

“NUOVE NORMATIVE / NUOVE COMPETENZE” con SEMINARIO su ADHD



**all
inclusive**
ALLENARE ALL'INCLUSIONE



ADHD



«L'uomo è più vicino a se stesso quando raggiunge la serietà di un bambino intento nel

Nuove Normative – Nuove Competenze
Scuola dell'Infanzia – Primaria / 12 giugno

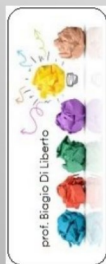
gioco
Fractio



Il Disturbo da Deficit dell'attenzione ed iperattività, ADHD

(*acronimo inglese per Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*) è un disturbo neuropsichiatrico caratterizzato da un livello di inattenzione, impulsività ed iperattività motoria inappropriato in relazione allo sviluppo

Adapted from American Psychiatric Association, DSM-IV TR, 2000
Linee guida SINPIA; ADHD: diagnosi e terapie farmacologiche. Approvazione CD: 24 Giugno 2002



Capire l'ADHD

È un disordine:

- di esecuzione, non di abilità
- Del fare quello che si sa, non del sapere quello che si fa
- del quando e del dove, non del come e del che cosa
- Dell'uso del passato al "punto di performance"



Deficit di inibizione e delle funzioni esecutive.

Barkley propone una stretta somiglianza delle prestazioni dei bambini con DDAI con quelle dei pazienti adulti con lesioni pre-frontali e sostiene che il **deficit inibitorio** determini difficoltà a livello di memoria di lavoro, autoregolazione di emozioni, motivazione e arousal, interiorizzazione del linguaggio e analisi/sintesi degli eventi (reconstitution).



Deficit delle FUNZIONI ESECUTIVE
(R. Barkley 1997)

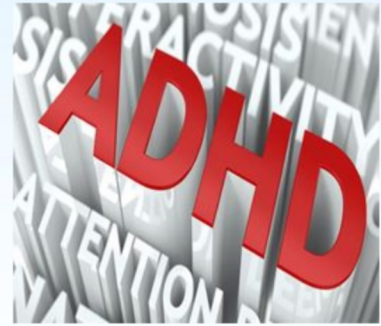
AUTOREGOLAZIONE deficitaria

- Memoria Di lavoro
- Discorso interiorizzato
- Autoregolazione delle emozioni
- Ricostruzione
- Problem solving

SONO COM PROMESSE



- Autoinibizione (self-inhibition)
- Stimolazioni sensomotorie autodirette (Self-directed sensory-motoraction)
- Istruzioni verbali autoimpartite (self-directed private speeck)
- Autoregolazione emotiva-emozionale (Self-directed emotion/motivation)
- Ricombinazione (self directed paly)
- Consapevolezza di sé (self-awareenes)



R. Barkley in Daffi Prandolin (2013)



Il bambino non riesce a regolare

Processo di pianificazione e soluzione di problemi

Livello di autostima
(sono bravissimo / non valgo nulla)

Concentrazione e attenzione sostenuta nel tempo

Comportamento motorio e verbale

Capacità di rispondere in modo positivo a certi stati emotivi
(rabbia frustrazione)

Comportamento con gli altri e non si adegua alle regole sociali

Il livello di motivazione e la fiducia nell'impegno e nello sforzo

Risposte precipitose e impulsive

Vio, Mazzocchi, Offredi "il bambino con DDAI"



Scuola dell'infanzia

- Bisogno irrefrenabile di muoversi
- Incapacità di lavorare su una stessa attività fino al completamento
- Ricerca continua di novità e veloce saturazione con conseguente abbassamento della motivazione
- Scarso rispetto delle regole
- Brevissimi tempi di ascolto
- Aggressività
- Scarsa risposta alle punizioni



- Un bisogno irrefrenabile di muoversi lo rende inquieto e non riesce a stabilire dei contatti con gli altri
- a giocare con lo stesso gioco per un po' di tempo per
 - apprendere un'adeguata coordinazione oculo-manuale
 - sviluppare strategie per affrontare problemi più complessi
- Gli insegnanti lo riprendono
- Lui sente di non riuscire a fare diversamente: è come se il suo motorino non si fermasse e non è capace di fermarsi, riflettere su quello che deve fare.
- Con i compagni non va meglio: non riesce ad accettare che altri gli impongano delle regole nei giochi
- Gli oggetti circostanti, se colorati o mai visti, sono molto eccitanti, vorrebbe prenderli tutti (anche contemporaneamente) per giocare ed esplorarli.
- Dopo un po' l'eccitazione per la novità svanisce e vorrebbe qualcos'altro
- L'attesa è qualcosa di sgradevole perchè vorrebbe tutto e subito, per un bisogno che fatica lui stesso a controllare.



- Bisogno irrefrenabile di muoversi
- Incapacità di lavorare su una stessa attività fino al suo completamento
- Ricerca di novità, stimolazioni sempre più eccitanti: bisogno di cambiare compito perché c'è stata una veloce saturazione e quindi abbassamento della motivazione
- Scarso rispetto delle regole: nelle attività, con i compagni, con le insegnanti
- Tendenza a volere tutto e subito
- Scarse risposte alle punizioni
- A volte si osservano comportamenti simili anche nei genitori (anche se riferiti ad adulti)



Scuola primaria



Aspetti cognitivi:

- Controllare, selezionare e mantenere in memoria informazioni rilevanti
- Difficoltà a mantenere l'attenzione focalizzata su contenuti presentati oralmente o per iscritto
- Presenza di errori di distrazione

■ Problemi di apprendimento relativi:

- Lettura (errori di tipo visivo, difficoltà a mantenere il segno e frequenti salti di riga)
- Pianificazione e produzione del testo scritto
- Comprensione del testo scritto e conseguente difficoltà di studio.
- Difficoltà di soluzione di problemi matematici



Scuola primaria

Aspetti comportamentali:

- Nelle prime classi permane il bisogno irrefrenabile di muoversi
- Permane sempre la difficoltà di concentrazione
- Difficoltà a posticipare nel tempo la gratificazione
- Impulsività nelle risposte con maggiore probabilità di errore
- Scarsa tolleranza alla frustrazione



Aspetti cognitivi e di apprendimento



1. Maggior presenza di alunni con diagnosi di DSA, rispetto ai non ADHD (hp di fragilità genetica comune tra ADHD e DSA): 35-40% rispetto a 4-5%
2. Elevata numerosità di bambini ADHD con problemi di apprendimento aspecifici: comprensione del testo, soluzione di problemi e soprattutto nello studio.
3. Difficoltà nei processi cognitivi di tipo controllato: selezione e mantenimento in memoria di lavoro delle informazioni importanti per comprendere testi e problemi.
4. Difficoltà nel mantenere l'attenzione focalizzata sui contenuti presentati oralmente o per iscritto.



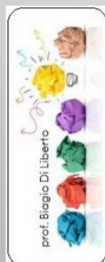


5. Difficoltà nel pianificare i passaggi sequenziali per l'esecuzione di attività scolastiche: individuare gli obiettivi più importanti, farne una gerarchia, e definire i vari passaggi per portare a termine i propri impegni.
6. Lento e dispersivo nell'esecuzione dei primi compiti
7. Presenza di numerosi errori di distrazione
8. Incapace di portare a termine i compiti
9. Disordinato, disorganizzato, "smemorato" nel rispettare le consegne e i compiti
10. Frettolosità nel finire i compiti
11. Assenza di revisione e autocorrezione nei compiti scolastici
12. In caso di errore spesso non vi è un'accurata valutazione delle cause: l'attribuzione è esterna (è colpa degli altri)

Aspetti comportamentali

- La percezione di scarsa tenuta attentiva e la demotivazione crescente viene contrastata con l'irrequietezza (iperattività)
- L'iperattività è un bisogno irrefrenabile di muoversi per allentare la tensione e autostimolare la propria attenzione
- I contesti sociali e scolastici non tollerano l'eccessivo movimento: scarso rispetto delle regole
- L'iperattività serve anche per compensare la sensazione sgradevole di dover aspettare un evento futuro, presumibilmente piacevole per il bambino (delay aversion)

Alla scuola primaria



- La delay aversion induce il bambino a volere tutto e subito perché lui non tollera di aspettare
- Lo stesso meccanismo di intolleranza dell'attesa potrebbe spiegare l'impulsività.
- L'impulsività induce scarso controllo delle risposte e maggiore probabilità di commettere errori.



La disattenzione è un problema di **autoregolazione** del comportamento causato da due tipi di difficoltà:

1. **Programmazione e organizzazione** di comportamenti complessi per raggiungere gli obiettivi (Deficit delle Funzioni Esecutive),
2. Mantenimento delle **sforzo cognitivo** (Deficit di Vigilanza).



Osservazione: modello ABC

ANTECEDENTE (Antecedent)

Evento che precede il comportamento

COMPORAMENTO (Behaviour)

Condotta messa in atto

CONSEGUENZA (Consequence)

Evento che segue il comportamento e che può intensificare o ridurre il comportamento

Ogni comportamento è costituito da una fase precedente che lo **"scatena"** ed una conseguente che fa in modo che **esso si ripeta** oppure **lo scoraggia**

Attention
Deficit
Hyperactivity
Disorder

Attention
Deficit
Hyperactivity
Disorder

prof. Biagio Di Liberto



Attention
Deficit
Hyperactivity
Disorder

Programmare intervento

Antecedenti

Strategie proattive

Conseguenze

Strategie reattive



Modificare l'ambiente per
ridurre i comportamenti
disfunzionali

CONTESTO FACILITANTE



Agire direttamente sui
comportamenti

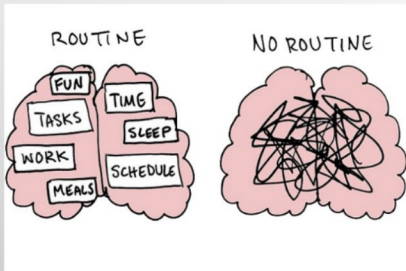
RINFORZI POSITIVI
CONSEGUENZE NEGATIVE

Attention
Deficit
Hyperactivity
Disorder



Antecedenti

- Organizzare l'aula e i materiali
- Stabilire delle routine
- Fare un piano di regole semplici e condivise
- Pianificare il lavoro
- Pianificare attività di transizione e tempo libero

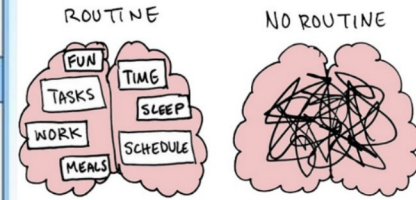
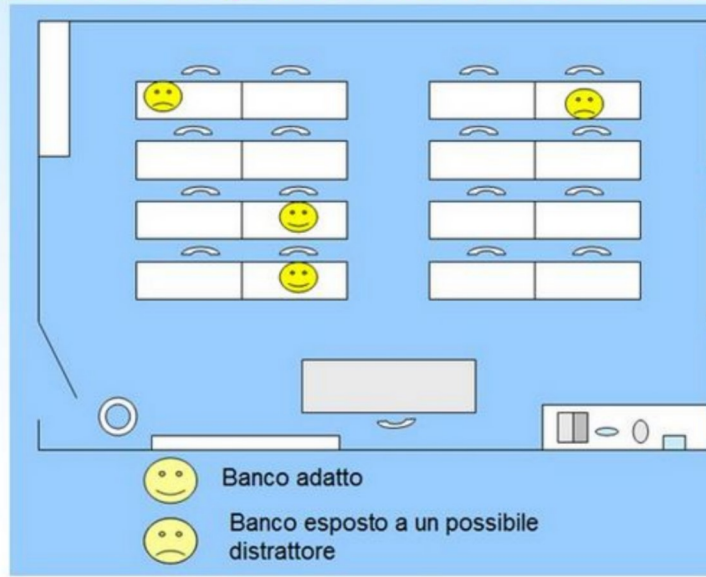


Organizzazione dell'aula

Stabilire la disposizione dei banchi

Obiettivi:

- Limitare noia e disturbo
- Favorire le interazioni positive
- Incrementare l'applicazione al compito



Organizzazione dei materiali

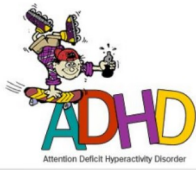
Predisporre

- Cartelle e quaderni con etichette
- Simboli da apporre sul diario
- La cassetta dei materiali

Stabilire delle routine per la gestione del materiale scolastico:

- Far leggere il cartellone dei materiali
- Fare elencare il materiale necessario per ogni materia
- Fare incollare sul diario, le immagini corrispondenti
- Verificare al mattino della presenza del materiale (gratificazione/costo della risposta)

ITALIANO	STORIA / GEOGRAFIA	MATEMATICA
Libro	Libro	Libro
Quaderno	Quaderno	Quaderno
Penna	Penna	Penna
Dizionario	Gomma	Squadre
Gomma	Matta	Gomma
Matta	Colori	Matta
Colori	Temperino	Colori
Temperino	Righello	Temperino
Righello	Evidenziatore	Righello
Evidenziatore		Evidenziatore



Scuola secondaria



- Scelta di "basso profilo"
- Scarsa motivazione allo studio
- Studio superficiale con forti difficoltà di organizzazione. Errata valutazione della sua preparazione.
- Nelle verifiche scritte ci sono errori, frasi telegrafiche e male organizzate. Manca la capacità di fare una sintesi organica o di cogliere l'idea centrale. Frequenti dimenticanze (compiti e materiali)
- Infrazione delle regole scolastiche
- Tendenza a nascondere l'insuccesso
- Dal punto vista relazionale spesso è solo o legato ad altri ragazzi problematici. Con i quali instaura rapporti problematici



«...se si perde loro, la scuola non è più scuola. È un ospedale che cura i *sani* e respinge i *malati*» (Don Milani)

L'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), è un disturbo dello sviluppo neurologico caratterizzato da alterazioni della crescita e dello sviluppo del cervello o del sistema nervoso.

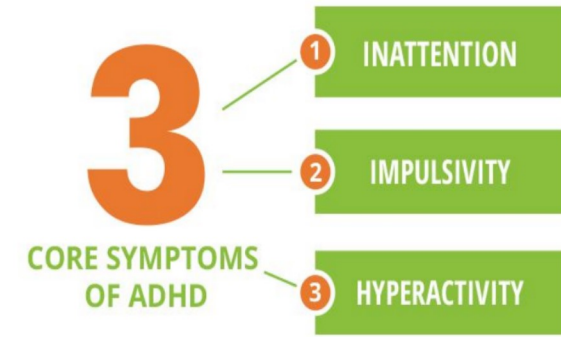
Circa il 30-50% delle persone con diagnosi di ADHD nell'infanzia, continua a presentare sintomi in età adulta e nell'adolescenza; il 2-5% degli adulti presenta tale condizione

Linee guida del trattamento cognitivo comportamentale dei disturbi da deficit dell'attenzione con iperattività (ADHD)

a cura di Giuseppe A. Chiarenza, Elena Bianchi, Gian Marco Marzocchi - approvate dal Consiglio Direttivo ottobre 2002

Linee-guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva

approvata dal Consiglio Direttivo SINPIA in data 22 giugno 2002



Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, o adhd, è un disturbo evolutivo cronico dell'autocontrollo, caratterizzato da difficoltà di attenzione e concentrazione, di controllo degli impulsi e del livello di attività. incapacità di regolare il proprio comportamento in funzione del trascorrere del tempo, degli obiettivi da raggiungere e delle richieste dell'ambiente.

Chi è affetto da ADHD è il primo a soffrire dei suoi sentimenti estremi e delle reazioni che provoca negli altri: viene preso da forti emozioni, vive un travaglio di sentimenti, si sente solo e senza alcun aiuto, come se nessuno fosse veramente in grado di capirlo.





DIAGNOSI

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, o ADHD, è un disturbo evolutivo cronico dell'autocontrollo, caratterizzato da difficoltà di attenzione e concentrazione, di controllo degli impulsi e del livello di attività. incapacità di regolare il proprio comportamento in funzione del trascorrere del tempo, degli obiettivi da raggiungere e delle richieste dell'ambiente.



«...se si perde loro, la scuola non è più scuola. È un ospedale che cura i *sani* e respinge i *malati*» (Don Milani)

La più recente descrizione del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è contenuta nel DSM-IV (APA, 1994. Vedi tabella 1.1), secondo il quale, per poter porre diagnosi di DDAI, un bambino deve presentare almeno 6 sintomi per un minimo di sei mesi e in almeno due contesti; inoltre, è necessario che tali manifestazioni siano presenti prima dei 7 anni di età e soprattutto che compromettano il rendimento scolastico e/o sociale.

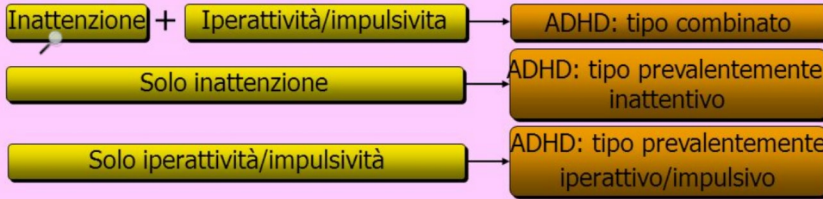
Incidenza: 7%. Maggiore tra i maschi (4:1 9:1)

Se un soggetto presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di disattenzione, viene posta diagnosi di DDAI - sottotipo disattento; se presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di iperattività-impulsività, allora viene posta diagnosi di DDAI - sottotipo iperattivo-impulsivo; infine se il soggetto presenta entrambe le problematiche, allora si pone diagnosi di DDAI - sottotipo combinato.

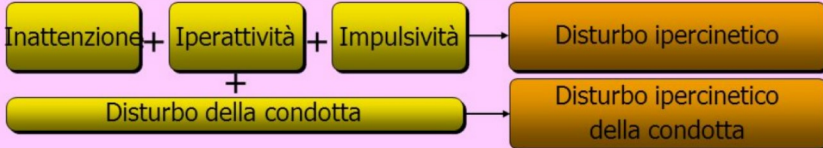
I 18 sintomi presentati nel DSM-IV sono gli stessi contenuti nell'ICD-10 (OMS, 1992), l'unica differenza si ritrova nell'item (f) della categoria iperattività-impulsività (Parla eccessivamente) che, secondo l'OMS, è una manifestazione di impulsività e non di iperattività.

ADHD (DSM-IV) vs HKD (ICD-10)

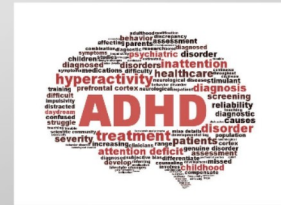
DIAGNOSI SECONDO DSM-IV (ADHD)



DIAGNOSI SECONDO ICD-10 (HKD)



Nella decima edizione della Classificazione ICD i segni di ADHD sono nominati come "DISTURBI IPERCINETICI". Quando è presente un disturbo della condotta (come definito dalla ICD-10), la condizione è indicata come "disturbo ipercinetico del comportamento". In caso contrario, il disturbo può essere classificato come "disturbo delle attività e dell'attenzione", "altri disturbi ipercinetici" o "disturbo ipercinetico non specificato".



«...se si perde loro, la scuola non è più scuola. È un ospedale che cura i sani e respinge i malati» (Don Milani)

ADHD non è una normale fase di crescita/
Non è il risultato di una disciplina educativa
inefficace

Fino al DSM-IV...

- 1902, Still → "Deficit del Controllo Morale"
- 1947, Strauss e Lehitnen → "Sindrome da Disfunzione Cerebrale Minima"
- 1968, DSM-II (APA) → "Reazione Ipercinetica del Bambino"
- 1980, DSM-III (APA) → "Sindrome da Deficit di Attenzione"
- oggi, DSM-IV (APA) → "Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività"

DSM-5



«...se si perde loro, la scuola non è più scuola. È un ospedale che cura i sani e respinge i malati» (Don Milani)

ADHD in adolescenza

Il Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività (DDAI) si caratterizza per la presenza di tre gruppi fondamentali di sintomi:

DISATTENZIONE, intesa come incapacità nel mantenere per un periodo sufficientemente prolungato l'attenzione su un compito.

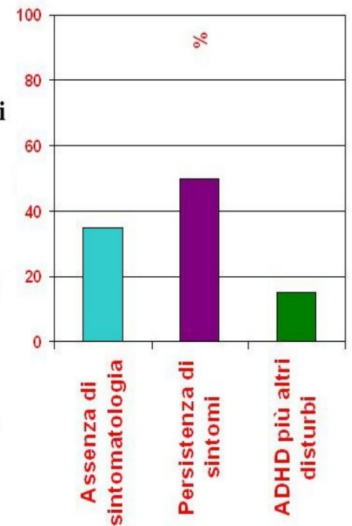
IPERATTIVITA', ossia un eccessivo ed inadeguato livello di attività motoria.

IMPULSIVITA', cioè incapacità ad aspettare o ad inibire comportamenti che in quel momento risultano inadeguati.

35%: superamento dei sintomi, prestazioni scolastiche talvolta inferiori ai controlli

45-50%: permanenza dei sintomi con frequente attenuazione della componente iperattiva e crescente compromissione emotiva (depressivo-ansiosa) e sociale

15-20%: permanenza dei sintomi cui si associano altri disturbi quali alcolismo, tossicodipendenza, disturbo di personalità antisociale, etc.



«...se si perde loro, la scuola non è più scuola. È un ospedale che cura i sani e respinge i malati» (Don Milani)



I criteri sono stabiliti dalla American Psychiatric Association nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM).

Sulla base dei criteri DSM, esistono tre sottotipi di ADHD

ADHD con predominanza di disattenzione/distrazione (ADHD-PI): si presenta con vari sintomi, tra cui: essere facilmente distratti, scarsità di memoria, sognare ad occhi aperti, disorganizzazione, scarsa concentrazione e difficoltà nel completare le attività. Spesso le persone si riferiscono all'ADHD-PI come "disturbo da deficit di attenzione" (ADD). Tuttavia, quest'ultima definizione non è stata ufficialmente accettata dalla revisione del 1994 del DSM.

ADHD con predominanza di iperattività/impulsività: presenta una eccessiva irrequietezza e agitazione, iperattività, difficoltà nell'attesa e nel rimanere seduti, comportamento immaturo. Possono essere presenti anche comportamenti distruttivi.

ADHD di tipo combinato: è una combinazione degli altri due sottotipi.

Questa suddivisione si basa sulla presenza, a lungo termine (minimo 6 mesi), di almeno sei dei nove sintomi di disattenzione, iperattività, impulsività; la descrizione dell'età di esordio è stata modificata, dall'ultimo DSM-V del 2013, da alcuni sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano menomazione presenti prima dei 7 anni di età a diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività presenti prima dei 12 anni



«...se si perde loro, la scuola non è più scuola. È un ospedale che cura i sani e respinge i malati» (Don Milani)



Nel DSM-5 (2013) la definizione di ADHD è stata aggiornata, modificando i criteri diagnostici in base all'età del bambino: per confermare la diagnosi, il bambino deve presentare i sintomi prima dei dodici anni, e non più prima dei sette, come riportato nella precedente edizione. Inoltre sono state apportate modifiche per descrivere più accuratamente le caratteristiche della patologia in età adulta. Tale revisione si basa su circa dieci anni di ricerche che hanno dimostrato come l'ADHD si possa protrarre in età adulta, nonostante insorga principalmente durante l'infanzia

Per essere considerati, i sintomi devono comparire tra l'età di sei e di dodici anni e devono manifestarsi in più di un ambiente (ad esempio, a casa, a scuola o al lavoro). I segni devono essere suggestivi di un comportamento non adatto per un bambino in relazione alla sua età e non ci devono essere prove che essi siano causati da problematiche sociali, scolastiche o lavorative.

La maggior parte dei bambini con ADHD presenta il tipo combinato. I bambini con il sottotipo prevalentemente disattento sono meno propensi ad andare d'accordo con gli altri bambini. Essi possono rimanere seduti tranquillamente ma senza prestare attenzione con la conseguente probabilità di essere bambini trascurati.



«...se si perde loro, la scuola non è più scuola. È un ospedale che cura i sani e respinge i malati» (Don Milani)

Acceptance
criteria

DSM-5
CRITERIA