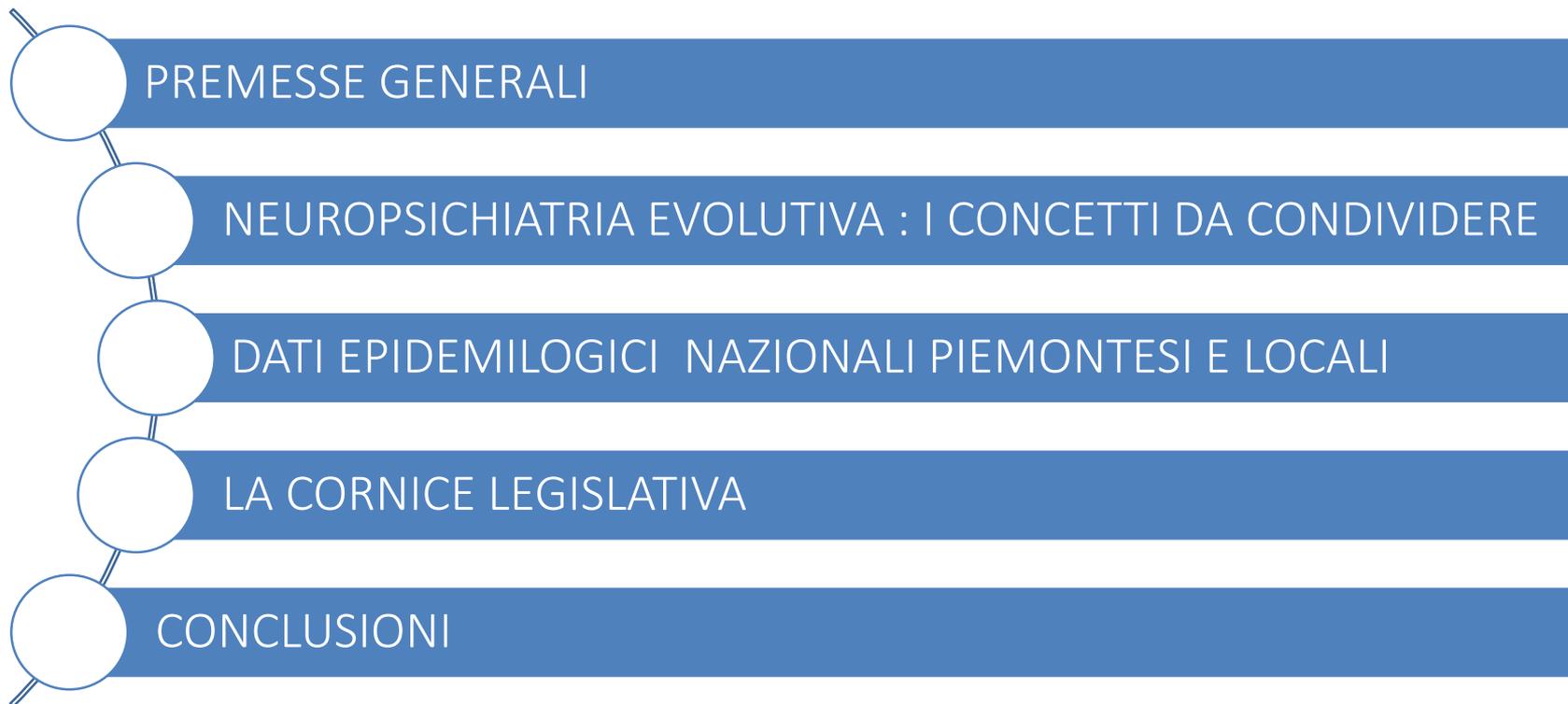




ASL TO 5: INCUSIONE SCOLASTICA, CERTIFICAZIONE E PERCORSI CLINICI DI CURA.

Dott. Alessandro Mariani
Neuropsichiatra Infantile
Responsabile Struttura Semplice a Valenza
Dipartimentale ASL TO5
Torino 6/04/2017

DISABILITA' E BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI: PERCORSI CLINICI E DI INCUSIONE SCOLASTICA.



“L’ambiente in cui il bambino cresce nei primissimi anni di vita ha un impatto vitale sullo sviluppo del cervello. Più esso è stimolante, maggiori sono le connessioni nervose che si formano e migliore è il modo in cui il bambino prospera in tutti gli ambienti della vita: lo sviluppo fisico, emotivo e sociale e l’abilità di esprimersi e acquisire competenze. Mentre la salute fisica e la nutrizione sono aspetti importanti, il bambino ha necessità di trascorrere il suo tempo in un contesto in cui ci si prenda cura di lui/lei, sensibile e protettivo da punizioni e disapprovazioni inappropriate. I bambini devono avere l’opportunità di esplorare il mondo, di giocare, imparare a parlare e ad ascoltare.”

www.who.int/social_determinants/speech/en/print.html/

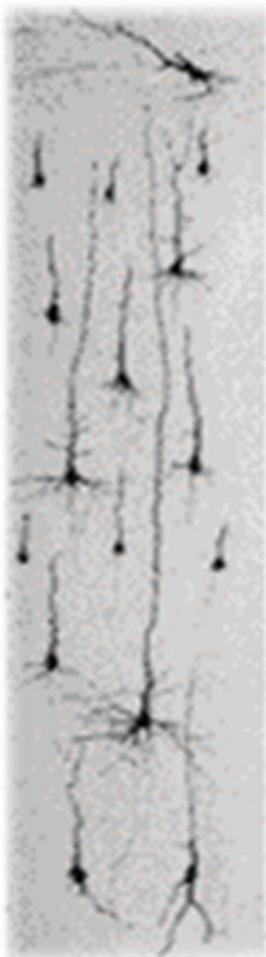
Premessa n.2: *Problemi semplici, complicati e complessi* (Dott.Dante Baronciani)

I problemi semplici, come fare una torta, sono appunto, semplici: trovate una buona ricetta e la seguite. Non è necessariamente facile, ma è semplice.

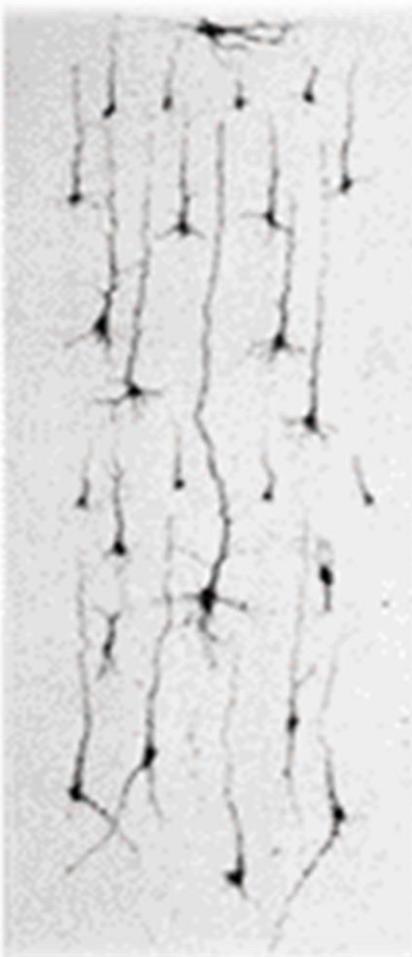
I problemi complicati sono ad esempio mandare un razzo su di un asteroide , sono molto più complicati, difficili, ma per definizione risolvibili. Una semplice ricetta non è sufficiente, dovete avere formule esatte.

Ma i problemi complessi, come per esempio crescere un bambino, sono completamente differenti. Le ricette, le formule, hanno un'applicazione molto limitata.

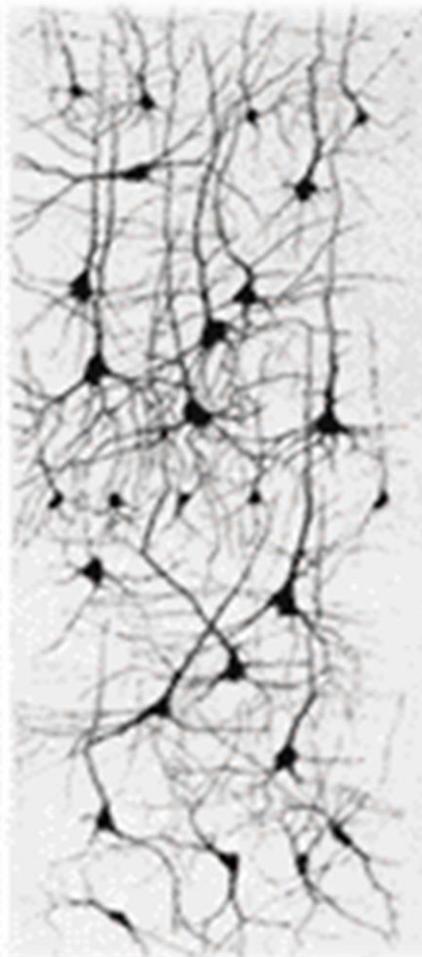
Premessa n.3 Lo sviluppo della rete neuronale si completa entro i primi due-tre anni di vita



neonato



1 mese

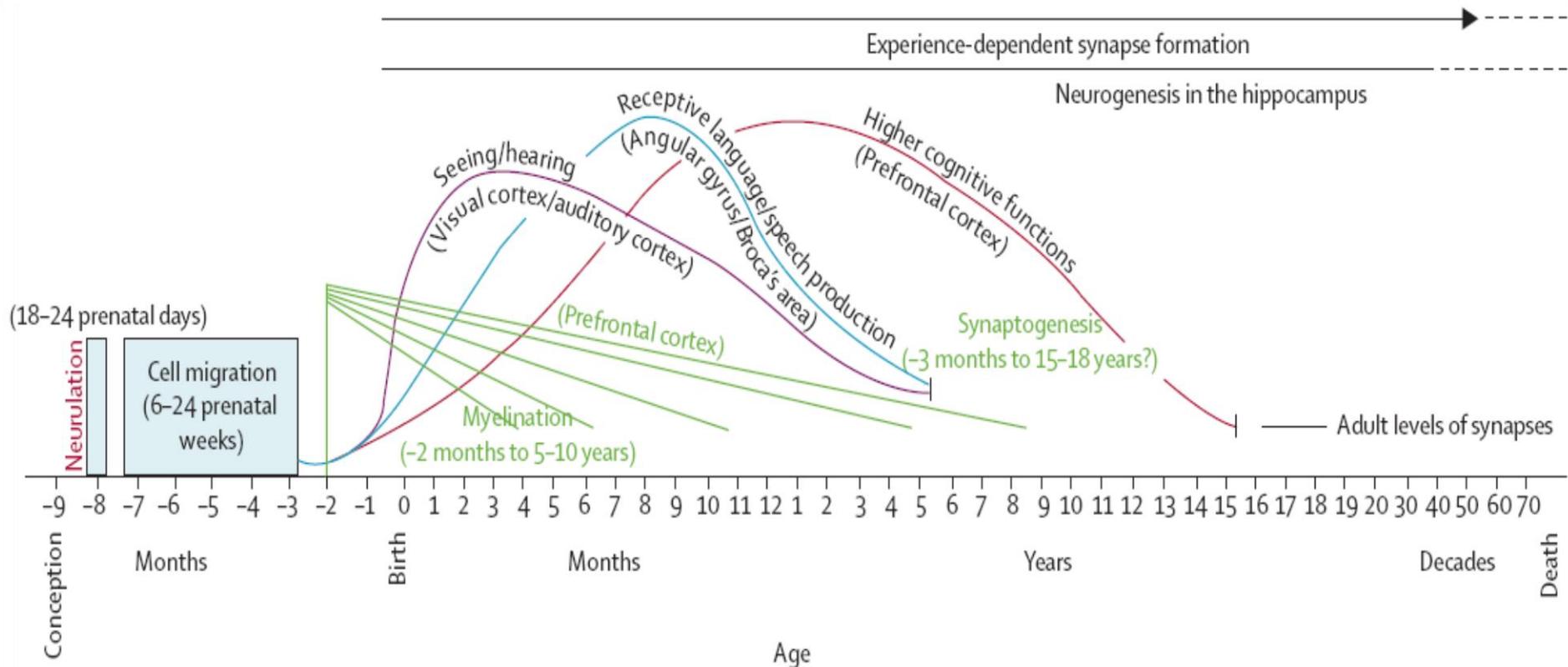


6 mesi



2 anni

.. Ma continua sino alla maggiore età. Sviluppo del cervello umano



IL CONTRIBUTO NEGATIVO DELLO SVANTAGGIO SOCIALE

Situazioni di svantaggio sociale e di disadattamento riguardano un'ampia quota di soggetti potenzialmente portatori di un futuro disturbo.

Si tratta di bambini che in quanto collocati in situazioni di svantaggio sociale, spesso o non arrivano o arrivano troppo tardi ai servizi competenti.

I bambini coinvolti crescono strutturando sulla loro personalità il peso dello svantaggio originario.

La salute

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un'assenza di malattia o infermità”

La Salute mentale:

Stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni (OMS, 1949)

lo stato di salute mentale in età evolutiva

è frutto di un'interazione dinamica, complessa e multifattoriale tra fattori di rischio e fattori protettivi

Il modello biopsicosociale

Si passa così da un *modello biomedico*, basato sulla visione della malattia come una deviazione rispetto alla norma biologica, al *modello biopsicosociale*, che tiene conto di fattori biologici, psicologici e sociali nel valutare lo stato di salute.

Per il modello biomedico la malattia deve essere trattata come entità indipendente dal comportamento sociale, tenendo conto delle deviazioni comportamentali attraverso processi somatici, enfatizzando così la funzione del medico e una visione passiva del paziente.

Per il modello biopsicosociale la valutazione dello stato di salute di un individuo viene contestualizzata all'interno dell'ambiente psicosociale, attraverso un approccio sistemico. Tale approccio sottolinea la complessità della salute, valorizzando l'importanza dell'interdisciplinarietà.

Il modello biopsicosociale si orienta verso la salute globale promuovendo la salute intesa come realizzazione di sé, attribuendo importanza alla prevenzione, e considerando vari livelli di analisi del paziente, gestendoli in associazione ai vari ruoli professionali nel campo medico

”CONDIZIONE DI SALUTE”

Recentemente, l' OMS ha effettuato uno studio per valutare la diffusione delle malattie nel mondo ed i relativi costi socio-economici. Lo studio ha evidenziato che i disturbi relativi alle malattie mentali rivestono un'importanza crescente in tutti i Paesi industrializzati sia per il numero dei soggetti colpiti, sia per l'elevato carico di disabilità e di costi economici e sociali che comportano per le persone colpite e per i loro familiari.

Sono, infatti, circa 450 milioni le persone che in tutto il mondo soffrono di disturbi neurologici, mentali e comportamentali.

Anche in Italia, come in altri Paesi industrializzati, i disturbi mentali costituiscono una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale; si presentano in tutte le classi d'età, sono associati a difficoltà nelle attività quotidiane, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari e alimentano spesso forme di indifferenza, di emarginazione e di esclusione sociale.

Un simile panorama impone di disporre di strumenti di sorveglianza e di monitoraggio dell'entità del fenomeno e di diffusione di interventi terapeutici e preventivi, basati su evidenze scientifiche, atti a promuovere la salute mentale.

Cosa sappiamo..

Oggi sappiamo che i disturbi neuropsichici coinvolgono tra il 10 e il 20% della popolazione infantile ed adolescenziale, di cui circa un quarto presenta un quadro grave e che più del 50% dei Disturbi neuropsichici dell'adulto esordisce in età evolutiva o ha in essa le proprie radici, con prodromi che possono iniziare molti anni prima di quando poi compaia il disturbo conclamato.

Le patologie psichiatriche, neurologiche e l'abuso di sostanze rappresentano oggi il 13% della “ global burden of disease” dell'intera popolazione, con un peso maggiore di quello delle malattie cardiovascolari, eppure la salute mentale è ampiamente trascurata a livello mondiale, in particolare per quanto riguarda i servizi e le risorse dell'età evolutiva.

Nella gran parte di questi disturbi, il trattamento precoce può modificare in maniera drammatica l'evoluzione naturale di queste patologie e prevenire sequele ed un decorso cronico e invalidante.

(Appello sullo stato dei Servizi di NPIA, 2016. WWW.Sinpia.eu -Congresso Nazionale 2016 SINPIA- Alghero, Ottobre 2016).

Clinica: Disturbi neuropsichiatrici

Secondo quanto descritto dall O.M.S. nell' *International Classification of Functions (I.C.F.)* un disturbo neuropsichiatrico infantile non è una struttura stabile delle persone, ma piuttosto il frutto del complesso intreccio tra problema di salute e caratteristiche di uno specifico contesto che a sua volta può agire da barriera o da facilitatore, determinando così schemi di funzionamento anche molto differenti.

In particolare i disturbi neuropsichiatrici, non sono il semplice risultato di fattori biologici o ambientali, ma al contrario rappresentano il divenire di un interscambio dinamico e complesso di molteplici fattori causali.

Derivano dal progressivo sviluppo del cervello all'interno di un particolare patrimonio genetico e di specifiche circostanze che interessano l'individuo, la sua famiglia ed il suo ambiente; si modificano nel tempo, tendono alla cronicizzazione e non rientrano nei classici modelli cosiddetti "eziopatogenetici" (relazioni lineari tra cause ed effetti), ma in una dimensione di complessità non lineare ma comunque descrivibile all'interno del modello bio-psico-sociale anch'esso sviluppato ed applicato dall'O.M.S..

Un modello di sviluppo di psicopatologia: nemmeno alla nascita i bambini sono tutti uguali

Se un bambino è caratterialmente difficile e ipersensibile e, in modo predominante, ha messo in difficoltà la mamma (che, a sua volta, sia caratterialmente che in conseguenza della sua storia possiede delle fragilità) e quindi, ne indebolisce ulteriormente la sua funzione di contenimento, ciò che si osserva è che la madre risponde a lui o trascurandolo e ignorandolo o sentendone un vero e proprio terrore, così che fallisce la sua funzione di garantire il senso di legame sicuro che transita attraverso più sviluppate e articolati momenti di sintonia, di condivisione, di dialogo, di reciprocità.

Gli attuali orientamenti sulle teorie dell'attaccamento disorganizzato e dei modelli operativi interni di tipo dissociato o post-traumatico aiutano a comprendere quale possano essere le problematiche di chi ha vissuto tali relazioni carenti, imprevedibili e, alla lunga, traumatiche.

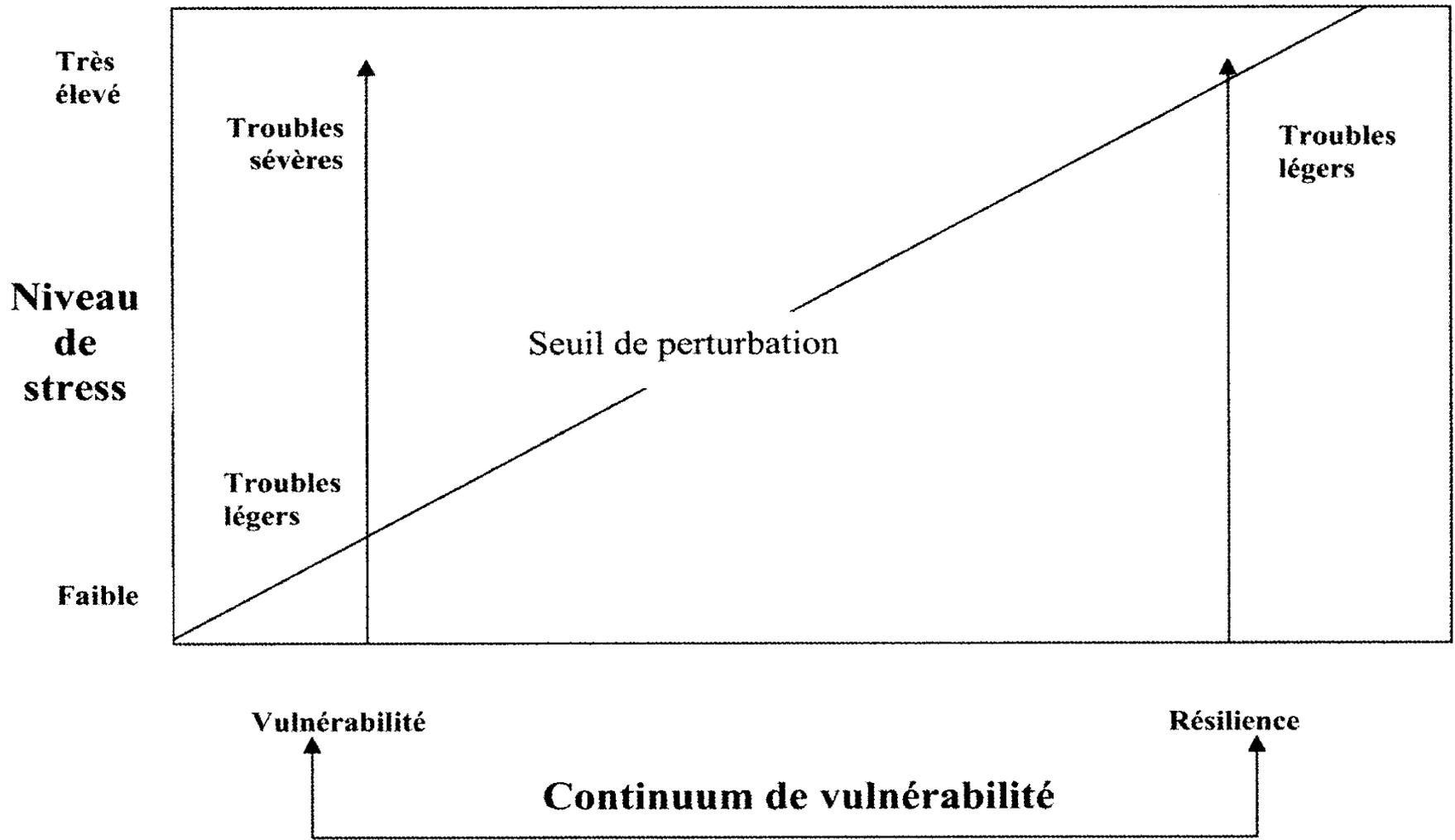
Una parte della patologia psichiatrica dell'Età Evolutiva, anche di quella non macroscopica, ha una base ben dimostrata (non una causa..) di fragilità biologica

(p.es. i ritardi mentali lievi o mascherati, i disturbi generalizzati dello sviluppo, i disturbi strumentali, come le disprassie, le disfasie, le dislessie i disturbi di attenzione con iperattività);

questi difetti comportano anche disturbi emozionali reattivi, che hanno caratteri e iter particolari, e che richiedono idee chiare sulla patogenesi, prima che sia formulata una prognosi e che sia intrapreso un trattamento terapeutico ed abilitativo.

Ci sono disturbi psichiatrici anche non macroscopici, (come i disturbi d'ansia, le depressioni primarie o reattive, i disturbi ossessivi-compulsivi, i deficit di attenzione) che richiedono accanto al trattamento psicoterapeutico anche un ben calibrato trattamento farmacologico. È necessario che i due tipi di trattamento siano strettamente integrati

Modello "Vulnerabilità - resilienza"



Di casa parliamo? Qualche dato epidemiologico

In questi ultimi anni (2010-2015) nonostante l'evidente e costante riduzione del personale sanitario (non viene approfondita in questa sede ma per i neuropsichiatri infantili si è trattato del 30% di operatori in meno, sino ad arrivare a 112 medici Tempo Pieno Equivalenti nel 2014 per l'intero Piemonte), si è cercato di mantenere ampia l'accessibilità e fruibilità dei servizi con la conseguente presa in carico di disabilità e disagio scolastico e più in generale, grazie alla presenza diffusa dei servizi nei singoli territori, è stato possibile garantire il monitoraggio dello stato di salute dei minori; il numero totale dei minori seguiti nell'anno (prevalenza) non è diminuito ma si è stabilizzato.

Anche l'incidenza (il valore percentuale dei minori che accedono per la prima volta ai servizi), si è mantenuta costante; al suo interno sono stati rappresentati nel tempo differenti disturbi ma in questi ultimi anni sempre più legati alle difficoltà scolastiche, soprattutto la Dislessia.

I minori riconosciuti come disabili e B.E.S

I servizi della Rete di NPI grazie a precise scelte di campo espresse nelle normative nazionali e regionali, hanno consolidato via via nel tempo il proprio ruolo di promozione dell'inclusione dei minori con disturbi neuropsichiatrici nell'ambiente scolastico.

Per quanto riguarda le disabilità certificate, si tratta di disturbi di consistente entità, che variano nella loro espressività a seconda delle fasi di sviluppo del bambino sia per l'uso degli strumenti (cognitivi, affettivi, sociali), diversi da parte del bambino, sia per le richieste esterne che variano in relazione ai diversi momenti di crescita; ed è per tale motivo che i percorsi di cura nella disabilità sono prolungati nel tempo.

La prevalenza, cioè la media dei minori disabili "lungo-assistiti" seguiti ogni anno, anche nel loro percorso scolastico (vedi dati MIUR), sino alla maggiore età è del 1,6-1,8% del totale della popolazione 0-17 anni residente in Piemonte; a questi occorre raggiungere una media di almeno il 2-3% dei minori seguito per B.E.S. di tipo sanitario.

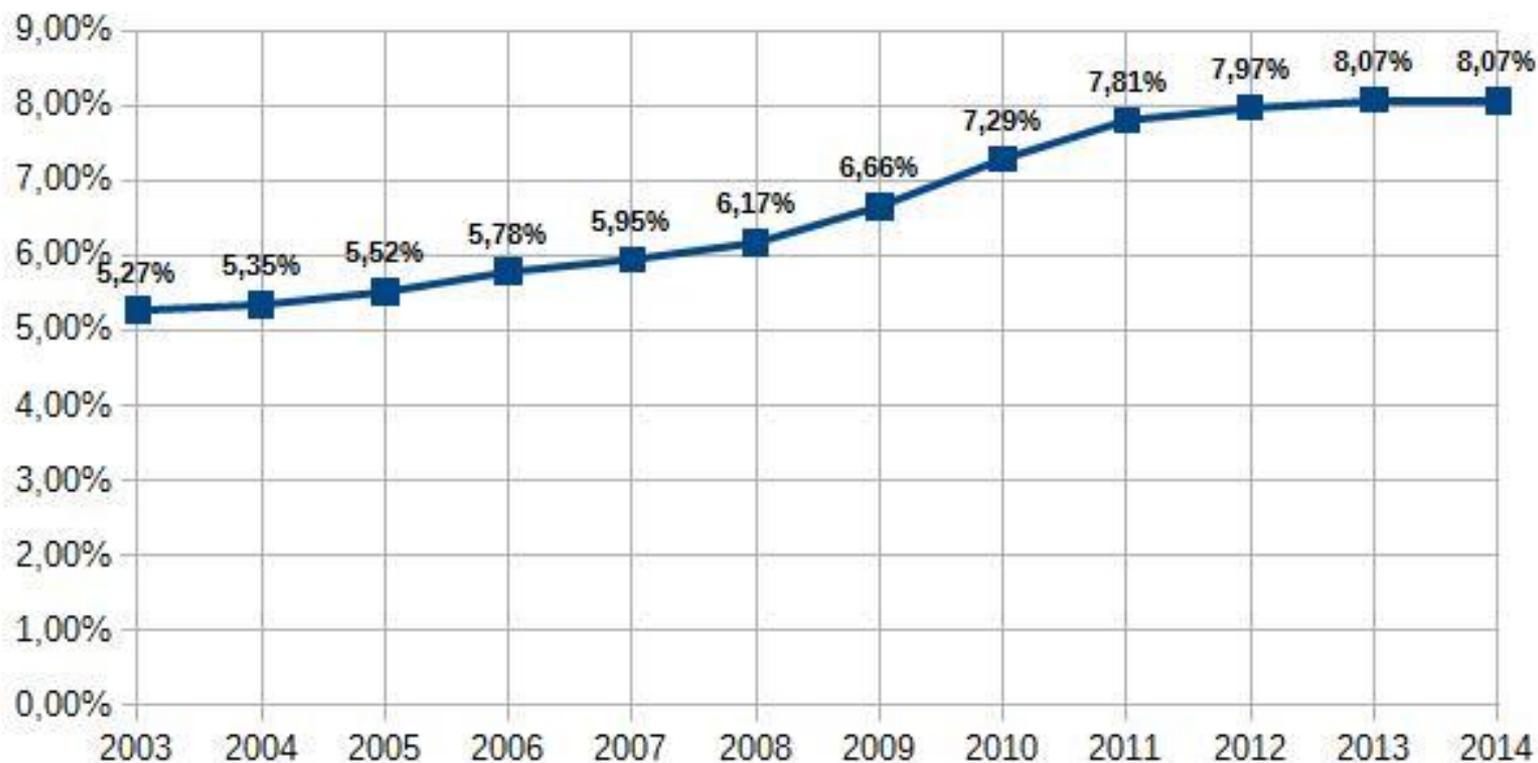
Incidenza percentuale negli anni (la percentuale dei nuovi casi)

Percentuale d'incidenza sulla popolazione 0-17



Pazienti in carico in Piemonte ai servizi della rete di NPI: prevalenza percentuale negli anni (percentuale dei casi in carico nell'anno di riferimento in rapporto alla popolazione): **incremento costante**

Percentuale di prevalenza sulla popolazione 0-17

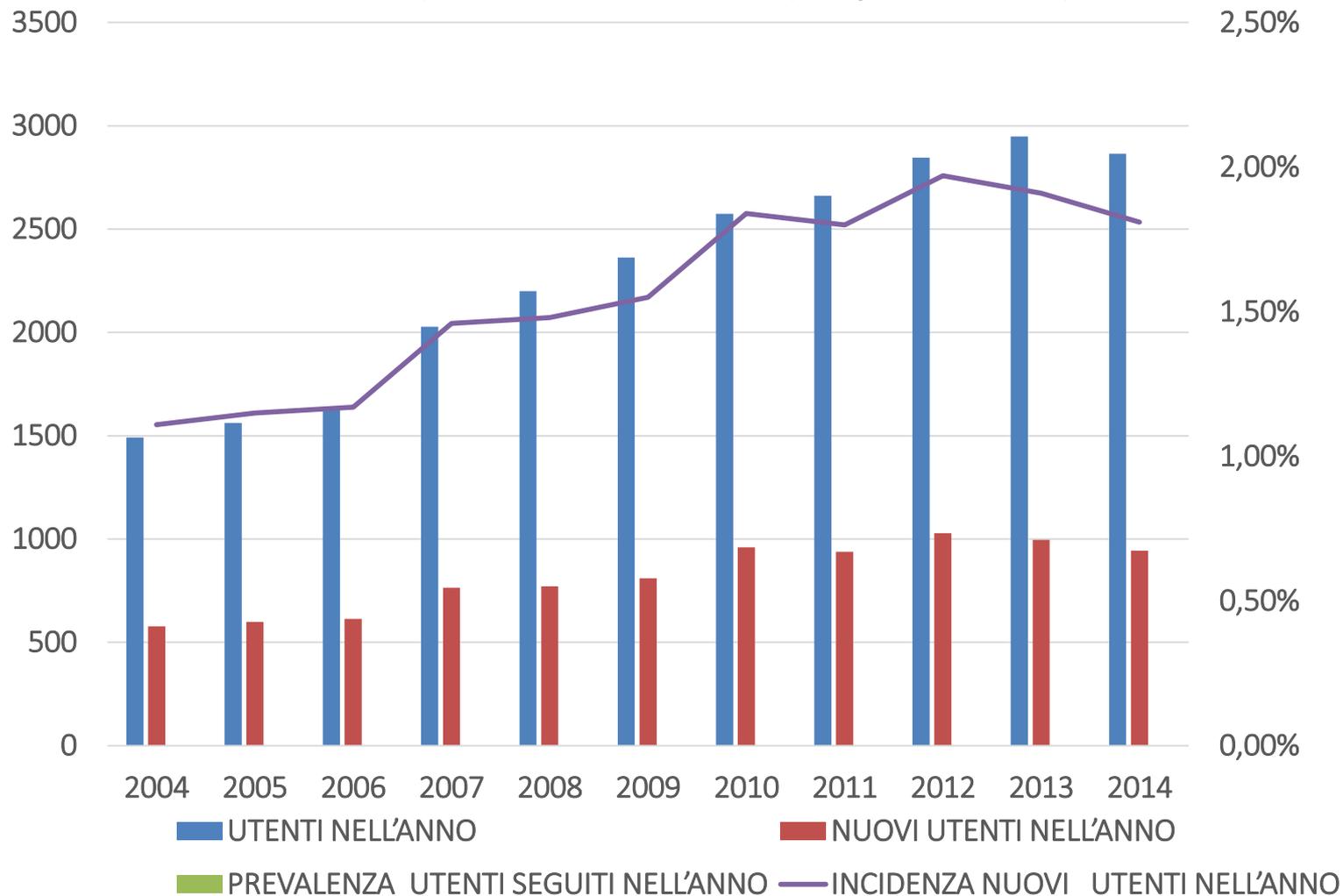


Numero totale dei minori seguiti dalla S..S.V.D. di NPI ASL TO 5 : Incidenza e prevalenza dal 2004 al 2014: **incremento costante.**

(media dei minori residenti ASL TO 5 : 52000).

ANNO DI RIFERIMENTO	UTENTI NELL'ANNO	NUOVI UTENTI NELL'ANNO	PREVALENZA UTENTI SEGUITI NELL'ANNO	INCIDENZA NUOVI UTENTI NELL'ANNO
2004	1491	577	2,67%	1,11%
2005	1562	599	3,00%	1,15%
2006	1634	613	3,14%	1,17%
2007	2027	764	3,89%	1,46%
2008	2200	771	4,23%	1,48%
2009	2362	810	4,52%	1,55%
2010	2574	959	4,92%	1,84%
2011	2662	938	5,11%	1,80%
2012	2846	1028	5,41%	1,97%
2013	2949	996	5,66%	1,91%
2014	2865	944	5,5%	1,81%

Minori seguiti dalla S.C di NPI negli anni dal 2004 al 2014.: Incidenza(nuovi casi nell'anno) e prevalenza(totale casi nell'anno)

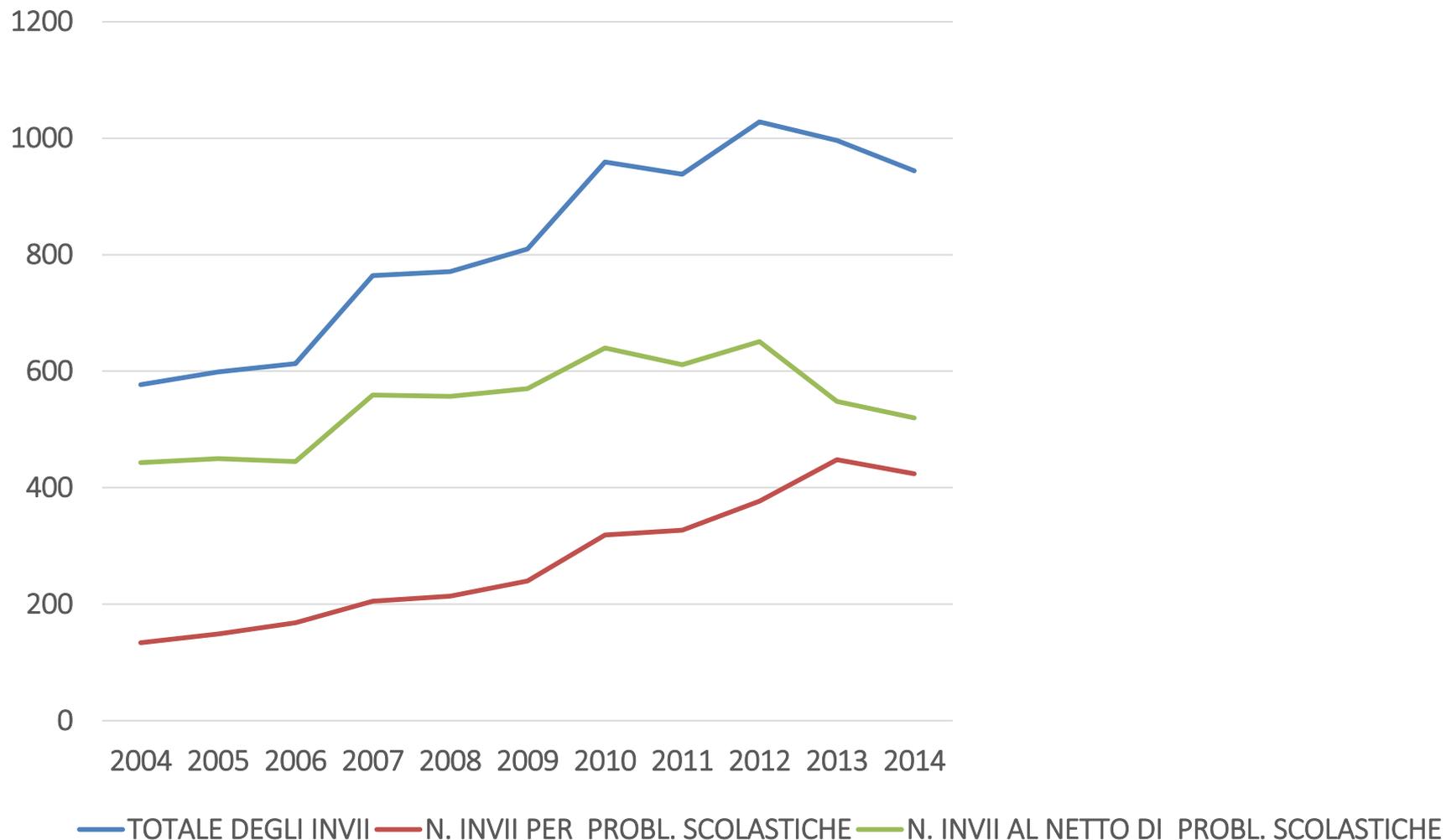


2004- 2011: “Legge 170”: totale dei nuovi invii per anno (incidenza) ed invii per problematiche scolastiche.

I percorsi diagnostico terapeutici per la dislessia hanno presentato un forte ma prevedibile incremento.

	TOTALE DEGLI INVII	N. INVII PER PROBL. SCOLASTICHE	N. INVII AL NETTO DI PROBL. SCOLASTICHE
2004	577	134	443
2005	599	149	450
2006	613	168	445
2007	764	205	559
2008	771	214	557
2009	810	240	570
2010	959	319	640
2011	938	327	611
2012	<u>1028</u>	377	<u>651</u>
2013	996	<u>448</u>	548
2014	944	424	520

2004- 2014: Grafico: “Legge 170”: totale dei nuovi invii per anno(incidenza) ed invii per problematiche scolastiche.



SEMPRE NEGLI STESSI ANNI : AUMENTO DEL NUMERO DEI SOGGETTI CON DISABILITA' PRESENTI NELLE NOSTRE SCUOLE: + 40%.

Per quanto riguarda il numero dei soggetti con disabilità presenti nelle nostre scuole in Piemonte, questi appaiono in aumento.

I dati dei precedenti report “NPI-net” pubblicati dalla Regione Piemonte (vedi Report de “La Rete di Assistenza Neurologica, Psicologica, Psichiatrica, Riabilitativa per l’Infanzia e l’Adolescenza, Strutture e attività” www.regione.piemonte.it/sanita/cms/documentazione) registrano il costante aumento negli anni di minori certificati.

Il MIUR –Ufficio VIII Ambito territoriale della provincia di Torino nei propri dati sulla disabilità nelle scuole statali di Torino e Provincia (presentati a Torino, Istituto Tecnico Avogadro il 19 febbraio 2016) rileva che “ in 11 anni (2004-2015) **gli allievi con disabilità passano da 5035 a 6966 (+38.6%) e l’incidenza sull’intera popolazione scolastica passa dal 1,8 al 2,24%** ” .

I dati nazionali confermano l'incremento

Anche i dati nazionali pubblicati sempre dal MIUR (L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità a.s.2014/2015, pubblicato nel mese di novembre 2015) indicano che: “ La presenza degli alunni con disabilità nel sistema nazionale di istruzione è notevolmente cresciuta nel corso degli ultimi anni.

Dai dati delle Rilevazioni Integrative nelle Scuole risulta che gli alunni con disabilità nell'a.s.2014/2015 sono 234.788, pari al 2,7% del numero complessivo degli alunni frequentanti. **Se si confronta tale numero con quello registrato dieci anni fa, l'incremento è pari al 39,9% (nell'a.s.2004/2005 il numero di alunni con disabilità era pari a 167.804 unità).**

Tale crescita è particolarmente significativa se si considera che il numero complessivo degli alunni frequentanti il sistema scolastico, nello stesso periodo, ha visto addirittura una lieve diminuzione (-0,4%).

Le certificazioni per ASL indicatori (2015-2016):

26

Dati Città metropolitana di Torino Osservatorio OIFP

ASL1-2	139.733	ASL1	1.212	1,88%
		ASL2	1.415	1,88%
ASL TO 3	99.250	ASL3	1.872	1,89%
ASL TO 4	88.038	ASL4	1.288	1,46%
ASL TO 5	55.405	ASL5	896	1,61%
Totali	382.426		6.842	1,789%

Organico di sostegno (Città metropolitana):

Dati Città metropolitana di Torino Osservatorio OIFP

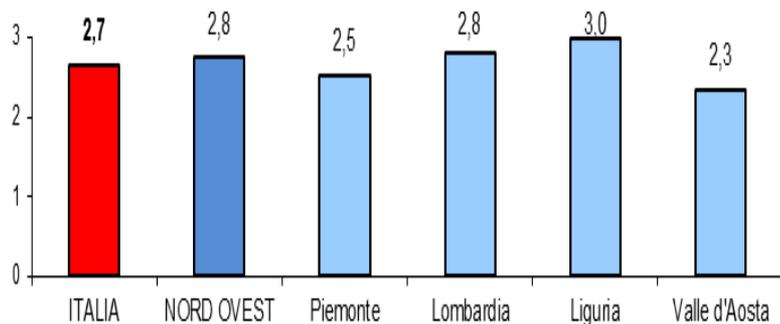
	2013-2014			2014-2015			2015-2016		
	ALLIEVI	POSTI	RAPPORTO	ALLIEVI	POSTI	RAPPORTO	ALLIEVI	POSTI	RAPPORTO
INFANZIA	444	267,5	1,7	436	279	1,6	482	319	1,5
PRIMARIA	2404	1221,5	2,0	2440	1272	1,9	2472	1380	1,8
SECONDA RIA I°	1774	964,5	1,8	1960	1025	1,9	1974	1074	1,8
SECONDA RIA II°	1666	863,5	1,9	1786	928	1,9	1914	1028	1,9
TOTALI	6288	3317	1,9	6622	3504	1,9	6842	3801	1,8

Certificazioni ICD10: distribuzione delle patologie più significative (Dati Città

metropolitana di Torino Osservatorio OIFP 15/16)

	La patologia è presente	%	La patologia è prevalente	%
SINDROMI AFFETTIVE DEPRESSIVE	24	0,2	9	0,1
SINDROMI NEVROTICHE	203	1,6	76	1,1
RITARDO COGNITIVO	4139	32,4	3027	44,3
DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO	962	7,5	870	12,7
COMPORAMENTI OPPOSITIVO PROVOCATORI	1778	13,9	891	13,0
PARALISI CEREBRALI INFANTILI	486	3,8	266	3,9
IPOVISIONE	152	1,2	65	1,0
IPOACUSIA	229	1,8	162	2,4
DEFORMAZIONI E ANOMALIE CROM.	665	5,2	272	4,0
SINDROME DI DOWN	179	1,4	110	1,6
Altre patologie	3977	31,1	879	12,9
Disabili senza ICD10			215	3,1
Totale codici ICD10 rilevati	12794	100,0	6627	96,9
Totale disabili			6842	100

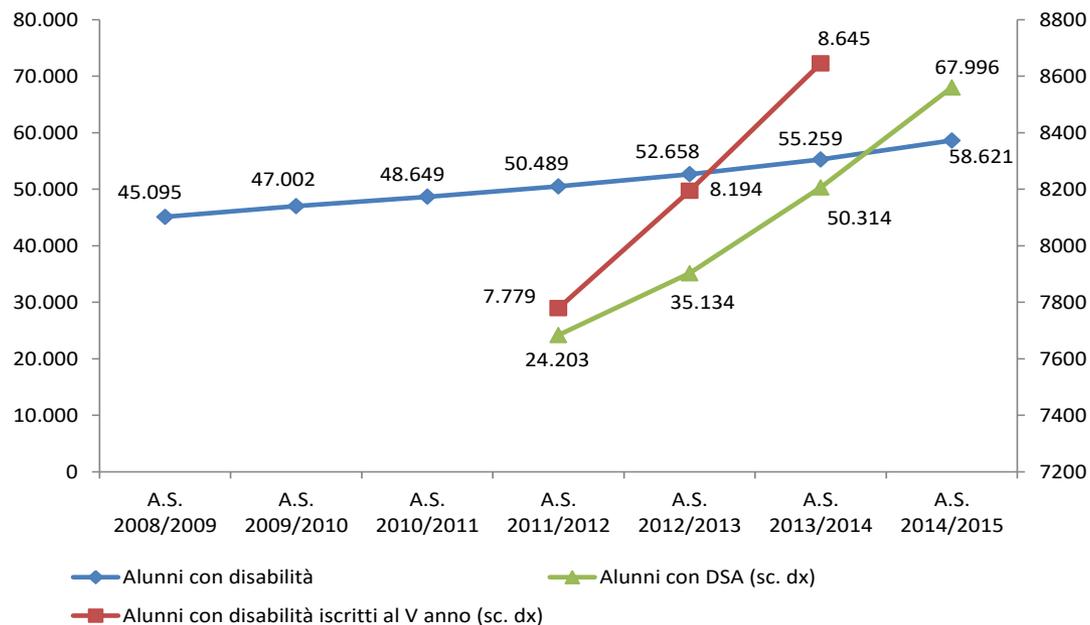
Alunni totali e con disabilità per regione: tutti gli ordini scuola - a.s.2014 /2015(Dati ISTAT) La percentuale degli alunni disabili in Piemonte è minore della Liguria e della Lombardia ed è più alta della Valle d'Aosta.



Nord ovest	2.218.780	61.019
Piemonte	591.783	14.945
Lombardia	1.411.553	39.748
Liguria	196.827	5.890
Valle d'Aosta	18.617	436

Una “curiosità”: Tendenza in **Italia** dell’inclusione scolastica negli ultimi anni nella scuola secondaria di II grado: alunni con disabilità, alunni con disabilità iscritti al V anno e alunni con DSA

Fonte: elaborazione Censis su dati MIUR - DGCASIS - Ufficio Statistica e Studi – Rilevazioni sulle Scuole



(*) Per la Provincia di Bolzano i dati dall’a.s. 2008/2009 all’a.s. 2012/2013 sono di fonte “MIUR – Rilevazioni integrative”. Non sono disponibili i dati per gli anni 2013/ e 2014/2015

Fonte: elaborazione Censis su dati MIUR - DGCASIS - Ufficio Statistica e Studi – Rilevazioni sulle Scuole

non si tratta solo di incremento della disabilità: *(Dati SINPIA Piemonte (2016))*

Alcune patologie hanno visto un netto incremento della domanda di diagnosi e cura:

con una forte accentuazione dei disturbi del comportamento e della condotta,

un aumento dei disturbi dello spettro autistico e dei ritardi specifici dello sviluppo osservato per la fascia da 0 a 3 anni,

un aumento delle richieste per pazienti con disabilità complessa di tipo neurologico e anche psichiatrico,

un aumento rilevante (20% circa) nell'ultimo anno degli accessi in Pronto Soccorso per patologie psichiatriche.

E nei servizi della Rete di NPI?

In Piemonte attualmente più della metà delle attività indirette è dedicata sia all'inclusione dei minori nel loro ambiente ("Scuola"; discussione caso- incontri con gli insegnanti) che alle attività di integrazione con il servizio sociale ("Servizi Sociali").

La restante metà ("Servizi Sanitari") ha al suo interno le voci che descrivono le attività di redazione sia clinica che certificative (necessarie all'accesso ai diritti di Legge per disabilità e B.E.S.) ed ai progetti di cura che sono notevolmente rappresentate.

Vi sono poi le attività cliniche che non riguardano direttamente la dimensione scuola(ad esempio lettura e refertazione degli EEG).

Le risorse in ambito sanitario..

Occorre rilevare con estremo rammarico, che a fronte del costante e documentato aumento dei bisogni in ambito NPI, con incremento del numero delle prese in carico, ed a fronte di leggi, accordi e regolamenti dichiarati “a costo zero” ma che in verità hanno incrementato notevolmente compiti, attività e responsabilità dei Servizi (con norme che già solo elencate riempirebbero 8 – 10 slides), il numero degli operatori è costantemente sceso.

Come precedentemente esposto solo per quanto riguarda i medici NPI, in Piemonte nel 2014 erano in servizio 114 unità mediche tempo pieno equivalenti, per circa 15000 minori disabili ed una utenza media annua di 55.000 minori. Questo per fortuna, non è accaduto per il mondo scolastico nell’ambito della disabilità .

Basti solo ricordare che, ad esempio, per quando riguarda l’area “Città Metropolitana di Torino” l’organico per il sostegno nel biennio 2013 2015 si è incrementato da 3317 cattedre a 3801 con un aumento di 484 unità (dati Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte Ufficio V - Ambito territoriale di Torino).

Inoltre siamo in assenza di una seppur minima normativa che definisca uno standard organizzativo ed un organigramma dei servizi; una visibilissima conseguenza di tutto ciò è l’estrema e documentata diversità nell’area nazionale dei servizi dedicati all’infanzia.

PIEMONTE Ripartizione Pazienti in carico nell'anno 2015, (47.157 pazienti, 53.963 percorsi ,678.494: minori residenti) Prevalenza percentuale 1/100 01-18) Indicatore: Tipo percorso	Valore: N pazienti	Valore percentuale% su popolazione
Tutela con o senza autorità giudiziaria	3.188	0,469%
Disabilità visiva	134	0,0197%
Disturbi cognitivi	7.714	1,13%
Disturbi neurologici	7.258	1,06%
Disturbi del comportamento alimentare	414	0,061%
Autismo	1.915	0,28%
Triage	517	0,076%
Disturbi esternalizzanti	3.828	0,564%
Disturbi Aspecifici di Apprendimento	2.632	0,348%
Disabilità uditiva	283	0,0417%
ADHD	966	0,146%
Encefalopatie complesse	527	0,0776
Ritardi dello sviluppo	2.094	0,308%
DSA	8.116	1,196%
Linguaggio	4.397	0,648%
Disturbi internalizzanti	3.494	0,514%
Rischio psicoevolutivo	2.286	0,336%
Disturbi psichiatrici	987	0,145%
Accoglienza	4.479	0,66%
Disturbi neuromotori	2.228	0,328%
TOTALE PERCORSI	53963	7,95%

PIEMONTE Ripartizione Pazienti in carico nell'anno 2015, (47.157 pazienti, 53.963 percorsi ,678.494: minori residenti) Prevalenza percentuale 1/100 01-18) Indicatore: Tipo percorso	Valore: N pazienti	Valore percentuale% su popolazione
Tutela con o senza autorità giudiziaria	3.188	0,469%
Disabilità visiva	134	0,0197%
Disturbi cognitivi	7.714	1,13%
Disturbi neurologici	7.258	1,06%
Disturbi del comportamento alimentare	414	0,061%
Autismo	1.915	0,28%
Triage	517	0,076%
Disturbi esternalizzanti	3.828	0,564%
Disturbi Aspecifici di Apprendimento	2.632	0,348%
Disabilità uditiva	283	0,0417%
ADHD	966	0,146%
Encefalopatie complesse	527	0,0776%
Ritardi dello sviluppo	2.094	0,308%
DSA	8.116	1,196%
Linguaggio	4.397	0,648%
Disturbi internalizzanti	3.494	0,514%
Rischio psicoevolutivo	2.286	0,336%
Disturbi psichiatrici	987	0,145%
Accoglienza	4.479	0,66%
Disturbi neuromotori	2.228	0,328%
TOTALE PERCORSI	53963	7,95%

ASL TO 5-SSD NPI : Ripartizione Pazienti in carico nell'anno 2015, per Tipo percorso (2930 pazienti, 3114 percorsi (n.b.: 55463 minori residenti) Prevalenza percentuale	Numer o pazienti	Valore Percen tuale (1/100)	TOT. PRESTA ZIO DIRETTE	TOT. PRESTAZION I INDIRETTE (+ORE)
Tutela con o senza autorità giudiziaria	34	0,061	72	78 -48
Disabilità visiva	18	0,032	27	33- 24
Disturbi cognitivi	497	0,896	789	680- 459
Disturbi neurologici	222	0,4	461	111- 80
Disturbi del comportamento alimentare	12	0,021	76	12 -6
Autismo	136	0,245	386	243- 166
Triage				
Disturbi esternalizzanti	170	0,306	407	133 -96
Disturbi Aspecifici di Apprend.	177	0,319	278	92-60
Disabilità uditiva	37	0,066	42	53 - 35
ADHD	83	0,149	270	79- 50
Encefalopatie complesse	36	0,065	83	75 -56
Ritardi dello sviluppo	76	0,137	173	85- 68
DSA	990	1,78	1434	706 - 391
Linguaggio	294	0,53	520	135 -88
Disturbi internalizzanti	98	0,176	439	85- 63
Rischio psicoevolutivo	49	0,088	94	24- 16
Disturbi psichiatrici	62	0,1011	217	99- 74
Accoglienza	44	0,77	44	0
Disturbi neuromotori	79	0,138	149	63- 45
TOTALE PERCORSI:	3114	5,6%		

Confronto tra Piemonte ed ASL TO 5 su percorsi trattati in rete dalle strutture di NPI, Psicologia, SRRF. Anno 2015

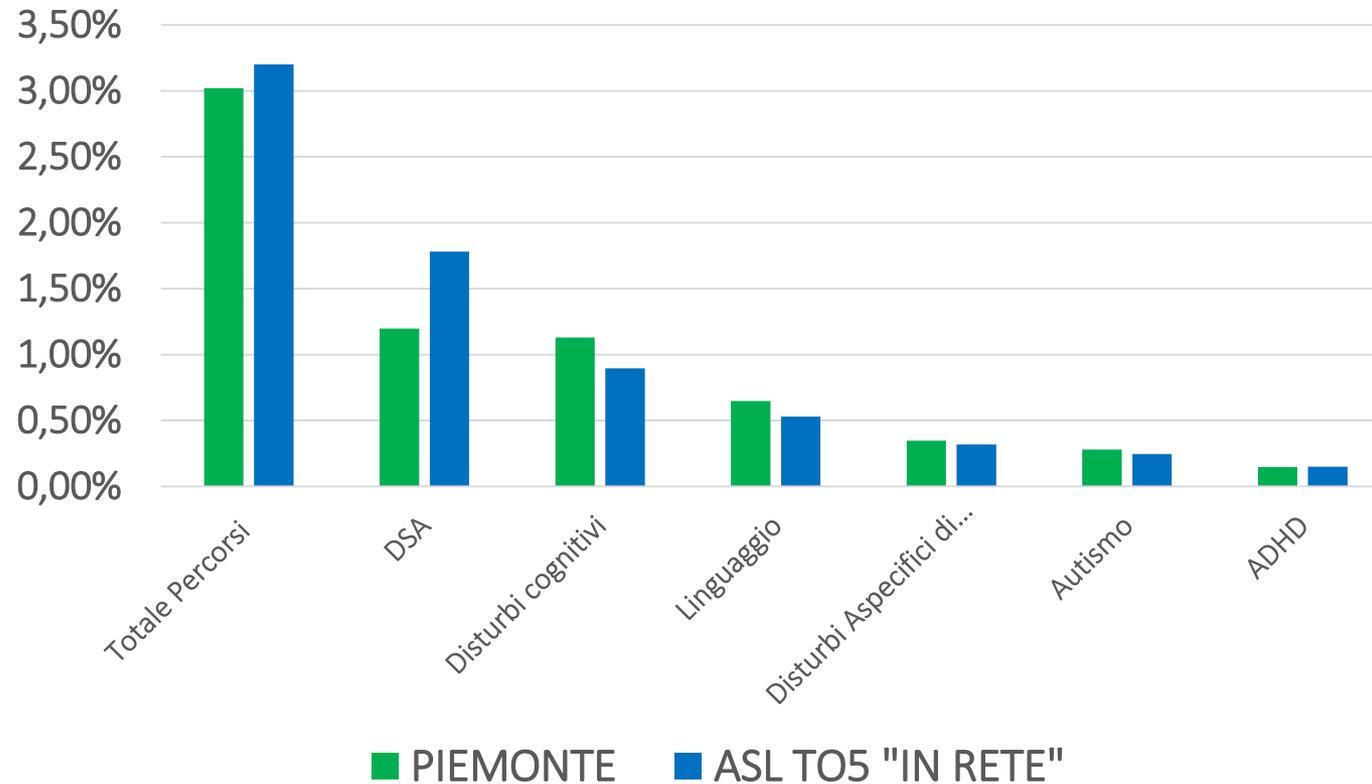
PIEMONTE RIPARTIZIONE PAZIENTI IN CARICO NELL'ANNO 2015 : TIPO DI PERCORSO E VALORE PERCENTUALE SUL TOTALE DELLA POPOLAZIONE MINORI RESIDENTE

	Valore: N pazienti	Valore p percentuale (1/100)
Autismo	1.915	0,28%
Disturbi Aspecifici di Apprendimento	2.632	0,348%
ADHD	966	0,146%
DSA	8.116	1,196%
Linguaggio	4.397	0,648%
Totale	18.026	2,65%

ASL TO 5, RETE DI NPI RIPARTIZIONE PAZIENTI IN CARICO NELL'ANNO 2015: TIPO DI PERCORSO E VALORE PERCENTUALE SUL TOTALE DELLA POPOLAZIONE MINORI RESIDENTE

	Numero pazienti	Valore Percentuale (1/100)
Autismo	136	0,245%
Disturbi Aspecifici di Apprendimento	177	0,319%
ADHD	83	0,149%
DSA	990	1,78%
Linguaggio	294	0,53%
Totale	1680	3,02%

Confronto tra Piemonte ed ASL TO 5 su percorsi trattati in rete dalle strutture di NPI , Psicologia, SRRF . Percentuale soggetti seguiti, su cento minori residenti ASL T05 Anno 2015



N.B.: Che rapporto c'è tra diagnosi clinica e certificazione di disabilità?

Viceversa: i lavori epidemiologici singoli e di metanalisi sulla prevalenza dei disturbi neuropsichiatrici denotano una sostanziale stabilità delle prevalenze della maggior parte dei disturbi nell'ultimo ventennio (Levi 2012, Levi e al 2007, 2009) con alcune eccezioni dovute al cambiamento dei criteri diagnostici avvenuto per alcuni disturbi.

Si tratta di una questione aperta in quanto riflettere sui dati epidemiologici, va oltre la sola ricognizione della situazione scolastica e sulle risorse necessarie per attuare l'integrazione; riguarda anche il rapporto esistente tra attese epidemiologiche e popolazione seguita, tra popolazione seguita e popolazione segnalata, nonché il rapporto tra diagnosi clinica e certificazione

(Levi et al. 2013).

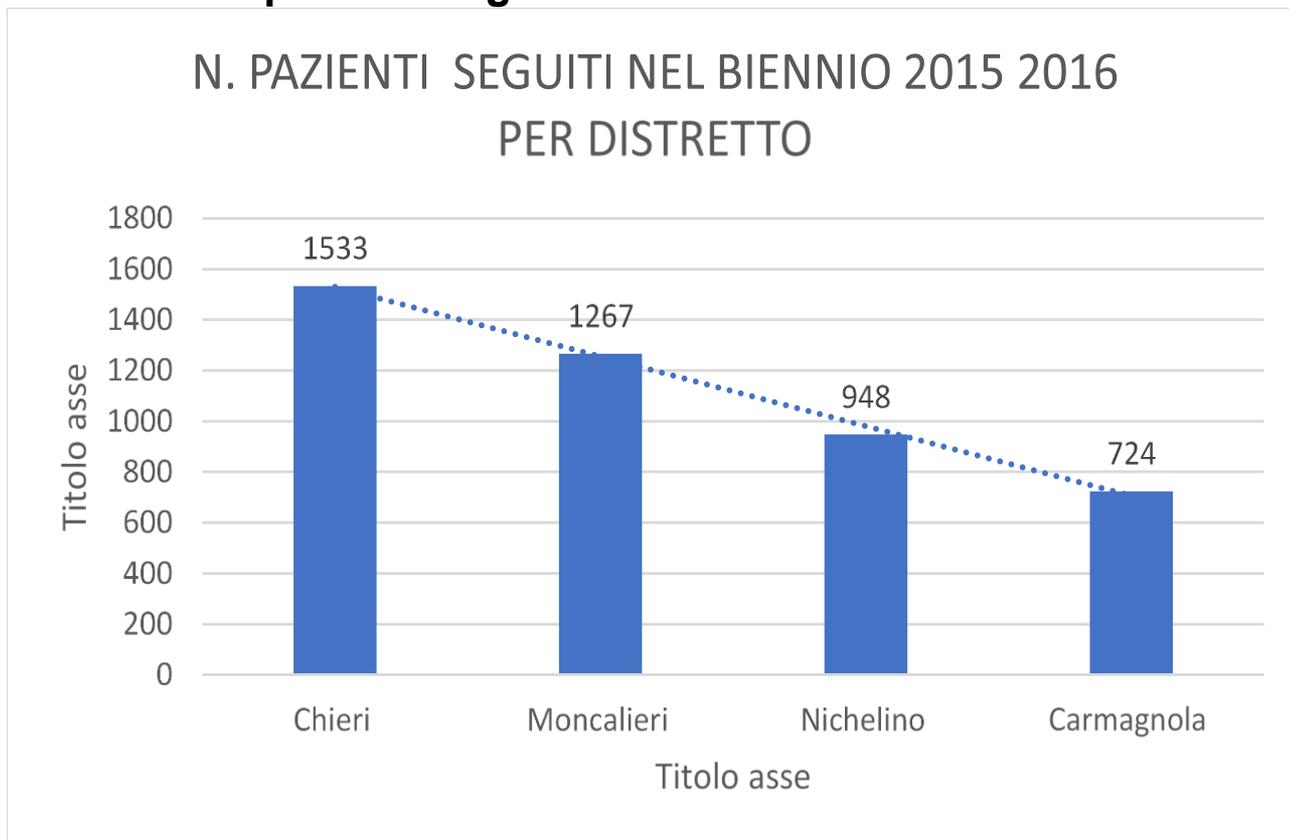
ASL TO5 - sedi distrettuali: attività e numero dei minori seguiti nel biennio 13 -14.

	N. minori seguiti	Di cui nuovi casi	Di cui Minori Certificati HC	N. prestaz. dirette totali	N. prestazioni dirette su minori HC
Moncalieri	1261	534	241	4453	1199
Nichelino	994	393	270	4576	1782
Chieri	1224	583	234	2791	746
Carmagnola	790	385	129	1788	312
Totale	4342	1933	887	13785	3978

ASL TO 5: Attività e numero dei minori seguiti nel biennio 2015 2016 per sedi distrettuali

	totale n. dei Pazienti seguiti nel biennio	N. dei pazienti con una prestazione "scuola"	N. pazienti nel percorso DSA	N. pazienti nel percorso DSA con una prestazione "scuola"
Moncalieri	1267	380	484	67
Nichelino	948	473	334	151
Chieri	1533	587	623	295
Carmagnola	724	272	257	77
Totale	4549	1732	1716	595

Grafico N 2: pazienti seguiti nel biennio 2015/2016: confronto tra sedi distrettuali



Inclusione e bisogni sanitari degli allievi nelle scuole: quanti minori debbono essere certificati (Legge 170, BES e Legge 104)?

il Provveditorato da alcuni anni raccoglie in formato digitali i dati relativi ai PAI (Piano Annuale dell'Inclusione).

I dati relativi all'anno scolastico 2015-2016 segnalano che su 91.700 allievi 13.871 sono "BES" (il 15,1%, un allievo ogni 6,66). il 46.9% degli allievi "BES" rientra nella categoria "Svantaggio" (6499)

il 18,8% dei BES ha una disabilità (2612)

I restanti (34%) hanno problematiche sanitarie certificate di tipo neuropsicologico (DSA; ADHD, livelli cognitivi "borderline" ...)

Primi dati dalla raccolta del PAI a Torino:

Il 7% dei minori ha necessità di un certificato ASL di BES per problematiche sanitarie (Legge 170, BES e Legge 104).

SCUOLE STATALI TORINO		
	TOT ALLIEVI	% BES
DISABILITA'	2612	18,8
DIST. EVOLUTIVI SPEC	4760	34,3
EES DEFICIT ATTENZIONE	205	4,3
EES LINGUAGGIO/MOTORIO	265	5,6
BORDERLINE COGNITIVO	591	12,4
SVANTAGGI	6499	46,9
ALLIEVI TOTALI	91700	
TOT BES	13871	15

NPI e mondo della scuola

Conseguentemente alle diagnosi, l'attività di contatto con il mondo della scuola si colloca poi in parallelo ed in sequenza a quella di lavoro diretto con il minore e comprende in gran parte il tempo dedicato al counselling (gli incontri periodici) coi gruppi di famiglie, insegnanti, educatori e personale ausiliario.

Infatti ogni studente certificato, si può avvalere di una media di 8- 10 ore settimanali di insegnante di sostegno e di 6- 8 ore di assistenza comunale, per 36-38 settimane all'anno pari circa 360 ore di appoggio didattico e 288 di appoggio integrativo annui, ore che hanno una "supervisione" della rete di NPI.

Calcolato su mille minori si tratta di far erogare e poi (per quanto possibile) monitorare un monte ore scolastico di circa 360.000 ore di sostegno e di 288.000 ore di assistenza comunale (un totale di seicentoquarantottomila ore) ogni mille minori, certificate, indirizzate e gestite durante l'anno scolastico.

Priorità cliniche ed impatto sulle risorse presenti in ogni Struttura.

La valutazione dell'attività (attraverso i sistemi informatici) offre poi la possibilità di descrivere con esattezza i percorsi di cura ed il loro relativo peso in termini di prestazioni.

Se il Sistema è correttamente caricato da tutti gli operatori nei servizi coinvolti permette di prevedere, relativamente alle priorità cliniche via via individuate, l'impatto sulle risorse presenti in ogni Struttura, introducendo elementi di valutazione economico-finanziaria dei processi e stimando a monte il potenziale dell'impatto economico del modello organizzativo proposto.

Questo renderebbe possibile programmare (annualmente) un assorbimento di risorse preventivamente dimensionato sulle capacità di risposta complessive della Rete dei Servizi; in altre parole un sistema di controllo che definisca in anticipo una offerta standard di prestazioni, legata all'effettiva presenza delle risorse di personale in organico.

Un esempio: medici NPI ASL TO5 anno 2016: 11787 ore servizio/anno ed 11153 ore calcolabili.

PREVISIONE DI ATTIVITA' PER ANNO SOLARE

Tipo di attività (diretta* indiretta** area***)	Ore necessarie	N. interventi previsti	Totale ore previste
Prima visita ⁽¹⁾ *	1,5ore	900	1350
Controlli pazienti in carico*	1,5 ore (colloquio genitori e visita NPI di controllo)	1000	1500
Percorsi diagnostici	5 ore somministrazione test e scooring) attività in parte di tipo: testistico e psicometrico	400	2000
Casi complessi*	10 ore (10-15 casi per operatore)	100	1000
Casi di particolare complessità*	25ore (tre casi/operatore)	30	750
Attività di consulenza ospedaliera *	8-12 ore settimanali X 54 settimane		540
Attività di certificazione legale**	Un ora media certificato (disabilità, INPS legge 170..)	800	800
Inclusione scolastica**	45' per 800 disabili, due volte anno	1600	1200
Confronto clinico multi professionale**	1\2 ora in media	750	375
Riunione sett. NPI***	Due ore (45 settimane 5 operatori)	45	450
Riunioni istituzionali**	Due ore settimana 6,6 operatori	45	594
Counselling telefonico***	Due ore settimana 6,6 operatori	45	594
TOTALE		6255	11153

Attività ed organizzazione per: Disturbi di apprendimento, Disturbi neuropsicologici multipli, Disabilità intellettiva, Autismo.

1. Che cosa sono le DGR 15, la DGR 16, la DGR 22? che norme applicano?
2. Come sono state attuate queste norme a livello aziendale ASLTO5?
3. Come sono cambiati i percorsi clinici anche con fini certificativi con valore medico legale e di accesso ai diritti?

L'emanazione di specifiche delibere regionali ha profondamente modificato le nostre procedure, rendendole più articolate e complesse. Queste riguardano l'organizzazione della nostra struttura ma riguardano l'intera organizzazione di servizi dedicati all'infanzia in quanto viene valorizzata e ribadita la dimensione multiprofessionale.

Qui di seguito alcune informazioni utili.

LA CORNICE LEGISLATIVA: Premessa: ogni genitore prima di tutto ha il diritto/dovere di essere debitamente informato
Infatti: (*)

*“La famiglia, salvo i casi eccezionali di specifiche valutazioni del Tribunale per i Minorenni, è titolare di ogni scelta- dà inizio alle procedure per il diritto all'educazione ed istruzione del proprio/a figlio/a,
- esprime in forma scritta il consenso informato,
-partecipa alla definizione del profilo e percorso educativo-formativo”*

**Deliberazione della Giunta Regionale 29 luglio 2013, n. 15-6181 “Tutela del diritto allo studio degli alunni e studenti con disabilità”: indicazioni per l'individuazione dell'alunno/studente come soggetto in situazione di handicap. Linee di indirizzo in merito all'accoglienza e presa in carico dell'alunno/studente con disabilità: modifiche e integrazioni alla D.G.R. 34-13176 del 1 febbraio 2010.)*

PERCORSI CERTIFICATIVI

Secondo il *DECRETO-LEGGE 13 agosto 2011, n. 138 Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo.- 11G0185*, in caso di richiesta di insegnante d'appoggio occorre la certificazione di disabilità con visita del medico legale dell'INPS.

Per tale motivo dal 2011 i genitori nel caso ci siano i requisiti e desiderino un insegnante d'appoggio, devono richiedere la visita INPS.

Nel caso siano presenti anche sufficienti elementi per richiedere riconoscimento di disabilità con indennità di frequenza (legge 11 Ottobre 1990 n. 289) insieme alla visita secondo "Legge 104" potrà essere richiesta dai genitori la visita per disabilità.

Per la visita occorre:

rivolgersi al pediatra per registrare le diagnosi all'INPS;

contestualmente il genitore farà domanda all'INPS.

Per la domanda all'INPS i genitori devono contattare enti di assistenza fiscale preposti (Patronati, Caaf etc), per essere aiutati e barrare, per la suddetta richiesta specifica di appoggio, la richiesta per la legge 104 (stato di handicap) per l'insegnante d'appoggio, ed anche la disabilità se ritengono di chiedere "indennità di frequenza".

Il percorso valutativo per ottenere assegno di frequenza non rientra nei "Livelli essenziali di Assistenza- LEA. Il servizio di NPI, analogamente a Pediatra di famiglia e MMG non è tenuto ad attività clinica specificatamente dedicata a questo.

Deliberazione della Giunta Regionale 29 luglio 2013, n. 15-6181 (Disabilità) “Tutela del diritto allo studio degli alunni e studenti con disabilità: indicazioni per l'individuazione dell'alunno/studente come soggetto in situazione di handicap. Linee di indirizzo in merito all'accoglienza e presa in carico dell'alunno/studente con disabilità: modifiche e integrazioni alla D.G.R. 34-13176 del 1 febbraio 2010.

Relativamente ai disturbi specifici di apprendimento (DSA) è intervenuta la legge n. 170 dell'8 ottobre 2010 “Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico” e il recente Accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2012 “Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei disturbi specifici di apprendimento (DSA)”. La Regione Piemonte con le DD.G.R n. 18-10723 del 9.2.2009 n. 13-10889 del 2.3.2009 aveva già provveduto a collocare i DSA all'interno delle categorie diagnostiche definite Esigenze Educative Speciali (EES) al fine di consentire un più appropriato percorso di integrazione scolastica, mentre con la Determinazione Dirigenziale n. 547 del 21 luglio 2011 aveva fornito indicazioni in merito all'acquisizione delle diagnosi di DSA provenienti da professionisti privati di fiducia della famiglia.

Alla luce dell'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2012, è stato costituito un gruppo di lavoro interistituzionale Regione Piemonte (Assessorati Sanità, Istruzione, Formazione Professionale) e Ufficio Scolastico Regionale del Ministero dell'Istruzione Università e Ricerca con l'obiettivo di predisporre una proposta di provvedimento di recepimento dello stesso che consenta un costante confronto e coordinamento tra i diversi interventi in materia. Relativamente agli alunni con disabilità sono intervenuti il decreto legge 31 maggio 2010 n.78 (art.10), convertito con la legge 122 del 30 luglio 2010, e la legge 111 del 15 luglio 2011 (art. 19 comma 11) che affrontano la materia del diritto allo studio degli studenti disabili, attribuendo la competenza sulla valutazione della condizione utile al riconoscimento del diritto all'insegnante di sostegno, alle commissioni mediche di cui all'art. 4 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, integrate obbligatoriamente con un rappresentante dell'INPS.

In seguito alla suddetta normativa nazionale ed in attesa di ulteriori circolari esplicative, con nota congiunta INPS - Regione Piemonte (Direzione Sanità) del 26 giugno 2012, sono state fornite alle ASL ed ai direttori delle sedi territoriali dell'INPS le prime indicazioni utili a ridefinire il percorso per l'ottenimento del diritto allo studio di cui agli artt.12 e 13 della L.104/92.

Istituito, con specifico provvedimento, il Gruppo Disabilità Minori (GDM), cui compete l'avvio e la presa in carico clinica ed istituzionale degli alunni con disabilità.

Con il presente provvedimento viene riproposta la modulistica formulata sulla base delle classificazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ICD10 e ICF, che è stata aggiornata sulla base del principio di semplificazione procedurale. Tale modulistica diventa lo strumento conoscitivo complessivo sul minore al fine dell'integrazione scolastica e di altri eventuali progetti individuabili in suo favore.

La famiglia, salvo i casi eccezionali di specifiche valutazioni del Tribunale per i Minorenni, è titolare di ogni scelta, pertanto:

- dà inizio alle procedure per il diritto all'educazione ed istruzione del proprio/a figlio/a,
- esprime in forma scritta il consenso informato (Allegato C parte integrante e sostanziale del presente provvedimento),
- partecipa alla definizione del profilo e percorso educativo-formativo.

Si ritiene opportuno recepire le indicazioni contenute nell'allegato A) relative all'individuazione dell'alunno come persona con disabilità al fine della programmazione delle ore di sostegno, quale schema di protocollo di intesa tra la Regione Piemonte e l'INPS (Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento). Tale allegato aggiorna la nota congiunta INPS – Regione Piemonte (Direzione Sanità) del 26 giugno 2012.

Inoltre, presso ogni ASL è istituito, con specifico provvedimento, il Gruppo Disabilità Minori (GDM), cui compete l'avvio e la presa in carico clinica ed istituzionale degli alunni con disabilità.

Ogni ASL può valutare di istituire anche più GDM qualora l'ambito territoriale sia troppo esteso. Il GDM è composto dai seguenti profili professionali: neuropsichiatra infantile, psicologo, operatori della riabilitazione (logopedista, terapeuta della riabilitazione), che lavorano secondo il principio dell'integrazione multi-professionale e concorrono alla formulazione della diagnosi, alla presa in carico ed alla definizione del profilo di funzionamento ciascuno per quanto di competenza. Il coordinamento del GDM è affidato al Neuropsichiatria infantile cui spetta l'avvio della procedura medico-legale.

Presso ogni ASL è istituito, con specifico provvedimento, il Gruppo Disabilità Minori (GDM), cui compete l'avvio e la presa in carico clinica ed istituzionale degli alunni con disabilità.

Ogni ASL può valutare di istituire anche più GDM qualora l'ambito territoriale sia troppo esteso.

Il GDM è composto dai seguenti profili professionali: neuropsichiatra infantile, psicologo, operatori della riabilitazione (logopedista, terapeuta della riabilitazione), che lavorano secondo il principio dell'integrazione multi-professionale e concorrono alla formulazione della diagnosi, alla presa in carico ed alla definizione del profilo di funzionamento ciascuno per quanto di competenza. Il coordinamento del GDM è affidato al Neuropsichiatria infantile cui spetta l'avvio della procedura medico-legale.

Per i minori presi in carico, il GDM territorialmente competente predispone e presenta in sede di Commissione Integrata (legge 104/1992, art. 4) il Profilo descrittivo di funzionamento - Parte 1

(Diagnosi funzionale - aspetti sanitari), allegato al presente provvedimento (Allegato B parte 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento).

Il Profilo descrittivo di funzionamento -Parte 1 (Diagnosi funzionale - aspetti sanitari) deve contenere una descrizione quali-quantitativa della patologia che consenta di evidenziare in modo chiaro il livello di compromissione delle funzionalità (ad es. come nel caso del Ritardo mentale).

La certificazione diagnostica è firmata dal medico neuropsichiatria infantile e dallo psicologo, per quanto di competenza, inoltre, essendo l'ICF una classificazione che si basa sull'integrazione di competenze multiprofessionali si prevede che il Profilo descrittivo di funzionamento - Parte 1 contenga la firma di tutti gli altri operatori eventualmente coinvolti nell'accertamento diagnostico.

Unità Multidisciplinare Integrata (UMI):

Unità Multidisciplinare Integrata (UMI), che si avvale dei contributi di ogni altro soggetto coinvolto nella cura o nell'educazione o sostegno del minore, ivi inclusa la famiglia e il soggetto fruitore del diritto ed è formata da : il GDM, i rappresentanti designati dal consiglio di classe o dall'agenzia formativa; l'operatore dei servizi sociali nel caso in cui il minore sia seguito dall'ente gestore delle funzioni socio assistenziali/ente locale; la famiglia. L'alunno/studente riconosciuto come persona con disabilità dalla Commissione integrata (legge 104/1992, art. 4), necessita al fine della sua integrazione scolastica del Profilo descrittivo di funzionamento completo (Allegato B parte 2, che è parte integrante e sostanziale del presente provvedimento).

Detto Profilo descrittivo di funzionamento è completato dall'Unità Multidisciplinare Integrata (UMI), che si avvale dei contributi di ogni altro soggetto coinvolto nella cura o nell'educazione o sostegno del minore, ivi inclusa la famiglia e il soggetto fruitore del diritto ed è formata da : il GDM, i rappresentanti designati dal consiglio di classe o dall'agenzia formativa; l'operatore dei servizi sociali nel caso in cui il minore sia seguito dall'ente gestore delle funzioni socio assistenziali/ente locale; la famiglia.

L'Unità Multidisciplinare Integrata individua, altresì, il referente del caso.

Il Profilo descrittivo di funzionamento completo contiene anche il Progetto Multidisciplinare per l'inclusione scolastico/formativa dell'alunno/studente, concordato all'interno delle Unità Multidisciplinari Integrate.

Il Progetto Multidisciplinare dovrà contenere azioni mirate all'inclusione dell'alunno/studente nei differenti contesti (sanitario, sociale, scolastico, formativo) e concordate in modo sinergico dai rispettivi operatori all'interno dell'Unità Multidisciplinare Integrata.

Nel caso l'alunno/studente sia in carico ai servizi socio-sanitari il progetto multidisciplinare riprende ed integra il progetto individuale definito in sede di UMVD-Minori (Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità – Minori).

Unità Multidisciplinare Integrata (UMI):

- Sulla base del Profilo descrittivo di funzionamento gli ambiti territoriali dell'ufficio scolastico regionale (ex uffici scolastici territoriali) provvederanno ad assegnare le ore di sostegno.
- Qualora se ne evidenzia la necessità il referente del caso, i docenti e la famiglia potranno redigere congiuntamente eventuali integrazioni o modifiche al Progetto Multidisciplinare. Lo sviluppo e la stesura del Piano Educativo Individualizzato (PEI) e del Progetto Formativo Individualizzato (PFI) sono strettamente connessi a quanto indicato nel Profilo Descrittivo del Funzionamento e nel Progetto Multidisciplinare che vanno, quindi, intesi come guida e riferimento. Il Piano Educativo Individualizzato (PEI) o il Progetto Formativo Individualizzato (PFI) verranno redatti, secondo i tempi definiti dalla scuola e dalle agenzie formative, dai soggetti dell'Unità Multidisciplinare Integrata (compresa la famiglia), con il supporto del referente del caso.
- Il riferimento all'ICF, in quanto modello concettuale che concepisce il funzionamento e le competenze delle persone con disabilità in relazione all'ambiente di vita, consente di descrivere e ridefinire l'impatto dei fattori ambientali in termini di facilitatori e/o barriere rispetto alle attività e alla partecipazione dell'alunno con disabilità.
- L'Ufficio Scolastico Regionale predisporrà le indicazioni per il Piano Educativo Individualizzato (PEI), mentre, con successivo provvedimento della Direzione Istruzione, Formazione Professionale e Lavoro, sarà adottato lo schema tipo di Piano Formativo Individualizzato (PFI) utilizzando la classificazione ICF.

In seguito all' emanazione di queste nuove regole (nazionali e regionali) i percorsi certificativi sono divenuti più complessi in quanto sono aumentate le responsabilità amministrative cliniche e medico legali.

I percorsi diagnostici sono sempre multidisciplinari secondo il concetto:

“Il GDM è composto dai seguenti profili professionali: neuropsichiatra infantile, psicologo, operatori della riabilitazione (logopedista, terapeuta della riabilitazione) , che lavorano secondo il principio dell'integrazione multi-professionale e concorrono alla formulazione della diagnosi, alla presa in carico ed alla definizione del profilo di funzionamento ciascuno per quanto di competenza. Il coordinamento del GDM è affidato al Neuropsichiatria infantile cui spetta l'avvio della procedura medico-legale”.

Deliberazione del Direttore Generale:



A.S.L. TO5

Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

Sede Legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (To) – tel. 011 94291 – C.F. e P.I. 0682170017

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 424 DEL 18 OTT 2013

Oggetto: **Istituzione nell'ASL TO5 di Gruppi di Disabilità Minori (GDM) in ottemperanza a quanto stabilito dalla DGR 15-6181 del 29.7.2013.**

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Maurizio DORE

(nominato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 5-3715 del 27/04/2012)

Su proposta del Direttore Sanitario D'Azienda;

Premesso che:

- Con DGR 34-13176 del 1.2.2010 avente ad oggetto: "Linee di indirizzo integrate per ASL Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali, istituzioni scolastiche ed Enti di formazione professionale circa il diritto all'educazione, istruzione e formazione professionale degli alunni con disabilità o con esigenze educative speciali", la Giunta Regionale ha provveduto a definire le modalità, le procedure e la documentazione necessaria per l'accoglienza e la presa in carico degli alunni con disabilità;
- Con DGR 26-13680 del 29.3.2010 avente ad oggetto: "Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità multidisciplinari di valutazione della disabilità (UMVD)" la Giunta Regionale ha ribadito il ruolo delle UMVD in materia di diritto all'educazione, istruzione e formazione professionale degli alunni con disabilità o con esigenze educative speciali;
- Con Legge 122/2010 e Legge 111/2011 è stata affrontata la materia del diritto allo studio degli studenti disabili, attribuendo la valutazione della condizione utile al riconoscimento del diritto all'insegnante di sostegno, alle commissioni mediche di cui alla Legge 104/92 integrate da un rappresentante dell'INPS;

Alla luce delle normative richiamate, con DGR 15-6181 del 29.7.2013 avente ad oggetto: " Tutela del diritto allo studio degli alunni e studenti con disabilità: indicazioni per l'individuazione dell'alunno/studente come soggetto in situazione di handicap, linee di indirizzo in merito all'accoglienza e presa in carico dell'alunno/studente con disabilità: modifiche e integrazioni alla DGR 34-13176 del 1.2.2010" la Regione Piemonte ha individuato nuove modalità organizzative ed operative che coinvolgono tutti gli operatori interessati in questo percorso di integrazione, ASL, enti locali, INPS, Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali, istituzioni scolastiche ed enti di formazione professionale.

Dato atto che la DGR 15-6181 del 29.7.2013 ha previsto presso ogni ASL l'istituzione del Gruppo di Disabilità Minori cui compete l'avvio e la presa in carico clinica ed istituzionale degli alunni con disabilità;

Pagina 1 di 4 – Deliberazione N. 424 del 18 OTT 2013

Deliberazione del Direttore Generale:

Vista la nota regionale del 4.9.2013 prot. 20862/DB 2016 di trasmissione della DGR 15-6181 del 29.7.2013 e di richiesta di trasmissione di provvedimento costitutivo del Gruppo di Disabilità Minori entro il 20.10.2013;

Ravvisata pertanto la necessità ed urgenza di ottemperare alla deliberazione n. 15-6181 del 29.7.2013, individuando, visto l'ambito territoriale esteso dell'ASL TO5, n. 4 Gruppi Disabilità Minori, uno per Distretto, composti come qui di seguito elencati :

Gruppo Disabilità Minori - Distretto di Chieri composto dal Dirigente Medico NPI Dr.a Brunella TRULLA, da un/a psicologo/a e da un operatore RRF individuati di volta in volta in riferimento al caso seguito.

Gruppo Disabilità Minori - Distretto di Moncalieri composto dal Dirigente Medico NPI Dr. Alessandro MARIANI, da un/a psicologo/a e da un operatore RRF individuati di volta in volta in riferimento al caso seguito.

Gruppo Disabilità Minori - Distretto di Carmagnola composto dal Dirigente Medico NPI Dr. Alessandro CIUTI, da un/a psicologo/a e da un operatore RRF individuati di volta in volta in riferimento al caso seguito.

Gruppo Disabilità Minori - Distretto di Nichelino composto dal Dirigente Medico NPI Dr.a Annamaria PENGO, da un/a psicologo/a e da un operatore RRF individuati di volta in volta in riferimento al caso seguito.

Il coordinamento di ciascun GDM è affidato al Dirigente Medico NPI cui spetta l'avvio della procedura Medico-Legale.

Dato atto che i GDM così individuati dovranno operare secondo il principio dell'integrazione multi-professionale e concorrere alla formulazione della diagnosi, alla presa in carico e alla definizione del profilo di funzionamento ciascuno per il proprio ambito di competenza territoriale;

Vista altresì la necessità di costituire una "Cabina di Regia", a livello aziendale, con funzioni di coordinamento dei 4 GDM composta da:

- o Direttore Sanitario d'Azienda o Suo delegato
- o Direttore della S.C. NPI con funzioni di coordinamento della cabina di regia
- o Direttore della S.C. Psicologia
- o Direttore del Dipartimento delle Post Acuzie

e finalizzata alla raccolta dei casi, all'attività di monitoraggio dell'omogeneità dei percorsi e della loro appropriatezza nell'ambito dei quattro distretti, nonché all'individuazione di eventuali criticità e formulazione di proposte alla direzione generale per l'adozione di piani di miglioramento.

Considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa del contenuto della deliberazione nonché della legittimità della stessa;

Viste le vigenti disposizioni di legge in materia;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo;

18 OTT. 2013

Pagina 2 di 4 – Deliberazione N. 426 del _____

Deliberazione del Direttore Generale:

DELIBERA

Per le motivazioni esposte in premessa:

- 1) in adempimento a quanto disciplinato dalla DGR 15-6181 del 29.7.2013 di individuare n. 4 Gruppi Disabilità Minori, uno per Distretto, composti come qui di seguito elencati:

Gruppo Disabilità Minori - Distretto di Chieri composto dal Dirigente Medico NPI Dr.a Brunella TRULLA, da un/a psicologo/a e da un operatore RRF individuati di volta in volta in riferimento al caso seguito.

Gruppo Disabilità Minori - Distretto di Moncalieri composto dal Dirigente Medico NPI Dr. Alessandro MARIANI, da un/a psicologo/a e da un operatore RRF individuati di volta in volta in riferimento al caso seguito.

Gruppo Disabilità Minori - Distretto di Carmagnola composto dal Dirigente Medico NPI Dr. Alessandro CIUTI, da un/a psicologo/a e da un operatore RRF individuati di volta in volta in riferimento al caso seguito.

Gruppo Disabilità Minori - Distretto di Nichelino composto dal Dirigente Medico NPI Dr.a Annamaria PENGO, da un/a psicologo/a e da un operatore RRF individuati di volta in volta in riferimento al caso seguito.

- 2) Di affidare il coordinamento di ciascun GDM al Dirigente Medico NPI cui spetta l'avvio della procedura Medico-Legale;
- 3) Di dare che ai GDM individuati al punto 1) compete l'avvio e la presa in carico clinica ed istituzionale degli alunni con disabilità nonché il dovere di operare secondo il principio dell'integrazione multi-professionale e concorrere alla formulazione della diagnosi, alla presa in carico e alla definizione del profilo di funzionamento, ciascuno per il proprio ambito di competenza territoriale;
- 4) Di costituire una Cabina di Regia con funzioni di coordinamento dei 4 GDM composta dal:
Direttore Sanitario d'Azienda o Suo delegato
Direttore della S.C. NPI con funzioni di coordinamento della cabina di regia
Direttore della S.C. Psicologia
Direttore del Dipartimento delle Post Acuzie

e finalizzata alla raccolta dei casi, all'attività di monitoraggio dell'omogeneità dei percorsi e della loro appropriatezza nell'ambito dei quattro distretti, nonché all'individuazione di eventuali criticità e formulazione di proposte alla direzione generale per l'adozione di piani di miglioramento.

- 5) Di trasmettere la presente deliberazione alla Regione Piemonte – settore organizzazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali entro il 20 ottobre 2013.

Deliberazione del Direttore Generale:

6) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa aggiuntivi per l'ASL TO5;

Il Proponente – Il Direttore Sanitario d'Azienda
Dr Luciano ZARDO

Parere del Direttore Amministrativo: favorevole
Dr Valter ALPE

Chieri 18 OTT. 2013



IL DIRETTORE GENERALE
Dr Maurizio DORE

Vista la Legge Regionale n. 10 del 24/01/1995, articolo 28;
Ravvisata la necessità ed urgenza di garantire la piena operatività dei GDM ai sensi della DGR
DGR 15-6181 del 29.7.2013;
Preso atto del parere favorevole del Direttore Amministrativo;

DELIBERA

di dichiarare immediatamente esecutivo il presente provvedimento.

Chieri 18 OTT. 2013



IL DIRETTORE GENERALE
Dr Maurizio DORE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione è stata pubblicata e affissa all'Albo Pretorio online dell'Asl TO5 di Chieri, Camagnola,
Moncalieri e Nichelino dal _____ al _____.

Il Funzionario addetto

ESTREMI DI ESECUTIVITA'

La presente deliberazione è esecutiva dal 18 OTT 2013 ai sensi delle leggi vigenti.

Il Funzionario addetto

Pagina 4 di 4 – Deliberazione N. 624 del 18 OTT. 2013

Deliberazione della Giunta Regionale 4 febbraio 2014, n. 16-7072 («Dislessia»)

Legge 170/2010 "Nuove norme in materia di disturbi specifici dell'apprendimento in ambito scolastico"; recepimento dell'accordo Stato/Regioni del 25 luglio 2012; approvazione schema di protocollo di intesa con l'Ufficio Scolastico regionale. Attuazione D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Azione 14.4.6 recante "Assistenza territoriale a soggetti minori".

Vista la legge 170/2010, “Nuove norme in materia di disturbi specifici dell’apprendimento in ambito scolastico” ed in particolare l’art. 3, comma 2, che prevede per gli studenti che, nonostante adeguate attività di recupero didattico mirato, presentino persistenti difficoltà, la scuola trasmetta apposita comunicazione alla famiglia.

Visto l’accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 “Indicazioni per la diagnosi e la certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento”.

Considerato che occorre recepire l’accordo a livello regionale.

Visto in particolare l’art. 1, comma 1, che prevede che la diagnosi di DSA debba essere tempestiva e che il percorso diagnostico debba essere attivato solo dopo la messa in atto da parte della scuola degli interventi educativo-didattici previsti dall’art. 3, comma 2, della legge 170/2010 e del DM 5669/2011.

Ritenuto di approvare un percorso finalizzato alla certificazione che individui modalità uniformi su tutto il territorio regionale relative al processo di diagnosi e certificazione diagnostica dei soggetti sospetti di Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche (DSA) in linea con le indicazioni normative sopracitate che modifichi quanto precedentemente definito con le DD.G.R. n.18-10723 del 9 febbraio 2009, n. 13-10889 del 2 marzo 2009 e n. 34-13176 del 1 febbraio 2010 e con la raccomandazione sui Disturbi Specifici di Apprendimento inviata alle ASR in data 13 luglio 2009.

Ritenuto di approvare il protocollo di intesa tra la Regione Piemonte, Assessorati alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e per la Famiglia, all’Istruzione, Sport e Turismo ed alla Formazione Professionale e Lavoro e l’Ufficio Scolastico Regionale, Allegato 1) alla presente deliberazione di cui costituisce parte integrante e sostanziale, che recepisce l’accordo Stato/Regioni sopra citato del 25 luglio 2012 e definisce il percorso sopra indicato.

La scheda, descrive le azioni di recupero e potenziamento scolastico e le difficoltà nell'apprendimento delle abilità scolastiche strumentali, facilita la riflessione sui tipi di "difficoltà scolastiche" che può incontrare un singolo alunno/a e rende maggiormente funzionale la comunicazione tra la scuola e la famiglia. Essa, infatti è condivisa e consegnata alla famiglia

Dato atto che in data 18/01/2013 prot 546/U è stato costituito presso l'Ufficio Scolastico Regionale un gruppo di lavoro composto di rappresentanti dell'Ufficio Scolastico Regionale e della Regione, Direzioni Sanità, Istruzione, Formazione Professionale e Lavoro ed Università degli Studi di Torino che ha provveduto a predisporre una scheda di collaborazione scuola – famiglia. La scheda costituisce uno strumento didattico-pedagogico per favorire i processi di apprendimento e di partecipazione per gli alunni con difficoltà scolastiche e per rendere maggiormente funzionale la comunicazione tra la scuola e la famiglia (come indicato dall' Art. 2 comma 1 del DM 5669/2011 e dal D.M. 297 del 17/04/2013).

In particolare, la scheda consente le seguenti azioni didattico-pedagogiche: 1) l'osservazione per facilitare la riflessione sui tipi di "difficoltà scolastiche" che può incontrare un singolo alunno/a; 2) l'attivazione, in accordo con la famiglia, di azioni di recupero e potenziamento delle abilità scolastiche strumentali e la descrizione degli esiti del potenziamento attivato (parte A); 3) la compilazione della parte B "Descrizione delle significative difficoltà persistenti dopo l'intervento di potenziamento effettuato" (selezionando gli ambiti ritenuti specifici per l'alunno)

Non è la certificazione che avvia le azioni di recupero e potenziamento scolastico:

Qualora per l'alunno/a si presentino difficoltà scolastiche, la scuola, in accordo con la famiglia, definisce le necessarie azioni di recupero e potenziamento delle abilità scolastiche strumentali.

La scheda, pertanto, descrive le azioni di recupero e potenziamento scolastico e le difficoltà nell'apprendimento delle abilità scolastiche strumentali, facilita la riflessione sui tipi di "difficoltà scolastiche" che può incontrare un singolo alunno/a e rende maggiormente funzionale la comunicazione tra la scuola e la famiglia. Essa, infatti è condivisa e consegnata alla famiglia.

La Parte B della scheda di collaborazione. La scheda è consegnata alla famiglia.

Se, nonostante le azioni di recupero e potenziamento (indicate dalle Linee Guida sui DSA del MIUR) persistono significative difficoltà nell'apprendimento delle abilità scolastiche strumentali, gli insegnanti, a partire dal secondo quadrimestre del secondo anno della scuola primaria in poi, in accordo con la famiglia, compileranno la parte B della scheda di collaborazione. La scheda è consegnata alla famiglia.

La presentazione della scheda da parte della famiglia all'ASL di residenza garantisce che, entro 6 mesi il Servizio Sanitario Regionale avvii e completi il percorso diagnostico e di certificazione, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 25/07/12.

La “Scheda di collaborazione scuola – famiglia descrittiva delle abilità scolastiche” è allegata (Allegato 2) al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale. La scheda suddetta va utilizzata esclusivamente per descrivere gli alunni che frequentano la scuola primaria (dal secondo al quinto anno).

Dato atto che il suddetto gruppo di lavoro ha elaborato anche la scheda Allegato 3), quale strumento di collaborazione tra istituzioni scolastiche e famiglia per la scuola secondaria di primo e secondo grado e per le istituzioni formative del sistema leFP, al fine di:

In particolare, la scheda consente di documentare il percorso personalizzato attivato dalla scuola (PARTE A) e di descrivere le abilità scolastiche (PARTE B). La scheda compilata sarà condivisa e consegnata alla famiglia.

a) nel caso di un allievo/a già certificato con Disturbo Evolutivo delle Abilità Scolastiche (DSA), la scheda costituisce:

uno strumento di condivisione sull'andamento scolastico, da utilizzarsi per il passaggio da un ordine di scuola all'altro (ad esempio, gli insegnanti dell'ultimo anno della scuola primaria potranno compilarla a favore dei futuri docenti della scuola secondaria di primo grado ed i docenti della scuola secondaria di I grado la compileranno a favore dei colleghi della scuola secondaria di II grado o delle istituzioni formative del sistema leFP), finalizzata ad evidenziare gli interventi pedagogico-didattici della scuola di provenienza e le abilità scolastiche acquisite dall'allievo/a con Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche (DSA);

- uno strumento per evidenziare gli interventi pedagogico-didattici della scuola di provenienza e abilità scolastiche acquisite dall'allievo/a con Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche (DSA) al fine di richiedere il rinnovo della certificazione diagnostica di DSA (non prima di tre anni dalla precedente).

b) nel caso di un allievo con difficoltà scolastiche, frequentante la scuola secondaria o le Istituzioni Formative del Sistema leFP, la scheda costituisce uno strumento didattico-pedagogico per favorire i processi di apprendimento e di partecipazione e per rendere maggiormente funzionale la comunicazione tra la scuola e la famiglia (come indicato dall'Art. 2 comma 1 del DM 5669/2011 e D.M. 297 del 17/04/2013).

In particolare, la scheda consente di documentare il percorso personalizzato attivato dalla scuola (PARTE A) e di descrivere le abilità scolastiche (PARTE B). La scheda compilata sarà condivisa e consegnata alla famiglia.

il Gruppo Disturbi Specifici di Apprendimento (GDSAp), composto dai seguenti profili professionali: neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva che lavorano secondo il principio dell'integrazione multi-professionale (con superamento della logica della consulenza tra professionisti) e concorrono alla formulazione della diagnosi ciascuno per quanto di competenza.

Le schede 2 e 3 non costituiscono attività di screening (Legge n. 21/07 Regione Piemonte): esse sono uno strumento personalizzato didattico-pedagogico per favorire i processi di apprendimento e di partecipazione per gli alunni con difficoltà scolastiche e per rendere maggiormente funzionale la comunicazione tra la scuola e la famiglia. Ritenuto che presso ogni ASL debba essere istituito, con specifico provvedimento, il Gruppo Disturbi Specifici di Apprendimento (GDSAp), composto dai seguenti profili professionali: neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva che lavorano secondo il principio dell'integrazione multi-professionale (con superamento della logica della consulenza tra professionisti) e concorrono alla formulazione della diagnosi ciascuno per quanto di competenza. Ogni ASL valuta se istituire anche più GDSAp qualora l'ambito territoriale fosse troppo esteso (p.e. uno per ogni distretto).

In difetto della presentazione degli allegati 2 e 3 non sarà possibile l'avvio del percorso diagnostico e di certificazione con le modalità precedentemente indicate.

Presso ogni GDSAp verrà individuata la figura del responsabile/coordinatore (neuropsichiatra o psicologo) con il compito di: 1. accogliere e registrare le schede di collaborazione (Allegati: 2-3) che costituiscono il presupposto per garantire l'avvio dell'iter diagnostico (o rivalutazione);

2. garantire l'avvio ed il completamento dell'iter diagnostico e di certificazione entro i 6 mesi previsti dall'accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 (art.1 com.4);

3. acquisire la competenza precedentemente attribuita all' UMVD minori relativamente alle diagnosi formulate da professionisti sanitari privati di fiducia della famiglia secondo le indicazioni contenute nella DD n. 547 del 21 luglio 2011. Il GDSAp valuta altresì completezza e coerenza della documentazione relativa ai maggiorenni con sospetto DSA e redatta da operatori privati o pubblici dell'età adulta, e conseguentemente rilascia la certificazione.

In ogni ASL va pertanto individuato il professionista che ha competenza sull'età adulta (psicologo/psichiatra con competenze in neuropsicologia) che integrerà il GDSAp per quanto di competenza.

In difetto della presentazione degli allegati 2 e 3 non sarà possibile l'avvio del percorso diagnostico e di certificazione con le modalità precedentemente indicate.

Ritenuto, conseguentemente, di non individuare al momento alcun soggetto da accreditare per il rilascio della diagnosi e della certificazione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2 dell'accordo e di demandare a successivo provvedimento della Direzione Sanità la revisione del percorso diagnostico non rilasciato dal Servizio Sanitario Regionale.

Considerato che la Circolare n. 8 del MIUR del 6 marzo 2013, "evidenzia ... la necessità di superare e risolvere le difficoltà legate ai tempi di rilascio delle certificazioni ... adottando comunque un piano didattico individualizzato e personalizzato nonché tutte le misure che le esigenze educative riscontrate richiedono". Ritenuto di demandare a successivo provvedimento della Direzione Sanità la definizione di un percorso diagnostico omogeneo per tutto il territorio regionale con riferimento agli elementi precisati nell'art 3 comma 1 e 2 dell'accordo Stato Regioni del 25 luglio 2012.

Ritenuto, conseguentemente, di non individuare al momento alcun soggetto da accreditare per il rilascio della diagnosi e della certificazione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2 dell'accordo e di demandare a successivo provvedimento della Direzione Sanità la revisione del percorso diagnostico non rilasciato dal Servizio Sanitario Regionale.

Dato atto che le disposizioni contenute nel presente provvedimento dovranno essere adottate a partire dall'anno scolastico in corso con riferimento alle situazioni nuove. Rilevato che gli interventi di cui al presente provvedimento sono attuativi dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Azione 14.4.6 recante "Assistenza territoriale a soggetti minori" e costituiscono presupposto necessario per la realizzazione dei risultati ivi programmati, in particolare per l'adozione dei provvedimenti che prevedono la definizione di modalità uniformi per la presa in carico dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva entro il 30.06.2014.

Rilevato altresì che i Programmi Operativi 2013-2015 di cui sopra sono stati approvati, ai sensi dell'art. 15, comma 20, del DL. n. 95/2012 – convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012 – in esito alle valutazioni emerse in sede di tavolo ministeriale di verifica sull'attuazione del Piano di Rientro 2010-2012, approvato con DD.G.R. nn. 1-415 del 2.08.2010, 44-1615 del 28.02.2011 e 49- 1985 del 29.04.2011, e la loro attuazione costituisce condizione necessaria per non compromettere l'attribuzione, in via definitiva, delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, condizionate alla piena attuazione dello stesso PRR.

Costo delle prestazioni per “Pacchetto diagnostico DSA”

	Pacchetto prestazioni	Figure professionali	Tempo	Costo
<u>Pacchetto A:</u> Casi di minore complessità: (2/5) della casistica	1 visita 5 valutazioni testologiche 1 colloquio psicologico clinico 1 consulto definito complesso	→ NPI: 1,5 ore = euro 84 → Psicologo: 3 ore = euro 150 → Terapista 3 ore = euro 81 → Multi prof.: 1,5 ore euro 75	Tot 9 ore	<u>Euro 390</u>
<u>Pacchetto B:</u> per casi complessi (3/5) della casistica	1 visita 8 valutazioni testologiche 1 colloquio psicologico clinico 1 consulto definito complesso	→ NPI: 1,5 ore = euro 84 → Psicologo: 5 ore = euro 250 → Terapista 4 ore = euro 108 → Multi prof.: 1,5 ore euro 75	12 ore	<u>Euro 517</u>
<u>Pacchetto C:</u> controlli	1 visita 4 valutazioni testologiche 1 consulto definito complesso	→ NPI: 1 ora = euro 56 → Psicologo: 2 ore = euro 100 → Terapista: 2 ore = euro 54 → Multi prof.: 1,5 ore euro 75	6,5 ore	<u>Euro 285</u>

Costo delle diagnosi per Disturbi Specifici dell'apprendimento

Si stima che l'impatto complessivo del costo delle diagnosi per Disturbi Specifici dell'apprendimento (DSA) nel prossimo anno (2014) sia di **Euro 192.560**.

Se aggiungiamo alla casistica il Livello cognitivo limite 2%+2,5% le problematiche aspecifiche e di falsi positivi, il flusso diagnostico raddoppia e conseguentemente il costo: **Euro 385.220**.

La stima, in mancanza di dati sul numero di ragazzi della coorte 7-10 o 7-14 già in possesso di una diagnosi, è sviluppata applicando i costi stimati alla prevalenza media presentata in letteratura (4,5%). Di fatto considerando come se fossimo già a regime e cioè: tutti i bambini dopo i sette anni possiedono già una diagnosi, dopo questa e dovranno fare solo un controllo, il numero degli invii coincide con il numero di diagnosi di positività al DSA (non ci sono falsi invii: il numero di invii è coincide con il numero di diagnosi). Viceversa il dato 4,5% di diagnosi complessive effettivamente fatte anche se teorico si pone all'interno di un trend in aumento e destinato ad incrementarsi con la delibera in oggetto; è prevedibile che dopo un iniziale momento di difficoltà delle insegnanti tutti i bambini verranno poi individuati (già ora abbiamo sezioni scolastiche con 3 -4 bambini DSA per classe).

GRAZIE PER LA VOSTRA ATTENZIONE

“Il pericolo non viene da quello che non conosciamo, ma da quello che crediamo sia vero e invece non lo è”

(Mark Twain, citato nel film “Una scomoda verità”).

