



Ordine
degli Psicologi
della Toscana

DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO E ALTRE ATIPIE E DISORDINI IN ETÀ EVOLUTIVA

VADEMECUM PER LA PRATICA PROFESSIONALE



Premessa

Il presente **Vademecum** vuole essere una **guida pratica**, anche se non esaustiva, per gli **psicologi che lavorano nell'area dell'età evolutiva**.

In particolare è **dedicato ai colleghi che si occupano di minori che presentano Disturbi del Neurosviluppo** o altre condizioni di **funzionamento atipico e/o psicopatologico**.

È stato creato per favorire la **condivisione delle buone prassi e facilitare il lavoro** su questioni che possono presentarsi nella pratica professionale, nel rispetto delle norme previste dal Codice Deontologico (C.D.) dell'Ordine degli Psicologi.

Abbiamo pensato che queste indicazioni possano essere **utili a psicologi e altri professionisti che lavorano in ambito sanitario e/o scolastico**.

A cura

del Gruppo di Lavoro Disturbi del Neurosviluppo dell'Ordine degli Psicologi della Toscana

REFERENTE

Dr.ssa Alessia Ricci

COORDINATRICE

Dr.ssa Silvia Bonetti

Ringraziamenti

Alle colleghe che hanno partecipato assiduamente alla creazione di questo Vademecum:

- Dr.ssa Irma Bassani
- Dr.ssa Paola Fusco
- Dr.ssa Giulia Maccari
- Dr.ssa Azzurra Franchini
- Dr.ssa Tiziana Lippi
- Dr.ssa Clorinda Pezzullo

Sommario

INTRODUZIONE

PAG. 3

ABC DELLO PSICOLOGO CHE SI OCCUPA DI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO E DI ALTRE ATIPIE/DISORDINI

PAG. 4

PERCORSO CLINICO IN ETÀ EVOLUTIVA

PAG. 5

ASPETTI DEONTOLOGICI

PAG. 6

VALUTAZIONE, RELAZIONE E PRESA IN CARICO

PAG. 9

SCUOLA E DISTURBO DEL NEUROSVILUPPO

PAG. 14

PSICOLOGO TUTOR DELL'APPRENDIMENTO: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE

PAG. 17



Introduzione

In età evolutiva si osserva una variabilità sia nelle traiettorie evolutive di sviluppo che nelle manifestazioni cliniche (atipie dello sviluppo e/o disordini).

Per la presa in carico del minore è opportuno che, nella pratica clinica, il professionista vada ad approfondire le diverse aree di funzionamento al fine di individuarne i punti di forza e di debolezza.

- **AREA DEL PROFILO COGNITIVO** (es. abilità di ragionamento, problem solving, pensiero astratto etc.) **E DEI PROCESSI COGNITIVI** (es. attenzione, memoria, funzioni esecutive, etc.).
- **AREA LINGUISTICO-COMUNICATIVA** (abilità linguistiche espressive e/o recettive e abilità della pragmatica della comunicazione).
- **AREA DELLE ABILITÀ FINO E GROSSO MOTORIE** (es. abilità grafo-motorie, coordinazione, etc.).
- **AREA DEGLI APPRENDIMENTI STRUMENTALI** (lettura decifrativa, comprensione del testo, scrittura nella componente grafica e ortografica e area logico-matematica).
- **AREA EMOTIVA-COMPORTAMENTALE** (regolazione emotiva e del comportamento nei diversi ambiti di vita) **E SOCIO-RELAZIONALE** (abilità di interazione sociale).
- **AREA DELLE ABILITÀ ADATTIVE** (funzionamento nelle aree adattive della vita quotidiana).



Sommario

PREMESSA

PAG. 2

ABC DELLO PSICOLOGO

PAG. 4

PERCORSO CLINICO
IN ETÀ EVOLUTIVA

PAG. 5

ASPETTI
DEONTOLOGICI

PAG. 6

VALUTAZIONE,
RELAZIONE E PRESA
IN CARICO

PAG. 9

SCUOLA E DISTURBO
DEL NEUROSVILUPPO

PAG. 14

PSICOLOGO TUTOR
DELL'APPRENDIMENTO

PAG. 17

Abc dello psicologo che si occupa di disturbi del Neurosviluppo e di altre atipie/disordini

Requisiti per lo psicologo che decide di occuparsi dei Disturbi del Neurosviluppo e di altre atipie/disordini:

REQUISITI OBBLIGATORI

- Laurea Magistrale
- Iscrizione all'albo A

REQUISITI CONSIGLIATI

- Formazione specifica nell'area del Neurosviluppo conseguita tramite corsi di perfezionamento, master, sia pubblici che privati, e corsi specifici
- Aggiornamento costante su queste tematiche

Nel caso in cui lo psicologo sia parte o voglia far parte di un'équipe autorizzata e/o accreditata da una specifica Regione è necessario verificare la normativa regionale

LINK REGIONE TOSCANA

- Prerequisiti e modulistica per rientrare nelle équipes private autorizzate a rilasciare diagnosi DSAp.
▶ <https://bit.ly/3QYaApY>
- Pagina riguardante strutture sanitarie accreditate.
▶ <https://bit.ly/3bA0g7f>

Sommario

PREMESSA

PAG. 2

INTRODUZIONE

PAG. 3

PERCORSO CLINICO
IN ETÀ EVOLUTIVA

PAG. 5

ASPETTI
DEONTOLOGICI

PAG. 6

VALUTAZIONE,
RELAZIONE E PRESA
IN CARICO

PAG. 9

SCUOLA E DISTURBO
DEL NEUROSVILUPPO

PAG. 14

PSICOLOGO TUTOR
DELL'APPRENDIMENTO

PAG. 16

Percorso clinico in età evolutiva

Lo psicologo si trova a intraprendere un percorso clinico complesso.

È importante tenere conto del **profilo di funzionamento del minore** e dei contesti con cui si trova ad interagire (famiglia, scuola, pari, etc.).

Il **percorso clinico** si articola in:

- **Primo colloquio con le figure che detengono la responsabilità genitoriale del minore** (firma del consenso informato e privacy) e **raccolta anamnestica** per reperire informazioni utili sul suo percorso di sviluppo e sulle sue problematiche.
- **Incontri di valutazione del minore** attraverso **l'osservazione clinica** e la **somministrazione di test standardizzati** per analizzare le diverse aree di funzionamento e individuare punti di forza e di criticità. Sulla base di quanto emerge, previo consenso, il professionista può coinvolgere **altri specialisti** (es. neuropsichiatra infantile, logopedista, terapeuta delle neuropsicomotricità dell'età evolutiva, etc.) per ulteriori approfondimenti clinici e per reperire informazioni sul funzionamento del minore in altri contesti di vita, in particolare nell'ambiente scolastico.
- **Stesura della relazione clinica per descrivere la valutazione effettuata, la diagnosi** (nosografica e/o funzionale) e il **percorso di presa in carico**, definendo gli obiettivi e le modalità.
- **Consegna della relazione clinica** alle figure che detengono la responsabilità genitoriale e **condivisione delle indicazioni di presa in carico** (didattica, educativa e, se necessario, di intervento clinico e/o riabilitativo).



Sommario

PREMESSA

PAG. 2

INTRODUZIONE

PAG. 3

ABC DELLO PSICOLOGO

PAG. 4

ASPETTI

DEONTOLOGICI

PAG. 6

VALUTAZIONE,
RELAZIONE E PRESA
IN CARICO

PAG. 9

SCUOLA E DISTURBO
DEL NEUROSVILUPPO

PAG. 14

PSICOLOGO TUTOR
DELL'APPRENDIMENTO

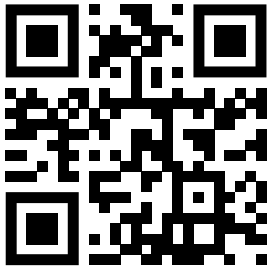
PAG. 17

Aspetti deontologici

Lo psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico (C.D.) nell'esercizio della sua professione, tenendo conto dei principi ritenuti fondamentali sulla base delle specifiche esigenze del contesto in cui si trova ad operare.

Nota Bene

Per svolgere la propria pratica professionale, lo psicologo deve far compilare e firmare la seguente modulistica:



Consenso informato e Privacy (art. 9, 11, 12, 13, 17 del C.D.)*

Per procedere alla presa in carico (osservativa, valutativa o terapeutica) di un minore, il consenso informato e la privacy dovranno essere firmati da chi detiene la responsabilità genitoriale!

<http://bit.ly/3ht2AzZ>

La responsabilità genitoriale viene esercitata da entrambi i genitori di comune accordo, indipendentemente dal loro tipo di unione.

L'unica ipotesi di cessazione della responsabilità genitoriale è quella, eccezionale, che ne venga dichiarata la decadenza (art. 330 c.c.).

Nota Bene

Il minore è sempre soggetto alla responsabilità genitoriale di entrambi i genitori, siano essi coniugi (anche separati) o meno (divorziati, ex conviventi di fatto). Sono rare ed eccezionali le ipotesi in cui, in presenza dei due genitori, quello non affidatario, non sia titolare della responsabilità e, anche in tal caso, residua un potere di vigilanza sul minore.



*Il consenso informato, sempre nel rispetto del C.D., può essere modificato in base alle proprie necessità cliniche aggiungendo differenti diciture (es. possibilità di audio-videoregistrare a fini clinici, di contattare altre figure professionali, come gli insegnanti, di svolgere attività cliniche in modalità online, etc.).

Nella pratica clinica si possono presentare alcuni casi specifici a cui è fondamentale prestare attenzione:

1. SEPARAZIONE/DIVORZIO CON AFFIDAMENTO ESCLUSIVO

“Il genitore a cui sono affidati i figli in via esclusiva, salva diversa disposizione del giudice, ha l'esercizio esclusivo della responsabilità genitoriale su di essi (...). Salvo che non sia diversamente stabilito, le decisioni di maggiore interesse per i figli sono adottate da entrambi i genitori (...)” (art. 337 quater)

Si ricorda che l'intervento psicologico sul minore, compresa l'osservazione psicologica, costituisce prestazione sanitaria e, quindi, va qualificato come intervento di “maggiore interesse” sul piano della salute (art. 155 co.3 c.c.)

Cosa deve fare il professionista: richiedere la documentazione del Tribunale relativa all'affido esclusivo e verificare quanto stabilito dal Giudice.

2. ASSENZA MOTIVATA AL PRIMO COLLOQUIO DA PARTE DI UN GENITORE CHE ESERCITA LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

È sempre preferibile riuscire a vedere entrambi i genitori in presenza.

Solo in casi eccezionali, il consenso può essere firmato dal genitore non in presenza (formato cartaceo o mail). È necessario richiedere di allegare, al consenso, il documento di identità del genitore assente, debitamente firmato e contattarlo direttamente (via mail o telefono) per verificare il suo effettivo consenso.

Si suggerisce la possibilità di avere, comunque, un breve colloquio (online o telefonico) anche con il genitore che non può venire in studio.

3. OPPOSIZIONE A FIRMARE IL CONSENSO DA PARTE DI UN GENITORE CHE ESERCITA LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Lo psicologo non potrà svolgere alcun intervento sul minore, limitandosi eventualmente ad un solo incontro, puramente informativo (art. 31 C.D.), astenendosi dalla somministrazione di testistica e dalla redazione di relazioni o altri scritti.

Il genitore, che ritiene necessario o opportuno l'intervento, può attivarsi dinanzi alla competente autorità giudiziaria per conseguire l'autorizzazione per la prestazione, rivolgendosi ad un legale.

4. ASSENZA DI CONSENSO PER RIFIUTO DI CHI ESERCITA LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Lo psicologo dovrà astenersi dalla prestazione, rinviando eventualmente il minore alle strutture preposte (es. consultori del servizio pubblico).

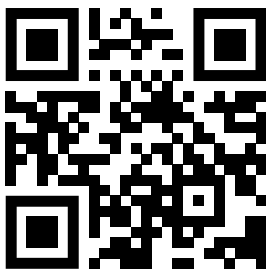
5. CASO ECCEZIONALE COMMA 2 ART. 31 (C.D.): MOLTO RARO E DA VALUTARE CON CAUTELA!

Se lo psicologo rileva la contemporanea sussistenza, come riferito dal comma 2 dell'art. 31 del C.D., di **due evenienze (la ritenuta necessità dell'intervento e l'assoluta riservatezza dello stesso)**, potrà svolgere l'intervento, salvo l'obbligo di informare "l'Autorità Tutoria".

È un aspetto critico individuare l'Autorità Tutoria da informare. Nell'ordinamento giudiziario non esiste un ufficio destinato a ricevere informative su simili circostanze. Allo stato attuale, l'unica interpretazione possibile è che sia onere del professionista valutare se esista e quale sia l'autorità astrattamente competente a intervenire sulla fattispecie riferita dal minore.

Nota Bene

La norma del C.D. rimette alla responsabilità dello stesso professionista la valutazione delle due evenienze di necessità dell'intervento e assoluta riservatezza del medesimo (C.D., comma 2 art. 31).



PER APPROFONDIMENTO
<https://bit.ly/3Toqji0>



Sommario

PREMESSA

PAG. 2

INTRODUZIONE

PAG. 3

ABC DELLO PSICOLOGO

PAG. 4

PERCORSO CLINICO
 IN ETÀ EVOLUTIVA

PAG. 5

VALUTAZIONE,
 RELAZIONE E PRESA
 IN CARICO

PAG. 9

SCUOLA E DISTURBO
 DEL NEUROSVILUPPO

PAG. 14

PSICOLOGO TUTOR
 DELL'APPRENDIMENTO

PAG. 17

Valutazione, relazione clinica e presa in carico

1. VALUTAZIONE

• Primo incontro con chi esercita la responsabilità genitoriale

Lo scopo è svolgere l'**anamnesi**: raccolta di informazioni dettagliate riguardo la storia di sviluppo del minore nelle tappe di acquisizione dei processi evolutivi (es. linguaggio, abilità motorie, etc.), nelle sue abilità adattive, sociali e nel suo assetto emotivo e comportamentale. È possibile somministrare dei questionari per indagare alcune aree di funzionamento.

• Successivi incontri con il minore

Viene svolta la valutazione clinica con l'obiettivo di individuare il profilo di funzionamento, sottolineando le aree di forza e di debolezza allo scopo di verificare se sia necessario un trattamento o un intervento per supportare la sua crescita.

Il clinico può osservare la presenza di difficoltà o atipie nelle varie aree di funzionamento:

→ Area cognitiva e processi cognitivi

Criticità sul piano del ragionamento e difficoltà, atipie o deficit in processi cognitivi (come memoria, attenzione, funzione esecutive, etc.), ma anche quadri di alto potenziale cognitivo

→ Area linguistico-comunicativa

Difficoltà nelle abilità linguistiche espressive e/o recettive (come eloquio poco chiaro e/o criticità nella comprensione verbale, etc.) e/o difficoltà nella pragmatica della comunicazione (criticità negli aspetti sociali della comunicazione)

→ Area fine e grosso-motoria

Presenza di movimenti goffi o scoordinati e/o difficoltà nelle attività fine-motorie, etc

→ Area degli apprendimenti strumentali

Problematicità nell'area della lettura (lenta e/o scorretta), nella comprensione scritta, nella scrittura (sul piano ortografico con la presenza di errori, sul piano grafico con scrittura poco leggibile e/o lenta), nell'area logico-matematica (difficoltà nel calcolo a mente o scritto, nel memorizzare tabelline e fatti numerici, nella risoluzione di problemi, etc.).

→ Area emotiva-comportamentale e socio-relazionale

Difficoltà nella regolazione del comportamento (es. comportamenti iperattivi/impulsivi, manifestazioni oppositive-provocatorie, difficoltà a rispettare le regole, etc.), difficoltà nella regolazione emotiva e nell'interazione sociale (es. manifestazioni eccessive di stati emotivi, difficoltà nello stare insieme agli altri, atteggiamento di isolamento, etc.).

→ Area adattiva

Difficoltà nelle autonomie attese per l'età nei vari contesti di vita (area concettuale, pratica e sociale).

2 DIAGNOSI

Al termine della valutazione specialistica si stila una diagnosi clinica.

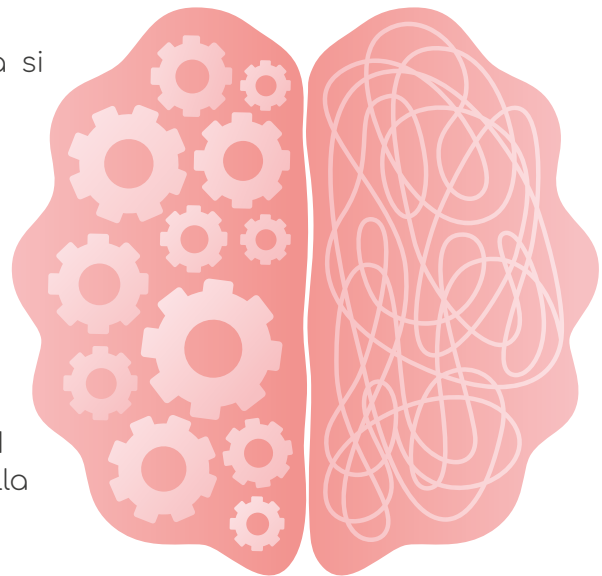
È possibile distinguere:

- **Diagnosi funzionale**

Descrive il funzionamento del minore, indicando le aree di forza/potenzialità e di debolezza.

- **Diagnosi nosografica**

Si effettua in riferimento ai manuali diagnostici attualmente utilizzati (DSM 5, DSM 5-TR, ICD 10, ICD 11)* in base alla tipologia/frequenza dei sintomi.



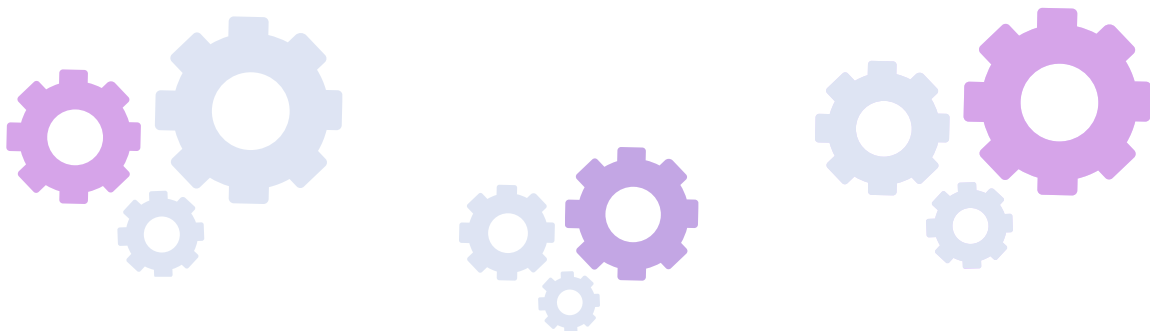
Nota Bene

- È sempre possibile individuare una diagnosi funzionale. Non per tutte le difficoltà riscontrate si raggiunge una diagnosi nosografica.
- In età evolutiva spesso più difficoltà/disturbi sono in comorbidità.

Per effettuare la **diagnosi nosografica**, attualmente in Italia, si tengono in considerazione sia le indicazioni del DSM 5 ed eventuali futuri aggiornamenti, che i codici diagnostici dell'ICD 10 e a breve dell'ICD 11.

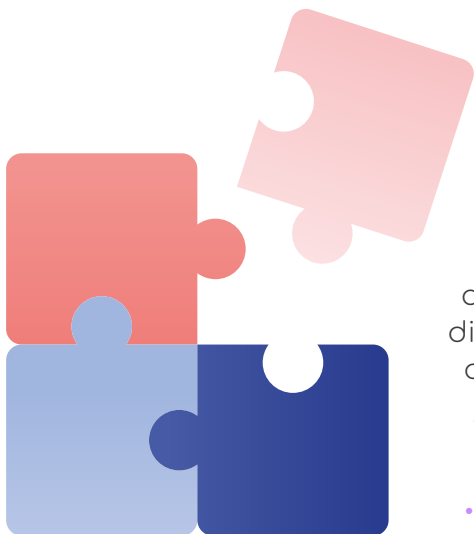
I **Disturbi del Neurosviluppo** secondo il DSM 5 (APA, 2013) sono un gruppo di condizioni con esordio nel periodo dello sviluppo, caratterizzato da un quadro clinico sia da deficit o ritardi nel raggiungimento delle tappe di sviluppo attese, sia da sintomi che compromettono il profilo di funzionamento.

Spesso questo disturbi si presentano in concomitanza (comorbidità).



*I principali manuali diagnostici in ambito clinico sono:

- **DSM 5** (APA, 2013) e aggiornamento (DSM 5-TR, 2022): manuale statistico diagnostico dei disturbi mentali
 - **ICD 10** (2010) e aggiornamento (ICD 11 versione online 2021): classificazione internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati al cui interno è presente un capitolo sulle sindromi e disturbi psichici e comportamentali
 Entrambi i manuali vengono aggiornati periodicamente dalla comunità scientifica.



- **Disabilità intellettive:** disabilità intellettiva (DI), ritardo globale dello sviluppo, disabilità intellettiva senza specificazione.
- **Disturbi della comunicazione:** disturbo del linguaggio, disturbo fonetico-fonologico, disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie), disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) e disturbo della comunicazione senza specificazione.
- **Disturbo dello spettro dell'autismo** (ASD, acronimo inglese, DSA acronimo italiano).
- **Disturbo da deficit d'attenzione/iperattività** (ADHD acronimo in inglese, DDAI acronimo in italiano).

- **Disturbo specifico dell'apprendimento**

(DSA secondo la legge 170/2010 o DSAp).

- **Disturbi del movimento:** disturbo dello sviluppo della coordinazione (DCM o DCD), disturbo da movimento stereotipato, disturbo da tic, disturbo da tic con altra specificazione e disturbo da tic senza specificazione.
- **Altri Disturbi del Neurosviluppo:** disturbo del neurosviluppo con altra specificazione, disturbo del neurosviluppo senza specificazione.

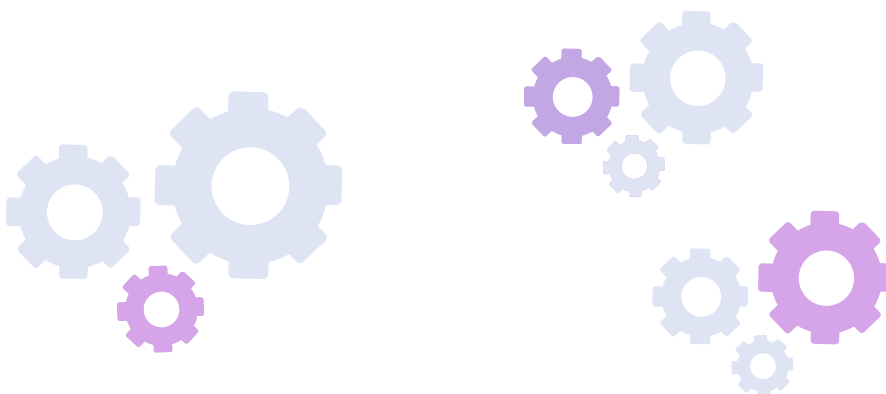
Nella pratica clinica, in età evolutiva, oltre ai Disturbi del Neurosviluppo, si rilevano altre **condizioni di atipia/disordine** relative a:

- **Altri disturbi/condizioni mediche** (es. epilessia, paralisi cerebrali, disturbi neuromuscolari, etc).
- **Disturbi psicopatologici** rientranti in altre categorie diagnostiche del DSM 5 come disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, etc.

Nota Bene

È frequente rilevare **problematicità e difficoltà in varie aree di funzionamento che, però, non raggiungono i criteri di una diagnosi nosografica.**

Pertanto è utile definire una **diagnosi funzionale** dove esplicitare il profilo di funzionamento del minore.



3. RELAZIONE CLINICA

Obiettivo: *condividere con famiglia-scuola e altri professionisti il profilo di funzionamento del minore e definire una presa in carico più adeguata possibile.*

Nella **relazione clinica specialistica** si presentano:

- **Dati anamnestici e motivo dell'invio.**
- **Descrizione del profilo** di funzionamento, indicando le aree, le abilità indagate e le modalità adottate durante l'osservazione clinica e la valutazione (es. colloquio clinico, prove specialistiche, test standardizzati, etc.).
- **Impressioni diagnostiche** (necessarie e appropriate per la tutela psicologica del soggetto, art. 25 C.D.).
- **Raccomandazioni per la presa in carico** (didattica, educativa e, se necessario, di intervento clinico e/o riabilitativo), ritagliate appositamente sui bisogni del minore e le **indicazioni per supportarlo in ambiente scolastico** (es. strumenti compensativi, strategie dispensative, etc.) e in altri ambienti di vita.

4. BUONE PRASSI NELLA CONSEGNA E STESURA DELLA RELAZIONE CLINICA

- **È raccomandabile che chi esercita la responsabilità genitoriale:**
 - partecipi alla restituzione della valutazione specialistica;
 - abbia, nel caso venga redatta una relazione/referto clinico su un minore, copia della medesima.
- **È preferibile, per una migliore collaborazione tra professionisti sanitari, inserire i dati clinici** (es. punteggi ai test somministrati, profili clinici derivanti da questionari, etc.) così da favorire una maggior condivisione del profilo del minore e sostenere una presa in carico integrata e multiprofessionale.
- **Si suggerisce di predisporre una relazione aggiuntiva da consegnare alla scuola in cui siano presenti informazioni utili a tale contesto.**
Per esempio si possono omettere i dati anamnestici e i punteggi specifici ai test/prove strutturate, ma è opportuno che sia chiaro il profilo di funzionamento del minore.



5. INTERVENTO

Sulla base di quanto emerso dalla valutazione e descritto nella relazione clinica, è possibile attuare un intervento sul minore che permetta la piena espressione di sé e la migliore qualità della vita.

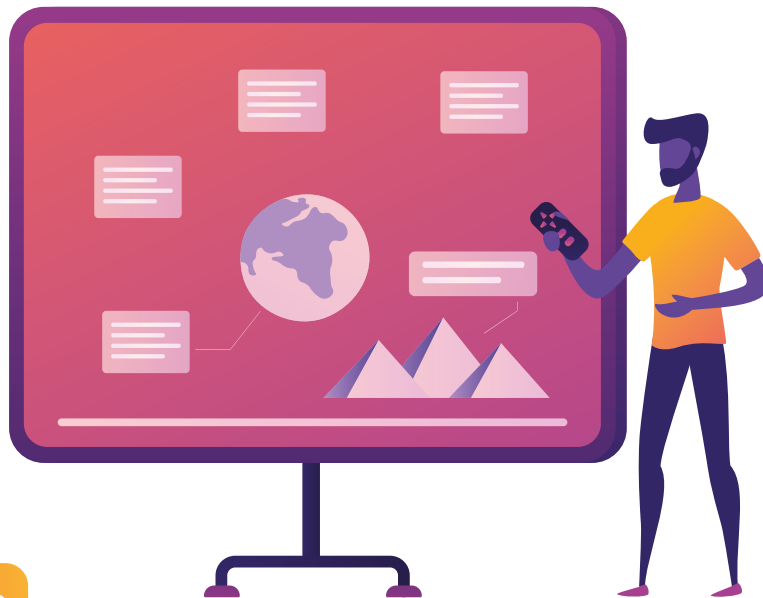
Tra le varie tipologie di intervento, spesso compresenti, si evidenziano:

- **Intervento di riabilitazione** di uno o più processi cognitivi deficitari o con funzionamento atipico (es. linguaggio, attenzione, motricità, etc.).
- **Intervento psico-educativo e/o psicologico-psicoterapeutico** per supportare lo sviluppo del minore nei vari contesti di vita.

L'intervento è adeguato se prende in considerazione alcuni aspetti:

- **evidence based** (efficacia comprovata scientificamente);
- **generalizzabilità** (la generalizzazione degli effetti in più contesti e situazioni);
- **replicabilità** (adottare una specifica metodologia su casi singoli);
- **integrazione tra interventi più specifici e globali.**

È fondamentale, nella presa in carico del minore, coinvolgere le figure di riferimento del suo ambiente di vita (famiglia, scuola, attività ludico-sportive, etc.).



Sommario

PREMESSA

PAG. 2

INTRODUZIONE

PAG. 3

ABC DELLO PSICOLOGO

PAG. 4

PERCORSO CLINICO
IN ETÀ EVOLUTIVA

PAG. 5

ASPETTI
DEONTOLOGICI

PAG. 6

SCUOLA E DISTURBO
DEL NEUROSVILUPPO

PAG. 14

PSICOLOGO TUTOR
DELL'APPRENDIMENTO

PAG. 17

Scuola e disturbi del neurosviluppo

I bambini/ragazzi con disturbi del Neurosviluppo e altre condizioni di funzionamento atipico e/o psicopatologico vivono quotidianamente nel contesto scolastico.

In questo ambito è opportuno che vengano messe in campo **strategie e modalità educative, didattiche e relazionali** per favorire e sostenere lo sviluppo e la qualità di vita di ogni alunno/a.

1. DIRETTIVA SUI BES

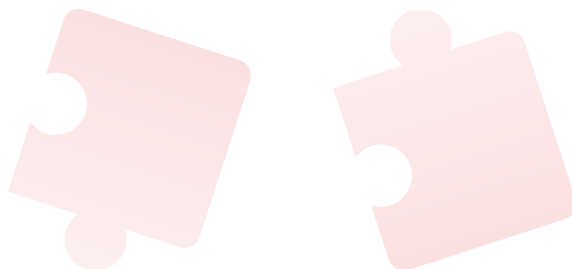
La Direttiva Ministeriale del 27/12/2012 ha introdotto il termine Bisogni Educativi Speciali.

I **Bisogni Educativi Speciali (BES)** sono quelle particolari esigenze educative che possono manifestare gli alunni, anche solo per determinati periodi, «per motivi fisici, biologici, fisiologici o anche per motivi psicologici, sociali, rispetto ai quali è necessario che le scuole offrano adeguata e personalizzata risposta».

Questa Direttiva suddivide i **BES** in tre categorie:

- **Disabilità**, che comprende i casi tutelati dalla L.104/92 e per cui viene redatto PEI (Piano Educativo Individualizzato).
- **Disturbi evolutivi**, tra cui quelli evolutivi specifici, che comprendono i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), tutelati dalla L.170/2010 e per cui è necessario compilare Piano Didattico Personalizzato, PDP) e i Disturbi del Linguaggio (DL) e altri, come il Funzionamento Intellettivo Limite (FIL), detti anche Borderline Cognitivi, il Disturbo di Coordinazione Motoria (DCD o DCM) e il Disturbo da Deficit di Attenzione e/o Iperattività (ADHD o DDAI).
- **Svantaggio socioeconomico, linguistico, culturale.**

In ambito clinico esistono anche **altri disturbi o situazioni non menzionati specificamente dalla Direttiva**, come i disturbi dell'apprendimento non specifici, i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, gli alunni ad alto potenziale intellettivo o con talenti particolarmente elevati ("gifted"), **che possono essere compresi tra i BES.**



2. IL RUOLO DELLA SCUOLA CON GLI ALUNNI CON BES

La scuola, tramite il consiglio di classe o il team dei docenti, decide quali misure attuare e come formalizzarle, in seguito a considerazioni di carattere pedagogico e didattico e/o, se è presente una relazione clinica, dopo aver visionato le indicazioni suggerite.

• Alunni con disabilità

La legge 104/1992 e DPR 24/2/94 stabilisce la stesura del Piano Educativo Individualizzato (PEI). Per la sua stesura è necessario attenersi a quanto riportato dal DL n. 66/2017 e sono coinvolte sia la scuola sia i servizi socio-sanitari che seguono il minore, così come la famiglia.

• Alunni con DSAP

La legge 170/2010 (art.5) prevede, tra i diritti, l'attuazione degli strumenti compensativi e delle misure dispensative e la stesura di un Piano Didattico Personalizzato, PDP (Linee Guida allegate al DM 5669 del 12/7/2011).

• Alunni con altri BES

Secondo la Direttiva Ministeriale del 27/12/2012, sono previste misure di intervento (Piano Didattico Personalizzato, PDP, strumenti compensativi, misure dispensative, etc.).

Ogni istituto scolastico autonomamente può decidere di attivare un PDP nel caso o di altri disturbi evolutivi o di svantaggio, sulla base di motivazioni psicopedagogiche e/o didattiche ben specificate.

In presenza di difficoltà di apprendimento, la scuola deve farsi carico di personalizzare il percorso di studi indipendentemente dalla sua formalizzazione.

La redazione del PDP per alunni con DSAP o altri BES è di competenza della scuola, ossia dei docenti del team di classe (scuola primaria) o del consiglio di classe (scuola secondaria).

È prevista la collaborazione della famiglia, come indicato nelle *“Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento”* allegate al DM 5669 del 12/7/2011.

Se la famiglia è seguita da un clinico, psicologo o altra figura sanitaria, può richiedere al medesimo un supporto riguardo alla stesura del PDP.

Da Quaderni CNOP 2021

► <https://bit.ly/3Uv7CdV>

3. OSSERVAZIONE E SEGNALAZIONE A SCUOLA

La scuola è un luogo privilegiato in cui poter osservare i minori al di fuori dall'ambiente familiare. Gli insegnanti così come lo psicologo che lavora in ambito scolastico possono rilevare alcune difficoltà persistenti nel tempo e decidere che sia opportuno comunicarle a chi detiene la responsabilità genitoriale.



Allo stato attuale, si rileva che:

- In alcuni plessi scolastici, è il **coordinatore di classe, in accordo con il Dirigente Scolastico (DS), che comunica verbalmente ai genitori**, come referente del team docente/consiglio di classe, **la possibilità o l'opportunità di procedere con un'osservazione specialistica.**
- In altri plessi, il **team docente/consiglio di classe, con il supporto del DS, compila un modulo specifico di segnalazione** della presenza di problematiche, **indirizzato alla famiglia** e, in alcuni casi, anche al pediatra.

Nel caso in cui sia lo psicologo che lavora in ambiente scolastico ad osservare nel contesto classe o durante altre attività la **presenza di alcune criticità nell'alunno**, è buona prassi **confrontarsi con DS e insegnanti e verificare se procedere con una segnalazione.**

Successivamente alla segnalazione, chi detiene la responsabilità genitoriale può:

- **Procedere con un'osservazione specialistica**

L'iter osservativo e/o valutativo potrà essere svolto presso:

- il servizio sanitario territoriale (ASL) o strutture sanitarie private accreditate dalla Regione di appartenenza, con l'impegnativa da parte del pediatra medico di base e prenotare tramite CUP;
- centri/studi privati, contattando direttamente lo specialista.

- **Non proseguire con un'osservazione specialistica**

Il team docente/consiglio di classe procede con la normale attività didattica e può:

- attuare delle metodologie didattico-pedagogiche più appropriate, al di là della loro formalizzazione;
- se permane o diventa più critica, riferire nuovamente la problematica osservata e procedere con una nuova segnalazione da condividere con chi detiene la responsabilità genitoriale.

Sommario

PREMESSA

PAG. 2

INTRODUZIONE

PAG. 3

ABC DELLO PSICOLOGO

PAG. 4

PERCORSO CLINICO
IN ETÀ EVOLUTIVA

PAG. 5

ASPETTI
DEONTOLOGICI

PAG. 6

VALUTAZIONE,
RELAZIONE E PRESA
IN CARICO

PAG. 9

PSICOLOGO TUTOR
DELL'APPRENDIMENTO

PAG. 17

Psicologo tutor dell'apprendimento: riflessioni e prospettive

Il **tutor dell'apprendimento** è una figura relativamente recente diffusa nel panorama nazionale.

Ad oggi non è presente un iter formativo specifico e normato. Si possono, quindi, trovare tutor con formazioni e competenze diverse.

Lo **psicologo** possiede delle competenze specialistiche fra cui la capacità di ascolto, di instaurare una relazione supportiva e accogliente, di sostenere la motivazione all'interno di un percorso di crescita personale e, nello svolgere l'attività di tutor dell'apprendimento, non fa ripetizione, ma si propone soprattutto di:

- **Conoscere il profilo di funzionamento globale**, individuando sia le criticità manifeste e non, che si dispiegano nell'apprendimento e nell'assetto globale, sia le abilità e punti di forza da potenziare.
- **Sostenere il minore in modo strategico e programmato** nello svolgimento dei compiti con l'obiettivo di raggiungere la maggior autonomia possibile all'interno di una relazione di fiducia e di supporto alla sua crescita.
- **Programmare l'acquisizione e il potenziamento di competenze**, attraverso la proposta e la sperimentazione di strategie e strumenti specifici e la motivazione all'uso degli stessi.
- **Promuovere un approccio consapevole allo studio** che consenta al minore di individuare i suoi punti di forza, le criticità nello studio e gli strumenti più adeguati per farvi fronte, utilizzando strategie in maniera flessibile e personale.
- **Confrontarsi**, quando è opportuno, con le altre figure professionali che ruotano attorno al minore per avere un ruolo di «ponte» tra scuola e famiglia.

Nel caso dello **psicologo che fa il tutor dell'apprendimento**, oltre alla laurea e all'abilitazione, si suggerisce una formazione specifica su:

- funzionamento dei bambini/ragazzi con Disturbi del Neurosviluppo e altre atipie;
- tipologie di interventi di supporto agli apprendimenti (es. strumenti compensativi, attività di potenziamento, intervento metacognitivo e psico-educativo etc.).



Il tutoring dell'apprendimento svolto dallo psicologo non è ancora un settore definito e condiviso in modo univoco all'interno della nostra comunità professionale.

Questa **riflessione** ha l'obiettivo di **aprire un dialogo su tale tematica**, partendo dalla tutela delle attività professionali specifiche dello psicologo, anche nel ruolo di tutor dell'apprendimento.

SITOGRAFIA

Consultare l'allegato A del presente vademecum



Sommario

PREMESSA

PAG. 2

INTRODUZIONE

PAG. 3

ABC DELLO PSICOLOGO

PAG. 4

PERCORSO CLINICO
IN ETÀ EVOLUTIVA

PAG. 5

ASPETTI
DEONTOLOGICI

PAG. 6

VALUTAZIONE,
RELAZIONE E PRESA
IN CARICO

PAG. 9

SCUOLA E DISTURBO
DEL NEUROSVILUPPO

PAG. 14