

See discussions, stats, and author profiles for this publication at:  
<https://www.researchgate.net/publication/289149882>

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

ARTICLE *in* PSICOLOGIA CLINICA DELLO SVILUPPO · APRIL 2014

DOI: 10.1449/77111

---

READS

14

## 2 AUTHORS:



**Cesare Cornoldi**

203 PUBLICATIONS 3,905 CITATIONS

SEE PROFILE



**Patrizio Tressoldi**

University of Padova

85 PUBLICATIONS 790 CITATIONS

SEE PROFILE

# 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,

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

tipicamente, le misure di apprendimento non hanno una distribuzione gaussiana ma ne hanno una definita a «j» o criteriale, 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 giustificerebbe 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  $.05 \times .05 = .0025$  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 progressiva 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-

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

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 intellettuale 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*

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

*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 operazionalizzare 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 intellettuale 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

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

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 tuttavia 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 logo-

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

pedista 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

aggio 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 intellettivo 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 multicomponenziale 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).*

## 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*

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

*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*, 10, 323-332.
- [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