



DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori NENCINI, TOTARO, FARAONE, RIZZOTTI,
BUCCARELLA, BINI e BINETTI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 25 OTTOBRE 2018

Riconoscimento della disprassia come disabilità ai fini dell’inclusione scolastica e accademica, dell’integrazione sociale e dell’inserimento professionale nonché del conseguimento della patente di guida

ONOREVOLI SENATORI. – La disprassia dell'età evolutiva è attualmente definita come un disturbo dello sviluppo di «*high level*», la cui etiologia ha basi neurali, o anche disturbo del neurosviluppo (Gomez e Sirigu, 2015, EACD) che si manifesta con molteplici difficoltà, che interferiscono spesso in modo significativo con le attività della vita quotidiana e con gli apprendimenti. La diagnosi di disprassia si effettua sulla base dei criteri diagnostici indicati dall'*International Classification of Diseases-ICD 10* o dal *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-DSM-5*.

L'ICD 10 (pag. 255) parla di disturbo evolutivo specifico della funzione motoria (F82) ed elenca in tale disturbo:

la sindrome del bambino goffo, i disturbi evolutivi della coordinazione e la disprassia evolutiva. La disprassia evolutiva è dunque inclusa nel disturbo evolutivo specifico della funzione motoria (F82) e interferisce significativamente con il profilo scolastico e con le attività quotidiane.

I criteri diagnostici di ICD 10 sono:

a) un punteggio ad un *test* standardizzato di coordinazione motoria fine e grossolana che è almeno due deviazioni *standard* al di sotto del livello atteso in base all'età cronologica del bambino e al suo livello intellettuale generale;

b) il disturbo descritto nel criterio *a)* interferisce significativamente con il profilo scolastico e con le attività quotidiane;

c) non vi è una condizione neurologica diagnosticabile;

d) criterio di esclusione frequentemente utilizzato: quoziente d'intelligenza (QI) inferiore a settanta, valutato con un *test* standardizzato somministrato individualmente.

Vale precisare che l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) sta pubblicando la nuova classificazione internazionale delle malattie: ICD-11 sarà presentato all'Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2019 per l'adozione da parte degli Stati membri ed entrerà in vigore il 1° gennaio 2022.

I criteri indicati nel DSM-5 per la diagnosi di disprassia-DCD (315.4) sono i seguenti:

a) l'acquisizione e l'esecuzione di attività motorie coordinate risultano notevolmente inferiori rispetto a quanto atteso considerate l'età cronologica dell'individuo e l'opportunità che l'individuo ha avuto di apprendere e utilizzare tali abilità. Le difficoltà si manifestano con goffaggine (per esempio cadere o sbattere contro oggetti), così come con lentezza e imprecisione nello svolgimento delle attività motorie (per esempio afferrare un oggetto, usare forbici o posate, scrivere a mano, guidare la bicicletta o partecipare ad attività sportive);

b) il *deficit* delle abilità motorie indicato nel criterio *a)* interferisce in modo significativo e persistente con le attività della vita quotidiana adeguate all'età cronologica (per esempio nella cura e nel mantenimento di sé) e ha un impatto sulla produttività scolastica, sulle attività preprofessionali e professionali, sul tempo libero e il gioco;

c) l'esordio dei sintomi avviene nel primo periodo dello sviluppo.

La prevalenza stimata del disturbo è indicata fra il 5 e il 6 per cento, il che significa che in ogni classe ci si attende almeno un alunno con disprassia-DCD ed è più comune nei maschi, con un rapporto che varia da due a uno, a sette a uno. Secondo uno studio osservazionale britannico di *Dyspraxia*

Foundation, la diagnosi giunge più tardivamente nel sesso femminile, talvolta in adolescenza o in età adulta. Può essere presente in concomitanza con altre problematiche, quali il *deficit* di attenzione/iperattività (ADHD), il disturbo dello spettro autistico, i disturbi specifici dell'apprendimento.

Le manifestazioni della disprassia-DCD sono eterogenee ed è importante che ambiente familiare, educativo e sanitario collaborino, sia per una diagnosi precoce, sia per attivare nei diversi contesti un approccio integrato (Sabbadini, 2013), che tenga conto delle specifiche difficoltà del bambino e dell'evoluzione nel tempo della problematica, che permane in percentuali elevate nell'adolescenza e in età adulta.

Rispetto alle manifestazioni della disprassia-DCD le raccomandazioni della *European Academy of Childhood Disability* (EACD), del 2011, fanno riferimento alla classificazione ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), sia per la valutazione che per la pianificazione degli interventi. L'ICF considera sia il funzionamento e la disabilità (funzioni e strutture corporee, attività della vita quotidiana e partecipazione), sia i fattori contestuali (personali e ambientali).

I soggetti con disprassia hanno problemi (non necessariamente e sempre coesistenti) nei seguenti ambiti:

rappresentazioni mentali (rappresentarsi l'oggetto su cui agire, programmare le sequenze dei movimenti - memoria procedurale - e memorizzazione; difficoltà a mantenere la concentrazione per lunghi periodi; facile stancabilità; difficoltà a concentrarsi in presenza di rumori di fondo);

prassie fini e grossolane (coordinazione motoria; abbottonare, fare i lacci delle scarpe, infilare perline, infilare chiodini, andare in bicicletta, saltare, fare le scale, stare in equilibrio, vestirsi e svestirsi, lavarsi i denti, presa della penna e degli strumenti grafici);

integrazione bimanuale (uso di forchetta e coltello, ritagliare con le forbici un foglio e ruotarlo mentre l'altra mano apre e chiude per tagliare, tenere il foglio con una mano mentre l'altra scrive o disegna);

distretto oro-buccale (controllo oro/labio-facciale, salivazione, controllo mandibolare, masticazione, difficoltà nella pronuncia di alcuni vocaboli, balbuzie, confusione nell'organizzazione delle frasi, ripetizioni, rallentamenti, interruzioni durante la produzione verbale, difficoltà a pronunciare correttamente le sillabe, le parole, disturbo nella prosodia);

lateralità (tardo o mancato sviluppo della lateralità);

difficoltà visuo-percettive (difficoltà a mantenere un contatto visivo, ad individuare la costanza della forma, difficoltà a riconoscere la direzionalità di forme simili, difficoltà a compiere rotazioni mentali di figure);

tatto e propriocezione (sovra/sottostima al tatto, alla temperatura, al suono, all'odore, al gusto, alla luce, al dolore, localizzazione del dolore sul proprio corpo);

difficoltà di percezione del tempo, spazio e ritmo (difficoltà a giudicare le distanze, difficoltà a sapere dove ci troviamo in relazione agli altri e agli oggetti, ci si perde con facilità, difficoltà a distinguere destra da sinistra, difficoltà a copiare dalla lavagna al foglio sul quaderno, difficoltà a pianificare la giornata, difficoltà a «misurare» il tempo a disposizione nello svolgimento per esempio di un compito in classe, ad eseguire sequenze di consegne);

emotività (difficoltà a controllare lo stato emotivo - agitazione, irrequietezza -, sofferenza nel corpo per esprimere le emozioni - tra cui mal di stomaco, mal di testa -, difficoltà di riconoscimento delle emozioni in sé e negli altri).

Tutto ciò ha ripercussioni significativamente negative sulle attività della vita quotidiana, sulla produttività scolastica, sul tempo libero e sul gioco, sulle relazioni so-

ciali e, nel tempo, sulle attività preprofessionali e professionali, sulla guida di autoveicoli.

Il primo ambiente in cui il bambino/ragazzo con disprassia manifesta le proprie difficoltà dopo la famiglia, è quello scolastico. Nel 2017 *Dyspraxia Foundation UK* ha stilato un documento (*Early Years Fact-sheet – Dyspraxia Foundation UK Annual General Meeting Living with Dyspraxia/DCD – Londra, 24 giugno 2017*) da cui emerge:

Difficoltà a scuola

Scuola dell'infanzia

Difficoltà di tipo motorio:

- difficoltà di coordinamento;
- difficoltà nei giochi con la palla;
- sbatte contro oggetti, mobili, persone, fa cadere oggetti;
- inciampa e cade facilmente;
- difficoltà a salire e scendere scale velocemente;
- difficoltà ad imparare ad andare in bicicletta;
- mancanza di energia;
- scarse abilità motorie: sviluppo della scrittura, utilizzo del materiale scolastico come righelli e forbici;
- difficoltà a vestirsi e svestirsi, ad esempio allacciare le stringhe delle scarpe o abbottonarsi;
- mancanza di senso del pericolo, ad esempio nell'attraversamento di una strada trafficata;
- difficoltà nell'uso delle posate, specialmente tagliare il cibo con un coltello.

Difficoltà di tipo non motorio:

- uso corretto del linguaggio;
- difficoltà nell'organizzazione personale;
- difficoltà nel ricordare regole ed istruzioni;
- problemi del sonno.

Conseguentemente:

lezioni con giochi/musica ed educazione motoria sono spesso difficoltose. Il bambino può presentare difficoltà nell'arrampicarsi su attrezzature ginniche o strisciare all'interno di un tunnel, camminare lungo una linea retta, seguire delle sequenze, comprendere percorsi. Spesso vi può essere una sottostima del senso del pericolo. Livello di partecipazione molto limitato;

ritardo nell'acquisizione della dominanza con lateralità ambivalente: utilizzo di entrambe le mani per tenere una matita o svolgere un lavoro motorio fine;

scarse abilità grafiche: difficoltà nell'imparare a formare le lettere e a scrivere. Mancanza di forza (o forza eccessiva) della mano e difficoltà a mantenere l'impugnatura (può avere una impugnatura scomposta), i disegni e le produzioni artistiche presentano caratteristiche di immaturità;

difficoltà nell'uso di attrezzature in classe, nel tagliare la carta e utilizzare le forbici, infilare perline, chiodini, incollare materiali;

lentezza nel vestirsi/spogliarsi – in particolare per indossare o togliere le scarpe, allacciare i bottoni, indossare cappotti;

difficoltà ad aprire e chiudere rubinetti, a regolare la temperatura dell'acqua, difficoltà a pulirsi correttamente in bagno;

difficoltà nello stare seduto a lungo: spesso si muove per l'aula, si agita di continuo ed ha difficoltà a concentrarsi su un'attività;

maggior frequenza rispetto agli altri bambini di cadute e maggior tendenza ad inciampare;

lentezza o difficoltà ad imparare nuovi movimenti come saltare o saltellare, a stare in equilibrio su un piede solo, oppure nuotare. Il bambino sembra non essere in grado di imparare un movimento istintivamente, ha bisogno che le capacità gli vengano insegnate (meglio se mostrate visivamente anziché spiegate a voce);

difficoltà nella consapevolezza spaziale e nel rispetto delle distanze - può stare eccessivamente vicino alle altre persone o non sapere come muoversi in una stanza durante un gioco e rimane fermo in una zona limitata. Urta le persone e gli oggetti in classe o sul banco. Da ciò può derivare anche qualche difficoltà nel relazionarsi coi pari;

difficoltà durante i pasti: mangia in modo disordinato, ha difficoltà a utilizzare le posate e preferisce portare il cibo alla bocca con le mani. Può non gradire la consistenza di alcuni cibi;

scarse competenze percettive - trova difficoltà nell'assemblare sagome, *puzzle*, incastri e giochi di costruzioni;

scarse capacità di ascolto - sembra non ascoltare e ha difficoltà a seguire semplici istruzioni;

scarsa resistenza fisica - si stanca facilmente ed è spesso frustrato con se stesso;

scarse competenze linguistiche - può avere uno sviluppo ritardato della parola o del linguaggio. Presenta difficoltà a comprendere i modi di dire, i cosiddetti doppi sensi, le metafore e i proverbi, con tendenza a prendere tutto «alla lettera».

Strategie a supporto:

il bambino ha bisogno di supervisione e incoraggiamento per rimanere focalizzato su un determinato compito;

la sedia dovrebbe permettere al bambino di poggiare entrambi i piedi di piatto sul pavimento. Il bambino deve essere incoraggiato a sedersi mantenendo una postura eretta;

non si devono assegnare mai al bambino più di due istruzioni alla volta (cosiddetto doppio compito) e ci si deve assicurare che sia pronto per ricevere le istruzioni stesse prima di impartirle;

dare il maggior incoraggiamento e riscontro positivo possibile. È fondamentale che il bambino non perda autostima. Conce-

dere tempi aggiuntivi per il completamento di un'attività;

è necessario relazionarsi con professionisti medici competenti per ricevere consigli su come agire in classe e nella predisposizione del *setting* pedagogico.

Scuola primaria:

difficoltà nella scrittura manuale - sia nel tratteggiare le lettere che nella velocità. Il lavoro appare disordinato. Ha difficoltà a seguire in classe, a completare il lavoro, riesce a scrivere solo poche linee o frasi. La mano si stanca facilmente;

compromissione della percezione visiva e spaziale con conseguente difficoltà nella letto-scrittura, nel riconoscimento delle lettere, nel «tenere il segno» durante la lettura di un testo, difficoltà a copiare disegni geometrici pur avendo l'originale sotto gli occhi, difficoltà nel lavoro con immagini, nel lavoro di traslazione o di rotazione di piani, di figure geometriche, nel costruire collegamenti tra figure diverse, incolonnare i numeri nelle addizioni; difficoltà di comprensione dei concetti matematici (sommare, sottrarre, dividere e moltiplicare sono concetti in sé spaziali) e nell'apprendimento delle nozioni di storia (tempo, date), geografia (fenomeni fisici);

le lezioni di ginnastica sono spesso difficili - il bambino fa fatica nelle attività che comportano corsa, salto, afferrare, colpire o calciare una palla, arrampicarsi o scendere da attrezzi o sbarre. Ha difficoltà con i giochi di squadra, a capire e ricordare le regole, ad ascoltare le istruzioni;

difficoltà nell'uso dell'attrezzatura scolastica come righelli, forbici, compassi, goniometri, eccetera;

lento a vestirsi e svestirsi, ad esempio nel cambiarsi per le lezioni di educazione fisica, allacciarsi le scarpe, abbottonarsi, infilare un giaccone;

difficoltà a rimanere seduto - può stare scomposto sulla sedia e tendere a sdraiarsi sul banco, può vagare in classe o muoversi

continuamente pur restando al posto. Si agita e può disturbare gli altri;

difficoltà a mantenere gli spazi propri - i lavori vengono sparsi sul banco, gli strumenti usati in educazione fisica vengono lasciati in giro;

difficoltà di attenzione, fatica a focalizzarsi su una attività o possibilità di concentrarsi su un compito solo per un tempo limitato;

scarse abilità di organizzazione - dimentica di portare i compiti, i libri o gli avvisi a casa e viceversa, generalmente pasticciati, perde oggetti. Scarsa pianificazione per le verifiche in classe. Ha problemi ad adattarsi al nuovo anno scolastico o alla *routine* scolastica;

cade e inciampa - più spesso di altri bambini;

scarsa concezione degli spazi - sbatte contro oggetti in classe, fa cadere oggetti dal banco o sbatte contro altre persone;

scarsa memoria a breve termine - difficoltà a ricordare o seguire istruzioni, dimentica cosa deve fare come compito per casa, difficoltà a copiare dalla lavagna o a scrivere sotto dettatura;

facile affaticabilità, con conseguente necessità di pause di ristoro (da rispettare);

difficoltà nella socializzazione - spesso interpreta le cose alla lettera;

emotivo - spesso a disagio. Il disagio spesso si manifesta con malessere, emicrania, nausea;

il bambino potrebbe aver bisogno di supervisione e incoraggiamento per rimanere sui compiti assegnati.

Strategie a supporto:

assicurare una buona posizione seduta - dovrebbe consentire al bambino di tenere entrambi i piedi appoggiati al pavimento e il bambino dovrebbe essere incoraggiato a mantenere una postura eretta;

rendere disponibili fogli con le attività svolte in modo da ridurre la quantità di

scrittura necessaria e se necessario scrivere i compiti sul diario;

scomporre le attività e i compiti in piccole parti;

non dare al bambino più di tre-quattro istruzioni per volta e assicurarsi che sia preparato per le istruzioni prima di dargliele. Siate preparati a dover ripetere le istruzioni più volte;

fornire quanto più incoraggiamento e apprezzamento possibile. È vitale che il bambino non perda la propria autostima;

concedere più tempo per il completamento di un compito;

tenere in considerazione che le difficoltà possono essere più apparenti durante gli scatti di crescita;

promuovere un coordinamento tra medici professionisti per fornire indicazioni e consigli sulle disposizioni in classe e per le lezioni di educazione fisica.

Scuola secondaria:

le abilità motorie appaiono inferiori rispetto a quelle dei coetanei ed i movimenti appaiono maldestri;

persistono difficoltà rilevanti durante le lezioni di educazione motoria, nei giochi di squadra e/o negli sport di squadra;

permangono difficoltà nella scrittura a mano, sia in termini di leggibilità, sia in termini di velocità di scrittura;

permangono difficoltà nell'area matematica, con particolare riferimento alle difficoltà correlate ai concetti astratti e possibile conseguente criticità nella comprensione di problemi e di funzioni e/o nello svolgimento;

appaiono scarse le abilità relate alla motricità fine, quali, ad esempio, quelle necessarie per il corretto utilizzo di materiale scolastico specifico (squadre, riga, compasso, penne a china, gomma, eccetera) indispensabile nelle lezioni di educazione tecnica e di geometria;

residuano difficoltà a vestirsi/svestirsi, abbottonarsi, chiudere le *zip*, allacciare le stringhe delle scarpe, eccetera;

risulta scarsa la competenza nel valutare le distanze e le velocità;

appare deficitaria la consapevolezza spaziale sia negli spazi ampi, quali palestra e cortile, sia negli spazi piccoli, come il foglio di educazione tecnica o la pagina del quaderno di geometria;

emerge facile faticabilità a scuola;

risultano scarse le capacità di organizzazione del materiale (predisporre il materiale necessario per preparare lo zaino in autonomia), dei compiti a casa, della gestione delle comunicazioni sul diario scolastico e degli avvisi, frequentemente il materiale o gli oggetti vengono persi e/o dimenticati;

risultano scarse le abilità di copia e di memorizzazione a breve termine (scrittura sotto dettatura, capacità di prendere appunti durante le lezioni);

possono manifestarsi scarse capacità relazionali di socializzazione coi pari (rischio di isolamento e di essere vittima di bullismo);

appare fragile la flessibilità, con conseguente scarsa capacità di adattarsi a situazioni nuove e insolite;

emerge una certa fragilità di comprensione, che si manifesta con difficoltà a comprendere i modi di dire, le metafore e i proverbi, con tendenza a prendere tutto «alla lettera».

Si comprende dunque come per gli alunni/studenti con disprassia, indipendentemente da comorbilità con altri disturbi, sia fondamentale la figura dell'adulto di riferimento, che nell'ambiente scolastico è rappresentato dall'insegnante di sostegno.

La giornata dell'alunno con disprassia è una successione ininterrotta di gesti complessi che necessitano di organizzazione prassica e spaziale, che non fanno altro che metterlo in difficoltà, svelano le sue incapacità, divorano le sue risorse attenzionali, fi-

niscono per peggiorare inevitabilmente i suoi ritardi nel corso della giornata. La posta in gioco non è solo l'apprendimento di qualche sapere, un voto al compito in classe o il passare ad una classe superiore, in gioco vi è anche il rischio di sviluppare bassa autostima, di sentirsi inadeguati o incapaci, con conseguente aumentato rischio di deviare verso un atteggiamento di rinuncia, ritiro e abbandono, oppure al contrario verso modalità provocatorie, nel momento in cui l'ambiente scolastico non risulta accogliente (sia nell'orario di lezione, sia durante la ricreazione, le pause e lo sport).

Troppo spesso, infatti, ai docenti e agli stessi insegnanti di sostegno mancano le competenze necessarie per svolgere adeguatamente il proprio compito. Di seguito alcuni commenti di educatrici di scuola materna e di insegnanti di scuola primaria che non riconoscono la disabilità dei loro alunni: «sembra un pagliaccio, non sta mai fermo, si distrae in continuazione. Non si applica come dovrebbe»; «è sempre conciato da far paura, si infila la scarpa destra al posto della sinistra e viceversa, la camicia gli penzola fuori dai pantaloni, si infila la maglietta al contrario. A casa sua madre lo veste e così non impara. Io lascio che si arrangi da solo, ma impiega un secolo e poi rinuncia»; «non gli interessano i lavori che facciamo in classe, non vuole fare i *puzzle*, non disegna, non vuole tagliare con le forbici. Non è socievole, non guarda nemmeno in faccia i suoi compagni»; «è un bambino simpatico, ma a casa non lo educano. Non sa andare in bagno da solo. Quando mangia è un disastro. Non vuole applicarsi»; «ha una calligrafia pessima, non riesce a scrivere in modo ordinato, stando nelle righe. In matematica non riesce a incolonnare i numeri. Si stanca subito. È un bambino sveglio, potrebbe applicarsi di più». È evidente, in queste parole delle insegnanti, la mancata consapevolezza dell'origine neurobiologica dei problemi del bambino. In Italia, dove la di-

sprassia non è riconosciuta come disabilità, la legislazione pone l'accento sull'inclusione, ma i nostri insegnanti spesso non posseggono adeguata formazione. È fondamentale invece che essi conoscano le modalità di apprendimento degli alunni e studenti disprassici e su di esse calibrino la loro azione didattica, avvalendosi di strategie alternative e di strumenti compensativi, tra cui i mezzi informatici o per esempio consentendo che il bambino o ragazzo disprassico svolga lavoro orale più che scritto.

Le difficoltà del soggetto disprassico non terminano con l'uscita dalla scuola. La disprassia, per quanto possa compensarsi con adeguate strategie di supporto, persiste anche in età adulta:

- persistono difficoltà organizzative e difficoltà nelle relazioni sociali;
- scarsa capacità di pianificazione e di organizzazione;
- senso del tempo;
- problemi visuo-percettivi (guidare, giudicare le distanze e la profondità, parcheggiare l'auto);
- stancabilità (nei lavori manuali ad esempio);
- difficoltà nella gestione finanziaria;
- cura della persona;
- difficoltà nei lavori domestici e nella preparazione dei pasti.

In Italia la disprassia in sé non è considerata disabilità.

Secondo la prospettiva ICF (*International Classification of Functioning*, 2010) la disabilità viene definita come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo.

La classificazione ICF, detta anche classificazione dello stato di salute, fornisce una definizione di disabilità a contrario: l'individuo «sano» si identifica come «individuo in stato di benessere psicofisico» ribaltando, di

fatto, la concezione di stato di salute. Il concetto di disabilità identifica così le difficoltà di funzionamento della persona sia a livello personale che nella partecipazione sociale.

In questa classificazione i fattori biomedici e patologici non sono gli unici presi in considerazione, ma si considera anche l'interazione sociale: l'approccio, così, diventa multiprospettico: biologico, personale, sociale. La stessa terminologia usata è indice di questo cambiamento di prospettiva, in quanto ai termini di menomazione, disabilità ed *handicap* (ICIDH - *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, 1980), che attestavano un approccio essenzialmente medicalista, si sostituiscono i termini di strutture corporee, attività e partecipazione.

Di fatto lo *standard* diventa più complesso, in quanto si considerano anche i fattori sociali e non più solo quelli organici.

Si riporta di seguito l'articolo 1 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità del 2006: «Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri».

Ed ancora, la Corte costituzionale, con sentenza n. 80 del 2010 così statuisce: «I disabili non costituiscono un gruppo omogeneo. Vi sono, infatti, forme diverse di disabilità: alcune hanno carattere lieve ed altre gravi. Per ognuna di esse è necessario, pertanto, individuare meccanismi di rimozione degli ostacoli che tengano conto della tipologia di *handicap* da cui risulti essere affetta in concreto una persona».

Orbene, le norme esistenti nel quadro normativo italiano disciplinano, in modo peraltro totalmente insufficiente, inadeguato e parziale, esclusivamente il settore scolastico, dimodoché, alla maggiore età o comunque

all'ingresso nel mondo professionale, il soggetto disprassico non ha alcuna tutela.

La disprassia, in sé, è una disabilità e dunque un disturbo del neurosviluppo che impatta, in modo straordinariamente significativo, sulle attività della vita quotidiana e sugli apprendimenti; pur coinvolgendo, come esposto, circa il 6 per cento della popolazione, troppo spesso la disprassia non viene riconosciuta. Ai genitori, preoccupati dal ritardo che il figlio presenta nello sviluppo, troppi educatori di scuola materna e pediatri rispondono che ogni bambino ha i suoi tempi e conviene aspettare. Si perdono così anni preziosi. Fondamentale, al contrario, è una diagnosi precoce. La disprassia, vera disabilità nascosta, è ignorata. Una volta identificata, in genere con ritardo, manca un numero sufficientemente adeguato di strutture d'intervento, i centri specializzati per la cura del disturbo sono pochissimi sul territorio nazionale e generalmente i tempi di attesa sono eccessivamente lunghi (spesso a pagamento). Anche i servizi territoriali di neuropsichiatria infantile (in Lombardia UONPIA - unità operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza) non hanno preparazione specifica e lavorano sotto organico. Talvolta la diagnosi è tardiva perché misconosciuta. Il bambino disprassico non è considerato abbastanza grave da meritare un intervento terapeutico. Di lui ci si ricorda solo quando il suo comportamento diventa evidentemente disturbato e danneggia gli altri bambini (tant'è che la disprassia in comorbilità con disturbi comportamentali - cioè quando ha un impatto sociale - è riconosciuta come disabilità ai fini applicativi della legge n. 104 del 1992).

La preparazione dei pediatri di base, che per primi possono dare il «campanello d'allarme», sarebbe di importanza strategica ai fini di una diagnosi precoce. Ciò consentirebbe anche un risparmio delle risorse del Servizio sanitario nazionale in quanto pediatri informati focalizzerebbero subito la fi-

gura specialistica cui inviare il bambino in tenera età per procedere alla diagnosi precoce e alla conseguente attività di riabilitazione.

L'inadeguatezza del sistema italiano è determinata dall'inesistenza di norme che disciplinino specificamente il disturbo e che lo riconoscano in sé come disabilità (ciò, a differenza di quanto accade nel sistema normativo inglese e francese, canadese e australiano); dalla mancanza di norme che impongano agli insegnanti, in presenza di diagnosi di disprassia, non solo l'adozione di piani didattici personalizzati ma che indichino quali strumenti compensativi e misure dispensative adottare, quale didattica. Inoltre, non esiste alcun coordinamento tra l'*équipe* sanitaria (neuropsichiatria infantile-NPI, fisioterapisti, terapisti, riabilitatori), la scuola (dirigente scolastico, insegnanti, consiglio di classe) e la famiglia. A quest'ultimo riguardo, anzi, si segnala la grande difficoltà delle famiglie ad interagire con la scuola che si limita, nelle migliori delle ipotesi, a ricondurre gli alunni/studenti con disprassia nell'area BES (bisogni educativi speciali), trascurando in maniera significativa la disabilità prassica-spaziale. La disprassia è una disabilità nascosta (dr. Amanda Kirby, *The hidden handicap*, Souvenir Press, 2011), un disturbo poco conosciuto anche in ambito clinico e di qui la fatica delle famiglie a far comprendere le difficoltà dei propri figli agli insegnanti, agli allenatori sportivi, ai medici con cui si viene in contatto anche solo occasionalmente (ad esempio presso il pronto soccorso, nelle visite di controllo eccetera).

In Italia, si ribadisce, la disprassia in sé non è riconosciuta come disabilità. Conseguentemente solo se la disprassia si presenta in comorbilità con disturbi quali disturbi del linguaggio, dell'apprendimento, disturbo da deficit di attenzione/iperattività ADHD, disturbi dello spettro autistico, problemi di regolazione emozionale e comportamentale e via dicendo (questi sì riconosciuti come di-

sabilità) – il soggetto disprassico ha accesso (previa certificazione) alla legge n. 104 del 1992 (procedura per l'integrazione scolastica) con conseguente obbligo per la scuola di predisporre le risorse professionali necessarie (insegnante di sostegno+educatore) e di adottare il PEI (piano educativo individualizzato); di fatto, pur in presenza di PEI, gli insegnanti sono impreparati alla relativa redazione, soprattutto nei contenuti. L'accesso alla procedura per l'integrazione scolastica ex legge n. 104 del 1992 avviene su certificazione della commissione medica ATS, sul presupposto della cosiddetta diagnosi funzionale (questo almeno sarà sintantoché non entrerà in vigore il decreto legislativo n. 66 del 2017) redatta dal NPI:

se la disprassia si presenta sola, non in comorbilità, la direttiva del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 27 dicembre 2012 sui cosiddetti BES (bisogni educativi speciali) colloca la disprassia nell'area 2 dei cosiddetti disturbi evolutivi specifici. Ad una prima lettura, la direttiva BES sembrerebbe estendere il diritto ad usufruire delle stesse misure previste dalla legge n. 170 del 2010 (disturbi specifici di apprendimento-DSA) anche alle problematiche come la disprassia che possono compromettere il percorso scolastico. Invero, successivamente, il Ministero ha compiuto un passo indietro;

innanzitutto, la circolare del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca n. 8 del 2013 ha precisato che in assenza di certificazione di disabilità (legge n. 104 del 1992) o di diagnosi DSA (legge n. 170 del 2010) «...È necessario che l'attivazione di un percorso individualizzato e personalizzato per un alunno con BES sia deliberata dal CDC – o dal *team* docenti (all'unanimità? A maggioranza? nota del redattore-ndr) – dando luogo al PDP (piano didattico personalizzato – ndr) [...] i quali motiveranno opportunamente, verbalizzandole, le decisioni assunte sulla base di considerazioni

psicopedagogiche (?) e didattiche; ciò al fine di evitare contenzioso»;

e ancora, la successiva nota del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca n. 2563 del 22 novembre 2013 ha ulteriormente precisato che «nel caso di difficoltà non meglio specificate (cioè, in buona sostanza, in assenza di certificazione legge n. 104 del 1992 o di diagnosi DSA – ndr) soltanto qualora nell'ambito del CDC o del *team* docenti si concordi (all'unanimità – ndr) di valutare l'efficacia di strumenti specifici, questo potrà comportare l'adozione e quindi la compilazione di un PDP, con eventuali strumenti compensativi e/o misure dispensative. Si ribadisce che, anche in presenza di richieste dei genitori accompagnate da diagnosi che però non danno diritto alla certificazione di disabilità o di DSA, il CDC è autonomo nel decidere se formulare o non formulare un PDP, avendo cura di verbalizzare le motivazioni della decisione. È quindi peculiare facoltà dei CDC o dei *team* docenti individuare casi specifici per i quali sia utile attivare percorsi di studio individualizzati e personalizzati, formalizzati nel PDP, la cui validità rimane comunque circoscritta all'anno scolastico di riferimento».

E dunque, in relazione agli alunni/studenti non disabili e non DSA (quindi disprassia riconosciuto come BES/disturbo evolutivo specifico di cui all'area 2 della citata direttiva del 2012) la circolare ministeriale n. 8 del 2013 ha corretto quanto dichiarato inizialmente dalla direttiva del Ministero del 2012: il disposto della legge n. 170 del 2010 (DSA) si applica esclusivamente agli alunni/studenti con diagnosi di DSA; per gli altri (non DSA/non disabili) la nota del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca del 22 novembre 2013 (protocollo n. 2563) (che chiarisce la circolare ministeriale n. 8 del 2013) stabilisce che il CDC può adottare un PDP *ad hoc*.

Nello stesso solco, il Ministero, con recente circolare del 17 maggio 2018 (proto-

collo n. 1143) e con riferimento agli «ulteriori BES» (cioè coloro che non hanno certificazione *ex* legge n. 104 del 1992, né diagnosi DSA *ex* legge n. 170 del 2010, cioè il caso di disprassia pura di cui all'area 2 della citata direttiva BES del 2012) esplicita il principio per cui non occorre la dichiarazione di ulteriori BES in alunni con svantaggio o disagio di qualunque tipo, né è necessaria la formulazione di PDP per il successo educativo di ognuno («I docenti e i dirigenti che contribuiscono a realizzare una scuola di qualità, equa e inclusiva, vanno oltre le etichette e, senza la necessità di avere alcuna classificazione con "BES" o di redigere piani didattici personalizzati, riconoscono e valorizzano le diverse normalità, per individuare, informando e coinvolgendo costantemente le famiglie, le strategie più adeguate a favorire l'apprendimento e l'educazione di ogni alunno loro affidato»). In buona sostanza, si vogliono eliminare le «etichette», ma solo per gli «ulteriori BES». Ferme restando le garanzie della legge n. 104 del 1992 (certificazione di disabilità) e della legge n. 170 del 2010 (diagnosi di DSA), per esclusione, secondo la circolare, è vietata l'individuazione di alunni con ulteriori BES (individuazione che è operata dal consiglio di classe e non dall'azienda sanitaria locale *sic...*) ed è vietata l'adozione del conseguente PDP. Fermo restando che il principio per essere tale dovrebbe riguardare anche alunni con disabilità e DSA, in una scuola pubblica, se si deve agevolare qualcuno per motivi personali di qualunque tipo, occorre qualcosa di oggettivo (certificazione/diagnosi), pena il rischio di precipitare nei favoritismi o nel disconoscimento del valore legale dei titoli di studio. Sennonché, si rammenta che gli alunni con ulteriori BES, in forza della direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012, devono godere di «strumenti dispensativi e misure compensative». E allora come individuare un alunno al quale concedere tali agevolazioni senza qualcosa

di oggettivo, come, nel caso dei BES, almeno la delibera del consiglio di classe ed il conseguente PDP in cui tali misure sono indicate?

Tale circolare, a nostro parere, è inoltre illegittima per contrasto con fonte normativa superiore – la direttiva ministeriale del 2012 – ed altresì con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, in particolare articolo 4, paragrafo 3, secondo cui tutti gli atti normativi concernenti l'inclusione delle persone con disabilità devono almeno ricevere un parere nel mondo associativo della disabilità.

In relazione all'inserimento lavorativo: la legge n. 68 del 1999 (norme per il diritto al lavoro dei disabili) promuove l'inserimento lavorativo delle persone incluse nelle cosiddette categorie protette. La legge si applica agli individui in età lavorativa affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, o portatori di *handicap* intellettuale che importino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento (ed anche agli invalidi del lavoro con invalidità superiore al 33 per cento, a non vedenti, sordomuti, vittime di terrorismo e criminalità organizzata eccetera).

Il presente disegno di legge si propone pertanto di riconoscere autonomia alla diagnosi di disprassia e specificità di trattamento legislativo, riabilitativo e scolastico.

I passaggi che deve compiere il medico specialista ai fini dell'applicazione degli articoli 3 e 7 del presente disegno di legge sono più precisamente due:

1) diagnosi di disprassia (indipendentemente da comorbilità con altri disturbi, ma è sufficiente che ci sia una diagnosi di disprassia);

2) valutare in concreto e in relazione al caso singolo, il grado di compromissione delle abilità quotidiane (esempio: grado di autonomia da quattro a dieci anni: cammina? Parla? Gioca da solo? Gioca con i coetanei? Mangia da solo? Si lava da solo?

Si veste da solo? Va a scuola o all'oratorio da solo? I quesiti *standard* potrebbero essere oggetto di elaborazione successiva alla legge ed essere inseriti nelle linee guida della legge).

A questo punto, è il medico specialista che stabilisce quale disciplina sia più appropriata per il caso singolo e dunque:

nei casi di compromissione più severa (e, si ribadisce, anche in assenza di comorbilità), si accede alla legge n. 104 del 1992 (piano educativo individualizzato-PEI + insegnante di sostegno + educatore) - in tal caso la disprassia assurge a disabilità di per sé;

nei casi meno gravi, di minor compromissione delle abilità riconducibili all'età del soggetto, si procede con l'obbligo di PDP + strumenti compensativi + *tutor*.

Laddove poi la disprassia si associ in comorbilità ad altri disturbi o si presenti in quadro DSA, resta ferma la possibilità, come peraltro accade allo stato attuale, di accedere rispettivamente alla legge n. 104 del 1992 e alla legge n. 170 del 2010.

Profili di diritto comparato

Francia

In Francia la legge n° 2005-102 dell'11 febbraio 2005 riconosce i disturbi cosiddetti «DYS» (disprassia, dislessia, disortografia, discalculia ecc.) come «*handicaps cognitivi*». Secondo legge, ogni disturbo che limita le capacità della persona risultando invalidante rispetto ad alcune attività quotidiane è considerato come un *handicap*, che sia fisico, psichico, psicologico, mentale o cognitivo. Esiste un servizio pubblico che mira ad accogliere, informare ed orientare le famiglie ed è la MDPH (*Maison départementale des personnes handicapées*). Nel caso della disprassia, la MDPH valuta il grado di severità del disturbo, identificando le difficoltà che questo determina, nonché l'impatto sulla vita familiare, l'apprendi-

mento e i risultati scolastici, e determina la necessità di un progetto personalizzato didattico. Viene elaborato un PPC (*Plan Personnel de Compensation*).

Aspetti positivi:

- mette in collegamento l'aspetto medico con la difficoltà che il diprassico incontra nella vita di comunità (*in primis* nella scuola);

- il sostegno - che è previsto a tempo pieno e non parziale come in Italia - è garantito anche per i casi di disprassia pura e non solo in caso di comorbilità. Questo si spiega perché la disprassia, in Francia, è riconosciuta in sé come disabilità, in quanto determina una fatica organizzativa enorme dell'alunno/studente.

Punti critici:

- non è corretto considerare la disprassia come disabilità cognitiva poiché ciò non corrisponde al dato clinico. Non sarebbe comunque opportuno riportare nel nostro ordinamento questa impostazione anche per le conseguenze che tale definizione avrebbe nel nostro sistema scolastico ai fini del conseguimento di un valido titolo di studio (PEI differenziato che conduce ad attestato di credito formativo anziché licenza media o diploma);

- il sistema scolastico francese prevede, per tutti i DYS, classi e scuole differenziate. In Italia siamo orgogliosi di aver abolito le scuole speciali e le classi differenziali dapprima nel 1977 (legge n. 517 del 1977) e quindi definitivamente, per ogni ordine e grado di scuola, nel 1992 (legge n. 104 del 1992), introducendo i principi (prima) di integrazione e (poi) di inclusione scolastica.

Inghilterra

In Inghilterra le norme rilevanti sono contenute nello *Special Educational Needs*

(SEN) Disability Act del 2001, nel *Children and Families Act* del 2014, nonché nelle *Special Educational Needs and Disability Regulations* del 2014.

Il sistema scolastico inglese prevede che i bambini con bisogni educativi speciali siano inseriti in scuole tradizionali.

Le famiglie che ritengano che i propri figli abbiano esigenze educative speciali, possono contattare una serie di figure istituzionali: in particolare, il coordinatore SEN (cosiddetto «SENCO») nella scuola o nell'asilo e un consiglio locale se il bambino non frequenta una scuola o un asilo. Inoltre è disponibile su tutto il territorio del Paese un servizio di informazione, consulenza e supporto (IAS) locale, che offre assistenza in materia di disabilità e bisogni educativi speciali.

L'aiuto offerto agli alunni/studenti è variabile e può andare dal riconoscimento di un supporto SEN a scuola, come una semplice attività di logopedia, alla predisposizione di un piano di educazione, salute e cura (*Education, Health and Care-EHC plan*), destinato a bambini e giovani fino a venticinque anni che hanno esigenze più complesse. L'aiuto è offerto sin dall'età di due anni del bambino.

Il piano educativo, sanitario e assistenziale (EHC) è rivolto a bambini e giovani di età compresa sino ai venticinque anni che

hanno bisogno di maggiore sostegno di quanto non sia disponibile attraverso il supporto SEN. La valutazione è effettuata da un'apposita autorità locale a richiesta della famiglia, ma anche di medici, operatori sanitari, insegnanti, nonché dallo stesso interessato una volta compiuti i sedici anni. Il piano è stilato in contraddittorio con la famiglia e in caso di disaccordo è possibile presentare un ricorso al tribunale speciale per i bisogni educativi e l'invalidità. È inoltre riconosciuto un sostegno economico a chi abbia un EHC (*personal budget*).

Aspetti positivi:

è previsto un sostegno sin dall'età pre-scolare (due anni) e fino al compimento dei venticinque anni di età, ovvero (idealmente) a completamento degli studi universitari;

la predisposizione del piano educativo, sanitario e assistenziale, redatto sulla base di tutte le informazioni rilevanti (che riguardino gli aspetti clinici, psicologici, educativi dell'interessato, eccetera) prevede un confronto tra famiglie, scuola e interessato e un aggiornamento a più riprese;

la previsione di un sostegno di natura economica può essere amministrato direttamente dalla famiglia o conferito alla scuola, ma sempre utilizzato secondo le indicazioni della famiglia.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Riconoscimento e definizione della disprassia)

1. La presente legge riconosce la disprassia quale disturbo evolutivo della coordinazione motoria (*Developmental Coordination Disorder-DCD*) che implica, con incidenza e intensità variabile da soggetto a soggetto, anche in relazione all'età, e pur in presenza di capacità cognitive adeguate, una disabilità permanente che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

2. Ai fini della presente legge, si intende per disprassia/DCD un disturbo del neurosviluppo che si manifesta con molteplici difficoltà che interferiscono spesso in modo significativo con le attività della vita quotidiana e con gli apprendimenti.

3. Nell'interpretazione della definizione di cui al comma 2 si tiene conto dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche in materia.

Art. 2.

(Finalità)

1. La presente legge tutela i soggetti con disprassia/DCD con le seguenti finalità:

a) garantire il diritto alla salute, all'istruzione, all'integrazione sociale e lavorativa nonché i diritti di pari opportunità e di non discriminazione;

b) favorire la diagnosi precoce e percorsi sanitari riabilitativi;

c) favorire ed incrementare i programmi di formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario, *in primis* i medici pediatri, e dei terapisti riabilitatori;

d) favorire l'inclusione e il successo scolastico e accademico, anche attraverso percorsi didattici e misure di supporto, garantire una formazione adeguata e promuovere lo sviluppo delle potenzialità;

e) ridurre i disagi relazionali ed emozionali;

f) adottare forme di verifica e di valutazione adeguate alle necessità formative degli studenti;

g) preparare gli insegnanti per sensibilizzare i genitori nei confronti delle problematiche connesse alla disprassia/DCD;

h) incrementare la comunicazione e la collaborazione tra famiglia, scuola, università, servizi sanitari e associazioni riconosciute e maggiormente rappresentative della disprassia/DCD, durante il percorso di istruzione e di formazione;

i) assicurare eguali opportunità di sviluppo delle capacità in ambito sociale e professionale;

l) promuovere l'inserimento e l'integrazione sociale e lavorativa nel mondo professionale attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato, favorendo altresì la comunicazione e la collaborazione tra i servizi sanitari e le associazioni riconosciute e maggiormente rappresentative della disprassia/DCD e le aziende, prevedendo forme di agevolazione fiscale ed esoneri per le aziende maggiormente collaborative che stipulino «contratti di solidarietà» o che prevedano in organigramma figure professionali di *tutoring*.

Art. 3.

(Diagnosi)

1. La diagnosi di disprassia/DCD è effettuata dal medico specialista nell'ambito dei

trattamenti specialistici già assicurati dal Servizio sanitario nazionale (SSN) a legislazione vigente o, in alternativa, qualora non sia possibile effettuare la diagnosi nell'ambito dei trattamenti specialistici già assicurati dal SSN, ovvero questa non possa intervenire entro tre mesi, la medesima diagnosi può essere effettuata da specialisti o strutture accreditate.

2. La diagnosi di disprassia/DCD di cui al comma 1, in relazione al grado di compromissione delle abilità motorio-prassiche, linguistiche e verbali del singolo caso concreto accertato dal medico specialista, produce alternativamente i seguenti effetti:

a) anche indipendentemente da comorbidità con altri disturbi, dà accesso alle procedure di integrazione scolastica di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 104;

b) in difetto, nel caso singolo e concreto, dei presupposti applicativi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dà diritto allo studente a strumenti compensativi e misure dispensative nel percorso scolastico e accademico. In tal caso, le istituzioni scolastiche e accademiche hanno l'obbligo di predisporre e di attivare in modo tempestivo le misure educative e didattiche di supporto di cui all'articolo 4 della presente legge, di redigere e di attuare piani educativi personalizzati che prevedano altresì l'affiancamento dello studente con la figura di un *tutor* che lo supporta e lo segue nel percorso scolastico e accademico;

c) in caso di comorbidità con quadro di disturbi specifici di apprendimento-DSA, resta ferma la possibilità di accedere alla disciplina di cui alla legge 8 ottobre 2010, n. 170.

Art. 4.

(Misure educative e didattiche di supporto)

1. Gli studenti con diagnosi di disprassia/DCD hanno diritto di fruire di appositi prov-

vedimenti dispensativi e compensativi nonché di flessibilità didattica nel corso dei cicli di istruzione e formazione e negli studi universitari.

2. Agli studenti con diagnosi di disprassia/DCD le istituzioni scolastiche, a valere sulle risorse specifiche e disponibili a legislazione vigente iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, garantiscono:

a) l'uso di una didattica individualizzata e personalizzata, con forme efficaci e flessibili di lavoro scolastico che tengono conto anche delle caratteristiche peculiari dei soggetti, adottando una metodologia e una strategia educativa adeguate;

b) l'introduzione di strumenti compensativi, compresi i mezzi di apprendimento alternativi e le tecnologie informatiche, nonché misure dispensative da alcune prestazioni non essenziali ai fini della qualità dei concetti da apprendere;

c) per l'insegnamento delle lingue straniere, l'uso di strumenti compensativi che favoriscono la comunicazione verbale e che assicurano ritmi graduali di apprendimento, prevedendo anche, ove risulti utile, la possibilità dell'esonero.

3. Le misure di cui al presente articolo sono sottoposte periodicamente a monitoraggio per valutarne l'efficacia e il raggiungimento degli obiettivi.

4. Agli studenti con diagnosi di disprassia/DCD sono garantite, durante il percorso di istruzione e di formazione scolastica e universitaria, adeguate forme di verifica e di valutazione, anche per quanto concerne gli esami di Stato e di ammissione all'università, gli esami universitari e i concorsi pubblici.

Art. 5.

(Formazione nella scuola)

1. Nell'ambito dei programmi di formazione del personale docente e dirigenziale

delle scuole di ogni ordine e grado, compresa la scuola dell'infanzia, è assicurata un'adeguata preparazione riguardo alle problematiche relative alla disprassia/DCD, finalizzata ad acquisire la competenza per individuare precocemente i segnali e la conseguente capacità di applicare strategie didattiche, metodologiche e valutative adeguate.

Art. 6.

(Misure a favore dei familiari)

1. In difetto, nel caso singolo e concreto, e al di fuori dei presupposti applicativi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, la diagnosi di disprassia/DCD di cui all'articolo 3 della presente legge dà diritto di usufruire di orari di lavoro flessibili ai familiari fino al primo grado di studenti con disprassia/DCD del primo ciclo di istruzione, comprendente la scuola primaria e la scuola secondaria di primo grado, che siano impegnati nell'accompagnamento alla riabilitazione e nell'assistenza alle attività scolastiche a casa.

2. Le modalità di esercizio del diritto di cui al comma 1 sono determinate dai contratti collettivi nazionali di lavoro dei comparti interessati e non devono comportare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 7.

(Integrazione lavorativa)

1. La diagnosi di disprassia/DCD di cui all'articolo 3, comma 1, in relazione al grado di compromissione delle abilità motorio-prassiche, linguistiche e verbali del singolo caso concreto accertato dal medico specialista produce, alternativamente, i seguenti effetti ai fini dell'integrazione lavorativa:

a) anche indipendentemente da comorbidità con altri disturbi e ferma restando la

valutazione dell'incidenza del disturbo sulla concreta capacità lavorativa, consente l'attivazione delle procedure per il riconoscimento dell'invalidità civile ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68, ai fini del collocamento mirato e delle assunzioni obbligatorie in quote di riserva di cui agli articoli 2 e 3 della medesima legge n. 68 del 1999;

b) in difetto, nel caso singolo e concreto, dei presupposti applicativi della legge 12 marzo 1999, n. 68, dà diritto all'affiancamento in azienda di un responsabile delle risorse umane opportunamente formato in qualità di *tutor* che, a partire dallo svolgimento del colloquio di lavoro e, successivamente, nell'assegnazione e nello svolgimento delle mansioni lavorative, segue e sostiene il lavoratore con disprassia/DCD.

Art. 8.

(Patente di guida)

1. Per i candidati al conseguimento della patente di guida delle categorie A e B con diagnosi di disprassia/DCD, l'accertamento dei requisiti fisici e psichici di cui all'articolo 119, comma 2, del codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, è effettuato dalla commissione medica locale territorialmente competente, integrata da un medico specialista inerente alla condizione del soggetto, previa presentazione della certificazione di diagnosi di disprassia/DCD di cui all'articolo 3 della presente legge.

2. La certificazione medico-specialistica, rilasciata ai fini del comma 1 del presente articolo, indica specificamente per ciascun soggetto candidato con quali modalità deve essere sostenuto l'esame di teoria, che può essere, in particolare, un esame orale oppure informatizzato, con adattamenti, tempi aggiuntivi, domande a risposta secca e non multipla nonché ausilio di *files* audio, e indica altresì i dispositivi di guida che devono

essere utilizzati per lo svolgimento dell'esame pratico, tra i quali: cambio automatico, sterzo adattato a *joystick*, comandi di svolta vocali o specchietti retrovisori ingranditi.

3. La commissione medica di cui al comma 1 indica nel certificato di idoneità quali sono i dispositivi di guida che il candidato deve utilizzare. Le eventuali modifiche devono essere riportate sul foglio rosa e successivamente sulla patente di guida.

4. Dopo il riconoscimento di idoneità e il rilascio del foglio rosa, il candidato può esercitarsi alla guida e sostenere gli esami teorici e pratici per il conseguimento della patente utilizzando veicoli con gli adattamenti prescritti. In fase di esame pratico, è facoltà dell'ingegnere della motorizzazione civile confermare gli adattamenti prescritti dalla commissione medica ai sensi del comma 3 o prevederne di diversi. Lo stesso candidato può richiedere adattamenti diversi da quelli che la commissione medica ha prescritto.

5. Nella patente di guida sono riportati gli adattamenti definitivi necessari alla guida dei veicoli. I soggetti con disprassia/DCD che conseguono la patente di guida possono condurre solo i veicoli provvisti di tali dispositivi di guida.

Art. 9.

(Disposizioni di attuazione)

1. Con decreto del Ministro per la famiglia e le disabilità e del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, ad adottare linee guida per: la predisposizione

di protocolli regionali per l'attività di diagnosi precoce di cui all'articolo 3; l'identificazione degli strumenti compensativi, delle misure educative e didattiche di supporto di cui all'articolo 4; l'individuazione delle modalità di formazione dei docenti e dei dirigenti scolastici di cui all'articolo 5; l'individuazione dei servizi di sostegno e di collocamento lavorativo mirato, delle modalità di formazione del personale addetto alle risorse del personale nelle aziende ai fini dell'integrazione lavorativa di cui all'articolo 7; l'individuazione delle modalità di svolgimento degli esami orali e pratici di guida e dei dispositivi di guida di adattamento di cui all'articolo 8.

€ 2,00