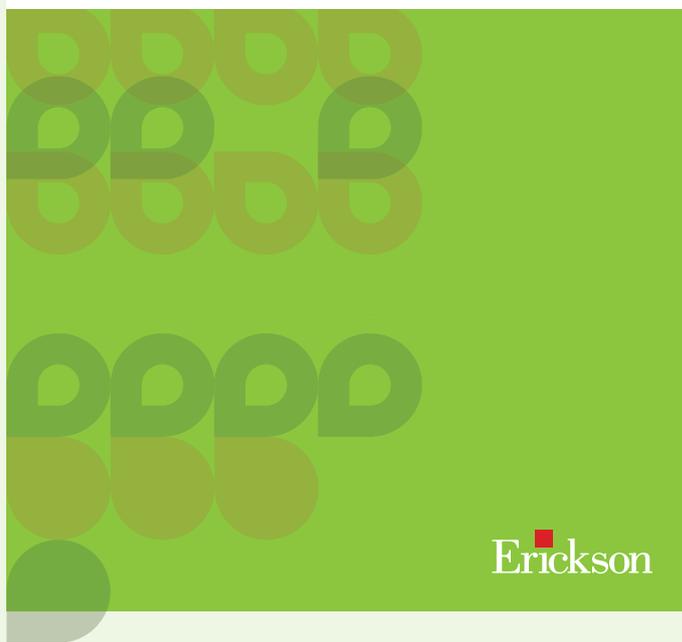

DSA

dopo la Linea Guida ISS 2022

**Tutte le domande (e le risposte)
su diagnosi e intervento**

Interviste agli esperti





**Tutto quello che
un professionista deve
sapere sulla nuova
Linea Guida per i DSA.**

€ 15,00



Indice

Introduzione	9
PRIMA PARTE	
Muoversi agevolmente all'interno della documentazione	
CAPITOLO PRIMO	
Lo strumento delle Linee Guida: buone prassi o Legge?	12
CAPITOLO SECONDO	
Linee Guida: cosa sapere per intendere correttamente le raccomandazioni	32
CAPITOLO TERZO	
Cosa aggiunge la Linea Guida a quanto già sappiamo sui DSA	54
SECONDA PARTE	
La presa in carico del DSA: raccomandazioni in pratica	
CAPITOLO QUARTO	
Identificazione precoce	74
CAPITOLO QUINTO	
Aggiornamento e integrazione delle raccomandazioni per la diagnosi dei DSA	90
CAPITOLO SESTO	
Interventi efficaci per il trattamento dei DSA	130
Indice delle domande	163

PRIMA PARTE

**Muoversi agevolmente
all'interno della
documentazione**

**Lo strumento
delle Linee
Guida: buone
prassi o Legge?**

1

Chi ha scritto la LG sulla gestione dei DSA e con quale scopo?

La «Linea Guida sulla gestione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento. Aggiornamento ed integrazioni» è stata redatta da un Panel multidisciplinare di esperti appartenenti alle principali associazioni scientifiche nazionali. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha pubblicato nel mese di gennaio 2022 il documento presentato dal Panel a giugno del 2021, approvandolo nel mese di novembre dello stesso anno.

Era infatti fondamentale, a distanza di 11 anni dall'uscita della precedente Linea Guida (LG), aggiornare le indicazioni operative per la valutazione, la diagnosi e l'intervento riabilitativo dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA).

Nonostante la sua apparente complessità, il documento è un esempio di percorso virtuoso nell'ambito della pratica clinica, e si propone come strumento utile per la condivisione di **buone prassi comuni** per la gestione e la tutela delle persone con DSA in tutte le realtà (sanitaria, scolastica, lavorativa, familiare).

2

Chi sono i destinatari della LG?

La LG si rivolge primariamente alle diverse figure professionali coinvolte **nella ricerca, nella diagnosi e nel trattamento/terapia** delle persone con DSA, ma le implicazioni delle raccomandazioni investono, naturalmente, anche gli ambiti scolastico, lavorativo e assistenziale.

3

La storia della LG: come si è arrivati alle raccomandazioni attuali?

La diagnosi di DSA, in Italia, non era una pratica clinica correntemente condivisa fino ai primi anni del Duemila.

Nel 2004 l'AID (Associazione Italiana Dislessia), che, in quanto associazione prevalentemente formata da genitori, rappresentava direttamente gli interessi dei beneficiari delle pratiche cliniche, prese la decisione di dare avvio a una prima Conferenza di Consenso (CC), pubblicata nel 2007, a fronte di linee-guida sui DSA, elaborate dalla stessa AID, dall'AIRIPA (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento) e dalla SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza), così come da altre Associazioni di professionisti sanitari, che presentavano però alcuni punti comuni ma anche sostanziali diversità. Questa prima CC ha affrontato la tematica dei DSA a 360°, dalla definizione del disturbo al trattamento, aprendo la strada alla promulgazione della **Legge 170/2010**.

La Legge 170/2010, a sua volta, ha avuto un impatto significativo sul piano educativo e dei percorsi scolastici degli studenti con DSA, garantendo l'applicazione di misure compensative e dispensative ritenute necessarie per favorire il successo scolastico di questi studenti. Altrettanto impor-

tante è stata la ricaduta nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sanitari, perché si è stabilito che il riconoscimento diagnostico di questi disturbi è garantito dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e/o da strutture e specialisti accreditati (art. 3).

Nel frattempo si concludevano i lavori del Panel di aggiornamento e revisione della prima Conferenza di Consenso (PARCC) e, quasi contestualmente, veniva varata una nuova CC, questa volta promossa dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), con l'obiettivo di chiarire le questioni rimaste in sospeso nel precedente documento di consenso attraverso una revisione sistematica della letteratura esistente.

La Legge 170 viene attuata, l'anno successivo, dal Decreto ministeriale 5669 del 12 luglio 2011, all'interno del quale, in allegato, si trovano le prime linee guida (LG) dell'ISS sui DSA.

All'interno di questo contesto storico, culturale e scientifico, la LG DSA 2022 si propone di fornire raccomandazioni aggiornate, alla luce dello sviluppo apprezzabile delle conoscenze scientifiche nell'ultimo decennio, così come di formulare indicazioni per **aspetti e ambiti nuovi**, non affrontati nei precedenti documenti di consenso.

4

Perché sono state aggiornate le precedenti raccomandazioni cliniche?

Finora per la diagnosi dei DSA la comunità dei clinici italiani si è riferita all'ICD-10 e alle raccomandazioni emerse dai tre documenti sopracitati.

La prima Consensus Conference (AID, 2007) ha definito standard clinici condivisi per la diagnosi e la riabilitazione dei DSA utilizzando come metodologia il confronto tra esperti. Gli argomenti erano però molti e complessi, per cui, vista l'impossibilità di trovare un accordo su tutto e la continua evoluzione delle evidenze scientifiche, alcune questioni erano rimaste aperte. Alla luce di ciò, i partecipanti alla Consensus Conference deliberarono la costituzione di un **Panel multidisciplinare e multiprofessionale** di aggiornamento delle stesse (PARCC).

Il PARCC ha coinvolto rappresentanti di associazioni e società scientifiche e di esperti di DSA anche esterni al panel stesso, che si sono confrontati su studi di letteratura non provenienti da una revisione sistematica ma basati sulla loro expertise. Il PARCC ha avuto il compito di completare il lavoro precedente mediante degli approfondimenti in linea con gli orientamenti fondamentali contenuti nella CC,

nonché di farsi promotore di una richiesta di promozione di LG sui DSA (2008), che diede origine alla Consensus Conference dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2010). La metodologia adottata in questo caso fa riferimento all'estrazione della letteratura scientifica secondo criteri standardizzati e alla discussione tra esperti.

Nonostante tutti questi sforzi, alcune questioni restavano poco approfondite o irrisolte, per cui nel 2016 AID ha promosso un confronto con alcune organizzazioni scientifiche (AIRIPA, SINPIA, FLI) e deliberato la costituzione di un «**gruppo tecnico AID di attivazione**», che aveva il compito di promuovere l'avvio del processo di produzione di nuove raccomandazioni cliniche, individuando una prima proposta di tematiche da affrontare. Fu così costituito il Gruppo Scientifico Promotore, formato da un rappresentante per ciascuna delle associazioni e società scientifiche che avevano partecipato alle precedenti CC; il gruppo ha valutato le tematiche da affrontare e ha espresso parere favorevole alla prosecuzione del progetto.

Nel 2017 si è costituito il Gruppo Promotore, ridefinato alla luce della Legge 8 marzo 2017, n. 24, «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie» e nel 2018 si è insediato il Panel di Sviluppo della Linea Guida, che ha avuto il compito di aggiornare le raccomandazioni affinché i clinici avessero una visione più completa di come affrontare le problematiche cliniche delle persone con DSA, nonché per promuovere, attraverso il documento, degli effetti in ambito scolastico, socio-assistenziale e lavorativo.

5

Che differenza c'è tra LG e Consensus Conference?

Negli ultimi anni i progressi nella ricerca consentono la produzione costante e aggiornata di nuove conoscenze, con una proliferazione di materiale talmente elevata che risulta difficile al singolo professionista operare decisioni cliniche fondate sulle prove scientifiche disponibili. I tempi tecnici di redazione e pubblicazione dei manuali non permettono, però, di dare una risposta a questa esigenza di trasferimento di conoscenze per orientare la pratica clinica, ragione per cui sono stati messi a punto nuovi strumenti, come appunto le «linee guida» e le «conferenze di consenso».

Le Consensus Conference (CC) sono, quindi, uno degli strumenti disponibili per raggiungere, attraverso un processo formalmente condiviso e strutturato, un accordo tra diverse figure in merito a questioni sanitarie particolarmente controverse e complesse, con il supporto di un panel di esperti. Gli esperti, a partire dalla revisione aggiornata e sistematica della letteratura esistente, effettuano una valutazione delle migliori evidenze scientifiche disponibili (in ordine gerarchico per qualità metodologica), al fine di orientare la pratica clinica nel modo più uniforme possibile secondo **raccomandazioni «evidence-based»**.

Le LG sono, invece, **raccomandazioni di comportamento clinico** elaborate mediante un processo di

revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti riguardo a tematiche su cui esistono conoscenze più o meno consolidate, al fine di assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi, riducendo al minimo la variabilità, che nelle decisioni cliniche è legata alla carenza di conoscenze e alla soggettività nella definizione delle strategie assistenziali.

Oltre all'attività di elaborazione delle LG e degli altri strumenti di indirizzo orientati al miglioramento della qualità dell'assistenza, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha avviato un programma di conferenze di consenso nell'ambito del Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNL-G)¹ con queste **finalità**:

- produrre informazioni utili a indirizzare le decisioni degli operatori, clinici e non, in direzione di una maggiore efficacia e appropriatezza, oltre che in direzione di una maggiore efficienza nell'uso delle risorse;
- renderle facilmente accessibili;
- seguirne l'adozione esaminando le condizioni ottimali per la loro introduzione nella pratica;
- valutarne l'impatto organizzativo e di risultato.

¹ <http://www.snlg-iss.it> ultima consultazione 18 luglio 2022.

Identificazione precoce

Premessa

Le traiettorie di sviluppo di un individuo, nonché le caratteristiche del DSA in uno specifico soggetto, rispondono a un complesso intreccio di multipli fattori, sia protettivi sia di rischio, riferiti tanto all'individuo stesso quanto al contesto in cui è inserito. Appare dunque cruciale prendere in considerazione tutti i fattori precoci associati agli esiti di apprendimento in età scolare.

Mentre la prima Consensus Conference sui DSA (CC ISS, 2010) aveva iniziato a delineare alcune condizioni di rischio associate ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento, il documento CC ISS 2022, al Quesito 1 (QC1), si propone di esporre i risultati relativi alla presa in esame dei singoli indici predittivi per l'identificazione precoce dei bambini a rischio di DSA.

37

Quali sono i fattori di rischio associati ai DSA?

La Consensus Conference del 2010 (ISS) raccomandava ai clinici di approfondire l'indagine anamnestica per rilevare l'eventuale presenza di indicatori di rischio per i DSA.

Per «fattore di rischio» si intende una specifica condizione che risulta essere statisticamente associata a una malattia e che pertanto si ritiene possa concorrere alla sua patogenesi, favorirne lo sviluppo o accelerarne il decorso.

Un fattore di rischio non è quindi un agente causale, ma un indicatore di probabilità che lo stesso possa associarsi a una determinata condizione clinica; la sua assenza non esclude la comparsa della malattia, ma la sua presenza o la compresenza di più fattori di rischio aumentano notevolmente il rischio di malattia.

I fattori di rischio individuati nel Quesito B1 del precedente documento di consenso (ISS, 2010), ordinati in modo decrescente secondo la forza delle prove scientifiche a disposizione per ciascuno, si distinguevano tra quelli per cui è stata riscontrata un'associazione positiva con lo sviluppo di DSA e fattori di rischio per cui è stata riscontrata

solo un'associazione positiva con lo sviluppo di ritardi nelle abilità di lettura, scrittura, calcolo.

Tra i fattori di rischio per cui è stata dimostrata o ipotizzata l'associazione con lo sviluppo di DSA vi è l'aver subito due o più **anestesi generali** successive al parto prima dei quattro anni di vita, l'appartenenza al genere maschile, la presenza di un disturbo del linguaggio, la familiarità e una storia genitoriale di alcolismo o disturbo da uso di sostanze.

38

Che cosa si intende per indice predittivo?

A integrazione dei fattori di rischio individuati dalla CC ISS 2010, si è spostata l'attenzione sui possibili indici predittivi dei DSA, che possono essere meglio osservati nella pratica clinica e in contesto scolastico.

La presente LG definisce gli «indici predittivi» come specifiche misure del funzionamento cognitivo/linguistico, ossia competenze relative a vari ambiti dello sviluppo misurate in età prescolare, che risultano successivamente associate a prestazioni degli apprendimenti scolastici in età scolare.

39

Come interpretare i risultati sugli studi condotti per l'identificazione degli indici predittivi?

L'esame della letteratura ha mostrato come gli studi longitudinali che ricercano associazioni tra determinati predittori in età prescolare ed esiti clinici (disturbi specifici dell'apprendimento) siano scarsi, mentre è ampio il numero degli studi che ricerca le associazioni tra determinati predittori e prestazioni in compiti di decodifica, comprensione della lettura, competenza ortografica e calcolo.

Gli studi longitudinali individuati riguardano pertanto per la maggior parte la popolazione a sviluppo tipico e sono condotti sulla lingua inglese, che è a ortografia opaca. Entrambi questi elementi rappresentano dei **limiti alla generalizzabilità** dei risultati alla popolazione clinica e in lingua italiana, la quale è a ortografia trasparente.

Tuttavia i risultati, in accordo con i recenti e più accreditati modelli teorici relativi alla multifattorialità dell'eziopatogenesi e alla dimensionalità dei DSA (che si colloca all'estremo inferiore del continuum tra prestazioni normali e francamente patologiche), mettono in evidenza

come ogni indice predittivo contribuisca in maniera variabile alle prestazioni negli apprendimenti, in linea anche con l'ottica evolutiva, che spiega la variabilità dell'interazione fra i diversi indici predittivi nelle diverse epoche di sviluppo in funzione dei cambiamenti dei processi di apprendimento richiesti.

Pertanto si suggerisce di valutare alcuni indici predittivi che possono interferire con le successive competenze di lettura, scrittura e calcolo, al solo fine di attivare dei percorsi di potenziamento, in particolare in ambito educativo, sulle aree di fragilità, per ridurre gli effetti di un eventuale impatto negativo. Si raccomanda inoltre di non anticipare in alcun modo la diagnosi di DSA, che potrebbe non manifestarsi.

40

Cosa si intende per indici distali e prossimali?

Adottando un'ottica evolutiva, secondo la quale gli indici predittivi dei DSA possono mutare nel tempo, a livello sia quantitativo sia qualitativo (in epoche diverse predittori diversi e diverso peso), si rivela necessario distinguere tra **predittori distali** e **prossimali**.

Predittori distali	Predittori prossimali
Che riguardano meccanismi di elaborazione dominio-generalisti che possono essere misurati anche in fasi precoci dello sviluppo (ad esempio, funzioni esecutive e memoria di lavoro).	Che riguardano competenze dominio-specifiche che riguardano funzioni cognitive «limitrofe» a quelle sottese da uno specifico apprendimento strumentale (ad esempio, la consapevolezza fonologica è considerata un predittore prossimale della rapidità/correttezza di decodifica).

41

Quali sono i predittori della lettura e della scrittura?

Esiste una letteratura molto ampia a sostegno della presenza di associazioni tra una serie di indici predittivi cognitivi e prestazioni legate agli apprendimenti scolastici prevalentemente all'ultimo anno della scuola primaria, fatta eccezione per la grafia, per la quale la presente LG non fornisce raccomandazioni.

Dall'analisi dei risultati nel documento emergono come indici predittivi per la decodifica e per la scrittura (intesa come competenza ortografica) ad esempio le seguenti abilità:

- la **consapevolezza fonologica** (misurata con prove di sintesi, segmentazione, manipolazione di sillabe e fonemi, rime);
- la **denominazione rapida automatizzata** (Rapid Automated Naming o RAN: misurata utilizzando compiti di denominazione rapida di oggetti, numeri o colori);
- la **consapevolezza notazionale** (valutata con diverse prove volte a misurare la capacità di elaborare forme di scrittura simili all'ortografia convenzionale, utilizzando segni più o meno simili ai grafemi convenzionali e variando i segni prodotti in base alla variazione della struttura fonetica delle parole);

- la **consapevolezza morfologica** (misurata con compiti di comprensione grammaticale, giudizio grammaticale e morfologico, produzione morfosintattica);
- la **capacità di associazioni visivo-verbali** (misurata con compiti di associazione fra stimoli senza senso e a senso verbali e stimoli visivi).

La conoscenza delle lettere (misurata prevalentemente con prove in cui si richiede di fare la corrispondenza grafema/fonema e fonema/grafema) e il vocabolario (misurato con compiti di comprensione e produzione lessicale) sono individuati come indici predittivi solo per la decodifica, mentre la memoria a breve termine (misurata attraverso prove di ripetizione di cifre, di parole, di non parole, di frasi, di riordino sequenziale di immagini corrispondenti alle parole ascoltate) solo per la competenza ortografica.

La maggioranza degli studi longitudinali selezionati è stata condotta su popolazioni anglofone per cui si raccomanda di estendere con cautela questi risultati a una lingua a ortografia trasparente come l'italiano, considerando che le abilità in gioco possono avere un peso diverso a seconda le caratteristiche dello specifico sistema linguistico.