

I disturbi specifici di apprendimento (DSA): analisi e criticità da una indagine su una popolazione clinica di 444 minori

Francesco Ciotti¹, Simona Cremonini¹, Irene Sanità Gigante¹, Amanda Ricci¹, Caterina Venza¹, Ciro Ruggerini²

¹ Studio A.MI.CO Cesena

² Cooperativa sociale Progetto Crescere Reggio Emilia

Lo studio riguarda l'analisi di 444 minori afferiti al centro privato Studio A.MI.CO di Cesena nel periodo 2016-2024 con diagnosi finale di DSA. La scolarità dei genitori del campione è sovrapponibile a quella della popolazione generale italiana. La comorbidità della discalculia col disturbo di lettura e/o di scrittura rappresenta il 38% dei casi. Il disturbo di letto scrittura prevale nel sesso maschile, mentre quello di calcolo nel sesso femminile. Il disturbo di letto scrittura è diagnosticato in più della metà dei casi prima della quinta primaria, mentre la diagnosi di discalculia isolata o in comorbidità è più tardiva. Tra i fattori di rischio la presenza di un ritardo di linguaggio in età prescolare è rilevata nel 33% dei casi, ma di questi solo un terzo ha ricevuto un trattamento logopedico. La discussione dei dati suggerisce alcune ipotesi operative tese a migliorare le prestazioni del servizio sanitario rispetto al disturbo di linguaggio e al disturbo di calcolo.

The study concerns the analysis of 444 minors referred to the private center Studio A.MI.CO in Cesena, Italy, during the period 2016-2024 with a final diagnosis of SLD (Specific learning disorders). The schooling of the parents in the sample overlaps with that of the general Italian population. Comorbidity as Dyslexia and Dysorthography and of a developmental arithmetic disorder (Dyscalculia) accounts for 38% percent of cases. Reading-writing disorder prevails in the male sex, while calculus disorder in the female sex. Reading-writing disorder is diagnosed in more than half of cases before fifth grade, while the diagnosis of isolated dyscalculia or in comorbidity occurs later. Among the risk factors, the presence of preschool language delay is detected in 33 percent of cases, but of these only one-third received speech therapy treatment. The discussion of the data suggests some operational hypotheses aimed at improving health service performance with respect to language disorder and developmental arithmetic disorder.

Oggetto e obiettivi dello studio

Lo studio riguarda l'indagine retrospettiva su 444 minori afferiti nel periodo 2016-2024 allo studio A.MI.CO (dedicato

alla memoria di Adriano Milani Comparetti) di Cesena per difficoltà di apprendimento scolari e sui quali è stata effettuata una diagnosi di DSA.

Obiettivo diretto dello studio è di determinare attraverso l'analisi dei casi: la frequenza relativa delle diverse tipologie di DSA; la distribuzione dei disturbi tra sesso maschile e femminile; la classe scolare della prima diagnosi per i diversi disturbi; la presenza di fattori di rischio familiari, sensoriali, linguistici, cognitivi, comportamentali nei diversi disturbi.

Obiettivo indiretto dello studio è l'individuazione di criticità emergenti e risposte possibili ai problemi diagnostici e clinici mostrati dall'analisi dei dati.

Materiali e metodi

Per lo studio sono stati presi in considerazione 870 soggetti frequentanti le classi dalla terza primaria a fine scuola secondaria di II grado, giunti alla nostra consultazione per difficoltà scolari nel periodo 2016-2024. A tutti i soggetti è stato applicato il seguente protocollo clinico.

Per l'anamnesi familiare: inviante, titolo di studio dei genitori, familiari di I grado con DSA, genitori separati, genitore o genitori biologici di nazionalità straniera.

Per l'anamnesi personale: peso alla nascita, sviluppo motorio (età della deambulazione autonoma), sviluppo del linguaggio (linguaggio a 3 anni all'ingresso alla scuola materna comprensibile agli estranei), problemi uditivi di tipo trasmissivo nella fascia 0-6 (otiti perforate ripetute e/o otite sierosa cronica e/o paracentesi trans timpanica e/o esame audiometrico alterato), problemi visivi nella fascia 0-6 (strabismo e/o ambliopia e/o bendaggio temporaneo), valutazioni precedenti con diagnosi di disturbo di linguaggio e presa in carico logopedica in età prescolare, valutazioni precedenti con diagnosi di DSA.

Per l'esame neurologico: tono passivo arti superiori e inferiori, riflessi osteotendinei profondi rotuleo, achilleo, bicipitale.

Per la valutazione testologica: Quoziente Intellettivo con l'utilizzo della scala completa della WISC-IV [1]; prove di letto-scrittura della batteria per la valutazione della dislessia e della disortografia evolutiva-2/DDE-2 [2]; prove MT di lettura dalla prima elementare alla terza media [3]; lettura di brano delle prove MT-3-Clinica [4], prove MT Avanzate-3-Clinica [5], prove di lettura e scrittura MT-16-19 [6]; dettato di brano della batteria per la valutazione della scrittura e della competenza ortografica-2/BVSCO [7]; Batteria per la discalculia evolutiva BDE-2 [8]; questionario sul comportamento del bambino CBCL 6-18 anni compilato dai genitori [9].

Degli 870 soggetti ne sono stati analizzati 444 sui quali è stata posta una diagnosi di DSA secondo i criteri dell'ICD10 [10] e secondo le linee guida della Consensus Conference sui disturbi evolutivi specifici di apprendimento (2006-2007) [11], delle Raccomandazioni cliniche sui DSA PARCC (2011) [12], della Consensus Conference dell'Istituto Superiore di Sanità (2011) [13]: assenza di una malattia neurologica, assenza di una ipo-visione bilaterale non correggibile né corretta, assenza di una ipoacusia neurosensoriale, assenza di disturbi psichiatrici, assenza di svantaggio socio-culturale che interferisca con un'adeguata istruzione scolastica, il QIT (multicomponentiale) oppure il migliore tra i quozienti monocomponentiali (quoziente verbale o non verbale) non inferiore a 85, presenza di un punteggio nella velocità e/o correttezza della lettura <-2DS in almeno una delle prove di lettura per la dislessia, correttezza del dettato <-2DS in almeno una prova di dettato per la disortografia, quoziente di calcolo e/o numero <-2 DS nelle prove delle abilità matematiche per la discalculia.

Risultati

Il titolo di studio dei genitori dei minori con DSA è così ripartito: 186 (21%) licenza media inferiore, 506 (57%) diploma di scuola superiore, 196 (22%) laurea.

Tabella 1.

	N. totale (% sul totale)	Maschi (% per tipol.)	Femmine (% per tipol.)
Dislessia	28 (6%)	17 (61%)	11 (39%)
Disortografia	93 (21%)	63 (68%)	30 (32%)
Dislessia+disortografia	89 (20%)	63 (70%)	26 (30%)
Dislessia+disortografia+discalculia	108 (24%)	54 (50%)	54 (50%)
Disortografia+discalculia	65 (14%)	28 (43%)	37 (57%)
Discalculia	61 (14%)	22 (36%)	39 (64%)
Totale	444	247 (56% sul totale)	197 (44% sul totale)

I dati ISTAT 2021 dell’Emilia-Romagna riportano sulla popolazione >9 anni il 18% con licenza elementare, il 27% con licenza media, il 38% con diploma, il 16% con laurea. Tale popolazione di riferimento non ci pare corretta, in quanto comprende i soggetti dai 9 ai 20 anni e quelli >65 anni, che non appartengono alla popolazione genitoriale con figli dell’età di 8-18 anni.

Per questo abbiamo preso come riferimento i dati ISTAT 2022 dell’Italia sulla popolazione 25-64 anni, che riportano il 17% dei soggetti con licenza elementare-media, il 63% con diploma, il 20% con laurea. Tali percentuali sono molto vicine a quelle del nostro campione genitoriale, per cui possiamo concludere che, nonostante il nostro servizio sia a pagamento, questo non incide in modo significativo sulla selezione socio-culturale delle famiglie.

Nella **Tabella 1** sono riportate le diverse tipologie di DSA diagnosticate nei 444 soggetti e la loro distribuzione per sesso. Rispetto alle tipologie la tabella mostra che i disturbi isolati (dislessia/disortografia/discalculia) sono una minoranza con una prevalenza della disortografia (21%), rispetto alla discalculia (14%) e alla dislessia (6%), che appare la più rara. Mostra che i disturbi misti sono i più frequenti con il disturbo misto completo (dislessia+disortografia+discalculia) che è il più diffuso (24%). Se consideriamo tutti i casi di dislessia questi sono 225

(28+89+108) pari al 50%, tutti i casi di discalculia sono 234 (61+65+108) pari al 52%, tutti i casi di disortografia sono 355 (93+89+108+65) pari al 80%. In altre parole la disortografia è il DSA di gran lunga prevalente, presente in 8 bambini su 10.

Rispetto alla distribuzione per genere la tabella mostra che i disturbi di letto scrittura (dislessia/disortografia/dislessia+disortografia) sono più frequenti nei maschi con un rapporto di circa 2:1. Ma quando nella diagnosi entra il disturbo della discalculia, la distribuzione sposta la sua frequenza nel sesso femminile con un rapporto di 1:1 nel disturbo misto completo e un rapporto invertito di circa 2:1 per il sesso femminile nella discalculia con e senza disortografia.

Nella **Tabella 2** è riportata la classe scolastica in cui è stata fatta la prima diagnosi nelle diverse tipologie di DSA.

La tabella mostra che in caso di disturbi della letto scrittura la prima diagnosi è effettuata da inizio terza primaria a fine quarta primaria in circa la metà dei casi. Ma quando entra il disturbo della discalculia la diagnosi diventa più tardiva e, quando la discalculia è pura, scende al 26%, ossia in 3 casi su 4 la diagnosi avviene dalla quinta primaria in poi.

Nella **Tabella 3** è riportata la compresenza di fattori di rischio per il DSA di natura familiare e sensoriale nelle diverse tipologie di DSA.

Tabella 2.

	Numero	3 ^a -4 ^a primaria (% per tipologia)	5 ^a primaria-1 ^a secondaria I grado (% per tipologia)	>1 ^a secondaria di I grado (% per tipologia)
Dislessia	28	14 (50%)	6 (21%)	8 (29%)
Disortografia	93	46 (49%)	33 (35%)	14 (15%)
Dislessia+disortografia	89	48 (54%)	23 (26%)	18 (20%)
Dislessia+disortografia+discalculia	108	42 (40%)	38 (35%)	28 (26%)
Disortografia+discalculia	65	29 (44%)	24 (37%)	12 (19%)
Discalculia	61	16 (26%)	23 (38%)	22 (36%)
Totale	444	195 (44% sul totale)	147 (33% sul totale)	102 (23% sul totale)

Tabella 3.

	Numero	Familiarità per DSA	Genitori separati	1/2 genitore straniero	Disturbi uditivi	Disturbi visivi
Dislessia	28	4	7	2	2	7
Disortografia	93	9	4	7	10	13
Dislessia+disortografia	89	22	0	7	17	7
Dislessia+disortografia+discalculia	108	23	11	15	19	13
Disortografia+discalculia	65	4	7	9	5	6
Discalculia	61	8	2	6	11	14
Totale	444	70 (16%)	31 (7%)	46 (10%)	64 (14%)	60 (13%)

Tabella 4.

	Numero	Ritardo del linguaggio (% per tipol.)	R. linguaggio trattato (% per tipol.)	M. lavoro <85 (% per tipol.)	V. Elaborazione <85 (% per tipol.)	Iperattività/inattenzione (% per tipol.)
Dislessia	28	7 (25%)	4 (14%)	11 (39%)	5 (18%)	5 (18%)
Disortografia	93	36 (39%)	12 (13%)	36 (39%)	25 (27%)	10 (11%)
Dislessia +disortografia	89	27 (30%)	9 (10%)	39 (44%)	30 (34%)	8 (9%)
Dislessia +disortografia +discalculia	108	38 (35%)	16 (15%)	72 (67%)	48 (44%)	15 (14%)
Disortografia +discalculia	65	23 (35%)	6 (9%)	36 (55%)	18 (28%)	10 (15%)
Discalculia	61	17 (28%)	7 (11%)	22 (36%)	12 (20%)	15 (24%)
<i>Totale</i>	<i>444</i>	<i>148 (33%)</i>	<i>54 (12%)</i>	<i>216 (49%)</i>	<i>138 (31%)</i>	<i>63 (14%)</i>

I fattori considerati nella **Tabella 3** sembrano presenti nei soggetti con DSA con una bassa frequenza, forse non molto dissimile dall'atteso rispetto a una popolazione non DSA.

Per i fattori "familiarità del disturbo" e "genitori separati" ciò può essere ascrivibile alla difficoltà anamnestica di raccogliere un dato oggettivo. Non tutti i genitori riferiscono il loro stato di separazione fattuale o legale. Non tutti i genitori ricordano o sanno di avere un familiare diretto con DSA. Per il genitore straniero il dato raccolto è oggettivo e attendibile e manifesta una frequenza del tutto sovrapponibile alla popolazione non DSA. Poiché i minori stranieri sono più a rischio di DSA, è probabile che ciò derivi da un bias di selezione, legato al fatto che, essendo l'accesso al nostro studio privato a pagamento, questo riduca per motivi economici la presenza di famiglie straniere. Per i disturbi uditivi di tipo trasmissivo e visivi di ipovisione monolaterale, questa bassa frequenza del 13-14% non è confrontabile perché non possediamo riferimenti statistici nella popolazione non DSA.

Nella **Tabella 4** è riportata la compresenza di fattori di rischio per il DSA di natura linguistica, cognitiva e comportamentale nelle diverse tipologie di DSA. I ritardi di linguaggio in età prescolare, dedotti dall'anamnesi, sono distinti tra quelli che hanno ricevuto un trattamento logopedico in quell'età e quelli che non lo hanno ricevuto. I fattori cognitivi sono rappresentati da un quoziente <85 dell'indice della memoria di lavoro della WISC-IV e <85 dell'indice della velocità di elaborazione. Il disturbo dell'attenzione/iperattività è attribuito da un valore $\geq 95^{\circ}$ centile nella scala dell'attenzione della CBCL somministrata ai genitori.

Il ritardo di linguaggio in età prescolare è presente nell'anamnesi personale dei soggetti con DSA in un minore ogni tre (33%), con una percentuale estremamente più alta della popolazione normale (3-5%). Esso risulta con percentuali assai simili in tutte le tipologie di DSA, isolate e miste, di lettura, di scrittura e di calcolo. Va rilevato che, di questi ritardi di linguaggio riferiti dai genitori nell'anamnesi, solo un minore ogni tre (54 su 148) è stato sottoposto in età prescolare a una logoterapia, ossia a un trattamento indicato come utile in tutti i bambini con ritardo di linguaggio anche ai fini di prevenire il DSA in età scolare.

La funzione della memoria di lavoro verbale, così come è misurata dalla WISC, risulta < 85 ossia <-1DS nella metà dei minori con DSA (49%), senza differenze sostanziali tra disturbi isolati di lettura, di scrittura, di calcolo, e invece con una prevalenza più netta quando il disturbo è misto. Lo stesso rilievo si può fare per la velocità di elaborazione, anche se questa complessivamente risulta compromessa in un minore ogni tre

(31%). Quindi memoria di lavoro verbale e velocità di elaborazione quanto più sono compromesse tanto più sembrano influire negativamente sull'apprendimento e della letto scrittura e del calcolo.

Inattenzione/iperattività sono presenti nel 14% dei minori con DSA, una percentuale superiore a quella stimata nella popolazione generale (1-5%), ma con una comorbidità non così frequente, e comunque senza differenze sostanziali tra le diverse tipologie di DSA.

Discussione delle criticità e ipotesi operative

Ciro Ruggerini e coll. [14] in un articolo sui disturbi di letto scrittura sottolineano l'importanza di un riconoscimento precoce della difficoltà di letto scrittura al fine di mettere in atto aiuti abilitativi e di favorire nei bambini, insieme alla constatazione della possibilità di apprendimento proporzionale alle proprie abilità cognitive, la elaborazione di una autostima sufficientemente adeguata. Ai fini della diagnosi precoce del disturbo indicano come parametri di riferimento una lettura scorrevole e non più sillabica a fine seconda primaria e una scrittura sotto dettatura con pochi errori ortografici a fine terza primaria. Ai fini abilitativi citano una indagine di Tressoldi e coll. [15] sui diversi tipi di trattamento utilizzati nel DSA che dimostra, per i trattamenti diretti alla automatizzazione del processo di riconoscimento dello stimolo visivo della parola e delle sillabe della parola, un miglioramento nella prestazione della lettura in un arco temporale molto lungo che giunge fino alla terza secondaria di I grado.

Dalla nostra indagine [Tabella 2] risulta che il disturbo di letto scrittura (dislessia e dislessia+disortografia) riceve una diagnosi tempestiva tra la terza e la quarta primaria solo in circa la metà dei casi. Per il resto circa un minore su 4 è diagnosticato tra quinta primaria e prima secondaria di I grado e un minore su 4 dopo la prima secondaria di I grado. Il nostro dato è leggermente peggiore di quello rilevato da Mammarella e coll. [16], che riportano la prima diagnosi effettuata nella scuola primaria nel 78% dei casi. Il loro campione di 2845 questionari era diretto specificamente ai genitori di minori con dislessia/disortografia iscritti alla Associazione Italiana Dislessia. Nel nostro campione invece prevale la comorbidità tra disturbo di letto scrittura e di calcolo nel 38% dei soggetti, dato sovrapponibile al 40% riportato da Lewis e coll. [17].

I soggetti riconosciuti tardivamente nelle loro difficoltà specifiche, oltre alla fatica e al sacrificio vissuti durante tutta la scuola primaria, provano sulla propria pelle insuccessi e mortificazioni, che ne minano profondamente l'autostima costruita in età preadolescenziale e ne inficiano gravemente la car-

riera scolastica, con scelte rinunciarie derivanti dalla esperienza delle loro debolezze e non dei loro talenti. Faccin e coll. [18] si soffermano su questo tema attraverso l'analisi di storie di vita di tre giovani adolescenti il cui DSA è stato riconosciuto per la prima volta in terza secondaria di I grado o dopo, con esperienze di bocciature e insuccessi, bassa autostima fino a sintomi depressivi. Gli autori giungono a identificare alcuni fattori che contribuiscono a ritardare la diagnosi:

- a. la correttezza ortografica, col misconoscimento dei lettori lenti ma corretti;
- b. la famiglia di livello socioculturale medio-alto con forte predisposizione all'aiuto compiti e a stimolare un lungo impegno pomeridiano sul compito;
- c. il sesso femminile, più predisposto al dovere e allo studio e a sviluppare sintomi di disadattamento internalizzati (depressivi) piuttosto che, come nei maschi, a reagire all'insuccesso con comportamenti esternalizzati di opposizione-ri-futo.

Dalla stessa tabella risulta che la diagnosi di discalculia risulta ancora più tardiva, perché quando è isolata avviene tra la terza e la quarta primaria solo in un caso su 4, e avviene dopo la prima secondaria di I grado in un caso ogni 3. E, poiché il disturbo di calcolo isolato colpisce con maggior frequenza il sesso femminile [Tabella 1], le bambine ne sono maggiormente penalizzate nei risultati e nelle scelte scolastiche successive. È come se il non accesso al calcolo mentale (il bambino continua a contare con le dita dopo la quarta primaria) fosse un problema non visto o non considerato come tale dal sistema per scarsa formazione del personale scolastico sul disturbo o per il pregiudizio diffuso che "le bambine tanto per la matematica non sono portate". La scarsa attenzione all'apprendimento della matematica non è solo un problema italiano. Michèle Mazzocco [19] lo rileva insufficiente anche negli USA: sul piano della ricerca dal 1985 al 2015 il rapporto dei lavori pubblicati sulla matematica è di 1:5 rispetto a quelli sulla letto scrittura, le ore scolastiche dedicate all'insegnamento della matematica sono molto più ridotte rispetto a quelle della lingua, la formazione specifica degli insegnanti, prevista per la lingua, in matematica non è prevista con una conseguente preparazione generale degli insegnanti inadeguata per la matematica. Una seconda criticità importante che emerge dall'indagine è la presenza in età prescolare nei soggetti con DSA [Tabella 4] del ritardo del linguaggio, che figura circa in un bambino su tre a prescindere dalla tipologia del disturbo. Ma 94 di questi 148 bambini, nonostante i genitori riferiscano con chiarezza che all'ingresso in scuola materna il loro linguaggio non fosse comprensibile a maestre e coetanei, non hanno ricevuto nessun trattamento logopedico, ovvero una riabilitazione tesa a migliorare la comprensione e la produzione di parole e frasi, il riconoscimento uditivo e la pronuncia corretta di suoni e fonemi. Su questo fattore di rischio la Consensus Conference ISS sul DSA del 2011 [13] già raccomandava fortemente la ricerca anamnestica del disturbo di linguaggio nel bambino, determinato da più di una prova di linguaggio <10° centile all'età di 5 anni.

In sintesi l'insieme dei dati suggerisce che i sistemi sanità-scuola-famiglia non si prendono sufficiente cura dei bambini con DSA rispetto a diverse variabili significative: diagnosi e trattamento del ritardo di linguaggio in età prescolare, diagnosi e trattamento dei disturbi di apprendimento.

Per il disturbo di linguaggio genitori e scuola materna sono per natura attendisti e aspettano in genere con ottimismo lo sviluppo del bambino, che intanto sicuramente parlerà. Se questo da parte loro è forse comprensibile e accettabile, non lo è da parte del sistema sanitario. La regione Emilia-Romagna offre il trattamento logopedico con il servizio pubblico di Neuropsichiatria Infantile, anche se non con tempi di attesa ottimali. Ciò che difetta è il riconoscimento del problema e il

conseguente invio da parte del pediatra di famiglia, che condivide l'atteggiamento attendista della famiglia, sbagliando. Un nostro vecchio articolo del 1999 [20] rivolto ai pediatri, proponeva per la soluzione di questo problema, già rilevato, la somministrazione al bilancio di salute dei 3 anni della ELM (Early Language Milestone) per intercettare tempestivamente il ritardo del linguaggio e inviarlo al servizio di secondo livello per la diagnosi specifica e l'eventuale presa in carico. La proposta, rimasta in gran parte inevasa, viene ribadita di recente nell'articolo di Bello e coll. [21].

Quanto ai disturbi di apprendimento, teoricamente dovrebbe essere compito precipuo del corpo docente quello di riconoscerli e inviarli poi per la diagnosi allo specialista sanitario. Nella pratica, per quanto riguarda la nostra indagine che prevedeva in anamnesi la richiesta ai genitori di chi fosse l'inviante, è stato impossibile definire con certezza il responsabile di quell'invio. Nella maggioranza dei casi ci è parsa una decisione dei genitori o addirittura del minore. Abbiamo effettuato la prima diagnosi ad alcune ragazze delle scuole superiori, che hanno chiesto ai loro genitori di eseguire la valutazione, perché studiando con compagni dislessici/discalculici si erano accorte di avere le loro stesse difficoltà. In molti casi la decisione finale dei genitori ci è parsa maturare da un confronto prolungato sul problema con i docenti e/o con il pediatra di famiglia. In questo quadro di incertezza sembra quindi fondamentale che la scuola primaria adotti criteri e tempi precisi per la individuazione del disturbo di letto scrittura in terza primaria e del disturbo di calcolo in quarta primaria.

Tuttavia la diagnosi precoce di DSA da un lato ha come obiettivo quello di fornire all'alunno gli strumenti dispensativi e compensativi utili sul piano pedagogico, ma dall'altro, come sottolineato da Tressoldi e coll. [15] e Lucangeli [22], deve avere necessariamente anche l'obiettivo di fornire il trattamento sanitario abilitativo e riabilitativo, che ha una sua efficacia fino alla terza secondaria di I° grado. In questo ambito il servizio pubblico, per carenza di personale sul piano diagnostico, offre risposte con tempi di attesa anche superiori ai sei mesi e, sul piano riabilitativo, fornisce con molta difficoltà e discontinuità una presa in carico logopedica dei minori della scuola dell'obbligo. Dall'analisi condotta da Mammarella e coll. [16] sui loro 2845 questionari su soggetti, afferiti per il 55% al servizio pubblico e per il 45% a centri privati, risulta che il tempo intercorso tra data della richiesta e data della diagnosi avviene entro i 3 mesi nel 36% dei casi da parte del servizio pubblico e nel 70% dei casi da parte dei servizi privati accreditati. La stessa discordanza è riportata nelle percentuali dei casi presi in carico.

Sul tema della presa in carico va sottolineato infine, come suggerisce Paola Damiani [23], che la collaborazione del sistema sanità-scuola-famiglia deve condurre alla formulazione e all'attuazione di un Piano Didattico Personalizzato, pensato non come solo vincolo istituzionale e potenziale strumento di esclusione, bensì come risorsa ecologica e strumento di inclusione e di partecipazione/benessere dell'allievo, teso a fornire i mezzi di facilitazione e abilitazione all'apprendimento e al miglioramento della qualità della vita. Genitori, psicologi e pedagogisti sono chiamati a mettere al centro la persona dell'allievo e le sue differenti capacità in positivo e non solo le sue debolezze. L'analisi di obiettivi e risultati della presa in carico deve essere multidimensionale, non soltanto focalizzata sull'esito dei test neuro cognitivi, ma deve abbracciare anche gli aspetti emotivi e relazionali della persona e il suo adattamento sociale a scuola e fuori dalla scuola. Perché ciò che diceva il maestro della neuropsichiatria infantile italiana Adriano Milani-Comparetti [24] – "ogni fisioterapia va reinterpretata per diventare esperienza di vita piuttosto che rinchiudere la vita all'interno dell'esperienza terapeutica" – è valido per ogni terapia in ambito medico e psicologico. ■

Bibliografia

1. Wechsler D. WISC-IV. Wechsler Intelligence Scale for Children. Giunti, 2017.
2. Sartori G, Job R, Tressoldi PE. DDE-2. Batteria per la valutazione della dislessia e della disortografia evolutiva-2. Giunti, 2007.
3. Cornoldi C, Colpo G. Prove MT di lettura dalla prima elementare alla terza media. Giunti, 1981.
4. Cornoldi C, Carretti B. Prove MT-3-Clinica. Giunti, 2017.
5. Cornoldi C, Pra Baldi A, Giofrè D. Prove MT Avanzate-3-Clinica. Giunti, 2017.
6. Cornoldi C, Candela M. Prove di lettura e scrittura MT-16-19. Erickson, 2015.
7. Tressoldi PE, Cornoldi C, Re AM. BVSCO-2. Batteria per la valutazione della scrittura e della competenza ortografica-2. Giunti, 2012.
8. Biancardi A, Bachmann C, Nicoletti C. BDE2. Batteria discalculia evolutiva. Erickson, 2016.
9. Achenbach TM. Child Behavior Checklist for Ages 6-18. ASEBA, University of Vermont, 2001.
10. Organizzazione Mondiale della Sanità. ICD-10. Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Masson, 1992.
11. Consensus Conference "Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento" 2006-2007. AID, 2007.
12. PARCC. Raccomandazioni cliniche sui DSA. Documento d'intesa. www.lineeguidadsa.it, 2011.
13. Consensus Conference "Disturbi specifici dell'apprendimento". ISS, 2011.
14. Ruggerini C, Ciotti F, Solmi A. Il bambino dislessico: dalla diagnosi alla prognosi alla riabilitazione. Prospettive in Pediatria. 2005;35:17-25.
15. Tressoldi PE., Vio C, Lorusso ML et al. Confronto di efficacia ed efficienza tra trattamenti per il miglioramento della lettura. Psicologia clinica dello sviluppo. 2003;7:481-93.
16. Mammarella MC, Ruggerini C, Zorzi G. Percezione da parte delle famiglie dei bambini con DSA del processo diagnostico e della presa in carico. In: Aquino G, Mammarella MC, Trentin A, Ventrighi A. La gestione dei DSA dalla legge 170/2010 alla Linea Guida ISS 2022. Erickson, 2022.
17. Lewis C, Hitch G, Walker P. The prevalence of specific arithmetic difficulties and specific reading difficulties in 9 to 10 year old boys and girls. J Child Psychol Psychiatry. 1994 Feb;35(2):283-92.
18. Faccin MT, Tagliazucchi S, Casolari C et al. Perché i dislessici possono essere misconosciuti? Poster presentato al "Seminario sulle tematiche della dislessia evolutiva nell'adulto" Reggio Emilia, 29 aprile 2010.
19. Mazzocco M. Mathematics awareness month: why should pediatricians be aware of mathematics and numeracy. J Dev Behav Pediatr. 2016 Apr;37(3):251-3.
20. Ciotti F. I disturbi di apprendimento di letto scrittura. Trattare o prevenire? Medico e Bambino. 1999;1: 36-40.
21. Bello A, Stefanelli S, Scorza M et al. Identificare i ritardi nello sviluppo del linguaggio a 2-3 anni: il ruolo determinante del pediatra. Quaderni acp. 2024;4:160-4.
22. Lucangeli D (a cura di). La discalculia e le difficoltà in aritmetica. Giunti, 2016.
23. Damiani P. Piano didattico personalizzato nella prospettiva della capacitazione: razionale, esperienze, prospettive. Tavola Rotonda AIRIPA (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento). 20-21 settembre 2024, Reggio Emilia.
24. Ferrari A. L'evoluzione dei principi ispiratori della riabilitazione infantile a partire dalle posizioni concettuali di Adriano Milani Comparetti. Giornale di Medicina Riabilitativa MR. 2011;25:72-7.

francescociotti1949@gmail.com

SAVE THE DATE

37° CONGRESSO NAZIONALE ACP

18-19-20 SETTEMBRE 2025

VILLAGGIO MARZOTTO, JESOLO (VE)