100 (1), 150-161.
- Losito, N., Tressoldi, P., Cornoldi, C. (2013). *Analisi di casi di disturbo di lettura con riferimento a differenti indici di prestazione*. Poster presentato al Congresso AIRIPA, Pordenone, 25 Ottobre 2013.

- OMS (2001). *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson
- PARCC DSA (2011). *Raccomandazioni cliniche sui DSA: risposte a quesiti 2011*.
- Ryan, J.J., Gass, L.A., Bartels, J.M. (2010). Stability of the WISC-IV in a sample of elementary and middle school children. *Applied Neuropsychology*, 17 (1), 68-72.
- Savelli, E., Stella, G. (2007). Un «superindice» di rapidità/correttezza per le prove di lettura. *Dislessia*, 4, 329-338
- Siegel, L.S. (1989). IQ is irrelevant to the definition of learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22 (8), 469-478.
- Siegel, L.S. (2003). IQ-discrepancy definitions and the diagnosis of LD: Introduction to the special issue. *Journal of Learning Disabilities*, 36 (1), 2-3, doi: 10.1177/00222194030360010101.
- Toraldo, A., Lorusso, M.L. (2012). Syllables per second versus seconds per syllable when measuring reading speed. *Frontiers in Psychology*, 3, 518, doi: 10.3389/fpsyg.2012.00518.
- Tressoldi, P.E., Brembati, F., Donini, R., Iozzino, R., Vio, C. (2012). Treatment of dyslexia in a regular orthography: efficacy and efficiency (cost-effectiveness) comparison between home vs clinic-based treatments. *European Journal of Psychology*, 8 (3), 375-390.
- Tressoldi, P.E., Vio, C. (2011). Studi italiani sul trattamento della dislessia evolutiva: Una sintesi quantitativa. *Dislessia*, 2, 163-172.

Per corrispondenza: Cesare Cornoldi e Patrizio Tressoldi, Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova, Via Venezia 8, 35131 Padova. E-mail: cesare.cornoldi@unipd.it, patrizio.tressoldi@unipd.it

## Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170. Contributo alla discussione

CHRISTINA BACHMANN  
 Centro Risorse, Prato  
 E-mail: bachmann@centrorisorse.net

È indubbio che l'introduzione della Legge 170/2010 abbia portato vantaggi a tutela degli alunni con diagnosi di DSA, soprattutto per coloro che non vedevano riconosciuta la propria problematica, che si sentivano dire che questi disturbi non esistono, che è solo questione di impegno e voglia di studiare, che non potevano fruire di quegli strumenti compensativi e misure dispensative che la legge ha introdotto come loro diritto. Anche i genitori, spesso tacciati come unici responsabili del cattivo rendimento a scuola dei figli o, peggio ancora, accusati di provocarlo per il loro stile educativo, rapporto di coppia, attaccamento al figlio, ecc. hanno visto riconosciuta l'esistenza di disturbi che sono determinati geneticamente e che non sono causati da dinamiche relazionali. La legge ha portato a rapidi cambiamenti culturali, ma presenta alcune criticità per quello che riguarda l'ambito clinico, come evidenziato da Cornoldi e Tressoldi.

In questo commento si è deciso di concentrarsi su due aspetti: la valutazione della comprensione del testo nei DSA e le procedure di conferma della diagnosi da parte del servizio pubblico.

**1. La comprensione del testo e il linguaggio.** Il disturbo specifico della lettura (dislessia) è sicuramente il DSA più diffuso e più conosciuto. Nell'accezione del ICD-10 può comprendere anche difficoltà di comprensione del testo e la presenza di tali difficoltà non è criterio di esclusione per la diagnosi.

Il disturbo specifico della comprensione del testo non è riconosciuto dalla nostra legge nazionale come un DSA, con la conseguenza che molti clinici fanno diagnosi di F81.0, specificando che il disturbo non interessa la decodifica del testo, ma la comprensione. Questa modalità crea non pochi problemi e c'è da

chiedersi quanto sia corretta sul piano metodologico.

Non si vuole in questa sede affrontare la spinosa questione se il disturbo della comprensione del testo possa essere considerato un disturbo specifico di apprendimento, ma occorre fare maggiore chiarezza sull'influenza che possono avere le competenze linguistiche nell'ambito della comprensione del testo, dato che anche i documenti di riferimento (Raccomandazioni per la pratica clinica definite con il metodo della Consensus Conference, 2007, CC-RPC; Consensus Conference dell'Istituto Superiore di Sanità, CC-ISS2011; Documento d'intesa elaborato da parte del PARCC in risposta ai quesiti sui disturbi evolutivi specifici dell'apprendimento, RC-DSA-2011) non la affrontano in modo approfondito.

Infatti, nelle linee Guida dell'ISS (CC-ISS2011) sono menzionate sia le abilità di comprensione del testo che i disturbi del linguaggio, ma senza dare indicazioni diagnostiche a riguardo. Che i parlatori tardivi (*late talkers*) possano evolvere in deficit di comprensione del linguaggio (orale e scritto) è noto da tempo in Italia (si vedano gli studi di Brizzolara, Chilosi, Cipriani, Di Filippo, Gasperini, Mazzotti, Pecini e Zoccolotti, 2006).

In risposta al quesito A2 (CC-ISS2011) si legge che la comprensione del testo è associata non a deficit delle abilità di decodifica, cruciale nei disturbi di lettura, bensì a carenze nelle competenze linguistiche non fonologiche (Bishop, 2004). Riguardo ai fattori di rischio, vengono menzionati i disturbi del linguaggio nella risposta al quesito B1, che raccomanda di considerare popolazione a rischio di sviluppare dislessia i bambini che dall'età di 5 anni cadono sotto il 10° centile a più di una prova di sviluppo del linguaggio e che mantengono questa prestazione a 8 anni, poiché il rischio di DSA è di circa 6 volte superiore rispetto ai gruppi di controllo (Baker, 1987; Tomblin, 2000).

È evidente nella pratica clinica che i bambini con diagnosi di dislessia e con queste difficoltà linguistiche hanno un profilo molto diverso dai dislessici senza disturbi del linguaggio e che gli aiuti previsti dalla legge 170 sono ben diversi.

## Contributi alla discussione

Nei paesi anglosassoni ben il 50% dei dislessici hanno prestazioni sotto la media ad una batteria di test linguistici orali (McArthur, 2000). Da uno studio italiano (Chilosi, Brizzolaro, Lami, Pizzoli, Gasperini, Pecini, Cipriani e Zoccolotti, 2009) è emerso che nei ragazzi dislessici la presenza di un pregresso ritardo del linguaggio è associata a difficoltà linguistiche orali più estese che si associano ad un peggiore *outcome* nella comprensione. Quel che non viene menzionato nella CC-ISS è il rapporto che c'è tra questi profili e le difficoltà di comprensione del testo.

Molti ragazzi con diagnosi di DSA trovano difficoltà nella comprensione dei testi scritti, non solo per l'eccessivo affaticamento dovuto allo sforzo cognitivo nei processi di decodifica. Sono ragazzi che, se anche esonerati dalla lettura a voce alta, non riescono ad accedere al contenuto della lettura effettuata da una sintesi vocale o da un lettore umano. Se vengono approfonditi gli aspetti morfo-sintattici e lessicali del linguaggio di questi alunni, spesso si trovano esiti inadeguati alle prove di linguaggio (comprensione sintattica, denominazione lessicale, vocabolario recettivo), che si manifestano con esiti scadenti, non solo nelle prove di comprensione del testo, ma anche nelle prove di scrittura spontanea. Sono ragazzi ai quali non basta programmare le interrogazioni orali, poiché sono in difficoltà proprio quando devono esporre un argomento e, ancor prima, nella comprensione dei contenuti dei testi che devono studiare. Contrariamente ai dislessici senza difficoltà linguistiche, dicono di preferire gli esami scritti agli orali, poiché hanno maggior tempo per comprendere le richieste e formulare le risposte, andando probabilmente a compensare i tempi di programmazione e recupero lessicale.

Molto spesso questi ragazzi non hanno mai fatto visite logopediche, né in età prescolare né successivamente, pertanto si scopre solo in sede di diagnosi di DSA la presenza di un pregresso disturbo specifico del linguaggio (DSL) non diagnosticato, ma soltanto quando il linguaggio viene adeguatamente indagato.

Mentre per i ragazzi che anche da più grandi cadono nelle prove linguistiche previ-

ste per i piccoli è piuttosto semplice appurare la presenza di un DSL, risalendo alla storia di sviluppo dal colloquio anamnestico e dalle difficoltà riferite a scuola, la situazione è ben più complessa per quei ragazzi con difficoltà moderate e in parte compensate, dato che la maggior parte delle prove logopediche non prevedono norme adeguate per l'età dei più grandi, rischiando di creare molti falsi negativi.

Forse nell'intenzione del legislatore introdurre la figura del logopedista, che per legge non può fare diagnosi cliniche, come obbligatoria nel team diagnostico voleva essere garanzia di maggiori approfondimenti anche in questo senso, nella pratica però questo non avviene. Si assiste troppo spesso a diagnosi superficiali di disturbo della comprensione del testo, senza aver indagato il linguaggio e utilizzando il codice F81.0 in maniera scorretta. D'altra parte, la maggior parte dei test sul linguaggio si riferiscono alla prima e seconda infanzia e, come evidenziato sopra, solo i casi più gravi risultano sotto la media anche nelle norme per i bambini più piccoli.

E' necessario pertanto incentivare la ricerca in questo senso anche nei ragazzi più grandi, in modo che si possa identificare anche una eventuale comorbidità con i DSL e prevedere, accanto agli aiuti previsti per il loro DSA, anche gli accorgimenti utili alle conseguenze dei DSL, quali le difficoltà di comprensione del testo.

Nel caso invece che le abilità di decodifica siano sufficienti (o sotto la norma, ma senza raggiungere il cut-off clinico) si ritiene sia più corretto emettere una diagnosi di DSL, che grazie alla recente normativa sui BES vede l'attivazione di un piano didattico personalizzato (PDP), indicando gli aiuti per l'area linguistica, senza costringere il quadro in una etichetta diagnostica (DSA) non appropriata.

Si concorda con quanto affermato da Cornoldi e Tressoldi in merito alla compresenza di indici clinici: la presenza di un pregresso disturbo del linguaggio deve essere tenuta in considerazione nella valutazione del grado di severità del disturbo, poiché una dislessia con difficoltà nella comprensione del testo creerà più problemi nel percorso scolastico rispetto a

una dislessia che supera il problema della comprensione scritta attraverso l'uso, ad esempio, della sintesi vocale.

**2. La conferma della diagnosi.** Le criticità messe in luce da Cornoldi e Tressoldi per la conferma della diagnosi di DSA al passaggio da un grado scolastico all'altro si ripresentano anche nei casi già diagnosticati in un centro privato che si rivolgono al servizio pubblico per la certificazione valida per l'applicazione degli strumenti compensatori e le misure dispensative previste dalla L.170/10.

Questo «doppio passaggio» si verifica in quelle regioni in cui l'accreditamento dei privati è talmente complesso da avere solo pochissimi centri regionali accreditati e molti privati non accreditati che, per ridurre i tempi di attesa, provvedono a una valutazione diagnostica senza poter rilasciare la certificazione.

In Toscana, ad esempio, dall'uscita della Delibera Regionale 1159/2012 sui Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSAp), i clinici del team possono rilasciare questa certificazione solo se operano in strutture accreditate, che devono essere necessariamente Istituti Sanitari, come previsto dalla precedente Legge Regionale n.51/2009. Ne consegue che sono pochissime le strutture private che possono permettersi un direttore sanitario medico (non è previsto in Toscana che questa funzione possa essere svolta da uno psicologo dato che in una struttura sanitaria polifunzionale il direttore sanitario deve essere un medico) e tutti i requisiti strutturali (necessari per alcune prestazioni di tipo medico-sanitario, ma non certo per somministrare dei test cartacei a dei bimbi) per adeguarsi a questa normativa. Detto ciò le liste di attesa in molte città continuano a lievitare: a Prato, per esempio, il CUP è chiuso da 2 mesi poiché già a novembre 2013 aveva esaurito tutti i primi appuntamenti fino a dicembre 2014, sospendendo di fatto il servizio e costringendo le famiglie a rivolgersi al privato non accreditato.

Nonostante la Circolare Ministeriale n.8 del 6 marzo 2013 suggerisca alle scuole di accettare la diagnosi privata e mettere in atto tutte le misure previste dalla Legge 170/2010, le

famiglie toscane devono comunque rivolgersi successivamente al servizio pubblico per ottenere la certificazione (non sono previste modalità di conferma di diagnosi già effettuate). L'alunno quindi viene a volte sottoposto nuovamente a tutto l'iter (nei casi più fantasiosi si arriva a conclusioni diagnostiche molto diverse e non sempre supportate dai risultati dei test), oppure vengono somministrate alcune prove come controllo/aggiornamento. Se nel frattempo tale alunno, conseguentemente alla diagnosi, ha svolto anche un potenziamento si incorre una situazione a dir poco paradossale, dove i miglioramenti ottenuti possono essere motivo di non conferma della diagnosi.

Cornoldi e Tressoldi mettono bene in luce questo paradosso e suggeriscono un margine di discrezionalità, senza la pretesa che tutti gli indici si debbano trovare sotto il *cut-off* clinico.

Prendere in considerazione gli aspetti adattivi potrebbe offrire una soluzione: se ad esempio, nonostante un notevole miglioramento nel controllo ortografico durante la dettatura, gli errori permangono quando all'alunno è richiesto di svolgere più attività in contemporanea (vedi la sintesi commentata di un argomento, in cui deve tener conto dei contenuti, della struttura dell'elaborato, dell'ansia da verifica...) o il controllo ortografico richiede un maggior tempo di esecuzione della prova e maggiore fatica. Il controllo ortografico in questo caso non è automatizzato, ma richiede risorse cognitive che nei compiti complessi vengono indirizzate ad altri aspetti, a scapito dell'ortografia. Situazione questa che non è riproducibile nello studio del clinico, ma si verifica più o meno giornalmente a scuola, dove il ragazzo passa la maggior parte del suo tempo.

Ma con quali strumenti valutare la percezione soggettiva di fatica? Come valutare l'impatto del tempo di studio sulla vita quotidiana del ragazzo? Questi sono strumenti che attualmente mancano e che dovrebbero entrare a far parte delle procedure diagnostiche, accanto ai test esistenti, al fine di valutare la gravità del disturbo e la ricaduta sulla vita del ragazzo.

Qualcosa di simile era stato già proposto dal Panel di Revisione (Documento d'intesa elaborato da parte del PARCC in risposta ai quesiti

sui disturbi evolutivi specifici dell'apprendimento, RC-DSA-2011) per valutare l'efficacia del trattamento, ma ad oggi non esiste ancora nessuno strumento strutturato che rilevi questi aspetti.

### Riferimenti bibliografici

- Baker, L., Cantwell, D.P. (1987). A prospective psychiatric follow up of children with speech/language disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (4), 546-553.
- Bishop, D.V.M., Snowling, M.J. (2004). Developmental dyslexia and specific language impairment: Same or different? *Psychological Bulletin*, 130, 858-886.
- Brizzolara, D., Chilosi, A., Cipriani, P., Di Filippo, G., Gasperini, F., Mazzotti, S., Pecini, S., Zoccolotti, P. (2006). Do phonologic and rapid automatized naming deficits differentially affect dyslexic children with and without a history of language delay? A study of Italian dyslexic children. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 19, 3.
- Chilosi, A.M., Brizzolara, D., Lami, L., Pizzoli, C., Gasperini, F., Pecini, C., Cipriani, P., Zoccolotti, P. (2009). Reading and spelling disabilities in children with and without a history of early language delay: A neuropsychological and linguistic study. *Child Neuropsychology*, 1744-4136.
- McArthur, G.M., Hogben, J.H., Edwards, V.T., Heath, S.M., Mengler, ED (2000). On the «specifics» of specific reading disability and specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 869-874.
- Tomblin, J.B., Zhang, X., Buckwalter, P., Catts, H. (2000). The association of reading disability, behavioral disorders, and language impairment among second-grade children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41 (4), 473-82.

### Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170. Alcune riflessioni.

SERAFINO BUONO  
IRCCS Oasi Maria SS. Troina, Enna  
E-mail: fbuono@oasi.en.it

L'interessante dibattito avviato pone una molteplicità di spunti di riflessione ed una se-

rie di preziose indicazioni per quanti operano nell'ambito dei DSA.

Di seguito sono riportati alcune riflessioni e commenti relativi a tre diversi punti delle linee guida proposte da Cornoldi e Tressoldi, a partire dalla prospettiva clinica e dalla pratica quotidiana maturata all'interno di una struttura sanitaria che da tempo si occupa di Disabilità Intellettiva e che è in atto impegnata con un approccio pluridisciplinare, diagnostico, di trattamento e di ricerca sul fronte dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

**1. Punto 5 «Compresenza di indici clinici».** Rispetto alla compresenza degli indici clinici, penso convenga richiamare l'attenzione sulla differenza tra gli elementi che devono essere inseriti nella certificazione dei DSA e quelli inerenti una valutazione clinica generale che allora, per diverse ragioni, deve essere fatta anche nelle persone che presentano DSA.

I due documenti, certificazione e diagnosi/valutazione, naturalmente sono entrambi documenti di tipo clinico ma si può ragionevolmente convenire che la certificazione possa contenere prevalentemente gli elementi essenziali per l'adeguata comprensione del profilo di funzionamento e per l'adeguata stesura dei programmi di intervento da realizzare specie in ambito scolastico, quindi «comprensibile e fruibile dalla scuola», mentre una valutazione clinica deve contenere tutti gli elementi necessari alla comprensione del quadro clinico in tutte le sue implicazioni sanitarie, per esempio le eventuali terapie biomediche, i trattamenti farmacologici e altro che la famiglia ha il diritto di far circolare solo in ambito sanitario.

Di fatto il documento di accordo tra Stato e Regioni del 25-07-2012, al fine di rendere uniformi le procedure di certificazione sul piano nazionale dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, propone un modello di certificazione che contiene i seguenti punti: *Dati anagrafici, Diagnosi e relativi codici ICD-10, Profilo di funzionamento a sua volta articolato in competenze cognitive, competenze linguistiche e meta fonologiche, competenze visuo-spaziali, competenze motorio prassiche, competenze attentive, competenze mnestiche, abilità scolasti-*

che e situazione affettivo relazionale, Proposte e suggerimenti per l'intervento, Strumenti compensativi e misure dispensative suggeriti.

Gli elementi riportati riguardano le caratteristiche della persona a cui si fa la diagnosi e sono strettamente collegati al DSA che si certifica.

Il modello presentato non prevede altri elementi che solitamente fanno parte di una valutazione clinica, quali l'anamnesi e la prognosi, e non indica di riportare parametri e dati biomedici eventualmente associati, per esempio la presenza di dati genetici o la familiarità positiva che come sappiamo è frequentemente riscontrata, così come non indica di riportare dati inerenti il contesto familiare ed ambientale nel quale la persona vive.

Gli elementi inerenti la salute e le condizioni familiari che possono essere considerati ininfluenti per la realizzazione degli interventi e delle misure compensative e dispensative da realizzare nel contesto scolastico, ragionevolmente non dovrebbero essere riportate nella certificazione.

In accordo con gli operatori dell'équipe che si occupano di DSA presso l'IRCCS Oasi, (sia ai fini clinici sia ai fini di ricerca), si è ritenuto opportuno differenziare i due documenti.

Di fatto tutte le persone che si rivolgono alla nostra struttura ricevono una sintesi clinica che riporta tutti i dati rilevati in una prospettiva pluridisciplinare (es. risultati di analisi cliniche, referti di indagini strumentali, valutazioni specialistiche, terapie mediche, risultati ai test psicologici e alle prove pedagogiche, indicazione di intervento, ecc.) che la famiglia può esibire in ambito sanitario. Nei casi in cui si rilevano anche gli elementi necessari per una diagnosi di DSA, viene prodotta separatamente la certificazione secondo il modello sopra citato, da utilizzare ai fini dei diritti previsti dalla legge 170.

In relazione alla stesura delle linee guida oggetto di questo confronto/dibattito, ritengo utile suggerire l'introduzione di un punto nel quale si diano indicazioni e si enfatizzi la natura funzionale che le Certificazioni devono avere. Al fine di portare un contributo costruttivo al lavoro degli insegnanti, le certificazioni dovreb-

bero riportare il modo molto chiaro i punti di forza e di debolezza della persona e una descrizione articolata del suo profilo di funzionamento, quanto più operativa e utilizzabile per la realizzazione delle attività in ambito scolastico.

### 2. Punto 6. «Conseguenze adattive».

Nella frase iniziale della formulazione del criterio **Conseguenze adattive** si riporta: «Il disturbo deve avere serie conseguenze adattive specifiche...» il termine «serie conseguenze» induce a pensare ad un elevato livello di gravità, ciò potrebbe favorire la convinzione che il disturbo porta sempre conseguenze gravi sull'adattamento specificatamente riferite all'uso delle competenze scolastiche in contesti ecologici. In alcuni casi il disturbo non ha delle conseguenze gravi. In realtà si possono trovare diversi livelli di impatto dei DSA sull'adattamento, anche in relazione ai livelli di gravità riportati nel DSM-5 (livello Lieve, Moderato e Severo).

Inoltre ai fini della rilevazione dell'entità del disagio e dei bisogni specifici, tenendo in considerazione anche l'uso dell'ICF, per valutare le limitazioni sulle attività di vita quotidiana e le restrizioni nella partecipazione, in termini di capacità e performance, i qualificatori utilizzabili prevedono una gradualizzazione (0 = nessuna; 1 = lieve; 2 = media; 3 = grave e 4 = completa), utile per documentare il grado di compromissione nelle diverse aree adattive.

Il punto 6 rimanda anche alla valutazione dei diversi aspetti prognostici che, come riportato anche nelle varie linee guida, appaiono essere dissociati. Di fatto sono riscontrabili esiti diversi per es. tra gli aspetti del disturbo in sé e quelli della carriera lavorativa e dell'adattamento in generale, nel senso che la prognosi non è negativa per gli aspetti adattivi e lavorativi.

Pertanto, al posto di «serie» suggerirei di utilizzare una formulazione che evidenzi i diversi livelli possibili delle conseguenze sull'adattamento.

### 3. Punto 8. «Riferimento al QI».

Questo punto delle linee guida proposte riguarda un aspetto veramente delicato e complesso, in quanto il concetto di discrepanza dal quoziente

intellettivo è considerato centrale ai fini della diagnosi.

Una questione che rappresenta fonte di confusione e una criticità diagnostica, riscontrata da diversi operatori, è quella relativa alla possibilità di poter fare diagnosi di DSA in presenza di Ritardo Mentale/Disabilità Intellettiva, cioè sotto un QI totale di 70.

La questione non ha forti risvolti operativi, in quanto in presenza di una diagnosi di Ritardo Mentale/Disabilità Intellettiva, anche se associata ad altre condizioni, gli interventi da realizzare in ambito scolastico derivano dalla certificazione che deve essere posta in base alla legge 104/92. Mentre la questione può avere implicazioni di natura clinica. Tutte le linee guida italiane sono concordi nell'affermare l'incompatibilità tra le due condizioni in ragione del fatto che i DSA non devono essere intesi come compromissioni attribuibili al Ritardo Mentale/Disabilità Intellettiva. Di fatto si distinguono i Disturbi specifici dell'apprendimento dai Disturbi non specifici dell'apprendimento; quest'ultimi sono riscontrabili in associazione o all'interno di particolari condizioni cliniche tra cui il Ritardo Mentale/Disabilità Intellettiva, dove risultano compromessi globalmente i processi di apprendimento e non solo quelli riferiti all'area scolastica.

Il manuale diagnostico DSM-IV-TR e anche il nuovo DSM-5 ammettono la possibilità della doppia diagnosi.

«Nel Ritardo Mentale le difficoltà di apprendimento sono proporzionate alla compromissione generale del funzionamento intellettivo. Comunque, in alcuni casi di Ritardo Mentale Lieve, il livello di apprendimento nella lettura, nel calcolo, o nell'espressione scritta è significativamente al di sotto dei livelli previsti in base all'istruzione del soggetto e alla gravità del Ritardo Mentale. In questi casi dovrebbe essere ulteriormente diagnosticato l'appropriato Disturbo dell'Apprendimento» (DSM-IV-TR).

Anche nel DSM-5 si afferma che uno specifico disturbo di apprendimento può essere diagnosticato solo quando le difficoltà di apprendimento sono in eccesso rispetto a quelle normalmente associate con la disabilità intellettiva che viene definita a partire da un QI approssimativamente inferiore a  $70 \pm 5$ .

L'ICD-10 partendo dalla considerazione che «...il QI e il rendimento scolastico non corrono esattamente in parallelo...», indica che «...la direttiva clinica è semplicemente che il livello di apprendimento del soggetto deve essere sostanzialmente inferiore a quello atteso per un bambino della stessa età mentale». Da ciò si può evincere che in presenza di età mentali più basse sarebbe possibile porre la doppia diagnosi.

Il riferimento a valori definiti (punteggi di QI, deviazioni standard, centili, ecc.) ha finora costituito un fattore di sicurezza per quanti sono chiamati a fare la diagnosi di Ritardo Mentale/Disabilità Intellettiva, anche se talvolta questi criteri sono utilizzati in modo rigido e senza tenere conto di altre variabili come ad esempio le capacità adattive.

I nuovi orientamenti diagnostici proposti dal DSM-5, stesso orientamento si profila per l'ICD 11, riducono l'importanza del QI nella valutazione delle Disabilità Intellettive attribuendo molta importanza ai sistemi di supporto necessari e all'adattamento nella definizione dei diversi gradi di disabilità, che rimangono uguali negli aspetti terminologici a quelli del DSM-IV-TR (lieve, moderato, grave e profondo). Di fatto i vari livelli di gravità andranno definiti sulla base del *funzionamento adattivo e non dai punteggi di QI*, perché è il funzionamento adattivo che determina il livello di supporto richiesto.

Questa indicazione, più adeguata e più rispondente alle recenti acquisizioni nell'ambito della Disabilità Intellettiva, che valorizzano l'importanza del giudizio clinico e non il riferimento a specifici range di valori, complicherà, specie nella fase iniziale dell'utilizzo dei nuovi criteri, le procedure diagnostiche e l'interpretazione dei dati ai fini nosografici. Ed è prevedibile un rischio maggiore di soggettività nelle definizioni diagnostiche, a tal punto che già si pone in dubbio il valore di riferimento condiviso che questi manuali dovrebbero avere.

In relazione alla necessità di considerare maggiormente l'adattamento nella valutazione della Disabilità Intellettiva, da tempo il nostro gruppo si è impegnato a cercare di valorizzare questo aspetto nell'ambito delle procedure diagnostiche elaborando anche uno strumento

informatizzato che aiutasse i clinici ad ottimizzare il rapporto tra punteggi di QI e punteggi di adattamento specie nel grado lieve e nel funzionamento limite.

In relazione alla possibilità di porre la diagnosi di DSA in presenza di Disabilità Intellettiva va ricordato che il DSM-IV-TR e anche il DSM-5 ammettono la possibilità di fare la doppia diagnosi quando sussistono i criteri per entrambe le condizioni – DSA e DI – non prendendo come punto di riferimento per l'incompatibilità il *cut-off* di 85 di QI, né quello di 70, ma il livello di competenze di lettura, scrittura e calcolo attese in base al grado di Ritardo Mentale/Disabilità Intellettiva, cosa in realtà alquanto complessa in quanto si dovrebbe disporre di specifiche e validate tabelle di competenze di lettura, scrittura e calcolo nelle diverse età in rapporto al QI.

Lo svincolo dal rigido riferimento al QI per l'individuazione della Disabilità Intellettiva e per la definizione dei suoi diversi gradi, se da una parte rende più complessa la diagnosi, proprio perché si deve sempre più cercare di operationalizzare il funzionamento adattivo nei diversi gradi di disabilità, dall'altra ritengo possa maggiormente sottolineare la differenza tra le due condizioni – Disabilità Intellettiva e DSA – in termini di diagnosi differenziale. In questa fase mi sembra ragionevole il ricorso alle deviazioni standard per distinguere i diversi gradi di compromissione dell'adattamento. Condivido quanto riportato nel commento al punto 8 in merito alla carenza di procedure agili per la valutazione dell'adattamento (la Vineland, in questo momento lo strumento migliore a disposizione, richiede tempo e non sempre viene somministrata adeguatamente), e condivido anche l'uso in analogia con i punteggi di QI per un indice psicometrico di adattamento, per cui la diagnosi di Disabilità Intellettiva e la specificazione dei diversi gradi può essere fatta in presenza di una sostanziale corrispondenza tra le deviazioni standard negative dei due ambiti considerati, Adattamento e Funzionamento intellettuale.

In atto si profila una situazione nella quale per la diagnosi della disabilità intellettiva si fa riferimento maggiormente ai profili adattivi, che comunque devono essere sostanzialmente coerenti con i profili di funzionamento intellettuale,

mentre per la diagnosi di DSA si fa riferimento principalmente alle significative e specifiche compromissioni in lettura, scrittura e calcolo in relazione al profilo presentato nel funzionamento intellettuale dalla persona esaminata.

Le linee guida proposte in questo dibattito, fatta salva la presenza dell'alta specificità, indicano la possibilità di fare diagnosi di DSA con un QI inferiore a 85, «...se non ci sono problemi di adattamento gravi...».

In considerazione di quanto precedentemente riportato, è possibile a mio avviso ipotizzare la possibilità di fare la diagnosi di DSA con un QI anche inferiore a 85 e in presenza di problemi di adattamento, che devono essere sostanzialmente proporzionati al livello di funzionamento intellettuale rilevato e coerenti con il grado di disabilità documentato.

Inoltre mi sembra interessante riportare che nella nostra casistica, in alcuni casi di ritardo mentale lieve, in cui profilo intellettuale e profilo adattivo erano coerenti in termini di deviazioni standard, sono state riscontrati deficit specifici nella lettura, scrittura e calcolo, significativi sia dal punto di vista quantitativo sia della tipologia di errori, clinicamente non riscontrabili nella maggior parte delle persone con Ritardo Mentale, diagnosticato con i criteri del DSM-IV-TR.

Tale aspetto sottolinea a mio avviso l'importanza di ragionare maggiormente in termini di profili di funzionamento intellettuale e non di QI totale, di confronti fra funzioni neuropsicologiche e specifici deficit nella lettura, scrittura e calcolo privilegiando anche l'analisi della tipologia di errori.

### **Alcuni commenti sulle linee guida: implicazioni per il trattamento**

BARBARA CARRETTI e ANNA MARIA RE  
Università di Padova  
E-mail: barbara.caretti@unipd.it, anna.re@unipd.it

Il più importante pregio della legge 170 del 2010, è stato quello di tenere vivo il dibattito fra gli esperti sulla natura e le caratteristiche dei DSA. Altre iniziative (vedi Consensus conference e linee guida PAARC) avevano già

avviato questa vivace discussione, ma non avevano raggiunto in modo così estensivo i professionisti implicati nei DSA. La legge, invece, per il suo carattere prescrittivo, richiede che tutti si interrogino su quali sono le conoscenze che ci guidano nella definizione dei DSA e di come queste influenzino la pratica clinica.

In questo senso l'articolo di Cornoldi e Tressoldi offre un'ottima occasione per riflettere su alcuni punti cruciali della definizione di DSA; nell'affrontare questo dibattito abbiamo scelto di discutere la rilevanza dei criteri concentrandoci sulla loro ricaduta per il trattamento. Discuteremo quindi solo quei punti che ci sembrano appropriati in tal senso.

**1. Uso di prove standardizzate.** Un disturbo specifico dell'apprendimento si sviluppa per definizione nella scuola, rifacendoci alla classica definizione proposta da Cruickshank (1984) «di una disfunzione nel processo di apprendimento che si manifesta in problemi in una o più aree dell'apprendimento scolastico» (p. 7). Essendo d'accordo su questo punto, ci sembra importante sottolineare l'importanza di includere nella valutazione che conduce alla diagnosi una prova che valuti la lettura di brano. Come messo in evidenza da Cornoldi e Tressoldi, le prove di lettura di brano permettono di fare una stima dell'impatto del disturbo dal punto di vista adattivo e, nel caso della valutazione dell'efficacia di un percorso riabilitativo, del vantaggio ottenuto sull'autonomia nella lettura. Questo ragionamento vale però per studenti di ogni ordine e grado? Riguardo alla valutazione rimane, infatti, aperto il problema di che prove utilizzare nel caso di studenti delle scuole secondarie di II grado e dell'università: a volte infatti le prove base (brano, parole e non parole) non sono sufficientemente sensibili per individuare il problema di lettura, vuoi per meccanismi di compensazione del disturbo, vuoi per la scarsa affidabilità delle prove. Oppure per il fatto che studenti precocemente diagnosticati hanno seguito un percorso di trattamento che consente loro di essere sufficientemente autonomi nello studio, pur rimanendo più lenti nelle strumentalità (Lami, Palmieri, Solimando e Pizzoli, 2009). Questi dati seppur

ci confortano, poiché danno dimostrazione che un intervento precoce e ben strutturato porta a dei buoni risultati, ci pongono il problema di creare degli strumenti di valutazione particolarmente sensibili e accurati. Alcune proposte per superare questi limiti sono state fatte (vedi ad esempio per gli adulti Martino, Pappalardo, Re, Tressoldi, Lucangeli e Cornoldi, 2011; Re, Tressoldi, Cornoldi, Lucangeli, 2011), ma questo è un tema che sarebbe utile approfondire stabilendo un consenso sulle prove da utilizzare.

**2. Persistenza e resistenza alla stimolazione didattica. Il concetto di persistenza, ma soprattutto di resistenza al trattamento.** (In letteratura viene chiamata *responsiveness-to-intervention*, RTI, vedi ad esempio Fuchs, Mock, Morgan e Young, 2003). Viene spesso citato come chiave per svelare la natura intrinseca del problema presentato dallo studente con DSA, questo in opposizione al classico criterio chiamato della *discrepanza*. Il criterio della discrepanza, vale a dire della distanza fra potenzialità generali (generalmente operazionalizzate in termini di QI) dello studente ed effettiva prestazione scolastica, è stato, infatti, negli anni fortemente criticato per diverse ragioni, la cui trattazione va oltre gli scopi di questo commento (si veda ad esempio Sternberg e Grigorenko, 2002). Fra le alternative è stato proposto di utilizzare la risposta al trattamento come indice della presenza di un disturbo. Concretamente questo prevedrebbe che prima di porre la diagnosi, lo studente possa usufruire di un percorso educativo/riabilitativo, che come osservano anche Cornoldi e Tressoldi avrebbe fra gli effetti quello di allungare i tempi per una diagnosi. Nelle realtà, non italiane, in cui questa procedura è utilizzata in modo sistematico per porre una diagnosi, alcuni autori hanno evidenziato diversi problemi, legati ad esempio all'eterogeneità dei percorsi riabilitativi proposti (a volte non basati su criteri *evidence-based*, si veda Fuchs, Mock, Morgan e Young, 2003), con la conseguenza di non arrivare a una conclusione diagnostica certa, e, quando efficace, ai costi potenziali che la procedura richiede. Una riflessione andrebbe inoltre fatta sulle figure professionali coin-

volte: negli Stati Uniti ad esempio insegnanti, debitamente formati, hanno in carico questo supplemento di istruzione, situazione che probabilmente in Italia a tutt'oggi non è possibile riprodurre. Questo suggerisce che persistenza, e quindi resistenza al trattamento, sono potenzialmente due componenti cruciali da considerare nel porre la diagnosi e nel valutare l'efficacia del trattamento, in combinazione però con valutazioni da parte del clinico circa il tipo di trattamento messo in atto, la durata dello stesso e l'intervallo fra la fine del trattamento e la valutazione *follow-up*. Quest'ultimo punto appare cruciale soprattutto nella fase di riconferma della diagnosi. Miglioramenti, anche consistenti, di ben attuati percorsi riabilitativi possono portare a mettere in dubbio la diagnosi, è importante in questo caso progettare dei monitoraggi a distanza di mesi per valutare il mantenimento dei risultati ottenuti, considerando che la maggiore complessità delle richieste della scuola sono un fattore che incide sulla fragilità dello studente con DSA. Soprattutto nei casi di studenti di scuola di ordine superiore o nei casi di passaggio, ad esempio, dalla scuola secondaria di primo grado a quella di secondo grado o nel passaggio all'università, il disturbo può sembrare compensato o molto ridimensionato, grazie ai percorsi di trattamento intrapresi. Questo miglioramento che potrebbe portare la prestazione dello studente non più sotto il 5° percentile ma comunque non nella media, non significa che il disturbo è «scomparso». Vuoi per l'effettivo miglioramento, vuoi per gli strumenti di valutazioni che potrebbero essere meno sensibili con l'avanzare della scolarizzazione, vuoi a volte per l'effetto apprendimento (basti pensare alla lista di lettura di non parole che viene sottoposta ad ogni valutazione e che quindi alla fine diventa una lista di «parole bizzarre» per i ragazzi che le hanno lette decine di volte), la valutazione può mascherare un disturbo che sicuramente si manifesta in modo differente rispetto alla prima valutazione ma che continua a persistere. Infatti nonostante questo miglioramento in condizioni di particolari difficoltà, come prove a tempo, questionari con risposta a scelta multipla e così via le difficoltà possono riemergere prepotenti, causando

dei fallimenti che non sono dovuti alla scarsa preparazione dello studente, ma alla difficoltà strumentali che il disturbo, seppur in forma lieve, continua a creare. Per tale motivo è importante sottolineare la prudenza nel togliere le giuste tutele che la diagnosi del disturbo comporta anche quando appare questo ridimensionato.

**3. Fattori di esclusione. Riferimento al QI.** Come già accennato in precedenza, l'uso del QI, in particolare del criterio di discrepanza fra QI e prestazione scolastica, nella diagnosi è oggetto di dibattito in letteratura. Ciò non significa tuttavia che l'uso del QI all'interno dell'iter diagnostico debba essere sottovalutato, nonostante alcune posizioni più estreme lo suggeriscano (ad esempio, Siegel, 1989). La discussione sul ruolo del QI richiede invece un supplemento di riflessione, in particolare analizzando le informazioni che questo può dare. Così come evidenziato da Cornoldi e Tressoldi, considerare, ad esempio, solo il punteggio unitario può portare ad inquadrare in modo errato le caratteristiche del caso e soprattutto le potenzialità di miglioramento. Nonostante anche quest'ultimo punto, vale a dire il ruolo predittivo del QI per la risposta al trattamento, sia oggetto di dibattito (ad esempio, Siegel, 1999) ci sono studi che suggeriscono che il QI contribuisca a spiegare l'efficacia di un trattamento; messo in altro modo studenti con migliori potenzialità cognitive trarrebbero più ampio beneficio dal trattamento. Ad esempio, la rassegna di Fuchs e Young (2006) ha evidenziato che il QI predice parte dei guadagni ottenuti nell'accuratezza di lettura dopo training centrati sulla consapevolezza fonologica, anche se in modo non sistematico. Il ruolo predittivo del QI aumenta quando i training includono anche attività legate al riconoscimento della parola, l'ortografia, la comprensione. È da notare che la proporzione di varianza spiegata dal QI è maggiore per le misure di guadagno nella comprensione del testo che nell'accuratezza nella lettura. Questa rassegna suggerisce che il QI, o meglio l'analisi del profilo cognitivo può essere utile per progettare il percorso di riabilitazione più adatto allo studente con DSA in questione.

**4. Provvedimenti dispensativi e compensativi.** Come evidenziano Cornoldi e Tressoldi, nella scelta degli strumenti dispensativi e compensativi è importante partire da quanto emerso nel profilo diagnostico: suggerire strumenti non adatti al caso può infatti avere delle ripercussioni negative dal punto di vista emotivo-motivazionale. Molto spesso, in modo routinario, allo studente dislessico viene suggerito di trarre maggior beneficio possibile dalle situazioni di ascolto, che cioè non coinvolgono la lettura autonoma, o nei casi più severi l'uso della sintesi vocale viene considerata la soluzione alle difficoltà presentate. In realtà prima di dare questi suggerimenti andrebbe valutata ad esempio la comprensione orale o da ascolto: non è detto infatti che lo studente abbia buone competenze nella comprensione, anche se da ascolto, soprattutto se la dislessia è associata a scarse competenze linguistiche generali (vedi, ad esempio, Duca, Bellelli, Carretti e Cornoldi, 2013). In questo senso anche la sintesi vocale potrebbe non essere risolutiva, infatti oltre a coinvolgere competenze di comprensione orale, richiede per essere sfruttata al meglio conoscenze e strategie metacognitive funzionali per la lettura e comprensione di un testo, aspetti che nel dislessico con anche problemi nella comprensione non è detto sia adeguatamente sviluppate. In questo senso, seppur il trattamento sulla lettura ad alta voce non viene pianificato, il potenziamento delle competenze cognitive di comprensione orale e sulla metacomprendimento potrebbero essere utili per introdurre in modo proficuo alcuni strumenti compensativi.

Anche in questo caso sembra doveroso fare riferimento alle situazioni di studenti dislessici che affrontano le scuole di fascia scolastica superiore o l'università. In diverse situazioni, le scelte dei provvedimenti dispensativi e compensativi avviene in maniera automatica, senza prendere in considerazione la reale situazione dello studente e soprattutto le ripercussioni che queste decisioni possono avere dal punto di vista emotivo-motivazionale. È tipico il caso in cui si sceglie di utilizzare il computer per studenti con disortografia, pensando che questo tipo di strumento possa risolvere il problema della correttezza ortografica. Questa

scelta non è sempre accettata dallo studente adolescente per diverse ragioni: in primo luogo non «risolve» i problemi di ortografia, inoltre, se non adeguatamente preparato, il ragazzo rischia di essere molto lento nella scrittura e soprattutto, quando è l'unico ad utilizzarlo, di sentirsi «diverso» dagli altri, elemento che per un adolescente è di enorme importanza.

Allo stesso modo, per gli studenti universitari la scelta di quali degli strumenti compensativi e dispensativi da adottare è ancora meno chiara. Il provvedimento che solitamente viene preso (più in maniera burocratica che altro) è quello di dare del tempo in più durante l'esame. Anche in questo caso molte volte il provvedimento che viene adottato non è adeguato, perché ogni studente dislessico è diverso, ogni esame è diverso e i provvedimenti che si potrebbero prendere dovrebbero essere valutati caso per caso. Questo tipo di intervento però richiederebbe una persona con adeguata formazione che si prenda carico della situazione della dislessia all'università. La legge 170, tuttavia, non ha dato chiare indicazioni in questa direzione, quindi ogni ateneo si sta adeguando in maniera autonoma, mentre un coordinamento sarebbe utile.

## Riferimenti bibliografici

- Cruickshank, W.M. (1984). Definition: A major issue in the field of learning disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 2, 6-17.
- Duca, V., Bellelli, F., Carretti, B., Cornoldi, C. (2013). Ascoltare un testo facilita la sua comprensione? Analisi di un gruppo di studenti con profilo dislessico. *Presentazione al XXII Congresso Airipa*, Pordenone 25-26 ottobre.
- Fuchs, D., Mock, D., Morgan, P.L., Young, C.L. (2003). Responsiveness-to-intervention: definitions, evidence, and implications for the learning disabilities construct. *Learning Disabilities Research & Practice*, 18, 157-171.
- Fuchs, D., Young, C.L. (2006). On the irrelevance of intelligence in predicting responsiveness to reading instruction. *Exceptional Children*, 73, 8-30.
- Lami, L., Palmieri, A., Solimando, M.C., Pizzoli, C. (2009). Profilo cognitivo e delle abilità di lettura in un gruppo di dislessici evolutivi con e senza ritardo di linguaggio diventati giovani adulti. *Dislessia*, 6, 77-92.

- Martino, M., Pappalardo, F., Re, A.M., Tressoldi, P.E., Lucangeli, D., Cornoldi, C. (2011). La valutazione della dislessia nell'adulto. *Dislessia*, 5, 119-134.
- Re, A.M., Tressoldi, P., Cornoldi, C., Lucangeli, D. (2011). Which tasks best discriminate between dyslexic adults and controls in a transparent language? *Dyslexia*, 17, 227-241.
- Siegel, L.S. (1989). I.Q. is irrelevant to the definition of learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 469-478.
- Siegel, L.S. (1999). Issues in the definition and diagnosis of learning disabilities: A perspective on Guckenberger v. Boston University. *Journal of Learning Disabilities*, 32, 304-319.
- Sternberg, R.J., Grigorenko, E.L. (2002). Difference scores in the identification of children with learning disabilities it's time to use a different method. *Journal of School Psychology*, 40, 65-83.

### Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170. Contributo alla discussione

MICHELA CENDRON e RENZO TUCCI  
 Centro Regionale Specializzato per i Disturbi di  
 Apprendimento ñ ULSS20 Verona  
 E-mail: michela.cendron@unipd.it, renzotucci@  
 yahoo.it

**1. Introduzione.** Le Linee-Guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia e il relativo dibattito avviato da Cesare Cornoldi e Patrizio Tressoldi risultano preziosi in quanto spingono ad un confronto su aspetti che si collocano a livelli diversi di riflessione, livelli che la pratica clinica fa emergere in maniera evidente e nei quali le apparenti ambiguità rimandano proprio a domini diversi di analisi; l'esplicitazione e la differenziazione di questi livelli forse, a nostro parere, potrebbe risultare più opportuna del tentativo, magari difficile e non necessariamente fruttuoso, di una loro integrazione.

Più concretamente, il nostro tentativo di contribuire a questo dibattito vorrebbe porre la questione anche da altri punti di vista:

La produzione di altre Linee-Guida con criteri sempre più precisi da un punto di vista quantitativo (quali e quante misure considerare)

può effettivamente aiutarci a dirimere tutti i possibili casi clinici che generano dubbi/difficoltà diagnostiche? Oppure ciò di cui effettivamente la clinica ha bisogno è un metodo che consenta di collocare i dati che otteniamo all'interno di modelli che ci supportino nella loro lettura? In altri termini, il compito delle Linee-Guida dovrebbe essere quello di contemplare tutte le possibilità o fornirci criteri teorici e metodologici per comprendere i diversi profili che la clinica ci sottopone?

Anche questa discussione aperta dagli autori sembra orientata a superare il solo livello nosografico, verso una riflessione che porti appunto a possedere metodi per la diagnosi di profili, quindi verso un'analisi che dovrebbe attingere ai modelli di funzione e non solo alla quantificazione dei parametri necessari alla classificazione nosografica

Di conseguenza, più che riflettere su come disambiguare eventuali zone d'ombra nell'integrazione di tre ambiti diversi (la Legge 170, la classificazione ICD10 e le attuali indicazioni che emergono dai documenti Consensus), sarebbe opportuno tentare di comprendere come ogni ambito al suo interno (normativo, nosografico, teorico-metodologico) possa contribuire a rispondere ai quesiti e alle necessità applicative dell'altro. Piuttosto che trovare punti di incontro tra documenti di diversa natura, la motivazione per approfondire ogni singolo ambito e gli eventuali punti di debolezza potrebbe essere sostenuta anche da alcune riflessioni che non possiamo ignorare:

Rimanendo nel solo ambito clinico, i documenti che ci guidano nel percorso diagnostico sono ancora lontani dall'essere utilizzati in maniera efficace, così come lo sono le conoscenze che ci derivano dalle attuali evidenze disponibili

Ogni ambito fa riferimento a cornici concettuali diverse e si pone finalità diverse: l'esplicitazione più accurata di ognuno può forse contribuire a risolvere le eventuali zone d'ombra mediante indicazioni che tendino di ridurre al minimo il rischio di errore nella decisione clinica, aspetto che a noi compete. Quindi, più che ridurre le contraddizioni, sembra utile porsi domande giuste e utilizzare co-

noscenze e metodi efficaci per potervi rispondere. Ad esempio, la Legge 170 non può fare altro che porre delle linee di demarcazione tra chi può e chi non può essere beneficiario di determinati diritti; il contesto è normativo e deve individuare chi sta dentro e chi sta fuori questa tutela. Non può tenere in considerazione che l'espressività di una funzione si colloca su un continuo (aspetto teorico), né che il criterio nosografico e statistico (quanto quella prestazione può considerarsi non appartenente alla popolazione normale). La norma giuridica deve rispondere alla domanda di tutelare chi appartiene ad una popolazione diversa; ciò che può fare però è ricevere contributi dalla teoria della misurazione e dalle conoscenze sull'architettura del disturbo per ridurre il rischio nell'individuazione di falsi positivi e negativi. Il problema, ad esempio dei casi che si collocano al limite del *cut-off*, non sono generati dalla Legge 170, ma dalla difficoltà intrinseca (teorica e nosografica) nel comprendere se il funzionamento di quel soggetto può considerarsi atipico. Inoltre, i nostri sistemi di classificazione (ICD10 e DSM-V) rispondono all'esigenza di condividere criteri mediante i quali individuare condizioni che vengono definite di disturbo in contesto clinico: non possono porsi la questione se queste possano venire o meno tutelate dal punto di vista normativo, ma per alcuni problemi che si pongono in termini di accuratezza diagnostica, le indicazioni che ci vengono dalla metodologia della diagnosi e dai modelli di funzione possono contribuire a classificazioni nosografiche più accurate, anche se la diagnosi nosografica risponde a criteri espliciti diversi dalla diagnosi di funzionamento. In altri termini, il nostro è un compito clinico, prima di tutto di stabilire se la costellazione di segni e sintomi rientra in un quadro nosografico, decisione supportata dalle nostre conoscenze sul funzionamento del processo specifico tipico e atipico. L'eventuale tutela normativa è un atto conseguente e non necessariamente sovrapponibile.

I problemi non riguardano solo la necessità di riflessione sui casi prossimi al *cut-off* clinico, ma anche in altre situazioni, quali l'evoluzione nel tempo dei profili dei disturbi e dei parametri che utilizziamo per individuarli, le

diagnosi in età adolescenziale e adulta nelle quali ci si trova di fronte ad un'organizzazione cognitiva diversa da quella del bambino. Questi e altri aspetti che nella pratica clinica pongono questioni rilevanti da un punto di vista diagnostico, difficilmente possono essere risolti solo con l'individuazione di criteri a livello del comportamento espresso, se questi non sono sostenuti da una analisi dell'architettura cognitiva del disturbo che utilizzi i modelli teorici di funzione, analisi che nella pratica clinica italiana rivolta all'età evolutiva non sempre risulta presente. Le rappresentazioni del clinico risentono a volte di una dicotomia estremamente fuorviante tra due mondi che sembrano non parlarsi: da una parte le conoscenze teoriche, dall'altra la pratica clinica, con punteggi ai test di lettura e scrittura con i quali si fa a volte il «conteggio del ragioniere». Forse le zone d'ombra difficilmente potranno essere chiarite senza la consapevolezza che i quesiti posti dal singolo caso non possono essere risolti se non collocando il dato quantitativo all'interno di un modello di funzione.

Nel presente contributo tenderemo di proporre delle riflessioni relative ad alcuni punti delle Linee-Guida parallelamente ai commenti più che condivisibili fatti dagli autori, riflessioni scaturite dalle domande che la clinica ci pone e dal tentativo di individuare più che delle risposte, un metodo condiviso per trovarle.

## 2. I criteri per la dislessia

**2.1. Uso di prove standardizzate.** Viste le difficoltà del contesto italiano relative a prove con adeguate proprietà psicometriche, allo scopo di prevedere i criteri di inclusione del disturbo riteniamo ancor più utile una valutazione di primo livello che consideri le prove attualmente a disposizione, di uso condiviso e che rispondono alla modellistica condivisa. La necessità di valutare brano, parole e non parole da nostro punto di vista è motivata anche dal fatto che proprio perché vi è l'esigenza diagnostica di individuare la presenza di un eventuale disturbo, la comprensione di diversi parametri (lettura semantica, accesso lessicale, funzionamento della via fonologica) può meglio contri-

buire a questo obiettivo in relazione alle caratteristiche dell'architettura del processo stesso. L'utilizzo di una sola prova specifica (brano perché più ecologico, non parole perché più fonologica) sembra non perseguire l'obiettivo di ottenere un profilo funzionale e per di più aumenta, a nostro avviso, la probabilità di non cogliere la varietà del fenomeno e quindi sotto-stimarlo o semplificarlo eccessivamente.

Relativamente alla possibilità di utilizzare prove che analizzino l'architettura cognitiva del disturbo, al momento risulta un'opzione ancora un po' fragile se collocata per contribuire alla fase diagnostica, ma sicuramente necessaria nella diagnosi di secondo livello e nell'impostazione del piano di trattamento: alcune misure a nostra disposizione per delineare il profilo specifico o caratterizzarne la tipologia risultano ancora troppo poco robuste (compromissione fonologica, effetto *crowding*, deficit di attenzione visiva selettiva, ecc.) e non completamente condivise; altre seppur più sofisticate e sperimentalmente fondate (divisione in variabili quali valore d'immagine, concretezza, lunghezza, ecc.), pur aiutando a definire meglio il profilo, possono risultare di difficile interpretazione clinica ed aumentare le variabili da gestire e collocare all'interno del modello teorico di riferimento.

Una riflessione ulteriore forse merita la valutazione di soggetti adulti. Spesso in casi che presentano buone risorse generali, disturbo di lettura lieve, consolidate strategie di compenso (lessico adeguato, comprensione buona), potrebbe rendersi necessaria la valutazione dell'abilità di lettura in condizioni da poter effettivamente comprendere l'efficacia dell'automatizzazione, magari mediante compiti più sofisticati come quelli in uso in età adulta (per esempio di decisione lessicale in compiti di soppressione articolatoria, ecc.).

**2.2. Fascia d'età e cut-off.** L'utilizzazione delle distribuzioni percentilari per l'individuazione del *cut-off* clinico appare come la scelta metodologicamente più corretta. Il tempo impiegato per leggere può essere espresso direttamente in secondi o con indici derivati (rapidità sill./sec. o velocità sec./sill.) e

sul tema c'è stato nel recente passato un dibattito sufficientemente esaustivo. A nostro modo di vedere il tempo espresso in secondi risulta la variabile statisticamente più attendibile, mentre la rapidità (sill./sec.) quella più pratica anche per constatare l'evoluzione della lettura stessa (per esempio nei casi in riabilitazione, nei casi dubbi dopo il trattamento e nei *follow-up*).

Ciò detto, la scelta dei parametri, correttezza e rapidità, merita una riflessione più ampia. Alcuni recenti lavori italiani (Lami, Palmieri, Solimando e Pizzoli, 2008, Campanini, Battafarano, e Iozzino, 2010, Tucci, Savoia, Merella e Tressoldi, 2013) hanno evidenziato come molti dislessici mostrano cadute importanti anche nella correttezza ed anche in età avanzata: se è vero che la rapidità risulta un indice maggiormente robusto nella nostra lingua, forse risulta altrettanto opportuno mantenere alta l'attenzione sulla correttezza così da continuare ad intercettare i disturbi con il pattern di funzionamento «rapido ma scorretto» e «lento e scorretto».

Un altro aspetto che a nostro parere merita una riflessione è la questione del «momento» della diagnosi. I profili compromessi su versante correttezza rispetto alla rapidità assumono un significato diverso se questi si collocano a fine seconda/intermedia terza primaria rispetto ad un fine terza/quarta. In altre parole, in assenza di ulteriori indicatori specifici (pregresso o attuale disordine fonologico, competenze metafonologiche relativamente integre, assenza di familiarità) la possibilità di individuare un disturbo in presenza di prestazioni al di sotto del *cut-off* risulta più ardua, a vantaggio di una scelta di attesa che potrebbe collocarsi anche successivamente. Numerosi sono i casi infatti che nell'arco della terza elementare si «ripuliscono» nella correttezza (magari anche in seguito ad un potenziamento specifico) e che rientrano quindi in parametri normali. Riteniamo quindi corretta una scelta più orientata ad una sorta di «wait and see», con suggerimento di monitoraggio clinico. L'indicazione del tempo della diagnosi a partire da fine seconda ci sembra quindi portatrice di una più alta probabilità di incorrere in falsi positivi.

Un ultimo punto degno di nota è quello relativo alla necessità che almeno due delle

prestazioni raccolte siano al di sotto del *cut-off*. Sicuramente questo approccio «quantitativo» (la «conta» delle prove deficitarie) è finalizzato a ridurre i falsi positivi. Riteniamo però che l'aspetto «quantitativo» sia solo una parte della decisione del clinico, che dovrà necessariamente tenere conto di come quella prestazione si colloca all'interno del modello della funzione normale; nell'ambito della valutazione degli adolescenti/adulti questo problema si pone di più rispetto alla valutazione del bambino, nel quale alcuni sistemi di «compenso» non hanno ancora agito in modo completo. In altre parole, nella valutazione di soggetti con un più ampio percorso scolastico e con un profilo di competenze integro è molto più probabile trovare prestazioni compromesse in modo più selettivo. In questi casi la «selettività di compromissione» dovrà essere accompagnata da una analisi dell'architettura dell'eventuale disturbo e delle eventuali ricadute funzionali, che però in un sistema cognitivo «alto funzionante» potrebbero essere anche non particolarmente marcate. Paradossalmente, potremmo trovarci nella condizione di un soggetto con compromissione specifica di uno o più moduli del processo, ma con ricadute sul funzionamento che vengono ben compensate da un sistema efficiente.

**2.3. Persistenza e resistenza al trattamento.** Gli elementi che forse ci possono aiutare relativamente al peso del fattore «resistenza al trattamento» quale contributo alla decisione diagnostica, ci riportano alla considerazione che i soggetti con disturbo hanno un'evoluzione spontanea dell'abilità (valutata proporzionalmente al tempo di osservazione) che presenta un trend di crescita diverso rispetto ai normali e che, in condizioni di trattamento anche ripetuto, non raggiungono mai le prestazioni tipiche dei soggetti con una funzione normale.

Quando il momento della valutazione (seconda/terza primaria), le caratteristiche del profilo dell'abilità di lettura e il profilo clinico-anamnestico lo indicano, la risposta al trattamento è un fattore che sicuramente contribuisce a discriminare i soggetti con disturbo da quelli con un semplice ritardo nell'automatiz-

zazione dell'abilità; tuttavia, nella popolazione dei soggetti con dislessia, la maggioranza non richiede la presenza anche del fattore «resistenza al trattamento», poiché tempo, profilo di abilità e storia clinica risultano già dirimenti.

Applicare in via provvisoria la normativa sui DSA e proporre una stimolazione per poi verificare lo sviluppo dell'abilità oggetto di potenziamento, risulta una prospettiva assai affascinante e teoricamente fondata; tuttavia rimanda ad alcuni dubbi di natura pratica, oltre a quelli già espressi dagli autori:

il Servizio Pubblico solitamente non riesce a farsi carico delle situazioni limite e se non si tratta di situazioni chiare e definite spesso non risulta possibile accedere alla «riabilitazione» (la sanità si occupa di disturbi e non di difficoltà); la domanda che si pone è allora quanto tempo mediamente si attende per poter accedere ad un Servizio Pubblico? E quanto si dovrà poi attendere per «chiudere» la diagnosi? Se non è il Servizio Pubblico, allora chi si dovrebbe occupare del potenziamento? Si tratta di lavoro specialistico-clinico? O educativo-scolastico? Quindi è la scuola ad occuparsene? Con quali risorse? Oppure la famiglia in orario extra-scolastico ed a proprie spese (quello che solitamente avviene)? A scuola come si tradurrebbe questo lavoro operativamente? Le misure previste nel PDP (qualora fosse previsto) dovrebbero essere ancor più raffinate rispetto a quelle previste per i disturbi; bisognerebbe evitare la «dispensa» e promuovere invece maggiormente forme di compensazione di processo, supporti all'apprendimento, ecc.?

Può tutto questo generare confusione (nella scuola e nella famiglia) per cui un alunno rischia di entrare ed uscire da una situazione di disturbo specifico ad una di bisogno educativo speciale?

**2.4. Compresenza di indici clinici.** Riteniamo che questo sia un aspetto cruciale, proprio nell'intento di fornire delle Linee-Guida che sottolineino l'aspetto necessario e non opzionale («la diagnosi può essere integrata»), non solo nel raccogliere tanti dati quantitativi su diverse componenti (spesso senza un razionale metodologico di fondo), quanto nel delineare

da un lato l'architettura funzionale del disturbo sulla base delle evidenze disponibili, dall'altro di descrivere un profilo delle componenti cognitive che in quel particolare soggetto risultano compromesse. Per il clinico risulta, dal nostro punto di vista, indispensabile spostarsi da un piano di descrizione «behavioral» ad un livello «cognitive» (Ramus, 2003), nel quale giungere ad una diagnosi cognitiva attraverso la descrizione del funzionamento di un soggetto a partire dal modello di funzione.

Per poter giungere alla definizione di un profilo di funzionamento, risulta quindi imprescindibile l'approccio neuropsicologico che punti alla definizione sia del disturbo, ma anche dei punti di forza e di debolezza così da poter interpretare adeguatamente l'impatto che la fragilità specifica assume all'interno di un sistema complesso in corso di maturazione e così meglio poter prevedere il livello di gravità, i livelli di intervento e la possibile prognosi.

**2.5. Conseguenze adattive.** La valutazione delle conseguenze adattive specifiche di un disturbo risulta sicuramente di non facile soluzione ed estendibile, seppur in modo differente, anche ad altre problematiche dello sviluppo; nelle disabilità intellettive o nei cosiddetti funzionamenti intellettivi limite, ma anche in altre forme di psicopatologia, non risulta semplice stimare clinicamente o oggettivamente le ricadute del disturbo nella vita del soggetto. Per quanto riguarda il disturbo di apprendimento, a nostro avviso uno degli aspetti più difficili nella valutazione delle conseguenze adattive è relativo alla declinazione operativa dei concetti di «creare disagio e bisogni specifici». Contrariamente a quanto di solito accade, è molto raro che disagio e bisogni specifici vengano intesi anche come «riduzione della possibilità di raggiungere obiettivi alti», oppure come «necessità di un notevole sforzo cognitivo e/o l'attivazione di meccanismi di monitoraggio e supervisione continui» per svolgere alcune attività e non altre. Questi significati del disagio e di bisogni specifici si riscontrano in età evolutiva principalmente nei casi lievi, con profili di funzionamento «alti» e nei soggetti in età adolescenziale/adulta che hanno raggiunto

un discreto compenso; in questi casi infatti, ciò che sembra emergere come cruciale è un aumento dell'affaticabilità e una riduzione nelle prestazioni che rientrano comunque in livelli accettabili, ma che sarebbero ben diverse se il disturbo non fosse presente.

**2.6. Gravità.** La necessità di definire la gravità del disturbo rimanda necessariamente alla pervasività del problema (o dei problemi associati) e ad una interpretazione clinica del fenomeno: il disturbo di apprendimento e la risultante di un complesso equilibrio tra profilo neuropsicologico, ricaduta nell'adattamento di tale profilo, risorse psichiche generali, fattori di contesto, risorse familiari e tutto questo in una prospettiva dinamica di crescita e sviluppo. Lo stesso profilo può considerarsi, infatti, più o meno grave a seconda del contesto culturale e sociale in cui si trova, a seconda delle risorse che si attivano per lui (scuola, famiglia, ecc.) o a seconda dello stesso momento evolutivo (primarie vs. secondarie di primo e secondo grado e oltre). L'utilizzo del mero criterio oggettivo-statistico delle 2, 3 e 4 deviazioni standard negative per i livelli di prestazione associati alle dislessie di grado lieve, medio e grave sembra al momento non sufficiente per poter definire la gravità del disturbo ed appare condivisibile la proposta di usare criteri più clinici accompagnando, per il momento, la specificazione di grado severo per quei problemi in cui il disturbo risulti pervasivo, la possibilità di compensazione ridotta, le conseguenze adattive elevate e la resistenza al trattamento alta.

Alla definizione della gravità, oltre che la compresenza di più problemi, potrebbe contribuire la dimensione più personale (del soggetto stesso) della sofferenza che il disturbo arreca a ciascun individuo: non è infrequente che un dislessico che «cl clinicamente» sembrerebbe «moderato» o «severo» (per usare le definizioni proposte), si racconti e/o che viva la sua difficoltà relativizzandone le conseguenze; così come ve ne sono altri a cui calzerebbe la definizione di «lieve» che invece ne soffrono moltissimo. In più, è più grave un alunno di terza primaria che nel brano legge una sillaba al secondo (oltre le 2 ds negative o il 5<sup>o</sup> percentile), ma che com-

prende quanto legge e non mostra segni di sofferenza o un altro studente di seconda media che legge 2,7 sill./sec. (a ridosso delle 2 ds negative) ma comprende poco il testo e non è autonomo nello studio?

La dimensione della gravità potrebbe portare anche con sé delle conseguenze di ordine pratico e potrebbe aprire scenari importanti all'interno della definizione dei criteri della presa in carico riabilitativa e/o della costituzione delle liste d'attesa all'interno dei servizi pubblici per l'età evolutiva (priorità al più grave o al più piccolo? ecc.).

### 3. I criteri per la disortografia

Riteniamo condivisibili le cautele espresse riguardo la diagnosi di disortografia; in particolare aggiungiamo alcune considerazioni:

La necessità minima di utilizzo di dettato di brano, parole e non parole; nei casi in cui il dato clinico (ciò che viene riferito dai genitori, l'analisi della produzione in condizioni quotidiane  $\bar{n}$  quaderni) non concordi con il dato quantitativo (risultato alle prove di dettato) prevedere l'utilizzo anche di altre prove, es. di produzione spontanea, condizione che maggiormente evidenzia la presenza o meno dell'acquisizione dell'automatismo

Possibilità, nei casi con eventuale disturbo lieve e con profili di funzionamento alti, di tenere maggiormente in considerazione il dato proveniente dalla produzione in condizioni normali di vita scolastica; questo perché la condizione «test  $\bar{n}$  dettato ortografico/piccola produzione spontanea» può risentire maggiormente della capacità del soggetto di supervisionare il processo di scrittura, non consentendo quindi di evidenziare la mancanza dell'automatismo.

Buona prassi potrebbe essere l'utilizzo di prove registrate da somministrare

Il dettato di non parole dovrebbe sempre prevedere la ripetizione dell'item prima della scrittura al fine di discriminare eventuali difficoltà in altri ambiti (es. linguistico).

#### 3.1. Uso di prove standardizzate.

Una particolare considerazione merita il caso dei soggetti in età adolescenziale/adulta, e

in particolare nei casi in cui il percorso scolastico e il buon profilo di funzionamento hanno consentito un discreto compenso. Quest'ultimo aspetto porta a far sì che nelle tradizionali prove utilizzate il soggetto non raggiunga i *cut-off* richiesti per la diagnosi non tanto per l'assenza della compromissione della funzione, quanto per metodo utilizzato per analizzarla, metodo che si «sporca» di aspetti di monitoraggio e supervisione del compito, mascherando un eventuale scarso automatismo. In questi casi risulta particolarmente necessario utilizzare compiti che consentano di esplicitare l'eventuale presenza/assenza di automatismo, in particolare con l'utilizzo di compiti più sofisticati (per esempio che prevedono il doppio compito come la scrittura in condizioni di soppressione articolatoria).

**3.2. Fascia d'età e cut-off.** Il criterio posto della temporalità della diagnosi (terza primaria) risulta per noi largamente condivisibile, sicuramente in relazione alla minore «solidità» dei profili specifici di disortografia, ma anche al maggiore legame di questa competenza con aspetti legati al potenziamento didattico.

Una ulteriore osservazione che riteniamo opportuna è la necessità di considerare la tipologia degli errori in relazione al momento evolutivo e quindi la necessità di comprendere lo sviluppo dell'abilità in relazione al modello di funzione normale. Assumerà quindi un significato diverso dal punto di vista clinico il permanere di errori fonologici ben oltre un certo periodo evolutivo, a differenza di una prestazione quantitativamente (errori) e temporalmente (scolarità) analoga, ma che coinvolge tipologia di errori come doppie e/o accenti.

**3.3. Persistenza e resistenza al trattamento.** Si ripropongono i dubbi già espressi per la lettura in merito alla natura dell'intervento da proporre, agli attori e alla provvisoria dell'applicazione della legge. Per l'ortografia si specifica anche che se nel periodo delle scuole primarie il sollecito ad un lavoro personalizzato, esplicitato magari nel PDP a scuola, sostenuto a scuola e/o in ambiente extrascolastico può essere una strada

perseguibile, alla scuola secondaria diventa un po' più complicato sostenere un lavoro di questo tipo, sia a scuola (e anche per la scuola stessa) ma anche fuori. Nei casi di questo tipo diventa anche difficile ipotizzare adeguate e conseguenti misure compensative, mentre le classiche misure dispensative non hanno ricadute sull'automatizzazione del processo e quindi sull'evoluzione del disturbo, ma solo sull'impatto che questo ha nella scuola e sul disagio del bambino/ragazzo.

### Riferimenti bibliografici

- Campanini, S., Battafarano, R., Iozzino, R. (2010). Evoluzione naturale della lettura del brano, delle liste di parole e non-parole e della comprensione del testo in dislessici mai trattati. *Dislessia*, 7 (2), 165-179.
- Facoetti, A., Trussardi, A.N., Ruffino, M., Lorusso, M.L., Cattaneo, C., Galli, R., Molteni, M., Zorzi, M. (2009). Multisensory spatial attention deficits are predictive of phonological decoding skills in developmental dyslexia. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22 (5), 1011-1025.
- Lami, L., Palmieri, A., Solimando, M.C., Pizzoli, C. (2008). Evoluzione del profilo di lettura nella dislessia. Studio longitudinale su un gruppo di dislessici divenuti giovani adulti. *Dislessia*, 5 (1), 7-17.
- Pennington, B.F. (2006). From single to multiple deficit models of developmental disorders. *Cognition*, 101, 385-413.
- Ramus F. (2003). Developmental dyslexia: Specific phonological deficit or general sensorimotor dysfunction? *Current Opinion in Neurobiology*, 13, 212-218.
- Ramus F. (2004). Neurobiology of dyslexia: A reinterpretation of the data. *Trends in Neurosciences*, 27 (12), 720-726.
- Ramus, F., Rosen, S., Dakin, S.C., Day, B.L., Castellote, J.M., White, S., Frith, U. (2003). Theories of developmental dyslexia: Insights from a multiple case study of dyslexic adults. *Guarantors of Brain*, 126, 841-865.
- Tucci, R., Savoia, V., Merella, A., Tressoldi P.E. (2013). La dislessia evolutiva lungo l'arco della scolarità obbligatoria. Una replica dello studio di Stella et al. del 2001. *Dislessia*, 10 (3), 281-294.

### Conciliare certificazione e diagnosi

ROBERTO CUBELLI  
 Università di Trento  
 E-mail: roberto.cubelli@unitn.it

Cornoldi e Tressoldi hanno ben illustrato i punti critici emersi dopo l'introduzione della legge 170/10 che ha modificato lo scenario degli interventi in ambito scolastico per i disturbi specifici di apprendimento. Le nuove norme, espressione di un approccio difensivo e settoriale che rivendica tutele e considera la scuola una controparte, hanno modificato il ruolo e la natura della diagnosi: da complessa procedura clinica a semplice atto formale; da processo dinamico che indaga i percorsi e i cambiamenti individuali a certificazione di una stabile condizione di diversità; da esito di un'attività che coinvolge competenze professionali diverse a decisione di una struttura con complessa articolazione organizzativa.

Gli obiettivi del legislatore (riportati nell'art. 2 della legge) convergono con quelli delle famiglie e sono condivisibili: «favorire il successo scolastico (...) ridurre i disagi relazionali ed emozionali (...) adottare forme di verifica e di valutazione adeguate» di studenti spesso erroneamente giudicati come incapaci e immeritevoli e spesso ingiustamente ostacolati nella loro carriera. Così come per gli studenti con gravi menomazioni senso-motorie, sono previsti da tempo interventi che annullino, riducano o compensino gli effetti invalidanti dei loro disturbi sull'apprendimento e il rendimento scolastico, allo stesso modo è doveroso che si affermi un'analoga attenzione per gli studenti con deficit a carico di specifici processi cognitivi. Tuttavia, quello che poteva essere ottenuto con una più efficace formazione degli insegnanti e con l'acquisizione di nuove competenze e una più avanzata consapevolezza deontologica, è stato realizzato mediante un dispositivo legislativo che con la richiesta formale di certificazione pone più problemi di quanti ne risolve.

La normativa (completata dal successivo decreto ministeriale 5669 del 2011 e le associate Linee Guida) utilizza un'unica etichetta per designare un complesso eterogeneo di disturbi

cognitivi che nei singoli individui possono richiedere approcci diversi (trattamento specifico extrascolastico, supporto e intervento personalizzato in classe, adozione di ausili e appropriate strategie per le attività di studio, semplice osservazione e controlli periodici). Prescrivendo «appositi provvedimenti dispensativi e compensativi di flessibilità didattica», la norma impone interventi obbligati e automatici che non riflettono un rapporto di collaborazione tra insegnanti e clinici e processi decisionali condivisi, ma pongono la scuola in una condizione di subalternità e ne condizionano le scelte e gli obiettivi.

Etimologicamente la parola «diagnosi» significa «conoscenza per mezzo (di segni e sintomi)» e implica un processo di raccolta e interpretazione di dati. Diagnosi designa due processi: (1) rilevazione di una difficoltà o una condizione patologica; (2) identificazione delle cause (cognitive, neurologiche, genetiche, ecc.) di un disturbo o una condizione patologica. Sempre sono necessari strumenti con adeguate proprietà psicometriche: nel primo caso però l'approccio è di tipo semeiologico, nel secondo caso è di tipo neuropsicologico.

La legge 170/10 considera solo la prima accezione della parola «diagnosi» e si propone una classificazione delle persone per individuare i beneficiari di specifici interventi di tutela e protezione. L'obiettivo è identificare gli studenti e le studentesse con DSA, indipendentemente dall'analisi delle loro cause, non per isolare problemi che devono essere oggetto di intervento specifico, ma per accertare la presenza dei requisiti necessari per rivendicare diritti e attenzione. Nell'ambito della psicopatologia dell'apprendimento però non è sufficiente rilevare il comportamento deviante e confermare la presenza di specifiche difficoltà le cui conseguenze sono già note ad insegnanti e familiari.

Altri professionisti si occupano di studiare e identificare le basi eziopatogenetiche del disturbo, compito dello psicologo è, da un lato, descrivere in ogni individuo lo specifico profilo di abilità preservate e abilità deficitarie e, dall'altro lato, identificare i meccanismi cognitivi responsabili degli errori e delle difficoltà comportamentali (Vicari e Caselli, 2010). In un compito di lettura ad alta voce, la presenza di

un alto numero di errori (paralessie) consente di certificare l'esistenza di un disturbo di lettura che giustifichi una differenziazione nelle scelte didattiche e organizzative. Tuttavia, l'analisi quantitativa delle prestazioni e il confronto con i dati normativi non sono sufficienti; per adottare strategie educative mirate ed efficaci sono necessari un'analisi qualitativa degli errori e un confronto tra prove diverse, basati su un modello teorico che descriva il normale funzionamento dei processi cognitivi. La presenza sistematica di paralessie in cui la risposta è una non parola ortograficamente e fonologicamente simile allo stimolo (per esempio la parola «BAGNO» letta /bango/), rivela certamente la presenza di una difficoltà di lettura che giustifica la diagnosi di DSA, ma solo un'analisi qualitativa dell'insieme delle prestazioni consente di (i) identificare lo stadio di elaborazione specificamente deficitario (che può collocarsi a livello del riconoscimento delle lettere, della segmentazione in grafemi della sequenza ortografica oppure della conversione nei fonemi corrispondenti), (ii) formulare ipotesi prognostiche e (iii) pianificare un eventuale intervento di rieducazione e/o di supporto che includa anche «provvedimenti dispensativi e compensativi» in ambito scolastico.

La legge 170 si propone soltanto di riconoscere l'esistenza dei disturbi specifici di apprendimento (art. 1) e di stabilire diritti e garanzie (art. 5). Gli aspetti scientifici e metodologici non possono essere affrontati con una legge o un decreto attuativo, come rivelano la grossolanità e l'inesattezza delle definizioni: per esempio, la disortografia è definita «un disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nei processi linguistici di transcodifica» (legge 170/10, art. 1, c. 4) e riguarda «l'utilizzo, in fase di scrittura, del codice linguistico in quanto tale» (Linee guida, punto 1.2).

I criteri proposti da Cornoldi e Tressoldi sono completamente condivisibili. Propongo solo alcune osservazioni complementari.

**1.** Per la valutazione della lettura, il brano rappresenta certamente uno strumento completo e può essere utilizzato come unica fonte

per la rilevazione di difficoltà. Nel caso di deficit dell'attenzione e dell'esplorazione visiva però è possibile osservare una doppia dissociazione lettura di brani e lettura di singole parole (Beschin, Cisari, Cubelli e Della Sala, 2014). Non rinuncerei alla prova di lettura di non parole (o di parole nuove per il singolo lettore) che, escludendo conoscenze semantiche e processi inferenziali, consente di indagare la procedura di conversione grafema-fonema e l'eventuale influenza delle informazioni lessicali e morfologiche. Poiché è auspicabile che la certificazione di DSA orienti le scelte didattiche, non è possibile non cercare di identificare la sede del disturbo. A questo fine è necessario poter confrontare le prestazioni di lettura di parole e non parole: in caso di assenza di un effetto lessicale (parole lette meglio di non parole) e di paralessie visive (sostituzione con parole ortograficamente simili), solo l'analisi qualitativa consente di collocare il deficit a livello lessicale (associato a difficoltà in prove di decisione ortografica) o a livello pre-lessicale di identificazione dell'informazione ortografica (testimoniato dall'effetto della lunghezza dello stimolo e dall'effetto del formato delle lettere: maiuscolo vs. minuscolo, stampato vs. corsivo).

2. Non metterei in contrapposizione i parametri di accuratezza e rapidità. Una prestazione ricca di errori è certamente deficitaria, ma in caso di prestazione accurata solo i tempi di lettura consentono di rilevare specifiche difficoltà. La lentezza però è ambigua: può rivelare specifiche difficoltà di esplorazione visiva, riconoscimento delle lettere o assemblaggio fonologico, ma (soprattutto nella lettura di un brano) può riflettere anche una strategia di compenso per ottimizzare le risorse e facilitare la comprensione. Di nuovo, è necessario poter disporre di un set predefinito di prove che consenta la individuazione di profili comportamentali interpretabili.

3. La qualificazione della gravità è necessaria. Da un lato, deve essere funzionale al tipo di intervento che si ritiene necessario proporre in ambito scolastico: didattica personalizzata, uso di tecnologie informatiche e/o maggiore

disponibilità di tempo per studio e compiti di verifica. Dall'altro lato, deve consentire un giudizio prognostico e programmare i successivi controlli.

Per quanto riguarda la valutazione della disortografia, è assolutamente necessario utilizzare sia prove di dettato sia prove di scrittura spontanea. Tuttavia è bene precisare che

(a) per valutare la segmentazione lessicale non è necessario ricorrere a brani o frasi ma è ancora possibile utilizzare materiale «isolato»; per esempio si possono usare composti preposizionali («ferro da stiro») e sintagmi nominali («l'orologio nuovo»);

(b) nelle prove di dettato (soprattutto quando si vuole indagare la capacità di conversione fonema-grafema mediante il dettato di non parole) è opportuno chiedere sempre la ripetizione ad alta voce dello stimolo per evitare prestazioni di difficile interpretazione ed escludere associati problemi attentivi o di percezione uditiva;

(c) per valutare la competenza ortografica (per definizione, indipendente dalla realizzazione degli allografi) ed escludere problemi disgrafici nella realizzazione della sequenza di lettere (che potrebbero manifestarsi mediante fenomeni di perseverazione e anticipazione di lettere e la sostituzione di lettere visivamente simili), è opportuno valutare la scrittura con diverso formato dei caratteri (stampatello, corsivo) e diversa modalità di risposta (a mano, con la tastiera). La diagnosi differenziale di ortografia e disgrafia è fondamentale sia per valutare gli eventuali effetti dei metodi di insegnamento scolastico, sia per pianificare specifici piani di intervento.

## Riferimenti bibliografici

- Beschin, N., Cisari, C., Cubelli, R., Della Sala, S. (2014). Prose reading in neglect. *Brain and Cognition*, 84, 69-75.
- Vicari, S., Caselli, M.C. (2010). *Neuropsicologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.

### Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170. Contributo al dibattito

ANTONELLA D'AMICO  
Università di Palermo  
E-mail: antonella.damico@unipa.it.

Nell'accogliere l'invito al dibattito avviato da Cesare Cornoldi e Patrizio Tressoldi, voglio concentrare il mio contributo su quattro degli aspetti illustrati dai colleghi e strettamente interconnessi, quali la compresenza di indici clinici (punto 5), le conseguenze adattive (punto 6); i fattori di esclusione (punto 7) ed il riferimento al QI (punto 8). Saranno per primi esaminati i punti 5, 7 e 8 e successivamente il punto 6.

Il filo conduttore del presente contributo, che si concentra principalmente sulla diagnosi della dislessia o Disturbo Specifico dell'Apprendimento della lettura, è il tentativo di rispondere ad una domanda apparentemente retorica: *quanto sono specifici i Disturbi Specifici dell'Apprendimento?*

Infatti, benché l'espressione DSA sia molto utile per distinguere questa particolare tipologia di disturbi da forme di disabilità cognitive e relazionali più gravi o legate a deficit neurologici e sensoriali, quando si valuta l'apprendimento di un bambino nell'area della lettura, spesso si sta osservando solo il «sintomo» di una serie di problemi a carico di processi il cui funzionamento va approfonditamente indagato. Credo che solo un approccio di questo tipo possa portare a diagnosi più precise.

**1. Punto 5 del dibattito. Compresenza di indici clinici.** Numerose ricerche della letteratura degli ultimi 30 anni hanno dimostrato che i bambini con dislessia o disortografia, e spesso anche bambini che non hanno una diagnosi di DSA ma presentano difficoltà nell'area della lettura o della scrittura, presentano deficit in una serie di processi cognitivi, evidenziabili attraverso la somministrazione di test e prove altamente specifiche, e spesso anche anomalie nel funzionamento dei movimenti oculari.

Per restare nell'ambito delle abilità cognitive, molte ricerche dimostrano che, in funzione

della tipologia di disturbo, in bambini con dislessia è possibile osservare deficit delle abilità fonologiche, della memoria verbale a breve termine, della memoria di lavoro, dell'attenzione spaziale e visiva o della velocità di elaborazione.

Le ricerche longitudinali sui predittori delle difficoltà di lettura, hanno anche ampiamente dimostrato che i bambini che a 4-5 anni mostrano difficoltà in prove fonologiche o di memoria, sono a più alto rischio di manifestare in seguito un disturbo di lettura.

Ciò detto, risulta di particolare importanza, a mio avviso, che il riferimento alla misurazione di tali processi cognitivi sia esplicitamente indicato nelle linee guida per la diagnosi.

Una disfunzione in una o più di queste aree, può essere un elemento fondamentale per distinguere già in fase diagnostica i veri positivi, quei bambini che presentano una vera e propria forma di dislessia, da altre tipologie di casi, che presentano problemi meno importanti o comunque transitori.

In altre parole, un approccio di questo tipo può consentire di comprendere se siamo in presenza di una *difficoltà* o di un *disturbo* dell'apprendimento.

Inoltre, la convergenza di metodi e strumenti nel contesto clinico-diagnostico e nei contesti di ricerca, potrà certamente aiutare a definire dei rapporti specie-specifici all'interno dei disturbi di lettura, che metteranno in luce con sempre maggior precisione come la disfunzione di alcuni processi cognitivi di base ma non di altri, può tradursi in specifiche forme di disturbo, ad esempio in forme di dislessia più legate alla sfera fonologica, o ad altre più legate a fattori visuoperceptivi.

**2. Punto 7 del dibattito. I fattori di esclusione.** Considerando che la lettura e la scrittura sono forme di apprendimento, le scarse competenze raggiunte da un bambino in questi ambiti possono essere sintomi di una gamma di fattori molto ampia, dallo svantaggio socioculturale (analfabetismo della famiglia, prevalente uso del dialetto nei contesti extrascolastici, lavoro minorile ed altro), alla mancata alfabetizzazione legata a vicende familiari

(protratte assenze per malattia o altro), approcci didattici non efficaci, fino alle situazioni di bilinguismo o di madrelingua straniera.

Lo svantaggio socioculturale, inoltre, può spesso vanificare l'utilità di prove standardizzate che, seppur molto controllate sul piano psicometrico, misurano delle forme di apprendimento legate al contesto ambientale. È molto frequente che, in territori geografici diversi, anche in ragione delle differenze dialettali, si trovino livelli medi di lettura molto diversi l'uno dall'altro, e le differenze, possono essere molto marcate anche tra due istituti diversi che ricadono nello stesso territorio.

Ne deriva che in alcuni contesti, la somministrazione di prove di lettura ad una classe di alunni può restituire un quadro in cui il 50-60% degli alunni ricade al di sotto delle 2 d.s. sotto la media, o del 5° percentile, contravvenendo a qualunque previsione epidemiologica. Il buon senso induce il clinico (ed anche l'insegnante) a tener conto di questo problema, ma rimane il fatto che difficilmente si può disporre di standardizzazioni specifiche per determinati territori.

Per tutte queste ragioni, i fattori ambientali citati sono considerati fattori di esclusione per la diagnosi.

Al contrario, le abilità cognitive di base, seppur anch'esse oggetto di modificazioni in funzione dell'ambiente e dell'educazione, sono meno legate a fattori apprenditivi e di conseguenza meno influenzate dalle situazioni di svantaggio socioculturale, di scarse opportunità di apprendimento o di bilinguismo.

Ne deriva che un deficit nelle componenti cognitive che la ricerca ha indicato come coinvolte nell'apprendimento della lettura o della scrittura può essere considerato come prova che un bambino presenta un disturbo specifico dell'apprendimento che coesiste con uno dei fattori di esclusione.

La misurazione dei processi cognitivi di base, quindi, risulta di estrema importanza per effettuare delle diagnosi più precise anche nei casi in cui alcuni fattori di natura ambientale, configurandosi come fattori di esclusione, confondono il quadro sintomatologico e rendono più complesso il lavoro del clinico.

**3. Punto 8 del dibattito. Il riferimento al QI.** Come è noto, il quoziente intellettivo è un altro fattore di esclusione, in quanto un disturbo dell'apprendimento è specifico quando si osserva nel quadro di un funzionamento intellettivo nella norma. Come giustamente già osservato da Cornoldi e Tressoldi, tuttavia, è molto importante riflettere sul tipo di test che si sta utilizzando per la misurazione del Quoziente Intellettivo (e questa considerazione di fatto potrebbe aprire un dibattito molto ampio sull'intelligenza, o meglio sulle intelligenze, e sulla loro misurazione, che tuttavia non sarà condotto in questa sede).

Nella diagnosi dei DSA, infatti, si fa generalmente riferimento all'intelligenza così come misurata attraverso test che esaminano tra le altre proprio quelle abilità cognitive di base in cui alcuni bambini con DSA in lettura sono deficitari.

È il caso della WISC-IV che ormai comprende al suo interno anche prove di memoria di lavoro (riordinamento lettere e numeri) ed ha approfondito la parte sulla velocità di elaborazione delle informazioni visive e spaziale (inserendo le prove di cancellazione e ricerca di simboli).

Ne deriva che il quoziente intellettivo totale di un bambino con DSA può essere negativamente inficiato dalla prestazione in tali prove, fino al punto che si rischi di non superare i *cut-off* previsti per definire «specifico» un disturbo specifico di apprendimento.

Ci troviamo quindi di fronte al paradosso per cui per affermare che un bambino ha un disturbo specifico di apprendimento e non una semplice *difficoltà*, dobbiamo aspettarci un deficit significativo in alcuni fattori cognitivi e neuropsicologici di base; allo stesso tempo, però, poiché tali deficit possono inficiare negativamente il quoziente intellettivo generale fino a far superare le soglie che differenziano il funzionamento intellettivo normale da quello limite, potremmo trovarci nella condizione di non poter definire *specifico* il disturbo di apprendimento osservato.

In considerazione di tutto ciò, è fondamentale che nell'utilizzo dei test per la misurazione del QI che esaminano processi potenzialmente

deficitari nei bambini con DSA, si adotti un approccio di analisi qualitativa delle prestazioni e si esamini la disomogeneità tipica dei profili: nel caso della WISC-IV, ad esempio, posso aspettarmi che un bambino con dislessia riporti prestazioni scadenti negli indici di Memoria di lavoro e Velocità di elaborazione, mentre dovrei ottenere punteggi migliori negli indici di Comprensione verbale e Ragionamento visuoperceptivo.

**4. Punto 6 del dibattito. Le conseguenze adattive.** Per le sue caratteristiche, un DSA può avere conseguenze sul piano adattivo estremamente diverse da bambino a bambino. Una situazione di DSA in un contesto particolarmente svantaggiato, dove il parziale analfabetismo è particolarmente diffuso, ad esempio, sarà certamente vissuta dal bambino con minor sofferenza psicologica rispetto ad una situazione di DSA vissuta in un contesto caratterizzato da alti livelli di istruzione. Inoltre, il livello di adattamento in una situazione di DSA può significativamente variare sia in funzione del contesto (insegnanti particolarmente illuminati, genitori pronti ad accettare la diagnosi, coetanei inclusivi), in funzione del grado di gravità stesso, ed in funzione di varie altre caratteristiche del bambino con DSA, quali l'età in cui il disturbo viene diagnosticato, lo stile di personalità, lo stile motivazionale, le capacità meta-cognitive e le capacità emotive.

L'adattamento, in questo caso, è verosimilmente il risultato di una interazione triadica tra tipo e livello del DSA, contesto e altre dimensioni personali. È infatti evidente che le situazioni di frequente insuccesso che, al di là dei contesti più o meno facilitanti, vive il bambino con DSA, possano minarne lo sviluppo psicologico.

La ricerca sugli stili di personalità e sulle caratteristiche emotive e motivazionali dei bambini con DSA non è altrettanto prolifica di quella sui fattori cognitivi di base coinvolti nelle varie forme di disturbo, ma è auspicabile che si sviluppino sempre più, dando indicazioni su profili tipici, ed eventualmente suggerendo l'inclusione di specifiche scale di misurazione anche ai fini diagnostici.

Esaminare in maniera più sistematica la personalità e le risorse personali, in termini di autostima, motivazione ed intelligenza emotiva dei ragazzi con DSA, soprattutto quando adolescenti, può essere l'obiettivo per il prossimo futuro, in quanto potrebbe consentire di pervenire ad una diagnosi che, nel rispetto delle norme tecniche e dei fattori di inclusione/esclusione, non perda di vista la *persona*, ed individui i modi più funzionali per consentirne un adattamento scolastico e sociale efficace.

## Un approccio ecologico alle categorie nosologiche

SERGIO DI SANO  
*Università di Chieti-Pescara*  
E-mail: [sergio.disano@unich.it](mailto:sergio.disano@unich.it)

Le linee guida proposte da Cornoldi e Tressoldi rappresentano sicuramente un contributo prezioso per il professionista che può trovarsi frastornato tra tante fonti diverse e a volte contrastanti tra loro. Come gli autori notano «le diagnosi fatte in Italia utilizzano il sistema di codifica ICD-10... e si richiamano però anche ai documenti Consensus e devono tenere conto della legge 170». Ora queste tre fonti non forniscono indicazioni del tutto sovrapponibili, per cui il clinico che fa la diagnosi deve tener conto della legge 170, far riferimento al sistema di codifica ICD-10 e seguire le indicazioni della Consensus. Si tratta allora di trovare un percorso condiviso non semplice, anche perché le diverse fonti si basano a volte su prove scientifiche e altre volte sull'accordo tra esperti.

La questione diventa ancora più complessa se prendiamo in esame il DSM-5, che considera in modo unitario i disturbi dell'apprendimento. Chiaramente questa fonte non ha valore in Italia e tuttavia mette in discussione le basi scientifiche per la distinzione tra i diversi disturbi dell'apprendimento. Si tratta chiaramente di una questione che coinvolge la ricerca volta a indagare i criteri di validità interna ed esterna che soddisfano le distinzioni nosologiche (Pennington, 2009). Per il clinico, l'importa-

tante è individuare dei criteri condivisi, ed ecologicamente rilevanti, per la formulazione della diagnosi.

Come gli autori notano «Noi assumiamo che le ragioni per una diagnosi dicotomica (disturbo: sì vs. no) e di criteri condivisi nasca dal fatto che esiste una legge (la 170) che pure assume che ci debba essere una precisa delimitazione dei casi che ne possono beneficiare». Questa mi sembra un'osservazione importante in quanto la questione di dover stabilire «se un bambino ha o non ha la dislessia» è una questione che angoschia molti professionisti che avvertono il carico di questa responsabilità e cercano criteri certi per dare risposte inequivocabili. In realtà, come ha notato acutamente Deborah P. Waber (2010), la politica ha scopi molto differenti dalla pratica clinica, differenziare chiaramente chi ha diritto e chi non ha diritto a uno specifico riconoscimento giuridico, e alle conseguenti agevolazioni, mentre la realtà è quella di un'ampia variabilità tra i bambini con disturbo di apprendimento. Si tratta solo di porre dei paletti per gestire al meglio le risorse dello stato, a fronte del fatto che comunque anche i bambini che non rientrano nei criteri della diagnosi possono esprimere un disagio che richiede un'adeguata attenzione; e per questi, la normativa sui BES garantisce quella flessibilità di cui c'è ampio bisogno.

In altri termini, come notano Cornoldi e Tressoldi, l'obiettivo è quello di evitare che «studenti intelligenti, ma limitati da una specifica difficoltà» subiscano vessazioni, o non siano messi in condizione di raggiungere quegli obiettivi di apprendimento che sono alla loro portata. Senza dimenticare che anche bambini meno gravi, o che comunque non rientrano nei criteri definiti per legge (qualsiasi essi siano,) potrebbero aver bisogno di un supporto psicologico per dare il meglio nell'attività scolastica.

All'interno di questo contesto, credo siano ampiamente condivisibili i criteri operativi proposti dagli autori. Provo solo a formulare alcune riflessioni su due punti che mi sembra richiedano un qualche approfondimento.

Il primo punto, riguarda i criteri 3 e 4 «Persistenza e resistenza alla stimolazione didattica» per i quali condivido l'idea che il pro-

fessionista che nutre dei dubbi circa la diagnosi possa avviare un trattamento e poi in base alla risposta del bambino decidere se formulare la diagnosi. Nel commentare questo criterio gli autori ritengono di individuare alcune possibili ambiguità nel criterio della persistenza e nella considerazione della «resistenza al cambiamento». Dal momento che considero invece l'approccio «response to intervention» (RTI) una delle prospettive teoriche più importanti in questo ambito, provo a diradare queste possibili «ambiguità» dell'approccio.

Una possibile ambiguità è il fatto che l'approccio RTI sembra assumere che non si possa migliorare la competenza del bambino dislessico, in quanto viene definito «dislessico» il bambino che non migliora con il trattamento, mentre il bambino che migliora «non era dislessico». In realtà, credo che l'assunto principale dell'approccio RTI sia quello di non pensare in modo statico la valutazione e di non distinguere nettamente tra valutazione e intervento.

Si tratta di intervenire, in primo luogo a livello didattico, per recuperare uno svantaggio che potrebbe essere legato a uno scarso supporto sociale, e solo dopo che una varietà di interventi di tipo didattico, sempre più intensivi, non hanno funzionato allora il bambino viene indirizzato verso una valutazione svolta dal professionista per fare una diagnosi di dislessia. In secondo luogo, seguire l'evoluzione nel tempo in relazione al trattamento, per poterlo ricalibrare, va al di là della definizione nosografica del disturbo che di per sé non fornisce indicazioni chiare circa la prognosi.

Chiaramente non sempre le scuole sono attrezzate per la messa in atto di interventi educativi adeguati e quindi al clinico possono arrivare bambini «deprivati» che cadono alle prove senza essere dislessici. In questo senso, come propone il criterio proposto, se il clinico ha dei dubbi al riguardo, può proporre un intervento preliminare alla formulazione della diagnosi. In ogni caso, nulla impedisce di testare l'efficacia di interventi riabilitativi sui bambini che «resistono» all'intervento didattico. Un altro problema potrebbe essere il rischio di «rinviare» il trattamento, ma questo rischio è compensato dal vantaggio di «ottimizzare» l'impiego di

risorse, in quanto vengono indirizzati in ambito clinico solo i casi che «resistono» all'intervento didattico.

Il secondo punto riguarda l'esigenza di chiarire meglio la relazione tra il criterio 5 (Compresenza di indici clinici) e il criterio 9 (Gravità). Nel criterio 5 si dice che la compresenza di indici clinici contribuisce a definire il grado di severità del disturbo e in questo contesto si parla anche della «familiarità». Ora sia la familiarità che la presenza di altri indici, come un disturbo pregresso del linguaggio, sono indici spesso associati alla dislessia e quindi contribuiscono a definire il quadro con maggiore certezza, la familiarità sembra però più un indice della presenza di una base innata che contribuisce al disturbo piuttosto che di per sé un indice della sua gravità. In questo senso, penso sia importante distinguere gli indici che sembrano maggiormente legati a una base innata (e possono far pensare forse a una maggiore persistenza nel tempo) da quelli che in senso stretto si associano a manifestazioni più gravi della dislessia (come disturbo pregresso del linguaggio)

Nel criterio 9 (Gravità) si dice che dal momento che l'ICD-10, a differenza del DSM-5 non prevede una caratterizzazione unitaria del DSA, non si può considerare la compresenza di più disturbi come diretta indicazione del livello di gravità. Per cui si propone per il futuro di «utilizzare i criteri delle 2, 3 e 4 deviazioni standard negative per i livelli di prestazione associati alle dislessie di grado lieve, medio e grave». In questo caso, però rimarrebbe poi da decidere su quali indici basarsi. Inoltre, potrebbe risultare in contraddizione con la proposta relativa al criterio 2 (fascia d'età e *cut-off*) di usare i centili al posto della DS anche per la velocità di lettura.

Un altro aspetto che potrebbe contribuire a definire la gravità della dislessia e la misura in cui compromette la comprensione del testo letto, in quanto da un punto di vista ecologico l'obiettivo della lettura è la comprensione di quello che si legge. In ogni caso, il termine gravità potrebbe avere diverse accezioni, e in senso ampio potrebbe coinvolgere anche variabili contestuali e socio-ambientali che

possono contribuire a rendere la situazione «più grave» nel senso di «meno suscettibile di cambiamento». In questo senso, sarebbe utile chiarire con qualche accezione si usa il termine «gravità».

## Riferimenti bibliografici

- Pennington, B.F. (2009). *Diagnosing learning disorders*. New York: Guilford Press.  
Waber, P.D. (2010). *Rethinking learning disabilities*. New York: Guilford Press.

## Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170. Contributo alla discussione

ROBERTO IOZZINO

*Centro per i Disturbi Cognitivi e del Linguaggio – Roma*

*E-mail: roberto.iozzino@gmail.com*

Da tempo si sentiva l'esigenza di precisare meglio le linee guida sulla diagnosi dei DSA, cercando di eliminare le ambiguità che determinavano incertezze nei clinici alle prese con casi complessi e, per certi aspetti, limite.

L'iniziativa del prof. Cornoldi e del prof. Tressoldi è quanto mai opportuna e l'invito al dibattito mi sembra un metodo molto condivisibile ed efficace.

Questo mio intervento vuole intendere portare l'esperienza ragionata della pratica clinica come contributo alla discussione.

**1. Uso di prove standardizzate.** L'uso delle prove standardizzate è quanto mai doveroso; le prove che abbiamo sono abbastanza efficaci ma molti di noi sentono l'esigenza di avere a disposizione strumenti ancora più raffinati. La lettura delle liste di parole e di non parole, che rimane lo strumento principe ad uso del clinico per la diagnosi di dislessia, risente di una standardizzazione limitata a un solo valore per anno scolastico e sembra poco sensibile soprattutto per i casi al limite. In questo senso

solo la valutazione di altri indicatori clinici permette di effettuare correttamente diagnosi di inclusione o di esclusione.

In futuro sarebbe auspicabile una standardizzazione che preveda almeno due valori, inizio e termine anno scolastico, dalla fine della seconda elementare alla terza media. Per le scuole superiori un solo valore può andare bene. In alternativa bisognerebbe costruire un indicatore che assegni un peso statistico al momento della misurazione. Si potrebbe costruire un indicatore che tenga conto della data della valutazione clinica e che rapporti il valore misurato con il momento della misurazione del campione di standardizzazione e con l'evoluzione media della velocità di lettura nella popolazione (sia normolettori che dislessici).

Si eviterebbe così di trovarci di fronte a quelli che io chiamo «dislessici fluttuanti», ovviamente nel senso di errore di misura, ragazzi che a ottobre/novembre leggono le liste con punteggi di rapidità o di correttezza superiori alle due deviazioni (o inferiori al 5° percentile) rispetto alla classe scolastica frequentata e che valutati a maggio/giugno sono sotto le due deviazioni o sopra il 5° percentile e, quindi, non più clinicamente significativi.

Nelle situazioni limite solo l'utilizzo incrociato di indicatori clinici, di *cut-off* e di persistenza evolutiva, insieme a una misura di affaticabilità, per le scuole medie e superiori, può aiutarci a impostare la diagnosi corretta.

Esistono molti casi nei quali le diverse prestazioni si collocano in una fascia limite: non è infrequente trovare ragazzi con velocità di lettura e/o correttezza di lettura alle liste vicini alle due deviazioni o al 5° percentile. Che facciamo?

È evidente che una prestazione (uso le deviazioni standard per comodità espositiva) a 1,95 punti zeta dalla media a maggio o giugno dell'anno scolastico è molto differente dalla stessa prestazione a ottobre e novembre. Nel primo caso molto probabilmente la fluttuazione nell'anno successivo (confrontata con il campione della classe successiva), almeno fino a gennaio/febbraio andrà a far superare il limite di *cut-off* mentre nel secondo caso ciò, quasi sicuramente, non accadrà.

**2. Persistenza e resistenza alla stimolazione didattica.** Concordo con gli autori nell'uso di indicatori di persistenza e resistenza alla stimolazione didattica e concordo fortemente con gli autori quando affermano che c'è una forte componente di ambiguità nell'assunzione che il bambino con dislessia non possa comunque migliorare la sua competenza di decifrazione del testo.

Questo non solo perché presupporrebbe che il trattamento sia, per definizione, inefficace ma anche per le diverse ricerche pubblicate negli ultimi anni.

Come abbiamo avuto modo di conoscere dai lavori di Stella, Faggella e Tressoldi (2001) e di Campanini, Battafarano e Iozzino (2010) sappiamo che l'evoluzione della velocità di lettura segue una curva ben determinata e stabile nel tempo che segue un'equazione lineare di una retta. Il valore iniziale e la pendenza della retta sono diversi per il gruppo dei normolettori dal quello dei dislessici. Abbiamo trovato (Iozzino, Montanari e Palla, 2004) che il trattamento influisce sull'incremento della velocità di lettura dei bambini secondo tre schemi tipici:

a) Incremento durante il trattamento e parziale decremento durante il *follow-up*. Il guadagno di un ciclo formato da trattamento+*follow-up* è comunque statisticamente significativo rapportato al gruppo di controllo. I guadagni non sono stabilizzati e non è raggiunta l'automatizzazione della lettura.

b) Incremento significativo durante il trattamento e incremento simile a quello del gruppo di controllo durante il *follow-up*, con parziale automatizzazione del processo di lettura;

c) Incremento molto significativo nella fase di trattamento e regolarizzazione della lettura con stabilizzazione dei risultati e automatizzazione della decodifica.

Il caso (a) è abbastanza frequente e corrisponde a una condizione tipica dei dislessici che migliorano di molto le prestazioni durante la terapia ma che non mantengono totalmente i miglioramenti fatti; sono ragazzi che vanno attentamente monitorati perché, alla lunga e senza altri cicli di trattamento, tendono a tornare alle condizioni di gravità iniziali. È una

situazione nella quale la diagnosi di dislessia è evidente e perfettamente plausibile.

Il caso (b), anch'esso frequente illustra i bambini che ottengono benefici persistenti dal trattamento. Per loro l'effetto della terapia è di alzare il livello della retta di crescita ma la pendenza della retta, finito il trattamento, è perfettamente sovrapponibile a quella dei dislessici; in altre parole il trattamento ha ridotto il livello di gravità del disturbo ma lo stesso è riconoscibilissimo dalla tipicità dell'evoluzione successiva che segue la nota equazione pubblicata negli studi citati. La prognosi, a lungo termine, è di una quasi completa compensazione del disturbo. Anche i soggetti appartenenti al gruppo (b) sono chiaramente dislessici.

Il gruppo (c) è quello dei soggetti che, molto probabilmente, non appartengono alla categoria clinica ma hanno avuto prestazioni scadenti per problematiche di altro tipo, facilmente modificabili con un intervento specialistico mirato ed efficace, capace di riportare le competenze stabilmente entro i valori limite per l'età e la scolarizzazione.

Per quanto detto, a mio modo di vedere, l'utilizzo dell'indicatore di persistenza e stimolazione didattica è un potente strumento nelle mani del clinico per seguire l'evoluzione del disturbo e per dirimere i casi dubbi; necessita però di un periodo lungo di osservazione e stimolazione e di classificazione nei vari tipici percorsi evolutivi delle abilità di lettura da noi osservate in una popolazione clinica.

**3. Conferma della diagnosi.** Concordo con gli autori che non si può sempre usare l'applicazione rigida dei criteri di prima diagnosi in quelle successive, specialmente alla fine della scuola secondaria di primo grado e nel corso della scuola secondaria di secondo grado.

A mio modo di vedere l'indicatore di evoluzione del disturbo insieme ad indicatori di affaticabilità e agli indicatori proposti dagli autori delle presenti linee guida, può essere usato per la conferma della diagnosi.

Se abbiamo seguito la storia evolutiva del ragazzo anche nei casi lievi che sono stati oggetto di interventi prolungati lo studio della pendenza della retta dopo l'ultimo intervento di

riabilitazione deve essere sufficiente per porre diagnosi di dislessia. Se l'intervento riabilitativo ha dato buoni risultati, la velocità di lettura del ragazzo può essere migliorata anche fino a posizionarsi nel range di normalità statistica ma, se la pendenza della retta segue l'evoluzione tipica dei dislessici, tale lettura non è così automatizzata da permettere lo studio rapido ed efficace senza un notevole affaticamento.

Nel caso in cui non abbiamo seguito l'evoluzione del soggetto, dobbiamo avere a disposizione almeno un dato precedente per poter tracciare un grafico che sia indicatore di evoluzione di un tipo o dell'altro.

In questo senso è *fondamentale* che le relazioni accompagnatorie delle diagnosi riportino i valori delle prestazioni sia della velocità sia della correttezza della lettura dei brani e delle liste di parole e di non parole posizionandole correttamente nel tempo per età e classe scolastica frequentata; non è sufficiente, come purtroppo troppo spesso accade, che sia riportata l'indicazione dei percentili o dei punti zeta delle letture rispetto al campione di standardizzazione.

Concordo completamente con gli autori con quanto affermano nel paragrafo «professionisti coinvolti nella diagnosi».

Credo che nel tempo la discussione sulle linee guida richieda ulteriori approfondimenti anche se ritengo che siamo arrivati a un buon livello di dettaglio e che, contrariamente al passato, gli operatori coinvolti nel processo diagnostico abbiano a disposizione gli elementi necessari per lavorare con serenità.

## Riferimenti bibliografici

- Campanini, S., Battafarano, R., Iozzino, R. (2010). Evoluzione naturale della lettura del brano, delle liste di parole e di non parole e della comprensione del testo in dislessici mai trattati. *Dislessia* 7 (2), 165-179.
- Iozzino, R., Montanari, F., Palla, B. (2004). Il metodo lessicale e sublessicale con mascheramento percettivo per il trattamento della Dislessia. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 71 (2), 303-314.

Stella, G., Faggella, M., Tressoldi, P.E. (2001). La Dislessia evolutiva lungo l'arco della scolarità obbligatoria. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 68, 27-41.

## Discussione sulle linee guida per la diagnosi di dislessia e disortografia

GIANLUCA LO PRESTI

Servizio di Neuropsicologia e Psicopatologia dell'Apprendimento, Catania e Messina

E-mail: gian\_lopresti@yahoo.it – web: www.neuropsicologia.nelsito.it

Il lavoro di aggiornamento proposto dai colleghi rappresenta un nuovo, ricco e necessario punto di svolta nella riformulazione delle linee guida per la diagnosi di dislessia e disortografia.

Questo contributo, vista la vastità dell'argomentazione, vuole però concentrarsi nell'approfondire alcuni argomenti ben precisi, sui quali, durante le diverse riletture del documento, si è scelto di dare voce tramite le seguenti riflessioni.

### 1. Una evoluzione delle procedure.

I documenti di Consenso sin ora prodotti rappresentano oramai un caposaldo a cui tutti i clinici che si occupano di DSA fanno quotidianamente riferimento. Nonostante ciò, il loro punto debole è stato probabilmente quello di essere dispersivi nelle informazioni, recando spesso la difficoltà di andare ad individuare tra i vari documenti l'informazione ricercata.

Riprendendo i documenti prodotti AID (2009), PARCC (2011) e Consensus Conference sui DSA dell'ISS (2011) si sono ricercati i passaggi in cui si definivano, nello specifico, i criteri per la diagnosi di dislessia; tali punti sono stati messi in relazione con il nuovo documento proposto dai colleghi. Questo permette di ragionare su alcune delle tante novità aggiuntive di cui ci stiamo occupando.

1) *Uso di prove standardizzate.* Tale criterio è rintracciabile sia nella prima Consensus (AID, 2009), in cui si indicava di usare le tre prove (lettura brano, parole e non-parole),

che nella Consensus successiva (ISS; 2011). In quell'ultima sede, però, si sottolineava l'esigenza di «ricorrere soprattutto alla prova di lettura di non-parole» (quesito A3.2), e solo successivamente si raccomandava anche «di utilizzare la prova di lettura di brano, in quanto prova utile per stabilire il criterio di interferenza nella vita quotidiana» (quesito A3.3).

Nella nuova proposta dei colleghi, invece, troviamo un superamento della precedente raccomandazione di dare più peso alla lettura di non-parole. Pienamente condivisibile appare dunque la spiegazione secondo cui l'uso di prove di lettura di brano siano più ecologiche, soggette a specifiche variabili non considerati dalle altre prove e maggiormente capace di tener conto delle conseguenze adattive del problema. In più, sulla base dei precedenti punti, la prova di lettura di brano, potrebbe riuscire di conseguenza a fornire utili se non maggiori informazioni nella successiva stesura del piano d'intervento e di aiuto didattico mirato.

2) *Fasce d'età e cut-off.* Oltre alle fasce d'età, in cui tutti oramai coincidono (AID, 2009; PARCC, 2011; ISS, 2011), nella nuova proposta qui presentata troviamo con maggior incisione un aspetto richiamato solo a grandi linee e con indicazioni da «manuale» nella prima delle Consensus (AID, 2009): l'aspetto statistico. Sostanzialmente, adesso, si discute di dare maggiore rilevanza ai valori al di sotto del 5°percentile. Tale approccio pone due aspetti complessi.

Il primo è che utilizzando il 5°p. garantiremo una maggiore precisione nell'uso degli strumenti standardizzati. Infatti, avendo a che fare con strumenti i quali, pur nel rispetto dei criteri di attendibilità e di validità e del campione normativo, mostrano un loro Errore Standard di Misura. Questo valore nell'errore nella stima da parte di un algoritmo di calcolo, dovrebbe renderci più cauti nell'uso delle 2 Ds, così da appoggiare l'applicazione del 5°p.

D'altro canto, però, abbiamo un secondo aspetto, decisamente più pragmatico: il rischio di escludere dalla diagnosi di dislessia quei soggetti che pur avendo un quadro, nel complesso, deficitario, non raggiungono il criterio del 5°p., i quali, nonostante vi siano

messi in atto più utili interventi mirati, la loro condizione resti comune con forti difficoltà. In tali situazioni il criterio (di cui parleremo più avanti) della *persistenza e della resistenza alla condizione*, potrà sicuramente aiutarci nel discriminare con maggiore attenzione i casi con dislessia.

Il risultato di questo primo aspetto riflessivo indica che i criteri specifici per la diagnosi citati nei vari documenti sostanzialmente convergono e si definiscono ancor di più all'interno dei primi due criteri previsti da questa nuova proposta.

Unica segnalazione resa possibile dal confronto tra i documenti che abbiamo preso in esame e la proposta affrontata, è l'indicazione del profilo funzionale.

In tal senso, come già presente nelle Raccomandazioni cliniche dei DSA (PARCC, 2011, pagina 12 quesito A6), ma è anche come indicato nel comma 2 art. 3 «Elementi di certificazione di DSA» della Conferenza Stato-Regioni per i DSA (2012), in questo nuovo documento, oltre il punto 9 «Gravità», o similmente al punto 12 «Riferimento alla legge 170 e ai provvedimenti dispensativi e compensativi» potrebbe essere utile prevedere in maniera più chiara l'indicazione dei differenti sottotipi clinici all'interno della popolazione italiana con disturbi di lettura e dell'ortografia.

Gli altri argomenti presenti nei documenti citati (AID, 2009; PARCC, 2011; ISS, 2011) presentano soprattutto criteri comuni a tutti i DSA. Dunque questo nuovo documento appare innovativo sotto più punti di vista, soprattutto nel compito di rintracciare dei criteri ancora più specifici e definiti sulle esigenze proprie della dislessia e disortografia.

**2. Segni clinici e monitoraggio.** I criteri dal 3 al 6 li potremmo anche ritenere come l'applicazione, in modo ancora più dettaglio, dell'ottimo lavoro svolto dalle ricerche condotte sino ad oggi.

3) *Persistenza.* L'individuazione dei segni clinici di persistenza in fase di anamnestica potrebbe essere in grado di fare la differenza in tutti quelle prestazioni ai limiti della norma statistica, sia se essi siano poco più positivi che

poco più negativi. Tale differenza è meglio argomentata nel punto successivo.

4) *resistenza alla stimolazione didattica.* Probabilmente è uno dei punti più complicati al fine di creare un criterio chiaro e condivisibile.

Le principali variabili da verificare all'interno di questo criterio sembrerebbero essere di due tipi. Il primo è legato alla ricerca dei segni clinici di sviluppo tipici per DSA, il secondo è accertarsi se siano state attivate o meno e in modo qualitativamente efficace, interventi di recupero specifico.

Tali informazioni, a mio avviso, potrebbero aprire una discussione sulla modalità operativa in considerazione della presenza/assenza di segni clinici tipici per DSA e la presenza/assenza di documentata persistenza in interventi mirati.

Premettendo la presenza di tutti gli altri criteri diagnostici, potremmo dunque avere le seguenti condizioni (figura 1):

– Presenza di segni clinici di sviluppo compatibili con DSA in presenza di documentata persistenza di interventi pregressi: qui sono soddisfatti tutti i criteri per diagnosi di DSA (quadrante 1);

– Assenza di segni clinici di sviluppo compatibili con DSA in presenza di documentata persistenza di interventi pregressi: In questa situazione potrebbe essere possibile effettuare una diagnosi con il rinvio per la conferma della diagnosi a seguito della persistenza ad interventi mirati (quadrante 2);

– Presenza di segni clinici di sviluppo compatibili con DSA in assenza di documentata persistenza di interventi pregressi: diagnosi di DSA, oppure se nelle prove di valutazione il soggetto aveva ottenuto dei punteggi limite con i *cut-off* indicati, la diagnosi può essere da rivedere post-intervento, ma sempre a discrezione del clinico. Infatti, possiamo anche ritenere la presenza degli indici clinici compatibili con DSA come un criterio affidabile ai fini di una diagnosi di DSA (quadrante 3);

– Assenza di segni clinici di sviluppo compatibili con DSA in assenza di documentata persistenza di interventi pregressi: in questa situazione può essere consigliabile, durante il percorso diagnostico di prendere in considerazione anche altre ipotesi. Al momento si può

		Documentata persistenza interventi	
	Diagnosi DSA		Diagnosi provvisoria Intervento mirato Se condizione persiste conferma Diagnosi DSA
Segni clinici di sviluppo compatibili con DSA	1	2	No presenza di segni clinici sviluppo compatibili con DAS
	3	4	
	Diagnosi di DSA Se punteggi limite cut-off Profilo da monitorare a discrezione del clinico		Accertarsi di verificare più ipotesi Nessuna diagnosi Intervento mirato Se condizione persiste: ipotesi Diagnosi DSA
No documentata persistenza interventi			

Fig. 1. Modalità operativa in considerazione della presenza/assenza di segni clinici tipici per DSA e la presenza/assenza di documentata persistenza in interventi mirati. In tutte le condizioni si permette anche la presenza di tutti gli altri criteri diagnostici

non porre diagnosi, ma si intervenire in maniera mirata, e se la condizione persiste in assenza chiara di altre ipotesi, allora si può riporre un tipo di ipotesi di DSA (quadrante 4);

**3. Semplificare la comunicazione.** I quesiti sollevati dal contributo proposto dai colleghi sono certamente indicativi di una triplice realtà:

- Sistema di codifica dell'ICD-10, (OMS, 2010);
- Indicazioni dei Documenti di Consenso (AID, 2009; PARCC, 2011; ISS, 2011);
- Assetto legislativo rappresentato, principalmente, dalla Leg.170/10 e Conferenza Stato-Regioni sui DSA (2012).

Questi tre aspetti trovano la loro applicazione nel lavoro quotidiano con i DSA in non poche complessità:

Comunicazione tra professionisti (sanità-sanità);

Comunicazione tra professionisti e scuola (sanità-scuola);

Comunicazione tra insegnanti (scuola-scuola, cambio di classi, di istituto, di docenti, ecc.).

Premesso che appare evidente, sia come riportato dalla Consensus ISS (2011) e sia come sancito dal comma 1, art3 dall'Accordo Stato-Regioni (2012), la necessità di utilizzare i codici diagnostici dell'ICD-10 (OMS; 2010), potrebbe essere utile (in aggiunta alla modalità di comunicazione ai «laici» come indicato dal quesito C3 del PARCC, 2011) suggerire con più evidenza di accompagnare le diciture nosografiche con «chiarimenti» sul significato di quella specifica etichetta diagnostica, ciò in maniera semplice, ma inequivocabile, per i non addetti ai lavori.

**4. Professionisti coinvolti e Attuazione delle modalità di supporto della Leg. 170.**

Meritano delle riflessioni a parte i requisiti di chi redige la diagnosi valida ai fini certificativi e gli elementi di supporto in essa indicati.

11) *Professionisti coinvolti nella diagnosi.* Quanto scritto dai colleghi è assolutamente condivisibile. Ciò che è accaduto nelle varie regioni d'Italia ha introdotto notevoli confusioni tra ruoli e competenze. In buona parte del territorio nazionale, il concetto su cui si è ruotato è stato quello di una diagnosi multidisciplinare

elaborata da servizi pubblici o accreditati. Da qui la nascita dei problemi più notevoli: da un lato si è avvenuto un aumento delle liste di attesa presso i centri pubblici con conseguente ritardo, in alcuni casi, nella conclusione del percorso diagnostico, ovvero con lo sfioramento del tempo massimo indicato nei 6 mesi dal comma 4, art. 1 «Attivazione del percorso diagnostico» della Conferenza Stato-Regioni sui DSA (2012); e dall'altro, la mancanza, in alcune regioni, di una norma di accreditamento dei privati, ciò facendo altresì pesare maggiormente il carico dei casi da diagnosticare sui tempi già indicati in precedenza.

Il sentore che si è avuto nel voler porre l'equipe multidisciplinare come a garanzia della diagnosi di DSA, sembra che sia stata più dettata dalla giusta esigenza di garantire delle diagnosi corrette sulla base della visione del caso clinico da parte più specialisti. Purtroppo è facile costatare come, la differenza qualitativa in un percorso diagnostico, non sia da attribuire esclusivamente al carattere multidisciplinare, quanto, più che altro, al rispetto scrupoloso di ciò che è indicato nei documenti di consenso.

È infatti facile ponderare come una diagnosi, anche se svolta da più figure specialistiche ma che non seguono minuziosamente le già citate raccomandazioni cliniche, risulti qualitativamente meno soddisfacente rispetto al singolo professionista che, al contrario, usa in maniera zelante le indicazioni del documento di consenso. L'apertura alle altre figure specialistiche deve però restare la *condicio sine qua non* in casi di oggettiva complessità.

12) *Riferimento alla legge 170 e ai provvedimenti dispensativi e compensativi.* Il richiamo in automatico agli strumenti compensativi è un tipo di errore che spesso si nota ancora. Questo rischia di rendere il percorso diagnostico per DSA una sorta di certificatore ai fini puramente strumentali di misure didattiche lasciate all'intuizione e alla competenza dei docenti. Dall'altro lato vi sono anche le scuole che da canto loro chiedono informazioni aggiunte, ciò contrariamente a quanto alle volte avviene.

Al fine di evitare l'attuazione automatica degli strumenti, una modalità funzionale potrebbe essere quella di iniziare ad introdurre il termine

di «potenziamento» delle abilità prima ed in relazione agli strumenti compensativi e dispensativi.

In tutti i documenti prodotti sino ad oggi, il concetto di Potenziamento, pur essendo la base degli interventi nei DSA, è pressoché assente. Invece hanno un richiamo costante gli strumenti compensativi e dispensativi. Potrebbe essere un modo di far percepire gli strumenti compensativi e dispensativi come ausili se si ponesse più evidenza che gli strumenti compensativi e dispensativi si applicano successivamente e sulla base delle indicazioni per potenziare o migliorare l'abilità.

Visto che le sulla base della diagnosi funzionale, le indicazioni di potenziamento delle abilità le suggerisce il clinico di riferimento, lo stesso sarebbe agevolato nell'indicare, in maniera similare, gli eventuali strumenti compensativi e dispensativi specifici per il caso. In ultima analisi, se prendiamo in riferimento il livello di gravità di tipo lieve del DSM 5 (APA, 2013) in cui si indicano «*Alcune difficoltà ad apprendere competenze in uno o due domini accademici, ma ad un livello di gravità che l'individuo può essere capace di compensare in modo autonomo, se ben seguito*» allora avremmo un progetto d'intervento basato principalmente sul potenziamento e metodo di studio anziché su un rigido uso degli strumenti compensativi e dispensativi.

In sintesi, il documento presentato si pone come notevolmente innovativo. Prende spunto da quanto già presente sul piano nazionale e lo migliora con gli accorgimenti della ricerca corrente. La diffusione di tali prassi solide e soprattutto chiare, come quelle espresse dai colleghi, sembra essere una buona e supportabile via maestra al fine di rendere le diagnosi di dislessia e disortografia un vero e proprio strumento di comprensione ma anche di aiuto per nostri utenti.

## Riferimenti bibliografici

- AID (2009). *Raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA*. Trento: Erickson.
- APA (2013). *DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.

- Conferenza Stato-Regioni (2012). *Indicazioni per la diagnosi e certificazione diagnostica dei DSA*, 24/7/12
- ICD-10 (2010). *ICD-10 Decima revisione della classificazione ICD*. Milano: Masson
- ISS (2011). *Ministero della Salute: Consensus Conference – DSA dell'Istituto Superiore di Sanità*.
- Legge 8 ottobre 2010 n.170.
- PARCC (2011). *DSA Documento d'intesa*, PARCC, 2011; [www.lineeguidadsa.it](http://www.lineeguidadsa.it).

**Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170: Invito a un dibattito. Alcune osservazioni.**

MARIA LUISA LORUSSO

*Servizio di Neuropsicologia dei Disturbi dell'Apprendimento*

*IRCCS «E. Medea», Bosisio Parini (LC)*

*E-mail:*

Il documento proposto da Cesare Cornoldi e Patrizio Tressoldi rappresenta un'utile integrazione e chiarimento rispetto ai documenti sui DSA che l'hanno preceduto, ponendosi in un'ottica fortemente applicativa e pratica. Mi sono però particolarmente utili, tra gli altri, i richiami sulle implicazioni delle diverse prove per l'analisi delle competenze ortografiche, la riflessione sulle possibili insidie di una rigida applicazione del criterio «resistenza all'intervento», il riferimento alla faticabilità e la centralità richiamata sul giudizio clinico.

Prima di entrare nel merito dei singoli punti, proporrei tuttavia una riflessione sulla preoccupazione che si è creata intorno ai DSA. In seguito alla pubblicazione dei documenti di consenso quale riferimento per i clinici, e alla loro applicazione ai fini della Legge 170, si è instaurato uno stato di allarme rispetto alla possibilità che la diagnosi possa essere estesa a un numero eccessivo di individui. Da più parti si è sentita la necessità di «correre ai ripari» per arginare quello che viene considerato un ricorso improprio o troppo esteso alla diagnosi e stringere quindi le maglie dei criteri diagnostici. Personalmente osservo con qualche perplessità questo fenomeno, che ha, a mio avviso, a

che fare con la scelta italiana di considerare il DSA un problema che deve essere gestito dai servizi sanitari invece che dalle agenzie educative, mentre nel resto d'Europa è molto più diffusa la pratica di affidare la presa in carico dei problemi specifici di apprendimento a servizi interni alla scuola. Troppe volte, nella storia delle nostre istituzioni e delle nostre pratiche sanitarie ed educative, sono stati affermati principi di grande modernità e innovazione che però non eravamo pronti a implementare, così che nell'applicazione concreta quegli stessi principi sono stati impoveriti e in parte snaturati. Ne sono un esempio le norme sull'integrazione scolastica, che pur non interessando direttamente i DSA, hanno portato con sé l'idea che la funzione della scuola fosse essenzialmente quella di promuovere l'educazione e la socializzazione, e che l'hanno in parte deresponsabilizzata rispetto alla comprensione e alla gestione di tutte quelle problematiche che condizionano il percorso formativo dei singoli alunni, delegandole all'intervento sanitario. Ora, la numerosità dei casi di DSA ha messo in evidenza la debolezza di questa posizione: un approccio puramente sanitario al problema, oltre ad avere costi insostenibili, non riesce a garantire un percorso formativo soddisfacente per tutti i bambini. La scuola è intervenuta con provvedimenti mirati a ridimensionare la centralità della diagnosi di DSA offrendo soluzioni alternative di incontestabile lungimiranza (v. la direttiva sui BES) a tutti quei casi di difficoltà scolastiche che nella diagnosi cercavano tutela, ma la risposta ha messo in evidenza le debolezze e la rigidità del sistema scolastico, che cerca (impresa probabilmente impossibile) di realizzare l'individualizzazione dei percorsi senza modificare la fissità degli obiettivi. Quello che ora si presenta come un problema può però forse diventare una risorsa, indicando l'inevitabilità di una svolta e di una trasformazione delle modalità generali di insegnamento. Una rilettura più rigida delle Linee Guida finora seguite può allora limitare possibili abusi della diagnosi, riservandola alle situazioni più gravi o meno complesse, ma rischia di lasciare alcuni bisogni senza risposte. Una via alternativa potrebbe essere quella di garantire, con la forma-

zione e il controllo, la *qualità* del percorso diagnostico senza necessariamente modificarlo, e potenziare le sinergie tra scuola e sanità per trovare – attraverso la ricerca – percorsi più efficaci nel rispondere ai bisogni, per quanto numerosi e diversificati.

**1. Punti 1 e 2.** In merito alla proposta di Cornoldi e Tressoldi, di usare come *cut-off* per la diagnosi di dislessia la misura del 5° percentile anche per le misure di rapidità, credo vada accolta con favore, in quanto permette di utilizzare punteggi derivati da distribuzioni anche fortemente devianti da quella normale. È pur vero che il problema della asimmetria della distribuzione è più marcato quando si utilizza il tempo piuttosto che le sillabe al secondo (Torraldo e Lorusso, 2012), e che dunque già di per sé l'uso di misure inverse al tempo riduce l'ampliamento della fascia di popolazione che soddisfa i criteri diagnostici. Resta di fatto ancora insoluto il quesito di quale delle due misure sia la più adatta a valutare l'abilità di lettura come fenomeno psicologico misurabile, ma questo aspetto non è probabilmente destinato a venir risolto facilmente e in tempi brevi. Proprio per questo, nel dubbio, è corretto chiedersi se un criterio più inclusivo sia da considerarsi semplicemente «assistita» o piuttosto «garantista», nel senso di garanzia di una tutela per chi potrebbe di fatto aver bisogno di un supporto specifico nel suo percorso di apprendimento.

Pur vedendo con favore l'uso dei percentili nell'atto diagnostico, vorrei comunque ricordare che esso preclude la possibilità di utilizzare i dati della diagnosi a fini di ricerca o approfondimento, non permettendo né il confronto tra casi di diversa gravità o di età diversa (sarebbero tutti schiacciati nella fascia «inferiore al quinto percentile») né la quantificazione esatta del miglioramento in seguito a interventi specifici, per uno stesso individuo. Aggiungerei infine che non tutti i test più diffusi a livello nazionale forniscono dati precisi sui percentili corrispondenti ai vari punteggi (alcuni ad es. riportano solo il 10 e non il 5° percentile). Sarebbe dunque, a mio avviso, auspicabile che:

a) la specificazione del percentile non sostituisse, ma affiancasse, l'indicazione del punto zeta corrispondente alla prestazione (per tutti gli usi non puramente diagnostici);

b) venissero resi disponibili i dati relativi, almeno, ai percentili 5, 10, e ai quartili, per ogni test in uso.

Crede che la questione dell'opportunità che almeno due dei punteggi ottenuti sia inferiore al *cut-off*, si inserisca in un discorso analogo. L'obiettivo appare sempre quello di evitare diagnosi improprie ed è condivisibile. Tuttavia, la definizione di quanti punteggi debbano essere critici richiederebbe una specificazione di quanti test debbano essere somministrati in tutto (cosa non prescritta chiaramente in nessun documento o linea-guida e lasciata alla discrezione del clinico). Infatti, la formula per cui la probabilità di avere punteggi in fascia clinica per due test indipendenti è sì pari al prodotto delle probabilità di «cadere» in ognuno dei test, ma solo se i test effettuati sono due, altrimenti essa varia al variare del numero complessivo di test, introducendo così nuova variabilità là dove la si voleva eliminare. Quale dei test sia poi da considerarsi più critico o significativo dipende da vari fattori, che includono il modello teorico di riferimento del clinico, il contesto, l'età e gli obiettivi del soggetto (se è indubbio, ad esempio, che le nonparole sono poco significative ed ecologiche nella vita quotidiana, è altrettanto vero che esse sono la porta d'accesso all'apprendimento di nuove lingue, o – per soggetti molto giovani – anche della lingua madre). D'altra parte, la lettura del brano, seppur incontestabilmente più ecologica, è certamente più soggetta all'influenza di variabili poco controllabili, quali la familiarità del soggetto con l'argomento, e la sua capacità di intuire e integrare il testo con anticipazioni ed inferenze (abilità certo importante in una prospettiva ecologica, ma diversa da quella che si vuole valutare, e soprattutto molto legata al contenuto e allo stile specifico del testo). Forse una prova di lettura di singole frasi concilierebbe esigenze di ecologicità, *crowding*, complessità linguistica ecc. senza incorrere nelle limitazioni dei brani.

**2. Punto 8.** L'accento alle novità portate dal DSM-5, contenuto nell'introduzione, mi sembra particolarmente cruciale: lo spirito del nuovo manuale diagnostico americano ha segnato una svolta significativa e in gran parte inattesa, che va in direzione opposta rispetto all'irrigidimento da noi implicitamente auspicato. L'inclusione tra i DSA di difficoltà di comprensione del testo, di esposizione scritta, di ragionamento matematico e il forte indebolimento dei riferimenti al QI creano certamente un iniziale sconcerto e scetticismo in chi, come tutti noi, è abituato a pensare che il concetto di specificità sia uno dei cardini della diagnostica dei DSA. Di fatto, la stesura del DSM-5 non è priva di contraddizioni: mentre nelle bozze dalla nuova versione si era addirittura proposto di eliminare la dicitura «specifico», mantenendo e ribadendo tuttavia l'esclusione dalla categoria diagnostica di disturbi della comprensione o dell'elaborazione dei contenuti e puntando sulla centralità della abilità strumentali, la stesura definitiva vede una ricomparsa fittizia dell'etichetta «specifico», poi immediatamente negata nella sostanza. La giustificazione è però netta e chiara: le manifestazioni dei disturbi di apprendimento sono fluttuanti e contingenti, i sintomi variano nel tempo e nelle situazioni. Molti ricercatori non potranno che storcere il naso rivendicando evidenze neurobiologiche, genetiche o di *imaging* che proverebbero l'esistenza di una dislessia «altra» rispetto a difficoltà di apprendimento meno pure. Che questa dislessia pura abbia più diritto o più bisogno di tutela rispetto alle altre, questo è però ancora da provare, così come il fatto che essa vada affrontata in maniera differente. In questa prospettiva va apprezzato lo spirito delle norme sui BES, che a differenza del DSM-5 hanno più coraggio nel togliere la parola specifico dove non serve. Un primo passo in questo senso era stato fatto anche nel documento della Consensus Conference dell'ISS (2011) proponendo una revisione del principio di discrepanza rispetto al QI, basata sull'assenza di dati scientifici che supportino la necessità di distinguere DSA più o meno discrepanti, rispondendo essi tutti in modo simile all'intervento e avendo profili neuropsicologici qualitativamente simili (anche se, ovviamente,

collocati a livelli quantitativamente diversi di abilità). Personalmente non ritengo dunque utile introdurre paletti troppo rigidi rispetto a discrepanze tra indici fattoriali o simili. I dati della letteratura scientifica suggeriscono, si badi bene, non una irrilevanza della dimensione intellettiva nelle difficoltà di apprendimento, bensì una relativa indipendenza tra le due dimensioni, intelligenza e abilità di decodifica, tale per cui la difficoltà di decodifica potrebbe essere affrontata a prescindere dal QI (NB in norma, in almeno un indice), fermo restando che un QI basso presenta molti altri problemi da affrontare, ben oltre la decodifica. In questa prospettiva, una codiagnosi mi sembrerebbe una soluzione più funzionale rispetto ad una diagnosi differenziale. Un basso livello intellettivo, insomma, va supportato con interventi mirati (e a questa esigenza risponde la normativa sui BES, quando non si arriva ai casi coperti dalla Legge 104), ma non spiega di per sé (se non forse per i primi anni della scuola primaria, per una questione di immaturità generale e indisponibilità dei prerequisiti all'apprendimento) le difficoltà di lettura, scrittura e calcolo. La sfida che si pone alla scuola è, a mio avviso, enorme: affrontare con la personalizzazione degli interventi didattici tutte le difficoltà scolastiche, specifiche e non, non è certo facile. Personalmente credo che per raccogliere questa sfida senza soccombere sia necessario un profondo rinnovamento della scuola nei suoi metodi e nei suoi obiettivi, facendo proprie (in modo intelligente e non come rinnovo di facciata) le modalità di funzionamento delle nuove società tecnologica e digitale. La Legge 170 offre alcune indicazioni per affrontare le difficoltà strumentali – per tutto il resto bisognerà attrezzarsi, ma perché intanto non approfittare dell'aiuto che può venire da quegli accorgimenti, anche per gli alunni, pur meno brillanti, che ne abbiano effettiva necessità?

### Riferimenti bibliografici

Istituto Superiore di Sanità (2011). *Raccomandazioni della Conferenza di Consenso sui DSA*. ([http://www.snlg-iss.it./cc\\_disturbi\\_specifici\\_apprendimento](http://www.snlg-iss.it./cc_disturbi_specifici_apprendimento)).

Toraldo, A., Lorusso, M.L. (2012). Syllables per second versus seconds per syllable when measuring reading speed. *Frontiers in Psychology*, 3, 518. Doi: 10.3389/fpsyg.2012.00518.

### La necessità di un aggiornamento continuo

ENRICO SAVELLI  
AUSL Rimini  
E-mail:

Vorrei innanzitutto esprimere un sentito ringraziamento a Cesare Cornoldi e Patrizio Tressoldi per avere redatto questa nuova proposta di linee-guida sui Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) e avere stimolato questa discussione tra studiosi e clinici.

Nell'ultimo decennio abbiamo assistito nel nostro paese ad uno straordinario sforzo della comunità clinico-scientifica, realizzatosi attraverso tre Conferenze di Consenso, di trovare una definizione univoca di una categoria diagnostica inerentemente elusiva come quella dei DSA.

Vale la pena ricordare che la definizione della categoria diagnostica dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) ha una storia relativamente recente, che può essere datata ai primi anni del 1960, quando Kirk (1962) per primo introdusse questo concetto per descrivere un insieme di condizioni cliniche caratterizzate da deficit selettivi in alcuni processi psicologici di base in assenza di menomazioni sensoriali e di ritardo mentale o privazione culturale.

«...una *learning disabilities* si riferisce a un ritardo, disordine o ritardato sviluppo in uno o più dei processi della parola, linguaggio, lettura, scrittura, aritmetica o altre aree scolastiche che risultano da un handicap psicologico causato da una possibile disfunzione cerebrale e/o disturbi emotivi o comportamentali. Non è il risultato di ritardo mentale, privazione sensoriale o fattori culturali e di istruzione» (Kirk, 1962).

Le prime definizioni di DSA risentivano di questa formulazione «per difetto» (cioè, elencando una serie di condizioni cliniche di esclusione), sia per l'impossibilità di definirne in positivo la natura e l'eziologia, sia per la necessità di differenziarli da altre condizioni cliniche già note.

Nei manuali di classificazione diagnostica internazionali (DSM e ICD) questa categoria entra a fare parte solo negli anni 1980, mentre nelle versioni precedenti questi disturbi vengono inseriti all'interno di categorie residuali come i «Sintomi reattivi speciali» (DSM) o «Altri non specificati disturbi del carattere, del comportamento e dell'intelligenza» (ICD), assieme ad enuresi, sonnambulismo, tic, balbuzie, ecc.

Considerata questa situazione di partenza è indiscutibile che i progressi realizzati nelle ultime due decadi riguardo alla comprensione della natura e l'espressione di questi disturbi è stata straordinaria, al punto che oggi, numerosi studiosi ritengono sia ormai giunto il tempo di abbandonare definitivamente le definizioni «per difetto» (cosa i DSA non sono!) e cominciare a delineare un endofenotipo caratteristico e riconoscibile con cui il disturbo si manifesta.

Sul piano operativo, lo sforzo degli studiosi impegnati nelle Consensus Conference si è tradotto nella definizione di criteri diagnostici e pratiche riabilitative condivise, su cui fondare l'attività clinica, che ad oggi costituiscono un utile punto di riferimento per i professionisti sanitari.

La divulgazione di queste importanti iniziative ha anche contribuito a favorire un più generale cambiamento culturale e una sensibilizzazione dell'opinione pubblica che ha posto le basi per l'emanazione di una legge di tutela (la Legge 170/2010) che, riconoscendo i DSA non solo come una categoria clinica (come alcune interpretazioni riduttive vorrebbero indicare), ma come un fenomeno sociale rilevante, ha fornito precise linee di indirizzo riguardo alle pratiche educative più appropriate per affrontare i problemi che incontrano questi studenti nel loro percorso scolastico (decreto attuativo n.5669 del 12 luglio 2011 e allegata linee-guida).

Dopo questo sforzo iniziale, tuttavia, si osserva un progressivo affievolimento del dibattito e la sensazione è che ormai sia stato raggiunto una sorta di *steady state* (stato stabile)

delle conoscenze e delle pratiche cliniche in questo campo.

Ma, come fanno notare Cornoldi e Tressoldi, l'ambito dei DSA è ancora in forte evoluzione, come testimonia ad esempio la nuova versione del DSM 5 e la riconcettualizzazione in chiave «dimensionale» vs. «categoriale» che esso propone. Del resto questa consapevolezza di un lavoro iniziato ma certo non concluso era presente in tutti gli studiosi e clinici che hanno partecipato alle varie Conferenze di Consenso. Infatti, da un lato la stessa ampiezza e complessità degli argomenti affrontati e discussi rendeva improbabile trovare punti definitivi di accordo su tutto; dall'altro i continui progressi della ricerca nell'ambito delle neuroscienze che sempre più e sempre meglio sta contribuendo a mettere a fuoco la natura e le caratteristiche di questi disturbi, suggerivano di lasciare «aperte» numerose questioni sulle quali persistono margini di incertezza (una tra tutte, i possibili sottotipi del DSA, o le possibili comorbidità con altri disturbi; su questi punti si veda ad esempio, il recente articolo di Branum-Martin, Fletcher e Steubing, 2013).

Pertanto, nonostante gli sforzi compiuti in questi anni, i punti controversi o non compiutamente discussi, restano ancora numerosi, anche per la difficoltà di estrapolare *tout court* i dati di ricerca provenienti dai paesi anglofoni alla lingua e all'ortografia italiana, considerato che la diversità dei sistemi ortografici costituisce una variabile rilevante sia in relazione all'apprendimento della lingua scritta (Seymour, Aro e Erskine, 1993), sia in relazione ai suoi disturbi (Share, 2008).

Riteniamo quindi estremamente apprezzabile e condivisibile, oltre che necessaria, questa iniziativa di Cornoldi e Tressoldi di riaprire il dibattito sui DSA con una nuova concreta proposta, che ha l'obiettivo di migliorare ancora un po' le raccomandazioni per la pratica clinica già esistenti.

I temi che gli autori affrontano sono molteplici e, anche per ragioni di spazio non è possibile intervenire su ogni singolo punto, anche perchè fondamentalmente le proposte appaiono largamente condivisibili e individuano alcune questioni di maggiore criticità ai fini della for-

mulazione diagnostica, con tutte le implicazioni che essa comporta, anche alla luce della Legge 170.

**1. Questioni specifiche.** Venendo agli specifici punti della proposta di linee-guida, ci sembra che essi siano tutti ampiamente condivisibili e contribuiscano a chiarire alcune questioni rimaste ambigue, che pongono le principali difficoltà interpretative e applicative per il clinico.

Senza entrare dettagliatamente nel merito di ciascuno, è apprezzabile la proposta di adottare una scala ordinale di valori espressi in centili, per definire il *cut-off* prestazionale oltre il quale considerare una prestazione deficitaria. Questa soluzione potrebbe effettivamente risolvere le ambiguità insorte applicando di volta in volta il parametro «tempo» (in sec.) o «velocità» (in sill/sec.) di lettura, una questione che per la diversa natura di queste due distribuzioni (Lorusso, Toraldo e Cattaneo, 2006) crea non poche contraddizioni sul piano applicativo.

Appare condivisibile anche la proposta di basare la diagnosi su almeno due misure oltre le soglie critiche per definire la prestazione deficitaria, limitando leggermente i gradi di libertà della decisione clinica, ma lasciando comunque aperta la possibilità di porre la diagnosi nei casi in cui oltre ai risultati delle prove testistiche vi siano altre fonti informative probanti (ad es. familiarità per il disturbo, una storia diagnostica precedente, ecc.). Proprio con lo scopo di ridurre lo spazio decisionale del clinico, avevamo proposto la creazione di un «superindice» in cui venivano accorpati i due parametri classici della rapidità e della accuratezza (Savelli e Stella, 2007). Pur riconoscendo la ricchezza informativa di entrambi questi parametri ci sembrava infatti che combinarli in un unico indice avrebbe facilitato la scelta decisionale. Inoltre, come hanno fatto notare Hendricks e Kolk (1997), questi due parametri sono interdipendenti e il loro bilanciamento dipende anche dalla particolare strategia che il lettore adotta nell'affrontare il compito di lettura. Così, ad esempio, bambini con tratti di impulsività tendono a leggere fin troppo rapidamente, ma spesso finiscono per collocarsi sotto le soglie

critiche per il parametro «accuratezza». Pur rientrando nei parametri diagnostici, questi bambini non sono dei «veri» dislessici e, infatti, vincolando la rapidità con cui possono leggere, spesso si scopre che rallentando un po' il ritmo (ma senza andare sotto la soglia critica), riescono a leggere correttamente. Ci sembrava quindi che l'applicazione di questo indice avrebbe potuto aiutare a disambiguare queste situazioni. Un'altra potenziale utile applicazione di questo indice poteva essere quella dei controlli longitudinali su uno stesso soggetto. Capita infatti di vedere bambini che a seguito di una prima diagnosi e magari di un successivo intervento riabilitativo, tornano ad una valutazione di controllo e presentano un profilo funzionale «complementare» a quello osservato in sede di primo inquadramento diagnostico; magari hanno aumentato la rapidità ma hanno diminuito l'accuratezza o, viceversa hanno migliorato l'accuratezza, ma hanno diminuito la rapidità. Compattare questi due parametri in un unico indice potrebbe consentire di effettuare confronti prestazionali più omogenei e delineare un'unica traiettoria evolutiva. Inoltre, la disponibilità di un simile indice consentirebbe di confrontare con un criterio uniforme l'efficacia dei diversi trattamenti riabilitativi. Infine, aprirebbe la strada alla possibilità di mettere a punto un sistema di gradazione dell'entità del disturbo.

Un ultimo punto su cui vorremmo soffermare l'attenzione è quello relativo alle professionalità coinvolte nella diagnosi di DSA, una questione spinosa e delicata, che fu volutamente accantonata nella prima Conferenza di Consenso, per evitare che le spinte e gli interessi corporativi prendessero il sopravvento sulla discussione delle questioni cliniche. Ora, nel documento dell'accordo Stato-Regioni del luglio 2012, in cui vengono stabiliti i principi che vincolano l'accreditamento delle strutture private abilitate alla diagnosi di DSA, uno dei criteri enunciati è che esse debbano essere costituite da equipe multi-professionali, composte da Neuropsichiatria Infantile, Psicologo e Logopedista, richiamandosi alle raccomandazioni delle Consensus Conference.

Il richiamo alla multi-professionalità è certamente un principio condivisibile, consi-

derata la natura complessa dei DSA, ma la sua traduzione in pratiche operative rischia di confliggere con un altro importante principio enunciato nella prima Conferenza di Consenso: quello che raccomanda di non gravare il bambino «...con un numero eccessivo di indagini cliniche e di prove psicometriche...», ai fini dell'inquadramento nosografico. In molti casi, infatti, esso appare ragionevolmente semplice e tale da non richiedere approfondimenti particolari. Prendiamo, ad esempio, il caso di un bambino con un QI nei valori di norma, con un quadro di abilità «dominio-specifiche» (lettura e/o scrittura e/o calcolo) uniformemente compromesso, con una storia di familiarità per il disturbo e magari anche di un pregresso ritardo nello sviluppo del linguaggio, con un rendimento scolastico sufficiente, ma comunque al di sotto delle attese e sproporzionato rispetto all'impegno dedicato allo studio. Riteniamo che in un simile caso (abbastanza comune) il singolo professionista sia in grado di effettuare senza grossi problemi l'inquadramento nosografico, senza necessità di avvalersi di altre figure professionali, come finora del resto è avvenuto nella grande maggioranza dei casi, senza creare grossi problemi. È altresì chiaro che in situazioni più complesse, è un dovere del professionista che ha la responsabilità del caso, avvalersi di altre competenze professionali necessarie all'inquadramento diagnostico. Ma stabilire per decreto la necessità di un'equipe multi-professionale (composta oltretutto solo da alcune figure, mentre altre resterebbero escluse), appare una scelta un po' arbitraria e non priva di conseguenze per l'utente, sia in termini di tempi di attesa per la diagnosi, sia in termini di costi. Ci sembra quindi ragionevole che il singolo professionista sanitario abilitato a effettuare questo tipo di diagnosi (medico o psicologo), assuma direttamente la responsabilità di coinvolgere altre figure professionali, laddove queste possono utilmente contribuire ad un chiarimento del quadro nosografico.

In conclusione, come già avevano sottolineato Kavale e Forness (2000), riteniamo che la definizione della categoria dei DSA e delle procedure diagnostiche per evidenziarli, debba

essere visto come un *work in progress*, più che un'acquisizione definitiva e che saranno necessari ulteriori sforzi di consenso negli anni a venire.

## Riferimenti bibliografici

- Branum-Martin, L., Fletcher, J.M., Steubing K.K. (2013). Classification and identification of reading and math disabilities: The special case of comorbidity. *Journal of Learning Disabilities*, 46 (6), 490-499.
- Consensus Conference (2007). *Disturbi Evolutivi Specifici dell'Apprendimento*, www.airipa.it.
- Hendriks, A.W., Kolk H.H.J. (1997). Strategic control in developmental dyslexia. *Cognitive Neuropsychology*, 14, 321-366.
- Istituto Superiore di Sanità – Sistema Nazionale Linee Guida (2010). *Consensus Conference sui DSA*, Roma, 5-6 dicembre 2010.
- Kavale, K.A., Forness, S.R. (2000). What definitions of Learning Disabilities say and don't say: A critical analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 239-256.
- Kirk S. (1962). *Educating exceptional children*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Legge 8 ottobre 2010, n. 170, «Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico», Gazzetta Ufficiale N. 244 del 18 Ottobre 2010.
- Lorusso, M.L., Toraldo, A., Cattaneo, C. (2006). Parametri «tempo» e «velocità» per la misurazione della rapidità di lettura. *Dislessia*, 3, 263-282.
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (2011). *Linee Guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con DSA*, 12 luglio 2011.
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (2011). Decreto n. 5669 del 12 luglio 2011.
- PARCC (2011). Raccomandazioni cliniche sui DSA: risposte a quesiti, www.airipa.it.
- Savelli, E., Stella G. (2007). Un «superindice» di rapidità/correttezza per le prove di lettura. *Dislessia*, 4, 329-338.
- Seymour, P.H., Aro, M., Erskine, J.M. (2003). Foundation literacy acquisition in European orthographies. *British Journal of Psychology*, 94,143-174.
- Share, D.L. (2008). On the Anglocentricities of current reading research and practice: The perils of overreliance on an «outlier» orthography. *Psychological Bulletin*, 134, 584-615.

## Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170. Contributo alla discussione

GIACOMO STELLA

Università di Modena e Reggio Emilia

E-mail: giacomo.stellaz@unimore.it

Ho letto con molto interesse il lavoro fatto dai colleghi Cornoldi e Tressoldi, direi con un crescente sentimento misto di gratitudine e di soddisfazione/sollievo. Gratitudine per essersi accollati lo sforzo di riassumere i risultati delle numerose occasioni di confronto e di discussione di questi anni, incrociandole con la massa ormai corposa di dati che derivano dall'esperienza clinica. Soddisfazione mista a sollievo nel rilevare la sostanziale coincidenza di vedute sui punti trattati. Non è infrequente in questo come in altri campi incontrare posizioni estreme, difese con atteggiamenti da guerra di religione, e allora il confronto diviene faticoso e frustrante, con il risultato di creare posizioni cristallizzate poco utili per la comunità clinica e per gli utenti, buone solo per alimentare tifoserie opposte. Mi si obietterà che non potevo aspettarmi nulla di diverso, in quanto conosco da anni la serietà e l'equilibrio, oltre all'esperienza di questi colleghi, tuttavia mi sento di esplicitare questi pensieri poiché ritengo che questo atteggiamento di equilibrio e di apertura vada sempre sottolineato, poiché costituisce la base del confronto e della crescita di una comunità clinica e scientifica. Sono certo che i risultati ottenuti in ambito legislativo nel campo dei DSA sono dovuti anche a questo atteggiamento, che ha saputo mettere d'accordo punti di vista molto diversi fra loro, e anime molto differenti. Non basta la spinta propulsiva di un'associazione per ottenere un risultato come quello della legge 170 e delle linee guida. Ci sono molti altri ambiti, sempre nel campo dei disturbi dello sviluppo, in cui principi, linee di intervento e di tutela sociale non sono state raggiunte per i contrasti fra i vari attori dello scenario.

L'esempio di questo atteggiamento equilibrato e costruttivo, ma al tempo stesso non

rinunciario, sta proprio nelle riflessioni contenute nel paragrafo 11 che parla dei professionisti coinvolti nella diagnosi. In questo paragrafo vengono dette cose sacrosante, con molta chiarezza e pari equilibrio e che mi trovano in un accordo così completo che evito la tentazione di sottolinearne alcune per timore di suscitare occasioni di contrasto con le categorie professionali coinvolte, dato che mi riconosco una maggiore spigolosità argomentativa.

Le considerazioni che farò vanno quindi sempre riportate a questa premessa, cioè ad un'ottica di sostanziale e sostanzioso accordo con tutto l'impianto esposto. Le mie osservazioni riguardano da un lato alcuni aspetti con ricadute che definirei di protezione sociale, e dall'altro invece alcuni aspetti di descrizione funzionale.

**1. I parametri per la diagnosi.** Ruggeneri (PARCC, 2011), curando gli aspetti di definizione sottolinea che la diagnosi può variare in considera dello scopo per cui viene prodotta: se ha un valore clinico in senso stretto, cioè serve per orientare un intervento terapeutico, è importante ricercare gli aspetti differenziali con la massima accuratezza e precisione, mentre se serve per attivare delle misure di tutela sociale, allora la ricerca della specificità assume un peso minore, e diviene invece più rilevante chiarire quali sono gli strumenti più sensibili per descrivere il fenomeno.

È in questa dimensione che collocherei la discussione del punto 2 (fascia d'età e *cut-off*)

A proposito della discussione sull'uso delle deviazioni standard o dei centili, l'opinione del nostro gruppo di ricerca coincide totalmente con quella dei colleghi Cornoldi e Tressoldi, ed è stata già pubblicata in due occasioni (Morlini, Stella e Scorza, 2013). Negli articoli si mostra come tutte le variabili siano NON gaussiane, asimmetriche e soprattutto con valori anomali. In presenza di variabili non gaussiane, asimmetriche e con valori anomali i percentili sono stime più robuste per i *cut-off* e sono stimati in base alla distribuzione empirica delle variabili (e non sulla distribuzione teorica normale).

Tuttavia, oltre a questo aspetto ritengo che si debba porre anche la questione di quale criterio di misura adottare, visto che ad oggi

esiste sia il criterio della velocità, espressa in termini di tempo impiegato dal soggetto a leggere un determinato stimolo, sia quello della rapidità, intesa come numero di sillabe lette in una unità di tempo (un secondo). Come è noto, anche il confronto fra velocità e rapidità non dà sempre gli stessi risultati. Bisogna comunque considerare che mentre la velocità è una misura diretta, la rapidità esprime un rapporto fra due valori e quindi può risentire di alcune distorsioni, come la condensazione rilevata da Cornoldi e Tressoldi, dovute a fattori matematici. Come già argomentato in occasione dell'uscita del primo articolo di Lorusso e Toraldo (2006), mi pare che la misura della velocità sia meglio distribuita e quindi più utile per lo scopo di protezione sociale della diagnosi. Del resto, anche nei lavori già citati (Morlini *et al.*, 2013) è stato evidenziato come il tempo di lettura sia un indicatore con maggiore variabilità rispetto alle sillabe/secondo e quindi un indicatore che apporta maggiori informazioni (la variabilità è misurata con il coefficiente di variazione, che è un valore comparabile per indicatori con diversa unità di misura). In più, la coda «nella direzione della patologia» è più lunga e con un maggiore numero di valori anomali e quindi proprio nella direzione della patologia si ha maggiore variabilità e maggiore apporto di informazioni.

La nostra proposta è quindi che vengano utilizzati i centili del parametro tempo per arrivare alla diagnosi, compresa la lettura del testo, eliminando quindi lo stop dopo 4 minuti e che venga invece usata la velocità espressa in sillabe/secondo per confrontare l'efficienza di lettura nei diversi tipi di stimolo e per costruire il profilo funzionale.

Sempre nell'ottica di considerare la diagnosi nella sua funzione di strumento di protezione sociale, concordo con le considerazioni sul punto 4 con l'invito a porre diagnosi di dislessia a partire dalla 3<sup>a</sup> primaria alla prima valutazione, fatte salve tutte le avvertenze sulla concordanza di molteplici segni clinici (vedi punto 5). Del resto molti lavori già hanno evidenziato che al termine della seconda primaria l'acquisizione delle abilità di lettura può essere considerata quasi completata (Tressoldi e Vio, 2008), e quindi se un lettore evidenzia difficoltà

significative dopo la seconda primaria, queste possono giustificare una diagnosi senza ulteriori attese.

Concordo sull'eccessiva valutazione del ruolo della lettura delle non-parole e anche sul fatto che la lettura del brano contiene elementi che mettono in evidenza difficoltà specifiche. Sottolineo comunque la necessità di ribadire con forza l'utilità di somministrare tutti e 3 i tipi di stimoli oggi a disposizione, dato che questi aiutano nella costruzione del profilo e nell'eventuale indirizzo rieducativo. Come è già stato osservato da molti autori, la diversa velocità di lettura (in questo caso espressa in sillabe/secondo), evidenzia il cosiddetto «effetto lessicale», cioè il vantaggio che il buon lettore manifesta quando legge un testo rispetto alle parole e queste ultime rispetto alle non-parole. La mancata presenza dell'effetto lessicale, che si registra quando la velocità di lettura nei diversi tipi di stimolo risulta molto vicina, è indicativa per il ruolo del lessico nella lettura. Oppure alcuni profili in cui il vantaggio di velocità si manifesta nel confronto tra parole e non-parole ma non si manifesta nel confronto tra parole e testo propongono l'ipotesi del ruolo dell'affollamento visivo.

**2. Il QI.** Su questo punto mi limito a considerare che il riferimento al QI totale viene sconsigliato dagli stessi autori della versione italiana del test psicometrico. I 4 indici distinti in cui è stata costruita la Wisc IV consentono di utilizzarla in modo più mirato, tenendo sempre separati gli indici. In questo modo emerge un'eventuale debolezza del sistema linguistico, oppure si evidenzia il deficit delle funzioni non verbali. È molto significativa, secondo i dati che stiamo raccogliendo anche se non ancora pubblicati, la relazione fra DSA e Indici di memoria e di velocità di elaborazione, per cui consiglieri, anche nelle rivalutazioni (vedi conferma della diagnosi, punto 10, di non omettere mai queste prove, in quanto molto informative sull'evoluzione del profilo.

**3. La disortografia.** Su questo punto non mi trovo del tutto d'accordo quando si richiede un livello al di sotto del *cut-off* fissato al 5° centile in almeno la metà delle misure

raccolte (vedi punto 2). Infatti molto spesso si verifica il caso in cui le parole e le non-parole vengono trascritte correttamente, mentre nel dettato del testo compaiono molti errori, anche nella scrittura di parole che isolatamente vengono trascritte in modo corretto. Lo stesso si può dire per gli errori di natura lessicale che non compaiono (o compaiono in misura molto ridotta) nella prova di frasi omofone, mentre risultano presenti in misura a volte abbondante nella scrittura del testo. Del resto le conseguenze adattive nella scrittura riguardano proprio i testi, sia dettati che spontanei, la presa di appunti o la copia dalla lavagna, e l'annotazione dei compiti che vengono assegnati. Tutte attività che vengono riportate come quasi sempre scadenti o deficitarie negli scolari e studenti con DSA.

Peraltro, la presenza di un numero significativo di errori nel dettato, con l'avvertenza che venga somministrato in modalità incalzante, in assenza di superamento del *cut-off* nella scrittura di parole o di non-parole segnala una difficoltà nel doppio compito, cioè nei processi integrativi. Questa difficoltà potrebbe essere imputabile a fragilità dei processi di trancodifica ortografica, oppure a difficoltà di elaborazione dell'input verbale dovuto a inefficienza della memoria verbale a breve termine, oppure ancora a difficoltà nei processi di automatizzazione.

Pertanto proporrei di considerare la possibilità di porre diagnosi di disortografia anche con il solo indice del dettato al di sotto del *cut-off*, a partire dalla 1<sup>a</sup> secondaria di grado inferiore.

In conclusione, mi sembra che lo sforzo prodotto dai colleghi Cornoldi e Tressoldi abbia portato ad un avanzamento verso l'obiettivo di raggiungere una sorta di *gold standard* per la diagnosi di dislessia e disortografia e che questa costituisca una buona base di partenza per poter affinare ulteriormente strumenti e procedure per una definizione sempre più aggiornata del problema dei DSA.

## Riferimenti bibliografici

Lorusso, M.L., Toraldo, A., Cattaneo, C. (2006). Parametri «tempo» e «velocità» per la misurazione della rapidità di lettura. *Dislessia*, 3, 263-282.

## Contributi alla discussione

- Morlini, I., Stella, G., Scorza, M. (2013). Assessing decoding ability: The role of speed and accuracy and a new composite indicator to measure decoding skill in elementary grade. *Journal of Learning Disabilities Article*, first published online: July 22, 2013, doi:10.1177/0022219413495298.
- Morlini, I., Stella, G., Scorza, M. (2013). A new procedure to measure children's reading speed and accuracy in Italian. *Dyslexia*, first published online: September 30, 2013, doi 10.1002/dys.1462.
- PARCC (2011). Raccomandazioni cliniche sui DSA: risposte a quesiti, [www.airipa.it](http://www.airipa.it).
- Tressoldi, P.E., Vio C. (2008). È proprio così difficile distinguere tra difficoltà e disturbo dell'apprendimento? *Dislessia*, 5 (2), pp. 139-147.

### Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170. Contributo alla discussione

CRISTIANO TERMINE

*Unità di Neuropsichiatria Infantile  
Università degli Studi dell'Insubria e Fondazione  
Macchi, Varese  
E-mail: cristiano.termine@uninsubria.it*

È con piacere che ho accolto l'invito ad intervenire nella discussione aperta dall'intervento di Cesare Cornoldi e Patrizio Tressoldi sulle «Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170». La necessità di continui approfondimenti da parte degli esperti è dettata dall'evoluzione delle conoscenze scientifiche in questo ambito e ha lo scopo di superare i dubbi e le incertezze che abitualmente si possono incontrare durante la pratica clinica. Il mio commento alle linee guida si focalizzerà sul punto 7, ovvero sui fattori di esclusione, con particolare riferimento alle difficoltà diagnostiche che si possono evidenziare nelle condizioni di svantaggio socio-culturale. Un basso status socio-economico, gioca un ruolo significativo nell'evoluzione delle abilità scolastiche (Melekian, 1990). Anche nel caso di un disturbo di origine neurobiologica come la dislessia evolutiva (DE),

i fattori ambientali svolgono un ruolo nella modulazione dell'espressione fenotipica. Infatti, l'ambiente nella sua complessità, incluso lo status socio economico della famiglia, le attività svolte dal bambino nella prima infanzia, lo stile educativo proposto dai genitori, giocano un ruolo importante nello sviluppo delle abilità cognitive e della lettura (Molfese, Modglin e Molfese, 2003). Esempi alquanto chiarificatori possono essere tratti dagli studi che hanno comparato la prevalenza delle difficoltà di lettura tra studenti con alto e basso stato socio-economico, rilevando in questi ultimi una prevalenza 8 volte superiore di difficoltà di lettura (Fluss et al., 2008). Anche in una recente ricerca del mio gruppo, abbiamo analizzato il ritmo di acquisizione della lettura degli alunni del primo anno della scuola primaria, in relazione al grado di istruzione materna (principale indicatore dello status socio-culturale), rilevando che un basso livello di istruzione della madre predispone ad un rischio quattro volte maggiore (OR = 3.98) di avere difficoltà di lettura al termine dell'anno scolastico (Luoni, Balottin, Zaccagnino, Brembilla, Livietti e Termine, 2013). Infine, l'ambiente influenza, oltre alle abilità di lettura, anche il linguaggio e le funzioni esecutive, domini cognitivi fondamentali per raggiungere il successo scolastico (Hackman e Farah, 2009).

Le situazioni etniche culturali svantaggiate, quali basso status socio-culturale, recente immigrazione, adozione da paesi stranieri, recente esposizione alla nostra lingua, espongono quotidianamente il clinico a dubbi ed errori diagnostici quali, ad esempio, l'attribuzione di un DSA ad un bambino che in realtà presenta difficoltà conseguenti alla situazione etnico-culturale (falsi positivi), o al contrario, la mancata identificazione di un DSA in un bambino per il quale ogni difficoltà viene erroneamente attribuita alla condizione di svantaggio (falsi negativi). Le raccomandazioni cliniche del PARCC rispondono a questa problematica elencando tutti i fattori correlati a differenze linguistiche e culturali, che devono essere ponderati per limitare la possibilità di incorrere in errori diagnostici. Alla luce delle considerazioni esposte, si evince la necessità di sviluppare test utili a diagnosti-

care la DE in soggetti che apprendono la lingua italiana come seconda lingua, consentendo di differenziare un «vero» disturbo di lettura da una ridotta efficienza di lettura secondaria alla limitata conoscenza della lingua o ad un percorso scolastico non adeguato. Uno spunto in tal senso è il test dinamico di acquisizione di abilità di decodifica recentemente sviluppato da Elbro, Daugaard e Gellert (2012). In ogni caso, sino a quando non disporremo di strumenti diagnostici più adeguati, e in tutti i casi di svantaggio socioeconomico, linguistico e culturale che lascino dubbi sulla conclusione diagnostica, i clinici dovranno orientare gli insegnanti ad adottare quanto previsto dalla Direttiva Ministeriale del 27.12.2013 sui BES e dalla successiva Circolare Ministeriale n.8 prot. 561 del 6 marzo 2013. La Direttiva, a tale proposito, ricorda che «ogni alunno, con continuità o per determinati periodi, può manifestare Bisogni Educativi Speciali: o per motivi fisici, biologici, fisiologici o anche per motivi psicologici, sociali, rispetto ai quali è necessario che le scuole offrano adeguata e personalizzata risposta». Per questi alunni, e in particolare per coloro che sperimentano difficoltà derivanti dalla non conoscenza della lingua italiana – per esempio alunni di origine straniera di recente immigrazione e, in specie, coloro che sono entrati nel nostro sistema scolastico nell'ultimo anno – è parimenti possibile attivare percorsi individualizzati e personalizzati, oltre che adottare strumenti compensativi e misure dispensative (ad esempio la dispensa dalla lettura ad alta voce e le attività ove la lettura è valutata, la scrittura veloce sotto dettatura, ecc.).

### Riferimenti bibliografici

- Elbro, C., Daugaard, H.T., Gellert, A.S. (2012). Dyslexia in a second language? A dynamic test of reading acquisition may provide a fair answer. *Annals of Dyslexia*, 62, 172-185.
- Fluss, J., Ziegler, J., Ecale, J., et al. (2008). Prevalence of reading disabilities in early elementary school: Impact of socioeconomic environment on reading development in 3 different educational zones. *Archives de Pédiatrie*, 15, 1049-1057.
- Hackman, D.A., Farah, M.J. (2009). Socioeconomic status and the developing brain. *Trends in Cognitive Science*, 13, 65-73.
- Luoni, C., Balottin, U., Zaccagnino, M., Brembilla, L., Livietti, G., Termine, C. (2013). Reading difficulties and attention-deficit/hyperactivity behaviours: Evidence of an early association in a non-clinical sample. *Journal of Research in Reading*, first published online: 1 apr 2013, doi: 10.1111/j.1467-9817.2013.01555.x.
- Melekian, B.A. (1990). Family characteristics of children with dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*, 23, 386-391.
- Molfese, V.J., Modglin, A., Molfese, D.L. (2003). The role of environment in the development of reading skills: A longitudinal study of preschool and school-age measures. *Journal of Learning Disabilities*, 36, 59-67.
- PARCC Panel di Aggiornamento e Revisione della Consensus Conference: «DSA Documento d'intesa», consultabile sul sito [www.lineguidadsa.it](http://www.lineguidadsa.it).

### Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170. Contributo alla discussione

CRISTINA TOSO

Psicologa-psicoterapeuta presso studio privato a Mestre (VE) e Docente a contratto per Università di Portogruaro, Scienze della Formazione  
E-mail:

Al clinico non può sfuggire la differenza tra una «difficoltà» e un «disturbo», in quanto i DSA hanno peculiarità che ormai anche i «laici» conoscono: il disturbo ha caratteristiche neurofunzionali specifiche presenti fin dalla nascita (Griorenko, 2001) ma che solo successivamente trovano espressione nelle situazioni di compito «critico» (*leggere, scrivere, far di conto*); diversa espressività nel corso degli anni e modesta possibilità di automatizzazione nonostante stimolazione specifica, dato confermato dalle curve di evoluzione di cui disponiamo ad esempio nel caso della lettura e della scrittura. È chiaro quindi che gli auspicabili adattamenti dal punto di vista didattico devono puntare al successo formativo e all'espressione di talenti che tutti i bambini possiedono, ma non possono

puntare alla normalizzazione della strumentalità deficitaria.

Tuttavia «decidere» che il profilo di un bambino risponda ai criteri di inclusione per una diagnosi di DSA rimane un processo delicato che non sempre percorre binari sicuri. Infatti, esiste quel margine di «discrezionalità» affidata al clinico che può far propendere per un esito piuttosto che un altro (*allo stesso numero e al medesimo cut off possiamo decidere per profili differenti*). Questo può dipendere da diversi fattori: dalla scelta dei test impiegati, dei descrittori di prestazione, dall'età dei soggetti e, in particolare, dal significato della prestazione dal punto di vista clinico.

Dobbiamo infatti partire dal presupposto che i valori ottenuti ai test non possono essere considerati espressione del funzionamento globale di un soggetto, ma solo un suo epifenomeno. È dunque pericoloso (*e non eticamente corretto!*) prescindere da informazioni rilevanti e spesso dirimenti come la presenza di fattori di rischio familiari, lo sviluppo delle principali tappe evolutive, il primo avvio alle strumentalità e l'attuale funzionamento adattivo.

In particolare, una delle necessità impellenti per i clinici e i ricercatori è di potersi riferire a descrittori e indici condivisi. Lorusso, Toraldo e Cattaneo (2006) e più recentemente replicato in Toraldo e Lorusso (2012) pongono, ad esempio, il problema illustrando come la fluenza in lettura possa divenire o meno criterio di inclusione in un profilo diagnostico a seconda che il parametro usato sia quello della velocità (sill/sec) o del tempo (sec/sill). È evidente, come sottolineato anche da Tressoldi e Vio (2007), che è importante fare riferimento alle indicazioni fornite dal manuale dei test, controllare le distribuzioni e scegliere gli indici considerati più appropriati; tuttavia, concordo sulla centralità di condividere criteri con cui poter procedere ad una diagnosi.

La possibilità di valutare la scala percentilare rispetto alle deviazioni standard avrebbe l'indubbio vantaggio di poter eventualmente confrontare i due parametri (rispettivamente per il 5° e il 95° percentile); inoltre, le misure di tempo sembrerebbero fornire criteri maggiormente inclusivi per la diagnosi, presentandosi

come una scala più distribuita e sensibile alle differenze.

Il suggerimento di usare e riportare entrambi i descrittori, qualora presenti, soprattutto per confrontare le misure ottenute dai diversi test ed i cambiamenti della prestazione nel tempo, potrebbe ulteriormente chiarire la situazione.

Nella pratica clinica, tuttavia, trovo utile poter fare riferimento anche al punteggio assoluto della prestazione ed alle curve di evoluzione. Infatti, gli studi noti (Stella, Faggella e Tressoldi, 2001; Tressoldi, Stella e Faggella, 2001; Campanini, Battafarano e Iozzino, 2010) evidenziano che la curva di evoluzione della capacità di lettura nei dislessici e nei normolettori procede parallelamente nelle ricerche, confermando quindi il dato come rilevante e rappresentativo dell'abilità misurata.

Valutare la differenza del punteggio assoluto tra le sillabe al secondo prima e dopo il trattamento, consente di confrontare l'incremento avvenuto con quello spontaneamente atteso e quindi sia l'efficacia sia la risposta del soggetto sottoposto a stimolazione. L'altro indubbio vantaggio è di rendere maggiormente fruibile al genitore e all'insegnante l'informazione rispetto all'abilità rilevata.

Lo stesso discorso si può fare per l'accuratezza, valore tendenzialmente meno considerato nella nostra lingua in quanto trasparente e definito, in questi casi, da molti ricercatori come meno specifico (Wimmer, 1993; Wimmer e Goswami, 1994).

Tuttavia, nel più recente studio di Campanini *et al.* (2010) il numero di errori prodotto in un gruppo di dislessici tende ad essere significativo e a mantenersi costante nel tempo, al punto che il gap tra normolettori e dislessici arriverebbe ad un rapporto 5:1 nella classe terza della scuola secondaria, con andamento simile per parole e non parole. Anche in questo caso, quindi, risulta determinante la «discrezionalità» del clinico, nello specifico nell'analisi del tipo di errore commesso e della sua gravità (*quale la tipologia di errore prevalente: non parola, visivo, fonologico, non fonologico?*).

Infine, lo studio di Campanini conferma sostanzialmente la prova di non parole come

molto sensibile e scarsamente automatizzabile dal punto di vista della fluidità; il dato avvalorerebbe l'esperienza clinica che abbiamo con questi ragazzini e con gli stranieri, ovvero che, se per materiali significativi è possibile mettere in atto strategie di compensazione, per le non parole viene richiesta una sufficiente decodifica.

Quindi la possibilità di disporre di più misure per la valutazione del profilo, di almeno due criteri per la valutazione della discrepanza e la considerazione degli aspetti evolutivi e adattivi (*della serie: quelle sillabe o quel tempo o quegli errori come limitano la possibilità di espressione e di successo di quel ragazzo? Cosa implicano dal punto di vista familiare?*) permette di definire un quadro sicuramente più preciso.

Un'ultima riflessione sul ruolo della scuola e della didattica.

Per definizione, come già citato, un disturbo si differenzia sostanzialmente da una difficoltà che un qualunque studente può incontrare nella sua carriera scolastica per il carattere di persistenza e resistenza alla stimolazione didattica.

Dal punto di vista scolastico, la resistenza al cambiamento ha assunto particolare importanza nella letteratura internazionale con il termine *Responsiveness to Intervention (RTI)* ed è, ormai, a distanza di più di un decennio, l'approccio più utilizzato negli Stati Uniti per determinare la presenza o meno di un disturbo (Fuchs, Fuchs e Compton, 2004; Fuchs e Vaughn, 2012).

In linea con le ultime indicazioni nazionali in materia di DSA, la scuola è chiamata a mettere in atto una serie di attività di screening e successivi adattamenti della didattica che permettano di cogliere la caratteristica di resistenza o di temporaneità delle difficoltà rilevate in quegli studenti più ... «difficili». La possibilità di mettere in atto un intervento didattico per un congruo periodo di tempo (in Fuchs e Fuchs, 2006, si valuta una durata di almeno 5 settimane) in cui monitorare settimanalmente i progressi, permetterebbe di evitare la segnalazione di «falsi positivi».

Per quanto un'alfabetizzazione ai DSA sia ormai presente in tutti i gradi di scuola, con sollecitazione massima a livello della scuola prima-

ria, ancora molto è necessario fare per accompagnare e formare gli insegnanti nel percorso di individuazione, potenziamento e attivazione di buone prassi didattiche utili per tutti, ma in particolare per gli alunni che si situano nel continuum difficoltà-disturbo. L'uso degli strumenti compensativi ed eventualmente delle misure dispensative prevede un momento precedente di riflessione sui punti di forza e di debolezza dell'alunno e di progettazione rispetto a cosa è possibile usare nel contesto scolastico per favorirne il successo formativo (*non è poi quello l'esito ultimo sperato per tutti?*).

In conclusione: non è possibile comprendere appieno la portata degli interventi previsti dalla Legge 170 senza un sufficiente grado di consapevolezza sia rispetto le abilità cognitive e gli automatismi coinvolti negli apprendimenti scolastici sia degli accorgimenti necessari per favorire il momento di acquisizione e di espressione di competenze.

## Riferimenti bibliografici

- Campanini, S., Battafarano, R., Iozzino, R. (2010), Evoluzione naturale della lettura del brano, delle liste di parole e non parole e della comprensione del testo in dislessici mai trattati. *Dislessia*, 7, 165-179.
- Fuchs, L.S., Fuchs, D. (2006). Identifying learning disabilities with RTI. *Perspectives*, 32, 39-41.
- Fuchs, L.S., Vaughn, S.R. (2005). Response to intervention as a framework for the identification of learning disabilities. *Trainers of School Psychologists Forum*, 25, 12-19.
- Fuchs, D., Fuchs, L.S., Compton, D.L. (2004). Identifying reading disabilities by responsiveness to instruction: Specifying measures and criteria. *Learning Disability Quarterly*, 27, 216-228.
- Grigorenko, E.L. (2001) Developmental dyslexia: An update on genes, brains and environment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 91-125.
- Lorusso, M.L., Toraldo, A., Cattaneo, C. (2006). Parametri «tempo» e «velocità» per la misurazione della rapidità di lettura, *Dislessia*, 3, 263-282.
- Peterson, R.L., Pennington, B.F. (2012). Developmental dyslexia. *Lancet*, 379 (9830), 1997-2007.
- Stella, G., Faggella, M., Tressoldi, P.E. (2001). La dislessia evolutiva lungo l'arco della scolarità

## Contributi alla discussione

- obbligatoria. *Psichiatria dell'Infanzia e della Adolescenza*, 68, 27-41.
- Toraldo, A., Lorusso, M.L. (2012). Syllables per second versus seconds per syllable when measuring reading speed. *Frontiers in Psychology*, 3 (158), 1-4.
- Tressoldi, P.E., Stella, G., Faggella, M. (2001). The development of reading speed in Italians with dyslexia: A longitudinal study. *Journal of Learning Disabilities*, 34, 67-78.
- Tressoldi, P.E., Vio, C. (2008). È proprio così difficile distinguere difficoltà da disturbo di apprendimento? *Dislessia*, 5, 139-147.
- Tressoldi, P.E., Vio, C. (2008). Sillabe al secondo o secondi per sillaba: qual è il problema? *Dislessia*, 4, 7-11.
- Wimmer, H. (1993). Characteristics of developmental dyslexia in a regular writing system. *Applied Psycholinguistics*, 14, 1-33
- Wimmer, H., Goswami, U. (1994). The influence of orthographic consistency on reading development: Word recognition in English and German children. *Cognition*, 51, 91-103.

### Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170. Contributo alla discussione

MARIA LUCINA TRETTI

Studio di Psicologia dell'Apprendimento, Padova  
Coordinamento Airipa Veneto  
E-mail: tretti@apprendimentopadova.it

**1. Riflessioni e considerazioni a partire dall'esperienza derivata dalla pratica clinica.** Le riflessioni che porto derivano dal tentativo di affiancare e integrare quanto messo a punto nei preziosi documenti di accordo redatti negli ultimi anni con l'esperienza e l'osservazione di chi, in qualità di psicologa clinica, da tanti anni si occupa di DSA. Questo mi ha permesso di assistere all'evoluzione dai tempi in cui gran parte della scuola non sapeva neppure cosa fossero i Disturbi dell'Apprendimento (suona un po' esagerato, ma lo è meno di quanto sembri) a quelli in cui una ministeriale «sconosciuta» alla gran parte dei docenti ci ha aiutato a salvaguardare il benessere psicologico di tanti bambini, fino a tutto quanto acca-

duto dalla pubblicazione della 170 in poi, per cui ora «tutti ne parlano».

Vorrei valorizzare l'importanza proprio del benessere psicologico del bambino, inteso come promozione della sua capacità di adattamento alla realtà scolastica e della sua possibilità di apprendere.

A questo proposito, tra i vari punti proposti da Cornoldi e Tressoldi, comincio mettendo in relazione la tematica dell'uso di prove, e in particolare a quanti e quali punteggi attribuire il valore necessario per operare una diagnosi, con le conseguenze adattive del disturbo (primo e sesto punto). Nelle mie considerazioni scelgo di far riferimento alla velocità di lettura, in quanto deficit maggiormente frequente, resistente al cambiamento e «invalidante».

Pur mantenendo assolutamente fermo il principio per cui è necessario riferirsi a misure standardizzate e criteri ben definiti, credo, sulla base della conoscenza del quadro complessivo dei bambini con DSA, sia molto rilevante, attribuire peso anche alla valutazione delle conseguenze adattive osservabili nei singoli casi.

Anche per questo motivo, tra le prove di cui tenere conto, condivido il maggior peso da dare a lettura di brano e a lettura di parole, in quanto si tratta delle reali prestazioni richieste dalla scuola e nella vita.

Ho riflettuto a lungo su come conciliare rigore metodologico nella diagnosi, su cui non transigo nel mio operato, e attribuzione del giusto peso alle conseguenze adattive. La mia idea è che sia sufficiente la caduta anche in una sola prova «ecologica» di lettura (brano o parole), se il punteggio almeno nell'altra prova è indicativo di una debolezza (si avvicina cioè al parametro clinico, pur senza soddisfarlo) e se almeno una o più conseguenze adattive sono presenti in modo significativo.

Accade infatti nella realtà clinica di ritrovare spesso, per esempio, quadri di bambini in cui c'è una sola caduta sotto il cut-off di velocità nella prova di parole, perché nella lettura di brano la strategia di anticipazione consente, grazie al contesto, di compensare in parte la difficoltà. In questo caso la prestazione nel brano può migliorare al punto da non rientrare più nei parametri statistici per la diagnosi, pur

essendo evidente la presenza di una rilevante lentezza nella lettura in generale. La realtà scolastica e di vita di questi bambini, inoltre, è caratterizzata generalmente anche da conseguenze adattive importanti, quali ad esempio, un notevole affaticamento in tutte le attività che implicano la lettura, risultati scolastici inferiori alle potenzialità e le relative conseguenze sul piano emotivo/motivazionale, che tutti noi che ci lavoriamo conosciamo molto bene.

Come possiamo noi psicologi dell'apprendimento e neuropsicologi prescindere dal considerare, anche rispetto alla diagnosi, la rilevanza di elementi così preziosi per una visione globale della persona?

La questione a questo punto rimarrebbe quella di definire quali possono essere considerate le conseguenze adattive degne di nota, riferendosi, in questo caso, alla lettura. La mia proposta è di osservare e tenere conto di quelle che seguono, considerando che esse possono essere più o meno rilevanti a seconda della fascia di scolarità considerata:

- risultati scolastici scadenti nel bambino, in considerazione anche del fatto che il divario delle competenze aumenta con il passare del tempo, se non altro perché alcuni apprendimenti dipendono da altri,
- calo della motivazione rispetto all'apprendimento, nell'acquisire conoscenze attraverso la modalità linguistica,
- affaticamento ed affaticabilità dovuto ad un maggior dispendio di energie derivante dalla non-automatizzazione del processo di lettura,
- aumento del tempo necessario da dedicare allo studio a casa, rispetto ai coetanei, con conseguenti limitazioni e rinunce rispetto al tempo libero (sport e/o altri hobby, spazi di interazione con i coetanei, ecc.),
- vissuti di scarsa autoefficacia ed autostima, che si generalizzano spesso anche ad altri ambiti,
- progettualità rispetto alla vita futura, soprattutto in termini di possibilità di continuazione degli studi nella direzione desiderata.

Ovviamente, rispetto alle conseguenze indicate, andrebbero definiti degli indicatori di gravità, che possono essere individuati condi-

videndo dei parametri osservativi, là dove non sia possibile far riferimento a prove testistiche.

Colloco in continuità con quanto detto fino ad ora anche alcune considerazioni rispetto al punto 12 proposto da Cornoldi e Tressoldi, che riguarda il riferimento alla Legge 170 ed ai provvedimenti dispensativi e compensativi.

Penso sia pensiero condiviso da chi opera da tempo nel settore che l'efficacia e la rilevanza di una personalizzazione non solo dei provvedimenti, ma anche degli obiettivi di apprendimento da prevedere per ciascun bambino con DSA, sia fondamentale. I motivi sono almeno due: da una parte, sollevare il bambino dal «peso strumentale» connesso al suo problema, favorendo progressi nell'apprendimento attraverso strade diverse nonché la concentrazione delle risorse cognitive sui processi più complessi; dall'altra, evitare il rischio di limitare le opportunità e le potenzialità del bambino, rischio che può derivare dalla generalizzazione dei supporti, includendo anche quelli non necessari.

La personalizzazione, inoltre, dovrebbe tenere conto anche delle caratteristiche emotivo/motivazionali di ciascun bambino, perché possa accogliere favorevolmente quanto proposto nella consapevolezza di aprirsi delle opportunità in più, pur nella necessaria accettazione del problema. Dovrebbe, infine, anche prevedere la possibilità di tempo e spazio da dedicare all'acquisizione di un uso agevole degli strumenti compensativi, che altrimenti rischiano di appesantire, anziché sollevare (si potrebbe ad esempio prevedere di introdurre l'utilizzo del computer dopo un periodo di esercizio all'uso della tastiera da realizzare nel più tranquillo periodo estivo, magari con il supporto di un software ad hoc per facilitare e rendere più piacevole la cosa).

Viene da sé, a questo punto, che il clinico dovrebbe essere preparato e conoscere bene gli strumenti e le possibili misure previste per i soggetti con DSA in quanto è tenuto a individuarli in modo personalizzato e a indicarli alla scuola e alla famiglia. L'indicazione dei provvedimenti per ogni specifico bambino dovrebbe pertanto costituire parte integrante e fondamentale di ogni relazione clinica diagnostica, se pure redatta in forma diversa, sulla base delle indicazioni regionali.

## Contributi alla discussione

Personalmente, mi sento di aggiungere che l'esperienza mi ha insegnato che l'efficacia di questo è decisamente legata alla disponibilità ad integrare spazi di dialogo con i genitori e con la scuola per presentare e motivare quanto suggerito, nonché a monitorarne la riuscita. Il tempo e le modalità con cui farlo non sono ipotizzabili a priori, almeno per la scuola, in quanto strettamente dipendenti dalla preparazione degli insegnanti in materia, oltre che dalla loro disponibilità personale.

Concludo con qualche parola dedicata al punto 11 che riguarda i professionisti coinvolti nella diagnosi per esprimere il mio sostanziale accordo su quanto espresso da Cornoldi e Tressoldi nell'intento di valorizzare il lavoro di tanti colleghi che, operando da anni con formazione, competenze adeguate e professionalità, si sono ritrovati in situazione di forte preoccupazione, se non addirittura frustrazione, nell'incertezza di veder riconosciute le proprie diagnosi e di fronte ai problemi pratici derivanti dalla presunta necessità di far intervenire più figure professionali al fine della stessa.

Le conclusioni proposte dai due esperti sembrano così logiche ed esaustive nella considerazione delle implicazioni diagnostiche, da meritare solo un apprezzamento e da far pensare che è davvero forzato non condividerle. Se questo avviene, le motivazioni possono essere solo difesa o ricerca di diritti categoriali, che gran poco hanno a che fare con l'interesse clinico per il paziente, che dovrebbe costituire la priorità assoluta del mestiere di noi clinici.

### **Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170. Contributo alla discussione**

CLAUDIO VIO  
*Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile,  
ASL 10, San Donà di Piave (VE)*  
E-mail:

Con l'approvazione dell'accordo del 25 luglio 2012, tra rappresentanti del Ministero dell'Istruzione e quelli della Salute, viene com-

piuto l'ultimo atto previsto dalla legge 170/10. L'accordo contiene le raccomandazioni per la diagnosi e la modalità con la quale produrre la certificazione di Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA), in breve, i doveri del mondo della scuola e della sanità a favore di studenti che godono dei diritti previsti dalla legge.

Le singole Regioni ora dovranno trovare specifiche procedure, necessarie per adempiere alle disposizioni di legge (es. da come procedere alla segnalazione ai genitori da parte della scuola, alle attività di prevenzione e di identificazione precoce del problema, alla predisposizione del certificato sanitario, alla definizione del profilo di funzionamento dell'alunno, ecc.).

Si è così venuta a formare, per la prima volta in Italia, una modalità operativa nel campo dei DSA condivisa tra i clinici dello sviluppo. È dunque iniziata una piccola «rivoluzione» sulle procedure diagnostiche e sulla presa in carico di questi utenti. Le diagnosi dovrebbero essere finalmente comprensibili, accessibili da parte dei genitori di questi alunni e dagli insegnanti. Le procedure di accertamento diagnostico dovrebbero essere comuni a tutti gli specialisti del settore.

Nonostante queste innovazioni (cliniche e legislative), esistono ancora numerose difficoltà di ordine teorico (es. alle quali la ricerca non ha ancora trovato una risposta unanime) e, di conseguenza, risposte di tipo operativo condivise.

Mi soffermo su alcune di queste richiamate anche dal contributo di Cornoldi e di Tressoldi.

Il Disturbo della decodifica (F81.0), comunemente indicato come Dislessia Evolutiva, non viene da tutti interpretato anche come Disturbo della Comprensione del Testo scritto (cfr. indicazioni di Consenso dell'Istituto Superiore della Sanità).

Ciononostante, il DSM V (2013) prevede che per diagnosi di DSA possono incorrere tutti quegli studenti che presentano anche questa problematica in forma isolata; non solo, si trovano indicazioni per il Disturbo dell'Espressione Scritta (F81.8) e del ragionamento matematico, queste ultime non contemplate nei documenti di consenso (2009, 2011) e da quelli prodotti dal PARCC (2011).

Se allora ci troviamo di fronte ad uno studente, supponiamo al primo anno della scuola secondaria di primo grado, con una prestazione in lettura, in relazione ai parametri velocità ed accuratezza, sufficiente (es. velocità in lettura 2,9 ed accuratezza attorno al 15%; prestazioni ai limiti di norma, ma certamente non ottimali per lo studio) ed una comprensione inferiore al 5%, quale scelte si dovranno operare per aiutare questo ragazzo che si presenta con insufficienze in più domini accademici?

Dal punto di vista clinico, la prima operazione da compiere è verificare l'evoluzione ed i livelli di acquisizione del linguaggio: se il nostro studente presenta una storia suggestiva in questo ambito, ecco che il DSA sembra possa essere interpretato come esito di Disturbo Specifico di Linguaggio; paradossalmente, in questo caso, vengono meno le tutele di legge, anche se si può far riferimento alla Direttiva sui Bisogni Educativi Speciali (DM 27 dicembre 2012 e successivi richiami); supponiamo invece, che l'evoluzione del linguaggio sia normotipica. In questo caso siamo autorizzati ad escludere dalle misure di compenso (es. mappe, tabelle, semplificazioni del testo) lo studente. Possiamo affermare con certezza che non esista un Disturbo Specifico della Comprensione del testo, che invece va segnalato solo nel caso in cui vi sia presenza di Dislessia. Supponiamo ancora che questo studente sia in difficoltà in modo selettivo nel compiere operazioni di inferenza lessicale, e a ricostruire una coerenza di significato ciò che legge. Oltre ai tentativi di trattamento, quali aiuti possiamo formalmente richiedere in ambito scolastico? Si tratta probabilmente del 2% degli studenti (Cornoldi e De Beni, 2010), per i quali speriamo nel tempo che la ricerca contribuisca alla conoscenza del loro funzionamento cognitivo. Nel frattempo, il consiglio è quello di far rientrare questa problematica, nel Disturbo della Lettura, con relativa specificazione del profilo.

Per quanto riguarda, ancora, il punto 2 (fascia d'età e *cut-off*), credo sia importante considerare il dato psicometrico della distribuzione e il valore assoluto della prestazione; il primo per identificare il *cut-off*, sotto il quale la prestazione possa essere considerata segno

di un'inequivocabile alterazione funzionale, il dato assoluto invece consente di ragionare in termini di livello di acquisizione della competenza; infatti, se parliamo di velocità, sapere che un ragazzino in prima superiore è in grado di leggere 2,3 o 3,3 sillabe/tempo è un dato significativo rispetto alla prestazione, ai tempi da dedicare allo studio (non ultima l'affaticabilità), alle conseguenze adattive, anche se entrambi i valori si trovano al di sotto del 5° percentile. Analogamente, si può fare lo stesso ragionamento rispetto all'accuratezza.

Rispetto ai criteri di esclusione del QI, desidero sottolineare il fatto che le indicazioni della CC del 2011 richiedono di stabilire se siamo di fronte ad un quadro di disabilità intellettiva oppure no. In questo secondo caso anche profili di funzionamento cosiddetto limite non dovrebbero escludere la possibilità di effettuare diagnosi di DSA (questo in disaccordo con quanto espresso dal PARCC 2011). Le prove cognitive in questi casi sono utili nella definizione del profilo cognitivo (punti di forza e di debolezza) per meglio orientare l'azione di aiuto all'alunno. È indubbio tuttavia che un'organizzazione cognitiva limite, con prove valutate nell'intervallo tra 75-85 di punteggio ponderato, condiziona in modo rilevante il percorso scolastico dello studente, e, spesso, le misure previste dalla legge 170 sembrano deboli. La ricerca in questo campo dovrebbe approfondire il significato e le ripercussioni sul piano dell'adattamento dei soggetti con funzionamento cognitivo limite (es. indicate come elementi di alta specificità), allo stesso tempo il *team* docenti dovrebbe predisporre ugualmente tutte quelle tutele necessarie a raggiungere gli apprendimenti possibili.

Infine, precisare nella diagnosi se siamo in presenza di un disturbo linguistico della scrittura in assenza di dislessia solleva la questione circa l'esistenza del problema nelle lingue trasparenti; tuttavia, ricerche sull'acquisizione dell'ortografia (in lingue non trasparenti e trasparenti) prevedono che le abilità di consapevolezza fonologica e quelle relative all'acquisizione di una strategia di scrittura di tipo lessicale siano in larga parte indipendenti dalla lettura (almeno dopo i primi due anni della

scuola primaria). Poiché le difficoltà ortografiche cambiano con l'età ed il livello di scolarità (Angelelli, 2010), è buona norma utilizzare un ampio numero di prove per la valutazione del deficit. Poco conosciamo circa l'evoluzione e le problematiche di adattamento di casi con questo disturbo espresso in forma isolata.

### Riferimenti bibliografici

- AID – Associazione Italiana Dislessia (2009). *Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento. Raccomandazioni per la pratica clinica dei Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento: dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia. Promosso da Associazione Italiana Dislessia*. Trento: Erickson
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition – DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Angelelli, P. et al. (2010). Spelling impairments in Italian dyslexic children: Phenomenological changes in primary school. *Cortex*, 46 (10), 1299-1311.
- Cornoldi, C., De Beni, R. (2010). Esiste un disturbo della comprensione del testo scritto?. Convegno Internazionale, San Marino 16-17 Ottobre.
- Istituto Superiore di Sanità – ISS (2011), Consensus Conference Disturbi Specifici dell'Apprendimento, [http://www.snlg-iss.it/cc\\_disturbi\\_specifici\\_apprendimento](http://www.snlg-iss.it/cc_disturbi_specifici_apprendimento).
- PARCC DSA (2011). Raccomandazioni cliniche sui DSA: risposte a quesiti 2011, [www.lineaguidasdsa.it](http://www.lineaguidasdsa.it).

### Risposta ai commenti

CESARE CORNOLDI e PATRIZIO TRESSOLDI  
*Università di Padova*  
E-mail: [cesare.cornoldi@unipd.it](mailto:cesare.cornoldi@unipd.it), [patrizio.tressoldi@unipd.it](mailto:patrizio.tressoldi@unipd.it)

Il contributo al dibattito dei 18 autori fornisce una preziosa integrazione del documento iniziale ben oltre la sintesi che seguirà. Invitiamo pertanto tutti i lettori interessati alla lettura integrale di questi.

In questa nostra risposta, eviteremo di evidenziare i punti di accordo, mentre sottolineeremo i contributi che, a nostro giudizio, possono integrare e correggere la versione originale del nostro contributo.

**1. Uso di prove standardizzate.** Pur riconoscendo l'importanza di proporre prove che simulino il più possibile quelle richieste in ambito scolastico, es. lettura di brani, produzione del testo, si richiama l'importanza di conoscere a fondo tutti i processi cognitivi implicati, ma di non trascurare il valore informativo, non solo quantitativo, ma anche qualitativo (Cubelli), che può essere ottenuto con altre prove della batteria, soprattutto ai fini della definizione del profilo clinico.

Per la lettura appare sostanzialmente unanime l'idea di proporre la lettura sia di brano, sia di parole, sia di non-parole e di tenere conto di tutti gli indici disponibili. Per la competenza ortografica, viene messo l'accento sulle variazioni che si riscontrano con la scolarizzazione e quindi sull'importanza di utilizzare prove idonee per la fascia scolastica presa in considerazione.

**2. Fascia d'età e cut-off.** La proposta di fare riferimento al 5° percentile come *cut-off* tra prestazione adeguata e non adeguata, viene accolta bene, ma si sottolinea l'importanza di non trascurare gli altri indici, ad es. il valore assoluto (Vio, Toso), che possono fornire informazioni importanti per comprendere il livello di funzionalità e quindi di autonomia dell'abilità esaminata. Lorusso inoltre sottolinea come il percentile non permetta una più fine analisi del miglioramento in seguito a interventi specifici e come non tutti i test disponibili in Italia riportino queste misure percentilari.

Giustamente viene osservato che è difficile porre dei criteri del tutto pre-definiti (numero e tipo di prove sotto il *cut-off*, *cut-off* utilizzato), ma il nostro suggerimento (di due valori su sei, per la dislessia, il 50% per la disortografia, sotto il quinto percentile, con debolezze anche in altri valori) appare un punto di partenza ragionevole. La proposta di utilizzare indici convergenti e quindi almeno due prove sotto il *cut-off*, seppur condivisa, deve essere utilizzata con un certo criterio. Ad es. Stella, sottolinea come a livelli di scolarizzazione avanzati,

sia difficile evidenziare prestazioni deficitarie quando le prove non richiedono carichi cognitivi elevati, es. dettato, rispetto a produzione del testo. In questi casi, la storia evolutiva, le eventuali conseguenze sul piano del rendimento scolastico (Savelli), possono essere utilizzati come criteri convergenti per sostenere una condizione di disturbo.

**3. Persistenza e resistenza alla stimolazione didattica.** Pur riconoscendo l'importanza di una valutazione dinamica e quindi delle informazioni derivanti dalla «risposta all'intervento» come fonte privilegiata per distinguere difficoltà da disturbo, molti autori ne evidenziano le difficoltà di implementazione in particolare se questi interventi devono essere gestiti dal personale sanitario in particolare quello delle strutture pubbliche (Di Sano, Cendron e Tucci). Un altro aspetto evidenziato riguarda gli indici da utilizzare per valutare la «risposta all'intervento». Quando è possibile attivare programmi di potenziamento e di trattamento specialistico, è possibile ricavare informazioni molto importanti valutando i cambiamenti durante il trattamento e il *follow-up*. Le tre tipologie di risposte indicate da Lozzino ci sembrano particolarmente interessanti. Esse sottolineano l'importanza, per molti casi, di valutare il problema ad una certa distanza dalla fine del trattamento, al fine di evitare di escludere la condizione di DSA per un miglioramento rivelatosi semplicemente transitorio (Carretti e Re)

**4. Compresenza di indici clinici.** È interessante osservare come, benché molte linee-guida facciano riferimento solo alle prestazioni in lettura e scrittura e ai fattori di esclusione, implicitamente tutti riconoscano l'importanza che la diagnosi sia clinica e includa la considerazione di indici clinici legati alla condizione di DSA. Su questo aspetto, molti autori forniscono interessanti suggerimenti che riguardano diverse funzioni cognitive, come per es. le abilità fonologiche, della memoria verbale a breve termine, della memoria di lavoro, dell'attenzione spaziale e visiva o della velocità di elaborazione (la presenza di questi indici è particolarmente utile quando non si sa se invocare

il fattore di esclusione socioculturale (D'Amico)), e anche la comprensione del testo (Bachmann, Cendron e Tucci, Vio) e una lettura più analitica dei fattori ricavati dalla WISC-IV.

**5. Conseguenze adattive.** Su questo aspetto, gli autori forniscono importanti e variegati suggerimenti. Ad esempio Tretti, Cendron e Tucci, Vio, Di Sano, sottolineano l'importanza di considerare, i risultati scolastici, l'affaticabilità nello studio e le conseguenze sulla comprensione del testo, i vissuti emotivi connessi alla condizione di disturbo e gli eventuali costi sulle future scelte scolastiche e professionali anche se viene sottolineata l'importanza di arrivare a procedure condivise di valutazione (Bachmann). Termine sottolinea come si debba tener conto del fatto che l'impatto adattivo può essere maggiore nei casi di svantaggio socioculturale. Buono, inoltre, indica come queste conseguenze possono essere esaminate dal punto di vista dell'ICF in particolare anche per la definizione del grado di Disabilità Intellettiva, anche se noi – a differenza di Buono – siamo sfavorevoli alla compresenza di diagnosi di DSA e disabilità intellettiva, per il fatto che temiamo potrebbe portare confusione.

**6. Riferimento al QI.** Anche su questo punto, vengono fornite importanti integrazioni. Ad es. Lorusso propone una co-diagnosi quando le prestazioni scolastiche non rispecchiano il potenziale cognitivo generale.

**7. Gravità.** Su come definire il livello di gravità, diversi autori indicano i suggerimenti proposti per la valutazione delle conseguenze adattive. Viene anche ripreso implicitamente il suggerimento del DSM-5 di tenere conto della compresenza di altre problematiche.

**8. Conferma della diagnosi.** Diversi autori (Carretti e Re, Cendron e Tucci, Stella), sottolineano l'importanza di non affidarsi solamente alle prestazioni osservate in fase di valutazione, ma anche ad eventuali «costi» in termini di impegno cognitivo necessari per ottenere prestazioni che non raggiungono il *cut-off* clinico.

**9. Riferimento alla legge 170 e ai provvedimenti dispensativi e compensativi.** Su questo punto, diversi autori (Carretti e Re, Lo Presti, Tretti) sottolineano l'importanza di consigliare strumenti o adattamenti didattici compensativi e dispensativi personalizzati, derivanti quindi da una analisi della condizione clinica e del contesto scolastico in cui è inserito lo studente evitando indicazioni generiche valide per tutti, come ad es. la concessione di tempi maggiori per il completamento delle prove d'esame scritte. Questo implica quindi che il clinico deve essere in grado conoscere bene tutti questi strumenti o adattamenti e sapere se e come possono essere utilizzati in modo ottimale quando vengono consigliati.

**10. Problemi aperti e sviluppi di ricerca futuri.** Oltre a quanto già segnalato, ad es. su come valutare in modo condiviso la gravità clinica e le problematiche adattive, Bach-

mann e Vio evidenziano il problema di come diagnosticare il disturbo specifico della comprensione del testo. Termine sottolinea la necessità di sviluppare test utili a diagnosticare la dislessia evolutiva in soggetti che apprendono la lingua italiana come seconda lingua; D'Amico l'importanza di indagare con più sistematicità la personalità e le risorse personali, in termini di autostima, motivazione ed intelligenza emotiva dei ragazzi con DSA, soprattutto quando adolescenti; Carretti e Re il problema su che prove utilizzare nel caso di studenti delle scuole secondarie di II grado e dell'università.

Siamo grati dunque a tutti gli intervenuti per il contributo che hanno fornito al fine di una migliore riflessione sui temi da noi proposti. Per correttezza nei loro confronti ci siamo limitati soltanto ad alcune correzioni formali del nostro intervento, ma siamo consapevoli che – in base agli elementi emersi dalla discussione – alcune integrazioni potrebbero essere utili, nella direzione indicata in questa breve risposta.