

Regione Umbria

Assemblea legislativa

**Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione
Sezione Banche dati e Analisi documentale**

Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)

NOTE BREVI

Regione Umbria – Assemblea legislativa
Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione
Dirigente Simonetta Silvestri
Documentazione ad uso interno a cura di Loredana Baglioni e Vania Bozzi
Luglio 2017
Stampa: Centro Stampa Xerox – XGS, presso Assemblea legislativa Regione Umbria

Premessa

La psicologia da sempre si è occupata di studiare i processi di apprendimento, mentre l'interesse per i disturbi dell'apprendimento risulta essere più recente in Italia, dove è aumentato specie dopo la promulgazione della **Legge 170 del 2010**, concernente le "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico".

La legge riconosce per la prima volta la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia quali **Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)** che si manifestano «*in presenza di capacità cognitive adeguate, in assenza di patologie neurologiche e di deficit sensoriali, ma possono costituire una limitazione importante per alcune attività della vita quotidiana*» (art.1).

L'area dello svantaggio scolastico è però molto più ampia di quella riferibile ai DSA: in una classe ci possono essere alunni che presentano una richiesta di speciale attenzione per una varietà di ragioni: la promulgazione di direttive e di circolari ministeriali ha avuto il merito di attirare l'attenzione anche su questi disturbi del neurosviluppo e sulle conseguenti difficoltà scolastiche.

In particolare, la **Direttiva MIUR del 27 dicembre 2012** recante "Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica" **amplia, rispetto ai DSA, l'area delle problematiche prese in considerazione**, ricomprendendovi i deficit del linguaggio, delle abilità non verbali, della coordinazione motoria, dell'attenzione e dell'iperattività, nonché il funzionamento intellettuale limite, e introducendo il tema dello svantaggio socioeconomico, linguistico e culturale.

Viene in tal modo esteso a tutti gli studenti in difficoltà il diritto alla personalizzazione dell'apprendimento enunciato dalla Legge 53/2003, e le diverse problematiche di apprendimento sono ricomprese nell'area dello "svantaggio scolastico", definita come area dei **Bisogni Educativi Speciali (BES)**,¹ e suddivisa in tre grandi sotto-categorie:

1. **Disabilità:** vi rientrano gli alunni con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92. Solo in questo caso è prevista la presenza del docente di sostegno, per un numero di ore commisurato al bisogno.
2. **Disturbi specifici di apprendimento e/o disturbi evolutivi specifici:** riguarda i DSA diagnosticati ai sensi della L. 170/10, ma anche i deficit del linguaggio, delle abilità non verbali, della coordinazione motoria, dell'attenzione e dell'iperattività (ADHD).
3. **Svantaggio socioeconomico, linguistico o culturale.**

Il ricorso ad un Piano Didattico Personalizzato (PDP) e l'utilizzo di strumenti compensativi e di misure dispensative che possano garantire il successo scolastico degli allievi è obbligatorio solo per gli alunni con DSA, mentre è compito dei Consigli di classe, o dei team dei docenti nelle scuole primarie, indicare in quali altri casi sia opportuna e necessaria l'adozione di una personalizzazione della didattica, nella prospettiva di una presa in carico globale ed inclusiva di tutti gli alunni (nota ministeriale n. 2563/13).

I Bisogni Educativi Speciali (BES) sono dunque quelle particolari esigenze educative che possono manifestare gli studenti, 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*». **A tutte queste tipologie la Direttiva estende i benefici della L. 170/10, cioè le misure compensative e dispensative.**

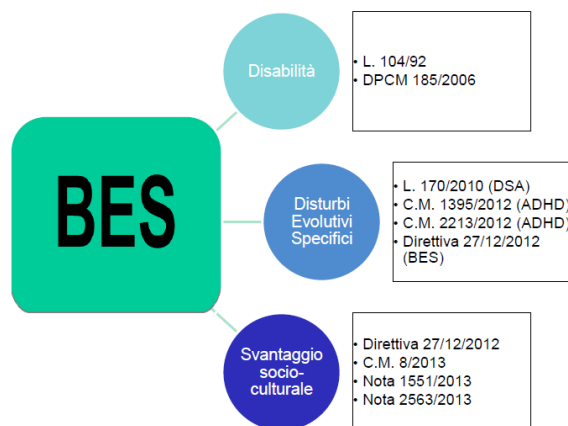
Nella direttiva si fa presente che l'identificazione degli alunni con disabilità non avviene esclusivamente sulla base dell'eventuale certificazione, ma è possibile far riferimento al modello diagnostico ICF (International Classification of Functioning) per individuare i Bisogni Educativi Speciali (BES) degli alunni.

In ultima analisi, al di là delle sottocategorie sopra esposte, alcune tipologie di disturbi, non esplicitati nella legge 170/2010, danno diritto ad usufruire delle stesse misure ivi previste, in quanto presentano problematiche specifiche in presenza di competenze intellettive nella norma.

¹ Il concetto di BES (special educational needs) viene introdotto nel 1978, in Gran Bretagna, nel Rapporto Warnock, con l'intento di superare la distinzione tra alunni «handicappati» e alunni «non handicappati», indicando la maggior complessità di un approccio che consideri non solo la menomazione ma soprattutto le potenzialità positive.

Con la Dichiarazione di Salamanca sui principi, le politiche e le pratiche in materia di educazione e di esigenze educative speciali (U.N.E.S.C.O. 1994), il concetto di BES viene assunto come definizione a livello internazionale, per indicare quell'ambito educativo che ricomprende la disabilità, le difficoltà di apprendimento e lo svantaggio.

Non è compito della scuola certificare gli alunni con bisogni educativi speciali, ma individuare quelli per i quali è opportuna e necessaria l'adozione di particolari strategie didattiche (MIUR, Nota 2563/2013 "Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali. A.S. 2013/2014. Chiarimenti").



Per perseguire tale politica di inclusione il Gruppo di lavoro interistituzionale regionale (GLIR), di cui all'art. 15 della legge n. 104/92 come sostituito dall'art. 9, comma 1, D.Lgs. 13 aprile 2017, n. 66², diventa **Gruppo per l'inclusione scolastica**, i cui compiti si estendono alle problematiche relative a tutti i BES, con il compito tra l'altro di supportare il collegio docenti nell'elaborazione e nella realizzazione del Piano per l'Inclusione scolastica.

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

Il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività è un disordine dello sviluppo neuropsichico del bambino e dell'adolescente; ha una causa neurobiologica ed è caratterizzato, secondo i criteri del Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, dalla presenza di sintomi di disattenzione, impulsività/iperattività, riconducibili a difficoltà nell'autocontrollo e nelle capacità di pianificazione e non attribuibili ad un deficit dell'intelligenza.

L'**ADHD rientra nella seconda sottocategoria dei BES** (paragrafo 1.3 della Direttiva del 2012), si può riscontrare spesso associato ad un DSA o ad altre problematiche (comorbidità), ha una causa neurobiologica e genera difficoltà di pianificazione, di apprendimento e di socializzazione con i coetanei.

Nello specifico, il DSM-IV distingue tre forme cliniche: inattentiva, iperattiva, combinata. Nel corso dello sviluppo, lo stesso soggetto può evolvere da una categoria all'altra, manifestando nelle varie fasi d'età le tre differenti dimensioni psicopatologiche in modo variabile. La disattenzione, l'iperattività e l'impulsività sono i sintomi chiave di questa sindrome e devono essere presenti per almeno 6 mesi ed aver fatto la loro comparsa prima dell'età di 7 anni.

La prevalenza del disturbo varia a seconda del contesto e degli strumenti diagnostici utilizzati. In Italia la prevalenza nella popolazione scolastica è stimata all'**1%**, cioè quasi **80.000 alunni** (fonte I.S.S). **Per questi studenti, se vi è anche la certificazione di disabilità, scatta il diritto al sostegno, se invece manca tale certificazione, hanno comunque diritto ad avere le garanzie della L. 170/10.**

In considerazione della sempre maggiore e segnalata presenza nelle scuole di alunni con diagnosi di ADHD, si propongono indicazioni e accorgimenti didattici volti ad agevolarne il percorso scolastico.

² D.Lgs. 13-4-2017 n. 66, Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107. Il decreto recepisce la delega conferita dalla L. 13 luglio 2015, n. 107 in materia di promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità e riconoscimento delle differenti modalità di comunicazione.

Varie circolari del Ministero dell'Istruzione e della Ricerca si sono occupate dell'ADHD:

C.M. del 4/10/2008	<p align="center">Uso psicofarmaci per bambini affetti da sindrome da deficit di attenzione e iperattività</p> <p>Si raccomanda l'accertamento della presenza dell'ADHD; gli eventuali interventi debbono avvenire all'interno di strutture sanitarie pubbliche e sotto lo stretto controllo di operatori sanitari qualificati su precisa richiesta delle famiglie, spettando all'istituzione scolastica unicamente la segnalazione di comportamenti anomali o disturbanti durante l'orario delle lezioni. La somministrazione dei farmaci a scuola dovrà avvenire secondo le indicazioni contenute nelle Raccomandazioni predisposte dal Ministero della P.I. d'intesa con il Ministero della Salute in data 25.11.2005.</p>
C.M. 1/04/2009	<p align="center">Bambini affetti da sindrome ADHD - Sindrome da deficit di attenzione/iperattività - Indicazioni organizzative</p> <p>Si precisa che la somministrazione di questionari funzionali alla diagnosi di tale patologia, distribuiti dalle strutture sanitarie pubbliche specializzate, è pienamente legittima ed è parte ineludibile di tale percorso sanitario; conseguentemente, deve trovare il consenso e la collaborazione da parte degli insegnanti e dei responsabili delle istituzioni scolastiche.</p>
C.M. del 4/12/2009	<p align="center">Problematiche collegate alla presenza nelle classi di alunni affetti da sindrome ADHD</p> <p>Oltre a richiamare quanto già precisato nel protocollo diagnostico e terapeutico della sindrome da iperattività e deficit di attenzione redatto dall'Istituto Superiore di Sanità, si sottolinea in particolare che il coinvolgimento degli insegnanti fa parte integrante ed essenziale di un percorso terapeutico per il trattamento dei casi diagnosticati ADHD all'interno della procedura di consulenza sistematica con i centri di diagnosi e cura presenti in ogni area regionale.</p>
C.M. del 15/06/2010	<p align="center">Disturbo a Deficit di Attenzione e Iperattività</p> <p>Si propongono indicazioni e accorgimenti didattici volti ad agevolare il percorso scolastico degli alunni e in particolare si ritiene opportuno che tutti i docenti predispongano l'ambiente nel quale inserire lo studente con ADHD in modo tale da ridurre al minimo le fonti di distrazione e prevedano l'utilizzo di tecniche educative di documentata efficacia (es. aiuti visivi) introducendo routine, tempi di lavoro brevi o con piccole pause, gratificazioni immediate.</p>
C.M. 17/11/2010	<p align="center">Sintomatologia dell'ADHD in età prescolare. Continuità tra scuola dell'infanzia e scuola primaria</p> <p>Si suggerisce l'utilizzo, da parte dell'insegnante della scuola d'infanzia, di una check list, costituita da una serie di items comportamentali, per una tempestiva azione preventiva dell'ADHD.</p>
C.M. 20/3/2012	<p align="center">Piano didattico personalizzato per alunni con ADHD</p> <p>Si richiama l'opportunità, per gli operatori scolastici che si trovino ad affrontare le problematiche derivanti dalla presenza nelle classi di alunni con ADHD, di redigere un Documento Personalizzato per gli alunni affetti da tale disturbo, così come previsto per i casi di DSA.</p>
C.M. 19/04/2012	<p align="center">Piano didattico personalizzato per alunni e studenti con Sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività</p> <p>Si precisa che per gli alunni con ADHD, certificati ai sensi della legge 104/1992, vanno seguite le procedure indicate nella legge stessa, con particolare riguardo alla redazione del Piano Educativo Individualizzato (PEI).</p>
C.M. 27/12/2012	<p align="center">Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica</p> <p>Si sottolinea che tutti gli alunni possono manifestare Bisogni Educativi Speciali, cui occorre dare una risposta personalizzata. Il percorso migliore per la presa in carico del bambino/ragazzo con ADHD prevede una sinergia fra famiglia, scuola e clinica. In alcuni casi il quadro clinico particolarmente grave richiede l'assegnazione dell'insegnante di sostegno, come previsto dalla legge 104/92. Tuttavia, vi sono moltissimi ragazzi con ADHD che, in ragione della minor gravità del disturbo, non ottengono la certificazione di disabilità, ma hanno pari diritto a veder tutelato il loro successo formativo. Vi è quindi la necessità di estendere a tutti gli alunni con bisogni educativi speciali le misure previste dalla Legge 170/10.</p>
C.M. 6/3/2013	<p align="center">Circolare ministeriale sui Bisogni Educativi Speciali. Indicazioni operative</p> <p>La Direttiva ridefinisce e completa il tradizionale approccio all'integrazione scolastica, basato sulla certificazione della disabilità, estendendo il campo di intervento e di responsabilità di tutta la comunità educante all'intera area dei Bisogni Educativi Speciali (BES), comprendente: "svantaggio sociale e culturale, disturbi specifici di apprendimento e/o disturbi evolutivi specifici, difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse".</p>

Registro nazionale dell'ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder): dati dal 2007 al 2016. Rapporti ISTISAN 16/37

Il Registro nazionale dell'ADHD rappresenta un importante strumento di sanità pubblica, creato per garantire al cittadino l'accesso a cure efficaci e sicure, oltre ad essere un'importante fonte di rilevazione dell'incidenza di tale disturbo dal 2007, anno in cui è stata attivata la farmacovigilanza, fino al 2016.

L'autorizzazione all'immissione in commercio in Italia dell'MPH (metilfenidato) e dell'ATX (atomoxetina), ha reso infatti necessario il monitoraggio dell'uso di queste sostanze nella popolazione in età evolutiva affetta da ADHD.

La diagnosi si basa sui criteri del "Manuale di diagnostica e statistica dei disordini mentali" IV revisione e, solo in Emilia Romagna, sui criteri dell'ICD-10 (International classification of Diseases, 10° revision).

Ad aprile 2016 risultavano iscritti nel Registro 3.696 pazienti, con una età media di 10,7 anni, di cui l'88,5% maschi. Dei 3696 soggetti arruolati, 2675 (72,4%) sono stati trattati con MPH e 1021 (27,6%) con ATX.

Tabella 1. Distribuzione dei bambini e adolescenti per età e genere (Registro ADHD, 2007-2016)

Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale
	n.	%	n.	%	n.
6-7 anni	683	88,9	85	11,1	768
8-9 anni	847	87,2	124	12,8	971
10-13 anni	1256	88,9	157	11,1	1413
14-17 anni	485	89,2	59	10,8	544
Totale	3271	88,5	425	11,5	3696

I valori di prevalenza dell'ADHD desunti dalla letteratura internazionale si attestano intorno al 5,29%. Gli studi condotti in Italia mostrano prevalenze oscillanti tra lo 0, 4% e il 3,6%.

Assumendo il valore più basso questa patologia riguarderebbe **30.000 bambini e adolescenti**, di ogni livello di gravità.

Tabella 2. Distribuzione dei soggetti ADHD in età evolutiva notificati per Regione (Registro ADHD, 2007-2016)

Regione	Pazienti
Veneto	673
Toscana	381
Lombardia	374
Piemonte	326
Lazio	301
Trentino-Alto Adige	226
Friuli-Venezia Giulia	210
Sicilia	202
Sardegna	194
Marche	143
Puglia	140
Emilia-Romagna	125
Campania	121
Umbria	83
Liguria	71
Calabria	61
Abruzzo	46
Valle d'Aosta	8
Molise	6
Basilicata	5

Utilizzando la rete dei Centri di riferimento del Registro è stato possibile per l'ISS stimare la **prevalenza** della sindrome nella popolazione italiana compresa tra 6 e 18 anni **poco superiore all'1%**, sensibilmente inferiore a quella stimata in altri paesi (ad es. il 6% negli Stati Uniti).

Veneto, Toscana, Lombardia, Piemonte e Lazio hanno il maggior numero di casi di ADHD: questa concentrazione è dovuta sia alla maggior rappresentatività e presenza di Centri di neuropsichiatria in queste regioni, sia all'effetto migratorio di bambini e adolescenti dalle regioni limitrofe.

Si riscontra un'ampia variabilità a seconda del contesto geografico utilizzato: la scuola nei casi di Firenze e Perugia; i Servizi pediatrici e di salute mentale per quanto concerne Torino, Roma, Cesena e la Regione Friuli Venezia Giulia.

Tabella 10. Prevalenza dei soggetti ADHD in età evolutiva in Italia in contesti differenti

Luogo	Contesto	Anno	Casi/Popolazione	Età (anni)	Prevalenza %
Firenze e Perugia	Scuola	1993	9/250	6-12	3,6
Torino	Pediatria di famiglia	1998	1.203/47.781	6-14	2,52
Regione Friuli-Venezia Giulia	Servizi pediatrici e di salute Mentale	2002	280/64.800	0-14	0,43
Roma	Pediatri di famiglia	1999-2003	35/3.305	6-15	1,06
Cesena	Servizio di salute mentale	2003	131/11.980	7-14	1,1

L'Umbria si colloca al 14° posto con 83 pazienti iscritti (74 maschi e 9 femmine), di cui il 68,7% in cura con MPX, e il 31,3% con ATX.

Umbria

Pazienti notificati per età e sesso

Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
6-7 anni	11	75,0	4	25,0	15	100,0
8-9 anni	20	90,9	2	9,1	22	100,0
10-13 anni	35	94,6	2	5,4	37	100,0
14-17 anni	8	88,9	1	11,1	9	100,0
Totale	74	89,3	9	10,7	83	100,0

Pazienti per età e terapia prescritta

Classe d'età	ATX		MPH		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
6-7 anni	3	18,8	13	81,3	16	100,0
8-9 anni	6	28,6	15	71,4	21	100,0
10-13 anni	12	32,4	25	67,6	37	100,0
14-17 anni	5	55,6	4	44,4	9	100,0
Totale	26	31,3	57	68,7	83	100,0

Si riportano le conclusioni del Rapporto Istisan sull'ADHD: «*In un periodo in cui le risorse umane, strutturali ed economiche sono limitate, il Registro Nazionale dell'ADHD ha avuto il merito di promuovere con forza una discussione pragmatica tra i diversi stakeholder, istituzioni (Ministero della Salute, AIFA, ISS e Regioni), specialisti, ricercatori ed associazioni dei pazienti, al fine di definire percorsi che garantiscano livelli essenziali di assistenza omogenei su tutto il territorio nazionale, equità, buona pratica clinica, sostenibilità di questo modello assistenziale. Tuttavia, il registro non ha avuto la forza di promuovere l'aggregazione di una rete di soggetti e istituzioni che si facciano carico globalmente della gestione del paziente affetto da ADHD: la mancanza di un tessuto connettivo tra centri, servizi territoriali, scuola, famiglie ha avuto anche ricadute sull'erogazione delle prestazioni ed in particolare di quelle non farmacologiche*».

A queste carenze del Registro, sottolineate nel rapporto dell'Istituto superiore di sanità, in quasi tutte le regioni si somma la carenza cronica di personale sanitario di vario livello e qualifica che aggrava, in molte realtà territoriali, la difficoltà nell'accesso ai trattamenti non farmacologici. «*Tutto ciò genera diseguaglianza tra chi può permettersi di pagare il terapeuta privato e chi non può pagarsi questo "lusso". È necessario, pertanto, attuare quelle manovre correttive che garantiscano equità e sostenibilità del modello assistenziale*».

Situazione della legislazione regionale

Non sono ad oggi state emanate leggi regionali sul tema dei BES. Ciò è sicuramente imputabile all'approccio settoriale che, fino all'emanazione della direttiva del 2012 è stato dato al tema dei disturbi dell'apprendimento, e che aveva portato all'emanazione, nel 2010, della legge 170.

A seguito della legge sui DSA, dieci Regioni hanno emanato una propria normativa in materia (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Puglia, Valle D'Aosta, Veneto), mentre la sindrome ADHD è stata oggetto di alcuni atti amministrativi relativi alle competenze e ai requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Basilicata, Emilia Romagna, Lombardia), all'identificazione dei centri di riferimento per la diagnosi e la predisposizione del piano terapeutico (Umbria, Veneto), alla definizione di modelli di assistenza all'interno dei Piani sanitari (Campania, Lazio, Piemonte, Umbria), alla realizzazione degli obiettivi del PSN per gli anni 2013/2014 (Marche, Piemonte, Trentino), all'individuazione di percorsi per l'integrazione scolastica (Emilia Romagna, Toscana), al divieto dei test ADHD nelle scuole a tutela dei bambini dall'abuso di sostanze psicofarmacologiche (Piemonte, Toscana), al trattamento con preparati galenici derivati da Cannabis per fini terapeutici (Puglia).

Tutti gli interventi regionali in materia di ADHD, BES e DSA sono riportati sinteticamente nella tabella in appendice.

Solo in una Regione, la **Calabria**, è stata presentata il 19 maggio 2016 una **proposta di legge sui Bisogni Educativi Speciali**, in applicazione della Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 emanata dal MIUR.

La **PDL "Strumenti d'intervento per gli alunni con bisogni educativi speciali ed organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica"**, di iniziativa del Consigliere Francesco Cannizaro, si pone l'obiettivo dell'individuazione precoce degli alunni con BES e di realizzare una maggiore sinergia tra la Regione, le Istituzioni scolastiche e sanitarie (pubbliche e private), le agenzie educative presenti sul territorio e le famiglie, prevedendo:

- l'individuazione e la somministrazione di checklist su impianto ICF negli istituti scolastici, a partire dalla scuola d'infanzia;
- la creazione di una Banca dati dei soggetti con BES;
- la formazione dei docenti per la stesura del Piano didattico personalizzato su impianto ICF;
- l'attività di sensibilizzazione e informazione dei genitori;
- l'inserimento della figura del Pedagogista clinico, determinante per la formazione dei docenti e la pianificazione dei piani di studio personalizzati;
- la creazione di una Rete di intervento sui BES tra gli organi competenti di Regione, Ambiti territoriali scolastici, Servizi UONPIA (Unità operative N.P.I e dell'adolescenza), Istituzioni scolastiche, Associazione nazionale Pedagogisti clinici;
- l'utilizzo di un protocollo di intesa tra scuola e servizi territoriali per concretizzare le disposizioni legislative.

L'idea sottesa alla definizione dei BES, fondata sul funzionamento globale della persona, al centro delle più recenti circolari del MIUR in materia di inclusione scolastica, ha dunque portato, con questa proposta, al superamento delle categorie diagnostiche tradizionali nella fase di riconoscimento di una situazione in cui l'alunno ha diritto ad un intervento individualizzato, traducendosi in un bisogno di specialità, del quale si sottolinea l'ampiezza rispetto ai DSA.

Si segnala a riguardo anche la Regione Piemonte che, con Delibera di Giunta del 17 marzo 2014, ha dato atto delle Esigenze Educative Speciali individuate ai sensi della normativa del MIUR, che rappresentano condizioni di salute a rilevanza sanitaria, per le quali i servizi sanitari, su richiesta della famiglia, possono accertarne la diagnosi e certificarla per favorire l'inclusione nel percorso scolastico.

Appendice 1 – Tabella Interventi regionali in materia di ADHD, BES e DSA

Regione	Inteventi in materia di ADHD , BES e DSA
Abruzzo	<p>DSA: L.R. 5-10-2015, n. 24, Disposizioni in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento (DSA). La legge detta norme, in materia di interventi in favore di soggetti affetti da DSA, volte a creare una importante sinergia tra la Regione, le istituzioni scolastiche e sanitarie, pubbliche e private e le famiglie. Viene definito il percorso diagnostico conformemente a quanto stabilito all'articolo 1 dell'Accordo 25 luglio 2012, n. 140, tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano su "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici di apprendimento". Possono essere concessi specifici contributi alle scuole per favorire l'acquisto di strumenti informatici volti a facilitare i percorsi didattici degli alunni.</p>
Basilicata	<p>ADHD: Delib.G.R. 27-7-2004, n. 1830, Direttiva vincolante per la realizzazione del Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria per l'età evolutiva Tra i dati epidemiologici è riportato che: «Numerosi sono, inoltre, i disturbi di sviluppo quali la dislessia (5%), i disturbi di linguaggio, il deficit d'attenzione, iperattività, ecc.</p> <p>DSA: L.R. 12-11-2007, n. 20, Interventi in favore dei soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento. La Regione Basilicata, nell'ambito della sua programmazione sul diritto allo studio, destina ogni anno specifici contributi agli Enti Locali, che abbiano segnalato la presenza di soggetti con diagnosi accertata, onde favorire l'acquisto nelle scuole di strumenti informatici. A tutti i soggetti affetti da disturbi specifici di apprendimento (DSA) nelle prove scritte dei concorsi pubblici indetti dalla Regione e dai suoi enti strumentali deve essere assicurata la possibilità di sostituire tali prove con un colloquio orale o di utilizzare strumenti compensativi per le difficoltà di lettura, di scrittura e di calcolo, ovvero di usufruire di un prolungamento dei tempi stabiliti per l'espletamento delle medesime prove. Il Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria coordina la propria azione con le famiglie, le istituzioni scolastiche e le associazioni interessate. È prevista una clausola valutativa.</p>
Calabria	<p>DSA: L.R. 11-4-2012 n. 10, Disposizioni in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento Sono previsti interventi per la formazione e l'aggiornamento del personale del Servizio sanitario regionale e del personale docente e dirigente delle scuole di ogni ordine e grado, comprese le scuole dell'infanzia. La diagnosi di DSA è effettuata in forma multidisciplinare nell'ambito dei trattamenti specialistici già assicurati dal Servizio sanitario regionale ed è comunicata alla famiglia e alla scuola di appartenenza dello studente. La Regione concede, annualmente, specifici contributi ai comuni capofila dei Distretti sociali nell'ambito dei Piani di zona, per l'attuazione di progetti innovativi volti alla rilevazione dei casi di sospetto DSA, per il monitoraggio degli interventi, la realizzazione dell'autonomia, il potenziamento delle abilità, la riabilitazione delle persone con diagnosi accertata, tenendo conto delle fasce sociali svantaggiate. A tutti i soggetti affetti da DSA, nelle prove scritte dei concorsi pubblici indetti dalla Regione Calabria e dai suoi enti strumentali è assicurata la possibilità di sostituire tali prove con un colloquio orale o di utilizzare strumenti compensativi per le difficoltà di lettura, di scrittura e di calcolo, ovvero di usufruire di un prolungamento dei tempi stabiliti per l'espletamento delle medesime prove.</p> <p>BES: Proposta di legge, Strumenti di intervento per gli alunni con Bisogni Educativi Speciali ed organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica. In applicazione della Direttiva ministeriale 27 dicembre 2012 del MIUR la Regione riconosce i Bisogni Educativi Speciali come l'area dello svantaggio scolastico più ampia di quella riferibile esplicitamente alla presenza di deficit.</p>
Campania	<p>ADHD: Decreto del 01-10-2014, n. 105, Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96. Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013. Linea Progettuale 15: Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione di centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali.</p>
Emilia Romagna	<p>ADHD – DSA: Delib.G.R. 11-1-2010, n. 1, Percorso per l'accertamento di disabilità e certificazione per l'integrazione scolastica di minorenni in Emilia-Romagna. Un Protocollo di Intenti fra la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e l'Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna, è volto a condividere le modalità attuative per la certificazione e l'integrazione scolastica di handicap (con particolare attenzione alle situazioni che richiedono una diversa strutturazione della didattica, es. Autismo, ADHD) e per la definizione comune di un "percorso di segnalazione dei DSA".</p> <p>ADHD: Delib.G.R. 25-6-2007, n. 911, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA): requisiti specifici di accreditamento delle strutture e catalogo regionale dei processi clinico-assistenziali. Devono essere definiti specifici protocolli diagnostico-terapeutici per la presa in carico di bambini ed adolescenti affetti da ADHD, con particolare riferimento alla eventuale prescrizione farmacologica, secondo i requisiti richiesti dall'Istituto Superiore di Sanità per il suo monitoraggio.</p>
Lazio	<p>ADHD: Decr.reg. 18-12-2009, n. 87, Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010-2012. Tra gli Indicatori degli interventi per la tutela della salute mentale e la riabilitazione in età evolutiva (TSMREE) si segnalano: - utilizzazione delle linee guida e delle indicazioni tecnico-operative della SINPIA per l'autismo, i disturbi da deficit di attenzione con iperattività (ADHD) e i disturbi specifici di apprendimento (DSA) per la definizione di un modello di intervento che preveda percorsi di cura per patologia e per fasce di età; - realizzazione di protocolli operativi tra operatori dei servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e il Distretto, il DSM e i servizi sociali.</p>
Liguria	<p>DSA: L.R. 15-2-2010, n. 3, Interventi in favore di soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento. Nell'ambito della programmazione regionale nel settore della formazione sono previsti interventi per la formazione e l'aggiornamento del personale del Servizio Sanitario Regionale e del personale docente e dirigente delle scuole di ogni ordine e grado, comprese le scuole dell'infanzia e l'Università. La Regione concede annualmente specifici contributi agli enti locali, che abbiano segnalato la presenza di soggetti affetti da DSA con diagnosi accertata, al fine di favorire l'acquisto nelle scuole di strumenti informatici dotati di videoscrittura con correttore</p>

	<p>ortografico e sintesi vocale e di altri strumenti alternativi, informatici o tecnologici, per facilitare i percorsi didattici degli alunni. A tutti i soggetti affetti da disturbi specifici di apprendimento (DSA) nelle prove scritte dei concorsi pubblici, indetti dalla Regione e dai suoi enti strumentali, è assicurata la possibilità di sostituire tali prove con un colloquio orale o di utilizzare strumenti compensativi per le difficoltà di lettura, di scrittura e di calcolo, ovvero di usufruire di un prolungamento dei tempi stabiliti per l'espletamento delle medesime prove.</p>
Lombardia	<p>ADHD: Delib.G.R. 19-3-2008, n. 8/6861, Linee di indirizzo regionale per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza in attuazione del PSSR 2007-2009. La Società Italiana di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) ha adottato e pubblicato specifiche Linee Guida (approvate nella Conferenza Nazionale di Consenso del 6 marzo 2003 a Cagliari) che servono da riferimento per gli interventi a favore di questa patologia. Ogni intervento è parte di un piano multimodale di trattamento e va adattato alle caratteristiche del soggetto in base all'età, alla gravità dei sintomi, ai disturbi secondari, alle risorse cognitive, alla situazione familiare e sociale. L'intervento farmacologico è indicato quale parte di un piano multimodale di trattamento per minori con forme gravi e invalidanti di ADHD e va sviluppato con un severo e attento monitoraggio clinico nei centri autorizzati.</p> <p>DSA: L.R. 2-2-2010 n. 4, Disposizioni in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento. La Regione adotta entro il 31 luglio di ogni anno il programma delle iniziative, tra cui quelle formative rivolte al personale docente, per fornire adeguati strumenti di individuazione precoce dei DSA e consentire l'adozione di percorsi didattici specifici, nonché il monitoraggio dei DSA. La Regione prevede l'erogazione di contributi alle famiglie, finalizzati all'acquisto di strumenti tecnologici, per facilitare i percorsi didattici degli studenti e favorire lo studio a domicilio dei soggetti con DSA.</p>
Marche	<p>ADHD: Delib.G.R. 28-9-2015, n. 807, Legge 662/96, art. 1 comma 34 e 34-bis. Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014, individuati nell'Accordo del 30 luglio 2015 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. Linea progettuale n. 4 : Reti assistenziali dedicate ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento alimentare, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo di deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza.</p> <p>DSA: L.R. 19-11-2012 n. 32, Interventi in favore delle persone con disturbi specifici di apprendimento (DSA). È istituito il Comitato tecnico scientifico sui DSA, organo consultivo della Regione. La diagnosi di DSA è effettuata, in modo multidisciplinare, nell'ambito degli interventi assicurati dal servizio sanitario nazionale, da strutture pubbliche e private autorizzate e accreditate. Alle persone con disturbi specifici di apprendimento (DSA) nelle prove scritte dei concorsi pubblici indetti dalla Regione e dai suoi enti strumentali è assicurata la possibilità di sostituire tali prove con un colloquio orale o di utilizzare strumenti compensativi per le difficoltà di lettura, di scrittura e di calcolo, oppure di usufruire di un prolungamento dei tempi stabiliti per l'espletamento delle medesime prove: di ciò deve essere data adeguata pubblicità nel bando di concorso.</p>
Molise	<p>DSA: L.R. 8-1-2010 n. 1. Interventi in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento (DSA). La legge detta norme in materia di interventi in favore di soggetti con disturbi specifici di apprendimento (DSA), mirando a creare un'importante catena di congiunzione tra la Regione, le famiglie, il privato sociale e le istituzioni scolastiche e sanitarie, al fine di prevenire la difficoltà, favorire l'apprendimento scolastico ed un'istruzione adeguata ed auspicata, nonché facilitare l'inserimento nel mondo del lavoro. La diagnosi di DSA è effettuata, in modo multidisciplinare, nell'ambito degli interventi già assicurati dal Servizio sanitario nazionale a legislazione vigente, nonché dagli specialisti sanitari neuropsichiatri infantili o psicologi privati, convenzionati e non, purché in conformità alle "Raccomandazioni per la pratica clinica nei disturbi evolutivi specifici di apprendimento" emerse dalla Consensus Conference 2007. Nei concorsi pubblici indetti dalla Regione e dagli Enti da essa dipendenti è prevista la predisposizione di prove personalizzate ed adeguate alle specifiche abilità e difficoltà del concorrente con DSA. In particolare, è assicurata la possibilità di sostituire le prove scritte con un colloquio orale o di utilizzare strumenti compensativi per le difficoltà di lettura, scrittura e calcolo; in alternativa possono essere stabiliti tempi differenti per l'espletamento delle prove. Queste ipotesi devono essere esplicitamente previste nei relativi bandi di concorso.</p>
Piemonte	<p>ADHD: Delib.G.R. 23-11-2015 n. 64-2497, Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 30 luglio 2015, relativo all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2014, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34-bis della L. 23 dicembre 1996, n. 662 e s.m.i. Approvazione delle schede di progetto relative alle risorse vincolate per l'anno 2014 assegnate con Delib.G.R. n. 38/2014 e rendicontazione dei progetti anno 2013. Linea Progettuale 15: Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit di Attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive nell'infanzia e nell'adolescenza mediante l'organizzazione di Centri di Riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali. Relativamente all'ADHD in età evolutiva, è stata avviata la revisione della Rete Regionale per il disturbo dell'ADHD prevista dalla Delib.G.R. 4-8716 del 5 maggio 2008 che ha individuato i centri specialistici regionali abilitati al rilascio del piano terapeutico per metilfenidato e atomoxetina, nonché alla diagnosi e cura di questa patologia. È stata predisposta la Delib.G.R. n. 20-7246 del 17 marzo 2014 che ha aggiornato l'elenco delle condizioni di salute definibili all'interno delle Esigenze Educative Speciali, tra cui l'ADHD. La suddetta Delib.G.R. ha inoltre dato atto che ai sensi della normativa del MIUR, le Esigenze Educative Speciali sono individuate nell'ambito dei BES e rappresentano condizioni di salute a rilevanza sanitaria, per le quali i servizi sanitari, su richiesta della famiglia, possono accertarne la diagnosi e certificarla per favorire l'inclusione nel percorso scolastico.</p> <p>ADHD: Delib.C.R. 3-4-2012, n. 167-14087, Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova Azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovrazonali. In questi anni i servizi di NPI si sono dotati di strumenti specifici e linee guida in vari ambiti: ADHD, autismo, emergenza psichiatrica in età evolutiva e in adolescenza, disturbi specifici di apprendimento, disturbi del comportamento alimentare, revisione linee guida sull'abuso e maltrattamento ai minori. Alcuni, però, non hanno avuto, finora, un'applicazione operativa come ad esempio quello sull'emergenze psichiatriche. Alla luce dell'imminente pubblicazione del piano socio sanitario, si sottolinea l'importanza di mantenere l'attuale configurazione delle strutture di NPI nel Dipartimento Materno Infantile Strutturale delle Aziende sanitarie regionali, garantendo così la specifica identità professionale specialistica nonché l'assetto organizzativo con integrazione ospedale/territorio in ambito neurologico e psichiatrico in età evolutiva.</p> <p>ADHD: Legge regionale 6 novembre 2007, n. 21, Norme in materia di uso di sostanze psicotrope su bambini ed adolescenti. La Regione pone il divieto dei test ADHD nelle scuole e tutela i bambini dall'abuso di sostanze psicofarmacologiche.</p>
Puglia	<p>ADHD: Delib.G.R. 19-4-2016, n. 512, Legge regionale 12 febbraio 2014, n. 2. Trattamento, prescrizione, preparazione ed erogazione di farmaci e preparati galenici derivati da Cannabis, per fini terapeutici. Indirizzi attuativi. Si ritiene opportuno, nelle more del riesame della legge regionale n. 02/2014, in fase sperimentale, di estendere ad altre patologie rispetto all'elenco sopra citato, la possibilità di</p>

	<p>prescrizione di farmaci e preparati galenici a base di cannabinoidi quali: parkinsonismi atipici, epilessia farmaco resistenti, autismo, ADHD, disturbi comportamentali in soggetti affetti da demenza, fatta salva la diretta responsabilità del medico prescrittore.</p> <p>DSA: L.R. 25-2-2010, n. 4, Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali. La Regione promuove e sostiene interventi a favore dei soggetti con DSA volti a incrementare la comunicazione e la collaborazione tra famiglia, scuola e servizi sanitari, nel settore della formazione; adotta ogni misura necessaria per adeguare il proprio sistema sanitario alle problematiche dei disturbi specifici di apprendimento e dota i servizi di neuropsichiatria infantile di personale qualificato e strumenti diagnostici idonei, predisponendo una campagna di screening e monitoraggio su tutto il territorio regionale.</p>
Toscana	<p>ADHD: Delib.G.R. 29-10-2013 n. 879, Approvazione dello schema di Accordo di collaborazione tra la Regione Toscana e la Federazione Italiana Scuole Materne (F.I.S.M) finalizzato alla realizzazione di azioni progettuali a favore di bambini ed adolescenti portatori di disabilità, per l'anno scolastico 2013-2014. Oltre alle cosiddette disabilità vengono rilevate sempre più frequentemente le "diversità" o "difficoltà" di vario genere ossia quelle situazioni di disturbo dell'apprendimento, i cosiddetti DSA cui si sono aggiunti di recente gli ADHD, i disturbi dell'attenzione e l'iperattività che non presuppongono obbligatoriamente un sostegno, ma comportano, per i docenti, ulteriori situazioni di impegno professionale e di acquisizione di adeguate competenze.</p>
Trentino-A.A./Trento: Provincia autonoma	<p>ADHD: L.P. 6-5-2008, n. 4, Disposizioni in materia di uso di sostanze psicotrope su bambini e adolescenti. È vietato all'interno delle scuole dell'obbligo di ogni ordine e grado, effettuare test e questionari relativi allo stato psichico ed emozionale degli alunni fatti salvi, in via eccezionale, i casi ritenuti indispensabili dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari. La valutazione dello stato psichico del minore può avvenire esclusivamente all'interno di strutture sanitarie pubbliche o private autorizzate. In caso di sospetto da parte dell'insegnante di un disturbo mentale, compresi sintomi di depressione o di sindrome da iperattività e deficit di attenzione (ADHD) a carico di un alunno, l'insegnante informa prioritariamente i genitori dello stesso.</p>
Umbria	<p>ADHD: Delib.G.R. 23-5-2016, n. 569, Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i disturbi del comportamento. In caso di comorbidità con il Disturbo da Deficit di attenzione ed iperattività (ADHD) il trattamento di prima scelta con maggiori evidenze (Klein et al., 1997) è con: • Psicostimolanti: Metilfenidato ADHD: Delib.G.R. 3-9-2012, n. 1044, Raccomandazioni per la diagnosi e il trattamento del disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (ADHD). Individua nella U.O.C. "Neuropsichiatria Infantile e dell'Età Evolutiva dell'ASL 4 di Terni, in cui è inserita la Scuola di Specializzazione medica in Neuropsichiatria Infantile dell'Università degli Studi di Perugia, è il centro Regionale di Riferimento regionale per l'ADHD. ADHD: Delib.C.R. 28-4-2009, n. 298 Atto amministrativo - Piano sanitario regionale 2009/2011. Tr gli obiettivi: rendere pienamente operativi i Centri di Riferimento Regionale per l'ADHD garantendo: consulenza e collaborazione ai servizi territoriali per l'attuazione di percorsi diagnostici e terapeutici appropriati sulla base delle indicazioni emanate dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Agenzia Italiana del Farmaco. DSA: Delib.G.R. 26-9-2009, n. 1053 Linee guida vincolanti sui percorsi assistenziali nei disturbi evolutivi specifici dell'apprendimento (DSA).</p>
Valle d'Aosta	<p>DSA: L.R. 12-5-2009 n. 8, Disposizioni in materia di disturbi specifici di apprendimento. Le istituzioni scolastiche regionali, ivi comprese quelle paritarie, nell'ambito del proprio Piano dell'offerta formativa, possono aderire alle proposte di formazione elaborate dal Comitato tecnico-scientifico sui DSA. Gli alunni con diagnosi di DSA hanno diritto di fruire di appositi strumenti, dispensativi e compensativi, di flessibilità didattica nel corso dei cicli di istruzione e delle attività di formazione, anche sulla base di quanto previsto dagli indirizzi ministeriali in materia.</p>
Veneto	<p>ADHD: Delib.G.R. 1-7-2014, n. 1112, Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale ex art. 1, commi 34 e 34-bis, della Legge n. 662/96. Anno 2013. - Accordo Rep. Atti n. 13/CSR del 20 febbraio 2014 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281. Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione di Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali ADHD: Delib.G.R. 19-11-2004, n. 3641 Sindrome da iperattività con deficit di attenzione (ADHD): identificazione dei centri di riferimento per la diagnosi e la predisposizione del piano terapeutico per la prescrizione di medicinali a base di metilfenidato. Vengono individuati i centri di riferimento per la diagnosi e predisposizione del piano terapeutico, che dovranno coordinarsi con il pediatra di libera scelta del paziente che sono tenuti a fornire, su richiesta della Direzione Regionale Piani e Programmi Socio Sanitari, i dati relativi ai pazienti afferenti alla struttura e a quelli in trattamento farmacologico con il metilfenidato. DSA: L.R. 4-3-2010, n. 1, Interventi a favore delle persone con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) e disposizioni in materia di servizio sanitario regionale. La Regione adotta ogni misura necessaria per adeguare il sistema socio-sanitario regionale alle problematiche dei DSA, dotando, i servizi distrettuali per l'infanzia e L'adolescenza, di personale qualificato. Attraverso le Aziende unità locali socio-sanitarie (ULSS) e in collaborazione con gli operatori scolastici, promuove iniziative dirette all'identificazione precoce delle persone con DSA e all'attivazione di percorsi individualizzati di recupero. La Giunta regionale, nell'ambito della programmazione della formazione socio-sanitaria, promuove interventi per la formazione e l'aggiornamento degli operatori socio-sanitari preposti alla diagnosi e alla riabilitazione delle persone con DSA nonché dei familiari che assistono le persone con DSA. La Regione assicura alle persone con DSA pari opportunità di sviluppo delle proprie capacità in ambito sociale e professionale. Nei concorsi pubblici indetti dalla Regione e dagli enti strumentali regionali è garantita pari opportunità, nelle forme assicurate dai bandi di concorso, alle persone con DSA che dimostrino il loro stato con certificazione medica; in particolare, possono essere previsti l'utilizzo di strumenti compensativi e il prolungamento dei tempi stabiliti per l'espletamento delle prove, in relazione alle specifiche necessità delle persone con DSA. Vengono promosse campagne di informazione.</p>