



ADHD: DALLA DIAGNOSI ALL'INCLUSIVITA' FORMATIVA E SOCIALE



Edizioni IGEA cps

INDICE:

INTRODUZIONE.....	3
CARATTERISTICHE PRINCIPALI DELL'ADHD.....	5
UNO SGUARDO AGLI ASPETTI DIAGNOSTICI	7
COMORBIDITÀ CON ALTRI DISTURBI.....	9
ADHD E DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)	9
ADHD & DISTURBI D'ANSIA E DELL'UMORE.....	10
ADHD E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO.....	11
EPIDEMIOLOGIA E SITUAZIONE ITALIANA	12
IL CONTESTO DEL BAMBINO CON ADHD: IL RUOLO DELLA FAMIGLIA E DELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE.....	13
STRATEGIE DI INTERVENTO CON L'ALUNNO ADHD: TECNICHE DI INTERVENTO COGNITIVO- COMPORTAMENTALI	16
L'APPROCCIO MULTIMODALE.....	17
CONSIGLI PRATICI NELLA GESTIONE QUOTIDIANA DEL SOGGETTO CON ADHD: COSA FARE E COSA È MEGLIO NON FARE	19
FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI	24
IL RUOLO DEL TUTOR DI STUDENTI CON DISTURBO DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE-IPERATTIVITÀ	25
CONCLUSIONI E PROSPETTIVE: DALLE MODIFICAZIONI EVOLUTIVE ALL' INCLUSIONE SOCIALE DEL SOGGETTO CON DISTURBO DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE-IPERATTIVITÀ.....	27
BIBLIOGRAFIA	31
SITOGRAFIA	32

INTRODUZIONE

Quotidianamente gli insegnanti si confrontano con alunni che non riescono a stare seduti al proprio banco, a seguire con attenzione le spiegazioni, disturbano con continue impertinenze il proprio compagno di banco. Una volta questi bambini venivano considerati ribelli, vivaci, maleducati e non controllabili nelle loro manifestazioni, ma dalla recente letteratura in campo psicologico e pedagogico si è compreso che in molti casi questi comportamenti possano essere attribuiti ad un disturbo specifico quale è il Disturbo di attenzione e iperattività o ADHD.

Tale deficit che rientra nell'ambito della Neuropsichiatria Infantile, è un disturbo abbastanza comune durante l'infanzia e l'adolescenza, anche se spesso persiste durante l'età adulta compromettendo il funzionamento scolastico, professionale e sociale.

Tutti coloro che quotidianamente si trovano a contatto con persone con questo tipo di diagnosi, a partire dagli insegnanti di scuola, dovrebbero conoscere nella giusta misura le caratteristiche del disturbo ed aggiornarsi continuamente sul piano professionale al fine di sviluppare quelle competenze necessarie per la gestione di tutto ciò che comporta l'ADHD, sentendosi così coinvolti e responsabili dell'educazione e del buon inserimento del bambino all'interno della classe.

Molto importante risulta poi il confronto degli insegnanti con la famiglia e con gli specialisti, soprattutto con l'obiettivo di affrontare il problema. Se gli insegnanti in primis sono in grado di percorrere strade volte ad evitare l'emarginazione e la stigmatizzazione del bambino con ADHD, sperimentando tecniche che facilitano l'apprendimento e che potenziano i comportamenti positivi, il risultato andrà certamente verso una buona direzione, migliorando il benessere e l'autostima di questi bambini, oltre che la qualità stessa della vita di classe ed il benessere anche degli insegnanti riducendo lo stress e problematiche di varia natura.

L'attenzione ed il sostegno rivolto ai bambini che ricevono una diagnosi di ADHD, non dovrebbe comunque fermarsi ai problemi scolastici ed extra-scolastici dell'età infantile e/o adolescenziale; questi soggetti necessitano di essere seguiti nel tempo, proprio a causa del decorso cronico del disturbo, che pur se ben trattato non può essere mai eliminato completamente.

Il senso di tale lavoro nasce pertanto dall'esigenza di fornire agli "addetti ai lavori", ma anche a chiunque comunemente si trova a "scontrarsi" con le varie problematiche conseguenti le caratteristiche di tale disturbo, un ausilio pratico che faccia da guida nella comprensione rapida del disturbo e delle sue caratteristiche.

Verranno quindi prese in esame le modalità attraverso cui viene effettuata una corretta valutazione diagnostica, gli interventi che si sono dimostrati maggiormente efficaci nel trattamento dell'ADHD, quanto si può fare per seguire un aggiornamento professionale mirato che tenga conto della complessità di gestione del disturbo. Infine verrà dedicato uno spazio apposito relativo all'inserimento sociale e lavorativo di queste persone, che parte da un adeguato processo di inclusione scolastica, prosegue con la formazione professionale e mira ad includere completamente il soggetto con Disturbo da deficit di attenzione-iperattività nella società.

CARATTERISTICHE PRINCIPALI DELL'ADHD

L'acronimo ADHD, utilizzato in ambito clinico-psicologico che sta per "Disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività", rappresenta la denominazione data a tutti coloro i quali manifestano un disturbo del comportamento caratterizzato da tre elementi specifici: disattenzione, iperattività e impulsività, che sembra colpire maggiormente i bambini della fascia della scuola primaria e dell'inizio della secondaria di primo grado (dai 6 ai 12 anni circa d'età) (Fedeli D., et al., 2012).

La disattenzione o meglio, il deficit dell'attenzione consiste nella difficoltà a concentrarsi e a mantenere l'attenzione stabile durante lo svolgimento di compiti scolastici o attività ludiche; il bambino con questo disturbo infatti, è facilmente distratto da tutti quegli stimoli provenienti dal mondo esterno (rumori, altre attività in corso, persone ecc..) che provocano una riduzione della concentrazione producendo interferenze in tutto ciò che gli richiede uno sforzo mentale soprattutto se protratto nel tempo.

La maggior parte degli studi in neuropsicologia cognitiva concordano nel ritenere che i bambini con ADHD presentano difficoltà attentive soprattutto in compiti che richiedono l'applicazione di processi altamente controllati e di lunga durata ed in quelle attività che richiedono una certa dose di flessibilità cognitiva, uso di strategie e la pianificazione di ciò che si sta svolgendo (Abikoff H. et al., 1991; Abramowitz A. J. et al., 1992).

L'iperattività si manifesta invece come quell'esigenza di essere sempre in movimento, di passare rapidamente da un'attività ad un'altra, che sia un gioco o compiti scolastici, interferendo con l'esecuzione completa del compito o del gioco anche se si tratta di attività piacevoli o di svago.

Alcuni studiosi, utilizzando le misurazioni meccaniche dei movimenti di bambini iperattivi, hanno dimostrato che questi bambini fanno più movimenti di quelli non iperattivi (Taylor et al., 1991). Questo eccesso di movimenti sembra non essere una funzione secondaria della distraibilità, poiché è stato osservato lo stesso eccesso di movimenti durante il giorno (Taylor et al., 1991) e durante le ore di sonno (Porrino et al., 1983), ovvero quando non viene richiesta attenzione o non viene richiesto nessun controllo comportamentale.

Un'altra caratteristica dell'ADHD è l'impulsività correlata in modo particolare all'iperattività, porta il bambino ad essere spesso impaziente, precipitoso, mostrando difficoltà

nel rispetto delle regole presenti nel contesto in cui si trova. Sul piano delle relazioni interpersonali spesso questi ragazzi si comportano in modo invadente sia nei confronti dei coetanei che degli adulti venendo descritti proprio come bambini che non stanno mai fermi e/o zitti. Ciò che manca quindi è una scarsa regolazione delle risposte agli stimoli ricevuti dal contesto, rispondendo in maniera inappropriata ed agendo senza pensare.

Alcuni studiosi tra cui Barkley (1997), hanno dimostrato come lo scarso controllo da parte dei bambini con ADHD sul proprio comportamento, può essere spiegato da un deficit nella regolazione dell'inibizione comportamentale. Secondo tale modello, l'inibizione riguarda una risposta predominante come può essere quella associata ad un fattore di rinforzo (es. una gratificazione immediata) o la difficoltà nel fermarsi in corrispondenza di risposte comportamentali che necessitano di un lasso di tempo per essere elaborate, fornendo così risposte poco appropriate nonostante i compiti risultino alla loro portata e facilmente risolvibili utilizzando una finestra temporale.

Resta da sottolineare comunque, come tutti i comportamenti quali il saltare, correre, arrampicarsi, essere talvolta irruenti, avere difficoltà a mantenere la concentrazione su attività a casa o a scuola, siano caratteristiche tipiche di tutti i bambini in età scolare. Ciò che è evidente nel bambino con ADHD è l'eccessiva disattenzione e vivacità che provoca problematiche in molti ambiti importanti della sua vita, dalla scuola, alla sfera relazionale con i pari e soprattutto con gli adulti. Tutto ciò rappresenta una fonte di maggior vulnerabilità a problematiche future di tipo psicologico e di adattamento sociale rispetto ai bambini della stessa età.

Appare evidente quindi come sia di fondamentale importanza diagnosticare adeguatamente e con le giuste tempistiche la presenza di tale disturbo, in modo tale da aiutare il bambino e la sua famiglia a comprendere che non è il bambino ad essere sbagliato o peggio ancora "cattivo", ma che la natura di tale disturbo induce inevitabilmente alla necessità che egli venga seguito con impegno e perseveranza, coinvolgendo in maniera attiva la sua famiglia e la scuola, cercando di intervenire all'interno di tutte quelle dimensioni che ruotano intorno alla vita del bambino con ADHD.

Adottare delle misure di intervento mirate e che durino nel tempo infatti, porta a risultati di successo che prevedono processi di inclusione sociale futura del bambino e non invece a situazioni colpevolizzanti o peggio ancora di emarginazione sociale.

UNO SGUARDO AGLI ASPETTI DIAGNOSTICI

La diagnosi spetta ad un centro specialistico di neuropsichiatria infantile e si basa sull'osservazione e valutazione clinica del bambino e sulla raccolta di informazioni fornite dai genitori e dagli insegnanti.

*Il Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR, APA 2000), individua specifici criteri diagnostici a cui si rimanda per approfondimenti e che sono sintetizzabili come di seguito: la diagnosi si pone quando il bambino presenta *marcati livelli di disattenzione e comportamenti eccessivamente iperattivi ed impulsivi* che non rientrano nei parametri tipici della sua età e che *compromettono il funzionamento sociale* (comprese le relazioni interpersonali con il gruppo dei coetanei); tali difficoltà devono essere *presenti contemporaneamente in almeno due diversi contesti*, a casa e a scuola o in altri ambiti e situazioni. I problemi legati alla disattenzione e alla iperattività/impulsività devono essere presenti *da almeno 6 mesi* e la *sintomatologia* deve essere comparsa *prima del compimento del 7° anno di età*.*

Vengono inoltre descritti tre **sottotipi di ADHD**: Tipo con disattenzione predominante, Tipo con iperattività-impulsività dominanti, Tipo combinato.

Tipo con disattenzione predominante: i bambini che rientrano in questa categoria manifestano difficoltà marcate a rimanere attenti in maniera prolungata in situazioni sia scolastiche che sociali e comunque in maniera preponderante rispetto al gruppo dei pari di riferimento soprattutto se si tratta di svolgere compiti ripetitivi e noiosi.

Tipo con iperattività-impulsività dominanti: questi bambini manifestano eccessiva attività motoria ed agitazione in maniera inadeguata e continua rispetto al contesto. Si tratta di bambini che faticano a rimanere seduti o fermi al proprio posto e ciò interferisce con l'esecuzione delle attività presentando l'impulso ad alzarsi e muoversi dedicandosi così ad altro. La componente dell'impulsività è evidente anche quando il bambino durante le conversazioni, interviene interrompendo un discorso altrui e non rispetta il turno di parola, è precipitoso ed impaziente nel rispondere, non riflette prima di agire, incorre in rischi intraprendendo azioni pericolose e non valuta adeguatamente le conseguenze del suo agire.

Tipo combinato: riguarda tutti quei bambini che presentano contemporaneamente difficoltà sia attentive tipiche del primo sottotipo, che l'irrequietezza e l'eccessiva agitazione motoria tipiche della seconda tipologia.

E' importante evidenziare come le manifestazioni cliniche del disturbo variano al variare dell'età: durante l'età prescolare sono predominanti l'iperattività motoria, modificazioni dell'umore e problemi relativi alla qualità del sonno come la fase dell'addormentamento ed il mantenimento del sonno notturno. Nel periodo scolastico invece, sono tipiche le componenti quali la disattenzione ed altre problematiche comportamentali a cui si associano spesso anche i disturbi dell'apprendimento: in particolare disturbi nell'apprendimento della letto-scrittura. Frequente è anche l'associazione con altri disturbi psicologici che, insieme all'approfondimento dei precedenti, verranno illustrati di seguito.

COMORBIDITÀ CON ALTRI DISTURBI

Oltre alle caratteristiche tipiche dell'ADHD, tale disturbo è connotato da condotte secondarie messe in atto dai soggetti che ne soffrono, ritenute disturbanti e che deriverebbero dalla relazione tra le componenti primarie (disattenzione, impulsività, iperattività) e l'ambiente circostante. Esiste una chiara evidenza sul fatto che almeno il 70% dei soggetti con disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività ha un disturbo associato, sia in campioni clinici che epidemiologici (G. Masi, S. Millepiedi, M. Mucci, 2008). Molto frequenti sono le associazioni tra correlazioni tra ADHD e Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), e/o Disturbi d'ansia e dell'umore, Disturbo Oppositivo-Provocatorio e Disturbi della Condotta.

ADHD E DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)

Il soggetto con una diagnosi di ADHD è generalmente un alunno che presenta alcune difficoltà scolastiche connesse in primo luogo all'apprendimento che, pur avendo un quoziente intellettivo relativamente nella norma, manifesta disturbi nei processi di apprendimento a causa della scarsa capacità di mantenere stabile l'attenzione influenzando in maniera negativa con tutti quei processi cognitivi da essa regolati: memoria di lavoro, apprendimento verbale (in particolare nei di codifica del linguaggio come l'acquisizione del lessico), *problemsolving* epianificazione delle azioni finalizzate al raggiungimento di un obiettivo (Pennington et al., 1996; Viola D., 2011). Insieme al deficit attentivo, anche l'iperattività e l'impulsività contribuiscono a strutturare quello che nel lessico clinico psicologico viene definito come un *Secondario Disturbo di Apprendimento Scolastico (DAS)* (DSM-IV-TR, APA 2000), caratterizzato dalla difficoltà ad acquisire le principali competenze scolastiche a causa delle componenti primarie dell'ADHD e tali difficoltà non devono manifestarsi prima dei sette anni d'età. Inoltre è stata anche dimostrata una correlazione inversa tra i due disturbi (ADHD E DSA), ovvero la presenza stessa di un DSA farebbe emergere secondariamente in alcuni bambini i comportamenti tipici dell'ADHD (Cornoldi C., De Meo T., Offredi F., Vio C., 2001). Ad esempio, la frustrazione provocata dai ripetuti fallimenti nel raggiungere determinati obiettivi,

porterebbero il bambino a mostrare scarso interesse scolastico, demotivazione e difficoltà nel gestire al meglio le energie necessarie per affrontare un compito, tutti questi sono elementi primari dell'ADHD.

ADHD & DISTURBI D'ANSIA E DELL'UMORE

Un ruolo altrettanto importante riveste la sfera emotiva e relazionale dei bambini con ADHD poiché, le problematiche quali l'iperattività e l'impulsività in particolare, influenzano spesso negativamente la sfera delle relazioni interpersonali provocando oltre che su dinamiche di isolamento sociale, anche problemi di autostima e problematiche relative all'identità personale. Per quanto concerne i Disturbi d'Ansia, circa il 25% dei bambini con ADHD presenta contemporaneamente un Disturbo d'Ansia. Tale associazione è presente soprattutto nei sottotipi di ADHD senza iperattività e senza impulsività, dove la componente ansiosa è più marcata e maggiori sono le difficoltà relative alla socializzazione, soprattutto durante il periodo adolescenziale. I disturbi d'ansia che con maggiore frequenza si associano all'ADHD sono: il Disturbo generalizzato d'ansia (GAD), le Fobie Semplici, il Disturbo d'Ansia da Separazione, la Fobia Sociale e il Disturbo di Panico (cfr. DSM IV-TR, APA 2000). Un ruolo fondamentale nel consolidamento di un Disturbi d'Ansia negli adolescenti con ADHD, deriva dall'insicurezza e l'apprensione sulle proprie capacità a causa dei ripetuti fallimenti in ambito scolastico e sociale conseguenze stesse del disturbo.

I disturbi dell'Umore invece vanno strutturandosi soprattutto in quei bambini che manifestano modalità di risposta caratterizzate da bassa autostima e crescente sfiducia nelle proprie capacità in seguito a situazioni di insuccesso e frustrazioni ripetute nel tempo, oltre che a ripetuti episodi di rifiuto sociale vissuti in maniera abbandonica e con profondo senso di solitudine (Viola D., 2011; Cornoldi C., et al., 2001). Molto spesso la qualità delle relazioni interpersonali dei bambini con ADHD non è adeguata in alcune situazioni perché sono frequenti comportamenti negativi sia verbali che non verbali, risultano insensibili e disinteressati alla sfera emotiva altrui e si osserva un maggior ritiro sociale seguito da aggressività. Soprattutto l'aggressività diventa più acuta quando questi bambini ricevono pochi apprezzamenti e vengono esclusi e isolati dai compagni di gioco o di scuola perché non

riescono a controllare il loro comportamento. È necessario precisare come molto spesso i soggetti con ADHD che manifestano comportamenti aggressivi e disturbanti nei confronti degli altri, sono in realtà scarsamente consapevoli delle conseguenze del loro agire, rimanendo stupiti degli effetti negativi provocati.

In ultima analisi, altri studi dimostrano come, quando a questa categoria di bambini viene richiesto di esercitare un ruolo passivo e non ben definito, diventano maggiormente oppositivi, ribelli e incapaci di comunicare efficacemente con i loro coetanei, mentre quando gli vengono affidati ruoli ben definiti e richiedono una partecipazione attiva, diventano più collaborativi e cooperativi (Cornoldi C., De Meo T. et al., 2001).

ADHD E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

La maggior parte degli studi concorda nel sostenere che circa il 40-90% dei bambini con una diagnosi di ADHD soddisfa anche i criteri diagnostici per un Disturbo Oppositivo-Provocatorio (cfr. DSM IV-TR, APA 2000, Tannock 1998) e tale comorbidità si protrae fino all'adolescenza.

È infatti stato rilevato come caratteristiche quali l'oppositività e la condotta talvolta sregolata siano tra le difficoltà più comuni associate all'ADHD. Facendo un richiamo alla parziale consapevolezza degli effetti potenzialmente dannosi dei propri comportamenti, i bambini con ADHD manifesterebbero non curanza nei confronti delle regole semplicemente perché dimenticano le istruzioni complete o perché hanno delle difficoltà ad inibire le risposte. Da studi longitudinali inoltre emerge come l'ADHD rappresenti un fattore di rischio per l'instaurarsi del Disturbo della Condotta (Loeber et al., 1994). Queste ricerche suggeriscono come sia necessario identificare precocemente i segnali di un Disturbo della Condotta, come la presenza di aggressività al fine di pianificare strategie d'intervento efficaci e mirate sulle componenti più disfunzionali nell'adattamento sociale del soggetto con ADHD.

CORSO DI ALTA FORMAZIONE PER
TUTOR DI STUDENTI CON
ADHD



CCNP San Paolo
Neuropsicologia e Psicoterapia

EPIDEMIOLOGIA E SITUAZIONE ITALIANA

Secondo quanto riportato dal DSM IV-TR (APA, 2000), la stima di bambini con deficit di attenzione e iperattività si aggira intorno al 3% - 5% nella popolazione in età scolare con una predominanza maschile rispetto a quella femminile (5 volte maggiore).

L'ICD-10 (*International Classification of Diseases*, 10° Edizione, 1990, 1994), indica invece una percentuale che riguarda il 2 % della popolazione infantile (ICD-10, 1992).

La situazione italiana della distribuzione del disturbo nella popolazione, rientra grossomodo negli intervalli precedenti. Da uno studio condotto nelle Regioni Italiane di Umbria e Toscana nel 1993 dall'Equipe di studiosi composta da Gallucci e coll., usando un campione composto da 300 bambini di 4°Elementare, è emerso una percentuale che si aggira intorno al 3,8% con una prevalenza del disturbo nei maschi in un rapporto di 8:1 (Gallucci et al., 1993).

Un altro studio effettuato nella città di Roma da pediatri di famiglia, su un campione più esteso composto da 904 bambini da loro seguiti di età compresa tra 6 e 14 anni, ha stimato una percentuale compresa tra 0,9 -2,2 % con una prevalenza maschi vs femmine di 7:1 (Corbo et al., 1998).

CORSO DI ALTA FORMAZIONE PER
TUTOR DI STUDENTI CON ADHD



CCNP San Paolo
Neuropsicologia e Psicoterapia

IL CONTESTO DEL BAMBINO CON ADHD: IL RUOLO DELLA FAMIGLIA E DELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE

Risulta sempre più in crescita la richiesta di aiuto avanzata dagli insegnanti per la gestione di alunni che disturbano, sono aggressivi, non prestano attenzione allo svolgimento della lezione, sono facilmente distraibili, non riescono a stare seduti quanto i compagni di classe e così via.

Congiuntamente a tali richieste, si rileva da più parti un inesorabile arretramento del mondo scolastico da parte dei Servizi Sanitari Nazionali (Ianes, 1999).

Una possibile spiegazione di tale fenomeno può essere dovuta al fatto che non vi è l'unanimità tra i clinici sull'interpretazione dei disturbi dello sviluppo che provocano significativi problemi di comportamento; che molti di questi bambini non presentano apprezzabili alterazioni di tipo psicopatologico e spesso le difficoltà attentive e/o comportamentali variano al variare dell'età.

Per tali ragioni e non solo per queste, non è auspicabile lasciare le Istituzioni, in primis quelle educative e formative come la scuola, in “balia delle onde”; è quindi necessario che, come per già accade nei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), vi sia una collaborazione reale tra scuole, Istituzioni e il mondo dei clinici il cui fine comune sia sempre quello di accogliere in maniera efficace tutte le esigenze formative e di inserimento sociale del ragazzo che presenta tale disturbo e la sua famiglia.

Il primo vantaggio che può nascere da questo tipo di “cooperazione”, è quello di prevenire problematiche più significative in adolescenza, come l'impedire fenomeni di dispersione scolastica (*drop-out*), il migliorare la consapevolezza delle famiglie dei ragazzi con ADHD di un problema altrimenti non preso sufficientemente in considerazione, ma anche affinare le modalità di approccio al bambino che presenta queste problematiche, riducendo potenziali rischi di *born-out* degli operatori che si interfacciano quotidianamente con tale disturbo, in primis gli insegnanti.

Al fine di delineare i fattori per cui è sempre auspicabile un'adequata alleanza tra scuole e Servizi Sanitari pubblici nella fattispecie, verranno illustrate delle situazioni tipiche che suggeriscono una collaborazione necessaria tra le due parti.

Un caso tipico è quello in cui l'insegnante di una classe, dopo aver appreso della diagnosi di ADHD posta ad un suo alunno, senta la necessità di verificare quanto prima l'efficacia delle scelte didattiche ed educative a lui rivolte.

Questo tipo di intervento possiede una duplice valenza: se da un lato rappresenta una misura preventiva nella gestione dei comportamenti più problematici del disturbo grazie ad un sostegno concreto rivolto agli insegnanti da parte dei servizi sanitari pubblici, dall'altro favorisce l'accesso del bambino ai servizi sanitari stessi, qualora si rilevi la necessità di una valutazione clinica o di un approfondimento diagnostico.

In una situazione-tipo come questa è importante che gli insegnanti tengano presente che non sempre la loro richiesta di aiuto nei servizi sanitari viene sempre accolta favorevolmente o possieda i requisiti richiesti dalle normative vigenti. La famiglia dal canto suo, necessita di tempo per accettare che i comportamenti messi in atto dal proprio figlio probabilmente soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo di cui si sa poco dal punto di vista eziologico, che presenta modificazioni nel tempo e che, fino a quanto il bambino non si scontra con problemi concreti emersi all'interno della scuola dell'obbligo, scarsamente possiede la consapevolezza che realmente esiste una problematica seria da non sottovalutare. In questo contesto, intervenire tempestivamente con una corretta valutazione diagnostica, significa mettere in evidenza i fattori psicologici del bambino coinvolti quali l'autostima, la motivazione, le emozioni provate ecc., il livello di consapevolezza che ha condotto la famiglia a chiedere aiuto, la presenza eventuale di altri disturbi in comorbidità, ecc.

Successivamente è importante individuare una modalità operativa che consenta di intervenire in maniera efficace sui problemi emersi; naturalmente molteplici fattori entrano in gioco e talvolta interferiscono durante la pianificazione dell'intervento operativo, pertanto è utile tenerne conto al fine di ridurre il margine di errore e favorire delle azioni efficaci.

A tal proposito vengono illustrate di seguito quali sono quei fattori che solitamente si riscontrano in questa fase e che è utile tenere in considerazione:

- Modalità attraverso cui le istituzioni scolastiche manifestano ai genitori l'esigenza di richiedere un consulto psicodiagnostico per il proprio figlio/a;
- Indicazioni da mettere in atto durante la definizione diagnostica dei problemi emersi: in questo caso è molto utile far riferimento a descrizioni dettagliate dei comportamenti messi in atto dal bambino sia a casa che a scuola;

- Modalità attraverso cui viene comunicato alla famiglia l'esito della valutazione clinica e le indicazioni sull'andamento prognostico;
- Definizione di un piano operativo che miri ad offrire un supporto concreto alla famiglia che migliori la comprensione di tutte le sfaccettature del disturbo oltre alla possibilità di progettare e mettere in atto strategie educative e didattiche efficaci;
- Costante monitoraggio da parte dei Servizi Sanitari sull'operato della scuola e dei suoi insegnanti, al fine di individuare di volta in volta i modelli operativi da adottare con questi bambini.

Oltre a questi fattori da monitorare nella presa in carico del bambino con ADHD, è importante aggiungerne un altro non meno importante che sia mantenuto costante nel tempo da tutti coloro che quotidianamente interagiscono con questo disturbo, ossia l'atteggiamento con il quale ci si pone nei confronti di questi bambini. Abbiamo già visto come spesso ad un primo giudizio, questi bambini vengono etichettati come maleducati, infantili, prepotenti, mentre in realtà hanno un problema e loro stessi sono le vittime soprattutto dal punto di vista dell'inserimento sociale. Se a ciò si aggiunge che spesso, gli atteggiamenti provocatori e di sfida del bambino in classe rendono estremamente difficile il contatto emotivo dell'insegnante con il disagio dell'alunno, suscitando rabbia e frustrazione nella mancata gestione della situazione e provocando una sorta di muro insormontabile attraverso il quale è difficile costruire un percorso di crescita ed evoluzione nelle capacità del bambino. E' fondamentale invece che l'insegnante prenda coscienza dell'entità del disturbo, e che tutto ciò che sul piano emotivo può provocargli sentimenti negativi di rabbia ed inadeguatezza, lasci invece il posto ad una sana riflessione utile all'identificazione ed adozione di strategie migliori di gestione di tale disagio.

STRATEGIE DI INTERVENTO CON L'ALUNNO ADHD: TECNICHE DI INTERVENTO COGNITIVO- COMPORTAMENTALI

Nell'ambito delle strategie d'intervento utili alla gestione delle problematiche dei ragazzi con tale disturbo passiamo a vedere nel dettaglio alcune metodologie sia cognitive che comportamentali attuabili ai fini della realizzazione di un programma di intervento efficace:

- Organizzazione strategica della classe e della didattica: dal tenere in considerazione la disposizione dei banchi, alla distribuzione dei tempi di lavoro che dovrebbero essere indicativamente quanto più brevi e prevedibili fino alla gestione delle regole che dovrebbero essere poche, incisive e facilmente accessibili ed infine, al monitoraggio delle modalità di proposta delle lezioni: strumenti, ritmo, strategie, programmi didattici;
- Gestione delle manifestazioni comportamentali problematiche attraverso l'osservazione e l'uso dell'Analisi Funzionale del Comportamento: si tratta di una tecnica di intervento cognitivo-comportamentale che prevede lo studio di un comportamento e delle sue caratteristiche in relazione al suo contesto così da definire delle ipotesi relative alle condizioni che favoriscono una minore comparsa dei comportamenti problematici ed una verifica delle ipotesi stesse, oltre che l'uso di un sistema di gratificazioni-punizioni adeguato ed efficace.
- L'uso di un training metacognitivo alla classe con particolare attenzione al ragazzo/bambino con ADHD, al fine di migliorare la conoscenza e il controllo dei propri processi attentivi, delle fasi di pianificazione e risoluzione dei problemi (problemsolving) e della modulazione dello stress e/o emozioni.
- È particolarmente consigliato ricavare uno spazio di training dedicato alla gestione dello stress dell'insegnante/operatore, che tenga in considerazione l'approfondimento dei pensieri irrazionali sottostanti nonché la condivisione di esperienze e strategie adottate.

- Diversi studi concordano nel ritenere di maggior efficacia l'uso di tecniche comportamentali durante i primi anni di scuola elementare, mentre, man mano che il livello di scolarizzazione e le capacità rappresentative ed autoriflessive degli alunni aumentano, è fondamentale ricorrere ad un approccio di tipo cognitivo e metacognitivo, in particolare quest'ultimo contribuirà a consolidare quanto già raggiunto attraverso le strategie precedenti (De Meo T., Vernacotola S. et al., 2002, 2013).

L'APPROCCIO MULTIMODALE

Sono numerosi gli studiosi che concordano nella maggiore efficacia degli interventi che combinano vari approcci, in particolare quello multimodale. Uno studio recente coordinato dal *National Institute of Mentale Healt* degli Stati Uniti, ha messo in evidenza l'utilità di questa tipologia d'intervento lavorando su di un ampio campione composto da 579 bambini con una diagnosi conclamata di ADHD di età compresa tra i 7 e i 9 anni. E' stata messa a confronto l'efficacia del trattamento psicologico di tipo cognitivo-comportamentale (*parent training prolungato, behaviourmodification e social skill training* per i bambini, *training e supervisione* per gli insegnanti/operatori), con terapie di tipo esclusivamente farmacologico a base di farmaci psicostimolanti e con interventi di tipo psicologico e farmacologico insieme.

Dai risultati è emerso che all'interno dei 3 gruppi messi a confronto, l'efficacia maggiore proveniva dal tipo di intervento combinato che prevedeva il trattamento di tipo cognitivo-comportamentale associato alla somministrazione di farmaci, rispetto agli altri interventi.

Una prima considerazione che emerge da questo risultato è che la terapia farmacologica se accurata e rigorosa, costituisce un supporto potente per aiutare questi bambini, in particolare per tutti quei bambini per i quali il trattamento psicologico risulti solo parzialmente efficace.

E' importante inoltre evidenziare che la terapia farmacologica funziona bene soprattutto sui sintomi cardine, quali disattenzione, iperattività e impulsività. L'intervento cognitivo-comportamentale invece, agisce soprattutto dal punto di vista delle relazioni con i pari, aumenta le soddisfazioni dei genitori per gli effetti ottenuti e per la miglior comprensione delle

caratteristiche più difficili del disturbo, consente di usare nel tempo un dosaggio più basso dei farmaci. Adottare questa combinazione come trattamento d'elezione, rappresenta una strada favorevole da percorrere, soprattutto nei casi in cui all'ADHD, siano associati altri disturbi quali quello della condotta, DSA, problemi sul piano delle relazioni interpersonali. Naturalmente ogni intervento va calibrato sul singolo caso e sulle caratteristiche manifestate diverse da soggetto a soggetto. L'approccio multimodale appena descritto, può essere considerato un approccio d'elezione nel trattamento del disturbo, in particolare nei casi più complessi dove la terapia farmacologica non può mancare.

CORSO DI ALTA FORMAZIONE PER
TUTOR DI STUDENTI CON ADHD



CCNP San Paolo
Neuropsicologia e Psicoterapia

CONSIGLI PRATICI NELLA GESTIONE QUOTIDIANA DEL SOGGETTO CON ADHD: COSA FARE E COSA È MEGLIO NON FARE

Chiunque si trovi ad interagire con persone con una diagnosi di ADHD dovrebbe il più possibile tenere sotto controllo alcune caratteristiche personali che riguardano principalmente le modalità di interazione con queste persone nonché gli atteggiamenti adottati. Molto spesso infatti, come è già stato visto precedentemente, insegnanti e genitori talvolta senza nemmeno esserne pienamente coscienti, “etichettano” i bambini come distratti, ingestibili, irruenti, maleducati. In realtà ci sarebbe da chiedersi se, la causa dei problemi relazionali derivi solo e soltanto dalle caratteristiche stesse del disturbo, oppure una qualche responsabilità risieda anche da atteggiamenti poco costruttivi da parte degli adulti. La trattazione che segue rielaborata dai lavori di D. Fedeli (2006), M.Gordon (1995), D.Donovan e collaboratori (2000) rappresenta una sorta di “decalogo” di suggerimenti perlopiù di carattere pratico da non trascurare e di ciò che invece è meglio “non fare” o da valutare bene all’occorrenza.

- E’ importante considerare il modo attraverso cui il soggetto con ADHD entra in contatto con l’ambiente: Tali soggetti, soprattutto quando sono piccoli adottano modalità comunicative prettamente gestuali, es. mani alzate, necessitano spesso di muoversi alzandosi di frequente dalla loro postazione. Diamo loro la possibilità di esprimersi secondo la propria natura senza soffocare e reprimere gesti e movimenti a meno che non siano realmente pericolosi o sconvenienti nel contesto.
- Assicuriamoci che ci stiano ascoltando: durante lo svolgimento di attività che richiedono una certa quantità di attenzione anche di tipo ludico, es. giocare ai videogiochi, capita spesso rispondano alle nostre richieste di attenzione in maniera impulsiva ed automatica, al posto di irritarci ed entrare in collisione con loro, basta talvolta un piccolo gesto per cogliere la loro attenzione.
- Evitiamo di fornire messaggi troppo complicati: ciò che diciamo loro dovrebbe essere il più chiaro e diretto possibile, evitando metafore, discorsi lunghi e complessi, preferendo una comunicazione breve e snella senza troppi giri di parole.

- Quando ci poniamo nella relazione, cerchiamo di non pensare subito alle nostre necessità, ma focalizziamoci prima di tutto sui loro bisogni siano essi fisici e/o emotivi. Ciò di cui necessitano fin da quando sono piccoli, sono soprattutto considerazione e sostegno, regole e limiti. Questi ultimi tuttavia, vanno commisurati alle reali possibilità di questi soggetti: es. meglio dare poche regole o istruzioni e che siano ben chiare e quindi facilmente comprensibili. Di volta in volta, sarebbe necessario fornire loro indicazioni precise e lineari sulle azioni da seguire e i risultati che ci aspettiamo da loro.
- Quando diamo istruzioni e compiti da seguire, che siano attività a casa o a scuola, è utile che questi soggetti ci sentano in maniera ottimale, usiamo un tono di voce squillante ed un linguaggio direttivo (da non confondere con modalità tipiche di un rimprovero o toni aggressivi) che sia facilmente udibile e comprensibile per loro. Inoltre è molto utile che loro stessi rielaborino le nostre parole, ripetendo a voce alta le istruzioni, anche più volte, in modo tale da assicurarci che ci sia stata una reale comprensione di ciò che viene detto.
- Evitare di dire troppe cose tutte insieme: i messaggi devono essere comunicati uno alla volta, altrimenti si rischia che tali soggetti ricevano solo un “cumolo” di informazioni, il più delle volte trascurate e quindi dimenticate. Meglio “segmentare” i comportamenti in una sequenza esecutiva: es. “prendi quel libro” “cerca quella data pagina”, “leggila tutta senza interruzioni”.
- E' necessario assicurarsi che il nostro interlocutore abbia ben chiaro cosa abbiamo detto; se necessario ripetiamo cosa vogliamo comunicargli magari ripetendo il nostro messaggio e rielaborandolo con parole più semplici.
- Quando notiamo che queste persone non riescono nello svolgimento di alcuni compiti, cerchiamo di fornire loro delle alternative valide, offrendogli soluzioni semplici e facilmente realizzabili.
- Spesso capita che queste persone “gettino troppo facilmente la spugna” scoraggiandosi se qualcosa è troppo complicato per loro o di poco interesse abbandonando facilmente ciò che stavano svolgendo: sforziamoci di trovare dei modi per attirare la loro attenzione o forniamogli un supporto per cercare di riportarli su ciò che stavano svolgendo affrontando le difficoltà insieme.

- E' preferibile fornire a tali soggetti routine costanti e ben formulate avvertendoli e preparandoli ad eventuali cambiamenti o modifiche in corso. La mancanza di certezze su cosa bisogna fare dopo aver fatto una data cosa scoraggia infatti queste persone e le demotiva ad affrontare attività nuove.
- Ricordiamoci sempre che le persone con ADHD più delle altre necessita di momenti di svago o pause frequenti dalle attività; tuttavia questi momenti vanno costruiti insieme e stabiliti a priori in modo tale che entrambe le parti le rispettino.
- Fornire i giusti “rinforzi” positivi, dare un feedback su ciò che si sta svolgendo, è molto importante per chiunque sia sul piano dell'autostima che della motivazione investita nelle cose; lo è molto di più per i soggetti con ADHD che hanno così un riscontro immediato e tangibile di ciò che stanno facendo, in particolare da fornire durante giornate o situazioni più difficili. A tal proposito è utile far riferimento brevemente al sistema “premi-punizioni” di matrice teorica cognitivo-comportamentale in quanto, una gratificazione data al momento giusto, anche per un compito svolto correttamente ma per metà, così come “far pagare un prezzo” simbolico di un comportamento sbagliato, rappresenta una maniera per incentivarli nel monitorare i propri comportamenti e possibilmente correggere quelli più disfunzionali. L'idea di punizione in particolare in questi casi, non deve rappresentare una modalità dura di richiamo; è preferibile invece riportare immediatamente queste persone ai comportamenti corretti da tenere, senza soffermarsi su svalutazioni che incidono sull'autostima e alimentano conflitti poco produttivi. Inoltre situazioni difficili possono innescarsi sentimenti di fallimento e rabbia da ambo le parti; pertanto è preferibile non interagire in maniera aggressiva poiché tale ostilità non farà altro che alimentare sentimenti negativi non rendendo di certo questi soggetti più obbedienti.
- Un altro consiglio molto semplice ma altrettanto importante da tenere sempre a mente è quello di fornire ambienti ordinati e privi di numerose fonti di distrazione: se fomentiamo infatti la distraibilità con ambienti disordinati e caotici di oggetti inutili ai fini dello svolgimento di una data attività, non possiamo che ottenere risultati scarsi e poco funzionali.
- E' molto importante condividere il più possibile i momenti di crescita e le fasi di apprendimento di queste persone: stare insieme a parlare, confrontarsi, ascoltarsi,

giocare insieme, svolgere compiti, disegnare etc., non sono perdite di tempo ma rappresentano dei momenti essenziali di sviluppo e potenziamento delle capacità attentive (anche se scarse o limitate) e relazionali di questi soggetti.

- Insegnare ad essere almeno in parte prudenti nel momento in cui si passa dal pensiero all'azione: fare in modo che essi acquisiscano l'importanza di porre attenzione ai propri pensieri, alle proprie emozioni e dedicarsi del tempo prima di agire, meditando bene su ciò che si intende fare.
- Prevenire comportamenti disfunzionali è meglio che reprimerli totalmente: il caso tipico di situazioni in cui è meglio correre "ai ripari" in maniera preventiva anziché repressiva, sono contesti in cui questi bambini possono scatenarsi con comportamenti troppo "agitati" come per esempio le feste di compleanno. Ciò non vuole dire evitare di portare i bambini in tali contesti ma ricordare loro come devono comportarsi e intervenire con prontezza quando si avverte che stanno per "perdere il controllo".
- Trasmettere indicazioni "socialmente" utili per migliorare la desiderabilità sociale delle persone con ADHD: ad esempio insegnare loro, meglio ancora se sono piccoli a chiedere qualcosa senza risultare troppo aggressivi, come conversare senza interrompere continuamente l'interlocutore, cosa è opportuno fare; il miglior modo per trasmettere questi messaggi è esercitarsi insieme, creando delle vere e proprie simulazioni di situazioni sociali "tipo";
- Insegnare la capacità di ascoltare gli altri cercando di lavorare sul fatto che se non si impara a prestare attenzione alle parole altrui difficilmente si verrà ascoltati in caso di bisogno; ciò migliorerà senz'altro la capacità di comprendere meglio le necessità e i bisogni altrui.
- Ogni azione ha implicazioni e conseguenze: infondere fin da piccoli un senso di responsabilità sul proprio agire, insegnare che per ogni azione o gesto compiuto avviene qualcosa che è la diretta conseguenza del proprio comportamento ha un ruolo fondamentale per migliorare le capacità di autoriflessione (anche definite "metacognitive") nonché di gestione dei propri impulsi. Ciò può essere insegnato al meglio con esempi facili e immediati, il più possibile vicini alla quotidianità del soggetto con ADHD (es. se tiro la coda al gatto, quest'ultimo probabilmente mi

graffierà, se aiuto quel bambino a fare quella cosa poi mi sarà grato ed in futuro mi aiuterà);

- Molto spesso i soggetti con ADHD soprattutto se sono piccoli manifestano talvolta scarsa autostima dovuta a ripetuti fallimenti o interazioni sociali poco piacevoli: valorizzarli allora nei loro “punti di forza”, premiarli quando riescono bene o semplicemente ci stanno ad ascoltare seguendo talvolta i nostri suggerimenti, sarà molto utile sotto questo punto di vista, trasmettendogli quella fiducia di cui necessitano ed una più stabile serenità.
- E' dannoso confondere i soggetti con una diagnosi di ADHD con i comportamenti che mettono in atto: non sono queste persone ad essere sbagliate ma le modalità attraverso cui interagiscono con gli altri e con il mondo circostante di interazione ad essere sconvenienti e che necessitano di alcuni miglioramenti per renderle maggiormente adeguate al contesto. Insegniamogli ad esempio che i comportamenti che non sono funzionali al contesto possono essere sempre migliorati, che loro stessi possono compiere uno sforzo per “fare meglio” e crescere in tal senso.
- In ultimo ma non per importanza, è fondamentale che chi possiede un disturbo da deficit dell'attenzione-iperattività comprenda il più possibile che tutto ciò che induce un miglioramento necessita di tempo e perseveranza: cerchiamo quindi di infondergli che per ogni cosa e per ottenere i risultati sperati occorre pazienza e determinazione. Tutto questo, oltre che migliorare la fiducia in sé, provocherà maggiore serenità personale ed un miglior senso di autoefficacia (Self-efficacy, Bandura A. 1997) che risulterà utile soprattutto in termini di miglior adattamento sociale e professionale futuro.

FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI

Come è stato visto, è possibile intervenire in diversi modi in base al tipo di ADHD ed alla sua gravità e complessità, dall'adozione dell'intervento multimodale per i casi più complessi di disturbo, alle indicazioni da seguire nella gestione della classe e dei programmi didattici/educativi in cui vi sono uno o più bambini con tale diagnosi. Un ruolo fondamentale che richiede un'attenzione particolare, riguarda i livelli di apprendimento delle competenze scolastiche di questi alunni che, sin dai primi anni di scuola e comunque dal momento in cui viene posta la diagnosi, non devono essere lasciati da soli durante il loro percorso di studi. Come è stato visto alcune caratteristiche tipiche del disturbo quali l'attenzione e la facile distraibilità, interferiscono con i processi di apprendimento, talvolta provocando lo sviluppo di un Secondario Sviluppo dell'Apprendimento in comorbidità. Per tali ragioni va sempre più configurandosi l'esigenza nelle scuole ma anche al di fuori di esse, di figure altamente specializzate che abbiano le conoscenze e le competenze necessarie per assistere in maniera adeguata questi ragazzi nello svolgimento dei loro compiti scolastici quotidiani nonché durante i vari processi di apprendimento in cui si imbattono. Perciò sarebbero auspicabili percorsi di formazione ed aggiornamento professionale ad hoc, che tengano in considerazione la complessità del fenomeno, l'evoluzione delle tecniche di intervento, la possibilità di riuscire a monitorare costantemente il proprio operato nelle scelte operative attraverso cui intervenire, al fine di agire in maniera mirata con tale disturbo.

Alcuni obiettivi cardine che potrebbero essere raggiunti possono essere così sintetizzabili:

- Favorire le potenzialità dell'alunno predisponendo un ambiente "su misura" che non venga sopraffatto dalle difficoltà del disturbo ma che invece le accolga e le comprenda;
- Ridurre i comportamenti problematici promuovendo la comparsa di alternative comportamentali più funzionali all'adattamento del bambino al suo ambiente;
- Promuovere un atteggiamento autoconsapevole, riflessivo e strategico degli operatori del settore, che migliori l'efficacia delle scelte didattiche e delle strategie di intervento con tali ragazzi;

- Intervenire sui processi di apprendimento di questi alunni, adottando strategie facilitanti e calibrate sul singolo caso, favorendo tali processi invece che ostacolarli.

IL RUOLO DEL TUTOR DI STUDENTI CON DISTURBO DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE-IPERATTIVITÀ

Nell'ambito dei progetti di intervento in favore di bambini e ragazzi con Disturbo di Attenzione e Iperattività (ADHD), nonché della formazione ed aggiornamento degli operatori che con tale disturbo vengono in contatto quotidianamente, si avverte l'esigenza di trovare operatori qualificati in grado di supportare bambini e ragazzi con difficoltà attentive e di autoregolazione e di affiancare le loro famiglie, lavorando anche nella mediazione tra scuola e famiglia.

Questo tipo di assistenza specialistica può essere affidata ad una nuova figura professionale altamente qualificata, quale può essere quella di un Tutor che operi all'interno di contesti scolastici e/o extrascolastici (ad esempio a casa dei ragazzi con ADHD), svolgendo attività che rientrano nella classica idea del "doposcuola" ma che hanno una finalità specifica ovvero specialistica e che definiremo come "doposcuola specialistico", finalizzato ad aiutare gli alunni delle scuole primarie e secondarie nella gestione e nell'organizzazione dei compiti scolastici attraverso l'adozione di competenze teoriche e strumenti metodologici per svolgere tali attività delicate e complesse.

Nella miriade di proposte formative nate dalle sempre più frequenti richieste di intervento scolastiche e familiari, è importante che l'operatore scelga un aggiornamento professionale e formativo che gli fornisca una corretta preparazione teorica ma soprattutto competenze pratiche e strumenti utili al raggiungimento di quegli obiettivi cardine descritti precedentemente.

Tali percorsi di formazione professionale dovrebbero ad esempio fornire le conoscenze utili inerenti la collocazione del tutor degli studenti con ADHD all'interno del sistema scuola-famiglia; preparare alla capacità di saper dosare i compiti e gli interventi al fine di ottimizzare le risorse cognitive/attentionali degli alunni durante il tempo dedicato allo studio. E'altresì

importante imparare ad utilizzare gli strumenti didattici specifici, le applicazioni informatiche e le strategie di intervento utili ai processi di studio e apprendimento nei bambini con ADHD.

Le conoscenze teoriche da possedere utili ai fini di un adeguato tutoraggio di questi ragazzi riguardano alcuni degli aspetti neuropsicologici del disturbo, nonché alcune caratteristiche degli interventi farmacologici previsti e la capacità di saperli riconoscere e comprenderne gli effetti per poter agire in maniera adeguata. Inoltre è importante saper redigere, lavorare o semplicemente leggere un PEI piuttosto che un PDP.

Il PEI (PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO) consiste nel progettare una programmazione scolastica specifica sul singolo caso dove gli obiettivi da raggiungere si differenziano da quelli dell'intera classe in quanto vengono ridotti e semplificati.

Il PEI è strettamente correlato al PDP (PIANO DIDATTICO PERSONALIZZATO): quest'ultimo riguarda il saper personalizzare sul singolo caso, le scelte didattiche adottate dagli insegnanti per la realizzazione degli obiettivi specifici programmati tramite il PEI. In sostanza questo tipo di misura riguarda il saper calibrare le proprie modalità di insegnamento sulle capacità specifiche di apprendimento dell'alunno con cui si lavora. È importante sottolineare come gli obiettivi specifici da raggiungere, pur se calibrati sul singolo caso e differenziati su alcuni aspetti rispetto alla classe, non dovrebbero e non devono essere modificati o stravolti rispetto ad essa, ma mantenere le stesse finalità didattiche ed educative della classe all'interno della quale l'alunno in questione è inserito.

CORSO DI ALTA FORMAZIONE PER
TUTOR DI STUDENTI CON ADHD



CCNP San Paolo
Neuropsicologia e Psicoterapia

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE: DALLE MODIFICAZIONI EVOLUTIVE ALL' INCLUSIONE SOCIALE DEL SOGGETTO CON DISTURBO DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE-IPERATTIVITÀ

I Sintomi cardine dell'ADHD non presentano una stabilità temporale ma si evolvono in base alla crescita della persona, modificandosi nel tempo anche per via dell'interazione tra le caratteristiche stesse del disturbo e i fattori ambientali di chi ne è affetto.

Durante il periodo che va dagli 11 ai 14 anni ovvero nella fase pre-adolescenziale, la componente dell'iperattività tende a diminuire a livello di frequenza e intensità, mentre si intensificano caratteristiche quali l'impazienza, l'irrequietezza e continui cambi di attività o movimenti del corpo. In questo periodo il comportamento incontrollato, insieme alla disattenzione ostacolano una serena acquisizione delle abilità sociali che sono essenziali nelle relazioni interpersonali; è stato più volte riscontrato infatti come i ragazzi con questo disturbo presentano difficoltà a mantenere relazioni stabili nel tempo e a risolvere facilmente situazioni conflittuali (Marzocchi G. M., 2003). Nell'età adolescenziale (dai 15 anni circa) fino ai 18, si attenuano ulteriormente ma non troppo, l'iperattività e l'impulsività, mentre tende a rimanere costante nel tempo la disattenzione fino a protrarsi nell'età adulta, dove in alcuni casi si sviluppano in comorbidità ulteriori disturbi quali depressione, condotta antisociale o ansia (Filippello P., 2008).

Ad ogni modo, nonostante la presenza di differenze nella prevalenza di alcuni sintomi tra la fase evolutiva, adolescenziale e post adolescenziale, è importante sottolineare come l'ADHD sia in realtà un disturbo caratterizzato da una cronicità nel tempo, non risolvendosi mai del tutto con il passare degli anni.

Ancora oggi si discute molto e si interviene soprattutto quando i soggetti con ADHD sono piccoli, trascurando tuttavia i giovani e gli adulti con tale disturbo. Alcune motivazioni di tale fenomeno possono essere attribuibili al fatto che, attenuandosi alcune caratteristiche man mano che si va avanti con l'età, è più difficile riconoscere la presenza di problematiche reali e ricevere una diagnosi in questa fase. Si tratta infatti di un disturbo i cui sintomi possono essere associati o "confondersi" a contesti sociali disagiati e transitori, per cui il superamento di queste condizioni sfavorevoli, determinerebbe la risoluzione delle problematiche esistenti.

Inoltre tende a prevalere l'idea anche tra i clinici, secondo cui intervenire immediatamente sul bambino che ha appena ricevuto la diagnosi, indurrebbe effetti positivi a lungo termine, mentre è molto più difficile intervenire e realizzare dei cambiamenti su di un giovane adulto. Se a ciò si aggiunge l'eventuale presenza di disturbi in comorbidità, tale condizione rappresenta una seria problematica dal punto di vista dell'adattamento dell'individuo al suo ambiente che può creare problemi oltre che nelle relazioni interpersonali, anche nei processi di un eventuale inserimento lavorativo. Ad esempio, sul piano professionale potrebbero manifestarsi difficoltà nelle fasi di assunzione, piuttosto che nel mantenimento del posto di lavoro a causa di difficoltà di pianificazione delle mansioni lavorative, scarsa capacità di gestione di più impegni contemporaneamente, piuttosto che esuberanza, polemicità e conflittualità tra colleghi (Lucangeli D. et al., 2010).

Se all'interno delle istituzioni scolastiche gli alunni con ADHD stanno iniziando ad ottenere maggiori attenzioni circa l'adeguamento delle metodologie d'intervento e le scelte didattiche che favoriscono l'inclusione scolastica, dall'altra le scuole stesse non sono in grado di fornire totalmente strumenti adeguati per favorire un'integrazione di tali soggetti anche nel mondo del lavoro. A tal proposito allora è auspicabile che si adottino misure efficaci a favore di una giusta transizione dal mondo scolastico a quello lavorativo, ad esempio tramite progetti ben formulati di formazione professionale di queste persone che tengano conto dei punti di forza dell'individuo potenziandoli, smussando invece quelle caratteristiche temperamentali che più interferiscono con i processi di apprendimento e di crescita promuovendo una inclusione adeguata dell'individuo con ADHD nella società.

In base alla normativa vigente in Italia, nonché al panorama scientifico attuale, è possibile sintetizzare in alcuni punti un processo efficace di transizione scuola-lavoro che miri all'inserimento lavorativo di queste persone:

1. La formazione professionale per i soggetti svantaggiati comprese le persone con ADHD, dovrebbe partire dall'inclusione nella scuola secondaria superiore e generalmente si tratta di Istituti Tecnico-Professionali che, possedendo un'impronta professionalizzante, conferiscono competenze tecnico-pratiche ai fini dell'acquisizione di un "saper fare" quindi di un mestiere;
2. Le Regioni stesse, dovrebbero adeguarsi per fornire dei percorsi di formazione professionale specifica per queste categorie di persone alternativi ai tradizionali percorsi

scolastici: ciò è particolarmente indicato per chi non riesce ad ottenere buoni risultati frequentando la scuola secondaria superiore. L'obiettivo generale è quello di promuovere l'orientamento e l'inserimento nel mondo del lavoro attraverso un sistema formativo di alta qualità mettendo al centro la persona, valorizzandone e sostenendone la sua crescita umana, civile e professionale, in stretta relazione con le politiche del lavoro e di sviluppo locale, con forte rilievo del ruolo delle Regioni e degli Enti locali (Volpato B., Callegaro R. et al., 1999). Esistono a tal proposito degli esempi lodevoli all'interno di alcune Regioni Italiane tra cui quella Veneta (Enaip Veneto, Bazzan e coll., 2014) di come alcuni Enti locali accreditati dagli Organismi Regionali possono adempiere alla realizzazione dei seguenti scopi:

- attività di progettazione di interventi formativi;
- formazione per l'assolvimento del diritto-dovere all'istruzione e alla formazione;
- progetti integrati con gli Istituti Professionali Statali;
- formazione di secondo livello post-qualifica e post-diploma;
- attività di orientamento professionale e accompagnamento al lavoro;
- formazione per apprendisti;
- formazione dei formatori;
- gestione di progetti a valenza sociale;
- progettazione e gestione di interventi formativi aziendali;
- promozione della cultura d'impresa e dell'attività imprenditoriale, assistenza per la creazione d'impresa;
- formazione nel settore sociale;

3. La strategia del "Laboratorio Protetto" (secondo quanto previsto dal Dlgs. 163/2006): presuppone di affidare a Cooperative, Comunità Terapeutiche, Associazioni senza scopo di lucro, Centri Diurni delle Aziende Sanitarie Pubbliche territoriali, i processi relativi all'inserimento lavorativo delle categorie di soggetti protetti, svantaggiati, portatori di handicap, all'interno delle quali rientrano anche i soggetti con ADHD.

Il presupposto di base del "laboratorio protetto" è che le persone affette da disabilità vengano rafforzate nella loro autonomia imparando ad assumersi la responsabilità delle azioni compiute durante la propria vita. Il "laboratorio" rappresenta un luogo dove queste persone possono mettersi in gioco, trovare una occupazione "su misura" per loro, migliorando le proprie capacità e di conseguenza l'autostima che ne deriva e la fiducia in

sé. In taluni casi avviene anche che si passi dal laboratorio al posto di lavoro per coloro che meglio rispondono a questo tipo di “misura” ed inoltre, l'essenza stessa di questi luoghi è quella di fornire il supporto necessario ai fini di un adeguato inserimento lavorativo oltre che a formare professionalmente le persone affette da disabilità compresi i soggetti con ADHD.

Tutti gli esempi riportati finora rappresentano solo alcune delle possibili strade percorribili tra le opportunità da seguire quando si parla di ADHD all'interno della società e della sua evoluzione culturale, che talvolta risulta lenta ed esitante e che non può mai prescindere dai contributi messi in campo dalla Scienza.

BIBLIOGRAFIA

- BALDASSARRE V.A. e collaboratori, 2001, Progettare la formazione. Dall'analisi dei bisogni alla valutazione dei risultati, Carocci, Milano.
- BANDURA A. (1997), Autoefficacia: teoria e applicazioni.Tr. it. Erikson, Trento, 2000.
- BARATELLA P., LITTAME' E., 2009, I diritti delle persone con disabilità. Dalla Convenzione Internazionale ONU alle buone pratiche, Erickson, Trento.
- BATTISTELLA A., DE AMBROGIO U. e collaboratori, 2007, Il Piano di zona. Costruzione, gestione, valutazione, Carocci Faber, Roma.
- B. CAREY W., 2004 all'interno di: Quaderni acp. 2004; 11(6): 236-241, ADHD, la sindrome da deficit di attenzione con iperattività: gli interrogativi non risolti.
- CHIARENZA G. A., BIANCHI E., MARZOCCHI G. M., 2002: Linee guida del trattamento cognitivo-comportamentale dei disturbi da deficit dell'attenzione con iperattività (ADHD).Linee guida della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.
- CORNOLDI C., DE MEO T., OFFREDI F., VIO C., 2001, Iperattività e autoregolazione cognitiva, Erickson, Trento.
- DE ANNA L., 2002, Pedagogia speciale. I bisogni educativi speciali, Guerini Studio, Milano.
- DONOVAN D. et coll., 2000 : Che cosa ti avevo detto!?! Come parlare ai bambini ed essere compresi- Editore-LE VESPE;
- DSM IV-TR (APA, 2004).
- DGR n. 2082 del 03 Agosto 2010,Documento Regionale di indirizzo per la programmazione di zona, Anni 2011-2015.
- DGR Veneto n. 3364 del 23 Ottobre 2007.
- FEDELI D., 2006: La Sindrome di Pierino: il controllo dell'iperattività, Edizioni Giunti.
- GORDON M.,1995: How to operate an ADHD clinic or subspecialty practice - GSI PUBLICATIONS;
- MASI G., 2003: Comorbidità e diagnosi differenziale del disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività: implicazioni cliniche e terapeutiche.

- SINPIA, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2006, Linee Guida per il DDAI e i DSA. Diagnosi e interventi per il Disturbo de Deficit di Attenzione/Iperattività e i Disturbi Specifici dell'Apprendimento, Erickson, Trento.
- TESSARI P. (a cura di), 2005, Disabili & Abili. Manuale per educatori professionali,, Cleup, Padova.
- VIO C., MARZOCCHI G.M., OFFREDI F., 1999, Il bambino con deficit di attenzione/iperattività. Diagnosi psicologica e formazione dei genitori, Erickson, Trento
- VIOLA D., 2011, Disturbi dell'attenzione. Sopravvivere all'ADHD: manuale per psicologi, medici, insegnanti e genitori, Libreria Universitaria, Padova.

SITOGRAFIA

- www.aidaiassociazione.com: AIDAI - ASSOCIAZIONE ITALIANA DISTURBI ATTENZIONE IPERATTIVITA'.
- www.aifaonlus.it: AIFA – ASSOCIAZIONE ITALIANA FAMIGLIE ADHD – ONLUS.
- www.aisn.it: AISN - ASSOCIAZIONE ITALIANA SPECIALISTI IN NEUROPSICOLOGIA.
- www.ccnpsanpaolo.it: CCNP - SAN PAOLO. NEUROPSICOLOGIA E PSICOTERAPIA DI M. BERETTA & E. MENOTTI.
- www.igeacps.it: ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE: “IGEA CENTRO PROMOZIONE SALUTE”.