

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Alcuni commenti sulle linee guida: Implicazioni per il trattamento

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/1636104> since 2017-05-18T16:04:51Z

Published version:

DOI:10.1449/77112

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

This is the author's final version of the contribution published as:

Carretti, Barbara; Re, Anna Maria. Alcuni commenti sulle linee guida:
Implicazioni per il trattamento. PSICOLOGIA CLINICA DELLO
SVILUPPO. 18 (1) pp: 99-103.
DOI: 10.1449/77112

When citing, please refer to the published version.

Link to this full text:
<http://hdl.handle.net/>

informatizzato che aiutasse i clinici ad ottimizzare il rapporto tra punteggi di QI e punteggi di adattamento specie nel grado lieve e nel funzionamento limite.

In relazione alla possibilità di porre la diagnosi di DSA in presenza di Disabilità Intellettiva va ricordato che il DSM-IV-TR e anche il DSM-5 ammettono la possibilità di fare la doppia diagnosi quando sussistono i criteri per entrambe le condizioni – DSA e DI – non prendendo come punto di riferimento per l'incompatibilità il *cut-off* di 85 di QI, né quello di 70, ma il livello di competenze di lettura, scrittura e calcolo attese in base al grado di Ritardo Mentale/Disabilità Intellettiva, cosa in realtà alquanto complessa in quanto si dovrebbe disporre di specifiche e validate tabelle di competenze di lettura, scrittura e calcolo nelle diverse età in rapporto al QI.

Lo svincolo dal rigido riferimento al QI per l'individuazione della Disabilità Intellettiva e per la definizione dei suoi diversi gradi, se da una parte rende più complessa la diagnosi, proprio perché si deve sempre più cercare di operationalizzare il funzionamento adattivo nei diversi gradi di disabilità, dall'altra ritengo possa maggiormente sottolineare la differenza tra le due condizioni – Disabilità Intellettiva e DSA – in termini di diagnosi differenziale. In questa fase mi sembra ragionevole il ricorso alle deviazioni standard per distinguere i diversi gradi di compromissione dell'adattamento. Condivido quanto riportato nel commento al punto 8 in merito alla carenza di procedure agili per la valutazione dell'adattamento (la Vineland, in questo momento lo strumento migliore a disposizione, richiede tempo e non sempre viene somministrata adeguatamente), e condivido anche l'uso in analogia con i punteggi di QI per un indice psicometrico di adattamento, per cui la diagnosi di Disabilità Intellettiva e la specificazione dei diversi gradi può essere fatta in presenza di una sostanziale corrispondenza tra le deviazioni standard negative dei due ambiti considerati, Adattamento e Funzionamento intellettuale.

In atto si profila una situazione nella quale per la diagnosi della disabilità intellettiva si fa riferimento maggiormente ai profili adattivi, che comunque devono essere sostanzialmente coerenti con i profili di funzionamento intellettuale,

mentre per la diagnosi di DSA si fa riferimento principalmente alle significative e specifiche compromissioni in lettura, scrittura e calcolo in relazione al profilo presentato nel funzionamento intellettuale dalla persona esaminata.

Le linee guida proposte in questo dibattito, fatta salva la presenza dell'alta specificità, indicano la possibilità di fare diagnosi di DSA con un QI inferiore a 85, «...se non ci sono problemi di adattamento gravi...».

In considerazione di quanto precedentemente riportato, è possibile a mio avviso ipotizzare la possibilità di fare la diagnosi di DSA con un QI anche inferiore a 85 e in presenza di problemi di adattamento, che devono essere sostanzialmente proporzionati al livello di funzionamento intellettuale rilevato e coerenti con il grado di disabilità documentato.

Inoltre mi sembra interessante riportare che nella nostra casistica, in alcuni casi di ritardo mentale lieve, in cui profilo intellettuale e profilo adattivo erano coerenti in termini di deviazioni standard, sono state riscontrati deficit specifici nella lettura, scrittura e calcolo, significativi sia dal punto di vista quantitativo sia della tipologia di errori, clinicamente non riscontrabili nella maggior parte delle persone con Ritardo Mentale, diagnosticato con i criteri del DSM-IV-TR.

Tale aspetto sottolinea a mio avviso l'importanza di ragionare maggiormente in termini di profili di funzionamento intellettuale e non di QI totale, di confronti fra funzioni neuropsicologiche e specifici deficit nella lettura, scrittura e calcolo privilegiando anche l'analisi della tipologia di errori.

Alcuni commenti sulle linee guida: implicazioni per il trattamento

BARBARA CARRETTI e ANNA MARIA RE
Università di Padova
E-mail: barbara.caretti@unipd.it, anna.re@unipd.it

Il più importante pregio della legge 170 del 2010, è stato quello di tenere vivo il dibattito fra gli esperti sulla natura e le caratteristiche dei DSA. Altre iniziative (vedi Consensus conference e linee guida PAARC) avevano già

Contributi alla discussione

avviato questa vivace discussione, ma non avevano raggiunto in modo così estensivo i professionisti implicati nei DSA. La legge, invece, per il suo carattere prescrittivo, richiede che tutti si interrogino su quali sono le conoscenze che ci guidano nella definizione dei DSA e di come queste influenzino la pratica clinica.

In questo senso l'articolo di Cornoldi e Tressoldi offre un'ottima occasione per riflettere su alcuni punti cruciali della definizione di DSA; nell'affrontare questo dibattito abbiamo scelto di discutere la rilevanza dei criteri concentrandoci sulla loro ricaduta per il trattamento. Discuteremo quindi solo quei punti che ci sembrano appropriati in tal senso.

1. Uso di prove standardizzate. Un disturbo specifico dell'apprendimento si sviluppa per definizione nella scuola, rifacendoci alla classica definizione proposta da Cruickshank (1984) «di una disfunzione nel processo di apprendimento che si manifesta in problemi in una o più aree dell'apprendimento scolastico» (p. 7). Essendo d'accordo su questo punto, ci sembra importante sottolineare l'importanza di includere nella valutazione che conduce alla diagnosi una prova che valuta la lettura di brano. Come messo in evidenza da Cornoldi e Tressoldi, le prove di lettura di brano permettono di fare una stima dell'impatto del disturbo dal punto di vista adattivo e, nel caso della valutazione dell'efficacia di un percorso riabilitativo, del vantaggio ottenuto sull'autonomia nella lettura. Questo ragionamento vale però per studenti di ogni ordine e grado? Riguardo alla valutazione rimane, infatti, aperto il problema di che prove utilizzare nel caso di studenti delle scuole secondarie di II grado e dell'università: a volte infatti le prove base (brano, parole e non parole) non sono sufficientemente sensibili per individuare il problema di lettura, vuoi per meccanismi di compensazione del disturbo, vuoi per la scarsa affidabilità delle prove. oppure per il fatto che studenti precocemente diagnosticati hanno seguito un percorso di trattamento che consente loro di essere sufficientemente autonomi nello studio, pur rimanendo più lenti nelle strumentalità (Lami, Palmieri, Solimando e Pizzoli, 2009). Questi dati seppur

ci confortano, poiché danno dimostrazione che un intervento precoce e ben strutturato porta a dei buoni risultati, ci pongono il problema di creare degli strumenti di valutazione particolarmente sensibili e accurati. Alcune proposte per superare questi limiti sono state fatte (vedi ad esempio per gli adulti Martino, Pappalardo, Re, Tressoldi, Lucangeli e Cornoldi, 2011; Re, Tressoldi, Cornoldi e Lucangeli, 2011), ma questo è un tema che sarebbe utile approfondire stabilendo un consenso sulle prove da utilizzare.

2. Persistenza e resistenza alla stimolazione didattica. Il concetto di persistenza, ma soprattutto di resistenza al trattamento. (In letteratura viene chiamata *responsiveness-to-intervention*, RTI, vedi ad esempio Fuchs, Mock, Morgan e Young, 2003). Viene spesso citato come chiave per svelare la natura intrinseca del problema presentato dallo studente con DSA, questo in opposizione al classico criterio chiamato della *discrepanza*. Il criterio della discrepanza, vale a dire della distanza fra potenzialità generali (generalmente operazionalizzate in termini di QI) dello studente ed effettiva prestazione scolastica, è stato, infatti, negli anni fortemente criticato per diverse ragioni, la cui trattazione va oltre gli scopi di questo commento (si veda ad esempio Sternberg e Grigorenko, 2002). Fra le alternative è stato proposto di utilizzare la risposta al trattamento come indice della presenza di un disturbo. Concretamente questo prevedrebbe che prima di porre la diagnosi, lo studente possa usufruire di un percorso educativo/riabilitativo, che come osservano anche Cornoldi e Tressoldi avrebbe fra gli effetti quello di allungare i tempi per una diagnosi. Nelle realtà, non italiane, in cui questa procedura è utilizzata in modo sistematico per porre una diagnosi, alcuni autori hanno evidenziato diversi problemi, legati ad esempio all'eterogeneità dei percorsi riabilitativi proposti (a volte non basati su criteri *evidence-based*, si veda Fuchs, Mock, Morgan e Young, 2003), con la conseguenza di non arrivare a una conclusione diagnostica certa, e, quando efficace, ai costi potenziali che la procedura richiede. Una riflessione andrebbe inoltre fatta sulle fi-

gure professionali coinvolte: negli Stati Uniti ad esempio insegnanti, debitamente formati, hanno in carico questo supplemento di istruzione, situazione che probabilmente in Italia a tutt'oggi non è possibile riprodurre. Questo suggerisce che persistenza, e quindi resistenza al trattamento, sono potenzialmente due componenti cruciali da considerare nel porre la diagnosi e nel valutare l'efficacia del trattamento, in combinazione però con valutazioni da parte del clinico circa il tipo di trattamento messo in atto, la durata dello stesso e l'intervallo fra la fine del trattamento e la valutazione *follow-up*. Quest'ultimo punto appare cruciale soprattutto nella fase di riconferma della diagnosi. Miglioramenti, anche consistenti, di ben attuati percorsi riabilitativi possono portare a mettere in dubbio la diagnosi, è importante in questo caso progettare dei monitoraggi a distanza di mesi per valutare il mantenimento dei risultati ottenuti, considerando che la maggiore complessità delle richieste della scuola sono un fattore che incide sulla fragilità dello studente con DSA. Soprattutto nei casi di studenti di scuola di ordine superiore o nei casi di passaggio, ad esempio, dalla scuola secondaria di primo grado a quella di secondo grado o nel passaggio all'università, il disturbo può sembrare compensato o molto ridimensionato, grazie ai percorsi di trattamento intrapresi. Questo miglioramento che potrebbe portare la prestazione dello studente non più sotto il 5° percentile ma comunque non nella media, non significa che il disturbo è «scomparso». Vuoi per l'effettivo miglioramento, vuoi per gli strumenti di valutazione che potrebbero essere meno sensibili con l'avanzare della scolarizzazione, vuoi a volte per l'effetto apprendimento (basti pensare alla lista di lettura di non parole che viene sottoposta ad ogni valutazione e che quindi alla fine diventa una lista di «parole bizzarre» per i ragazzi che le hanno lette decine di volte), la valutazione può mascherare un disturbo che sicuramente si manifesta in modo differente rispetto alla prima valutazione ma che continua a persistere. Infatti nonostante questo miglioramento in condizioni di particolari difficoltà, come prove a tempo, questionari con risposta a scelta multipla e così via le difficoltà possono

riemergere prepotenti, causando dei fallimenti che non sono dovuti alla scarsa preparazione dello studente, ma alle difficoltà strumentali che il disturbo, seppur in forma lieve, continua a creare. Per tale motivo è importante sottolineare la prudenza nel togliere le giuste tutele che la diagnosi del disturbo comporta anche quando questo appare ridimensionato.

3. Fattori di esclusione. Riferimento al QI. Come già accennato in precedenza, l'uso del QI, in particolare del criterio di discrepanza fra QI e prestazione scolastica, nella diagnosi è oggetto di dibattito in letteratura. Ciò non significa tuttavia che l'uso del QI all'interno dell'iter diagnostico debba essere sottovalutato, nonostante alcune posizioni più estreme lo suggeriscano (ad esempio, Siegel, 1989). La discussione sul ruolo del QI richiede invece un supplemento di riflessione, in particolare analizzando le informazioni che questo può dare. Così come evidenziato da Cornoldi e Tressoldi, considerare, ad esempio, solo il punteggio unitario può portare ad inquadrare in modo errato le caratteristiche del caso e soprattutto le potenzialità di miglioramento. Nonostante anche quest'ultimo punto, vale a dire il ruolo predittivo del QI per la risposta al trattamento, sia oggetto di dibattito (ad esempio, Siegel, 1999) ci sono studi che suggeriscono che il QI contribuisca a spiegare l'efficacia di un trattamento; messo in altro modo studenti con migliori potenzialità cognitive trarrebbero più ampio beneficio dal trattamento. Ad esempio, la rassegna di Fuchs e Young (2006) ha evidenziato che il QI predice parte dei guadagni ottenuti nell'accuratezza di lettura dopo training centrati sulla consapevolezza fonologica, anche se in modo non sistematico. Il ruolo predittivo del QI aumenta quando i training includono anche attività legate al riconoscimento della parola, l'ortografia, la comprensione. È da notare che la proporzione di varianza spiegata dal QI è maggiore per le misure di guadagno nella comprensione del testo che nell'accuratezza nella lettura. Questa rassegna suggerisce che il QI, o meglio l'analisi del profilo cognitivo può essere utile per progettare il percorso di riabilitazione più adatto allo studente con DSA in questione.

4. Provvedimenti dispensativi e compensativi. Come evidenziano Cornoldi e Tressoldi, nella scelta degli strumenti dispensativi e compensativi è importante partire da quanto emerso nel profilo diagnostico: suggerire strumenti non adatti al caso può infatti avere delle ripercussioni negative dal punto di vista emotivo-motivazionale. Molto spesso, in modo routinario, allo studente dislessico viene suggerito di trarre maggior beneficio possibile dalle situazioni di ascolto, che cioè non coinvolgono la lettura autonoma, o nei casi più severi l'uso della sintesi vocale viene considerata la soluzione alle difficoltà presentate. In realtà prima di dare questi suggerimenti andrebbe valutata ad esempio la comprensione orale o da ascolto: non è detto infatti che lo studente abbia buone competenze nella comprensione, anche se da ascolto, soprattutto se la dislessia è associata a scarse competenze linguistiche generali (vedi, ad esempio, Duca, Bellelli, Carretti e Cornoldi, 2013). In questo senso anche la sintesi vocale potrebbe non essere risolutiva, infatti oltre a coinvolgere competenze di comprensione orale, richiede per essere sfruttata al meglio conoscenze e strategie metacognitive funzionali per la lettura e comprensione di un testo, aspetti che nel dislessico con anche problemi nella comprensione non è detto siano adeguatamente sviluppati. In questo senso, seppur il trattamento sulla lettura ad alta voce non viene pianificato, il potenziamento delle competenze cognitive di comprensione orale e gli interventi sulle metacomprendimento potrebbero essere utili per introdurre in modo proficuo alcuni strumenti compensativi.

Anche in questo caso sembra doveroso fare riferimento alle situazioni di studenti dislessici che affrontano le scuole di fascia scolastica superiore o l'università. In diverse situazioni, la scelta dei provvedimenti dispensativi e compensativi avviene in maniera automatica, senza prendere in considerazione la reale situazione dello studente e soprattutto le ripercussioni che queste decisioni possono avere dal punto di vista emotivo-motivazionale. È tipico il caso in cui si sceglie di utilizzare il computer per studenti con disortografia, pensando che questo tipo di strumento possa risolvere il

problema della correttezza ortografica. Questa scelta non è sempre accettata dallo studente adolescente per diverse ragioni: in primo luogo non «risolve» i problemi di ortografia, inoltre, se non adeguatamente preparato, il ragazzo rischia di essere molto lento nella scrittura e soprattutto, quando è l'unico ad utilizzarlo, di sentirsi «diverso» dagli altri, elemento che per un adolescente è di enorme importanza.

Allo stesso modo, per gli studenti universitari la scelta di quali degli strumenti compensativi e dispensativi da adottare è ancora meno chiara. Il provvedimento che solitamente viene preso (più in maniera burocratica che altro) è quello di dare del tempo in più durante l'esame. Anche in questo caso molte volte il provvedimento che viene adottato non è adeguato, perché ogni studente dislessico è diverso, ogni esame è diverso e i provvedimenti che si potrebbero prendere dovrebbero essere valutati caso per caso. Questo tipo di intervento però richiederebbe una persona con adeguata formazione che si prenda carico della situazione della dislessia all'università. La legge 170, tuttavia, non ha dato chiare indicazioni in questa direzione, quindi ogni ateneo si sta adeguando in maniera autonoma, mentre un coordinamento sarebbe utile.

Riferimenti bibliografici

- Cruickshank, W.M. (1984). Definition: A major issue in the field of learning disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 2, 6-17.
- Duca, V., Bellelli, F., Carretti, B., Cornoldi, C. (2013). Ascoltare un testo facilitata la sua comprensione? Analisi di un gruppo di studenti con profilo dislessico. *Presentazione al XXII Congresso Airipa*, Pordenone 25-26 ottobre.
- 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, 157-171.
- Fuchs, D., Young, C.L. (2006). On the irrelevance of intelligence in predicting responsiveness to reading instruction. *Exceptional Children*, 73, 8-30.
- Lami, L., Palmieri, A., Solimando, M.C., Pizzoli, C. (2009). Profilo cognitivo e delle abilità di lettura in un gruppo di dislessici evolutivi con e senza

- ritardo di linguaggio diventati giovani adulti. *Dislessia*, 6, 77-92.
- Martino, M., Pappalardo, F., Re, A.M., Tressoldi, P.E., Lucangeli, D., Cornoldi, C. (2011). La valutazione della dislessia nell'adulto. *Dislessia*, 5, 119-134.
- Re, A.M., Tressoldi, P., Cornoldi, C., Lucangeli, D. (2011). Which tasks best discriminate between dyslexic adults and controls in a transparent language? *Dyslexia*, 17, 227-241.
- Siegel, L.S. (1989). I.Q. is irrelevant to the definition of learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 469-478.
- Siegel, L.S. (1999). Issues in the definition and diagnosis of learning disabilities: A perspective on Guckenberger v. Boston University. *Journal of Learning Disabilities*, 32, 304-319.
- Sternberg, R.J., Grigorenko, E.L. (2002). Difference scores in the identification of children with learning disabilities it's time to use a different method. *Journal of School Psychology*, 40, 65-83.

Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia previsti dalla legge 170. Contributo alla discussione

MICHELA CENDRON e RENZO TUCCI
Centro Regionale Specializzato per i Disturbi di Apprendimento n° ULSS20 Verona
E-mail: michela.cendron@unipd.it, renzotucci@yahoo.it

1. Introduzione. Le Linee-Guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia e il relativo dibattito avviato da Cesare Cornoldi e Patrizio Tressoldi risultano preziosi in quanto spingono ad un confronto su aspetti che si collocano a livelli diversi di riflessione, livelli che la pratica clinica fa emergere in maniera evidente e nei quali le apparenti ambiguità rimandano proprio a domini diversi di analisi; l'esplicitazione e la differenziazione di questi livelli forse, a nostro parere, potrebbe risultare più opportuna del tentativo, magari difficile e non necessariamente fruttuoso, di una loro integrazione.

Più concretamente, il nostro tentativo di contribuire a questo dibattito vorrebbe porre la questione anche da altri punti di vista:

La produzione di altre Linee-Guida con criteri sempre più precisi da un punto di vista

quantitativo (quali e quante misure considerare) può effettivamente aiutarci a dirimere tutti i possibili casi clinici che generano dubbi/difficoltà diagnostiche? Oppure ciò di cui effettivamente la clinica ha bisogno è un metodo che consenta di collocare i dati che otteniamo all'interno di modelli che ci supportino nella loro lettura? In altri termini, il compito delle Linee-Guida dovrebbe essere quello di contemplare tutte le possibilità o fornirci criteri teorici e metodologici per comprendere i diversi profili che la clinica ci sottopone?

Anche questa discussione aperta dagli autori sembra orientata a superare il solo livello nosografico, verso una riflessione che porti appunto a possedere metodi per la diagnosi di profili, quindi verso un'analisi che dovrebbe attingere ai modelli di funzione e non solo alla quantificazione dei parametri necessari alla classificazione nosografica

Di conseguenza, più che riflettere su come disambiguare eventuali zone d'ombra nell'integrazione di tre ambiti diversi (la Legge 170, la classificazione ICD10 e le attuali indicazioni che emergono dai documenti Consensus), sarebbe opportuno tentare di comprendere come ogni ambito al suo interno (normativo, nosografico, teorico-metodologico) possa contribuire a rispondere ai quesiti e alle necessità applicative dell'altro. Piuttosto che trovare punti di incontro tra documenti di diversa natura, la motivazione per approfondire ogni singolo ambito e gli eventuali punti di debolezza potrebbe essere sostenuta anche da alcune riflessioni che non possiamo ignorare:

Rimanendo nel solo ambito clinico, i documenti che ci guidano nel percorso diagnostico sono ancora lontani dall'essere utilizzati in maniera efficace, così come lo sono le conoscenze che ci derivano dalle attuali evidenze disponibili

Ogni ambito fa riferimento a cornici concettuali diverse e si pone finalità diverse; l'esplicitazione più accurata di ognuno può forse contribuire a risolvere le eventuali zone d'ombra mediante indicazioni che tendino di ridurre al minimo il rischio di errore nella decisione clinica, aspetto che a noi compete. Quindi, più che ridurre le contraddizioni, sembra utile porsi domande giuste e utilizzare co-