

# FORMAZIONE NEOASSUNTI

## A.S. 2015/2016

### LABORATORIO 4: BES E DISABILITÀ

**TUTOR: Dott.ssa FALCINI MIRELLA**

# Sii paziente verso tutto ciò che è irrisolto

... e cerca di amare le domande  
che sono simili a stanze chiuse a chiave  
e a libri scritti in un lingua straniera.

Non cercare ora le risposte che possono esserti date  
poiché non saresti capace di convivere con esse.  
E il punto è vivere ogni cosa. Vivere le domande ora.  
Forse ti sarà dato, senza che tu te ne accorga,  
di vivere fino al lontano giorno in cui avrai la risposta.

(Rainer Maria Rilke)

## PIANO DI LAVORO SU

*Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD o DDAI)*

LA PROPOSTA LABORATORIALE SI PREFIGGE DI  
ATTIVARE:

LA CONOSCENZA

L' APPROFONDIMENTO

- 1) DELLE PROBLEMATICHE CHE AFFERISCONO AL  
DISTURBO DI IPERATTIVITÀ E ATTENZIONE
- 2) DELLE STRATEGIE MULTIMODALI DA METTERE IN  
ATTO PER LA GESTIONE DEL DISTURBO
- 3) DELLE METODOLOGIE EFFICACI A SCUOLA E  
NEI CONTESTI DI APPRENDIMENTO

# **PROGETTO MULTIMODALE PER LA GESTIONE DELLA IPERATTIVITÀ CON DIDATTICA RIMODULATA**

fasi:

- 1) VISIONE DEL DOCUMENTARIO DI ALBERTO COLETTA “LA SINDROME DEI MONELLI” CON LABORATORIO DI SCRITTURA OSSERVATIVA:  
-DIARIO DI OSSERVAZIONE *COME VIENE VIENE ATTIVATO* PER LA REGISTRAZIONE DEI DATI FORNITI DAL PRODOTTO CULTURALE ED EFFETTUATO CON SCRITTURA SU IPOTESI DI INTERVENTO E MEDIATORI DIDATTICI UTILI: ANALOGICI, DIGITALI, ICONICI, ATTIVI;
- 2) SOCIALIZZAZIONE DELLA SCRITTURA:  
-CONDIVISIONE DI DATI, CONSIDERAZIONI, IPOTESI DI INTERVENTO, INTUZIONI, PERCEZIONI, SENSAZIONI, EMOZIONI;
- 3) PRESENTAZIONE DI SLIDES;
- 4) VISIONE DEL PRODOTTO MULTIMEDIALE “UN’ORCHESTRA SENZA DIRETTORE” FOCALIZZATO SUL PUNTO DI VISTA DELLA PERSONA CON ADHD;
- 5) COMPITO: PRODUZIONE (PERSONALE O IN GRUPPO) DI SCRITTURA RIFLESSIVA CON PREDISPOSIZIONE DI PIANO DI INTERVENTO PENSATO TENENDO CONTO DI TUTTI GLI IMPUT RICEVUTI NEL LABORATORIO.

***REGOLE NEL LABORATORIO: BRAIN-STORMING, PROBLEM BASED LEARNING***

# PRESENTAZIONE

- *Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività è uno dei più frequenti disturbi a esordio in età infantile che compromette il funzionamento globale del soggetto con una eziologia neurobiologica.*
- *La complessità della diagnosi necessita dell'uso di strumenti appropriati che consentano di valutare la presenza dei sintomi nei diversi contesti di vita del bambino e il trattamento multimodale va adattato alle caratteristiche specifiche del bambino e del suo contesto di vita.*
- *La scelta terapeutica è basata sulla valutazione di diversi fattori tra cui la comorbidità, la situazione familiare, la collaborazione con la scuola, la opportunità di trattamento farmacologico a integrazione degli altri interventi terapeutici e assistenziali.*

# STRUMENTI DI VALUTAZIONE E DIAGNOSI: LE INTERVISTE E I QUESTIONARI

- Una premessa: non esistono a tutt'oggi strumenti di valutazione e diagnosi unici e affidabili che ci consentano una precisa e puntuale diagnosi.
- Gli operatori dei Centri raggiungono questo obiettivo attraverso l'uso di diversi strumenti. Un aiuto molto importante in questa direzione viene offerto dall'uso delle interviste semistrutturate, da utilizzare con i bambini, con i Genitori e con gli Insegnanti.
- Tra le più diffuse nel nostro contesto, troviamo le interviste semistrutturate proposte da Kirby e Grimley nel libro *"Disturbi d'attenzione e iperattività"*.
- *Gli Autori propongono diversi protocolli d'intervista, rivolti al bambino o al ragazzo, in cui si indagano i principali aspetti relativi all'attenzione, all'iperattività ed all'impulsività.*
- Molto importante è la valutazione che il soggetto dà del proprio rendimento scolastico e delle difficoltà che incontra nell'apprendimento e nella relazione con l'altro. Queste informazioni ci permettono di cogliere meglio il grado di consapevolezza del problema e la sua autostima.

# *Che cos'è l'ADHD*

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività, ADHD (acronimo inglese per *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*) è un disturbo: dello sviluppo neuropsichico del bambino che si manifesta in tutti i suoi contesti di vita, i cui sintomi cardine sono:

- INATTENZIONE
- IMPULSIVITÀ
- IPERATTIVITÀ

## Il sintomo dell'**INATTENZIONE** comprende:

- ❑ deficit di attenzione focale e sostenuta
- ❑ facile distraibilità, anche con stimoli banali
- ❑ ridotte capacità esecutive nell'esecuzione dei compiti scolastici, nelle attività quotidiane, nel gioco e nello sport
- ❑ difficoltà nel seguire un discorso
- ❑ interruzione di attività iniziate
- ❑ evitamento di attività che richiedono sforzo cognitivo.



# Il sintomo dell'**IPERATTIVITÀ** si manifesta come:

- ❑ incapacità di stare fermi
- ❑ attività motoria incongrua e afinalistica
- ❑ gioco rumoroso e disorganizzato
- ❑ eccessive verbalizzazioni
- ❑ ridotte possibilità di inibizione motoria.

Il sintomo dell'**IMPULSIVITÀ** si esprime con:

- ❑ difficoltà di controllo comportamentale
- ❑ incapacità di inibire le risposte automatiche
- ❑ scarsa capacità di riflessione
- ❑ difficoltà a rispettare il proprio turno
- ❑ tendenza a interrompere gli altri
- ❑ incapacità di prevedere le conseguenze di un'azione
- ❑ mancato evitamento di situazioni pericolose

# INCIDENZA

Tutti i bambini/adolescenti possono presentare, in determinate situazioni, uno o più dei comportamenti descritti, ma nell'ADHD tali comportamenti sono:

- inadeguati rispetto allo stadio di sviluppo
- a insorgenza precoce (prima dei 7 anni)
- pervasivi: espressi in diversi contesti (casa, scuola, gioco)
- significativamente interferenti con le attività quotidiane.

Secondo il DSM-IV è necessario che siano presenti sei o più sintomi di **inattenzione o di iperattività/Impulsività (da almeno sei mesi)** per porre diagnosi di ADHD.

# Quando la diagnosi è prevalentemente caratterizzata da **DISATTENZIONE**

L'insegnante potrebbe osservare il manifestarsi dei seguenti comportamenti:

- spesso sbaglia nelle attività in classe perché non presta sufficiente attenzione ai dettagli, appare pressappochista;
- spesso ha difficoltà nel sostenere l'attenzione nei compiti o inattività di gioco;
- spesso sembra non ascoltare l'insegnante che parla direttamente con lui/lei, anche se, messo alla prova, può riuscire a recuperare le informazioni necessarie (ad esempio, riesce a recuperare il segno per continuare la lettura ad alta voce);
- spesso non segue tutte le istruzioni fornite in classe per portare a termine un'attività e, di conseguenza, può frequentemente non completare il proprio lavoro, interrompendosi senza saper come proseguire;
- spesso appare disordinato e disorganizzato, il suo banco è pieno di oggetti non necessari per l'attività che sta svolgendo;
- spesso si rifiuta di svolgere o fugge da attività che richiedano di impegnarsi nel mantenere l'attenzione (ad esempio, leggere un brano di media lunghezza, risolvere un problema che richieda più passaggi, ecc.);
- spesso perde le proprie cose e quelle prestate da compagni/insegnanti;
- in classe si distrae molto facilmente anche a causa di stimoli che gli altri compagni ignorano (ad esempio, piccoli rumori provenienti dall'esterno, rapidi e insignificanti passaggi di bambini davanti alla porta della classe, ecc.);
- capita spesso di notarlo seduto al banco come assente e con la testa tra le nuvole.

# Quando la diagnosi è prevalentemente caratterizzata da **IPERATTIVITÀ/IMPULSIVITÀ**

L'insegnante potrebbe osservare il manifestarsi dei seguenti comportamenti:

- spesso muove le mani sul banco, le gambe sotto il banco, il sedere sulla sedia (ad esempio, dita tamburellanti, piedi che si muovono in continuazione, dondolio sulla sedia, continui cambi di posizione, ecc.);
- spesso si alza dal proprio posto senza ragione e sembra faticare nel rimanere nella postazione assegnata dal docente;
- vaga continuamente per l'aula spostandosi quasi senza ragione da un centro di interesse a un altro (ad esempio, si avvicina alla finestra per vedere qualcosa, poi al compagno dell'ultima fila per raccontare qualcosa d'altro, poi alla cattedra per fare una domanda all'insegnante, poi all'armadio per prendere un oggetto), il tutto in situazioni che non richiederebbero spostamento alcuno;
- nell'intervallo non appare tranquillo, è come se non riuscisse a giocare con gli altri bambini, non corre con loro ma a fianco a loro, apparentemente senza partecipare al gioco;
- in classe si comporta come se non fosse in grado di spegnersi e tranquillizzarsi;
- interviene in modo eccessivo e parla con i compagni e con l'insegnante anche quando non dovrebbe;
- risponde a qualsiasi domanda venga posta in aula anche se non rivolta direttamente a lui/lei;
- non sta in fila;
- non rispetta i turni di parola.

# Rischi di drop-out.

Nonostante un potenziale cognitivo adeguato, in linea con quello dei propri compagni di classe, i bambini con ADHD hanno spesso prestazioni scolastiche inferiori: le difficoltà di attenzione e autoregolazione, l'atteggiamento frettoloso e superficiale e l'incapacità di inibire le informazioni inutili per focalizzarsi esclusivamente sui dati più salienti rischiano infatti, di compromettere la loro carriera scolastica, spesso caratterizzata da bocciature più frequenti e maggiori.

# Riconoscere le fragilità

Riconoscere le fragilità che caratterizzano la modalità di funzionamento di un bambino ADHD costituisce un imprescindibile punto di partenza, perché permette di identificare preventivamente quali tipologie di esercizio o attività potrebbero costituire un parziale limite, così da orientare strategie di intervento mirate ed efficaci per facilitare l'esecuzione dei compiti.

# Gestione dei compiti

Indicatori di una disfunzionalità attentiva sono evidenti negli alunni che faticano a focalizzarsi sui dettagli, compiono errori di distrazione, hanno difficoltà mantenere una concentrazione adeguata allo svolgimento delle attività che sono chiamati a compiere (siano esse ludiche o scolastiche); danno l'impressione di non ascoltare i propri interlocutori, sono inefficaci se chiamati a eseguire una serie di istruzioni o a pianificare azioni articolate in più passaggi e si mostrano insofferenti all'idea di impegnarsi in compiti che richiedano uno sforzo.

L'impatto tra caratteristiche espressive del disturbo e richieste implicite o esplicite contenute nelle diverse proposte degli esercizi pomeridiani può rappresentare una miscela potenzialmente esplosiva, con ricadute che possono perdurare nel tempo e coinvolgere sia lo sforzo mentale prolungato.

L'intensità e la frequenza delle difficoltà con cui il bambino si confronta anche durante lo svolgimento dei compiti pomeridiani possono concorrere alla costruzione di un'immagine di sé deficitaria rispetto all'apprendimento, cui si possono associare sentimenti di sfiducia, pessimismo rispetto alle proprie possibilità di riuscita, timore di giudizi negativi (bassa autostima, limitata percezione di autoefficacia e modalità attributive disfunzionali, senso di inadeguatezza e sfiducia).

I fallimenti ripetuti risultano umilianti, frustranti e demotivanti; i compiti vengono vissuti come un'esperienza che suscita disagio. La loro aspettativa di successo nei confronti di un compito è generalmente scarsa. Li potremmo definire bambini con fragilità di attenzione e di pianificazione, per intendere tutti quegli alunni le cui modalità specifiche di funzionamento cognitivo appesantiscono in modo significativo sia le attività scolastiche che l'esecuzione dei compiti pomeridiani e rispetto ai quali si avverte, con sempre maggiore urgenza, l'esigenza di individuare strategie capaci di supportarli efficacemente.



# *Cosa non fare in aula*

- **Insistere perché un compito venga interamente completato senza interruzioni o pause**
- **Ripetere in continuazione «Stai attento»**
- **Collocare il bambino in un posto tranquillo lontano dai compagni e dall'insegnante in modo che possa concentrarsi**
- **Non proporre novità per paura che si distraiga troppo**
- **Pretendere che stia sempre seduto quando gli altri bambini lo sono**
- **Ripetere in continuazione «Stai fermo»**
- **Intervenire con ripetute punizioni, note, castighi**

# Strategie e gli strumenti di gestione: cosa fare in aula

- **Osservare e interpretare correttamente il comportamento del bambino in classe.**
- **Usare griglie per un'osservazione sistematica dei comportamenti problema e delle occasioni che li facilitano e di quelli che lo inibiscono**

# Strategie e gli strumenti di gestione: cosa fare in aula

L'IMPULSIVITÀ E L'IPERATTIVITÀ PORTANO SPESSO L'ALLIEVO ADHD A TERMINARE CON RAPIDITÀ I COMPITI. QUANDO QUESTO AVVIENE, L'INSEGNANTE NON DEVE CHIEDERE ALL' ALLIEVO DI ASPETTARE O GUARDARE CON PIÙ ATTENZIONE IL COMPITO, MA FORNIRE IMMEDIATI FEEDBACK PER CORREGGERE EVENTUALI ERRORI O IMPEGNARLO IN NUOVI ESERCIZI O ATTIVITÀ INTERESSANTI, ANCHE SE NON PERTINENTI CON IL PROGRAMMA.

Qui di seguito vengono riportati alcuni suggerimenti dedotti da programmi d'intervento con bambini e ragazzi ADHD, che hanno fornito risultati positivi sia a scuola che a casa.

- 1) Non tentare di ridurre l'attività, ma incanalarla utilizzandola per finalità accettabili.
- 2) Usare l'attività come un premio.
- 3) Creare delle *routine di attività da avviare con istruzioni chiare*.
- 4) Non chiedere al bambino di aspettare, ma dargli un sostituto verbale o una risposta motoria da compiere durante l'attesa.
- 5) Incoraggiare l'allievo a tirare fuori le sue capacità positive di *leadership* (creare dei ruoli).
- 6) Diminuire la lunghezza del compito.
- 7) Rendere i compiti più interessanti, anche attraverso l'uso di mediatori iconici.
- 8) Proporre compiti che vadano incontro ai suoi interessi.
- 9) Proporre compiti che coincidano con il livello di apprendimento del bambino e con le sue attitudini.
- 10) Incrementare l'organizzazione del lavoro con l'uso di liste, diari, quaderni di appunti, cartelline.
- 11) Stabilire delle consuetudini per l'uso dei materiali della classe.
- 12) Organizzare e strutturare l'ambiente.
- 13) Insegnare le abilità di studio e di programmazione.
- 14) Coinvolgere l'allievo nella soluzione delle sue difficoltà.
- 15) Utilizzare il computer per favorire la sua attenzione e l'apprendimento (anche con l'utilizzo di software specifici).
- 16) Aiutare

## **Strutturare spazi, tempi e compiti in modo da sostenere l'apprendimento del soggetto ADHD.**

Creare un ambiente che possa essere sia facilitante per il bambino, sia per l'instaurarsi di una buona relazione insegnante/alunno.

Intervenire sull'ambiente per ottenere dei cambiamenti nelle manifestazioni comportamentali del soggetto.

Porre l'allievo ADHD nelle vicinanze della cattedra, ma al tempo stesso non isolarlo dai compagni. L'isolamento non rappresenta una strategia utile, in quanto non aiuta bambini e ragazzi ADHD ad acquisire le abilità comunicative e spesso produce aggressività.

Anche la scelta dei compagni da inserire nel gruppetto dei vicini va ponderata attentamente. Vanno evitate associazioni con altri compagni che hanno problemi comportamentali o sono troppo vivaci o troppo sensibili (permalosi). Un'altra buona norma è quella di far ruotare sistematicamente i compagni che si siedono accanto a lui.

La gestione dei tempi d'apprendimento rappresenta un altro fattore importante. Tempi molto lunghi e che richiedono molti sforzi attentivi risultano problematici per l'allievo ADHD. E' bene suddividere i compiti e gli esercizi in parti che richiedano alcuni minuti e che prevedano un riscontro chiaro ed immediato del risultato. L'Insegnante (o un compagno, in sua vece) deve fornire immediatamente un feedback circa l'esito nel compito e ricondurlo sulla fase successiva.

# **Utilizzare in modo efficace strumenti e strategie per favorire l'integrazione del soggetto ADHD nel gruppo classe.**

## **Intervento su tutta la CLASSE:**

Strategie per la gestione dell'alunno in classe, in modo particolare per far fronte alle difficoltà relazionali che potrebbero manifestarsi in seguito ad alcuni comportamenti impulsivi messi in atto dal bambino con ADHD.

Intervenire nel contesto classe e aumentare le possibilità di successo relazionale e inserimento sociale del bambino.

- Sistema di regole condiviso e costruito insieme
- Sistema dei rinforzi
- Giochi per stimolare l'attenzione

Es. IL GIOCO: attiva la costruzione di piani d'azione, l'attitudine alla valutazione di diverse opzioni di comportamento, la nascita dei primi pensieri di autoefficacia e autovalutazione

# Metacognizione: riflessione sui propri processi cognitivi

- 1. Eteroregolazione:** Fornire ausili esterni e interventi che strutturino il comportamento e l'attenzione (ausili, autoistruzioni, routine, tutor...)
  - Programmazione e organizzazione di comportamenti complessi per raggiungere gli obiettivi (Deficit delle Funzioni Esecutive)
  - Mantenimento dello sforzo cognitivo (Deficit di Vigilanza)

# Metacognizione:

**Conoscenza delle proprie attività cognitive e il controllo che si è in grado di esercitare su di esse**

**2. Autoregolazione:** Prevedere attività e momenti per far interiorizzare gli ausili e le autoistruzioni

- conoscenza metacognitiva (idee sul proprio funzionamento mentale)
- processi di metacognitivi di controllo
- strategie di autoregolazione, svolgimento del compito, scelta della risposta adeguata, monitoraggio, autovalutazione



# AUTOREGOLAZIONE

L'AUTOREGOLAZIONE È:

- EMOTIVA
- COMPORTAMENTALE
- COGNITIVA

IL GIOCO È UNO STRUMENTO DI AUTOREGOLAZIONE, UN'ATTIVITÀ FONDAMENTALE PER LO SVILUPPO INTELLETTIVO, EMOTIVO E DELLA PERSONALITÀ DI OGNI SOGGETTO:

- GIOCO SENSO MOTORIO
- GIOCO SIMBOLICO  
(TRAVESTIMENTI  
DRAMMATIZZAZIONI)
- GIOCO DI REGOLE
- I GIOCHI COOPERATIVI CHE  
PERMETTONO UN  
APPRENDIMENTO  
COOPERATIVO

# **COSA PUÒ FARE LA SCUOLA PER MIGLIORARE L'ATTENZIONE E IL COMPORTAMENTO DEI BAMBINI CON DIFFICOLTÀ DI ATTENZIONE?**

- **ATTIVARE STRATEGIE DI MODELLAMENTO: LA MODALITÀ DI APPRENDIMENTO BASATA SULL'OSSERVAZIONE DI UN MODELLO E SULL'IMITAZIONE DEL SUO COMPORTAMENTO**
- **LA TECNICA DEL MODELLAGGIO PERMETTE DI AMPLIARE I REPERTORI DI CAPACITÀ, CONSISTE NEL RINFORZARE QUEI COMPORTAMENTI CHE PIÙ SI AVVICINANO ALL'OBIETTIVO**

## **PER ESEMPIO : “SVOLGERE TUTTO IL COMPITO”**

- 1) SELEZIONE DEL COMPORTAMENTO INIZIALE PREESISTENTE (SVOLGE DA UNO A DUE ESERCIZI)**
- 2) COMPORTAMENTI INTERMEDI (SVOLGIMENTO DI 3 O PIÙ ESERCIZI)**

**PREDISPORRE PROGRAMMI DI RINFORZO (OGNI VOLTA CHE SVOLGE 3 O PIÙ ESERCIZI SCRIVERE SUNA NOTA DI MERITO, GRATIFICARLO)**

- **LA GRADUALITÀ E LA GRATIFICAZIONE PROCEDONO INSIEME:**
- **LA GRADUALITÀ SENZA LA GRATIFICAZIONE È INUTILE E**
- **LA GRATIFICAZIONE SENZA LA GRADUALITÀ È IMPOSSIBILE**
  
- **BISOGNA PROCEDERE PER PICCOLI OBIETTIVI E PER PREMIARE IL BAMBINO**
- **CI VUOLE UN COMPORTAMENTO POSITIVO**
- **BISOGNA LAVORARE SUI PUNTI DI FORZA DEL BAMBINO**

# COSA PUÒ FARE LA SCUOLA PER MIGLIORARE L'ATTENZIONE E IL COMPORTAMENTO DEI BAMBINI CON DIFFICOLTÀ DI ATTENZIONE?

- QUALCHE LEGGERO MIGLIORAMENTO SI VEDE QUANDO L'INSEGNANTE SI SIEDE ACCANTO A LUI, INDIRIZZA CONTINUAMENTE LA SUA AZIONE E CONTROLLA IL SUO COMPORTAMENTO
- TECNICHE DELL'APPROCCIO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE (RISULTATI INCORAGGIANTI)
- AUTOISTRUZIONE VERBALE CHE PREVEDE LE SEGUENTI FASI:
  - SCELTA DEL COMPITO CHE RICHIEDE UN PIANOSISTEMATICO O UNA STRATEGIA PER LA SUA ESECUZIONE
  - MODELING COGNITIVO DOVE L'ADULTO FA VEDERE AL BAMBINO I PROCESSI NECESSARI PER LA SOLUZIONE DEL COMPITO . LE VARIE FASI VENGONO ESPLICITATE AD ALTA VOCE AL BAMBINO CON LE SEGUENTI MODALITÀ.:

**“ORA FACCIO IO DA MODELLO E TI DICO COSA PENSO PER RISOLVERE IL COMPITO. ASCOLTA PERCHÈ POI DOVRAI FARLO TU”**

-L'ADULTO DOVRÀ SUDDIVIDERE LE FASI I VARI PASSAGGI DEL COMPITO IN **“ASCOLTA”** E **“GUARDA”**

# ASPETTI EVOLUTIVI

- INSONGENZA TRA I 3 E I 4 ANNI D'ETÀ
- PRESENZA DI DIFFICOLTÀ REGOLAZIONE AUTONOMA NEL NEONATO
- PER COMPRESENZA FREQUENTE DI COMORBILITÀ CON ALTRI DISTURBI DELLO SVILUPPO
- SCUOLA PRIMARIA: CALO PRESTAZIONI SCOLASTICHE, COMPrensIONE, PRODUZIONE TESTI SCRITTI, STUDIO DI BRANI COMPLESSI PIÙ DISTURBO ANSIA E UMORE

## PROGNOSI:

- PREADOLESCENZA: DIFFICOLTÀ ACQUISIZIONE ABILITÀ SOCIALI  
COMPLICAZIONE (25%) IN ADOLESCENZA (PROBLEMI CON LA LEGGE)  
COMORBILITÀ E/O RITARDO MENTALE (DIFFICOLTÀ COGNITIVE IN GENERE)
- ADOLESCENZA: ALTRI DISTURBI MENTALI (DEPRESSIONE, CONDOTTA ANTISOCIALE, ANSIA)

# ADOLESCENZA

- NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI SI ASSISTE AD UNA ATTENUAZIONE DELLA SINTOMATOLOGIA.
- SI POSSONO COMUNQUE MANIFESTARE DELLE DISFORIE, CON ABBASSAMENTO DELL'UMORE FINO AL RAGGIUNGIMENTO DI VERI E PROPRI STATI DEPRESSIVI.
- LA PIGRIZIA, L'APATIA, IL DISINTERESSE PER IL MONDO CIRCOSTANTE, SPESSO CARATTERIZZANO LA GIORNATA DI QUESTI SOGGETTI.
- LE DIFFICOLTÀ DI RELAZIONE CON GLI ALTRI AUMENTANO ENORMEMENTE, TANTO DA COMPROMETTERE LE AMICIZIE E LA PARTECIPAZIONE ALLA VITA DI GRUPPO.
- NON È RARO, IN QUESTA FASCIA D' ETÀ CHE IL SOGGETTO ADHD STABILISCA DELLE RELAZIONI CON COETANEI ALTRETTANTO PROBLEMATICI.

# ETÀ ADULTA

**MOLTE DI QUESTE PERSONE MANIFESTANO PROBLEMI LEGATI:**

- **ALLA STABILITÀ EMOTIVA**
- **PROBLEMI CON LA GIUSTIZIA**
- **DI COPPIA**
- **D'INSERIMENTO LAVORATIVO**

## **POSSIAMO PRESENTARE ALCUNI DATI RIGUARDANTI LE PROSPETTIVE DEI SOGGETTI CON ADHD IN ETÀ ADULTA**

- L'ABBANDONO SCOLASTICO VA DAL 32% AL 40%.
- LE RELAZIONI AMICALI VANNO NEL 50% AL 70% DA POCHI AMICI A NESSUN AMICO.
- SCARSO RENDIMENTO NEL LAVORO NEL 70% - 80% DEI CASI.
- I COMPORTAMENTI ANTISOCIALI SONO PRESENTI NEL 40% - 50% DEI CASI.
- MAGGIORE USO DI TABACCO, DROGHE ED ALCOOL RISPETTO AI COETANEI.
- RAGAZZE E RAGAZZI CON QUESTA PATOLOGIA SONO COINVOLTI IN GRAVIDANZE PRECOCI NEL 16% DEI CASI, PERCENTUALE MOLTO PIÙ ALTA RISPETTO AD ALTRI COETANEI SENZA ADHD.
- MAGGIORE FREQUENZA DI INCIDENTI STRADALI.
- DEPRESSIONE 20% - 30%.
- DISTURBI PERSONALITÀ 18% - 25%.
- QUESTO QUADRO COSÌ NEGATIVO, PERÒ, NON DEVE FARCI PENSARE AD UN PERCORSO GIÀ STABILITO ED IMMODIFICABILE. INFATTI, NUMEROSE ESPERIENZE E I RISULTATI CHE EMERGONO DALLE VARIE RICERCHE SVOLTE IN CAMPO INTERNAZIONALE, METTONO IN EVIDENZA UNA GRANDE DIVERSITÀ NELLO SVILUPPO DI QUESTA PATOLOGIA NEI SOGGETTI "NON TRATTATI" RISPETTO AI "TRATTATI". QUEST'ULTIMI, NEL MOMENTO IN CUI SONO INSERITI NEI PROGETTI D'INTERVENTO FAMILIARE, SCOLASTICO E SOCIALE MIGLIORANO DI MOLTO LA LORO QUALITÀ DELLA VITA E RIDUCENDO IL RISCHIO DI EVOLUZIONI PERICOLOSE.

QUANDO SI PARLA DI ADHD SPESSO IL DISCORSO SI CONCENTRA NEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO.

## IL METILFENIDATO

E' RICORRENTE LEGGERE O ASSISTERE A CONVEGNI IN CUI CI SI TROVA DI FRONTE A DUESCHIERAMENTI CONTRAPPOSTI: PRO E CONTRO IL RITALIN (METILFENIDATO). NEL TRATTAMENTO DELL'ADHD, PUR ESSENDO UNO STIMOLANTE CENTRALE, PARADOSSALMENTE TENDE A CALMARE IL SOGGETTO ADHD, A DIMINUIRE ANCHE IN MANIERA CONSISTENTE LA SUA SINTOMATOLOGIA ALMENO NEL 70% DEI CASI. PURTROPPO, GLI EFFETTI COLLATERALI POSSONO ESSERE CONSISTENTI E MERITANO SEMPRE, COME VEDREMO, UNA ATTENTA ANALISI. TRA GLI EFFETTI INDESIDERATI PIÙ FREQUENTI TROVIAMO: *TIC, PERDITA DI APPETITO, INSONNIA, DISFORIA, DIMINUIZIONE DELLE ABILITÀ COGNITIVE, RALLENTAMENTO NELL'APPRENDIMENTO, RALLENTAMENTO NELLA CRESCITA.* PER LE SUE CARATTERISTICHE RIENTRA NEI FARMACI D'ABUSO REGOLAMENTATI PER LEGGE CON DPR 309/90 E DALLA RECENTE LEGGE N° 49 DEL 21/02/2006.



# L'USO DEI FARMACI E DEL METILFENIDATO IN ETÀ EVOLUTIVA

LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ETÀ EVOLUTIVA È QUESTIONE MOLTO DELICATA, COME RACCOMANDA L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SALUTE (OMS), CHE VA VALUTATA CON CURA TENENDO IN SERIA CONSIDERAZIONE TANTO GLI EFFETTI COLLATERALI CHE ESSI PROVOCANO QUANTO L'ASPETTO EVOLUTIVO IN CUI SI INSERISCONO (TRANSITORietà DI ALCUNE PATOLOGIE). NEL NOSTRO PAESE LE PROCEDURE DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO, COSÌ COME LA VALUTAZIONE TERAPEUTICA, È EFFETTUATA DAL MINISTERO DELLA SALUTE E DALL'AIFA (AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO). LA VALUTAZIONE INIZIALE DEVE ESSERE EFFETTUATA DA UN NEUROPSICHIATRA INFANTILE IN COLLABORAZIONE CON ALTRI ESPERTI. NEL MOMENTO IN CUI IL NEUROPSICHIATRA RISCONTRI L'OPPORTUNITÀ DI AFFRONTARE IL PROBLEMA CON UN SUPPORTO FARMACOLOGICO, DOVRÀ PROCEDERE A DEI CONTROLLI CLINICI DOPO UNA SETTIMANA E QUATTRO SETTIMANE PER MONITORARNE L'EFFICACIA E LA TOLLERABILITÀ. UN RISCONTRO POSITIVO NELL'USO DEL METILFENIDATO, QUINDI DI UNA CONTINUITÀ NELLA SOMMINISTRAZIONE, PREVEDE UN CONTROLLO CLINICO DOPO CINQUE MESI DA QUESTA PRIMA FASE E SUCCESSIVAMENTE OGNI SEI MESI. LA TERAPIA, CON LE DOVUTE MODALITÀ, VA INTERROTTA ALMENO UNA VOLTA L'ANNO PER VERIFICARE SE È POSSIBILE CONTINUARE CON GLI ALTRI TRATTAMENTI DI TIPO PSICO-COMPORTAMENTALE.

## QUALI SONO GLI OBIETTIVI DI UN INTERVENTO EFFICACE?

- CONSENTIRE UNA CRESCITA “SICURA” DEL BAMBINO: IMPEDENDO USCITE DAL CIRCUITO SOCIALE (ABBANDONO SCOLASTICO, DEVIANZA, ABUSO DI SOSTANZE) E INTEGRAZIONE RELAZIONALE POSITIVA
- PERMETTERE AL GIOVANE ADULTO DI METTERE A FRUTTO BUONA PARTE DELLE SUE POTENZIALITÀ, ACCETTANDO CHE I PROBLEMI DI ATTENZIONE, IMPULSIVITÀ E IPERATTIVITÀ NON SPARISCANO MAI COMPLETAMENTE
- MANTENERE COESA LA RETE SOCIALE E RELAZIONALE ATTORNO AL RAGAZZO, PER CONSENTIRGLI UNA CRESCITA ADEGUATA

# **EVIDENZE DI CAMBIAMENTI SIGNIFICATIVI**

*ABBIAMO EVIDENZE DI CAMBIAMENTI SIGNIFICATIVI SOLO DA  
APPROCCI CHE,  
IN UNA VISIONE SISTEMICA,  
COINVOLGONO NELL'AZIONE EDUCATIVA E NEL CAMBIAMENTO  
TUTTE LE COMPONENTI CHE INTERAGISCONO SUL BAMBINO  
E  
AFFRONTANO DIRETTAMENTE GLI ASPETTI  
DELL'ATTENZIONE E DELL'IPERATTITÀ.*

# PER APPROFONDIRE

- AAVV (2013), *ADHD a scuola: strategie efficaci per gli insegnanti*, Erickson, Trento.
- Cornoldi C., Gardinale M., Masi A. e Pettenò L. (1996), *Impulsività e autocontrollo: Interventi e tecniche meta cognitive*, Erickson, Trento.
- Cornoldi C., De Meo T., Offredi F. e Vio C. (2001), *Iperattività e autoregolazione cognitiva: Cosa può fare la scuola per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività*, Erickson, Trento.
- Daffi G. e Prandolini C. (2013), *ADHD e compiti a casa*, Erickson, Trento.
- Di Pietro M. (1992), *L'educazione razionale-emotiva: Per la prevenzione e il superamento del disagio psicologico dei bambini*, Erickson, Trento.
- Di Pietro M., Bassi E. e Filoramo G. (2001), *L'alunno iperattivo in classe: Problemi di comportamento e strategie educative*, Erickson, Trento.
- Horstmann K. e Steer J. (2012), *Aiutare gli alunni con ADHD nella scuola: Strategie per promuovere l'autoregolazione e il benessere in classe*, Erickson, Trento
- Ianes D., Marzocchi G.M. e Sanna G. (2009), *Facciamo il punto su... l'iperattività*, Erickson, Trento.
- Kirby E.A. e Grimley L.K. (1989), *Disturbi dell'attenzione e iperattività: Guida per psicologi e insegnanti*, Erickson, Trento.
- Shiller V.M. (2013), *Ti meriti un premio! Strumenti positivi per l'educazione dei figli*, Erickson, Trento.

Tra i siti più significativi possiamo citare:

- Associazione Italiana Disturbi Attenzione e Iperattività – AIDAI, onlus <http://aidai.org/ddai.html>
- <http://www.healthguide/adhd/>
- <http://www.add-plus.com/>
- In lingua inglese Child and Adult with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder CHADD <http://www.chadd.org/>

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

TUTOR: Dott.ssa Falcini Mirella

Formazione e Gestione  
delle Risorse Umane

e.mail: [mirfalk@hotmail.it](mailto:mirfalk@hotmail.it)