



Regione Umbria

Assemblea legislativa

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

ATTO N. 1395

**Proposta di legge di iniziativa
del Consigliere LEONELLI**

**Disposizioni in materia di Disturbo da Deficit di Attenzione ed
Iperattività (ADHD-Attention Deficit Hyperactivity Disorder)**

SCHEDA DOCUMENTALE

Regione Umbria – Assemblea legislativa

Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione

Dirigente Simonetta Silvestri

Documentazione ad uso interno a cura di Laura Arcamone, Vania Bozzi e Loredana Baglioni

Ottobre 2018

Stampa: Centro Stampa Xerox – XGS, presso Assemblea legislativa Regione Umbria

Premessa

Il Disturbo da deficit d'attenzione ed iperattività (ADHD) è uno dei disturbi neuropsichiatrici più comuni dell'infanzia e dell'adolescenza, che spesso persiste anche in età adulta, compromettendo il funzionamento sociale, scolastico e professionale dell'individuo.

Si tratta di un disturbo neuropsichiatrico caratterizzato da alterati livelli di disattenzione che comportano, tra gli altri sintomi, incapacità a rimanere in attività, tendenza a non ascoltare e disorganizzazione, associati spesso a iperattività-impulsività, che provocano ad esempio irrequietezza, incapacità di stare seduti e in taluni casi impediscono il normale sviluppo e integrazione sociale dei bambini.

Si tratta di un disturbo eterogeneo e complesso, multifattoriale che nel 70-80% dei casi coesiste con un altro o altri disturbi: **fenomeno della comorbidità**. Colpisce circa il 5% dei bambini e il 2,5% degli adulti, con un rapporto tra uomini e donne di 2 a 1.

Recenti studi dimostrano che il numero di bambini con diagnosi di ADHD è in aumento, anche in Italia.

Stimare quanti siano gli alunni con tali difficoltà presenta numerosi problemi, una volta valutati e riconosciuti, possono venire “certificati” all'interno di differenti contesti “normativi”: alcuni, i più gravi con comorbidità importanti, all'interno della Legge 104, altri, quelli che hanno anche un DSA, all'interno della Legge 170, altri ancora all'interno dei BES, ma di quest'ultimi nessun Ente, né sanitario né scolastico, tiene un computo preciso.

Normativa

Con la **Legge 8 ottobre 2010, n. 170** “Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico” per la prima volta vengono riconosciute 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 molteplicità 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.

Per l'ADHD non esistono, ancora, leggi che ne riconoscano l'esistenza.

Prima di dicembre 2012 l'unico quadro normativo a cui fare riferimento per avere a scuola un riconoscimento di questa condizione e per evitare di essere considerati soltanto “alunni che disturbano”, era dato dalla **Legge 5 febbraio 1992, n. 104** “Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”, che riconosce, tra le altre cose, il diritto alla presenza di un'insegnante di sostegno per quegli alunni i quali, prima di questa rivoluzione normativa, frequentavano delle “scuole speciali per handicappati”.

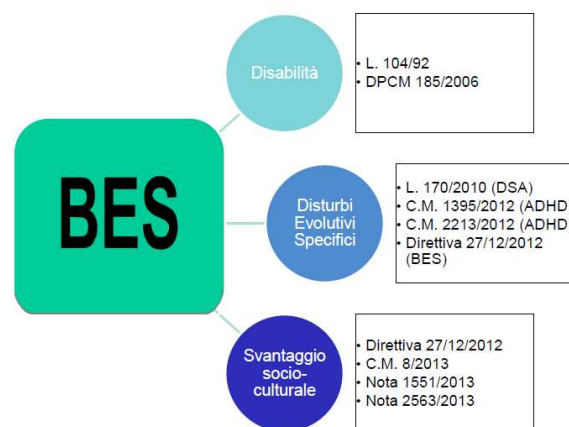
La **Direttiva MIUR del 27 dicembre 2012** recante “Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l’inclusione”, amplia, rispetto ai DSA, l’area delle problematiche prese in considerazione e va a colmare un vuoto normativo che riguardava i ragazzi con ADHD diagnosticata ed in generale i ragazzi con Bisogni Educativi Speciali che non hanno una gravità tale da essere tutelati dalla Legge 104/1992.

La Direttiva precisa sinteticamente tale significato: *“L’area dello svantaggio scolastico è molto più ampia di quella riferibile esplicitamente alla presenza di deficit. In ogni classe ci sono alunni che presentano una richiesta di speciale attenzione per una varietà di ragioni: 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”*.

I Bisogni Educativi Speciali (BES) rappresentano un quadro normativo innovativo rispetto alla Legge 104/1992 e all’interno di questa cornice vengono previste tante diverse difficoltà scolastiche, tra cui l’ADHD, per le quali viene estesa la possibilità di redigere da parte delle scuole un Piano Didattico Personalizzato, come stabilito dalla Legge 170/2010 per gli alunni con Disturbo Specifico di Apprendimento.

L’area dei **Bisogni Educativi Speciali (BES)**,¹ è suddivisa in tre grandi sotto-categorie:

1. **Disabilità:** vi rientrano gli alunni con disabilità certificata ai sensi della L. 104/1992. 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. 8 ottobre 2010, n. 170 e del D.M. 12 luglio 2011, n. 5669 “Linee guida disturbi specifici di apprendimento”, 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.**



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.

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 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (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. 170/2010.**

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.

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

<p>C.M. del 4/10/2008</p>	<p>Uso psicofarmaci per bambini affetti da sindrome da deficit di attenzione e iperattività 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>
<p>C.M. 1/04/2009</p>	<p>Bambini affetti da sindrome ADHD - Sindrome da deficit di attenzione/iperattività - Indicazioni organizzative 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>
<p>C.M. del 4/12/2009</p>	<p>Problematiche collegate alla presenza nelle classi di alunni affetti da sindrome ADHD 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>
<p>C.M. del 15/06/2010</p>	<p>Disturbo a Deficit di Attenzione e Iperattività Si propongono indicazioni e accorgimenti didattici volti ad agevolarne 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</p>

	immediate.
C.M. 17/11/2010	Sintomatologia dell'ADHD in età prescolare. Continuità tra scuola dell'infanzia e scuola primaria 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.
C.M. 20/3/2012	Piano didattico personalizzato per alunni con ADHD 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.
C.M. 19/04/2012	Piano didattico personalizzato per alunni e studenti con Sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività 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).
C.M. 27/12/2012	Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica 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.
C.M. 6/3/2013	Circolare ministeriale sui Bisogni Educativi Speciali. Indicazioni operative 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".

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	Pediatrati 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».*

Regione Umbria

Atto n. 1395 Proposta di legge “Disposizioni in materia di Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività (ADHD-Attention Deficit Hyperactivity Disorder))

Con la proposta di legge in esame, costituita da quindici articoli, la Regione Umbria riconosce il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività o (ADHD) come patologia altamente invalidante che determina un'alterazione precoce e globale delle funzioni essenziali del processo evolutivo e promuove la piena integrazione sociale, scolastica e lavorativa delle persone affette dal disturbo dell'ADHD.

Punto sostanziale della PDL è il riconoscimento del ruolo determinante della famiglia quale parte attiva nella elaborazione ed attuazione del progetto di vita della persona affetta dal disturbo dell'ADHD.

Viene prevista l'istituzione di due organismi:

- **il Coordinamento regionale per il disturbo dell'ADHD**, organo consultivo della Regione composto da 21 componenti, che esprime pareri sugli atti del Comitato Tecnico-scientifico e svolge anche funzioni di monitoraggio e valutazione delle azioni previste dalla legge;
- **il Comitato tecnico scientifico** che aggiorna le linee di indirizzo per la diagnosi, il trattamento e la presa in carico delle persone con disturbi dell'ADHD, al fine di rendere omogenei ed operativi sul territorio regionale gli interventi socio-sanitari.

La Giunta regionale organizza i servizi diretti alla diagnosi precoce, alla cura e alla abilitazione e riabilitazione dei disturbi da ADHD, attraverso la costituzione di una rete integrata di medici di medicina generale e medici specialisti nelle varie discipline; distinguendo la rete integrata di servizi per l'età evolutiva e per l'età adulta. Vengono dettagliatamente previsti i compiti e le funzioni delle strutture e degli specialisti che fanno parte delle reti integrate.

Oltre alla implementazione di strutture già esistenti, la Regione promuove e sostiene sul territorio

regionale, la realizzazione di centri, dedicati a minori con disturbo dell'ADHD, che fungano da centro diurno, semiresidenziale e centro di sollievo.

Sostiene le attività finalizzate all'integrazione sociale quali le attività educative, ricreative sportive e ludiche, anche con il sostegno di operatori ed esperti e sostiene il diritto allo studio delle persone affette dal disturbo dell'ADHD promuovendo protocolli di intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale.

Inoltre incentiva lo sviluppo e l'utilizzo di appositi strumenti informatici riferiti ai bisogni educativi e di comunicazione delle persone affette dal disturbo dell'ADHD e sostiene l'avvio di percorsi formativi propedeutici all'inserimento lavorativo senza discriminazioni o pregiudizi.

La proposta di legge prevede la promozione di azioni di formazione continua sia degli operatori del settore sanitario e sociale che di genitori e familiari nonché insegnanti di persone affette dal disturbo dell'ADHD.

Viene istituita una banca dati epidemiologica che rileva i parametri di incidenza del disturbo e valutazione dell'andamento nel tempo e viene previsto un sostegno economico alle famiglie che si avvalgono dei metodi riabilitativi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità.

La clausola valutativa prevede che la Giunta regionale deve trasmettere all'Assemblea legislativa regionale, con cadenza biennale, una relazione sullo stato di attuazione e sugli effetti della legge contenente, in forma sintetica una serie di informazioni.

Situazione della legislazione regionale

La ricognizione effettuata sulla legislazione regionale evidenzia che ad oggi non ci sono norme che disciplinano la sfera dei bisogni educativi speciali complessivamente intesi che, come visto, ricomprende la disabilità, i disturbi evolutivi specifici (tra i quali rientra l'ADHD) e lo svantaggio socio culturale.

Dieci Regioni hanno emanato una propria normativa in materia di DSA (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Puglia, Valle D'Aosta, Veneto), in applicazione della legge 8 ottobre 2010, n. 170 (Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico), prevedendo specifiche iniziative volte a favorire la riabilitazione, l'integrazione, l'apprendimento e le pari opportunità dei soggetti con dislessia, disgrafia, disortografia e discalculia.

La sindrome ADHD è stata recepita in alcuni atti amministrativi che regolamentano le competenze e i requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Basilicata, Emilia Romagna, Lombardia), l'identificazione dei centri di riferimento per la diagnosi e la predisposizione del piano terapeutico (Umbria, Veneto), la definizione di modelli di assistenza all'interno dei Piani sanitari (Campania, Lazio, Piemonte, Umbria), la realizzazione degli obiettivi del PSN per gli anni 2013/2014 (Marche, Piemonte, Trentino), l'individuazione di percorsi per l'integrazione scolastica (Emilia Romagna, Toscana), il divieto dei test ADHD nelle scuole a tutela dei bambini dall'abuso di sostanze psicofarmacologiche (Piemonte, Toscana), il trattamento con preparati

galenici derivati da Cannabis per fini terapeutici (Puglia).

Tutti i riferimenti normativi e legislativi degli interventi regionali succitati sono riportati nella tabella in appendice.

La **Calabria** ha presentato il 19 maggio 2016 una **proposta di legge sui Bisogni Educativi Speciali**, in applicazione della Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 emanata dal MIUR, che ricomprende anche gli interventi su ADHD.

La **PDL “Strumenti d'intervento per gli alunni con bisogni educativi speciali ed organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica”**, di iniziativa del Consigliere Francesco Cannizzaro, 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.

I soggetti a cui sono rivolti gli interventi previsti dalla proposta di legge sono gli alunni, anche senza certificazione, che per motivi fisici, biologici, fisiologici o anche per motivi psicologici e sociali, in una fase della loro crescita, con continuità o per determinati periodi, richiedono una specifica attenzione e una adeguata e personalizzata risposta da parte della scuola.

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 alle normative che prendono in considerazione solo i soggetti affetti da 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 Bisogni Educativi Speciali

Regione	Inteventi
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 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.</p> <p>ADHD: Decreto del 29/06/2018, n. 51 - Centri di riferimento aziendali per la diagnosi e il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Modifiche e integrazioni alla DGRC n. 1406/2007. Con tale Decreto, la Regione Campania chiede ai Direttori Generali delle ASL l'istituzione di almeno un centro di riferimento per l'ADHD [disturbo da deficit di attenzione e iperattività, uno dei disturbi del neurosviluppo, N.d.R.] per ciascuna delle sette Aziende Sanitarie Locali della Regione stessa. Si richiede alle sette ASL della Campania di fornire servizi diagnostici e terapeutici accurati e appropriati. In particolare si chiede che «ciascuna ASL istituisca un proprio centro con una specifica équipe clinica come definita da protocollo diagnostico del 2007» e che «ciascuna ASL effettui la prescrizione anche di eventuale trattamento farmacologico, o quanto meno ne definisca e garantisca le modalità prescrittive»: questo svincola dal doversi recare alle due strutture ospedaliere ad oggi rimaste operative. Viene inoltre istituito «un gruppo di coordinamento regionale tra l'Ufficio Tecnico Regionale della Salute Mentale e del Farmaceutico e i responsabili della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza dei centri di riferimento, per il monitoraggio dei servizi e soprattutto per la definizione di un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) Regionale per la sindrome ADHD, che definisca l'uso degli strumenti diagnostici, i trattamenti non farmacologici e farmacologici e le modalità di attuazione di un intervento multimodale». Si chiede infine che «si individuino le azioni da intraprendere con i pediatri; si definiscano le azioni da intraprendere con la scuola e la famiglia; ogni ASL adotti un proprio PDTA sulla scorta di quello Regionale»</p>

<p>Emilia Romagna</p>	<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>
<p>Lazio</p>	<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>
<p>Liguria</p>	<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 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>
<p>Lombardia</p>	<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 situazioni 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>
<p>Marche</p>	<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>
<p>Molise</p>	<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>
<p>Piemonte</p>	<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</p>

	<p>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 sovrazionali.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicostimolanti: Metilfenidato <p>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).</p> <p>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.</p> <p>ADHD: Delib.C.R. 28-4-2009, n. 298 Atto amministrativo - Piano sanitario regionale 2009/2011.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>

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.

Un confronto europeo

In Europa i sistemi di integrazione scolastica sono raggruppabili in tre orientamenti prevalenti:

“**sistema di inclusione**”, in cui si ha la massima integrazione degli alunni con disabilità prevedendo l’inserimento di quasi tutti gli alunni con disabilità nel sistema scolastico ordinario (sistema adottato ad esempio in Italia e in Spagna);

“**sistema con distinzione**” che prevede due sistemi di istruzione separati, in cui gli alunni con disabilità vengono solitamente inseriti in scuole o classi speciali e hanno contatti scarsi o nulli con l’ambiente normale (sistema adottato in Germania e nei Paesi Bassi);

“**sistema misto**”, in cui l’istruzione normale coesiste con l’istruzione speciale, che comporta la compresenza di molteplici approcci e servizi: gli alunni con disabilità possono essere inseriti sia nella scuola ordinaria sia nelle scuole speciali, con un insieme di soluzioni diverse (sistema adottato in Gran Bretagna, Francia, Svezia e Finlandia).

Sistema con inclusione

Spagna

In Spagna, l’inclusione scolastica avviene con la scolarizzazione degli alunni con disabilità nelle scuole comuni. Solo nel caso in cui insegnanti e operatori sanitari ritengano l’inserimento in classi comuni non sufficientemente adeguato alle necessità dell’alunno, l’inserimento avviene in scuole di educazione speciale.

Sistema con distinzione

Germania

In Germania esiste un “sistema con distinzione” in cui l’istruzione degli alunni con disabilità avviene prevalentemente in scuole speciali. Esistono anche programmi che promuovono l’integrazione degli

alunni che vengono ritenuti capaci di seguire l'insegnamento, nell'istruzione ordinaria, con profitto. In questi casi, per favorire l'inserimento nella fase di passaggio da una scuola all'altra, gli insegnanti delle scuole ordinarie lavorano congiuntamente con gli insegnanti delle scuole speciali.

Il passaggio può avvenire per gradi, per consentire un inserimento progressivo da parte degli alunni provenienti dalle scuole speciali. Gli alunni con disturbi del linguaggio o comportamentali sono inseriti sempre in maniera provvisoria nelle scuole speciali, con l'obiettivo di un loro pieno reinserimento nelle classi comuni.

Sistema misto

Gran Bretagna

In Inghilterra, il sistema scolastico prevede che gli alunni con disabilità frequentino, finché possibile, scuole comuni; nei casi in cui ci sia bisogno di supporti e aiuti che non possono essere forniti dalle scuole comuni, saranno le autorità locali a garantire tali supporti in ambienti e orari extrascolastici.

Accanto al percorso di integrazione nelle scuole comuni, vi sono quindi scuole speciali, che vanno dalla scuola dell'infanzia fino alla scuola dell'obbligo (16 anni) e, a volte, anche i 2 anni successivi alla scuola dell'obbligo. Nelle scuole speciali sono generalmente accolti alunni con problemi visivi, uditivi e di linguaggio, e anche alunni con disturbi di apprendimento particolarmente gravi.

Francia

In Francia il sistema di inclusione scolastica prevalente è quello dell'integrazione individuale, completa o parziale, in una classe normale, con sostegno pedagogico e psicologico; la scolarizzazione in classe speciale avviene comunque in ambiente scolastico normale, e prevede classi con pochi alunni ed un insegnamento impartito da docenti specializzati.

Per la scuola primaria il sistema francese prevede classi di integrazione scolastica (CLIS) che accolgono gli alunni con disabilità mentale, uditiva, visiva e motoria; l'insegnamento è adattato alle capacità e alla natura e importanza della disabilità degli alunni ed è collocato in scuole comuni e non speciali. Nel passaggio all'istruzione secondaria, gli alunni che presentano difficoltà scolastiche all'uscita della scuola primaria vengono accolti nelle sezioni di istruzione generale e professionale adattata (SEGPA).

Esistono, inoltre, le cosiddette unità pedagogiche di integrazione (UPI), destinate specificamente agli alunni con disabilità, al fine di assicurare la continuità dei percorsi educativi dalla scuola primaria alla secondaria degli alunni provenienti dalle CLIS, in modo che tali alunni possano continuare a fruire di un percorso scolastico adattato alle loro capacità. Tutte le sezioni di istruzione generale e professionale adattata e le unità pedagogiche di integrazione sono collocate in un contesto di scolastico ordinario. Per gli alunni che hanno forme di disabilità grave esistono istituti specializzati, che dipendono sia dal Ministero dell'Educazione sia dal Ministero della Salute, che accolgono alunni dagli 11 ai 18 anni, ritenuti non in grado di frequentare gli istituti di istruzione ordinaria.

Svezia

In Svezia vi è un sistema misto di inclusione scolastica in cui i supporti per gli alunni con disabilità sono offerti sia nelle scuole comuni sia nelle scuole speciali. L'istruzione obbligatoria prevede che la maggior parte degli alunni con disabilità fisica sia inserita all'interno delle classi comuni, con dei sostegni adeguati alla loro condizione. Gli alunni con disabilità visiva ed uditiva frequentano esclusivamente scuole speciali. Inoltre per coloro che non sono ritenuti in grado di frequentare le scuole comuni a causa di disabilità intellettuali è prevista la frequenza in scuole speciali o in appositi centri di formazione, istituiti a favore di alunni ritenuti non idonei a seguire corsi e lezioni nemmeno all'interno delle scuole speciali. Molto spesso le scuole speciali sono istituite negli stessi locali delle scuole comuni, in modo che gli alunni possano anche seguire determinate attività con gli alunni delle classi comuni. Le scuole speciali hanno un curriculum appositamente determinato dall'Agenzia nazionale svedese per l'educazione (Skolverket). Sulla base delle capacità e dei bisogni di ogni singolo alunno, viene delineato un piano di studi individualizzato, basato sul curriculum delle classi ordinarie, ma adattato a quanto può essere realisticamente acquisito dall'alunno. Il curriculum dei centri di formazione, invece, comprende 5 aree: attività artistiche, comunicazione, abilità motorie, attività della vita quotidiana, consapevolezza della realtà. I contenuti di ciascuna area sono adattati alle abilità dei singoli alunni per mezzo di un piano di studi individualizzato. Anche per l'istruzione secondaria superiore, gli alunni con gravi disabilità intellettuali, che non sono in grado di proseguire gli studi nelle scuole comuni, hanno il diritto di frequentare corsi in scuole speciali. Esistono anche scuole speciali per alunni con disabilità visiva e uditiva e alunni con disabilità fisiche.