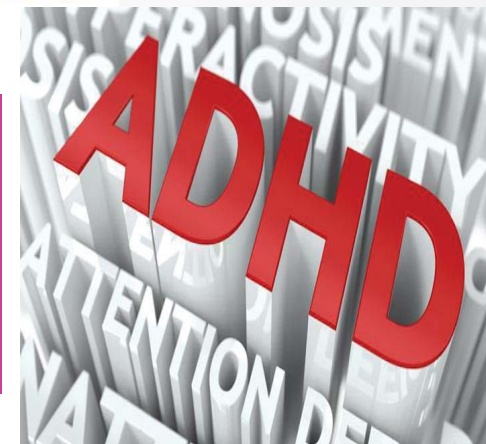


“NUOVE NORMATIVE / NUOVE COMPETENZE” con SEMINARIO su ADHD



**all
inclusive**
ALLENARE ALL'INCLUSIONE



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



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:

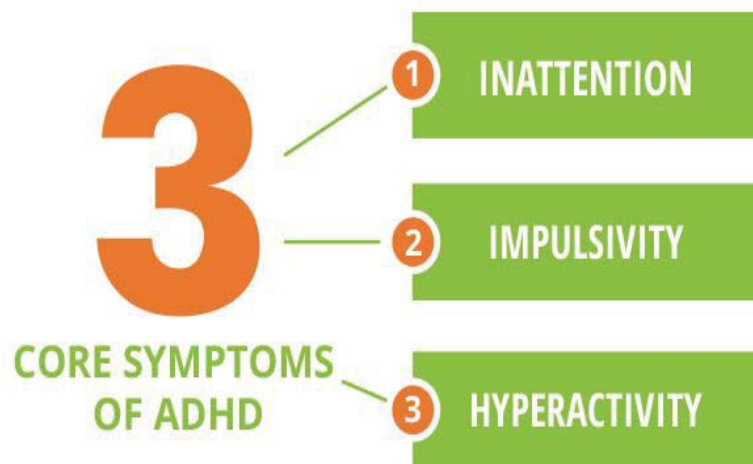
- di esecuzione, non di abilità
- Del fare quello che si sa, non del sapere quello che si fa
- del quando e del dove, non del come e del che cosa
- Dell'uso del passato al “punto di performance”



«...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 25% 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 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.

prof. Biagio Di Liberto





DIAGNOSI

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, o **ADHD**, è un **disturbo evolutivo cronico dell'autocontrollo**, caratterizzato **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.**

prof. Biagio Di Liberto



«...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**.

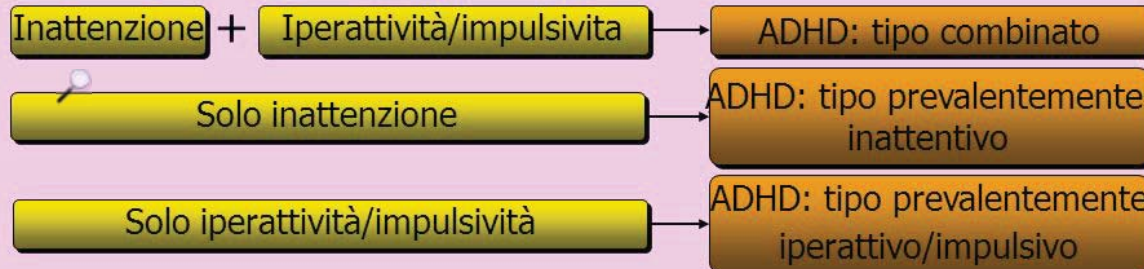
Incidenza: 7%. Maggiore tra i maschi (4:1 9:1)

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**.

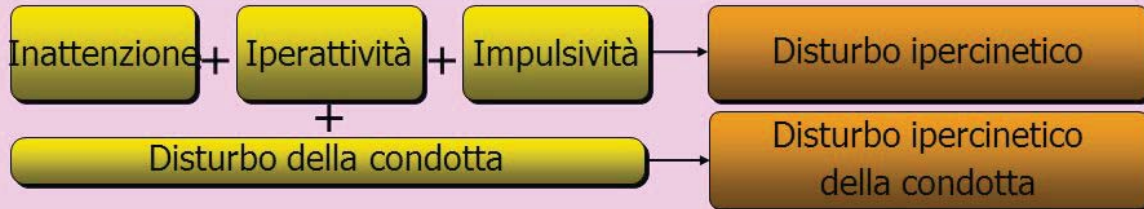
I **18 sintomi presentati nel DSM-IV** sono gli stessi contenuti nell'ICD-10 (OMS, 1992), l'unica differenza si ritrova nell'item (f) della categoria iperattività-impulsività (Parla eccessivamente) che, secondo l'OMS, è una manifestazione di impulsività e non di iperattività.

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

DIAGNOSI SECONDO DSM-IV (ADHD)

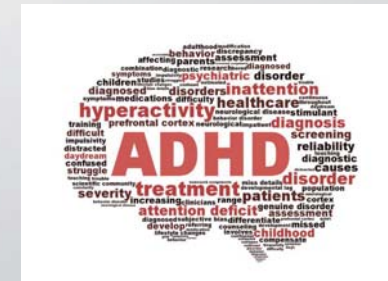


DIAGNOSI SECONDO ICD-10 (HKD)



DSM-5 ICD-10

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"

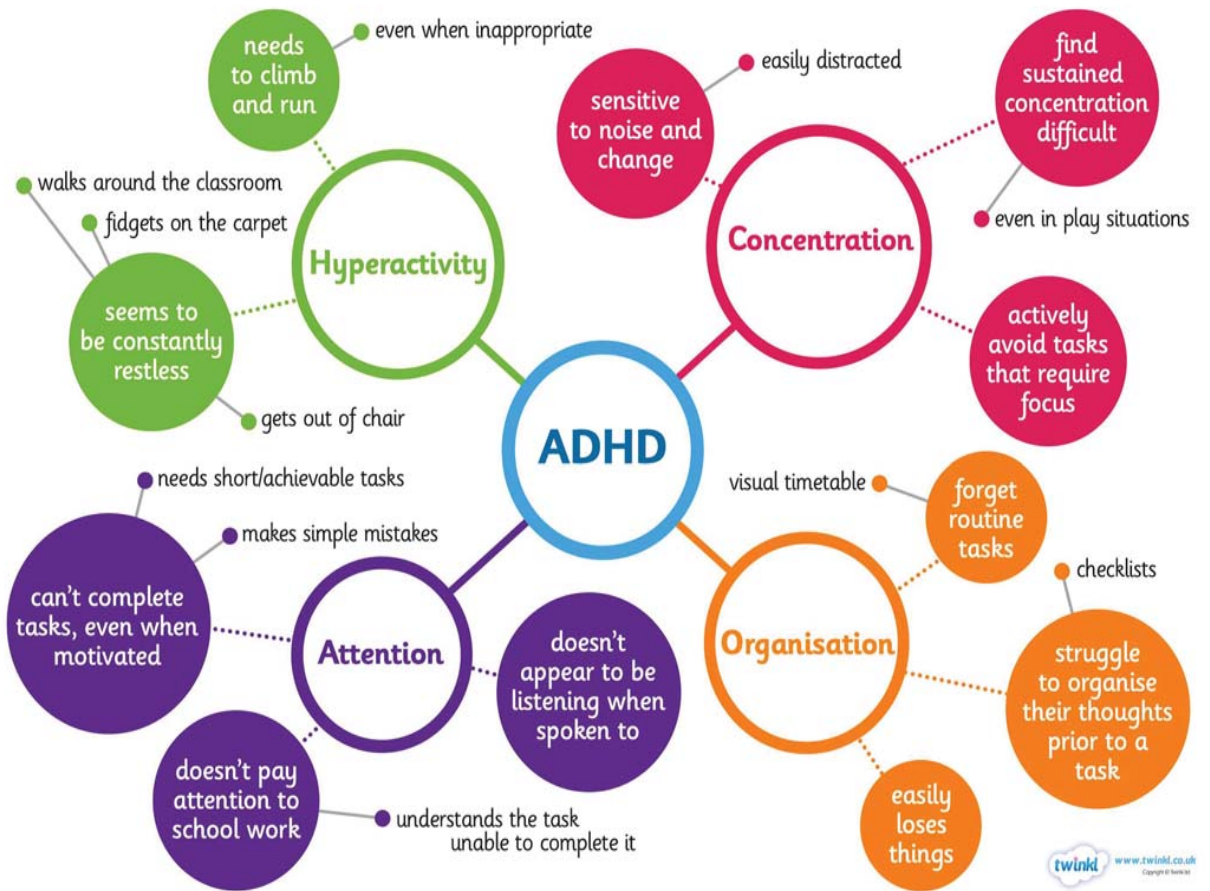
1947, Strauss e Lehitnen → "Sindrome da Disfunzione Cerebrale Minima"

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



prof. Biagio Di Liberto



«...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.

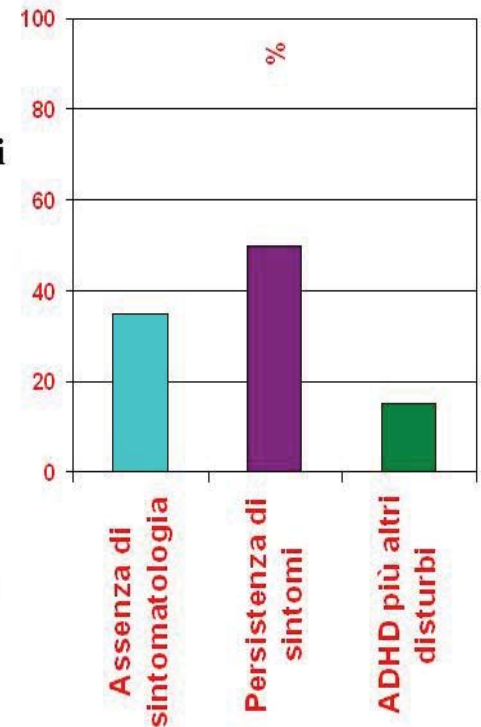
IPERATTIVITA', ossia un eccessivo ed inadeguato livello di attività motoria.

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.



prof. Biagio Di Liberto



«...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**

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**



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 sottotipi.



«...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

DISATTENZIONE


- A. spesso fallisce nel prestare attenzione ai dettagli o compie errori di inattenzione nei compiti a scuola, nel lavoro o in altre attività;
- B. spesso ha difficoltà nel sostenere l'attenzione nei compiti o in attività di gioco;
- C. spesso sembra non ascoltare quando gli si parla direttamente;
- D. spesso non segue completamente le istruzioni e incontra difficoltà nel terminare i compiti di scuola, lavori domestici o mansioni nel lavoro (non dovute a comportamento oppositivo o a difficoltà di comprensione);
- E. spesso ha difficoltà ad organizzare compiti o attività varie;
- F. spesso evita, prova avversione o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale sostenuto (es. compiti a casa o a scuola);
- G. spesso perde materiale necessario per compiti o altre attività (es. giocattoli, compiti assegnati, matite, libri, ecc.);
- H. spesso è facilmente distratto da stimoli esterni;
- I. spesso è sbadato nelle attività quotidiane.




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

IPERATTIVITÀ


- A. spesso muove le mani o i piedi o si agita nella seggiola;
- B. spesso si alza in classe o in altre situazioni dove ci si aspetta che rimanga seduto;
- C. spesso corre in giro o si arrampica eccessivamente in situazioni in cui non è appropriato (in adolescenti e adulti può essere limitato ad una sensazione soggettiva di irrequietezza);
- D. spesso ha difficoltà a giocare o ad impegnarsi in attività tranquille in modo quieto;
- E. è continuamente “in marcia” o agisce come se fosse “spinto da un motorino”;
- F. spesso parla eccessivamente;



Hyperactivity

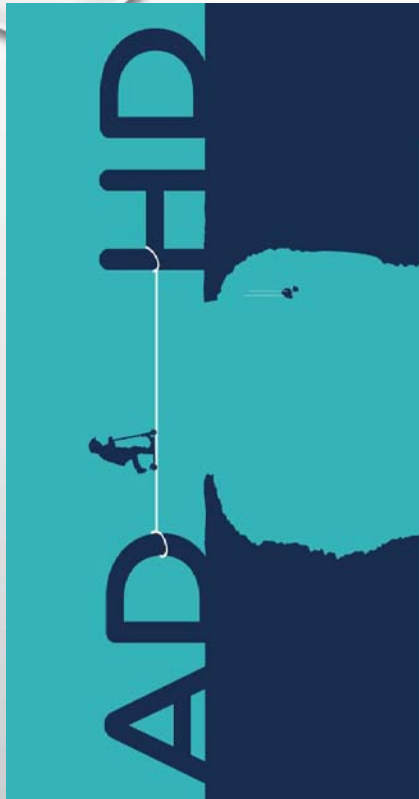


Hyperactivity



prof. Biagio Di Liberto

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



IMPULSIVITÀ

- A. spesso “spara” delle risposte prima che venga completata la domanda;
- B. spesso ha difficoltà ad aspettare il proprio turno;
- C. esso interrompe o si comporta in modo invadente verso gli altri (es. irrompe nei giochi o nelle conversazioni degli altri).

Sei (o più) dei seguenti sintomi di Disattenzione che persistano per almeno 6 mesi con un'intensità che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo

Sei (o più) dei seguenti sintomi di Iperattività-Impulsività che persistono per almeno 6 mesi ad un grado che sia disadattivo e inappropriato secondo il livello di sviluppo

Impulsivity

Impulsivity



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

Le difficoltà più comuni, associate all'ADHD, sono l'oppositività e la condotta.

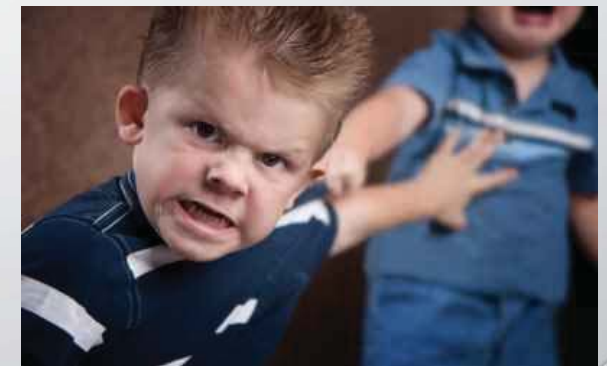
Gli studi suggeriscono che il (Tannock 1998) **40-90% dei bambini con ADHD soddisfa i criteri diagnostici per il Disturbo Oppositivo Provocatorio o per il Disturbo della Condotta.**

Tali difficoltà comportamentali spesso persistono fino all'adolescenza, le stime indicano che **il 68% degli adolescenti con ADHD hanno anche un Disturbo Oppositivo Provocatorio** (Barkley et al. 1991). Spesso è difficile distinguere gli atti volitivi di non compliance dalle caratteristiche dell'impulsività, ovvero da quegli atteggiamenti non curanti nei confronti delle regole. I bambini con ADHD non sono in grado di conformarsi alle richieste semplicemente perché dimenticano le istruzioni complete o perché hanno delle difficoltà ad inibire le

Le ricerche longitudinali
per il Disturbo della Co



ADHD è un fattore di rischio



«...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 è un disturbo ad eziologia multifattoriale
i fattori responsabili della sua manifestazione sono diversi:
genetici, neuro-biologici, ambientali.

Il **DDAI** è un **disturbo evolutivo dell'autocontrollo di origine neurobiologica** che interferisce con il normale svolgimento delle comuni attività quotidiane: andare a scuola, giocare con i coetanei, convivere serenamente con i genitori e, in generale, inserirsi normalmente nella società. “Evidenze genetiche e neuro-radiologiche giustificano la definizione psicopatologica del disturbo quale **disturbo neurobiologico della corteccia prefrontale e dei nuclei della base che si manifesta come alterazione dell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali.**”



prof. Biagio Di Liberto



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

Somiglianze tra il comportamento dei bambini con DDAI e quello dei pazienti con **lesioni alle regioni frontali** (in particolare l'area prefrontale) della corteccia cerebrale (Benton, 1991 in Barkley, 1998):

disinibizione, problemi di mantenimento dell'attenzione, difficoltà di pianificazione e di uso di strategie cognitive (Shallice et al.)

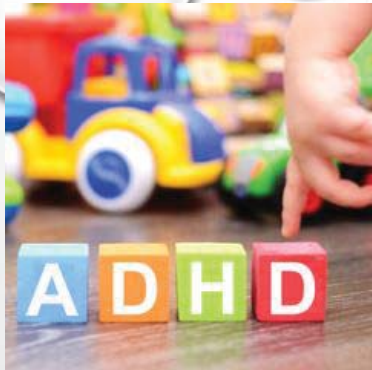


Alcune aree cerebrali di bambini con DDAI hanno dimensioni ridotte rispetto a quelle dei controlli: **l'area pre-frontale destra, il nucleo caudato, il globulo pallido e il cervelletto** (Castellanos et al., 1994; 1996). In tali regioni sono numerosi presenti **circuiti della dopamina e della noradrenalina**: i ragazzi con ddaï presentano inferiori livelli di tali neurotrasmettitori rispetto ai ragazzi di controllo



“Evidenze genetiche e neuro-radiologiche giustificano la definizione psicopatologica del disturbo quale disturbo neurobiologico della corteccia prefrontale e dei nuclei della base che si manifesta come **alterazione dell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali**”, tra cui la capacità di posticipare le gratificazioni immediate in vista di un successivo e maggiore vantaggio.

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



“Evidenze di genetica molecolare e neuroimaging giustificano la definizione psicopatologica del disturbo quale disturbo neurobiologico della corteccia prefrontale e dei nuclei della base che si manifesta come **alterazione dell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali**”, tra cui la capacità di posticipare le gratificazioni immediate in vista di un successivo e maggiore vantaggio.

Il **57%** dei genitori di un bambino con DDAI presenta a loro volta lo stesso disturbo, la percentuale scende al **32%** se si tratta di fratelli non gemelli; percentuali che sono da 6 a 12 volte superiori rispetto all'incidenza del disturbo nella popolazione normale. Secondo un ampio studio di Goodman e Stevenson (1989), la percentuale di causalità del DDAI attribuibile a **fattori genetici si aggira tra il 70% e il 91%**, mentre il restante **10%-30%** è attribuibile a **fattori ambientali**. La gravità, l'evoluzione e la prognosi dei sintomi dipendono da fattori legati all'educazione e all'ambiente sociale in cui si trova inserito il bambino (Barkley, 1998).

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



Semberebbero coinvolti la corteccia pre-frontale, parte del cervelletto e almeno due gangli della base. In uno studio del 1996, Castellanos e Rapoport e i loro colleghi del National Institute of Mental Health, hanno scoperto che la corteccia pre-frontale destra e due gangli basali, il nucleo caudato e il globo pallido, sono significativamente meno estesi del normale nei bambini affetti da ADHD. Anche il verme cerebellare è di dimensioni inferiori alla norma.



I GENI PER LA DOPAMINA

Forse determinante è il modo con cui il cervello utilizza la dopamina. Degli studi mettono in evidenza il ruolo svolto dai geni che impartiscono le **istruzioni per la produzione dei recettori e dei trasmettitori della dopamina**: questi geni sono molto attivi nella corteccia pre-frontale e nei gangli basali. I recettori della dopamina si trovano sulla superficie di alcuni neuroni. Mutazioni nel gene per il recettore della dopamina possono rendere i recettori meno sensibili alla dopamina. Al contrario, mutazioni nel gene per il trasportatore della dopamina possono rendere eccessivamente attivi i trasportatori facendo in modo che essi eliminino la dopamina secreta prima che essa abbia la possibilità di legarsi agli specifici recettori situati su un neurone adiacente.

Gli impulsi sensoriali non viaggiano correttamente in presenza di una carenza di neurotrasmettitori (che garantiscono un giusto trasporto del sistema nervoso) in vista della scelta di adeguati handling. La **conseguenza è che il bambino con Disturbo di Concentrazione non è in grado di reagire agli stimoli ambientali attraverso un'adeguata scelta e graduazione del repertorio motorio e comportamentale.**



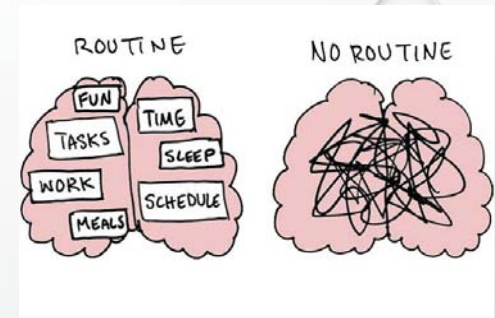
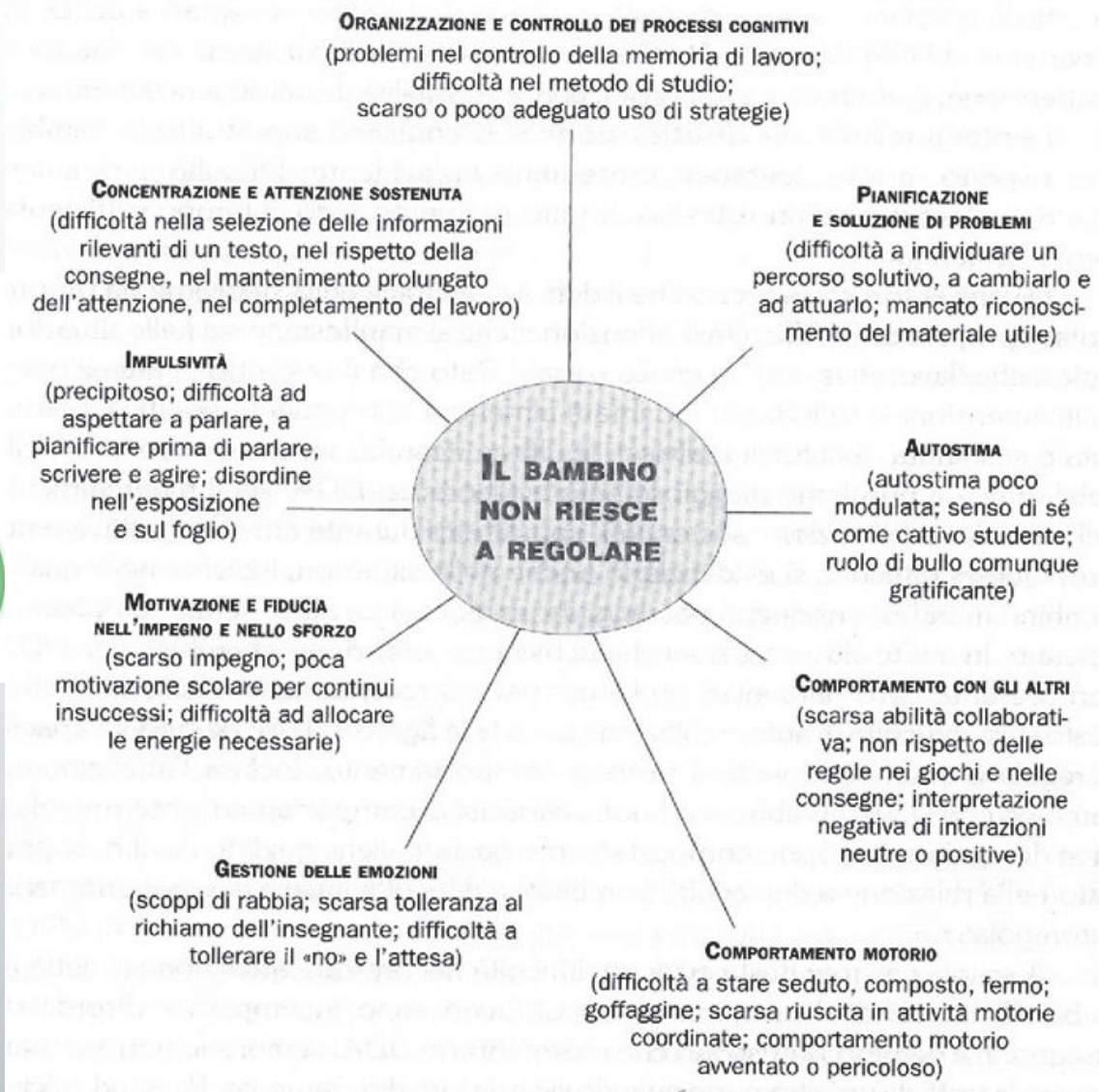
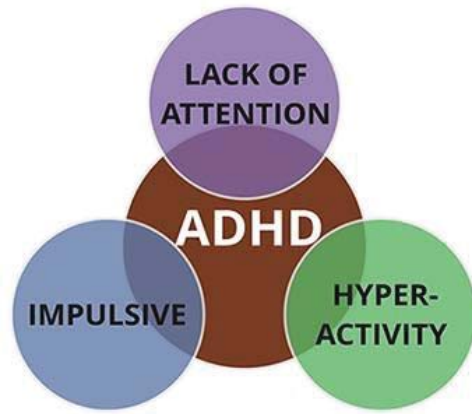
«...se si perde loro, la scuola non è più scuola. È un ospedale che cura i *sani* e respinge i *malati*» (Don Milani)

LA DOPAMINA

Sostanza che funziona da neurotrasmettitore

prodotta da particolari zone del cervello per inibire e controllare le attività di altri neuroni specialmente quelli dell'emozione e del movimento

La **dopamina** trasporta il suo messaggio ai neuroni legandosi ai ricettori



«...se si perde loro, la scuola non è più scuola. È un ospedale che cura i *sani* e respinge i

IL PROBLEMA RELAZIONALE INTERPERSONALE

Vari studi di tipo sociometrico hanno confermato che bambini affetti da deficit di attenzione con o senza iperattività ricevono minori apprezzamenti e maggiori rifiuti dai loro compagni di scuola o di gioco; pronunciano un numero di frasi negative nei confronti dei loro compagni dieci volte superiori rispetto agli altri; presentano un comportamento aggressivo tre volte superiore; non rispettano o non riescono a rispettare le regole di comportamento in gruppo e nel gioco.



ALTRE CONDOTTE ?

Disturbi di Condotta (CD): aggressività, ansietà, psico patologia materna, bassa autostima; Disturbo Opposizionale (ODD): deprivazione sociale, basso rendimento scolastico, bassa competenza sociale. Tutto ciò è dovuto al fatto che i soggetti affetti da ADHD manifestano nel tempo dei sintomi secondari che si pensa siano il risultato dell'interazione tra le caratteristiche proprie del disturbo con l'ambiente scolastico, sociale, familiare in cui il soggetto si trova inserito.



«...se si perde loro, la scuola non è più scuola. È un ospedale che cura i *sani* e respinge i



L'evoluzione del DDAI in cinque fasi: prima della nascita (si valutano i fattori di rischio di insorgenza del disturbo), i primi tre anni di vita, l'età della scuola dell'infanzia, la scuola primaria, la preadolescenza e l'adolescenza.

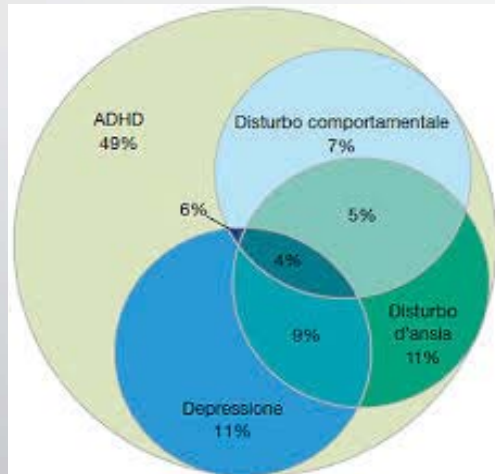
Numerosi studi di genetica hanno dimostrato che **alcune caratteristiche dei genitori sono predittive della presenza o meno del DDAI nel figlio**. Ad esempio, alcuni studi hanno riscontrato che gruppi genitori depressi con condotta antisociale o con problemi di alcolismo è molto più probabile che abbiano un figlio con DDAI, rispetto ad altri. Altre ricerche hanno riscontrato che le complicazioni durante la gravidanza o il parto sono fattori di rischio per l'insorgenza di un DDAI. Queste comunque non sono le cause del disturbo, ma fattori che determinano un innalzamento della probabilità di avere un bambino con DDAI. La stessa presenza di problematiche attentive e/o comportamentali nei genitori rappresentano un importante fattore di rischio per l'insorgenza del DDAI. In questo caso, le probabilità di un genitore con DDAI di avere un figlio con lo stesso disturbo arrivano fino al 57% (Biederman et al., 1995).

«...se si perde loro, la scuola non è più scuola. È un ospedale che cura i *sani* e respinge i





Con la crescita, l'**iperattività** tende a diminuire in termini di frequenza e intensità e può venire **parzialmente sostituita da "un'agitazione interiorizzata"** che si manifesta soprattutto con insofferenza, impazienza e continui cambi di attività o movimenti del corpo (Fischer et al., 1993). Inoltre, con lo sviluppo si possono generare dei tratti comportamentali che ostacolano ulteriormente il buon inserimento del bambino nel suo ambiente sociale, come ad esempio: l'ostinazione, la scarsa obbedienza alle regole, la prepotenza, la maggior labilità dell'umore, la scarsa tolleranza alla frustrazione, gli scatti d'ira e la ridotta autostima.



Durante la **preadolescenza** il **comportamento incontrollato** e la **disattenzione** non consentono una facile acquisizione delle abilità sociali, indispensabili per un buon fair-play: i ragazzi con DDAI infatti dimostrano **scarsa capacità di mantenere amicizie e risolvere i conflitti interpersonali** (Kirby e Grimley, 1986).



«...se si perde loro, la scuola non è più scuola. È un ospedale che cura i *sani* e respinge i



Il DDAI sia di natura prevalentemente cronica, bisogna sottolineare che la **concomitante presenza di un Disturbo Oppositivo/Provocatorio o di un Disturbo della Condotta** determina una **prognosi più infausta** (Braswell e Bloomsquit, 1991), in quanto il ragazzo può manifestare gravi condotte antisociali (Disturbo di Personalità Antisociale) e problemi con la giustizia.

Durante l'**adolescenza**, si osserva mediamente una **lieve attenuazione della sintomatologia**, ma ciò non significa che il problema sia risolto, in quanto spesso si riscontrano anche altri disturbi mentali, come ad esempio **depressione, condotta antisociale o ansia**. In una ricerca di follow-up condotta da Lambert (1989), si è osservato che tra i ragazzi diagnosticati con DDAI durante gli anni della scuola elementare, **il 70% e l'80% di essi presentano ancora i sintomi del disturbo**. In questa età, i problemi di identità, di accettazione nel gruppo e di sviluppo fisico, sono problematiche che non sempre riescono ad essere efficacemente affrontate da un ragazzo con DDAI. Gli inevitabili insuccessi possono determinare **problemi di autostima**, scarsa fiducia in se stessi, o addirittura **ansia o depressione** clinicamente significative (Barkley, Fisher, et al., 1990).

Si ritiene che una percentuale intorno al 50-70% dei bambini con adhd continua a soddisfare i criteri diagnostici anche una volta adulta, nonostante la manifestazione dei sintomi stessi possa variare al variare dell'età.



«...se si perde loro, la scuola non è più scuola. È un ospedale che cura i *sani* e respinge i



Circa il 44% di essi presenta almeno un altro disturbo, il 32% ne presenta altri due e l'11% altri tre (Szatmari, Offord & Boyle, 1989).

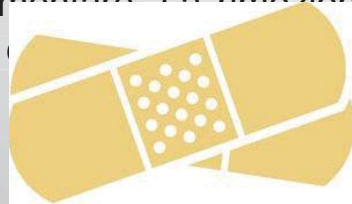
In particolare il quadro della compresenza con altri disturbi è il seguente: tra il 20% e il 56% presentano anche un **disturbo della condotta**, circa il 35% manifestano anche un **disturbo oppositivo/provocatorio**, il 25% soffre anche di **disturbi dell'umore** e un altro 25% ha **disturbi d'ansia**.

*Se le percentuali di incidenza riscontrate **in altri paesi (4-5%)** trovassero conferma anche nel nostro, si tratterebbe di quasi **due milioni** di persone che o ricevono un **trattamento inadeguato** o non ricevono alcun trattamento*

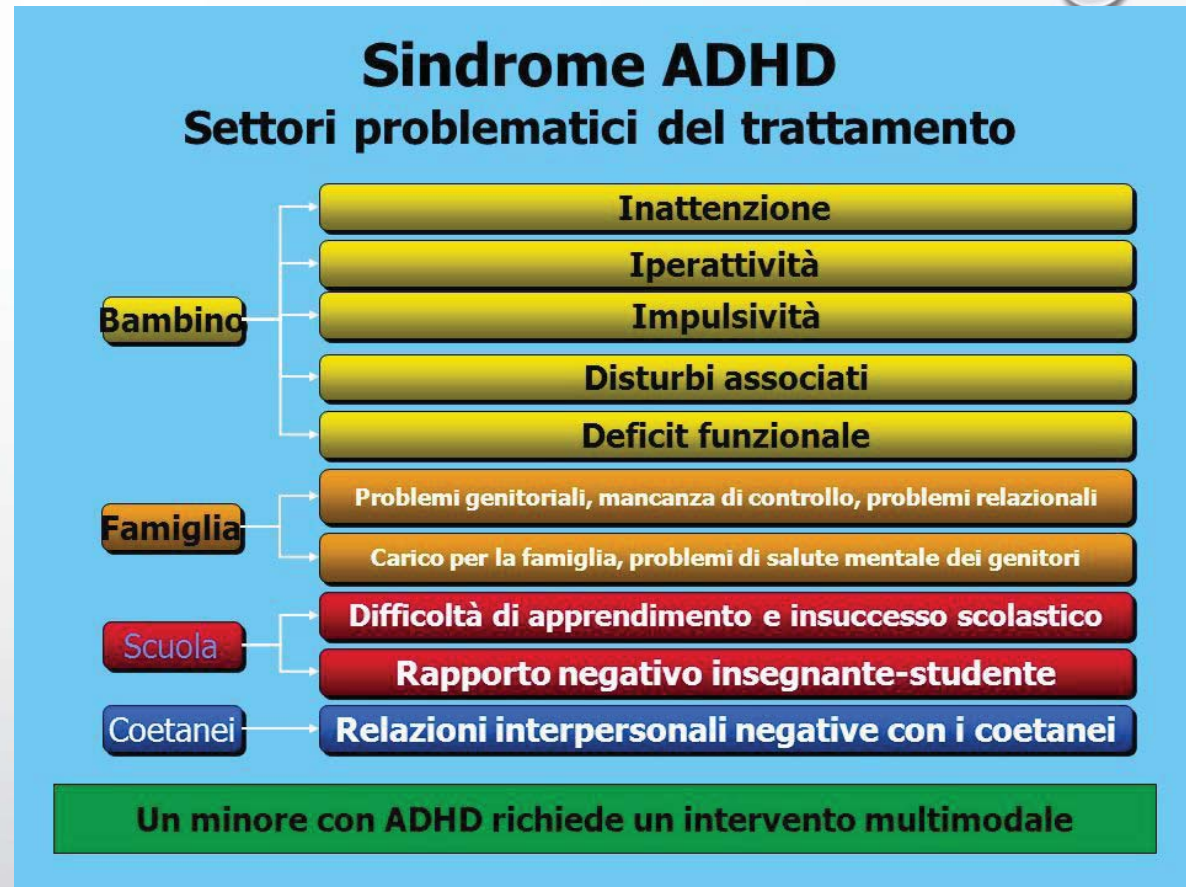


«...se si perde loro, la scuola non è più scuola. È un ospedale che cura i *sani* e respinge i

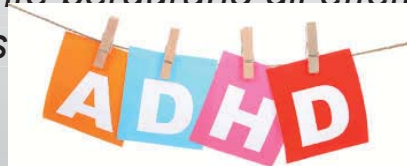
I metodi per trattare l'ADHD coinvolgono una combinazione di fattori: **TERAPIE COMPORTAMENTALI, CAMBIAMENTI DELLO STILE DI VITA, INTERVENTI CLINICO-PSICOLOGICI E FARMACI**. Il trattamento può migliorare la condizione a lungo termine ma tuttavia spesso non è in grado di eliminare del tutto gli esiti negativi. Uno studio del 2005 rileva che il trattamento farmacologico unito al focus sui comportamenti sia il metodo più efficace per la cura dell'ADHD. I farmaci utilizzati includono **stimolanti, atomoxetina, agonisti alfa-adrenergici e atomoxetina (Strattera) e il Metilfenidato cloridrato (Ritalin) - a volte, antidepressivi**. Il trattamento farmacologico produce almeno qualche effetto in circa l'80% dei pazienti. Anche modifiche nella dieta possono essere di beneficio^[109], con prove a sostegno degli acidi grassi liberi e una ridotta esposizione al colorante alimentare. La rimozione di altri alimenti dalla dieta non è stata supportata da prove



«...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 non è un problema marginale che si risolve con l'età, ma può persistere in età adulta. La sua storia naturale, infatti, è caratterizzata da persistenza fino all'adolescenza in circa due terzi dei casi e fino all'età adulta in circa un terzo o la metà dei casi. **L'ADHD può associarsi a disturbi dell'adattamento sociale** (personalità antisociale, alcoolismo, criminalità), basso livello accademico ed occupazionale, problemi psichiatrici, fino ad essere considerato uno dei migliori predittori, in età infantile, di **cattivo adattamento psicosociale nell'età adulta**. Anche se sembra che questo sia patrimonio più delle forme comorbide che delle forme semplici e delle forme con disturbi neuropsicologici, e sia strettamente dipendente dal contesto evolutivo in cui cresce il bambino con ADHD, è la **persistenza stessa dell'ADHD a rappresentare il fattore di peggior prognosi psicosociale, indicando che maggiormente perdurano gli effetti del disturbo più profondo è il loro influsso sul loro sviluppo successivo.**



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



I soggetti affetti da ADHD manifestano nel tempo dei **sintomi secondari** che si pensa siano il **risultato dell'interazione tra le caratteristiche proprie del disturbo con l'ambiente scolastico, sociale, familiare** in cui il soggetto si trova inserito



I ragazzi con **DDAI** hanno **prestazioni scolastiche inferiori** ai loro coetanei, pur avendo le **stesse abilità intellettive**. La spiegazione di questo fenomeno è da ricercare nelle difficoltà attentive e di autoregolazione cognitiva, nella maggior quantità di risposte impulsive e nel comportamento iperattivo all'interno della classe (Barkley, 1998).



La difficoltà più grande per un ragazzo/a con ADHD consiste nel finire i compiti e consegnarli in tempo a causa non solo di un sovraccarico cognitivo delle abilità organizzative ed esecutive, ma anche per i frequenti disturbi specifici dell'apprendimento, nella lettura, nella matematica, nell'espressione scritta o in altre aree



I ragazzi con ADHD presentano un disturbo di lettura strumentale (velocità e correttezza) nel **21%** dei casi, il **26%** ha un deficit di ortografia (la lingua inglese, essendo differente da quella italiana, determina percentuali più elevati di casi con disturbi ortografici) e il **28%** ha problemi nell'area logico-matematica

Incapacità nell'uso delle proprie risorse cognitive. In particolare, di **memoria di lavoro** (Cornoldi et al.), di **strategie di apprendimento** (Cornoldi et al., 1999) e di **inibizione delle informazioni irrilevanti** (Marzocchi et al.). Questo profilo cognitivo determina conseguenze negative per la comprensione di testi scritti, per lo studio e per la soluzione di problemi aritmetici (Marzocchi, 2000).



Se teniamo conto che complessivamente i disturbi di apprendimento si presentano in circa il 3%/5% della popolazione scolastica è facile calcolare che i bambini con ADHD sono da 7 a 9 volte maggiormente a rischio di manifestare anche un disturbo di apprendimento

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





Se teniamo conto che complessivamente i disturbi di apprendimento si presentano in circa il 3%/5% della popolazione scolastica è facile calcolare che i bambini con ADHD sono da 7 a 9 volte maggiormente a rischio di manifestare anche un disturbo di apprendimento



I ragazzi con ADHD presentano un disturbo di lettura strumentale (velocità e correttezza) nel **21%** dei casi, il **26%** ha un deficit di ortografia (la lingua inglese, essendo differente da quella italiana, determina percentuali più elevati di casi con disturbi ortografici) e il **28%** ha problemi nell'area logico-matematica



Incapacità nell'uso delle proprie risorse cognitive. In particolare, di **memoria di lavoro** (Cornoldi et al.), di **strategie di apprendimento** (Cornoldi et al., 1999) e di **inibizione delle informazioni irrilevanti** (Marzocchi et al.). Questo profilo cognitivo determina conseguenze negative per la comprensione di testi scritti, per lo studio e per la soluzione di problemi aritmetici (Marzocchi, 2000).

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



Elenco delle norme emanate dal MIUR per i bambini con ADHD

- C.M. Prot. n. 6013 del 04/12/2009
- C.M. Prot. n. 4089 del 15/6/2010
- C.M. Prot. n. 1395 del 20/03/2012
- C.M. Prot. n. 2213 del 19/04/2012

Elenco delle norme emanate dal MIUR per i bambini BES

- Direttiva Ministeriale del 12/12/2012
- C.M. n. 8 del 06/03/2013
- Nota ministeriale n. 1551 del 27/06/2013
- Nota ministeriale n. 2563 del 22/11/2013



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



ACODGSC - Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la
Partecipazione e la Comunicazione
REGISTRO UFFICIALE
Prot. n. 0001393 - 20/03/2012 - USCITA

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Dipartimento per l'Istruzione

Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione

Il Dirigente dell'Ufficio VI

Ai Direttori Generali
degli Uffici Scolastici Regionali
Loro Sedi

Oggetto: Piano Didattico Personalizzato per alunni con ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività).

Si fa seguito alla circolare n° 4089 del 15 giugno 2010, con la quale sono state fornite puntuali indicazioni riguardo alla integrazione scolastica degli alunni affetti da ADHD (Disturbo da deficit di attenzione/iperattività) e, al fine di agevolare ulteriormente gli operatori scolastici che si trovano ad affrontare le problematiche derivanti dalla presenza di tali alunni nelle classi, si richiama l'opportunità che ciascuna Istituzione scolastica interessata rediga un Documento Personalizzato per gli alunni affetti da tale disturbo così come previsto per i soggetti con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA).

prof. Biagio Di Liberto



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



MIUR - Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
AOODGSC - Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la
Partecipazione e la Comunicazione
REGISTRO UFFICIALE
Prot. n. 0002213 - 19/04/2012 - USCITA



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per l'Istruzione
Direzione Generale per lo studente, l'integrazione, la partecipazione e la comunicazione
Ufficio settimo

Ai Direttori Generali
degli Uffici Scolastici Regionali
LORO SEDI

Oggetto: Piano Didattico Personalizzato per alunni e studenti con Sindrome da Deficit di
Attenzione e Iperattività (ADHD). Chiarimenti.

Con riferimento alla nota prot. n. 1395 del 20.03.2012 concernente l'oggetto, diramata dall'Ufficio VI della Direzione Generale scrivente, si deve precisare che per gli alunni e gli studenti con Sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), certificati ai sensi della Legge 104/1992, vanno seguite le procedure nella stessa indicate, con particolare riguardo alla redazione del Piano Educativo Individualizzato (PEI), di cui alla citata Legge. Anche per quanto riguarda la tempistica, in particolare relativamente ai termini di redazione del PEI e ai soggetti incaricati di redigerlo, la fonte normativa è individuata nella Legge 104/1992, nel D.P.R. 24.02.1992, art. 6, comma 1, e nel D.P.C.M. 185/06, art. 3. Si coglie quindi l'occasione per chiarire che il Piano Didattico Personalizzato (PDP) è esclusivamente destinato agli alunni e agli studenti con Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA), in coerenza con le disposizione contenute nella Legge 170/2010 e nel Decreto attuativo 12 luglio 2011.

prof. Biagio Di Liberto



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



MIUR - Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
ACODGSC - Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la
Partecipazione e la Comunicazione
REGISTRO UFFICIALE
Prot. n. 0002213 - 19/04/2012 - USCITA



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per l'Istruzione
Direzione Generale per lo studente, l'integrazione, la partecipazione e la comunicazione
Ufficio settimo

Ai Direttori Generali
degli Uffici Scolastici Regionali
LORO SEDI

Oggetto: Piano Didattico Personalizzato per alunni e studenti con Sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD). Chiarimenti.

Con riferimento alla nota prot. n. 1395 del 20.03.2012 concernente l'oggetto, diramata dall'Ufficio VI della Direzione Generale scrivente, si deve precisare che per gli alunni e gli studenti con Sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), certificati ai sensi della Legge 104/1992, vanno seguite le procedure nella stessa indicate, con particolare riguardo alla redazione del Piano Educativo Individualizzato (PEI), di cui alla citata Legge. Anche per quanto riguarda la tempistica, in particolare relativamente ai termini di redazione del PEI e ai soggetti incaricati di redigerlo, la fonte normativa è individuata nella Legge 104/1992, nel D.P.R. 24.02.1992, art. 6, comma 1, e nel D.P.C.M. 185/06, art. 3. Si coglie quindi l'occasione per chiarire che il Piano Didattico Personalizzato (PDP) è esclusivamente destinato agli alunni e agli studenti con Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA), in coerenza con le disposizioni contenute nella Legge 170/2010 e nel Decreto attuativo 12 luglio 2011.

prof. Biagio Di Liberto



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



MIUR - Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
ACODGSC - Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la
Partecipazione e la Comunicazione
REGISTRO UFFICIALE
Prot. n. 0002213 - 19/04/2012 - USCITA



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per l'Istruzione
Direzione Generale per lo studente, l'integrazione, la partecipazione e la comunicazione
Ufficio settimo

Ai Direttori Generali
degli Uffici Scolastici Regionali
LORO SEDI

Oggetto: Piano Didattico Personalizzato per alunni e studenti con Sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD). Chiarimenti.

Con riferimento alla nota prot. n. 1395 del 20.03.2012 concernente l'oggetto, diramata dall'Ufficio VI della Direzione Generale scrivente, si deve precisare che per gli alunni e gli studenti con Sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), certificati ai sensi della Legge 104/1992, vanno seguite le procedure nella stessa indicate, con particolare riguardo alla redazione del Piano Educativo Individualizzato (PEI), di cui alla citata Legge. Anche per quanto riguarda la tempistica, in particolare relativamente ai termini di redazione del PEI e ai soggetti incaricati di redigerlo, la fonte normativa è individuata nella Legge 104/1992, nel D.P.R. 24.02.1992, art. 6, comma 1, e nel D.P.C.M. 185/06, art. 3. Si coglie quindi l'occasione per chiarire che il Piano Didattico Personalizzato (PDP) è esclusivamente destinato agli alunni e agli studenti con Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA), in coerenza con le disposizioni contenute nella Legge 170/2010 e nel Decreto attuativo 12 luglio 2011.

prof. Biagio Di Liberto



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

C.M. Prot. n. 4089 del 15/6/2010

In sintesi, si ritiene opportuno che tutti i docenti:

- predispongano l'ambiente nel quale viene inserito lo studente con ADHD in modo tale da ridurre al minimo le fonti di distrazione
- prevedano l'utilizzo di tecniche educative di documentata efficacia (es. aiuti visivi, introduzione di routine, tempi di lavoro brevi o con piccole pause, gratificazioni immediate, procedure di controllo degli antecedenti e conseguenti).



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

C.M. Prot. n. 4089 del 15/6/2010

I docenti inoltre dovrebbero avvalersi dei seguenti suggerimenti:

1. Definire con tutti gli studenti poche e chiare regole di comportamento da mantenere all'interno della classe.
2. Concordare con l'alunno piccoli e realistici obiettivi comportamentali e didattici da raggiungere nel giro di qualche settimana.
3. Allenare il bambino ad organizzare il proprio banco in modo da avere solo il materiale necessario per la lezione del momento.



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



C.M. Prot. n. 4089 del 15/6/2010

4. Occuparsi stabilmente della corretta scrittura dei compiti sul diario.
5. Incoraggiare l'uso di diagrammi di flusso, tracce, tabelle, parole chiave per favorire l'apprendimento e sviluppare la comunicazione e l'attenzione.
6. Favorire l'uso del computer e di enciclopedie multimediali, vocabolari su CD, ecc.
7. Assicurarci che, durante l'interrogazione, l'alunno abbia ascoltato e riflettuto sulla domanda e incoraggiare una seconda risposta qualora tenda a rispondere frettolosamente.



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



C.M. Prot. n. 4089 del 15/6/2010

8. Organizzare prove scritte suddivise in più parti e invitare lo studente ad effettuare un accurato controllo del proprio compito prima di consegnarlo.
9. Comunicare chiaramente i tempi necessari per l'esecuzione del compito (tenendo conto che l'alunno con ADHD può necessitare di tempi maggiori rispetto alla classe o viceversa può avere l'attitudine di affrettare eccessivamente la conclusione).
10. Valutare gli elaborati scritti in base al contenuto, senza considerare esclusivamente gli errori di distrazione, valorizzando il prodotto e l'impegno piuttosto che la forma.
11. Le prove scritte dovrebbero essere suddivise in più quesiti.
12. Evitare di comminare punizioni mediante: un aumento dei compiti per casa, una riduzione dei tempi di ricreazione e gioco, l'eliminazione dell'attività motoria, la negazione di ricoprire incarichi collettivi nella scuola, l'esclusione dalla partecipazione alle gite.
13. Le gratificazioni devono essere ravvicinate e frequenti.



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

Disturbi Evolutivi Specifici

Direttiva del 27 dicembre 2012

Alunni con diagnosi DSA

- Dislessia
- Disgrafia
- Disortografia
- Discalculia

Altre diagnosi DSA

- Disturbi specifici del linguaggio
- Disturbo della coordinazione motoria
- Disprassia
- Disturbo non verbale
- Disturbo dello spettro autistico lieve
- Disturbo Oppositivo Provocatorio

Alunni con ADHD

Alunni con FIL

Nota del 22 novembre 2013

Alunni con certificazione DSA

- Dislessia
- Disgrafia
- Disortografia
- Discalculia

Altre diagnosi

- Disturbi specifici del linguaggio
- Disturbo della coordinazione motoria
- Disprassia
- Disturbo non verbale
- Disturbo dello spettro autistico lieve
- Disturbo Oppositivo Provocatorio
- ADHD
- FIL



prof. Biagio Di Liberto



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



Direttiva del 27 dicembre 2012

1.3 Alunni con deficit da disturbo dell'attenzione e dell'iperattività

Un discorso particolare si deve fare a proposito di alunni e studenti con problemi di controllo attentivo e/o dell'attività, spesso definiti con l'acronimo A.D.H.D. (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), corrispondente all'acronimo che si usava per l'Italiano di D.D.A.I. – Deficit da disturbo dell'attenzione e dell'iperattività. [...]

Con notevole frequenza l'ADHD è in comorbidità con uno o più disturbi dell'età evolutiva: disturbo oppositivo provocatorio; disturbo della condotta in adolescenza; disturbi specifici dell'apprendimento; disturbi d'ansia; disturbi dell'umore, etc. [...]

In alcuni casi il quadro clinico particolarmente grave – anche per la comorbidità con altre patologie – richiede l'assegnazione dell'insegnante di sostegno, come previsto dalla legge 104/92. **Tuttavia**, vi sono moltissimi ragazzi con ADHD che, in ragione della minor gravità del disturbo, non ottengono la certificazione di disabilità, ma hanno pari diritto a veder tutelato il loro successo formativo.

Vi è quindi la necessità di estendere a tutti gli alunni con bisogni educativi speciali le misure previste dalla Legge 170 per alunni e studenti con disturbi specifici di apprendimento.

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



Nota del 22 novembre 2013

Si ribadisce che, anche in presenza di richieste dei genitori accompagnate da diagnosi che però non hanno dato diritto alla certificazione di disabilità o di DSA¹, il Consiglio di classe è autonomo nel decidere se formulare o non formulare un Piano Didattico Personalizzato, avendo cura di verbalizzare le motivazioni della decisione.

E' quindi peculiare facoltà dei Consigli di classe o dei team docenti individuare – eventualmente anche sulla base di criteri generali stabiliti dal Collegio dei docenti – casi specifici per i quali sia utile attivare percorsi di studio individualizzati e personalizzati, formalizzati nel Piano Didattico Personalizzato, la cui validità rimane comunque circoscritta all'anno scolastico di riferimento.

¹ Al riguardo, si ritiene utile fornire una precisazione di carattere terminologico. Per "certificazione" si intende un documento, con valore legale, che attesta il diritto dell'interessato ad avvalersi delle misure previste da precise disposizioni di legge – nei casi che qui interessano: dalla Legge 104/92 o dalla Legge 170/2010 - le cui procedure di rilascio ed i conseguenti diritti che ne derivano sono disciplinati dalle suddette leggi e dalla normativa di riferimento. Per "diagnosi" si intende invece un giudizio clinico, attestante la presenza di una patologia o di un disturbo, che può essere rilasciato da un medico, da uno psicologo o comunque da uno specialista iscritto negli albi delle professioni sanitarie. Pertanto, le strutture pubbliche (e quelle accreditate nel caso della Legge 170), rilasciano "certificazioni" per alunni con disabilità e con DSA. Per disturbi ed altre patologie non certificabili (disturbi del linguaggio, ritardo maturativo, ecc.), ma che hanno un fondamento clinico, si parla di "diagnosi".

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



prof. Biagio Di Liberto





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

What is ADHD

ADHD is one of the most common neurodevelopmental disorders. Recent data indicates that up to 8-10% of school age children meet the necessary criteria for a diagnosis of ADHD (Academy of Pediatrics, 2001).

Types of ADHD

- Inattentive**
Child exhibits significant inattention across multiple domains with no significant hyperactivity or impulsivity. This is what used to be considered ADD.
- Hyperactivity**
Child exhibits adequate attentional control, however, presents with significant deficits with activity level and/or impulse control.
- Combined**
The most common form of ADHD in which the child struggles with paying attention as well as regulating behavior.

Population that has ADHD

ADHD is more common in males than in females. According to community and pediatrician surveys, the rate between males and females is 2:1.

Inattention

- ✓ Often makes mistakes in schoolwork.
- ✓ Often has trouble keeping attention on tasks or play activities.
- ✓ Often does not seem to listen when spoken to directly.
- ✓ Often does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork.
- ✓ Often has trouble organizing activities.
- ✓ Often avoids, dislikes, or doesn't want to do things that take a lot of mental effort for a long period of time.
- ✓ Often loses things needed for tasks and activities (e.g. toys, school assignments, pencils, books, or tools).
- ✓ Is often easily distracted.
- ✓ Is often forgetful in daily activities.

Hyperactivity

- ✓ Fidgets with hands or feet in seat when sitting still is expected.
- ✓ Often gets up from seat when remaining in seat is expected.
- ✓ Often excessively runs about or climbs when and where it is not appropriate (adolescents or adults may feel very restless).
- ✓ Often has trouble playing or doing leisure activities quietly.
- ✓ Is often "on the go" or often acts as if "driven by a motor."
- ✓ Often talks excessively.

Impulsivity

- ✓ Often blurts out answers before questions have been finished.
- ✓ Often has trouble waiting one's turn.
- ✓ Often interrupts or intrudes on others.

How symptoms affect a child at

Home	School	Social
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Difficulty following morning routines. ✓ Increase in frequency of arguments with parents/siblings and daily chores. ✓ Messy/disorganized room. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Difficulty remaining seated in class. ✓ Difficulty completing work in a timely fashion. ✓ Difficulty organizing materials. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Difficulty regulating behavior on the playground. ✓ Trouble interacting with peers. ✓ Difficulty waiting turns during games.

Treatment

Pharmacological	Behavioral Therapy	Parent/Teacher
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Research indicates that pharmacological treatment is the treatment of choice for ADHD. ✓ Focus is on improving attention and behavioral regulation. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Focus is on teaching the child. ✓ Behavioral regulation strategies to improve the frequency and duration of positive, on-task behaviors. ✓ Establish a reinforcement schedule. ✓ Modify the environment to focus on the child's strengths and areas of concern. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Work with parents to establish realistic expectations regarding behavioral management and task completion. ✓ Help identify that the child struggles with attentional regulation and executive functioning in clinical terms.



prof. Biagio Di Liberto

THE ADD/ADHD ICEBERG

Only 1/8 of an iceberg is visible!!
Most of it is hidden beneath the surface!!

THE TIP OF THE ICEBERG: The Obvious ADD/ADHD Behaviors

- | | | |
|--|---|--|
| <p>HYPERACTIVITY
Restless Talks a lot
Fidgets Can't sit still
Runs or climbs a lot Always on the go</p> | <p>IMPLISIVITY
Lacks self-control Difficulty awaiting turn
Blurts out Interrupts
Tells untruths Intrudes
Talks back Loses temper</p> | <p>INATTENTION
Disorganized Doesn't follow through
Doesn't pay attention Is forgetful
Doesn't seem to listen Distractible
Makes careless mistakes Loses things
Doesn't do school work</p> |
|--|---|--|

HIDDEN BENEATH THE SURFACE: The Not So Obvious Behaviors!!

- | | |
|--|--|
| <p>NEUROTRANSMITTER DEFICITS
IMPACT BEHAVIOR
Inefficient levels of neurotransmitters, dopamine, norepinephrine, & serotonin, result in reduced brain activity on thinking tasks.</p> <p>WEAK EXECUTIVE FUNCTIONING
Working Memory and Recall
Activation, Alertness, and Effort
Internalizing language
Controlling emotions
Complex Problem Solving</p> <p>IMPAIRED SENSE OF TIME
Doesn't judge passage of time accurately
Loses track of time
Often late
Doesn't have skills to plan ahead
Forgets long-term projects or is late
Difficulty estimating time required for tasks
Difficulty planning for future
Impatient
Hates waiting
Time creeps
Homework takes forever
Avoids doing homework</p> <p>SLEEP DISTURBANCE (56%)
Doesn't get restful sleep
Can't fall asleep
Can't wake up
Late for school
Sleeps in class
Sleep deprived
Irritable
Morning battles with parents</p> | <p>COEXISTING CONDITIONS
2/3 have at least one other condition
Anxiety (34%) Depression (29%)
Bipolar (12%) Substance Abuse (5-40%)
Tourette Disorder (11%)
Obsessive Compulsive Disorder (4%)
Oppositional Defiant Disorder (54-67%)
Conduct Disorder (22-43%)</p> <p>SCHOOL LEARNING PROBLEMS (90%)
Specific Learning Disability (25-50%)
Poor working memory Can't memorize easily
Forgets teacher and parent requests
Slow math calculation (26%)
Spelling Problems (24%)
Poor written expression (65%)
Difficulty writing essays
Slow retrieval of information
Poor listening and reading comprehension
Difficulty describing the world in words
Difficulty rapidly putting words together
Disorganization
Slow cognitive processing speed
Poor fine motor coordination
Poor handwriting
Inattention Impulsive learning style</p> <p>30 PERCENT DEVELOPMENTAL DELAY
Less mature
Less responsible
18 yr. old acts like 12</p> <p>NOT LEARNING EASILY FROM REWARDS AND PUNISHMENT
Repeats misbehavior
May be difficult to discipline
Less likely to follow rules
Difficulty managing his own behavior
Doesn't study past behavior
Doesn't learn from past behavior
Acts without sense of hindsight
Must have immediate rewards
Long-term rewards don't work
Doesn't examine his own behavior
Difficulty changing his behavior</p> <p>LOW FRUSTRATION TOLERANCE
Difficulty Controlling Emotions
Short fuse Emotionally reactive
Loses temper easily
May give up more easily
Doesn't stick with things
Speaks or acts before thinking
Concerned with own feelings
Difficulty seeing others perspective
May be self-centered
May be selfish</p> |
|--|--|

ADD/ADHD is often more complex than most people realize!
Like icebergs, many problems related to ADD/ADHD are not visible. ADD/ADHD may be mild, moderate, or severe, is likely to coexist with other conditions, and may be a disability for some students.

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