

VADEMECUM PER LA LETTURA DI SEGNALAZIONI SCOLASTICHE/ RELAZIONI CLINICHE

Premessa

Il documento vuole offrire ai colleghi la possibilità di **leggere con maggiore efficacia** i codici diagnostici di segnalazioni scolastiche, relazioni cliniche e diagnosi degli alunni.

Vale la pena sottolineare che **tali documenti vengono consegnati dalla famiglia alla scuola** con l'intenzione di condividere le difficoltà del proprio figlio e di "tutelarlo". Si auspica quindi che la scuola, fin dalla primaria, instauri **con la famiglia un rapporto collaborativo e di fiducia** in modo tale da evitare un eccessivo uso dei documenti clinici.

"Il concetto di inclusione annulla l'idea che l'essere più o meno adatti sia una condizione che appartiene alle persone, considerandola invece come una qualità dei contesti, che possono essere strutturati in modo più o meno duttile, plurale, e quindi fruibili o non fruibili a diversi livelli di competenze, di conoscenze, di capacità, di possibilità.

La potenziale presenza di persone temporaneamente o stabilmente incapaci di salire le scale, ad esempio, in ottica inclusiva implica la disponibilità di scale mobili e di ascensori funzionanti in ogni luogo pubblico o privato, tali da consentire a chiunque di salire e scendere comodamente, quale che sia la condizione personale. Là dove non vi sono scale mobili ed ascensori non sono inabili le persone che non possono salire o scendere, ma gli ambienti, le strutture, le architetture.

Ovviamente ciò non significa che le malattie, i deficit, le difficoltà, il dolore, non esistano, o che la loro presenza o assenza sia indifferente rispetto agli esiti di una vita. Significa al contrario che, prendendo pienamente coscienza dei problemi di ciascuno, diveniamo capaci di costruire contesti in cui le persone possano muoversi, relazionarsi, crescere, motivarsi, a prescindere da ciò che loro manca e in virtù di ciò che sono, sanno e possono imparare e delle condizioni - adatte o adattabili - che possono incontrare."
(nota dell'USR Emilia Romagna)

SEGNALAZIONI SCOLASTICHE

Le segnalazioni scolastiche attengono alla diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento (DSA) e ricadono sotto la tutela della L.170.

Secondo quanto fissato dalla Consensus Conference gli operatori della Neuropsichiatria possono rilasciare una diagnosi di disturbo dell'apprendimento tenendo presente:

- discrepanza fra QI e prestazioni del bambino;
- in caso di condizione di "funzionamento cognitivo borderline", (QI 85/70) si consiglia un'analisi del profilo cognitivo generale, perché più informativo del solo QI;
- discrepanza fra prestazioni attese per livello di scolarità e prestazioni effettive.

Tale discrepanza si evidenzia attraverso le deviazioni standard dalla norma per il tipo di prova e /o il posizionamento al 10° o 5° percentile rispetto alle medie per età e scolarità.

Le diagnosi riportano i codici dell'ICD10:

- F81.0 – Disturbo specifico di lettura (fluenza, accuratezza- dislessia)
- F81.1 – Disturbo specifico della compilazione (ortografia- disortografia)
- F81.2 – Disturbo specifico delle abilità aritmetiche (calcolo- discalculia)
- F81.3 – Disturbi misti delle abilità scolastiche (comorbidità di disturbo specifico delle abilità aritmetiche e di lettura e/o ortografia)
- F81.8 – Altri disturbi evolutivi delle abilità scolastiche (disturbo dell'espressione scritta, disgrafia in assenza di F 82.1)
- F81.9 – Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche non specificati

Generalmente le diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento si formalizzano nella scuola primaria:

dislessia : al termine della classe seconda od inizio della classe terza ;

disortografia: classe terza e/o successive a partire da un'analisi quali-quantitativa degli errori;

disgrafia: classe terza o successive; questa diagnosi si accompagna spesso ad una diagnosi di disturbo evolutivo specifico delle abilità motorie;

discalculia: classe quarta.

Generalmente la formalizzazione della diagnosi tiene conto anche di:

- regolarità della frequenza scolastica;
- periodo di esposizione alla L2 per gli alunni non italofoni.

All'interno delle diagnosi si trovano i risultati delle diverse prove effettuate che, generalmente, sono:

- prove di lettura (fluenza e accuratezza) di brani (MT) o di parole e non-parole (batteria Sartori);
- prove di scrittura di brani (batteria Tressoldi Cornoldi) o di frasi (batteria Sartori);
- prove di comprensione del testo (MT)
- prove delle abilità aritmetiche (BDE o MT-AC)
- risoluzione di problemi (test SPM).

Per quegli alunni che rientrano nella fascia del cosiddetto "borderline cognitivo" all'interno della diagnosi si ritrovano elementi che aiutano nella definizione del profilo cognitivo. Generalmente sono:

- competenze linguistiche in produzione e in ricezione;

- memoria di lavoro;
- attenzione;
- integrazione visuo-motoria.

RELAZIONI CLINICHE

I genitori degli alunni seguiti dai servizi di Neuropsichiatria per cui gli operatori ravvisano la necessità di interventi personalizzati all'interno della scuola presentano una RELAZIONE CLINICA. La direttiva ministeriale 27 dicembre 2012, fa riferimento in particolare alle relazioni di DDAI (a volte indicata con l'acronimo inglese ADHD), funzionamento cognitivo borderline, disturbo del linguaggio, disturbo evolutivo specifico misto.

Per alunni con relazione di DDAI è obbligatorio predisporre il PDP (circolare ministeriale 20 marzo 2012), il ministero ha anche emanato con nota n° 4089 del 15/06/2010 linee guida che raccolgono le indicazioni di diverse associazioni scientifiche in merito a questo disturbo.

Per le altre relazioni cliniche la direttiva ministeriale lascia ai consigli di classe la possibilità di scegliere autonomamente se deliberare o meno un PDP.

Le diagnosi di disturbo dell'attenzione ed iperattività (DDAI) riportano il codice ICD-10 F 90. Il disturbo dell'attenzione viene diagnosticato prendendo in considerazione i comportamenti del bambino/a nei diversi contesti di vita (famiglia, scuola, attività sportiva...) attraverso l'uso di scale quali la scala SDAG, la scala SDAI, la CPRS, che evidenziano la presenza di comportamenti disfunzionali e la loro frequenza.

Di solito la famiglia chiede alla scuola la collaborazione per la compilazione di tali scale, in quanto, per procedere alla diagnosi, i comportamenti "problema" devono essere rilevati in almeno due diversi contesti .

La diagnosi per i disturbi di linguaggio (DSL) viene codificata in:

- Disturbo specifico dell'articolazione dell'eloquio (cod. F80.0)
- Disturbo del linguaggio espressivo (cod. F80.1)
- Disturbo della comprensione del linguaggio (cod. F80.2)
- Afasia acquisita con epilessia (cod. F80.3)
- Altri (cod. F80.8)
- Non specificati (cod. F80.9).

Le diagnosi riportano i risultati di diversi test, fra questi:

TCGB comprensione grammaticale;
 PPVT (Peabody) vocabolario ricettivo;
 Naming test (Brizzzolaro) denominazione;
 TROG comprensione grammaticale;
 FANZAGO inventario fonetico;

PVCL/M (Rustioni) valutazione della comprensione linguistica e metalinguistica;
CFM valutazione della competenza metalinguistica.

Le diagnosi di “border line cognitivo” non hanno una codificazione ICD-10.
Il QI totale, valutato attraverso il test WISC IV, si colloca tra gli 85 e i 70. In queste diagnosi, normalmente, gli operatori della sanità, come già accennato, cercano di delineare il profilo cognitivo, riportando i valori del QI di performance e del QI verbale e la valutazione delle capacità attentive, della memoria di lavoro e dell’integrazione visuo-motoria.

La diagnosi di disturbo evolutivo specifico misto, codice ICD-10 F83, viene redatta quando sono interessate, se pur in modo lieve, l’area del linguaggio (F80), l’area degli apprendimenti (F81) e quella della funzione motoria (F82).