

C.S.P. - Psicopedagogie.it

Istituto di Formazione aderente al ANIP -Associazione Nazionale Istituti di Pedagogia

Istituto di formazione riconosciuto dalla UNIPED-Unione Italiana Pedagogisti

Istituto ITARD

**MASTER BIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE E
PERFEZIONAMENTO IN PEDAGOGIA CLINICA E
NEI PROCESSI EDUCATIVI E DIDATTICI**

A.A. 2022/2023

TESI

*Attention Deficit Hyperactivity Disorder: dalle caratteristiche
del disturbo all'intervento pedagogico clinico*

Dott.ssa/Dott.
Simona Stucchi

Supervisore
Gloria Palermo

INDICE

Istituto ITARD	1
Introduzione	3
Capitolo 1	4
Attention Deficit Hyperactivity Disorder.....	4
1. Definizione ed eziologia.....	4
1.2 Criteri diagnostici per l'ADHD secondo il DSM – V.	6
1.3 Il ruolo delle funzioni esecutive nei bambini e ragazzi con ADHD.....	9
Capitolo 2.....	14
Le caratteristiche dell'Attention Deficit Hyperactivity Disorder e l'influenza sul contesto scolastico e familiare.....	14
2.1 Le problematiche emergenti.....	14
2.2. La complessità dell'ADHD a scuola.....	16
2.3 Difficoltà del bambino con ADHD nella gestione dei compiti.	21
2.4 La famiglia nella gestione del figlio con ADHD: dalla fragilità all'essere risorsa.	22
Capitolo 3.....	25
Trattamento e potenziamento pedagogico: il ruolo del pedagogo clinico.....	25
3.1 Difficoltà o disturbo?	25
3.2 L'intervento pedagogico individuale.....	26
2.3 L'intervento pedagogico sull'ambiente.....	33
3.4 Rapporto con la famiglia e la scuola.....	34
Capitolo 4.....	41
Il caso di Angelo	41

Introduzione

Al termine del mio percorso di studi universitario ho sentito l'esigenza di acquisire strategie di intervento e trattamento specifiche per l'Attention Deficit Hyperactivity Disorder da poter utilizzare all'interno della mia attività professionale quotidiana.

Ho avuto modo di approfondire durante il tirocinio formativo altre tipologie di intervento inerenti a diversi disturbi come quelli specifici dell'apprendimento, l'autismo, le sindromi genetiche rare, la consulenza nelle strutture della prima infanzia.

Rispetto all'ADHD ero completamente impreparata. Così mi sono iscritta ad un corso promosso da Erickson inerente al disturbo in oggetto. Me ne sono subito innamorata, forse perché in tutta quell'iperattività un po' mi sono rispecchiata.

Il mio interesse per questo tipo di disturbo è tutt'ora molto alto, cerco ogni giorno di scoprire nuove strategie e metodologie di intervento per aiutare i bambini, le loro famiglie e gli insegnanti. Proprio per questo motivo ho iniziato anche a collaborare da circa 5 anni con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano nel Centro Studi e Ricerche sulla Disabilità e Marginalità presso il quale mi occupo di formazione e ricerca pedagogica.

La stesura della suddetta tesi di primo anno di master mi ha permesso di scrivere in un unico documento tutto il mio sapere sul disturbo in oggetto.

L'attenzione sarà dedicata nel primo capitolo alle caratteristiche dei soggetti con ADHD, all'eziologia, ai criteri diagnostici e alle funzioni esecutive implicate in prima persona nel disturbo.

Successivamente il focus si sposterà sulle problematiche emergenti che riscontro nella mia vita quotidiana da pedagogo e le difficoltà che si possono presentare a scuola e con la famiglia.

Infine, l'ultimo capitolo sarà dedicato all'intervento e al trattamento pedagogico mettendo in luce le strategie che si possono utilizzare e l'importante ruolo che ricopre il pedagogo clinico.

La tesi non vuole essere esaustiva, al contrario vuole essere un punto di partenza per poter ampliare ulteriormente la mia conoscenza sull'ADHD e arricchire così il mio sapere anche attraverso il master in pedagogia clinica.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

1. Definizione ed eziologia.

Il Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) è un disturbo evolutivo dell'autoregolazione cognitiva e comportamentale nel quale si riscontrano compromissioni nelle funzioni esecutive legate a circuiti talamo – corteccia frontale – striato, modulate da dopamina e norepinefrina.

Si tratta di una condizione a genesi complessa e multifattoriale e i fattori responsabili della sua manifestazione sono diversi:

- *Fattori Genetici*: studi su gemelli indicano una concordanza tra il 60 e il 90 %, i geni individuati sono coinvolti nel trasposto o nello sviluppo dei recettori per la dopamina, uno dei neurotrasmettitori, insieme alla norepinefrina e alla serotonina, la cui modulazione alterata è principalmente implicata nel rischio di sviluppo dell'ADHD.¹
- *Fattori Ambientali*: portano ad una maggiore o minore espressione della sintomatologia e possono essere: instabilità familiare, conflittualità genitoriale, disturbi psicologici dei genitori, stress familiare, scarsa competenza dei genitori, rapporto negativo genitori – figli, rapporto negativo bambino – insegnanti, ambiente socioculturale degradato. per fattori di rischio
- *Fattori neurobiologici*: per l'ADHD si può parlare di predisposizione neurobiologica, che si intreccia con l'effetto dell'ambiente: il disturbo²
- *Fattori biologici acquisiti*: prenatali (fumo, alcool, stress materno), perinatali (peso molto basso alla nascita, utilizzo di strumenti per il parto).³

Il Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) è un disturbo evolutivo dell'autoregolazione cognitiva e comportamentale. Secondo i criteri del DSM-IV è caratterizzato da due gruppi di sintomi: inattenzione e impulsività/iperattività.

¹ Progetto regionale “Condivisione di percorsi diagnostico – terapeutici per l'ADHD in Regione Lombardia”.

² Stevens et al., 2008

³ Stevens et al., 2008

Quando parliamo di inattenzione si fa riferimento alla scarsa capacità di avere cura per i dettagli e difficoltà a portare a termine un compito richiesto o un'azione intrapresa. Sono bambini che sembrano costantemente distratti e sfuggono alle attività che richiedono impegno, attenzione e capacità organizzative.

L'impulsività è la difficoltà a controllare gli impulsi interni; pertanto si osservano comportamenti non controllati sia fisici che verbali (pugni, calci, spintoni, parolacce).

L'iperattività è un'attività motoria eccessiva, persistente e continuativa. Si riscontrano comportamenti come il cambiamento repentino da un'attività ad un'altra oppure difficoltà ad aspettare il proprio turno di parola o di gioco.

Il bambino con ADHD presenta un deficit di inibizione comportamentale e ha difficoltà a controllare stimoli esterni e interni; questo rende difficoltoso portare a termine un compito e svolgere più azioni contemporaneamente senza raggiungere l'obiettivo.

Le difficoltà nelle funzioni esecutive si esprimono nei bambini con ADHD attraverso comportamenti impulsivi e non regolati, irrequietezza, difficoltà nel controllo emotivo e fatica nella memoria di lavoro.

I test neuropsicologici sulle funzioni esecutive non sono definitivi da un punto di vista diagnostico, ma utili e necessari a definire il profilo di funzionamento del singolo soggetto.

Le caratteristiche comportamentali dei bambini con ADHD influiscono fortemente nella vita quotidiana di tutte le figure di riferimento che ruotano intorno al soggetto.

L'ADHD spesso rappresenta un ostacolo sia nel contesto scolastico che in quello familiare perché è oggetto di sconforto e stress nei genitori che negli insegnanti che si trovano impreparati a gestire il comportamento del bambino.

Il ruolo educativo e lo stile relazionale dei genitori e insegnanti può contribuire al determinismo del problema. Un ambiente caotico, scarsa capacità contenitiva, espulsività e insofferenza da parte delle figure di riferimento possono influire sullo sviluppo del disturbo.

I problemi di attenzione, concentrazione e di memoria di lavoro, possono essere la causa di importanti difficoltà nello svolgimento di compiti, anche brevi. Nei casi più difficili questo può portare a demotivazione e frustrazione nei bambini, i quali si percepiscono come sbagliati e distruttivi.

Alcuni studi dimostrano una forte stabilità del comportamento ADHD in diverse decadi e, pertanto, è improbabile che fattori come videogiochi, televisione e abitudini alimentari siano fattori critici del determinismo del disturbo.⁴

1.2 Criteri diagnostici per l'ADHD secondo il DSM – V.

<p>1. Sei (o più) sintomi di disattenzione sono perdurati per almeno 6 mesi con un'intensità che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo:</p> <p style="text-align: center;">Sintomi di inattenzione</p>
<ol style="list-style-type: none">1. Scarsa cura per i dettagli, errori di distrazione.2. Labilità attentiva.3. Sembra non ascoltare quando si parla con lei / lui.4. Non esegue le istruzioni, non porta a termine le attività.5. Ha difficoltà ad organizzarsi.6. Evita le attività che richiedono attenzione sostenuta (compiti, ecc...)7. Perde gli oggetti.8. È facilmente distraibile da stimoli esterni.9. Si dimentica facilmente cose abituali.
<p>2. Sei (o più) sintomi di iperattività - impulsività sono perdurati per almeno 6 mesi con un'intensità che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo:</p> <p style="text-align: center;">Sintomi di iperattività/impulsività</p>

⁴ Progetto regionale “Condivisione di percorsi diagnostico – terapeutici per l'ADHD in Regione Lombardia”.

Iperattività

1. Irrequieto, non riesce a stare fermo su una sedia.
2. In classe si alza spesso anche quando dovrebbe stare seduto.
3. Corre o si arrampica quando non dovrebbe.
4. Ha difficoltà a giocare tranquillamente.
5. Sempre in movimento, come “attivato da un motorino”.
6. Parla eccessivamente.

Impulsività

7. Risponde prima che la domanda sia completata.
8. Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno.
9. Interrompe o si interrompe nelle attività di coetanei o adulti.

B. Alcuni dei sintomi di iperattività - impulsività o di disattenzione che causano compromissione erano presenti prima dei 7 anni d'età.

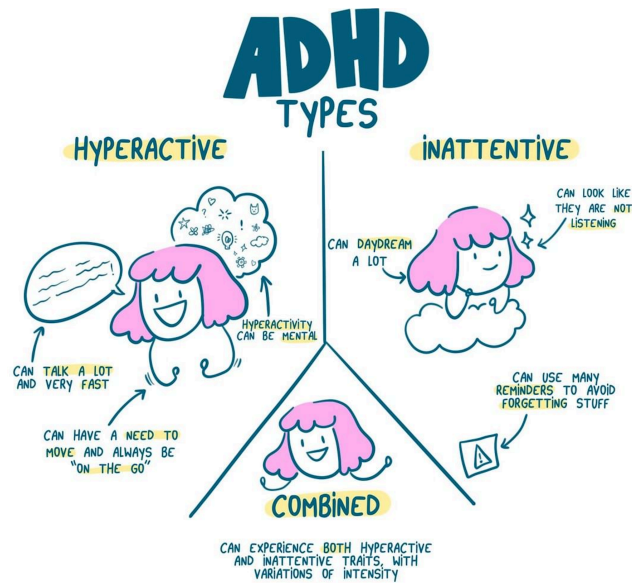
C. Alcuni problemi a seguito dei sintomi sono presenti in due o più contesti (scuola, casa, lavoro...)

D. Deve esservi un evidente compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

Secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), vi sono 3 tipi:

- Prevalentemente inattentivo, se prevalgono i sintomi di disattenzione sopradescritti: il bambino è quindi facilmente distraibile, ma non eccessivamente iperattivo/impulsivo (20-30% dei casi ADHD)

- Prevalentemente iperattivo/impulsivo, se prevalgono i sintomi di iperattività/impulsività sopra elencati: il bambino è quindi estremamente iperattivo e/o impulsivo e può non avere o avere in forma ridotta i sintomi di inattenzione. È più frequente nei bambini piccoli (< 15% dei casi ADHD).
- Sottotipo combinato, se sono presenti tutti e tre i sintomi cardine; racchiude la maggior percentuale dei bambini e ragazzi (50 – 75% dei casi ADHD).



Per poter porre diagnosi di ADHD, 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. Se un soggetto presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di disattenzione, viene posta diagnosi di **deficit di attenzione e iperattività – sottotipo disattento**; se presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di iperattività-impulsività, allora viene posta diagnosi di deficit **di attenzione e iperattività – sottotipo iperattivo-impulsivo**; infine, se il soggetto presenta entrambe le problematiche, allora si pone diagnosi di deficit di attenzione e iperattività – **sottotipo combinato**.

Quando si sospetta che un bambino possa rientrare in un quadro diagnostico di disturbo da deficit di attenzione e iperattività occorre:

1. Raccogliere informazioni da fonti multiple (genitori insegnanti, educatori) utilizzando interviste semistrutturate e/o questionari standardizzati sui diversi aspetti del comportamento e del funzionamento sociale del bambino.

2. Un colloquio (esame psichico) col bambino per verificare la presenza di altri disturbi associati; anche in questo caso, le scale standardizzate di autovalutazione del bambino (ansia, depressione etc.) possono essere utili.
3. Valutare le capacità cognitive e l'apprendimento scolastico; valutare in maniera oggettiva le capacità attentive, di pianificazione delle attività e di autocontrollo. Talvolta può essere utile valutare la possibile presenza di disturbi del linguaggio.
4. Effettuare l'esame medico e neurologico, valutando la presenza di eventuali patologie associate e gli effetti di eventuali altre terapie in atto.⁵

Come definito dalle Linee Guida SINPIA (2002) *La diagnosi di ADHD deve basarsi su una valutazione accurata del bambino condotta da un Neuropsichiatra Infantile... o anche da altri operatori della salute mentale dell'età evolutiva (medici o psicologi) con specifiche competenze sulla diagnosi e terapia dell'ADHD... Tale valutazione deve sempre coinvolgere oltre al bambino, i suoi genitori e gli insegnanti...*

1.3 Il ruolo delle funzioni esecutive nei bambini e ragazzi con ADHD.

Le Funzioni Esecutive sono l'insieme dei processi mentali atti all'elaborazione di schemi cognitivo-comportamentali adattivi, in risposta a condizioni ambientali nuove ed impegnative.

Le Funzioni Esecutive sono indispensabili nella vita quotidiana per tutti i tipi di problem solving, da quelli più complessi ed astratti, come ad esempio la risoluzione di problemi matematici, a quelli concreti, come l'adattamento e l'acquisizione delle abilità sociali.

Il termine indica una serie di processi cognitivi che interagiscono tra loro per avviare pensieri e organizzare azioni funzionali al raggiungimento di uno scopo⁶, fornendo al soggetto le abilità necessarie per gestire il proprio comportamento.

Lo sviluppo delle funzioni esecutive avviene durante l'infanzia e coincide con la maturazione dei lobi frontali, che continua fino all'adolescenza ⁷.

⁵ Linee guida SINPIA, *ADHD: diagnosi e terapia farmacologica*, 24 Giugno 2002.

⁶ Shallice, 1994; Benso, 2010.

⁷ Fuster, 1993.

Nei primi sei anni di vita, le funzioni esecutive sono svolte in modo esterno: i bambini spesso parlano tra sé ad alta voce, richiamando alla mente un compito o interrogandosi su un problema (memoria di lavoro, che, inizialmente verbale diviene successivamente non-verbale). Durante la scuola elementare, i bambini imparano a interiorizzare le funzioni esecutive, tenendo per sé i propri pensieri. Imparano quindi a riflettere su sé stessi, a seguire regole ed istruzioni, ad autointerrogarsi ed a costruire “sistemi mentali” per capire le regole in modo da poterle adoperare. Successivamente imparano a regolare i propri processi attentivi e le proprie motivazioni, a tenere per sé le proprie emozioni ed a porsi degli obiettivi (autoregolazione). Mediante l’acquisizione di queste capacità, i bambini imparano infine a scomporre i comportamenti osservati nelle loro singole componenti ed a ricomporle in nuove azioni che non fanno ancora parte del proprio bagaglio di esperienze. Tutto ciò permette ai bambini, nel corso della crescita, di tenere sotto controllo il proprio agire per intervalli di tempo sempre più lunghi e di pianificare i propri comportamenti, in modo da raggiungere lo scopo prefissato. La maturazione delle funzioni esecutive fornisce agli esseri umani quella destrezza, flessibilità e creatività che permettono di pianificare un obiettivo senza dover memorizzare ogni volta tutte le fasi necessarie per raggiungerlo.



Le funzioni esecutive hanno alcune manifestazioni operative chiamate **competenze esecutive** e sono implicate:

- Nella pianificazione di strategie di risoluzione dei problemi (problem solving)
- Nel monitoraggio del proprio comportamento
- Nell'inibizione di risposte comportamentali non adeguate al contesto (autocontrollo)
- Nella capacità di passare rapidamente da un compito all'altro (shifting o flessibilità cognitiva)
- Nel mantenimento delle informazioni e nella loro manipolazione per l'esecuzione di un compito (working memory)
- Nell'aggiornamento continuo delle informazioni
- Nella consapevolezza della sequenza temporale degli eventi
- Nella capacità di astrazione e categorizzazione di stimoli ed eventi
- Nella volontà di dare inizio alle azioni (volizione)
- Nell'eseguire azioni che richiedono il distacco da comportamenti abituali e stereotipati.
- Nel mantenimento dell'attenzione nel tempo.

È importante, se non necessario, approfondire la differenza, nonché il legame tra le Funzioni esecutive e le competenze esecutive. Mentre le prime sono meri processi mentali, le seconde sono la manifestazione delle funzioni esecutive. Pertanto, le competenze esecutive sono comportamenti di autocontrollo che permettono di scegliere un obiettivo, individuare, mettere in atto e mantenere un piano d'azione distribuito nel tempo che tenga conto anche del contesto sociale e culturale nel quale ogni individuo è inserito.

La differenza tra queste due terminologie è importante in quanto sarà sulle competenze esecutive che si andrà a strutturare e a radicare l'intervento operativo.

Le competenze esecutive sono utilizzate, quindi, per saper gestire con successo un compito nel tempo e aumentano progressivamente con la crescita, lo sviluppo e l'allenamento; permettendo al soggetto di raggiungere obiettivi sia a breve che a lungo termine.

Nei bambini con ADHD, le funzioni esecutive e, conseguentemente, le competenze esecutive, sono più carenti e portano alla manifestazione delle difficoltà tipiche dei bambini con disturbo di attenzione e iperattività. In particolare, risultano compromesse in modo variabile le capacità di retrospezione, previsione, preparazione ed imitazione di

comportamenti complessi. Una alterata o ritardata maturazione della memoria di lavoro non-verbale comporta ritardi e compromissioni nella maturazione delle altre funzioni esecutive: interiorizzazione del discorso autodiretto, autoregolazione del livello di attenzione e della motivazione, capacità di scomporre i comportamenti osservati e ricomposizione in nuovi comportamenti finalizzati.⁸

Neurotrasmettitori e varianti genetiche nella regolazione delle funzioni esecutive.

Nella regolazione delle Funzioni esecutive è coinvolta nello specifico la corteccia prefrontale che risulta anatomicamente e funzionalmente collegata con i nuclei della base (Lou et al. 1998; Swanson et al. 1998b; Tannock 1998). Negli ultimi anni è stato possibile studiare, con metodi non invasivi, le differenze di volume e di funzionamento di specifiche aree cerebrali. Tecniche di Risonanza Magnetica Nucleare hanno messo in evidenza che la corteccia frontale ed alcuni nuclei della base dei bambini con ADHD risultano più piccoli di quelli dei bambini in assenza del disturbo: tali differenze risultano maggiori nell'emisfero destro, ed appaiono correlate con alterazioni nelle capacità di inibire la risposta motoria a stimoli ambientali. Con tecniche più sofisticate è stato messo in evidenza che, nei bambini e negli adulti con ADHD, tali regioni del cervello mostrano tempi di attivazione più lenti e consumano meno ossigeno delle regioni corrispondenti dei bambini o adulti di controllo (Silberstein, et al. 1998, Zametkin et.al. 1990).

Tecniche di risonanza magnetica funzionale hanno permesso di studiare il ruolo delle diverse aree della corteccia prefrontale (in particolare delle regioni laterali, mediali, sopraorbitarie e del polo frontale) nella modulazione reciproca dei processi cognitivi e di gratificazione (Pochon et al. 2002). Nei bambini con ADHD, le stesse tecniche hanno messo in evidenza una diminuzione di flusso ematico e/o consumo di ossigeno nei nuclei della base e della corteccia prefrontale durante test di inibizione della risposta. (Bush et al. 1999; Rubia et al. 2001; Teicher et al. 2000; Vaidya et al. 1998).

Da un punto di vista genetico, negli ultimi cinque anni, diversi gruppi di ricerca hanno dimostrato che nei soggetti con ADHD sono maggiormente frequenti alcune specifiche varianti di geni a cui corrispondono differenze quantitative di funzione.

L'ADHD tende ad essere presente in diversi membri di una stessa famiglia, e costituisce uno dei disturbi psichiatrici con più elevata ereditabilità. Tra il 50 ed il 90 % dei gemelli

⁸ AIFA Associazione Italiana Famiglie ADHD

monozigoti di bambini con ADHD presenta la stessa sindrome: studi su gemelli adottati suggeriscono che tale familiarità sia genetica piuttosto che ambientale.⁹

I fattori genetici, pertanto determinano la predisposizione per il disturbo, mentre l'attivazione di questa predisposizione e lo sviluppo del disturbo è influenzata anche dai fattori ambientali, dal contesto educativo e dalle relazioni.

⁹ Linee guida SINPIA, ADHD: diagnosi e terapie farmacologiche, 24 Giugno 2002.

Le caratteristiche dell'Attention Deficit Hyperactivity Disorder e l'influenza sul contesto scolastico e familiare.

2.1 Le problematiche emergenti.

I disturbi emotivo – comportamentali, come anche l'ADHD, si presentano come una sfida particolarmente impegnativa per una molteplicità di motivi, prima fra tutte la complessità con la quale può manifestarsi, che coinvolge diversi aspetti neurobiologici e differenti profili di funzionamento. Si può osservare, quindi, un'ampia eterogeneità del disturbo.

Spesso emergono importanti difficoltà relazionali e sociali in quanto sono bambini che possiedono una scarsa capacità di autoregolazione, intesa come l'abilità di attuare un controllo proattivo su ciò che si pensa e sulle azioni comportamentali messe in atto nelle situazioni di vita quotidiana. Pertanto, si presentano come bambini che hanno manifestazioni emotive eccessive, momenti di gioia che faticano a contenere e incapacità a filtrare azioni impulsive sia fisiche che verbali.

Gli educatori, gli insegnanti e i genitori di fronte a questa complessità si trovano spesso in difficoltà a gestire i comportamenti problematici all'interno del gruppo di coetanei. Sono bambini che vengono descritti come "difficili", "che non sanno stare fermi", "non in grado di aspettare il loro turno" e "sono incontenibili".

Anche l'attenzione e la concentrazione ne sono coinvolte con un aumento di difficoltà a partire dalla scuola primaria, dove le richieste, in termini di tempo per l'esecuzione di un compito, sono più alte. Inevitabilmente queste difficoltà si ripercuotono sul contesto relazionale del bambino, sia con i pari che con gli adulti, nonché sull'apprendimento.

Sul piano didattico si osservano importanti difficoltà nell'organizzazione del proprio materiale e del tempo a disposizione per l'esecuzione di un compito. Anche le abilità di fotografare mentalmente i passaggi per lo svolgimento di un'attività sono compromesse e pertanto sono soggetti che anche nell'organizzazione delle informazioni manifestano molta fatica.

È necessario, però, considerare il disturbo come il risultato dell'interazione tra soggetto con i vari aspetti del suo ambiente sociale e dell'apprendimento.

La relazione biunivoca che si viene a stabilire tra questi fattori fa sì che le implicazioni emotive/affettive e motivazionali non possano non influire sullo sviluppo dell'autostima e delle relazioni sociali con adulti e coetanei.¹⁰

Si possono delineare alcune caratteristiche primarie e altre definite secondarie in quanto non derivano direttamente dal processo di neurosviluppo del bambino ma dall'interazione che esso ha con il contesto.

Le caratteristiche primarie sono:

- Insufficiente inibizione degli stimoli esterni (SE). Il soggetto mostra importanti difficoltà a controllare i distrattori esterni (rumori, suoni, oggetti o situazioni) che si riflette nella disattenzione.
- Insufficiente inibizione degli stimoli interni (SI). Il soggetto mostra importanti difficoltà a gestire il suo mondo emotivo (felicità, rabbia, tristezza e gli imprevisti) che si riflette nell'iperattività.
- Manifestazioni fisiche. Il soggetto mostra importanti difficoltà ad inibire gli impulsi fisici (tirare i calci, i pugni, lanciare oggetti piccoli) che si riflette nell'impulsività.

Le caratteristiche secondarie sono:

- Rendimento scolastico spesso compromesso
- Difficoltà di relazione con i coetanei che possono manifestarsi con atteggiamenti bulleschi, difficoltà a rispettare il proprio turno, difficoltà nel fare giochi dove sia richiesta oltre all'abilità anche la riflessione.
- Difficoltà di comportamento e aggressività dovuti spesso all'impulsività sia motoria che emotiva ha come esito quello di fare "terra bruciata" attorno al bambino che spesso non viene scelto dai compagni o dai coetanei nei giochi o nelle attività di gruppo.

¹⁰ C.Cornoldi, M. Gardinale, A. Masi, L. Pettenò, Impulsività e autocontrollo: interventi e tecniche metacognitive, Erickson, Trento.

- Compromissione dell'autostima. L'autostima è l'insieme di giudizi valutativi che l'individuo dà di sé stesso. Ma l'autostima di una persona non scaturisce esclusivamente da fattori interiori individuali, ma hanno una certa influenza anche i cosiddetti confronti che l'individuo fa, consapevolmente o no, con l'ambiente in cui vive e con gli altri. Pertanto, se le risposte che l'individuo riceve dall'esterno sono sempre negative e fanno percepire il bambino come distruttivo e non adeguato è assolutamente normale trovare soggetti con ADHD con un'importante compromissione dell'autostima.

È importante e fondamentale l'identificazione precoce di questi al fine di predisporre interventi educativi tempestivi, mirati ed efficaci non solo sul singolo ma anche sull'ambiente che accoglie il bambino. È possibile, già a partire dai primi anni di vita, infatti, intervenire da un punto di vista pedagogico ed educativo per migliorare le capacità autoregulative, attentive ed impulsive del soggetto.

2.2. La complessità dell'ADHD a scuola.

Negli ultimi decenni si è assistito ad una crescente attenzione da parte del mondo pedagogico e legislativo rispetto al benessere degli alunni a scuola che riguarda tutti e ciascuno. Grazie alla legge 170/2010, *nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico*, si è manifestato un sempre maggiore interesse ai bambini e ragazzi che presentano disturbi dell'apprendimento.

Altri importanti passaggi normativi nel nostro territorio nazionale hanno visto la promulgazione della Direttiva Ministeriale 27 Dicembre 2012, *strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali (BES)*, successivamente le *Indicazioni Nazionali* e infine la Legge 107/2015, conosciuta come la riforma della "Buona Scuola".

È necessario dedicare alcune parole alla direttiva Ministeriale 27/2012: ***chi sono i bambini con bisogni educativi speciali?***

La parola BES mi piace immaginarla come una "parola ombrello" perché prende in considerazione una molteplicità di situazioni molto diverse tra loro, tutte con un aspetto in comune: necessitano di una particolare attenzione e supporto per promuovere lo sviluppo armonico del bambino – ragazzo.

Sotto l'ombrello dei bambini BES dobbiamo prendere in considerazione:

- Soggetti in situazione di disabilità (legge 104 con certificazione di disabilità).
- Soggetti in situazione di marginalità e fragilità (alunni stranieri, famiglie con uno status socioeconomico basso...)
- Soggetti con valutazione di DSA (disturbo specifico dell'apprendimento).
- Soggetti con valutazione di ADHD (disturbo da deficit di attenzione e iperattività).
- Soggetti con valutazione di disturbo comportamentale o emotivo.

Grazie a queste normative, gli insegnanti possono stilare per tutti gli alunni che necessitano di un intervento individualizzato, un piano educativo personalizzato che mette in luce le potenzialità del soggetto e i rispettivi strumenti compensativi e dispensativi utili ad un apprendimento più efficace e al benessere generale del bambino – ragazzo.

Le classi, quindi, sono sempre più eterogenee e gli insegnanti devono, pertanto, essere in grado di rispondere ai bisogni e alle necessità di tutti.

Per questo il lavoro del docente sta subendo una grande trasformazione: necessita di essere più dinamico, preparato e in grado di differenziare la didattica per favorirne l'inclusione.

Nella propria esperienza, è quasi impossibile che un insegnante non incontri un allievo per il quale restare seduto un'intera mattinata, o anche solo una parte di essa, sia faticoso, difficile se non impossibile. In altri casi l'irrequietezza motoria è meno evidente ma, un docente preparato, coglie la fatica del proprio alunno a stare attento.

Generalmente gli alunni nei primi anni della scuola primaria richiedono un costante monitoraggio delle attività e di osservazione delle abilità di ciascuno, sia in termini di didattica che di gestione comportamentale.

Arrivati in classe terza, l'autocontrollo motorio ed emotivo inizia ad aumentare e non è più necessario un intervento diretto dell'insegnante per contenere il bisogno di muoversi o spostarsi. Tuttavia, per alcuni bambini, risulta ancora faticoso il controllo motorio ed emotivo e questo diventa ora il problema prevalente.

Ci sono poi dei comportamenti "particolari" osservabili al momento dell'arrivo a scuola, al cambio ora di lezione o all'intervallo che permettono all'insegnante di attivare il campanello d'allarme per osservare più attentamente il bambino.

Alcuni di questi comportanti sono:

- Presentarsi spesso al mattino con un oggetto con cui cercare di attivare l'attenzione dei compagni,
- Difficoltà ad acquisire le routine di lavoro (estrarre dallo zaino il materiale necessario per la lezione, scrivere sul diario i compiti...),
- Interrompere spesso l'insegnante con alcune richieste non sempre pertinenti alla situazione,
- Ostacolare l'inizio della lezione.

A scuola, gli alunni con ADHD, devono confrontarsi quotidianamente con le proposte degli insegnanti che spesso si scontrano con la loro labilità attentiva che li ostacola e vanifica l'impegno dedicato a portare a termine quanto dovuto.

Inoltre, le limitate strategie di organizzazione e pianificazione amplificano i tempi di esecuzione del compito, i quali spesso risultano abbozzati, imprecisi e privi di una struttura adeguata.

Di fronte a queste importanti difficoltà, gli insegnanti possono trovarsi disorientati e attuare dei comportamenti punitivi non sempre funzionali. È necessario, pertanto, un intervento che consenta un sufficiente controllo di questi comportamenti, una loro gestione nel gruppo classe per permettere il recupero di un clima sereno di lavoro.

Riconoscere le fragilità che caratterizzano la modalità di funzionamento di un bambino – ragazzo costituisce un importante punto di partenza, perché permette di identificare preventivamente quali tipologie di esercizio o attività possono presentarsi come più difficili, così da predisporre strategie di intervento mirate ed efficaci per facilitare l'esecuzione del compito.

Nella tabella seguente vengono riportate in modo schematico i principali sintomi con relativi esempi di comportamento che gli insegnanti possono osservare concretamente nei bambini con ADHD.

Sintomi dell'inattenzione

**Sintomi dell'iperattività e
impulsività**

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Spesso non riesce a prestare molta attenzione ai dettagli o commette errori noncuranti (corre, disattento nelle attività, indossa i vestiti dalla parte sbagliata) - Spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione in compiti o attività (non riesce a mantenere il focus per molti minuti sia in ambito scolastico che nei giochi) - Spesso sembra non sentire quando gli si parla direttamente (distinguere quando "sogna ad occhi aperti" dal comportamento oppositivo) - Spesso non riesce a seguire attraverso le istruzioni e non termina i compiti di scuola (incapace di seguire i comandi "vai di sopra, metti le tue scarpe e calze", ha difficoltà con le transizioni, passaggi). - Spesso ha difficoltà ad organizzare i compiti o le attività (se il bambino vuole colorare è in grado di prendere carta e pastelli? Sa completare i passaggi in ordine?). - Spesso evita, non gli piace o è restio a impegnarsi nei compiti che richiedono uno sforzo mentale (non vogliono scrivere o svolgere altri compiti scolastici, fare puzzle o giochi di pensiero) - Spesso perdono le cose necessarie per i compiti o le attività (qualsiasi stimolo esterno può portare il bambino fuori pista) - È spesso smemorato nelle attività quotidiane (si dimentica di tirare lo sciacquone in bagno, di lavarsi le mani, si dimentica la merenda, la giacca, dimentica le indicazioni). - Spesso si agita o picchietta le mani o I piedi, si contorce sulla sedia. - Spesso lascia il posto quando dovrebbe stare seduto (si alza in chiesa, a scuola, non sta seduto durante i pasti) - Spesso corre o si arrampica in situazioni | <ul style="list-style-type: none"> - È sempre in movimento, agisce come se fosse guidato da un motore. - Spesso parla eccessivamente. - Spesso da risposte prima che la domanda sia conclusa. Risponde alla domanda prima di essere chiamato. - Spesso ha difficoltà ad aspettare il proprio turno (corre verso la testa della fila). - Spesso interrompe gli altri (salta nel gioco prima di essere invitato, interrompe gli adulti che parlano). |
|---|---|

Le classi nelle scuole sono sempre più eterogenee e insegnanti ed educatori devono operare con l'obiettivo di creare contesti scolastici inclusivi per tutti. Questo risulta essere un compito importante e complesso al quale noi professionisti non possiamo sottrarci e che necessita, spesso, di un accompagnamento.

Nel corso degli ultimi anni si è osservato un incremento di certificazioni di bambini con ADHD e questo ci porta a attuare un'analisi significativa anche da un punto di vista pedagogico.

Le diagnosi di ADHD possono essere effettuate solo a partire dalla fine della classe seconda della scuola primaria ma i comportamenti precursori di una possibile diagnosi sono però visibili già a partire dai primi anni di vita del bambino in contesti quali asilo nido e scuola dell'infanzia.

Il pedagogo, attraverso incontri di supervisione e consulenza, può offrire un ottimo contributo e presentarsi come un valido supporto al corpo docente per trovare insieme le strategie educative adeguate al benessere dei bambini e ragazzi.

2.3 Difficoltà del bambino con ADHD nella gestione dei compiti.

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

Le caratteristiche espressive del disturbo insieme alle richieste implicite o esplicite degli esercizi assegnati dai docenti da svolgere al pomeriggio possono rappresentare un ostacolo per il soggetto con ricadute che perdurano nel tempo coinvolgendo sia l'aspetto degli apprendimenti, sia la sintomatologia secondaria alla condizione clinica di base (bassa autostima, limitata percezione di autoefficacia...).

La frequenza delle difficoltà con cui il soggetto si confronta durante lo svolgimento dei compiti pomeridiani può concorrere alla costruzione di un'immagine di sé errata rispetto all'apprendimento. A questo si possono associare sentimenti di sfiducia e pessimismo rispetto alle proprie possibilità di riuscita.

I fallimenti ripetuti risultano umilianti, frustranti e demotivanti; I compiti vengono vissuti come un'esperienza che suscita disagio e rispetto alle quali I bambini con ADHD possono sentirsi privi di qualsiasi strategia funzionale a fronteggiare le attività proposte quotidianamente dai docenti.

La loro aspettativa di successo nei confronti di un compito è generalmente molto bassa sperimentando maggiori situazioni di insuccesso che di successo.

Un'ulteriore difficoltà nello svolgimento dei compiti pomeridiani è dovuta alla limitatezza delle strategie che I soggetti con ADHD possiedono di organizzazione di spazio, tempo e materiale. Questo amplifica I tempi di esecuzione dei loro elaborati.

La tempistica lunga nell'esecuzione, la facile distraibilità, la necessità di staccarsi dal compito molto spesso, il procrastinare l'inizio dello svolgimento dei compiti, si scontra inevitabilmente con I genitori I quali sentono, da un lato la necessità di seguire il proprio bambino nelle attività didattiche pomeridiane, dall'altro accusano fortemente le difficoltà del figlio perdendo spesso la pazienza e attivando un circolo negativo di scontro, spesso molto acceso.

2.4 La famiglia nella gestione del figlio con ADHD: dalla fragilità all'essere risorsa.

“Quando si ama la sofferenza della persona amata diventa anche la nostra”

Durante la mia attività di consulenza ho spesso incontrato famiglie fortemente provate dalla convivenza con i bambini assai difficili da controllare, bambini sfidanti, iperattivi, disorganizzati, i cui comportamenti mettono a dura prova qualsiasi genitore, anche il più paziente.

Di fronte alle mille difficoltà quotidiane i genitori si sentono inadeguati, incapaci, impotenti ad affrontare le mille battaglie, contro il figlio per lo svolgimento dei compiti, per la sua disobbedienza, per i voti bassi a scuola, oppure contro la scuola e gli insegnanti che agli occhi della famiglia risultano spesso incompetenti a gestire il proprio bambino, impreparata e insensibile. Battaglia combattuta anche contro i genitori dei compagni che spesso accusano apertamente o evitano di incontrarli e molte volte vengono esclusi dalle feste dei bambini. La più grande battaglia che la famiglia affronta è anche verso sé stessa, in quanto

mamma e papà si percepiscono come incapaci di aiutare il figlio nelle sue difficoltà. I genitori vivono in pieno la sofferenza del figlio, bambino o adolescente, rendendosi conto di quali difficoltà incontra il figlio nella relazione sociale, con i compagni e gli amici, nella scuola, con i fratelli. vivono una sofferenza che è legata alla sofferenza del figlio.

Un altro sentimento che spesso viene riportato dai genitori è la frustrazione che emerge quando si rendono conto che tutti i loro sforzi e tutte le strade perseguite fino ad allora non sono state in grado di fornire anche il minimo risultato e che ancora non vedono prospettive di un qualche miglioramento per i loro figli.

I genitori sono coinvolti emotivamente in prima persona nella gestione del figlio con ADHD e pertanto risentono maggiormente del carico fisico, psicologico ed educativo della gestione del comportamento.

I figli, altresì, attuano, nei confronti dei genitori, un comportamento sempre peggiore rispetto a qualsiasi altra figura adulta di riferimento. Soprattutto nel periodo adolescenziale quando interviene, anche, l'oppositività tipica della preadolescenza.

Di fronte a queste difficoltà le famiglie hanno bisogno di qualcuno che si prenda cura di loro, che sappia porsi in una situazione di ascolto attivo e fungere da bussola.

Necessitano di uno specialista che sappia aiutarli a leggere i comportamenti del figlio e spiegarli quali sono i meccanismi che portano allo scoppio delle situazioni difficili da gestire. Il compito è quello di aiutare i genitori ad aiutarsi, non fornire delle strategie educative preconfezionate.

Per poter attuare un vero supporto alla famiglia in un contesto di consulenza, è importante se non fondamentale percepire la famiglia come una **risorsa** cioè in grado di attivare un processo generativo che rinforza la capacità di agire delle persone: **l'empowerment**.

La famiglia, pertanto, è una risorsa importante per favorire i comportamenti positivi del bambino già a partire dai primi anni di vita del figlio.

È necessaria, da parte dello specialista, una costante attenzione e un senso di rispetto nei confronti delle differenti risposte emotive e comportamentali dei genitori. Anche quando riteniamo che alcuni atteggiamenti o pensieri possano influire negativamente sul benessere del bambino e che quindi, il genitore stia sbagliando, non bisogna porsi in ottica giudicante ma di accoglienza del bisogno.

Occorre vedere anche nelle situazioni più difficili, quello spiraglio al quale potersi agganciare per far emergere il genitore come risorsa positiva per il proprio figlio.

Quando ciò accade, le famiglie sentono che possono affidarsi e fidarsi di noi come specialisti e, conseguentemente, abbandonano i sentimenti di rabbia, diffidenza e paura per lasciare spazio alla sperimentazione, alla fiducia e alla meraviglia delle loro potenzialità.

Trattamento e potenziamento pedagogico: il ruolo del pedagogo clinico.

3.1 Difficoltà o disturbo?

In termini di prevenzione e promozione di buone prassi educative e pedagogiche è necessario riconoscere quando la condizione del bambino si colloca in un'area di difficoltà o di disturbo.

Nelle difficoltà riscontriamo segni segnali comportamentali che rappresentano degli intralci di sviluppo, cioè condizioni di malfunzionamento causato solo da fattori ambientali e non imputabili al soggetto.

Nel disturbo i segni comportamentali sono collocati, invece, all'interno di un disturbo psicopatologico.

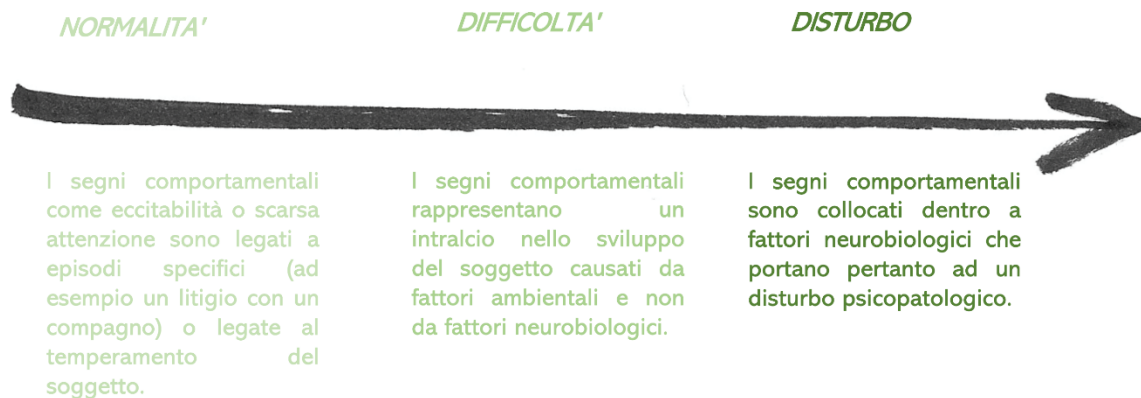
Accanto e prima del disturbo di ADHD vero e proprio, diagnosticato, esistono molteplici situazioni dove si manifestano comportamenti difficili da gestire che si concretizzano anche attraverso la fatica nell'attenzione e nell'iperattività.

Alcune di queste modalità di comportamento non sono qualitativamente diverse da quelle manifestate dai coetanei in quanto ciascun alunno ha momenti della giornata in cui fisiologicamente necessita di muoversi a livello motorio o manifesta stanchezza attraverso la disattenzione.

La differenza principale, grazie alla quale possiamo riconoscere il disturbo è la manifestazione dei comportamenti problematici con alta intensità e frequenza che si tramutano in difficoltà che compromettono il rendimento scolastico e le relazioni sociali influenzando su più contesti di vita del soggetto: scuola, famiglia, gruppo dei pari.

A riguardo si può parlare di continuità tra normalità e patologia¹¹: le modalità del comportamento patologiche in cui rientra l'ADHD sono l'esagerazione dei comportamenti presenti normalmente in bambini e ragazzi.

¹¹ D.Fedeli, C.Vio, ADHD iperattività e disattenzione, GiuntiEdu, 2017



Dott.ssa Simona Stucchi – Pedagogista – Studio De Filippis

L'intervento educativo e pedagogico può dirigersi verso due direzioni: la prima entro la quale si colloca il potenziamento individuale delle funzioni esecutive che risultano carenti e l'intervento educativo comportamentale. La seconda vede coinvolta la progettazione del contesto educativo che permette di inquadrare se il bambino si colloca in un semplice stato di difficoltà oppure di disturbo. Nel caso in cui fosse riconducibile alla difficoltà, la strutturazione adeguata dell'ambiente permetterebbe al bambino una risoluzione totale delle sue fatiche. Se dovessero essere riconducibili al disturbo, l'ambiente non risolverebbe le problematiche ma fungerebbe da facilitatore per il bambino, con una visibile riduzione dei comportamenti problematici, i quali non scomparirebbero definitivamente.

3.2 L'intervento pedagogico individuale.

Il lavoro individuale con il bambino rientra in un intervento pedagogico ed educativo volto all'apprendimento di strategie cognitive – comportamentali necessarie al buon funzionamento del soggetto.

Gli elementi che sono coinvolti nel potenziamento individuale sono:

- Lo spazio
- Il tempo
- L'attenzione e la concertazione
- L'impulsività e l'autocontrollo

LO SPAZIO

Per i bambini e ragazzi con ADHD è importante avere uno spazio ben strutturato e organizzato. Il compito del pedagogo risiede proprio nel fornire al soggetto alcuni strumenti utili, che nel tempo dovrà fare propri, per organizzare in modo adeguato e in base alle sue necessità lo spazio circostante (banco, scrivania, cameretta, cassetti...)

Nell'organizzazione dello spazio, rivestono un'importanza particolare gli oggetti che tale spazio contiene. È importante non confondere uno spazio ordinato da uno spazio organizzato: esistono postazioni di lavoro molto ordinate ma per nulla funzionali al compito. Uno spazio per essere organizzato deve facilitare lo svolgimento del compito e ridurre al minimo gli ostacoli per valorizzarne gli aiuti.

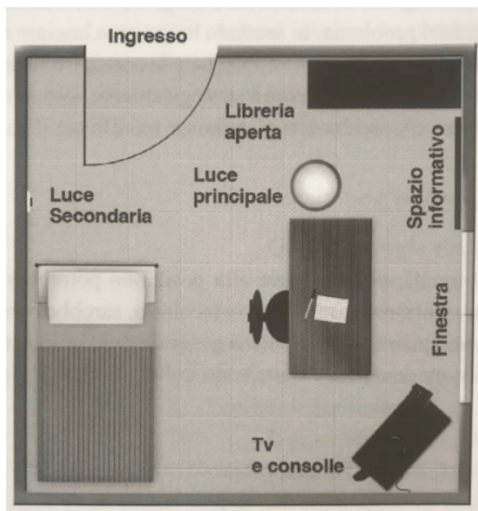
Per lo svolgimento delle attività didattiche sia a casa che a scuola è importante la scelta della posizione del bambino/ragazzo in classe o nella cameretta.

Per poter riflettere su questo aspetto è utile disegnare su un foglio, in modo schematico, la piantina della stanza generalmente utilizzata per le attività didattiche, ponendo in evidenza dove sono collocati alcuni elementi tra cui:

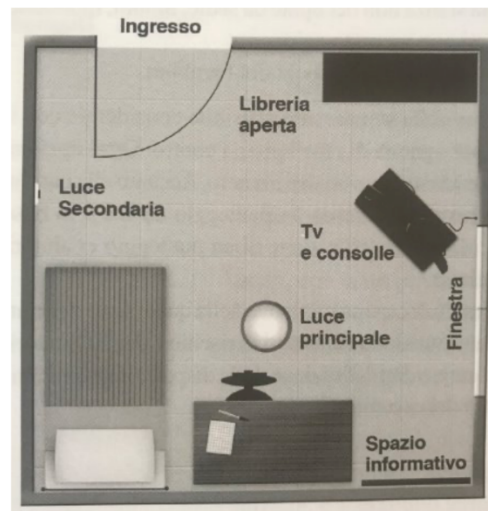
- La porta di ingresso
- La finestra
- Le luci
- La televisione
- Mensole o librerie
- Banchi dei compagni

È fondamentale condividere con il bambino la decisione della postazione migliore confrontandosi con l'utilizzo della piantina. Questo permette al soggetto di prendere consapevolezza delle sue difficoltà e delle sue risorse supportato dall'adulto.

La riflessione condivisa avrà come focus i pro e i contro di tutti gli oggetti presenti e disegnati sulla piantina.



Esempio di ambiente prima dell'intervento pedagogico



Esempio di ridefinizione dell'ambiente dopo l'intervento pedagogico

Una volta individuata una collocazione per il bambino e per ciò che lo circonda, questa non dovrà essere subito definitiva; nei primi tempi è necessario osservare se c'è qualcosa da modificare per rendere ancora più funzionale lo spazio organizzato.

Quando si tratta di svolgimento di attività didattiche non si può tralasciare l'organizzazione anche del materiale.



A questo proposito si può utilizzare la “scatola degli attrezzi”: acquistando una porta posate si suddividono i materiali necessari all'interno dei vari scompartimenti, eliminando tutto ciò che può essere doppio e futile (es: due penne rosse, due righelli...).

Il contenuto della cassetta va sempre verificato prima di iniziare i compiti e potrebbe essere utile riflettere con il bambino su cosa potrebbe servirgli per lo svolgimento dei compiti che andranno svolti.

La “cassetta degli attrezzi” è funzionale al bambino perché riduce i possibili distrattori di oggetti futili allo svolgimento dell'attività e lo aiuta a trovare ciò che gli serve in modo più veloce e preciso.

Infine, per poter organizzare la sequenza di attività da svolgere può essere utile fornire al bambino la strategia dello spazio informativo.

Si tratta di una lavagna con gessetti oppure di sughero compensato dove poter scrivere o appendere cartellini con i nomi delle attività da svolgere in sequenza.



IL TEMPO

La percezione del tempo costituisce un'abilità essenziale per il processo di adattamento del bambino all'ambiente, ciò gli permette di interagire adeguatamente con gli altri e di compiere azioni ordinate nel tempo.

L'esecuzione delle attività didattiche, a casa e a scuola, rappresenta per i bambini con ADHD una sfida complessa anche dal punto di vista dell'organizzazione del tempo a propria disposizione.

Nella maggior parte dei casi, infatti, i tempi di esecuzione sono molto lunghi e il bambino non si accorge del tempo che è passato e di quanto ne ha ancora a disposizione.

Emerge, quindi un'importante fatica nella gestione del tempo che si ripercuote anche sul risultato del compito.

Esistono attività che richiedono un tempo prolungato perché sono composti ad esempio da più esercizi tra loro concentrati oppure la stesura di un tema. In altre situazioni le richieste possono essere più mirate e focalizzate.

Stimare la durata media dei propri compiti richiede, pertanto, una capacità di giudizio che nasce dall'analisi di più variabili connesse tra loro: è un compito che a noi viene automaticamente ma che al bambino con ADHD richiede un grandissimo sforzo.

Il pedagogo, anche in questo caso, può essere un grande e valido supporto in quanto può fornire al bambino – ragazzo strumenti e strategie utili per compensare la sua difficoltà di organizzazione del tempo.

Si possono utilizzare diversi dispositivi tra cui:

- *Il calendario*: il primo passo per organizzare il tempo di lavoro del bambino con difficoltà di attenzione e pianificazione è saper utilizzare bene il calendario o il diario. Utilizzare un calendario, che può anche essere costruito insieme al bambino, è utile per avere una visione d'insieme del tempo a propria disposizione prendendo in considerazione cosa precede l'attività a cosa ne sussegue. Nella mia pratica lavorativa preferisco sempre fornire l'utilizzo di un calendario settimanale che costruiamo insieme attraverso una tabella in word.

Il primo passo a cui un bambino è chiamato nello svolgimento di un compito è la comprensione della consegna. Per poter comprendere a fondo ciò che deve svolgere, il bambino deve focalizzare l'attenzione solo su quell'aspetto, senza spostare lo sguardo su altri aspetti del foglio che lo porterebbero a distrarsi.

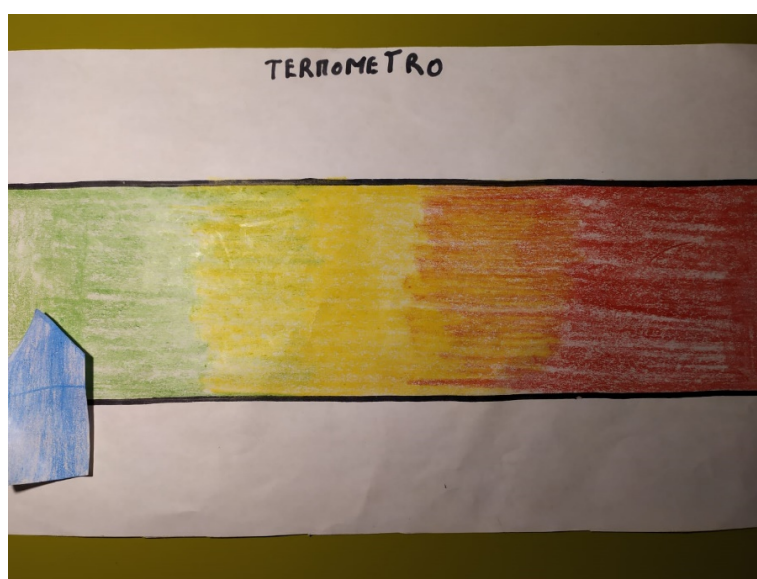
In questo caso può essere utile utilizzare un focalizzatore dell'attenzione che rappresenta un confine visivo che esclude temporaneamente dalla vista e dal campo attentivo ciò che non serve. Generalmente, costruisco questo strumento insieme ai bambini ritagliando un rettangolo di cartone con una finestra al centro: la funzione è di includere nel campo visivo solo ciò che è davvero importante leggere e prendere in considerazione in quel momento.

Un altro aspetto importante per mantenere l'attenzione e la concentrazione su un'attività è suddividere il lavoro in parti. Questo permette al bambino di prendere consapevolezza di quanto dovrà durare la sua attenzione prima di passare alla fase successive. Tra una fase di lavoro e l'altra possono essere concordate delle brevi pause.

L'adulto può supportare il lavoro aiutando il bambino – ragazzo a richiamare, uno dopo l'altro, i diversi elementi che concorrono alla buona riuscita del compito. Questa metodologia mira a sviluppare la capacità di identificare i differenti sottocompiti esplicitandoli verbalmente così da fissarli meglio nella mente.

Le sollecitazioni dell'adulto sviluppano nel bambino la consapevolezza di una serie di passi da individuare per procedere in modo sistematico e ordinato.

Un ulteriore strumento utile per aiutare il bambino a prendere consapevolezza della sua attenzione durante lo svolgimento di un compito è il termometro dell'attenzione.



Quando è visibile la disattenzione del bambino gli si chiede di provare a spostare la freccia su quanto si sente stanco e non riesce a mantenere l'attenzione adeguata.

Una volta identificato il punto colorato di disattenzione si può concordare con il bambino una strategia di recupero delle energie per poter così tornare a concentrarsi sull'attività.

IMPULSIVITA' E AUTOCONTROLLO

Quando parliamo di autocontrollo, si fa riferimento alla capacità che il soggetto possiede di controllare che le cose vadano per il verso giusto, di inibire le risposte disadattive e di non distrarsi. Le capacità di riflettere, valutare e controllare l'attenzione e le risposte comportamentali costituiscono un importante requisito per l'apprendimento e l'acquisizione di abilità non solo in ambito scolastico ma anche in quello sociale e relazionale.

I bambini con ADHD hanno notevoli difficoltà nell'autoregolazione e autocontrollo di questi processi, pertanto, necessitano di un potenziamento di tali aree attraverso percorsi pedagogici mirati.

Le tecniche di intervento possono essere molteplici ma sono tutte mirate a potenziare e a ricostruire le capacità di autoregolazione mediante l'apprendimento di strategie cognitive efficaci.

Tra queste metodologie risulta essere molto funzionale l'utilizzo di schede appositamente strutturate che accompagnano il bambino alla riflessione diminuendo così l'impulsività nelle risposte.

Una strategia che spesso utilizzo in situazioni di potenziamento è quella che chiamo "mettiti nei miei panni": riprendiamo insieme una situazione nella quale il bambino ha perso l'autocontrollo e proviamo a mimarla come se fossimo a teatro. Successivamente analizziamo insieme le parole e gli atteggiamenti che sono stati messi in atto per cercare un comportamento diverso e più adeguato alla risoluzione del problema. Infine, proviamo a mimare nuovamente la storia del litigio con i comportamenti più funzionali chiedendo al bambino quale secondo lui ha avuto un esito migliore.

Questa attività permette loro di prendere consapevolezza del loro stato emotivo e di come è possibile trovare strategie comportamentali migliori che portino ad una risoluzione il più possibile ottimale della situazione.

2.3 L'intervento pedagogico sull'ambiente.

La storia della pedagogia può offrire un prezioso contributo sull'importanza della strutturazione degli ambienti.

Già Maria Montessori nei primi del 900 sottolineava come l'ambiente costituisce il luogo dello sviluppo individuale del bambino e quindi in esso tutto deve poter facilitarne lo sviluppo e nulla deve invece essergli di ostacolo.

Più recentemente l'International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF) offre importanti basi sulle quali affondare le radici per una progettazione dei contesti che possa essere inclusiva.

Per progettare un ambiente che possa accogliere i bisogni dei bambini e dei ragazzi è importante attuare un'osservazione preliminare non solo degli spazi ma anche delle risorse che, come struttura, si ha a disposizione.

L'obiettivo della strutturazione dell'ambiente è quello di eliminare tutto ciò che può fungere da barriera e incrementare ciò che, invece, funge da facilitatore all'apprendimento e all'inclusione sociale.

È importante evidenziare che anche noi come persone possiamo porci come facilitatori o barriere del contesto in base a quali atteggiamenti e comportamenti mettiamo in campo.

Il compito del pedagogo è quello di accompagnare gli insegnanti o i genitori a strutturare un ambiente che possa essere il più possibile inclusivo per il bambino con ADHD da un duplice punto di vista.

Il primo riguarda il supporto per l'organizzazione del contesto inteso come struttura: disposizione degli oggetti, sistemazione dei banchi, posizionamento di orologi, spazio informativo...)

Ad esempio, spesso si pensa che posizionare l'alunno al primo banco vicino alla cattedra possa essere una soluzione ottimale, ma può verificarsi il contrario. Infatti, il bambino con ADHD è colto di continuo a girarsi perché percepisce i rumori che producono inevitabilmente i compagni e che lo portano a distrarsi.

Così come a casa, i genitori non valutano la posizione della scrivania per lo svolgimento dei compiti pomeridiani: può trovarsi in sala mentre il fratellino gioca oppure in cucina mentre la mamma cucina così ha la possibilità anche di monitorarlo...

L'occhio esterno del pedagogo clinico può offrire un importante spunto di riflessione per docenti e genitori.

La seconda tipologia di supporto che il pedagogo può offrire è la consulenza pedagogica o percorsi di parent / teacher training volti ad aiutare gli insegnanti e le famiglie a porsi nei confronti del bambino come facilitatori dell'ambiente e non come barriere.

Il pedagogo, quindi, attraverso l'osservazione preliminare, aiuta ad individuare le strategie migliori per il funzionamento specifico del bambino all'interno del contesto.

3.4 Rapporto con la famiglia e la scuola.

Per promuovere il benessere di tutte le persone coinvolte nel processo educativo e pedagogico è fondamentale il lavoro di rete, non solo tra i singoli specialisti che hanno in carico il bambino – ragazzo ma anche con la scuola e la famiglia.

L'obiettivo del percorso è quello di promuovere lo sviluppo e migliorare la qualità di vita dei soggetti coinvolti attraverso la creazione di alleanze educative con i servizi, gli insegnanti e i genitori.

Pertanto, il lavoro pedagogico si articola su più livelli e non solo rivolto al soggetto con ADHD in prima persona.

L'interdipendenza tra i diversi livelli di intervento richiede la promozione di una trasformazione positiva rispetto alla situazione di difficoltà, che riguardi tanto il bambino - ragazzo, quanto la sua famiglia, la scuola e i professionisti che intervengono a vario titolo nel trattamento stesso.

Per promuovere un lavoro di rete che possa definirsi ottimale ho individuato quattro principi che durante il mio lavoro professionale ho constatato essere utili:

- **Promuovere l'ascolto attivo:** imparare ad ascoltare per comprendere l'altro.
- **Sospendere ogni forma di giudizio e di critica** verso sé stessi e verso gli altri; attivare quindi il senso di empatia.
- **Rispettare il punto di vista** degli altri anche se può essere diverso dal proprio e riconoscere il diritto altrui di perseguirlo.
- **Parlare in prima persona** e non in senso generale o astratto **condividendo** le proprie osservazioni oggettive.

Il pedagogista clinico ha, pertanto, il compito di accompagnare anche i genitori e gli insegnanti nel loro ruolo educativo reso più articolato e fatico dai disturbi comportamentali che un bambino con ADHD manifesta.

Il professionista può attivare a supporto delle figure educative coinvolte percorsi di Teacher Training e di Parent Training.

3.4.1 Il Teacher Training

I percorsi di Teacher Training vengono attivati presso lo studio oppure, su richiesta della scuola, possono essere svolti anche all'intero team docenti. Nel primo caso gli insegnanti che si iscrivono non sempre fanno parte dello stesso collegio docenti o del medesimo istituto.

Il Teacher Training è una formazione di gruppo rivolta agli insegnanti che abbiano in classe uno o più alunni diagnosticati come ADHD. Questo percorso ha l'obiettivo di fornire agli insegnanti tre principali competenze:

- **Capacità di osservare e interpretare correttamente il comportamento del bambino in classe.** Agli insegnanti viene presentato il disturbo e i suoi principali sintomi ponendo il focus sulle manifestazioni in classe dell'ADHD e sulle difficoltà che il bambino con questo disturbo può presentare in compiti di apprendimento. L'obiettivo di questi primi incontri è quello di chiarire la natura del disturbo ed evitare l'instaurarsi di false credenze. Inoltre si accompagna l'insegnante nell'osservazione del comportamento del bambino in classe. Io, personalmente, fornisco agli insegnanti una scheda osservativa a crocette e una per l'analisi funzionale del comportamento tratte dal testo Giunti "ADHD iperattività e disattenzione a scuola" di Fedeli D. e Vio C. Nella prima scheda osservativa il docente può scegliere alcuni indicatori positivi o negativi da osservare forniti sottoforma di elenco.

Indicatori positivi:

- Mantiene il contatto oculare con l'insegnante mentre spiega.
- Guarda in direzione della lavagna.
- Predisporre i materiali sul banco.
- Alza la mano prima di parlare.

- Rispetta il proprio turno durante le attività (specificare, per esempio: durante i giochi con i compagni, le attività di gruppo strutturate in classe o in palestra ecc.).
- Rimane in fila durante gli spostamenti.
- Riordina i materiali nello zaino alla fine della lezione.
- Chiede il permesso prima di alzarsi dal banco.
- Ascolta gli altri che parlano senza interromperli
- Sistema i colori nell'astuccio dopo averli usati.
- Rimane nei propri spazi durante il lavoro in classe.
- Condivide i propri giochi con i compagni.
- Prende iniziative coerenti con le richieste.
- Mantiene l'attenzione sul compito.
- Accetta l'intervento di un compagno o dell'insegnante per limitare le difficoltà organizzative.

Indicatori negativi:

- Interrompe gli altri mentre parlano.
- Si alza dalla sedia senza permesso.
- Gira per l'aula senza scopo.
- Tocca gli oggetti dei compagni senza chiedere.
- Invade lo spazio dei compagni (specificare, per esempio: occupa parte del banco del compagno con propri oggetti e materiali non utili alla lezione; occupa parte del banco del compagno con oggetti e materiali non funzionali all'attività che svolgono insieme ecc.).
- Lascia in disordine i propri materiali dopo averli usati.
- Si arrampica sui banchi o sugli arredi (tavoli, armadi ecc.) della scuola.
- Corre nei corridoi durante gli spostamenti.
- Spinge gli altri bambini.
- Dimentica le proprie cose a scuola.
- Effettua commenti inappropriati durante la lezione.
- Ride o scherza senza motivo durante la lezione.
- Non porta a termine l'attività richiesta in classe.

- Non ascolta quando gli si parla.
- Agisce prima di leggere o ascoltare completamente le istruzioni operative.

Allegato A: scheda di osservazione del comportamento

Nella seconda scheda di analisi funzionale del comportamento l'insegnante viene accompagnato a riflettere sul comportamento difficoltoso che il bambino ha messo in atto, attraverso il modello ABC (antecedente – comportamento – conseguenza) accompagnato da domande guida.

Allegato B: scheda di analisi funzionale del comportamento.

Entrambe le schede vengono sperimentate e compilate insieme durante i primi incontri di Teacher Training attraverso delle analisi di caso fornite alle insegnanti. In relazione a quanti partecipanti sono presenti al percorso le attività si svolgono in autonomia, a coppia oppure in piccolo gruppo. Successivamente viene sempre svolta una restituzione dei lavori e un confronto di idee rispetto al caso proposto.

- **Capacità di strutturare spazi, tempi e compiti in modo da sostenere l'apprendimento del soggetto ADHD.** Vengono forniti suggerimenti su come creare un ambiente che possa essere sia facilitatore per il bambino, sia per l'instaurarsi di una buona relazione insegnante/alunno. L'obiettivo è mostrare come poter intervenire sull'ambiente per ottenere dei cambiamenti nelle manifestazioni comportamentali del soggetto. Anche in questo caso mi avvalgo di alcune schede che possano essere strumenti utili ai docenti per lavorare sul contesto classe e sulla relazione con gli studenti. Un esempio di scheda è quella per la valutazione degli adattamenti al contesto e delle procedure a scuola tratta dal libro "ADHD iperattività e disattenzione a scuola" di Fedeli D. e Via C. E' uno strumento utile sia come guida per programmare gli adattamenti in classe e a scuola, sia come strumento valutativo della qualità degli adattamenti in corso d'anno. Le domande infatti consentono di individuare gli aspetti su cui è necessario intervenire per rispondere in modo più adeguato alle esigenze del bambino o del ragazzo con iperattività e/o con ADHD.

Allegato C: Scheda di valutazione degli adattamenti al contesto e delle procedure a scuola.

→ **Capacità di utilizzare in modo efficace strumenti e strategie per favorire l'integrazione del soggetto con ADHD nel gruppo classe.** Vengono presentati agli insegnanti alcune strategie per la gestione dell'alunno in classe, in modo particolare per far fronte alle difficoltà relazionali che potrebbero manifestarsi in seguito ad alcuni comportamenti impulsivi messi in atto dal bambino con ADHD. L'obiettivo è fornire strumenti per intervenire nel contesto classe e aumentare le possibilità di successo relazionale e inserimento sociale del bambino. ¹²

13

3.4.2 Parent Training

I genitori sono agenti di primaria importanza nello sviluppo del bambino. Per questo, quando si lavora con bambini con ADHD, non possiamo escludere il nucleo familiare nel quale il bambino è inserito.

L'intervento con il bambino, a volte, non è sufficiente per produrre l'apprendimento di adeguati comportamenti a casa e a scuola.

La famiglia, pertanto, è una risorsa importante per favorire comportamenti positivi del bambino soprattutto in età prescolare.

I percorsi di Parent Training sono attività di formazione di gruppo o, in alcuni casi, singolarmente diretti da professionisti esperti (Pedagogista clinico, Psicologo...) e rivolte ai genitori con l'obiettivo di sviluppare maggiore consapevolezza e competenza nella risoluzione di problematiche inerenti la gestione e l'educazione dei figli.

Personalmente, presso lo studio nel quale lavoro e collaboro, prediligo il Parent Training di gruppo in quanto credo possa fornire maggiori vantaggi. Primo fra tutti l'aspetto economico in quanto l'incontro di gruppo ha un costo meno elevato. In secondo luogo offre alla famiglia la possibilità di confronto e sostegno tra pari; le famiglie possono riconoscersi nelle difficoltà riportate da altri genitori e sentirsi meno soli. Il percorso di gruppo, inoltre, garantisce un'interazione e una condivisione comune tra i suoi membri e può essere percepito come meno stigmatizzante da alcune famiglie. Personalmente non escludo anche la possibilità di

¹² Centri di riferimento per l'ADHD della Regione Lombardia aderenti al progetto Regionale "condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici per l'ADHD", ADHD guida per gli insegnanti, Regione Lombardia, Centro studi Erickson (Pdf).

lavorare in sottogruppi per aumentare il coinvolgimento di alcuni partecipanti e creare un ambiente più confortevole e accogliente delle esigenze di tutti.

Prima di iniziare il percorso di Parent Training svolgo dei colloqui preliminari con i genitori per comprendere quali sono le loro esigenze e creare dei gruppi di lavoro il più possibile funzionali. Al termine di tale incontro, a discrezione della valutazione del professionista, è possibile proporre alla famiglia di proseguire con altri incontri singoli per poi inserirsi in un gruppo di Parent Training; non sempre i genitori sono pronti ad affrontare le proprie difficoltà all'interno di un gruppo più ampio.

Il programma di Parent Training prevede un primo incontro conoscitivo separato con ciascuna famiglia, 10 incontri a cadenza settimanale o quindicinale e un incontro finale di restituzione alla coppia. L'intervallo di tempo tra un incontro e l'altro consente alle famiglie di applicare nel contesto quotidiano le strategie proposte e discusse in gruppo e successivamente ragionare nell'incontro successivo sulle difficoltà incontrate e sui risultati ottenuti.

Ogni incontro dura circa 2 ore e ha obiettivi precisi.

Durante i percorsi di Parent Training ritengo importante porre l'attenzione ad alcuni aspetti importanti:

- **Il setting:** la disposizione dei posti preferisco sia in cerchio ma libera, solo in casi particolari predefinisco i posti. Il luogo e la collocazione delle sedie sono rilevanti per creare un clima accogliente e di condivisione di idee ed esperienze.
- **Il ruolo del conduttore:** deve avere un ruolo attivo nel gruppo e deve sapersi porre in ascolto dei soggetti coinvolti, senza giudizio. È necessario che condivida con il gruppo le regole alle quali ci si deve attenere durante gli incontri. Di fondamentale importanza è avere particolare attenzione a quei genitori che rivelano parti intime di sé già durante i primi incontri oppure, al contrario, coloro che sono troppo silenziosi. L'obiettivo del conduttore deve essere quello di creare condivisione e fiducia reciproca.
- **Il compito:** al termine di ogni incontro fornisco sempre alle famiglie un breve ma importante compito da svolgere per l'incontro successivo. Generalmente sono compiti che richiedono l'applicazione di alcune strategie, schede di autoriflessione oppure un'osservazione guidata del comportamento del bambino. È fondamentale che i

genitori comprendano l'importanza del compito e che non venga svolto frettolosamente e a ridosso dell'incontro successivo, altrimenti la valenza del compito svanisce.

Allegato D: esempi di attività di compito fornite ai genitori

- **Utilizzo di narrazioni e filmati:** gli strumenti come video, immagini o registrazioni permettono una comprensione più profonda delle tematiche trattate. Vengono anche utilizzati per alleggerire il carico attentivo del genitore nel corso delle 2 ore di incontro. Immagini e video assolvono, infine, la funzione di promemoria a distanza di tempo rispetto agli argomenti affrontati.
- **Utilizzo del Role Playing:** spesso la utilizzo per rappresentare scene di vita quotidiana dove i partecipanti possano sentirsi liberi di comportarsi come meglio credono senza paura di essere giudicati. Grazie alla possibilità di rivedere o commentare la scena interpretata i partecipanti diventano più consapevoli dei propri atteggiamenti, sentimenti e vissuti.

Capitolo 4

Il caso di Angelo

Angelo è un bambino che frequenta la quarta elementare in una scuola vicino al centro di Milano. I suoi genitori si sono rivolti presso il nostro studio in quanto osservano delle difficoltà nel figlio nello svolgimento e pianificazione dei compiti, attenzione, dimenticanze rispetto alla compilazione del diario scolastico o per la preparazione della borsa del basket.

Queste caratteristiche di Angelo non vengono osservate a scuola e le insegnanti rimandano alla famiglia che il bambino è ben educato e che le difficoltà che può avere sono le stesse dei suoi compagni: saltare la copiatura di alcune pagine di compito, distrarsi facilmente, ricordargli verbalmente cosa serve per lo svolgimento di una determinata lezione.

Angelo è figlio unico e i genitori non hanno avuto un metro di paragone con un altro bambino, pertanto, nei primi anni di scuola si sono affidati alla competenza delle docenti e a casa hanno cercato di gestire il bambino affiancandolo nello svolgimento dei compiti e nelle attività di vita quotidiana.

Giunto in quarta elementare, dove le richieste iniziavano a farsi più complesse e anche le responsabilità maggiori, Angelo mostrava incrementare la sua fatica.

La famiglia ha, quindi, deciso in autonomia di rivolgersi ad uno specialista che potesse accogliere i loro dubbi e le loro perplessità.

Dopo un primo colloquio con i genitori decisi di inviare la famiglia alla mia collega psicologa/psicoterapeuta per la valutazione diagnostica del bambino.

All'epoca avevo concluso il mio percorso di studi universitario da circa un anno e non mi sentivo ancora matura per poter iniziare una valutazione pedagogica.

A seguito dei test effettuati emerse un disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) di tipo combinato e disortografia lieve.

La famiglia fu poi presa in carico a settembre dalla sottoscritta per il trattamento pedagogico quando Angelo iniziò la quinta elementare.

Nel primo anno di lavoro incontravo il bambino una volta la settimana in studio e la famiglia una volta al mese in un incontro di consulenza. Agli insegnanti avevo chiesto un incontro ad inizio anno, uno in itinere e uno alla conclusione, tenendo aperta la possibilità di incrementare le riunioni qual ora fosse emersa la necessità.

L'intervento pedagogico è stato di tipo ecologico e, pertanto, ho lavorato con tutte le figure coinvolte nella vita del bambino e i suoi contesti di vita.

Prima di intraprendere il lavoro educativo ho consegnato ai genitori e alle insegnanti il Questionario SDQ-ITA utile per ottenere numerose informazioni sul comportamento del bambino. Successivamente mi sono posta alcuni obiettivi importanti e condivisi con Angelo, con la famiglia e la scuola.

Obiettivi di lavoro con Angelo:

- Migliorare l'organizzazione spazio temporale.
- Migliorare la pianificazione per lo svolgimento delle attività.
- Acquisire le strategie per poter recuperare l'attenzione.
- Acquisire maggior consapevolezza del suo status emotivo (educazione emotiva).
- Trovare le giuste strategie di interazione con i compagni.
- Potenziare la componente ortografica.
- Gestire i momenti di impulsività verbale.

In relazione a questo ultimo obiettivo è necessario precisare che l'impulsività verbale di Angelo non era legata all'uso di parolacce o frasi accusatorie. Angelo non riusciva a rispettare il turno di parola: parlava sopra ai compagni, rispondeva alle maestre ancora prima che finissero la richiesta, non rileggeva o pensava prima di consegnare un compito o di comunicare la sua opinione rispetto a qualche tema.

Obiettivi di lavoro con la famiglia:

- Acquisire consapevolezza delle potenzialità di Angelo
- Fornire alcune strategie per accompagnare il bambino nello svolgimento delle attività quotidiane (compiti, sport...).
- Supportare i genitori nel loro ruolo educativo.

Obiettivi di lavoro con la scuola:

- Condividere strategie di intervento comune (scrivere i compiti sulla lavagna e non dettarli, ricordare ad Angelo di ricontrollare gli esercizi prima di consegnarli, creare verifiche personalizzate preferibilmente a risposta chiusa, utilizzare la stessa timeline creata in studio e usata anche a casa...)
- Dialogo aperto e continuo.

Il questionario SDQ-ITA

Il Questionario sui punti di forza e debolezza di Goodman è uno strumento piuttosto conciso ma che permette di ottenere numerose informazioni sul comportamento del bambino.

L'SDQ è stato inizialmente costruito per i paesi di lingua inglese e successivamente è stato tradotto in più di 40 lingue; contiene 25 items che si riferiscono ad attributi positivi o negativi del comportamento. Gli items sono suddivisi in 5 subscale:

- ★ Iperattività
- ★ Problemi di condotta
- ★ Difficoltà emotive
- ★ Comportamenti prosociali
- ★ Rapporto con i pari

Lo stesso questionario può essere compilato sia dagli insegnanti che dai genitori, per valutare bambini di età compresa tra i 4 e i 16 anni. Il valutatore dispone di una scala di Likert a 3 punti per indicare quanto un certo attributo è descrittivo del comportamento del bambino. L'SDQ è già stato studiato in diversi Paesi europei, tra cui il Regno Unito, la Finlandia, la Germania, la Svezia e l'Italia. Tutti gli studi pubblicati confermano le buone proprietà psicometriche dello strumento e l'ottimo rapporto tra tempo impiegato per compilarlo e numero di informazioni raccolte.

Le differenze di età indicano che i più grandi manifestano maggiori competenze rispetto ai comportamenti prosociali (Rispettoso dei sentimenti degli altri, È di aiuto se qualcuno si fa male, è arrabbiato o malato)

Le analisi statistiche dimostrano che esistono differenze significative tra maschi e femmine: I maschi, secondo gli insegnanti, evidenzerebbero maggiori problemi di condotta, di iperattività, minori comportamenti prosociali ma anche migliori rapporti con i pari.

Il livello di emotività sarebbe equivalente tra i due gruppi.

L'analisi fattoriale ha confermato che il questionario presenta una struttura a 5 fattori.

Insegnanti, educatori ed altri operatori professionali possono trovare nell'SDQ un utile strumento in grado di cogliere la manifestazione di alcune problematiche psicologiche nei bambini. Successivamente lo specialista che riceve la segnalazione accompagnata dal questionario SDQ si trova maggiormente orientato circa gli ambiti nei quali il bambino incontrerebbe le più gravi difficoltà nella propria crescita e dispone di una descrizione oggettiva in relazione a quanto "gravi" sono percepite queste problematiche dagli adulti che vivono con il bambino.

Sarà poi decisione del clinico approfondire quelle variabili psicologiche e pedagogiche che ritiene più utili (ad esempio, consapevolezza del bambino delle problematiche, presenza o

meno di ansia ecc.) per completare correttamente la valutazione diagnostica. L'SDQ, pertanto, rappresenta uno strumento agile per raccogliere le informazioni più importanti sui diversi aspetti psicologici e pedagogici del bambino, ma non si configura, e non può essere utilizzato, come un mezzo per formulare una diagnosi clinica.

Il questionario SDQ può essere utile anche come strumento di screening nelle scuole elementari allo scopo di individuare bambini a rischio di disturbi psicologici. Per ottenere maggiori informazioni sul profilo comportamentale, interpersonale ed emotivo degli alunni è necessario considerare in modo separato i punteggi delle 5 subscale.¹⁴

Di seguito riporto i punteggi emersi dal questionario compilato dai genitori di Angelo.

SDQ – RISULTATI			Angelo G.
	3.	0	} Tot. 4 (Punteggio <u>subclinico</u>)
	8.	0	
Sintomi	13.	1	
Emozionali	16.	2	
	24.	1	
	5.	1	} Tot. 3 (nella norma)
	7.	0	
Problemi di	12.	1	
comportamento	18.	1	
	22.	0	
	2.	2	} Tot. 9 (clinicamente rilevante)
	10.	2	
Iperattività/	15.	2	
Disattenzione	21.	1	
	25.	2	
	6.	1	} Tot. 3 (Punteggio <u>subclinico</u>)
	11.	1	
Rapporti	14.	1	
problematici	19.	0	
con i compagni	23.	0	
	1.	1	} Tot. 6 (nella norma)
	4.	1	
Comportamento	9.	2	
<u>prosociale</u>	17.	2	
	20.	0	

Allegato D : il Questionario SDQ-ITA

L'inizio del percorso pedagogico

Insieme ad Angelo siamo partiti dalla riorganizzazione degli spazi della sua cameretta. Gli chiesi di portarmi delle foto stampate di tutte le pareti comprese soffitto e pavimento, con una foto più ravvicinata della scrivania.

¹⁴ Marzocchi G.C. e altri, Difficoltà di Apprendimento 8/1, ottobre 2002, pp. 75-84

Analizzammo le immagini e guidai Angelo a identificare gli elementi distrattori nella stanza, li scrisse su un foglio sotto forma di elenco con il compito, una volta tornato a casa, di provare a riordinarla insieme alla mamma e al papà tenendo in considerazione gli elementi che avevamo identificato come necessariamente importanti da sistemare.

Sulla scrivania ci dedicammo all'incontro successivo con la stessa modalità osservativa e di condivisione delle opinioni e della risoluzione dei problemi insieme.

Aggiunse una lavagnetta in sughero come strategia dello spazio informativo sulla quale poter attaccare post – it, fogli o immagini per ricordarsi le attività della giornata/settimana o le sequenze di svolgimento di un compito, nonché i micro obiettivi che ogni mese ci prefiggevamo di raggiungere.

Riordinò il materiale didattico (penne, matite, righello...) all'interno di un porta penne appositamente acquistato dalla mamma.

Eliminò dalla scrivania gli oggetti futili come souvenir e cuffie per la musica e scelse insieme ai genitori quale computer tenere sulla scrivania per il solo utilizzo didattico.

L'unico elemento che mi chiese Angelo di tenere sulla scrivania che non fosse inerente alla scuola era una pallina a rimbalzo. Decidemmo che la pallina poteva stare a sua disposizione e poteva essere utilizzata nel momento in cui ne sentiva il bisogno ma era necessario trovarle un posto apposito e adatto. La inserimmo in una scatolina con il coperchio sulla mensola poco sopra la scrivania.

Concluso il primo mese di lavoro nel quale ci dedicammo all'organizzazione e riordino della stanza feci un colloquio di consulenza con la famiglia nel quale emerse quanto la cameretta fosse davvero più funzionale e pensata sulle esigenze di Angelo.

La costruzione degli strumenti compensativi

Come strumenti per supportare Angelo nelle sue attività di vita quotidiana creammo:

- Calendario personalizzato da appendere alla lavagnetta di sughero.
- Tabella per l'organizzazione dei compiti.
- Scelta di una sveglia
- Righello misura - attenzione.

Tutto il lavoro educativo e pedagogico dell'anno si concentrò prevalentemente sull'assimilazione dell'uso di questi strumenti.

Sul *calendario* scrivevamo di settimana in settimana le attività delle varie giornate, per esempio basket martedì e giovedì e teatro il mercoledì. Per ogni attività sceglievamo un

colore. Sul giorno precedente all'attività scrivevamo tutto ciò che era necessario per preparare la borsa dello sport o se era importante ricordarsi qualcosa in particolare. Così facendo Angelo poteva organizzare autonomamente le sue cose la sera precedente prima di andare a letto.

Per quanto riguarda la *tabella di organizzazione dei compiti*, abbiamo provveduto a crearla al computer cosicché potesse essere modificabile quotidianamente in relazione alla giornata, evidenziando l'importanza delle pause.

SABATO MATTINA	
10:30/11:00	
Intervallo	
11:05/ 11.30	
Intervallo	
11:35/12:00	
Intervallo	
12:05/12:30	

Infine, abbiamo costruito il *righetto misura - attenzione* sia da tenere a casa sulla scrivania, sia a scuola sul banco condividendo con le insegnanti e i genitori la modalità di utilizzo.

Come per il termometro dell'attenzione, anche il righetto ha la stessa funzione. La differenza è che nel righetto le tacche sono più evidenti e meglio definite, mentre nel termometro i vari livelli si sfumano tra loro.



Durante il primo anno di lavoro insieme, Angelo ha mostrato importanti progressi sia per quanto riguarda la parte organizzativa sia per l'attenzione. La principale fatica è stata la collaborazione con le insegnanti che, non vedendo in Angelo una difficoltà grave, non lo

spronavano ad utilizzare gli strumenti compensativi e dispensativi necessari. La famiglia si è dimostrata molto collaborativa, in particolare la mamma che si è fatta carico di accompagnare Angelo nello svolgimento dei compiti a casa utilizzando le tabelle organizzative che avevamo pensato insieme.

Il papà di Angelo è, al contrario della mamma, un uomo molto rigido e ben impostato sia da un punto di vista fisico che mentale. Ha un'idea di educazione secondo la quale i figli devono sottostare alla volontà dei genitori e in caso di evasione dalle regole, la metodologia più funzionale è la punizione. Con Angelo questo sistema educativo faceva fatica a funzionare e tutt'ora non è la metodologia più adeguata a relazionarsi con lui. Inoltre, il papà, ha sempre portato il figlio a paragonarsi con altri bambini più bravi mettendo in evidenza le difficoltà e facendo sentire Angelo sempre inadeguato.

Negli incontri di consulenza, con la famiglia, abbiamo affrontato molto questo tema attraverso l'ascolto attivo e le esperienze vissute in passato dal papà. Era emerso, infatti, che il papà si immedesimasse molto in quella che era stata la sua educazione da piccolo ritenendola adeguata per sé stesso e quindi anche per Angelo.

Angelo, però, non era e non è il papà, ha un suo funzionamento, il suo temperamento, le sue passioni e le sue modalità relazionali.

Il lavoro pedagogico con la famiglia ha avuto come focus proprio l'accettazione di Angelo rispetto alle sue fatiche ma soprattutto la valorizzazione del bambino in quanto ricco di risorse e competenze.

Il passaggio alla scuola secondaria di primo grado

Cambiare ordine di scuola comporta sempre da parte dei bambini/ragazzi e delle famiglie un cambiamento importante: i bambini entrano in un contesto che non è più quello protetto e accogliente come la scuola primaria, devono fare i conti con nuove relazioni con i pari positive o negative e questo implica una buona competenza prosociale, la quantità di studio e di lavoro richiesto aumenta nonché la costanza e l'attenzione. Le famiglie, invece, oltre a dover supportare e accompagnare i propri figli in questo passaggio, devono far fronte ad un nuovo orizzonte: la preadolescenza.

Insieme ai genitori di Angelo iniziammo a prendere contatti tramite dei colloqui con alcune scuole del territorio milanese per poter scegliere la scuola che potesse rispondere meglio ai bisogni del ragazzo. Successivamente, i genitori ed Angelo, hanno frequentato gli Open Day

delle scuole selezionate precedentemente e hanno scelto l'istituto più adeguato ascoltando anche le preferenze del ragazzo.

All'inizio della scuola secondaria di primo grado feci un colloquio con il team docenti per esporre il lavoro svolto fino ad ora con Angelo e mettere in luce i suoi punti di forza e le sue maggiori fatiche. L'obiettivo dell'incontro era stato quello di far conoscere la storia del ragazzo e insieme definire un percorso comune e di supporto reciproco che potesse valorizzare Angelo nella sua crescita.

A differenza dal gruppo docenti della scuola primaria, trovai nel nuovo team un maggiore supporto e comprensione, soprattutto da parte della professoressa di italiano che prese subito a cuore Angelo.

Negli incontri settimanali in studio lavoravo con Angelo sul potenziamento delle funzioni esecutive, in particolare sull'attenzione e sulla memoria di lavoro. Iniziammo anche parallelamente a dedicarci all'acquisizione di regole e strategie di interazione con i pari, soprattutto nei momenti di confronto e conflitto alternato ad un percorso di educazione emotiva. Angelo, infatti, si è sempre mostrato come un bambino dall'emotività immatura, non aderente alla sua età. Spesso i genitori mi hanno riportato che quando il ragazzo si trovava di fronte a situazioni di discussione la sua reazione è sempre stata molto infantile.

L'unica difficoltà che riscontrammo in questo primo anno di scuola fu legata alla gestione dei compiti a casa: il carico di lavoro era aumentato, nonostante i docenti avessero stilato un Piano Didattico Personalizzato, e i comportamenti ribelli nei confronti delle figure genitoriali, esemplari della preadolescenza, iniziavano ad essere più frequenti.

Per questi motivi, negli incontri periodici di consulenza, la mamma mi aveva riportato più volte il suo affaticamento nel seguire Angelo al pomeriggio. La relazione mamma – figlio rischiava di incrinarsi in quanto la mamma assumeva ogni giorno il ruolo del docente e Angelo quello del figlio preadolescente che non voleva saperne di ascoltare le indicazioni materne. Si era creato un circolo vizioso per cui ogni giorno la mamma e il ragazzo arrivavano ad uno scontro che degenerava spesso con urla e forte tensione da parte di entrambi. Era necessario invertire la rotta e riportare il circolo vizioso a diventare nuovamente virtuoso.

Così proposi alla famiglia di trovare un'educatrice che seguisse Angelo nei compiti pomeridiani e nell'organizzazione del lavoro cosicché la mamma potesse tornare a svolgere il suo ruolo e a condividere con il figlio momenti piacevoli di relazione e interazione intima.

La famiglia accolse con piacere la proposta e affiancammo ad Angelo un'educatrice di nome Marta. Con il ragazzo si instaurò sin da subito un buon rapporto di fiducia. Marta era accogliente e comprensiva rispetto non solo ai bisogni di Angelo ma anche dei genitori.

Anche con Marta costruimmo un rapporto di dialogo aperto durante tutto il percorso e concordammo, su autorizzazione della famiglia, di incontrarci una volta al mese per confrontarci sull'andamento a casa di Angelo.

I progressi del ragazzo erano visibili sia in termini di organizzazione e pianificazione del lavoro, sia nelle relazioni sociali e nella gestione emotiva dei sentimenti.

Nel 2020 a causa dell'emergenza sanitaria alcuni aspetti sui quali si era riusciti a trovare un equilibrio, piano piano iniziarono a diventare instabili.

Anche in questo periodo gli incontri con Angelo e con la famiglia sono proseguiti on line, portando avanti il nostro lavoro educativo e pedagogico. L'educatrice dovette interrompere il lavoro domiciliare.

Lo scorso anno abbiamo iniziato nuovamente gli incontri in presenza e i pomeriggi di supporto compiti a casa con Marta.

Prospettive future

Ad oggi il percorso pedagogico con Angelo sta volgendo al termine. Abbiamo concordato che a settembre 2022 avremo ridotto gli incontri una volta ogni 2 settimane per sfumarli una volta al mese come monitoraggio del percorso, senza interromperlo; soprattutto in vista degli esami di terza media e la scelta della scuola superiore.

Il supporto di Marta rimane necessario per alcuni pomeriggi settimanali così da sostenere Angelo nel lavoro quotidiano fornendogli quella sicurezza all'interno della quale può sperimentarsi in autonomia.

Il percorso di consulenza pedagogica con i genitori e gli incontri con i docenti proseguiranno come supervisione e monitoraggio dell'andamento di Angelo a scuola e nelle relazioni sociali.

In particolare l'obiettivo condiviso con la famiglia negli incontri di consulenza sarà quello di supportare e accompagnare i genitori nella sfida educativa verso l'adolescenza e la gestione di alcuni comportamenti faticosi. La richiesta dei genitori è stata quella di aiutarli a capire come agire rispetto a tali comportamenti in quanto si sentono in difficoltà a comprendere quali sono dettati dal disturbo di ADHD e quali invece facenti parte del percorso di crescita di Angelo.

In questi tre anni di lavoro con Angelo, la sua famiglia, la scuola e il contesto educativo nel quale vivono, le fatiche e i nodi da dover sciogliere sono stati molti. Ciò che ha permesso un lavoro così completo e ricco di cambiamenti e opportunità è stata, in primo luogo, l'intenzione di Angelo di crescere e migliorarsi maggiormente. Si è sempre mostrato volenteroso di imparare e, anche di fronte a nuovi metodi di lavoro, spesso più faticosi, non si è mai tirato indietro.

Inoltre è stata fondamentale la collaborazione e il desiderio di mettersi in gioco e discussione dei genitori. Si sono sempre mostrati aperti alle nuove opportunità e proposte, hanno mantenuto un dialogo aperto e trasparente, si sono sperimentati attraverso strategie educative nuove, sono rimasti sempre presenti e attenti rispetto alla crescita di Angelo attraverso un atteggiamento critico, ponendosi domande costruttive per il bene di tutti.

Concludo questo capitolo sul caso di Angelo con un messaggio che la mamma mi ha inviato qualche settimana fa, dopo l'inizio delle vacanze estive che credo possa spiegare quanto fruttuoso ed efficace sia stato il percorso insieme.

“Salve Dottoressa, come sta? Volevo informarla su un episodio che ci ha stupito positivamente. Angelo è al campus di basket con tutta la squadra. Non hanno i cellulari e questo è un gran bene, per fortuna. Dobbiamo chiamare un papà che li ha accompagnati oppure il coach. Tranne che per messaggio non avremmo fatto nessuna telefonata ad Angelo. Ieri sera abbiamo provato. All'inizio si è emozionato nel sentirci poi si è ripreso alla grande e ha detto di stare tranquilli perché era contento e stava bene e che avrebbe richiamato lui. Lo ha detto con una tale maturità che ne siamo rimasti contentissimi e abbiamo capito che tutto il lavoro fatto sulla gestione delle emozioni adesso torna a suo favore. Glielo volevo semplicemente riferire: tutto torna. Grazie di cuore.”

Allegati

Allegato A: scheda di osservazione del comportamento

SCHEDA PER L'OSSERVAZIONE SISTEMATICA DEL COMPORTAMENTO

STRUMENTI PER OSSERVARE

Allievo: _____ Osservatore: _____
 Abilità osservata: _____ Parametro: _____
 Modalità: _____
 Contesto: strutturato destrutturato Attività: individuale di gruppo

INDICATORI	Data: ____ / ____ / ____	Data: ____ / ____ / ____	TOTALE ATTI PER INDICATORE COMPORTAMENTALE
	Ora inizio: ____ : ____	Ora inizio: ____ : ____	
	Ora fine: ____ : ____	Ora fine: ____ : ____	
	Tempo tot: ____ : ____	Tempo tot: ____ : ____	
• _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
• _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
• _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
• _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
• _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
• _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
• _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TOTALE ATTI PER EVENTO OSSERVATIVO	_____	_____	

Allegato B: scheda di analisi funzionale del comportamento.

SCHEDA PER L'ANALISI FUNZIONALE		
	CHE COSA HO VISTO	CHE COSA MODIFICO
Antecedenti <ul style="list-style-type: none"> • Dov'era l'allievo? • Che cosa stava facendo? • Chi c'era con lui? • Quali richieste ha ricevuto dall'insegnante? • Che cosa facevano o dicevano i compagni? 	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
↓		
Comportamento	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
↓		
Conseguenze <ul style="list-style-type: none"> • Che cosa è successo subito dopo? • Che cosa ha detto o fatto l'insegnante? • Che cosa hanno detto o fatto i compagni? • Com'è proseguita l'attività? 	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
L'analisi va estesa alle dimensioni seguenti, che influiscono anch'esse sul comportamento problematico.		
Dimensioni individuali <ul style="list-style-type: none"> • Condizione psicofisica individuale 	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
↓		
Dimensioni contestuali <ul style="list-style-type: none"> • Contesti fisico e relazionale 	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

STRUMENTI PER VALUTARE

Allegato C: Scheda di valutazione degli adattamenti al contesto e delle procedure a scuola.

SCHEDA DEGLI ADATTAMENTI SCOLASTICI

Valutazione degli adattamenti del contesto e delle procedure a scuola

STRUMENTI PER PROGETTARE

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Del tutto
1. Sono premiati i comportamenti positivi emessi dall'allievo iperattivo?	0	1	2	3
2. Sono riconosciute le abilità possedute dall'allievo iperattivo, anche se di tipo extra-scolastico?	0	1	2	3
3. Vengono ignorati i piccoli comportamenti disturbanti, senza ricorrere in maniera eccessiva a interventi punitivi?	0	1	2	3
4. Sono previsti incontri periodici frequenti con i genitori del bambino iperattivo?	0	1	2	3
5. È facilitato il coinvolgimento dei genitori nelle scelte educative e nello svolgimento delle varie attività didattiche?	0	1	2	3
6. Sono state elaborate poche ma chiare regole di comportamento?	0	1	2	3
7. Sono state esplicitate le conseguenze del rispetto o dell'infrazione delle regole?	0	1	2	3
8. I compiti più complessi vengono frazionati in parti maneggevoli?	0	1	2	3
9. Viene stabilito l'intervallo di tempo disponibile per svolgere le varie parti del compito?	0	1	2	3
10. Vengono previste frequenti verifiche dei compiti svolti dall'allievo, sia in itinere che al termine?	0	1	2	3
11. Esistono delle regole relative alla gestione ordinata dei propri materiali e del proprio banco?	0	1	2	3
12. Esistono dei momenti della giornata dedicati a riordinare i propri materiali e il proprio banco?	0	1	2	3
13. Le istruzioni e gli ordini sono formulati con un vocabolario e con strutture sintattiche padroneggiate dall'allievo?	0	1	2	3
14. Si chiede all'allievo di ripetere le istruzioni ricevute?	0	1	2	3
15. Sono state fissate delle routine rispetto al modo di segnare i compiti per casa, di tenere il proprio materiale in classe ecc.?	0	1	2	3
16. Il banco del bambino/ragazzo iperattivo è collocato in modo tale da facilitare la supervisione da parte dell'insegnante?	0	1	2	3
17. I materiali sono riposti in luoghi facilmente accessibili, ma che al contempo non creino distrazione agli allievi?	0	1	2	3
18. Sono impiegate attività didattiche esperienziali, che partono dagli interessi degli allievi?	0	1	2	3
19. Sono impiegate attività didattiche che facilitano l'attiva partecipazione degli allievi?	0	1	2	3
20. I momenti di transizione (spostamenti) sono gestiti attraverso specifiche regole e routine?	0	1	2	3
(adattamento da: D. Fedeli, <i>Kiwi. Kit Iperattività</i> , Giunti O.S., Firenze 2007)	PUNTEGGIO TOTALE _____			

CALCOLO DEL PUNTEGGIO E INTERPRETAZIONE

Dopo aver sommato i singoli punteggi ottenuti, individuare la fascia di punteggio e la descrizione corrispondente.

Interpretazione del punteggio	
Punteggio	Descrizione
0 – 40	L'organizzazione del contesto e delle procedure a scuola non risponde alle esigenze dell'allievo iperattivo. È quindi necessario, innanzitutto, studiare i Capitoli 7 e 8 del volume <i>ADHD, iperattività e disattenzione a scuola</i> per implementare gli adattamenti opportuni e solo in seguito utilizzare le schede del Workbook.
41 – 60	L'organizzazione della scuola è adeguata alle esigenze dell'allievo iperattivo. Esistono le condizioni ideali per implementare specifici percorsi di potenziamento delle abilità individuali. È possibile perciò utilizzare tutte le schede di lavoro contenute nel Workbook del volume <i>ADHD, iperattività e disattenzione a scuola</i> .

(adattamento da: D. Fedeli, *Kiwi. Kit Iperattività*, Giunti O.S., Firenze, 2007)

Allegato D: esempi di attività di compito fornite ai genitori

DIARIO DEI COMPORAMENTI

▷ **Descrizione della situazione problematica:**

▷ **Cosa penso di questa situazione?**

▷ **Per quale motivo penso che ciò sia successo?**

PUNTI DI FORZA

▷ Descriva i punti di forza del suo bambino:

A series of approximately 25 horizontal lines, slightly curved at the ends, provided for writing the description of the child's strengths.

DIARIO DEI CAMBIAMENTI

▷ Come ha reagito il bambino al cambiamento?

▷ Come ha reagito la mamma al cambiamento?

▷ Come ha reagito il papà al cambiamento?

DIARIO DELLA SETTIMANA

Settimana dal ___/___/___ al ___/___/___

	Descrizione episodio negativo	Livello di gravità da 1 a 5	Soluzione messa in atto	Emozioni scaturite dall'episodio	Quanto le emozioni hanno influito sulla risoluzione da 1 a 5	Emozioni provate dopo la risoluzione messa in atto
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Allegato E: Il questionario SDQ – ITA

La versione per genitori e insegnanti dell'SDQ contiene 25 items in cui le valutazioni vanno da 0 (non vero) a 1 (parzialmente vero) a 2 (assolutamente vero). Cinque item descrivono comportamenti positivi (item 7, 11, 14, 21 e 25) per cui è necessario rovesciare il punteggio prima di sommarli ai punteggi delle 5 subscale.

Per utilizzare l'SDQ come strumento di prima valutazione ricordiamo che: un valore compreso tra l'80° e il 90° percentile indica un problema psicologico di grado lieve un valore superiore al 90° percentile indica un problema psicologico di maggiore gravità.

Per le scale Emotività, Condotta, Iperattività, Rapporti con i pari un punteggio elevato corrisponde a un maggior grado di disagio psicologico.

Un punteggio elevato alla scala Comportamenti prosociali indica che il bambino è capace di assumere comportamenti di altruismo.

QUESTIONARIO SUI PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA (SDQ-ITA)

Per ciascuna domanda metta una crocetta su una delle tre caselle: *non vero*, *parzialmente vero*, *assolutamente vero*. Sarebbe utile che lei rispondesse a tutte le domande nel migliore dei modi possibile, anche se non completamente sicuro o la domanda le sembra un po' sciocca. Dovrebbe rispondere sulla base del comportamento del bambino negli ultimi sei mesi o durante il presente anno scolastico.

Nome del bambino _____ Classe _____

Maschio/Femmina _____ Data di nascita _____

	Non vero	Parzialmente vero	Assolutamente vero
Rispettoso dei sentimenti degli altri			
Irrequieto, iperattivo, incapace di stare fermo per molto tempo			
Si lamenta spesso di mal di testa, mal di stomaco o nausea			
Condivide volentieri con gli altri bambini (dolci, giocattoli, matite)			
Spesso ha crisi di collera o è di cattivo umore			
Piuttosto solitario, tende a giocare da solo			
Generalmente obbediente, esegue di solito le richieste degli adulti			
Ha molte preoccupazioni, spesso sembra preoccupato			
E' di aiuto se qualcuno si fa male, è arrabbiato o malato			
Costantemente in movimento o a disagio			
Ha almeno un buon amico o una buona amica			
Spesso litiga con gli altri bambini o li infastidisce di proposito			
Spesso infelice, triste o in lacrime			
Generalmente ben accettato dagli altri bambini			
Facilmente distratto, incapace di concentrarsi			
E' nervoso o a disagio in situazioni nuove, si sente poco sicuro di sé			
Gentile con i bambini più piccoli			
Spesso dice bugie o inganna			
Preso di mira e preso in giro dagli altri bambini			
Si offre spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, altri bambini)			
Pensa prima di fare qualcosa			
Ruba a casa, a scuola o in altri posti			
Ha rapporti migliori con gli adulti che con gli altri bambini			
Ha molte paure, si spaventa facilmente			
E' in grado di portare a termine ciò che gli viene richiesto, rimanendo concentrato per tutto il tempo necessario			

Firma _____ Data _____ Genitore/Insegnante _____

Griglia di valutazione

		Non vero	Parzialmente vero	Assolutamente vero
CPR	Rispettoso dei sentimenti degli altri	0	1	2
I/D	Irrequieto, iperattivo, incapace di stare fermo per molto tempo	0	1	2
Emoz	Si lamenta spesso di mal di testa, mal di stomaco o nausea	0	1	2
CPR	Condivide volentieri con gli altri bambini (dolci, giocattoli, matite)	0	1	2
Comp	Spesso ha crisi di collera o è di cattivo umore	0	1	2
RP	Piuttosto solitario, tende a giocare da solo	0	1	2
Comp	Generalmente obbediente, esegue di solito le richieste degli adulti	2	1	0
Emoz	Ha molte preoccupazioni, spesso sembra preoccupato	0	1	2
CPR	E' di aiuto se qualcuno si fa male, è arrabbiato o malato	0	1	2
I/D	Costantemente in movimento o a disagio	0	1	2
RP	Ha almeno un buon amico o una buona amica	2	1	0
Comp	Spesso litiga con gli altri bambini o li infastidisce di proposito	0	1	2
Emoz	Spesso infelice, triste o in lacrime	0	1	2
RP	Generalmente ben accettato dagli altri bambini	2	1	0
I/D	Facilmente distratto, incapace di concentrarsi	0	1	2
Emoz	E' nervoso o a disagio in situazioni nuove, si sente poco sicuro di sé	0	1	2
CPR	Gentile con i bambini più piccoli	0	1	2
Comp	Spesso dice bugie o inganna	0	1	2
RP	Preso di mira e preso in giro dagli altri bambini	0	1	2
CPR	Si offre spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, altri bambini)	0	1	2
I/D	Pensa prima di fare qualcosa	2	1	0
Comp	Ruba a casa, a scuola o in altri posti	0	1	2
RP	Ha rapporti migliori con gli adulti che con gli altri bambini	0	1	2
Emoz	Ha molte paure, si spaventa facilmente	0	1	2
I/D	E' in grado di portare a termine ciò che gli viene richiesto, rimanendo concentrato per tutto il tempo necessario	2	1	0

Sintomi Emozionali (Emoz) Punteggio _____

Problemi di Comportamento (Comp) Punteggio _____

Iperattività/Disattenzione (I/D) Punteggio _____

Rapporto con i Pari (RP) Punteggio _____

Comportamenti Prosociali (CPR) Punteggio _____

	Punteggio subclinico	Punteggio clinico
EMOTIVITÀ	4	6
CONDOTTA	4	5
IPERATTIVITÀ	6	8
RAPPORTO CON I PARI	3	5
PROSOCIALITÀ	4	3

Dati normativi delle 5 subscale del questionario SDQ: medie, deviazioni standard e percentili

Scale	Emotività	Condotta	Iperattività	Rapporto con i pari	Prosocialità	
Medie	2.09	1.85	3.30	1.75	6.50	
Dev. St.	2.26	2.19	2.99	2.00	2.67	
P E R C E N T I L I	10°	0	0	0	3	
	20°	0	0	0	4	
	30°	0	0	1	5	
	40°	1	0	2	6	
	50°	1	0	3	7	
	60°	2	2	4	8	
	70°	3	3	5	8	
	80°	4	4	6	9	
	90°	6	5	8	5	10
	95°	7	6	9	6	10
	96°	7	7	9	6	10
	97°	7	7	10	7	10
98°	8	8	10	7	10	
99°	8	9	10	9	10	

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association, “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – DSM-V*”, Fifth edition, 2013.

Associazione Italiana per i Disturbi dell'Attenzione e Iperattività (A.I.D.A.I.), Dispensa per genitori.

Associazione Italiana per i Disturbi dell'Attenzione e Iperattività (A.I.D.A.I.), Dispensa per insegnanti.

Barkley R.A., Benton C.M., “*Mio figlio è impossibile: come migliorare I comportamenti oppositivi del tuo bambino*”, 2016, Erickson, Trento.

Barkley R. A., G. Daffi, G. Lo Iacono, *ADHD: strumenti e strategie per la gestione in classe*, Erickson, Trento, 2018.

Barkley R. A., *Treating ADHD in children and adolescents: what every clinical needs to know*, paperback, 10 June 2022.

Barkley R. A., *Deficits in Executive Functioning scale. Children and Adolescents*, The Guilford Press, New York – London, 2012.

Barkley R. A., *12 Principles for Raising a Child with ADHD*, The Guilford Press, New York, London, 2021.

Barkley R. A., *Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents* Fourth Edition, The Guilford Press, New York – London, 2020.

Barkley R. A., *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* Fourth Edition, The Guilford Press, New York – London, 2015.

Barkley R. A., *Executive Functions: What They Are, How They Work, and Why They Evolved*, The Guilford Press, New York – London, 2012.

Barkley R. A., *Managing ADHD in School: The Best Evidence-Based Methods for Teachers*, PESI Publishing and media, 2016.

Centri di riferimento per l'ADHD della Regione Lombardia aderenti al progetto Regionale “*condivisone dei percorsi diagnostico-terapeutici per l'ADHD*”, *ADHD guida per i genitori*, Regione Lombardia, Centro studi Erickson (Pdf).

Centri di riferimento per l'ADHD della Regione Lombardia aderenti al progetto Regionale “*condivisone dei percorsi diagnostico-terapeutici per l'ADHD*”, *ADHD guida per i pediatri*, Regione Lombardia, Centro studi Erickson (Pdf).

Centri di riferimento per l'ADHD della Regione Lombardia aderenti al progetto Regionale “*condivisone dei percorsi diagnostico-terapeutici per l'ADHD*”, *ADHD guida per gli insegnanti*, Regione Lombardia, Centro studi Erickson (Pdf).

Cornoldi C., M. Gardinale, A. Masi, L. Patternò, “*Impulsività e autocontrollo: interventi e tecniche metacognitive*”, 2016, Erickson, Trento.

Cornoldi C., De Meo T., Offredi F. e Vio C., “*Iperattività e autoregolazione cognitiva: Cosa può fare la scuola per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività*” 2001, Erikson, Trento.

- Crispiani P., Giaconi C. Cappucci M.L., *Lavorare con il disturbo di attenzione e iperattività. Dalla diagnosi al trattamento educativo*, Edizioni Junior, Ranica, Bergamo, 2005.
- Daffi G., C. Prandolini, “*ADHD e compiti a casa, strumenti e strategie per bambini con difficoltà di pianificazione, di organizzazione e fragilità di attenzione*”, 2015, Erickson, Trento.
- D’alanzo L., “*Come fare per gestire la classe nella pratica didattica*”, 2017, GiuntiEdu, Firenze.
- D’alanzo L., “*La differenziazione didattica per l’inclusione: metodi, strategie, attività*”, 2016, Erickson, Trento.
- D’alanzo L., V. Mariani, G. Zampieri, S. Maggiolini, “*La consulenza pedagogica: pedagogisti in azione*”, 2012, Armando Editore, Roma.
- Di Pietro M., E. Bassi, G. Filoramo, *L’alunno iperattivo in classe*, Erickson, Trento, 2001.
- DuPaul G.J., Stoner G., *ADHD in the schools: assessment and intervention strategies*, New York, Guilford, 2003.
- Fedeli D., C. Vio, *ADHD iperattività e disattenzione a scuola*, GiuntiEdu, Firenze, 2018.
- Fedeli D *il disturbo da deficit di attenzione e iperattività*, Carocci, Roma, 2012.
- Fedeli D, *la gestione dei comportamenti problema, dall’analisi all’intervento psicoeducativo*, Anicia, Roma, 2020.
- Fedeli D, *mio figlio non riesce a stare fermo*, GiuntiEdu, Firenze, 2018.
- Fedeli D, *lo sviluppo socio – emotivo. Percorsi teorico – pratici per bambini in difficoltà*, Vannini, Brescia, 2005.
- Fedeli D *pedagogia delle emozioni, lo sviluppo dell’autoregolazione emozionale da 0 a 10 anni*, Anicia, Roma, 2013.
- Fedeli D *lo sviluppo socio emotivo. Percorsi teorico - pratici per bambini in difficoltà*, Vannini Brescia, 2005.
- Fedeli D, *KIWI, kit iperattività: valutazione e intervento in classe, Manuale introduttivo, organizzazioni Speciali*, Firenze, 2008.
- Horstmann K. e Steer J. “*Aiutare gli alunni con ADHD nella scuola: Strategie per promuovere l’autoregolazione e il benessere in classe*”, 2012, Erickson, Trento.
- Ianes D., G.M. Marzocchi, G. Sanna, *Modelli cognitivi: caratteristiche neuropsicologiche dell’ADHD, strategie efficaci per gli insegnanti*, Erickson, Trento, 2013.
- Macchia V., *Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI): diagnosi e intervento precoci*, Orientamenti Pedagogici, Vol. 53, n.4, 751-767.
- Masi G., Zuddas A., *Linee guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva*, Società italiana di Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza (SINPIA), Roma, 2002.
- Marzocchi G.M., *Le funzioni esecutive in età evolutiva: modelli neuropsicologici, strumenti diagnostici, interventi riabilitativi*, Milano, FrancoAngeli, 2011.

- Nisi A., *L'allievo iperattivo (Parte1°)*, "Psicologia e scuola", n.26 pag. 39-43 1985a
- Nisi A., *L'allievo iperattivo (Parte2°)*, "Psicologia e scuola", n.27 pag. 34-42 1985 b
- Nisi A., *L'allievo iperattivo (Parte 3°)*, "Psicologia e scuola", n.28 pag. 35-43 1985 c
- Organizzazione mondiale della sanità, *"ICF-CY: classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute. Versione per bambini e adolescenti"*, 2014, Erickson, Trento.
- Paiano A., Re A.M., Ferruzza E., Cornoldi C., *Parent Training per l'ADHD: programma CERG sostegno cognitivo, emotivo e relazionale dei genitori*, 2014, Erickson, Trento.
- Shiller V.M., *"Ti meriti un premio! Strumenti positivi per l'educazione dei figli"*, 2013, Erickson, Trento.
- Vio C., G.M Marzocchi, F. Offredi, *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività: diagnosi psicologica e formazione dei genitori*, Trento, Erickson,1999.
- Vio C., G.M. Marzocchi, F. Offredi, *il disturbo da deficit di attenzione/iperattività: sperimentazione di un training metacognitivo*, "Psicologia clinica dello sviluppo", Vol.3 n.2, pp.241-261.