



# La Relazione Clinica per DSA



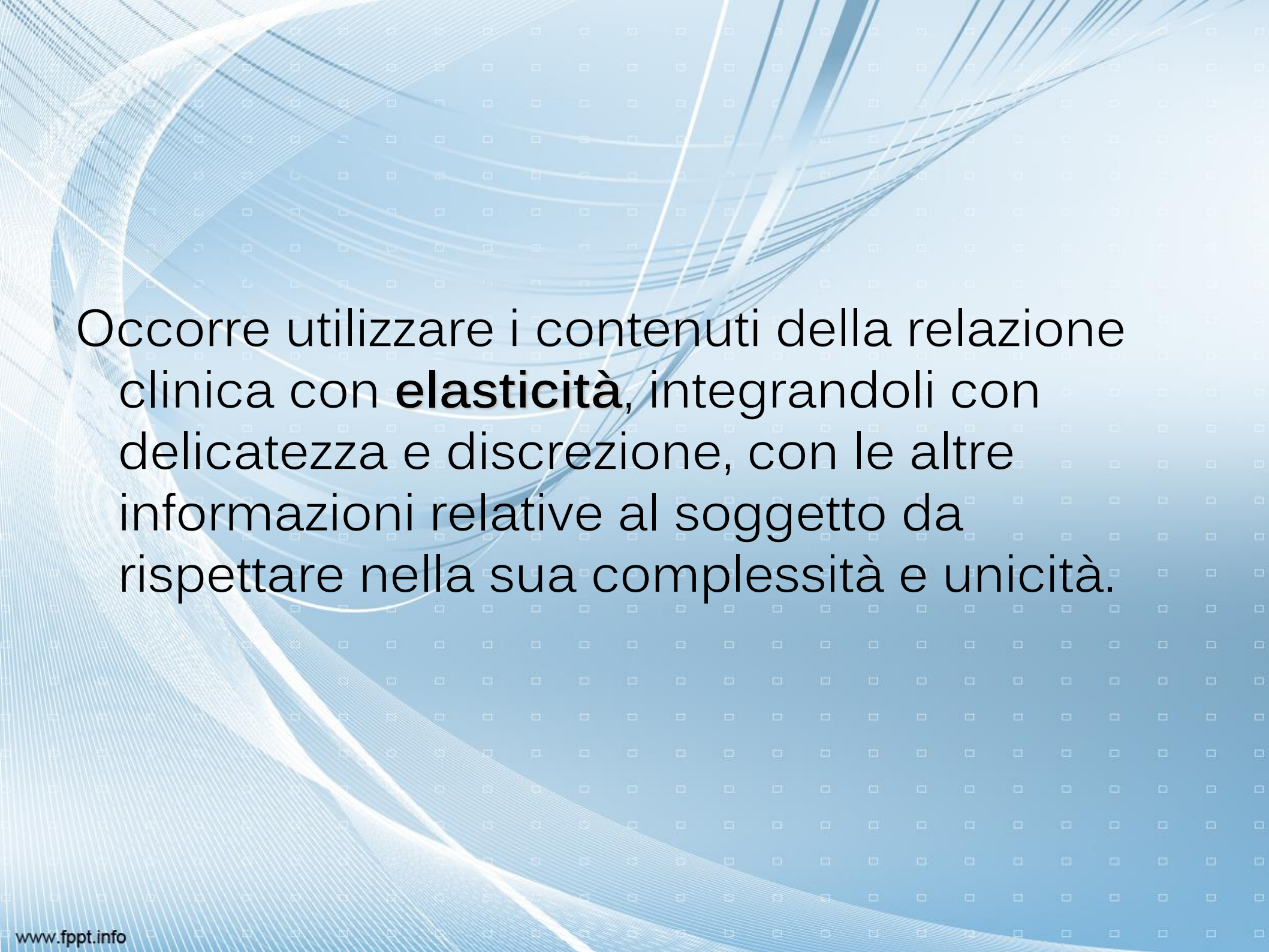
# Cos'è?

E' un documento che ha **valore legale e sanitario**.

Può ricondurre difficoltà o caratteristiche rilevate nei contesti di vita quotidiana (casa, scuola) ad una classificazione diagnostica.

Dovrebbe aiutare gli enti educativi ad **orientarsi** nel difficilissimo lavoro di accompagnamento dei minori nel percorso di crescita (sviluppo della personalità, progetto di vita, autodeterminazione, realizzazione, scelte di vita..)





Occorre utilizzare i contenuti della relazione clinica con **elasticità**, integrandoli con delicatezza e discrezione, con le altre informazioni relative al soggetto da rispettare nella sua complessità e unicità.



# Quando?

- A seguito di una **prima osservazione** dopo l'invio al Servizio da parte della scuola o della famiglia.
- In concomitanza del **passaggio di ciclo** scolastico: elementari-medie, medie-superiori
- E' possibile richiedere un aggiornamento dell'osservazione, a seguito di significative variazioni del rendimento scolastico.



# Cosa Contiene (vd file)

- Informazioni Anagrafiche
- Motivo dell'invio (tipo di richiesta)
- Informazioni generali/anamnestiche
- Elenco risultati dei test somministrati
- Diagnosi (codice ICD10 corrispondente)
- Conclusioni (consigli per famiglia e insegnanti/indicazioni per il trattamento)
- Contatti del Servizio



## Informazioni Anagrafiche, Anamnestiche, psicometriche, diagnostiche = Dati Sensibili

Tutte le informazioni contenute nella relazione sono “dati sensibili”. Il Servizio di Npia tutela i familiari fornendo le informative relative alle norme vigenti in materia di Privacy e facendo compilare un documento di consenso informato alla gestione dei dati condivisi al momento del primo accesso al Servizio.

La consegna della Relazione Clinica alla Scuola avviene da parte della famiglia che quindi autorizza l'istituto a prenderne visione e ad agire di conseguenza in base alle proprie possibilità organizzative.

Tutte le informazioni scambiate tra scuola e NPI devono essere autorizzate dalla famiglia.



# RISULTATI dei TEST

E' importante che vengano letti in integrazione con le considerazioni cliniche di carattere generale.

Un test da solo non dice molto.

I singoli valori possono aiutare chi legge ad orientarsi rispetto all'entità del disturbo.

Es.: -16 ds è diverso da -2ds, ma la diagnosi (il codice icd10) può essere la stessa.



# sempre gli stessi Test per tutti??

## No!

Le Batterie di Test somministrati variano a seconda:

- ☐ Del tipo di richiesta
- ☐ Delle prime osservazioni cliniche
- ☐ Della documentazione precedente
- ☐ Della fascia d'età e della classe
- ☐ Di eventuali comorbidità rilevate
- ☐ Dei risultati dei test somministrati (può rendersi necessario un approfondimento, es.: Acmt/Bde).



# Conclusioni (consigli per famiglia e insegnanti/indicazioni per il trattamento)

- E' consigliato, ma non sempre possibile, fornire in Relazione Clinica consigli didattici o indicazione di specifiche misure da adottare.
- Ogni bambino/a ha delle caratteristiche personali, abitudini, punti di forza, fragilità, inclinazioni, gusti che difficilmente emergono nella loro totalità durante un'osservazione clinica inevitabilmente breve.
  - Le caratteristiche di contesto, variano a seconda delle classi.



Pur non in presenza di certificazioni (Legge 104) per le quali è prevista una cadenza annuale per incontri di confronto, è possibile avere contatti con il Servizio per chiarimenti, suggerimenti e collaborazione.



# Le differenze non ci spaventino

La Relazione Clinica, (anche) per i DSA è un documento ufficiale con valore legale, che deve quindi rispettare indicazioni normative e scientifiche (Leggi nazionali, Linee guida Cc, Norme Regionali, Indicazioni Aziendali..).

**Questo non significa che tutte le relazioni cliniche debbano essere identiche tra loro.**



# Da cosa dipendono le differenze:

- ❖ Regione d'appartenenza: ogni regione ha i propri “tavoli tematici” e gruppi di lavoro che applicando le leggi nazionali, producono indicazioni specifiche relative agli strumenti da utilizzare.
- ❖ Servizio di appartenenza: Distretto, Servizio, Unità operativa.
- ❖ Stile personale di ogni professionista
- ❖ Obiettivo della relazione clinica in questione:
  - Prima visita
  - Controllo per passaggio di ciclo
  - Approfondimento





# La diagnosi di DSA

guida d'aiuto alla lettura per insegnanti



...saper leggere una diagnosi

# SI

- Perché permette di avere maggiore **comprensione** del caso e più chiarezza.
- Perché può offrire **spunti** di lavoro.
- Perché risultano chiari **punti di forza e punti deboli** del bambino.
- Perché permette un **dialogo** sia con operatori e clinici, sia con la famiglia.



...saper leggere una diagnosi

NO

- Per lasciare le insegnanti da sole.
- Per evitare il dialogo.
- Per trasformare le insegnati in clinici.



# Così da evitare...

Avrei bisogno di capire come insegnare le cose al ragazzo...

Io faccio il medico, non l'insegnate!



# Così da evitare...

Il bambino è un DSA

Impossibile.. Non sa leggere!

# Principali riferimenti

- Legge n° 170 del 8 ottobre 2010 (Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico).
- Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento allegate al decreto ministeriale 12 luglio 2011
- Consensus conference 2007, Panel di aggiornamento della Consensus
- Conference 2011 - Consensus Conference dell'Istituto Superiore della Sanità (2011).



# Cosa è importante sapere...

- I criteri per la diagnosi, così come i test da utilizzare, non sono definiti dal singolo operatore, clinico o NPPIA ma si basano sulle raccomandazioni fornite da documenti specifici, uguali per tutto il territorio nazionale.
- Il Disturbo Specifico d'Apprendimento (DSA) non prevede la certificazione ai fini della legge 104 quindi il clinico produce una SEGNALAZIONE e non una CERTIFICAZIONE.

# Cosa è importante sapere...

- Il DSA è tendenzialmente un *disturbo cronico* ma può migliorare con qualche strategia.
- È frequente la compresenza (comorbidità) nello stesso soggetto di *più disturbi specifici* dell'apprendimento o di altri *disturbi neuropsicologici* (come l'ADHD: disturbo dell'attenzione con iperattività) e psicopatologici (ansia, depressione e disturbi della condotta)



# Le diagnosi possibili

- Disturbo specifico di lettura – dislessia (ICD10 **F81.0**).  
Diagnosi: dopo il completamento del 2° anno el.  
Automatismi lettura: decodifica del testo scritto (velocità, correttezza). Può essere presente anche disortografia.
- Disturbi specifico della compitazione, solo disortografia (ICD10 **F81.1**). Diagnosi: dopo il completamento del 2 ° anno el.,
- Disturbi specifici delle abilità aritmetiche - discalculia ICD10 **F81.2** Diagnosi: non prima della fine 3° anno el.
- Disturbo misto delle capacità scolastiche (ICD-10: **F81.3**) (discalculia + dislessia o disortografia)
- Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche non specificati (Disturbo dell'apprendimento non specificato) (ICD10:

# Come si arriva a fare diagnosi?

L'equipe multi-professionale (solitamente composta da Npi/Psy, logopedista/trp) somministra ***prove standardizzate***, che permettono di individuare la presenza di un disturbo e definirne il livello di gravità collocando le prestazioni rispetto a ***specifici parametri***.



# I test sono tanti e difficili..

Gli insegnanti non sono tenuti a conoscere tutti i test in uso presso i Servizi di NPia, è importante però acquisire dimestichezza con i concetti ricorrenti e comuni a vari test relativi alle fasce di prestazione.

Nel caso non si comprenda un linguaggio specifico è meglio chiedere (funzione strumentale, operatori Npia, ampia letteratura in materia, es.: Sito Aid Italia)

# ..tipi di punteggi

- **Punteggio ponderato** (es: p.p. 8)
- **Punteggi standard (quozienti)** (es: p. standard 83)
- **Punti centili (o percentili)** (es: 25° %.ile o percentile)
- **Deviazioni standard (detti anche punti z)** ( es: -3,5 ds)
- **Fasce di prestazione** (es: RII, RA..)



# Ad ogni test un punteggio...quindi?

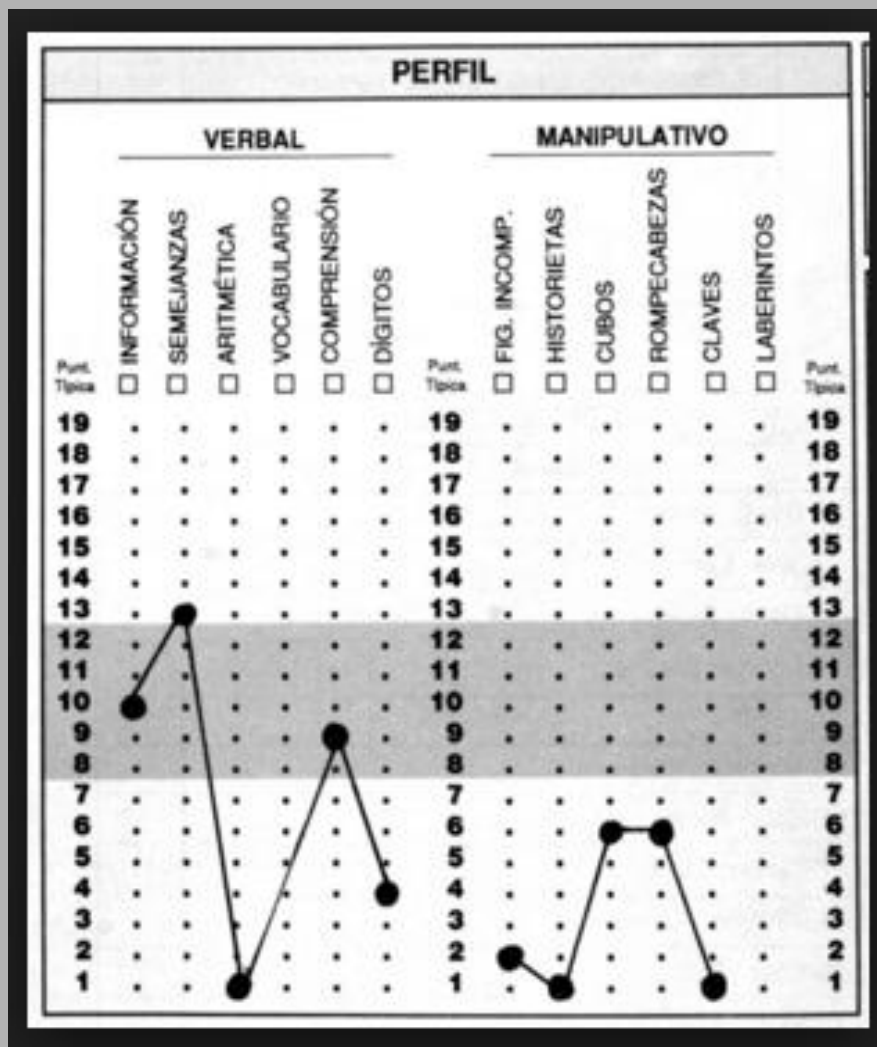
Per facilitare la lettura delle diagnosi e ovviare alla variabilità dei test, il servizio sta introducendo l'utilizzo di **asterischi** a fianco del punteggio:

- 1 asterisco (\*) equivale a prestazione ai limiti di norma
- 2 asterischi (\*\*) equivale a prestazione sotto la norma

Es: -1,5 ds (\*\*) significa prestazione deficitaria in quel determinato test.

Se si trova scritto invece - 1,8 ds (\*) significa che in quel determinato test questa prestazione è in una fascia critica ma non ancora sotto la norma.

# Esempio di prova con punti ponderati e standard



Questo grafico mostra un esempio di test composto da due macro aree (verbale e manipolativo) che si compongono a loro volta di vari sub- test (informazioni, vocabolario, labirinti...)

Ogni prova può ricevere un punteggio ponderato da 1 a 19, dove la media è compresa tra 8 a 12.

La somma dei vari punteggi produce il punteggio standard (o quoziente) che pressapoco si definisce deficitario al di sotto del 70 e in media attorno ai 100.



# Fasce di prestazione applicate ad un test cognitivo

QIT: 85-115: quoziente intellettivo nella norma

QIT: 70-84: Funzionamento intellettivo limite

*QIT: 69-55: Ritardo mentale lieve*

QIT: 54-40: Ritardo mentale moderato

QIT: 39-25: Ritardo mentale grave

QIT: < 25: Ritardo mentale profondo

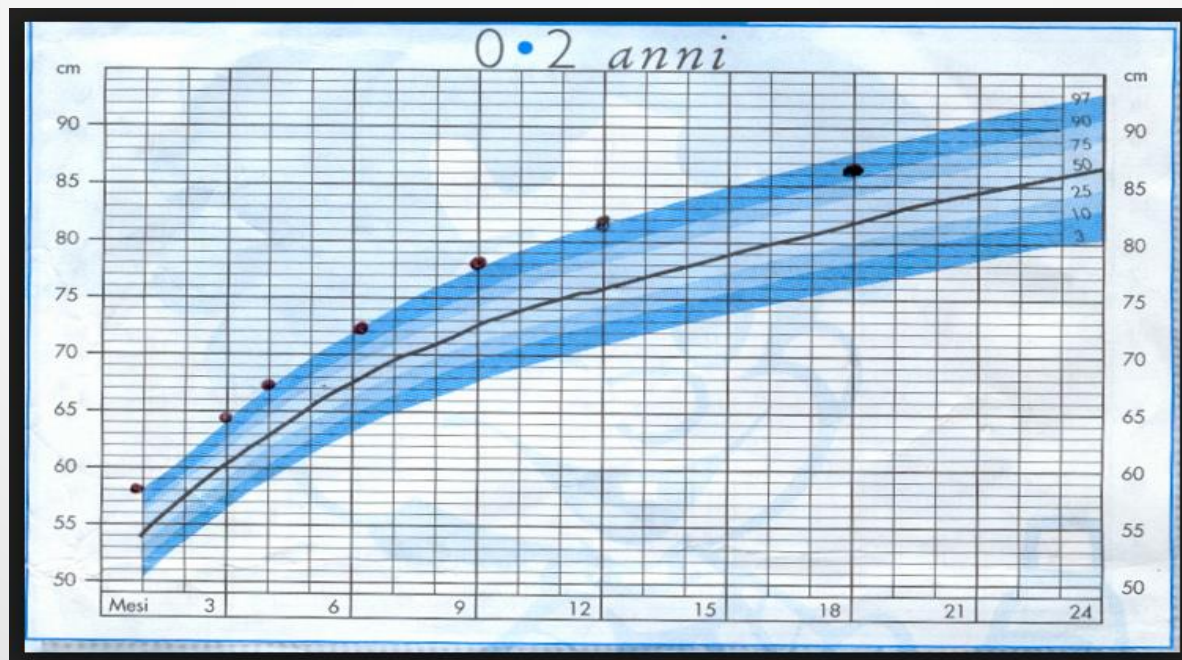
# Percentili oltre i DSA...

Oltre 25°: prestazione sufficiente

Tra il 10° e il 25°: ai limiti inferiori della norma

Tra 10° e 6° : richiesta di attenzione

Inferiore al 5° : deficit



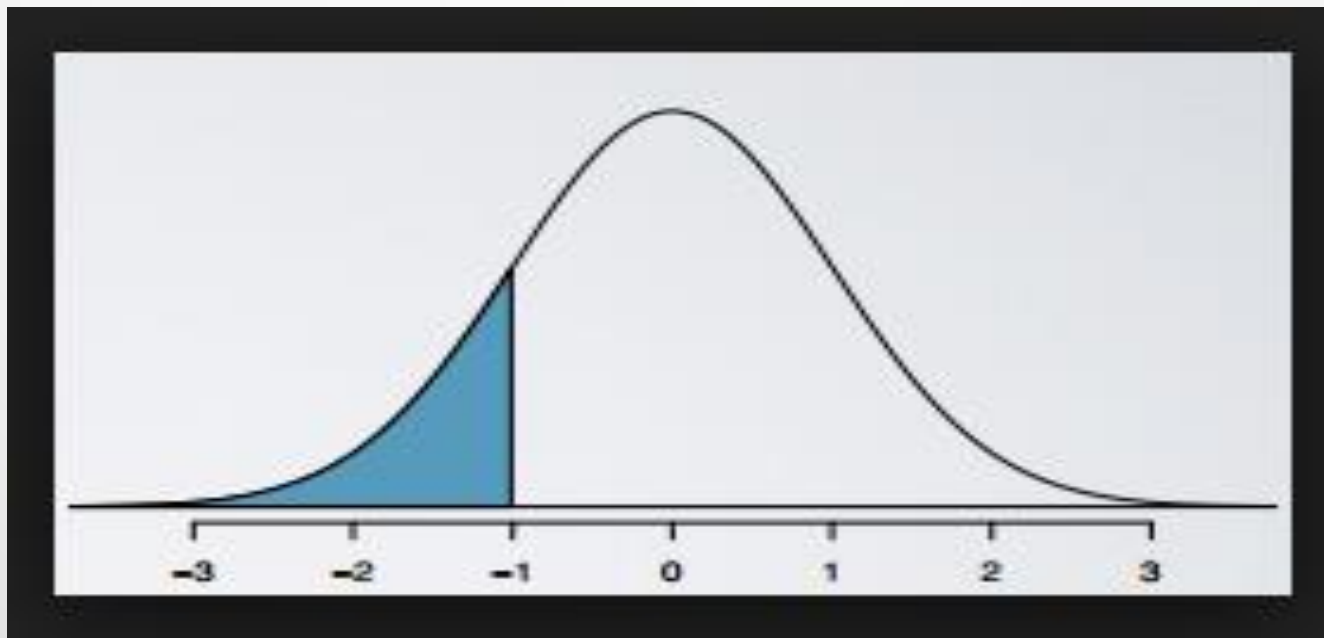
# Punteggi z (deviazioni standard)

Tra + 2 ds e + 1 ds: Prestazione oltre la norma

Tra +1 ds e - 1 ds : Prestazione entro la norma

Tra - 1 ds e - 2 ds: Prestazione ai limiti di norma

< - 2 ds: Prestazione al di SOTTO della norma





# Fasce di prestazione

Mettendo a confronto percentili e punteggi z alcuni clinici hanno poi ridefinito e semplificato i risultati attraverso delle fasce di prestazione che hanno il compito di mettere velocemente in evidenza se e dove si presenta il deficit.

**C.P.R: CRITERIO PIENAMENTE RAGGIUNTO** ( or OTTIMALE) in generale si tratta di risultati medio alti (oltre il 50°%.ile, punteggi standard oltre il 100)

**P.S: PRESTAZIONE SUFFICIENTE** prova nella media rispetto età o classe scolastica

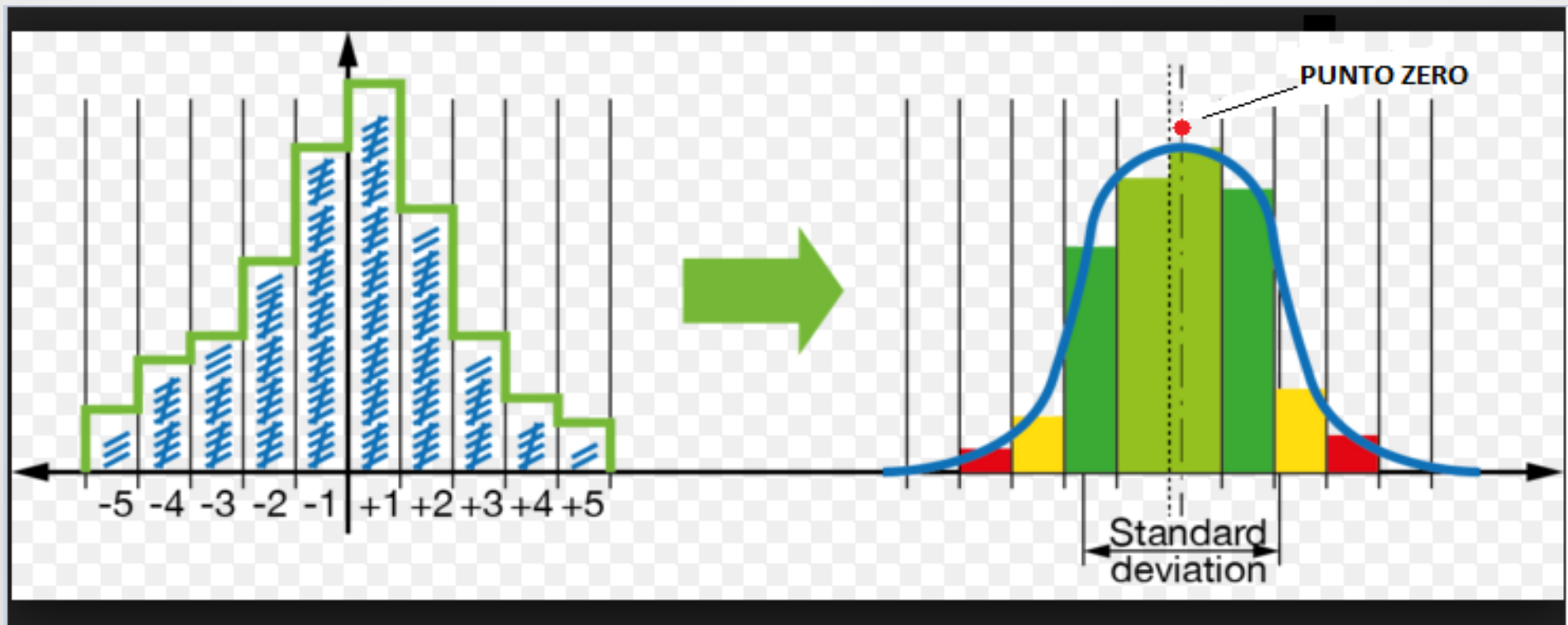
# RIASSUMENDO...

Per fare diagnosi di DSA i clinici si avvalgono di vari tipi di test, ognuno dei quali ha una propria standardizzazione.

E' bene ricordare che una prestazione è nella norma se presenta punteggi:

- 10 nei punteggi ponderati (10pp)
- 100 nei punti standard/quozienti (Qz.100)
- 50 nei percentili (50°%.ile)
- 0 nelle medie o deviazioni (es: 0,2 ds )

Il punto zero rappresenta la NORMA.





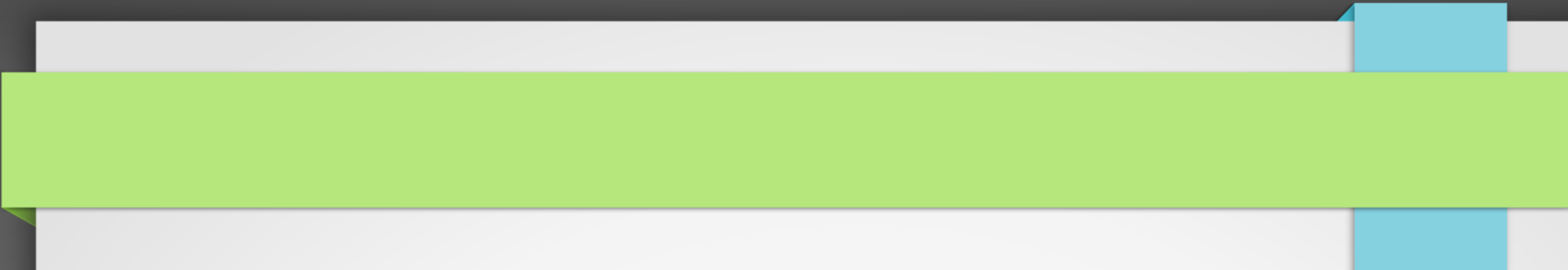
Si definisce invece una **prova altamente deficitaria** (= disturbo) se presenta punteggi:

- $< 6$  per i punteggi ponderati (es: p.p. 4<sup>\*\*</sup>)
- $< 70$  per i punteggi standard o quozienti (Qz: 63<sup>\*\*</sup>)
- $< 5^{\circ}$  percentile<sup>\*\*</sup> (o  $10^{\circ}$  a seconda dei test)
- $< -2$  ds<sup>\*\*</sup> (o  $-1,5$  ds a seconda dei test)
- in fascia di Richiesta di Intervento Immediato (RII<sup>\*\*</sup>)

# Quando e perché DSA?

La valutazione deve mettere in evidenza:

- ✓ Il **quoziente totale** o il migliore tra i quozienti monocomponentziali, deve essere NON inferiore a 85 (PARCC, 2011)
- ✓ Nella **lettura** è necessario valutare il parametro di rapidità e correttezza in prove a più livelli (parole, non parole, brano..); tali valori si devono collocare ad di sotto delle -2ds o comunque in fascia di RII
- ✓ Nella **scrittura** le prestazioni devono essere inferiori alle -2ds e/o per i centili secondo il valore indicato dal test

- 
- ✓ Per il **calcolo** prestazioni inferiori alle  $-2d$  e/o in fascia di RII o con punteggio standard inferiore a 70
  - ✓ Per la **grafia** le prestazioni si devono collocare al di sotto del valore critico indicato dal test (generalmente tra  $-1,5ds$  e  $-2ds$ )

La norma generale è quella di considerare la presenza del disturbo con almeno **2 PROVE deficitarie** dello stesso ambito (almeno 2 prove per la scrittura, almeno 2 prove per la lettura...)





...è inoltre bene ricordare che...

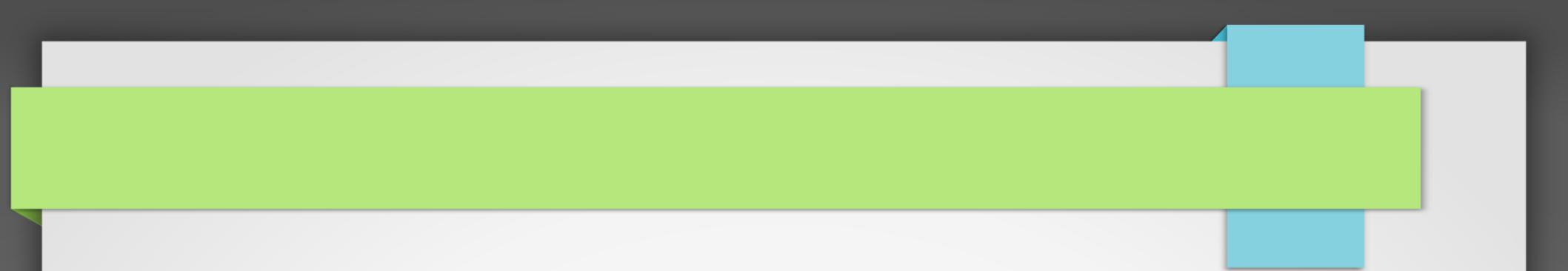
La diagnosi può essere effettuata solo alla fine della  
SECONDA ELEMENTARE per dislessia e disortografia e  
solo a fine TERZA per la discalculia.

Per gli alunni alfabetizzati in italiano come seconda lingua  
la diagnosi si può ipotizzare non prima del TERZO anno  
di SCOLARIZZAZIONE e con significativa discrepanza  
tra competenze di linguaggio orale e linguaggio scritto.  
(a sfavore di queste ultime).

# BES

Per coloro che presentano difficoltà ma non rientrano nella possibilità di essere diagnosticati perché valutati in una fase prematura rispetto ai criteri richiesti il nostro servizio tende a utilizzare codice F81.9 (disturbi evolutivi delle abilità scolastiche non specificati) come diagnosi d'attesa. (ad esempio per bambini in difficoltà già in prima elementare, o stranieri in attesa di completare gli anni di esposizione alla seconda lingua).

Oppure la scuola può adottare la categoria dei BES (Bisogni Educativi Speciali).



Vediamo insieme qualche esempio...