

# DISTURBO DELLA LETTURA

Catia Rigoletto  
IRCCS E Medea

**Il principale criterio necessario per stabilire la diagnosi di DSA è quello della “discrepanza”**

tra abilità nel dominio specifico  
interessato

(deficitaria in rapporto alle attese per l'età e/o la classe frequentata)

e l'intelligenza generale  
(adeguata per l'età cronologica).

# Dal riconoscimento della discrepanza ne derivano alcune fondamentali implicazioni sul piano diagnostico

1. **necessità di usare test standardizzati**, sia per misurare l'intelligenza generale, che l'abilità specifica;
2. **necessità di escludere la presenza** di altre condizioni che potrebbero influenzare i risultati di questi test, come:
  - menomazioni sensoriali e neurologiche gravi, disturbi significativi della sfera emotiva;
  - situazioni ambientali di svantaggio socio-culturale che possono interferire con un'adeguata istruzione.

Particolare cautela andrà posta in presenza di **situazioni etnico-culturali**

particolari, derivanti da immigrazione o adozione, nel senso di considerare

attentamente il rischio sia dei **falsi positivi** (soggetti a cui viene diagnosticato

Un DSA meglio spiegabile con la condizione etnico-culturale), sia dei **falsi**

**negativi** (soggetti ai quali, in virtù della loro condizione etnico-culturale, non

Viene diagnosticato un DSA)

esistono alcune difformità (anche a livello internazionale) su come concettualizzare, operationalizzare, e applicare il criterio della “discrepanza”,

1. la compromissione dell'abilità specifica deve essere significativa, che significa inferiore a **-2ds** dai valori normativi attesi per l'età o la classe frequentata (qualora non coincida con l'età del bambino)
2. **il livello intellettuale deve essere nei limiti di norma**, che significa un QI non inferiore a -1ds (equivalente a un valore di 85) rispetto ai valori medi attesi per l'età.

Altri criteri utili per la definizione dei DSA sono:

- il carattere “**evolutivo**” di questi disturbi;
- la **diversa espressività** del disturbo nelle diverse fasi evolutive dell’abilità in questione;
- la quasi costante associazione ad altri disturbi (**comorbidità**); fatto questo che determina la marcata eterogeneità dei profili funzionali e di espressività con cui i DSA si manifestano, e che comporta significative ricadute sul versante dell’indagine diagnostica;
- il carattere **neurobiologico** delle anomalie processuali che caratterizzano i DSA;

Altri criteri utili per la definizione dei DSA sono:

- il disturbo specifico deve comportare un impatto significativo e negativo per l'adattamento scolastico e/o per le attività della vita quotidiana.
- Viene riconosciuta la possibile esistenza di un **Disturbo di Apprendimento (non categorizzabile come specifico)** in presenza di altre patologie o anomalie, sensoriali, neurologiche, cognitive e psicopatologiche, che normalmente costituiscono criteri di esclusione, quando l'entità del deficit settoriale è tale che non può essere spiegata solo sulla base di queste patologie.

Riguardo ai disturbi specifici di **DECODIFICA DELLA LETTURA**, oltre ai criteri generali relativi a tutta la categoria dei DSA, i punti generalmente condivisi riguardano:

- ❑ la necessità di somministrare **prove standardizzate** di lettura a più livelli: lettere, parole, non-parole, brano;
- ❑ la necessità di valutare congiuntamente i due parametri di **rapidità/accuratezza** nella performance;
- ❑ la necessità di stabilire una **distanza significativa dai valori medi attesi per la classe frequentata dal bambino** [convenzionalmente fissata a -2ds dalla media per la velocità e al di sotto del 5° percentile per l'accuratezza], in uno o nell'altro dei due parametri menzionati.



Resta per ora non specificato, a **quante** delle prove di lettura somministrate (parole, non-parole, brano) i criteri sopra menzionati si devono applicare per potere porre la diagnosi, **ed eventualmente a quali età**, visto che ognuna delle tre prove misura processi parzialmente diversi.

Per il momento viene proposto che, in caso di prestazione inferiore al 5° percentile o alle 2 deviazioni standard ad una sola prova, sia il **giudizio clinico** – considerando l'intero quadro osservativo – a determinare la decisione di formulare o meno la diagnosi di DSA.

Riguardo all'età minima in cui è possibile effettuare la diagnosi, essa dovrebbe teoricamente coincidere con il completamento del 2° anno della scuola primaria (2^ elementare), dal momento che questa età coincide con il completamento del ciclo dell'istruzione formale del codice scritto.

Tuttavia, **già alla fine del 1° anno della scuola** primaria (1^ elementare) può capitare di valutare bambini con profili funzionali così compromessi e in presenza di altri specifici indicatori diagnostici (pregresso disturbo del linguaggio, familiarità accertata per il disturbo di lettura), che appare possibile e anche utile **anticipare i tempi della formulazione diagnostica.**

Esiste un generale consenso sul fatto che il disturbo specifico di lettura modifica la sua espressione nel tempo.

## PROCEDURE E STRUMENTI DELL' INDAGINE DIAGNOSTICA

La procedura diagnostica viene intesa come un insieme di processi necessari per la **diagnosi clinica** e per la **diagnosi funzionale**.

### DIAGNOSI CLINICA

Nella **prima fase** si somministrano, insieme alla valutazione del livello intellettivo, quelle prove necessarie per l' accertamento di un disturbo delle abilità comprese nei DSA (decodifica e comprensione in lettura, ortografia e grafia in scrittura, numero e calcolo in aritmetica).

Questa fase permette al clinico di formulare o meno una diagnosi provvisoria (nell' accezione utilizzata dal DSM IV) o di orientamento di disturbo specifico evolutivo dell' apprendimento.

Una particolare attenzione deve essere posta nella indagine anamnestica che deve indagare, oltre alle classiche aree di raccolta delle informazioni, lo sviluppo visivo e uditivo, tenendo conto del bilancio di salute operato dal pediatra o dal medico curante del bambino. Dai dati acquisiti in questa fase, il clinico è in grado di valutare, dopo la verifica strumentale relativa alla presenza dei sintomi di inclusione, se indicare ulteriori accertamenti relativi ai criteri di esclusione.

Nella **seconda fase** vengono disposte quelle indagini cliniche necessarie per la conferma diagnostica mediante l' esclusione della presenza di patologie o anomalie sensoriali, neurologiche, cognitive e di gravi psicopatologie

## DIAGNOSI FUNZIONALE.

L'approfondimento del profilo del disturbo è fondamentale per la qualificazione funzionale del disturbo.

L'indagine strumentale e l'osservazione clinica si muovono nell'ottica di completare il quadro diagnostico nelle sue diverse componenti sia per le funzioni deficitarie che per le funzioni integre.

La valutazione delle componenti dell'apprendimento si approfondisce e si amplia ad altre abilità fondamentali o complementari (linguistiche, percettive, prassiche, visuomotorie, attentive, mestiche,) ai fattori ambientali e alle condizioni emotive e relazionali per una presa in carico.

Un ulteriore contributo al completamento del quadro è l'esame delle **comorbidità**, intesa sia come co-occorrenza di altri disturbi specifici dell'apprendimento sia come compresenza di altri disturbi evolutivi (ADHD, disturbi del comportamento, dell'umore, ecc.).

La predisposizione del **profilo funzionale** è essenziale per la presa in carico e per un progetto riabilitativo.

## **SCelta DEGLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE: DISCREZIONALITÀ DEL CLINICO.**

Prima direttiva.

In generale vale il principio che uno strumento psicometrico attendibile debba possedere Standard accettabili di validità ed affidabilità nella misura.

Seconda direttiva.

Ogni clinico sceglie secondo la propria libertà e responsabilità gli strumenti che forniscono maggiori informazioni sulle condizioni del soggetto.

## SEGNI PRECOCI, CORSO EVOLUTIVO E PROGNOSI

- ❑ Le difficoltà nelle competenze comunicativo-linguistiche, motorio-prassiche, uditive e visuospatiali in età prescolare sono possibili indicatori di rischio di DSA, soprattutto in presenza di una anamnesi familiare positiva.
- ❑ Gli screening degli indicatori di rischio andrebbero condotti dagli insegnanti con la consulenza di professionisti della salute
- ❑ Al termine del primo anno devono essere segnalati ai genitori i bambini che presentano una o più delle seguenti caratteristiche:
  - a) difficoltà nell'associazione grafema-fonema e/o fonema-grafema;
  - b) mancato raggiungimento del controllo sillabico in lettura e scrittura;
  - c) eccessiva lentezza nella lettura e scrittura;
  - d) incapacità a produrre le lettere in stampato maiuscolo in modo riconoscibile.

## CORSO EVOLUTIVO E PROGNOSI

La **prognosi** dei DSA può essere considerata a diversi livelli non necessariamente interconnessi:

- evoluzione a distanza dell'efficienza del processo di lettura, scrittura e calcolo;
- qualità dell'adattamento;
- presenza di un disturbo psicopatologico (vedi comorbidità);
- avanzamento nella carriera scolastica.

Cruciali sono i **fattori di vulnerabilità** e di **protezione** aggiuntivi rispetto all'entità del disturbo.

## CORSO EVOLUTIVO E PROGNOSI

L'**evoluzione** dei diversi tipi di prognosi può essere differente ai diversi livelli considerati ed influenzata

da fattori diversi quali

- la gravità iniziale del DSA,
- la tempestività e adeguatezza degli interventi,
- il livello cognitivo e metacognitivo,
- l'estensione delle compromissioni neuropsicologiche,
- l'associazione di difficoltà nelle tre aree (lettura, scrittura, calcolo),
- la presenza di comorbidità psichiatrica
- il tipo di compliance ambientale



## STIMA EPIDEMIOLOGICA

Ad oggi si stima che tra la 3a e la 5a classe primaria e la 3a classe della secondaria di primo grado, il valore medio della prevalenza dei DSA vari dal **3 al 4%**.

Questo range può dipendere dell'età in cui viene effettuata la diagnosi e dal tipo di strumenti utilizzati per la diagnosi.

# COMORBILITÀ

La pratica clinica evidenzia **un' alta comorbilità** sia fra i disturbspecifici dell' apprendimento sia con altre condizioni cliniche quali disprassie, disturbi del comportamento e dell' umore, ADHD, disturbi d' ansia, ecc.

Allo stato attuale delle conoscenze la comorbilità per esempio nelle due condizioni dislessia/disortografia va intesa come una **co-occorrenza**, definita come contemporaneità o concomitanza della presenza di più disturbi in assenza di una relazione tra loro di tipo causale o monopatogenetica.

## COMORBILITÀ

Un' ulteriore considerazione va formulata sulle manifestazioni psicopatologiche in presenza di disturbi evolutivi specifici dell' apprendimento: la comorbilità può essere sia espressione di una co-occorrenza sia la conseguenza dell' esperienza [vissuto] del disturbo.

Il clinico pertanto, data la rilevanza diagnostica e terapeutica, deve operare una diagnosi differenziale.

# TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTERVENTI COMPENSATIVI

## Presenza in carico

Si definisce “presa in carico” il processo integrato e continuativo attraverso cui deve essere garantito il **governo** coordinato degli interventi per favorire la riduzione del disturbo, l’inserimento scolastico, sociale e lavorativo dell’individuo, orientato al più completo sviluppo delle sue potenzialità.

## TRATTAMENTO RIABILITATIVO

### INTERVENTI COMPENSATIVI

#### Riabilitazione

La Riabilitazione è “un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle scelte operative”

La riabilitazione si pone **come obiettivi:**

- la promozione dello sviluppo di una competenza non comparsa, rallentata o atipica;
- il recupero di una competenza funzionale che per ragioni patologiche è andata perduta;
- la possibilità di reperire formule facilitanti e/o alternative.

## Abilitazione

L' Abilitazione è l' insieme degli interventi volti a favorire l' acquisizione ed il normale sviluppo ed il potenziamento di una funzione.

Riferita ai DSA può essere intesa sia come un insieme di interventi di carattere clinico che pedagogico in senso lato

La gestione dei Disturbi specifici di apprendimento,  
necessita di una **presa in carico**.



All'interno di questa viene attuato il **progetto riabilitativo**.



All'interno del progetto riabilitativo, il **programma riabilitativo** definisce le aree d'intervento specifiche, gli obiettivi, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti e la verifica degli interventi,

In particolare il Programma Riabilitativo

- ❑ definisce le modalità della presa in carico da parte della struttura riabilitativa;
- ❑ definisce gli interventi specifici durante il periodo di presa in carico;
- ❑ individua ed include gli obiettivi da raggiungere previsti nel programma e li aggiorna nel tempo;
- ❑ definisce modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste negli stessi interventi;
- ❑ definisce le misure di esito appropriate per la valutazione degli interventi, l' esito atteso in base a tali misure ed il tempo di verifica del raggiungimento di un dato esito;
- ❑ individua i singoli operatori coinvolti negli interventi e ne definisce il relativo impegno, nel rispetto delle relative responsabilità professionali;
- ❑ viene puntualmente verificato ed aggiornato periodicamente durante il periodo di presa in carico;
- ❑ costituisce un elemento di verifica del progetto riabilitativo.



## Indicazioni generali sul trattamento

- ❑ Il trattamento si deve basare su un modello chiaro e su evidenze scientifiche.
- ❑ Si ritiene che un trattamento efficace sia un trattamento che migliora l'evoluzione del processo più della sua evoluzione naturale attesa.
- ❑ Il trattamento va regolato sulla base dell'effettiva efficacia dimostrabile.
- ❑ Deve essere erogato quanto più precocemente possibile tenendo conto del profilo scaturito dalla diagnosi.
- ❑ Il trattamento va interrotto quando, il suo effetto non sposta la prognosi naturale del disturbo.

# LA RIABILITAZIONE DEI DISTURBI DELL' APPRENDIMENTO

## PROGETTO RIABILITATIVO DEI DSA

**Obiettivo di fondo:** perseguire il più avanzato equilibrio tra dotazione funzionale di base ed il livello prestazionale nelle principali aree dell' apprendimento.

**È la risultante** di un insieme di traiettorie che interagiscono

- ❑ Il bambino con il suo profilo funzionale
- ❑ La scuola col suo programma didattico
- ❑ La famiglia (aspettative/ansie)
- ❑ L' apprendimento (al centro)

Lo specialista deve:

- individuare le tappe ed i contenuti della riabilitazione
- deve svolgere un ruolo di mediatore tra tutti i contraenti.

L'approccio multi professionale  
caratteristico nella clinica quotidiana è  
garanzia di un costante rimodellamento  
della prassi

## Perché provare a strutturare percorsi specifici?

- ❑ La necessità di dichiarare obiettivi, tempi, modalità, e risultati è tipico di un processo sanitario (vedasi in tal senso oltre alle raccomandazioni della Consensus Conference dei DSA anche le recenti modifiche delle norme regionali in merito alla riabilitazione)
- ❑ Ci impegna a costruire modelli di riabilitazione che garantiscano risultati su specifici obiettivi ed in tempi dichiarati (un trattamento è efficace se migliora l'evoluzione del processo più della sua evoluzione naturale attesa)
- ❑ Il percorso riabilitativo deve essere flessibile e costantemente aggiornato su verifiche di assessment funzionale
- ❑ Ci permette di razionalizzare le risorse

# Disturbo specifico di lettura (dislessia evolutiva)

## IDENTIFICARE I BAMBINI RISCHIO DI DISLESSIA:

- DSL pregresso o attuale
- Familiarità
- Difficoltà inattesa nell' acquisire la letto-scrittura

# Disturbo specifico di lettura (dislessia evolutiva)

DSL pregresso o attuale

- ❑ La PREVALENZA dei DSL nella popolazione infantile di 5-6 anni è stimata dal 3% al 7%;
- ❑ Il livello di sviluppo linguistico raggiunto in età prescolare è il dato predittivo più sicuro dell' apprendimento della lettura alla scuola elementare;
- ❑ Nei bambini in cui è presente DSL dopo i 4 anni è frequente la presenza successiva di disturbi di apprendimento della letto scrittura (a seconda del tipo di compromissione delle componenti del linguaggio)
- ❑ Il 40% di bambini con disturbo specifico di apprendimento risulta aver manifestato precedenti disturbi o ritardi del linguaggio;

# Disturbo specifico di lettura (dislessia evolutiva)

## Familiarità

- ❑ Nei bambini appartenenti a famiglie con ricorrenza di dislessia il rischio di sviluppare un disturbo della lettura varierebbe tra il 30 e il 50 % (Gilger et al 1991)
- ❑ Gli studi sui gemelli consentono di differenziare il contributo relativo delle influenze genetiche e del comune ambiente familiare. Il livello di concordanza per la diagnosi di dislessia è significativamente più alto nei gemelli MZ (68%) rispetto ai gemelli DZ (38%) (De Fries, 1996)
- ❑ La familiarità positiva per difficoltà di lettura può essere considerata un fattore di rischio ma, allo stesso tempo, divenire un fattore protettivo. Maggiore attenzione ai sintomi sospetti (sviluppo del linguaggio e prime fasi degli apprendimenti) quindi Diagnosi precoce

# Disturbo specifico di lettura (dislessia evolutiva)

## Iter diagnostico-riabilitativo

Visita ambulatoriale



RICOVERO TP o DH

Invio esterno

## Finalità del ricovero:

- Diagnosi clinica
- Diagnosi funzionale
- Co-morbilità
- Definizione approccio riabilitativo



# Disturbo specifico di lettura (dislessia evolutiva)

## PROTOCOLLO DIAGNOSTICO

- Test intellettivo
- Batteria del Linguaggio
- Lettura brano
- Comprensione brano
- Lettura parole, non-parole
- Dettato ortografico, parole, non-parole, frasi e produzione scritta
- Prove metafonologiche
- Se non accede a letto-scrittura (oppure se bambino all' inizio del ciclo scolastico) verifica pre-requisiti per letto-scrittura
- Verifica abilità aritmetiche (pre-requisiti o scolarità e/o AC-MT)
- Se necessario approfondimento delle funzioni neuropsicologiche non verbali (visuo-spaziali e prassico-costruttive)
- Visita NPI (esame stato mentale e visita neurologica)
- Se necessario screening sensoriale
- Osservazioni in piccolo gruppo
- Intervista diagnostica

# Valutazione

- Prova MT: rapidità e/o correttezza min di 2ds
- Prova MT: rapidità e/o correttezza min di 1 ds
- Prova Sartori 2/3 e/8 minore di 2 ds

# Lettura veloce

- Numerosi errori sostanziali:

Omissioni

Aggiunte

Sostituzioni

Inversioni

Errori combinati

# Letture lenta e abbastanza corretta

- Errori tempo disperdenti:
  - Auto correzioni
  - Letture sillabica
  - Balbettamenti
  - Ripetizioni
  - Errata prosodia e sua correzione

# Tipo misto

- Lettura piuttosto lenta
- Errori sia sostanziali che tempo disperdenti

# Disturbo specifico di lettura (dislessia evolutiva)

## CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SCELTA DEL TRATTAMENTO

- ❑ tipo e gravità del disturbo
- ❑ età del bambino
- ❑ risorse individuali e di rete
- ❑ offerte riabilitative presenti sul territorio

# Disturbo specifico di lettura (dislessia evolutiva)

## QUALE TRATTAMENTO ?

### Metodo Bakker:

- prerequisiti: regole di conversione grafema-fonema e fusione fonemica
- performances di lettura rapportabili a fine 2° - inizio 3° elementare
- sì deficit attentivi, no iperattività
- sì difficoltà fonologiche

### Logopedia classica

- presenza di screzi linguistici importanti
- non ancora acquisite la conversione grafema-fonema o la fusione fonemica
- spettro di azione più ampio
- necessità di lavoro con guida/sostegno

### Trattamento Geiger-Lettvin

- prerequisiti: FRF allargato
- quadro clinico in cui predominano le difficoltà di lettura
- sì difficoltà visuoperceptive, spaziali, prassiche
- no evidenti problemi linguistici
- sufficiente collaborazione e motivazione per un lavoro a domicilio

# Disturbo specifico di lettura (dislessia evolutiva)

## TRATTAMENTO BAKKER

### Criteria d'accesso

- scolarità fine II elementare
- Q.I.  $\geq 70$

### Durata

- 4 mesi bisettimanale (38 sedute); 45 minuti; trattamento individuale

### Obiettivo

- migliorare le abilità strumentali di letto – scrittura

### Materiale informatico

- Metodologia Bakker



## PREREQUISITI PER TRATTAMENTO BAKKER

### Criteria di accesso

- età cronologica  $\geq 7$  anni
- QI:  $\geq 70$

### Durata

- 2 mesi con frequenza bisettimanale (18 sedute) trattamento individuale/di gruppo; 45 minuti

### Obiettivi

- Potenziamento e/o acquisizione di prerequisiti di tipo meta-fonologico e di conversione grafema-fonema per accesso a trattamento Bakker

### Materiale

- Iconografico, cartaceo, informatico, ludico

### Metodologia

- training metafonologico training per l'automatizzazione della conversione grafema-fonema

# Disturbo specifico di lettura (dislessia evolutiva) PREREQUISITI DI LETTO-SCRITTURA

## Criteria d'accesso

- età cronologica dai 5 anni
- Q.I.  $\geq$  5 anni

## Durata

- 6 mesi (54 sedute) con frequenza bisettimanale (trattamento individuale)

## Obiettivi

- potenziamento e/o acquisizione dei requisiti fonologici e meta-fonologici, visuo-grafo-percettivi

## Materiale

- Iconografico, cartaceo, informatico, ludico

## Metodologia

- training metafonologico
- training di discriminazione uditiva
- training di discriminazione visiva
- training delle abilità visuo-grafiche
- training per l'automazione della conversione

# Disturbo specifico di lettura (dislessia evolutiva)

## TRATTAMENTO GEIGER-LETTVIN

### Criteria d' accesso

- FRF allargato
- quadro clinico in cui predominano le difficoltà di lettura
- no evidenti problemi linguistici
- sufficiente collaborazione e motivazione per un lavoro a domicilio

### Obiettivi

- Imparare a “mascherare” il testo circostante la parola
- Imparare a leggere parola per parola
- Imparare a riconoscere le forme delle singole parole

### Durata

- 6 mesi lavoro quotidiano a domicilio

### Materiale e Metodologia

- Lettura con mascherina (1h/die)
- Compiti non familiari di coordinazione occhio-mano (1-2 h/die)
- Aggiornamento di un diario dell' attività svolta

## In ambito didattico: vedasi Circolare MIUR 2004

La disabilità di lettura va affrontata con un approccio più educativo basato su

- ❑ strumenti compensativi che semplificano l'attività svolgendo le operazioni automatiche che il dislessico fatica a svolgere
- ❑ misure dispensative che riguardano i tempi di realizzazione delle attività e la valutazione delle prestazioni

### Prima fase di acquisizione delle abilità

Didattica differenziata e individualizzata

### Seconda fase della scolarizzazione

Didattica identica ma con il supporto di strumenti compensativi

Valutazione differenziata e individualizzata (misure dispensative)

## Strumenti compensativi

- ❑ Servizio “Il Libro Parlato” referente dr. Anna Milani possono accedere:
  - i pazienti dislessici in trattamento presso sedi LNF Lombardia
  - i pazienti che hanno già ricevuto diagnosi presso altri Centri

### Servizi offerti:

1. Analisi requisiti audiolibri (velocità, voce, pause)
2. Fonitura in base alle sue esigenze di libri di narrativi esistenti nella biblioteca del Libro Parlato Lions
3. Invio materiale e criteri specifici per la realizzazione audiolibro al Libro Parlato Lions
4. Consulenza telefonica alle scuole

## Come diventa il dislessico da adulto?

Nel 20% dei casi recupera (risoluzione)

Nel 45% dei casi compensa

(segni sfumati solo ai test: affaticabilità, errori nelle non parole, difficoltà di comprensione)

Nel 35% dei casi persiste

## Conseguenze della disabilità

I bambini dislessici hanno “per definizione” un livello intellettivo nella norma ma

nonostante ciò non riescono ad imparare a leggere, a scrivere e a far di conto.

Si capisce dunque come in tali casi emergano spesso:

- vissuti depressivi e di inadeguatezza,
- profonde perturbazioni del livello di autostima,
- disturbi del comportamento (iperattività, oppositività)
- difficoltà attentive.

Purtroppo si arriva ancora troppo spesso alla diagnosi di un DSA a partire dai disturbi comportamentali di un bambino (che rappresentano il motivo della consultazione specialistica)

Demoralizzazione, scarsa autostima e deficit nelle capacità sociali

Abbandonano la scuola nel 40% dei casi (circa 1,5 volte in più rispetto alla media).

Gli adulti con DSA possono avere difficoltà nel lavoro o nell'adattamento sociale.

Molti soggetti (10-25%) con DSA presentano **Disturbi associati**

- Disturbo della Condotta
- Disturbo Oppositivo Provocatorio ,
- ADHD
- Disturbo Depressivo Maggiore
- Disturbo Distimico