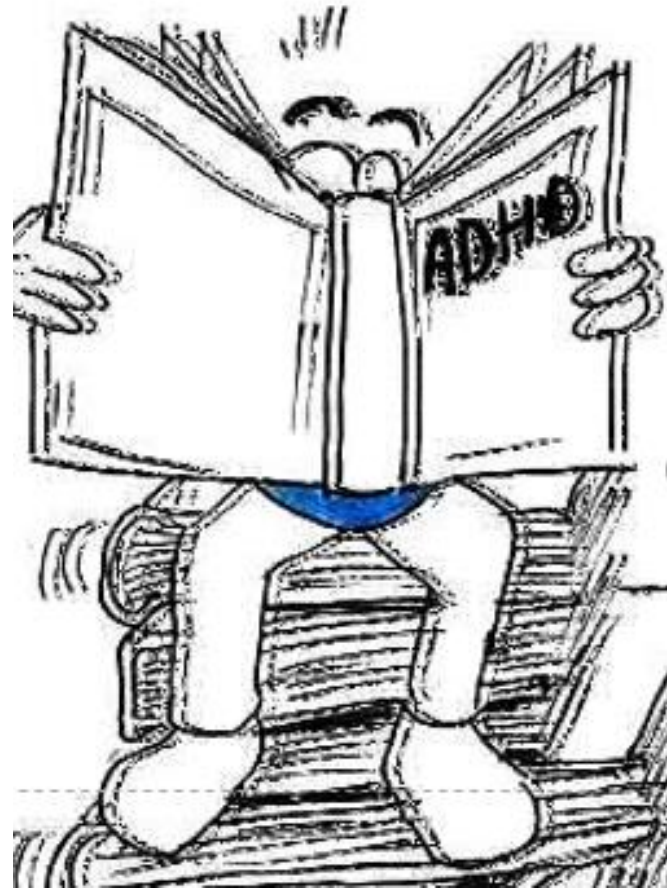


▶ Dott.ssa Antonella Chifari

Psicologa -  
Psicoterapeuta CC  
Ricercatore CNR

[antonella.chifari@itd.cnr.it](mailto:antonella.chifari@itd.cnr.it)



# ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Conoscenza approfondita delle principali caratteristiche, dei criteri diagnostici, delle eziologie e delle comorbidità associate con l'ADHD.

Comprensione della natura dell'ADHD come disturbo evolutivo di autoregolazione, chiave di lettura per una pianificazione efficace del trattamento.

Strategie specifiche per la gestione dei comportamenti problematici, connessi al disturbo, nei principali contesti di vita.

Rassegna dei farmaci più utili da usare insieme al trattamento MULTIMODALE

# OBIETTIVI DEL CORSO

---

Nonostante l'ADHD sia il disturbo neuropsichiatrico più diffuso in età scolare, troppo spesso il problema rimane completamente ignorato, la diagnosi è tardiva, gli interventi spesso ancor più tardivi oppure inadeguati e non coordinati.

---

E' allora fondamentale che i professionisti della salute mentale, psicologi, medici ed insegnanti abbiano una conoscenza quanto più possibile aggiornata di questo disturbo e del suo trattamento.

# VERIFICA CONOSCENZE PREGRESSE

## Cosa è l' ADHD?

- Un disturbo comportamentale
- Un disturbo dell'infanzia che viene superato nell'età adulta
- Un disturbo cronico di tipo neurologico che si sviluppa nell'infanzia e continua in età adulta

## Quali sono i tre sintomi tipici dell'ADHD?

- Balbuzie, Disattenzione, Iperattività
- Iperattività, Disattenzione, Impulsività
- Bassa Autostima, Disattenzione, Iperattività

## Quali sono i campanelli d'allarme che fanno sospettare la presenza di un ADHD?

- Se il tuo bambino va male a scuola
- Se noti che, sia a casa che a scuola, far fare le attività quotidiane è diventata una lotta.
- Se si osservano molti sintomi tipici di un disturbo da deficit di attenzione e iperattività, in maniera persistente e per diversi mesi.

# VERIFICA CONOSCENZE PREGRESSE

Chi deve essere coinvolto nella diagnosi di ADHD?

- Operatori della salute mentale, genitori, insegnanti
- Medico di famiglia
- Psicologo dell'età evolutiva

Esiste una relazione tra uno stile di vita sano e l'ADHD?

- Sono indipendenti l'uno dall'altro
- Una buona alimentazione, un corretto sonno e del sano esercizio fisico sono essenziali per gestire l'ADHD
- La maggior parte delle persone con ADHD non ha problemi con l'alimentazione, il sonno e l'esercizio fisico

Come valuta il suo grado di conoscenza sull'argomento?

Nessuna		Media		Notevole
1	2	3	4	5

Il crescente interesse clinico che ruota attorno a questa sindrome è da ricercare in tre ordini di fattori:

l'elevata incidenza del disturbo,

la compresenza di numerosi altri disturbi (comorbidità),

la probabilità di prognosi infausta.

Diventa molto importante valutare l'esatta natura dei sintomi e la presenza di eventuali diagnosi associate, soprattutto ai fini di una migliore pianificazione terapeutica.

## INTRODUZIONE



Vantaggi di una diagnosi precoce:

possibilità di agire su difficoltà che altrimenti tenderebbero ad accentuarsi e a diventare sempre più difficilmente recuperabili con il passare del tempo;

riduzione della probabilità di un insuccesso scolastico che, come si sa, tende ad abbassare nell'alunno l'autostima e la motivazione allo studio;

capacità di promuovere nel soggetto una motivazione positiva verso gli apprendimenti scolastici, in grado di diminuire il dislivello fra il bambino in difficoltà e i suoi coetanei;

maggior efficacia delle strategie ed economia rispetto ai metodi più tardivi.

---

## INTRODUZIONE



## E' per caso ... ?

Un pigro

Un viziato e capriccioso

Uno stupido, sciocco

Non ha regole per colpa dei genitori

E' un pazzo, svitato

Non c'è nulla da fare

E' geloso del fratello

Vuole solo attenzioni

Lo fa apposta

I farmaci sono l'unica cura

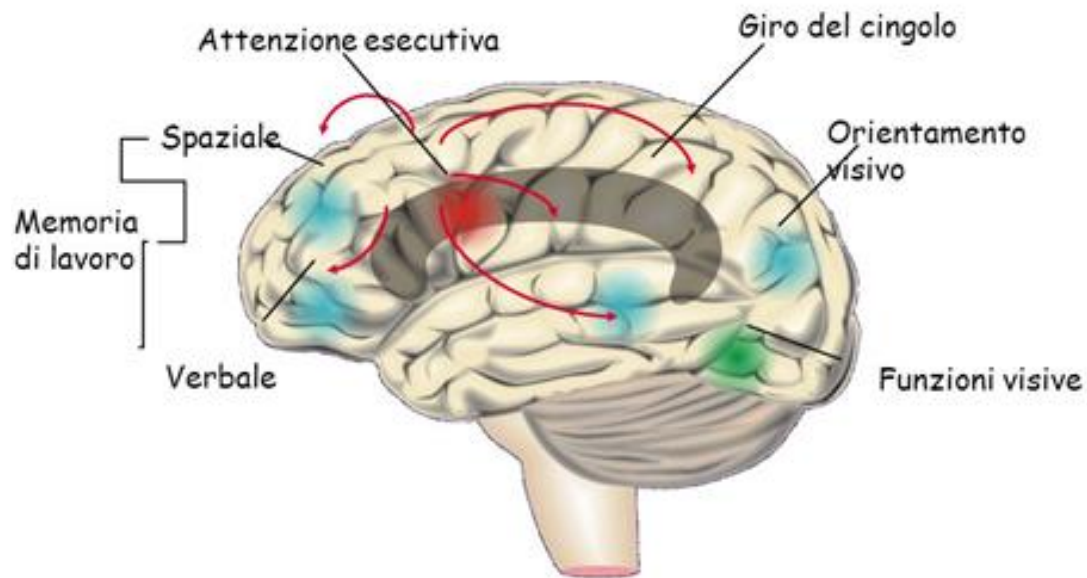


# DEFINIRE L'ADHD: IMPRESA ARDUA!

E' un **disturbo evolutivo dell'autocontrollo** che si manifesta con un'evidente difficoltà del bambino a regolare il proprio comportamento in funzione del trascorrere del tempo, degli obiettivi da raggiungere e delle richieste dell'ambiente, con relativa compromissione della sfera dell'apprendimento e sociale.



## Circuiti Cerebrali



Il mancato autocontrollo è di natura **neurobiologica**, dovuto cioè alla disfunzione di alcune aree e di alcuni circuiti del cervello ed allo squilibrio di alcuni neurotrasmettitori (come noradrenalina e dopamina), responsabili del controllo di attività cerebrali come l'attenzione e il movimento.



Da un punto di vista neuro-funzionale i bambini con ADHD presentano degli elettroencefalogrammi con un **aumento delle onde lente** e, nelle risonanze magnetiche disvolumetrie:

- una riduzione del volume del lobo frontale destro, del nucleo caudato, degli emisferi cerebrali e del verme cerebellare.

# CRITERI DIAGNOSTICI DA DSM 5 (APA, 2013)

---

**A.** Una persistente disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o con lo sviluppo, come caratterizzato da (1) e/o (2):

---

**1. DISATTENZIONE** Sei (o più) dei seguenti sintomi persistono per almeno 6 mesi ad un livello che non è coerente con il livello di sviluppo e che influisce negativamente sulle attività sociali e scolastiche/professionali:

---

**a.** Spesso non riesce a fare attenzione ai dettagli o fa errori di distrazione nei compiti a scuola, nel lavoro o in altre attività; (ad esempio dimentica i dettagli o lavora inaccuratamente).

---

**b.** Spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione nei compiti o nelle attività di gioco (ad esempio, ha difficoltà a rimanere concentrato durante le lezioni, le conversazioni, o la lettura).

---

**c.** Spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente (ad esempio, la mente sembra altrove, anche in assenza di qualsiasi distrazione ovvia).

---

**d.** Spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le faccende, o i doveri sul posto di lavoro (ad esempio, inizia le attività ma rapidamente perde l'impegno ed è facilmente distraibile).

# CRITERI DIAGNOSTICI DA DSM 5 (APA, 2013)

---

**e.** Spesso ha difficoltà a organizzare i compiti e le attività (ad esempio, difficoltà a gestire le attività sequenziali, difficoltà a mantenere gli oggetti in ordine, è disordinato, è disorganizzato a lavoro; ha una cattiva gestione del tempo, non riesce a rispettare le scadenze).

---

**f.** Spesso evita, o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono uno sforzo mentale sostenuto (ad esempio, a scuola o a casa, per gli adolescenti più grandi e adulti, la preparazione di relazioni, la compilazione dei moduli, la revisione documenti lunghi).

---

**g.** Spesso perde le cose necessarie per compiti o per le attività (ad esempio, materiale scolastico, matite, libri, strumenti, portafogli, chiavi, occhiali, telefoni cellulari).

---

**h.** È spesso facilmente distratto da stimoli estranei (per gli adolescenti più grandi e gli adulti, possono includere pensieri estranei).

---

**i.** È spesso sbadato nelle attività quotidiane (per esempio, fare le faccende, fare commissioni, per gli adolescenti e gli adulti più grandi, richiamare, pagare le bollette, mantenere gli appuntamenti).

---

**Nota:** I sintomi non sono solo una manifestazione di comportamento oppositivo, di sfida, di ostilità, o incapacità di capire i compiti o le istruzioni. Per gli adolescenti più grandi (oltre i 17 anni) sono necessari almeno 5 sintomi.

# CRITERI DIAGNOSTICI DA DSM 5 (APA, 2013)

**2. IPERATTIVITA' (a-f) E IMPULSIVITA' (g-i):** Sei (o più) dei seguenti sintomi persistono per almeno 6 mesi ad un livello che non è coerente con il livello di sviluppo e che influisce negativamente sulle attività sociali e scolastico/professionali:

- a.** Spesso agita le mani o i piedi o si dimena sulla sedia.
- b.** Spesso si alza dalla sedia in classe o in altre situazioni in cui si deve rimanere seduti; (per esempio, lascia il suo posto in classe, in ufficio o in un altro luogo di lavoro, o in altre situazioni che richiedono di rimanere sul posto).
- c.** Spesso corre o si arrampica in contesti in cui è inappropriato (negli adolescenti o negli adulti può limitarsi a sentimenti soggettivi di irrequietezza).
- d.** Spesso ha difficoltà a giocare o impegnarsi negli svaghi in modo tranquillo.
- e.** E' spesso pronto a scattare o agisce spesso come se fosse "guidato da un motore" (ad esempio, è a disagio durante le lunghe attese, come al ristorante, o negli incontri, ciò può essere vissuto da altri come estrema irrequietezza o difficoltà nello stargli accanto).
- f.** Spesso parla eccessivamente.

# CRITERI DIAGNOSTICI DA DSM 5 (APA, 2013)

**2. IPERATTIVITA' (a-f) E IMPULSIVITA' (g-i):** Sei (o più) dei seguenti sintomi persistono per almeno 6 mesi ad un livello che non è coerente con il livello di sviluppo e che influisce negativamente sulle attività sociali e scolastico/professionali:

**g.** Spesso risponde prima che siano completate le domande.

**h.** Spesso ha difficoltà ad aspettare il proprio turno (ad esempio, durante l'attesa in coda).

**i.** Spesso interrompe o si intromette nei discorsi degli altri (ad esempio, interviene nelle conversazioni o nei giochi); può iniziare ad usare le cose altrui senza chiedere o ricevere il permesso; per gli adolescenti e gli adulti, può sconfinare nell'intromettersi su ciò che fanno gli altri).

**Nota:** I sintomi non sono solo una manifestazione di comportamento oppositivo, di sfida, di ostilità, o la mancata comprensione di compiti o istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e adulti (17 anni e più), sono necessari almeno cinque sintomi.





**B.** Alcuni dei sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione devono presentarsi prima dei 12 anni di età (*DSM IV: erano presenti prima dei 7 anni di età*).

**C.** Alcuni dei sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione sono presenti in due o più contesti (ad esempio a casa, a scuola o a lavoro, con amici o parenti, in altre attività) (*DSM IV: almeno 2 contesti*).

**D.** C'è una chiara evidenza che i sintomi interferiscono o compromettono la qualità della vita sociale, scolastica e lavorativa.

**E.** L'anomalia non si manifesta esclusivamente durante il decorso di un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, di Schizofrenia, o di un altro Disturbo Psicotico, e non è meglio attribuibile ad un altro disturbo mentale (per es. un Disturbo dell'Umore, un Disturbo d'Ansia, un Disturbo Dissociativo, o un Disturbo della Personalità).

---

**Nota:** I sintomi non sono solo una manifestazione di comportamento oppositivo, di sfida, di ostilità, o la mancata comprensione di compiti o istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e adulti (17 anni e più), sono necessari almeno cinque sintomi.

# I DIVERSI SOTTOTIPI DI ADHD

---

Sottotipo con prevalenza di disattenzione, se è presente il criterio A1 (disattenzione) ma il Criterio A2 (iperattività-impulsività) non si è presentato negli ultimi 6 mesi.

---

Sottotipo con prevalenza di iperattività-impulsività, se è presente il criterio A2 (iperattività-impulsività) ma il Criterio A1 (disattenzione) non si è presentato negli ultimi 6 mesi.

---

Sottotipo combinato, Se entrambi i criteri A1 (disattenzione) e A2 (iperattività-impulsività) si sono presentati negli ultimi 6 mesi.

# SOTTOTIPI

Da un punto di vista squisitamente cognitivo, numerose ricerche suggeriscono che:

- **i bambini con disattenzione prevalente** manifestano soprattutto **difficoltà nelle componenti di selezione e focalizzazione dell'attenzione**, e sono meno accurati **nell'elaborazione delle informazioni** (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990);
- quelli del **sottotipo combinato** commettono numerosi **errori di perseverazione** e **hanno difficoltà nell'inibire le informazioni irrilevanti** per l'esecuzione di un compito (Barkley, 1997).

# ICD 10 (OMS, 1992)

Nell' ICD-10 l'ADHD è classificato come un Disturbo Ipercinetico (HKD) e presenta gli stessi 18 sintomi riportati nel DSM-IV; l'unica differenza si trova nell'item (f) della categoria iperattività-impulsività ("Parla eccessivamente") che, secondo l'OMS, è una manifestazione di impulsività e non di iperattività.

Tuttavia, sebbene i sintomi del Disturbo Ipercinetico siano accostabili a quelli dell'ADHD per il DSM-IV, i criteri adottati dall'ICD-10 appaiono più restrittivi per quanto attiene a:

- Iperattività, impulsività e inattenzione devono essere presenti contemporaneamente (in concomitanza con almeno 6 sintomi di disattenzione, almeno 3 sintomi di iperattività e almeno un sintomo di impulsività).
- Tutti i sintomi devono manifestarsi indistintamente in due o più contesti.
- Vengono esclusi dalla diagnosi mania, depressione e/o disturbo d'ansia, nonostante il DSM-IV permette di fare diagnosi di comorbidità tra i disturbi.

	<b>ICD - 10</b>	<b>DSM- IV</b>	<b>DSM 5</b>
Sintomi	Tutti i seguenti: - Almeno 6 o 8 sintomi di inattenzione - Almeno 3 o 5 sintomi di iperattività - Almeno uno o quattro sintomi di impulsività	Uno o entrambi i seguenti: - Almeno 6 o 9 sintomi di inattenzione - Almeno 6 o 9 sintomi di iperattività o impulsività	Una persistente disattenzione e/o iperattività-impulsività caratterizzata da: - almeno 6 o più sintomi di disattenzione - almeno 6 o più sintomi di iperattività/impulsività
Presenza nei contesti	I criteri devono presentarsi in più di un contesto come la casa e la scuola	Alcuni sintomi sono presenti in più di un contesto come la casa e la scuola	Alcuni dei sintomi sono presenti in due o più contesti (ad esempio, a casa, a scuola o lavoro, con amici o parenti, in altre attività).
Età d'insorgenza	I sintomi devono presentarsi prima dei 6 anni	Alcuni sintomi possono presentarsi prima dei 7 anni	Alcuni dei sintomi devono presentarsi prima dei 12 anni di età.
Comorbidità diagnostiche	La diagnosi di HKD non è consentita laddove ci siano disturbi d'ansia e dell'umore	Comorbidità con il disturbo d'ansia, della condotta, dell'umore laddove vi è l'inclusione di più criteri.	Comorbidità con il disturbo specifico dell'apprendimento, con il disturbo d'ansia e dell'umore (più raramente), della condotta, disturbo ossessivo-compulsivo e spettro autistico, laddove vi è l'inclusione di più criteri.

**TABELLA IN CUI SI POSSONO  
RINTRACCIARE LE DIFFERENZE TRA I  
DIVERSI MANUALI DIAGNOSTICI**

	ICD - 10	DSM- IV	DSM 5
<b>Diagnosi dei sottotipi</b>	<p>L'individuazione del sottotipo si basa sulla presenza o meno di disturbi comorbidi.</p> <p>Disturbo dell'Attività e dell'Attenzione (senza disturbo della condotta).</p> <p>Sindrome Ipercinetica della Condotta: sono presenti oltre ai sintomi del Disturbo dell'Attività e dell'Attenzione anche comportamenti aggressivi e/o oppositivi/provocatori.</p>	<p>L'individuazione del sottotipo si basa sulla prevalenza dei sintomi all'interno delle categorie specifiche.</p> <p>- Combinato: 6 o più sintomi per l'inattenzione e 6 o più sintomi per l'iperattività</p> <p>- Inattentivo: 6 o più sintomi per l'inattenzione e meno di 6 per l'iperattività/impulsività</p> <p>- Iperattivo/Impulsivo 6 o più sintomi per l'iperattività/impulsività e meno di 6 per l'inattenzione.</p>	<p>- Sottotipo con prevalenza di disattenzione, se è presente il criterio di disattenzione ma il criterio di iperattività-impulsività non si è presentato negli ultimi 6 mesi.</p> <p>- Sottotipo con prevalenza di iperattività-impulsività se è presente il criterio di iperattività-impulsività ma il criterio di disattenzione non si è presentato negli ultimi 6 mesi.</p> <p>- Sottotipo combinato, Se entrambi i criteri di disattenzione e di iperattività-impulsività si sono presentati negli ultimi 6 mesi.</p>

## TABELLA IN CUI SI POSSONO RINTRACCIARE LE DIFFERENZE TRA I DIVERSI MANUALI DIAGNOSTICI

# PREVALENZA

---

L'ADHD è uno dei disturbi comportamentali più comuni dell'età evolutiva che colpisce fino al **5-7%** della popolazione in età scolastica e che comporta una grande incidenza di bambini indirizzati ai programmi di salute mentale negli Stati Uniti.

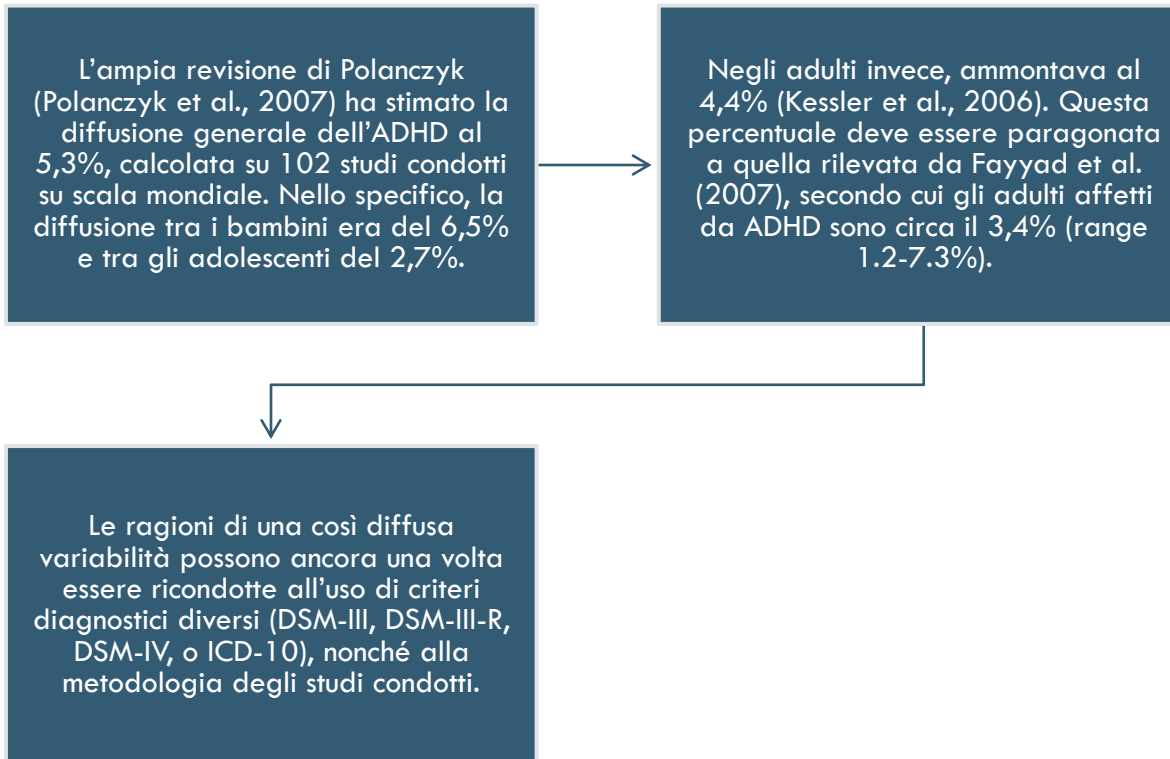
In Italia si calcola che **400.000** bambini siano affetti da questo disturbo altamente invalidante che li segrega socialmente in un mare di solitudine e di emarginazione. I clinici stanno divenendo maggiormente consapevoli che l'ADHD nell'infanzia **non regredisce nel corso dello sviluppo** e che molti soggetti che presentano il disturbo nella fanciullezza continueranno a manifestare il disturbo in età adulta.

---

Il disturbo persisterà nell'adolescenza **in più dell'80%** dei casi e nell'età adulta in più del 50% dei casi.

---

Più frequente nei maschi:  
rapporto 1/10



# PREVALENZA: DIFFUSA VARIABILITÀ





## DIAGNOSI DIFFERENZIALE

# COMORBILITÀ

SI STIMA CHE ALMENO IL 70% DEI SOGGETTI CON ADHD HA UN DISTURBO ASSOCIATO, SIA IN CAMPIONI CLINICI CHE EPIDEMIOLOGICI

## **DISTURBO EMOTIVO (ANSIA, DEPRESSIONE)**

### **DISTURBI DELL'UMORE → ADHD**

- I frequenti insuccessi nelle esperienze scolastiche e interpersonali minano l'autostima contribuendo a sviluppare uno stile di *learned helplessness*, anticamera di un disturbo dell'umore.

## **DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO**

### **DOC**

### **ABUSO DI SOSTANZE**

### **ALTRI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO:**

Compresenza di ADHD con disturbo oppositivo provocatorio e disturbo della condotta (ADHD prima dei 3 anni → maggiore probabilità di insorgenza disturbo della condotta), disturbo antisociale (evoluzione dal DC)

---

Il 30% - 35% dei soggetti con deficit attentivo presentano consistenti problemi di aggressività [Biederman et al.,1987].

---

Per discriminare quale dei due aspetti predomina sull'altro è necessario analizzare sia la preminenza di taluni problemi sia il contesto relazionale e sociale, quasi attraverso un processo di esclusione.

---

E' stato riscontrato che i soggetti con problemi di condotta presentano forti problematiche familiari, e che le variabili psicopatologiche nella famiglia incidono più di quelle cognitive.

---

Bisogna inoltre tenere presente che i soggetti in cui il deficit attentivo è associato a problemi di aggressività sono i casi più difficili in quanto presentano più difficoltà cognitive dei soggetti con SDA pura e sono più aggressivi di quelli con disturbo oppositivo provocatorio o disturbo della condotta puri.

# COMORBILITÀ

E' CORRELATA ALLA NATURA TRANSAZIONALE DEL DISTURBO (Henkel e Whalen, 1989), risultato cioè dell'interazione tra aspetti di tipo biologico funzionale, l'ambiente, dove tutto ciò si sviluppa, e i sistemi relazionali.

## FATTORI ORGANICI

**FAMILIARITÀ: 35%**

**FATTORI AMBIENTALI ED EDUCATIVI:** povertà, deprivazione socio-culturale, stile educativo, ecc.

## SOVRASTIMOLAZIONE

**IPOTESI** connesse alle abitudini alimentari e possibili allergie, intolleranze per certi alimenti.

# EZIOPATOGENESI MULTIFATTORIALE



---

Da studi recenti sembrerebbe consolidata l'ipotesi che esista una natura genetica legata ad un malfunzionamento nei meccanismi di neurotrasmissione implicati nei processi attentivi.

---

Gli imputati di questo deficit sarebbero almeno tredici geni, tra cui il gene D4 e D5, ossia i recettori della dopamina, e i recettori di serotonina 1B e SNAP-25. Nonostante gli studi siano ancora in fase sperimentale, si ipotizza che la risposta al metilfenidato (cioè la molecola terapeutica per l'ADHD) correli proprio con la variazione dei geni DRD4 e 5-HTT. Da studi effettuati su familiari di primo grado affetti dal disturbo è emerso come il rischio che il bambino presenti l'ADHD è fino a quattro volte maggiore (Bidwell et al., 2011).

# INTERAZIONE GENI-AMBIENTE

Nigg e collaboratori (2010) hanno suddiviso tutti i fattori di rischio ambientali in tre macro-aree: prenatale, perinatale e postnatale, come sintetizzato nella tabella che segue.


Fattori di rischio prenatale	<b>esposizione prenatale alla nicotina</b> <b>esposizione prenatale all'alcol</b> <b>esposizione prenatale ai metalli pesanti</b>
Fattori di rischio perinatale	basso peso alla nascita complicazioni in gravidanza ipossia
Fattori di rischio postnatale	prematurità alimentazione eventi familiari fattori psicosociali

**Come "funzionano" i bambini con  
ADHD nei diversi contesti di vita**

---




Il bambino ADHD mette in crisi nel senso comune genitori e insegnanti: è un bambino che appare intelligente, vivace, eppure sembra non imparare. *Se non impara deve essere poco intelligente oppure non si impegna, allora è uno «scansa fatica»?*



Capire perché questa conclusione è sbagliata esige che si sappia precisamente **cos'è l'ADHD:**



una **disfunzione prevalentemente neurobiologica**, che può essere completamente spiegata solo nell'ambito di un **modello d'indagine diagnostica causale** di tipo neuro-psico-pedagogico e sociale.





**Raccogliere informazioni da diverse fonti (genitori, insegnanti, educatori, nonni, etc.) e relativamente a diversi contesti d'interazione.**

**Campanelli d'allarme sono:**

Le difficoltà concomitanti all'inserimento del bambino nell'ambiente scolastico che, essendo strutturato, richiede l'osservanza di regole precise.

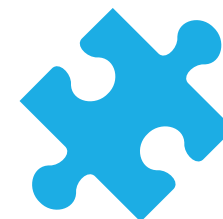
Alcune forme di diseducazione e mancanza di regole dovute a carenze affettivo/educative riconducibili a un contesto socio-familiare povero e/o problematico.

La deambulazione precoce (correlazione positiva), sofferenze perinatali e/o neonatali, etc.

L'aggressività fisica e verbale, prepotenza, la scarsa tolleranza alla frustrazione, e l'eccessiva insistenza nelle richieste.

Lo scarso rendimento scolastico fino a comorbilità con disturbo dell'apprendimento.

La presenza di interazioni genitore–bambino inadeguate e negative come conseguenza del disturbo primario.



**COSA DOVE QUANDO CHI**

# L'INDAGINE DIAGNOSTICA NEL COLLOQUIO CON I GENITORI

---

## Cosa indagare:

---

Familiarità del disturbo

---

Sofferenza fetale (potrebbe far pensare ad un fattore di rischio)

---

Traumi fisici accidentali frequenti

---

Sviluppo motorio precoce

---

Ci sono spesso disturbi del sonno e pregresso disturbo della regolazione (ipersensibile, attivo-aggressivo, disorganizzato sul piano motorio/sensoriale/attentivo).

---

Chiedere ai genitori di chiarire bene quali sono i comportamenti tipici del bambino (sta seduto a tavola, pensa prima di agire, mette tutto sottosopra, aggressività, passa da una attività all'altra, da un pensiero all'altro, perde gli oggetti, non sembra ascoltare, facilmente distratto da stimoli esterni, parla sempre).

Deficit di memoria a breve termine

Problemi di coordinazione fino e grosso-motoria

Grafia illeggibile

Difficoltà di linguaggio, di lettura, ortografia, calcolo

Difficoltà di elaborazione di informazioni visive ed uditive. In quest'ultimo caso, è come se ... le informazioni verbali *“entrassero da un orecchio ed uscissero dall'altro”*.

Nell'ambito delle difficoltà di elaborazione delle info visive, queste possono tradursi in errori di copiatura ed omissioni delle ultime sillabe di una parola e delle ultime parole di una frase durante la lettura. L'uso di espressioni verbali e scritte molto semplici sono un'ulteriore conseguenza di un deficit nella memoria a breve termine.

A SCUOLA INDAGARE  
L'ESISTENZA DI:



# A SCUOLA INDAGARE L'ESISTENZA DI:

---

Difficoltà nelle fasi iniziali di produzione del linguaggio, come balbettio, costruzione delle frasi molto elementare (uso improprio della sintassi e della grammatica, dei sostantivi, dei verbi, degli aggettivi, degli avverbi) ed errori nel posizionamento di lettere in una parola o di parole in una frase (per esempio: “psighetti” invece di “spaghetti” o “lo palla prendo” invece di “lo prendo la palla”).

---

Difficoltà nella produzione del discorso sono tipiche di bambini in età prescolare, mentre i disturbi del linguaggio sono evidenti in bambini in età scolare.

---

Problemi di coordinazione, come nell'equilibrio, postura, lanciare, calciare, afferrare, allacciare le scarpe, abbottonarsi, scrivere e disegnare. Queste difficoltà richiedono un costante esercizio quotidiano per essere contrastate.

---

Difficoltà a mantenere l'attenzione abbastanza a lungo da elaborare e trattenere correttamente le informazioni uditive, per questo sono spesso presenti lacune nell'acquisizione delle abilità di base.

# COSA OSSERVARE A CASA ...



Continua ricerca di attenzione

Frequenti dimenticanze e/o  
perdita delle proprie cose

Disorganizzazione e mancanza di  
pianificazione di spazi e tempi

Ipercinesia

Sregolatezza nei ritmi sonno-  
veglia e nell'alimentazione, spesso  
restrittiva (possono presentare  
forme allergiche e sensibilità alla  
luce e ai suoni).

Difficoltà relazionali con  
fratelli/sorelle e con i coetanei,  
spesso sono frustrati, non tollerano  
le attese, e si oppongono con  
forza ai cambiamenti delle loro  
abitudini (routine).

# COSA OSSERVARE NEL CONTESTO DEI PARI ...

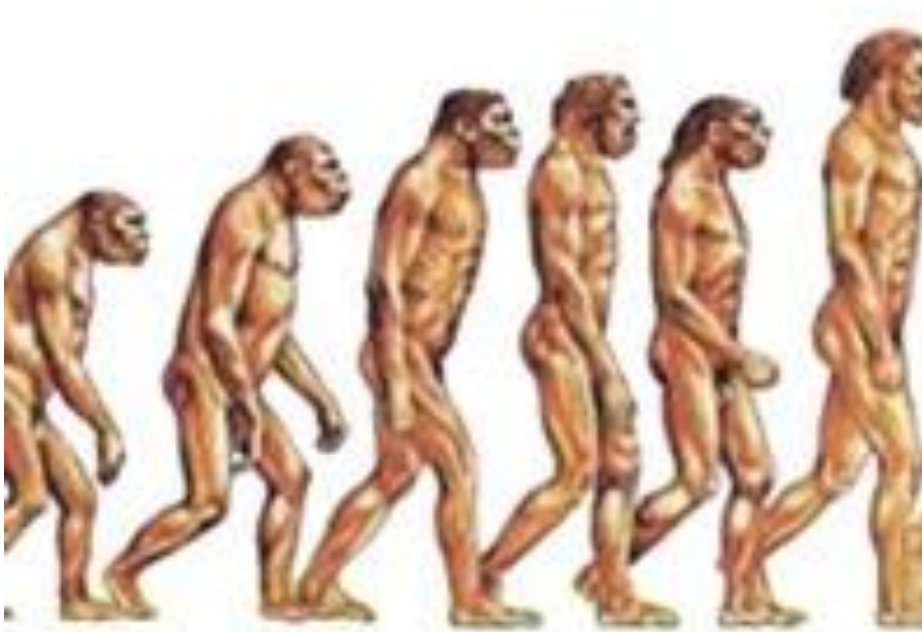
Carenti e inadeguate abilità sociali. Livello di padronanza delle regole esplicite ed implicite nella comunicazione, ai fini di una corretta interpretazione dei messaggi non verbali. Farsi degli amici e mantenere con loro delle relazioni soddisfacenti diventa spesso difficile.

Scarsa tolleranza alle frustrazioni che, a sua volta, implica comportamento capriccioso e facilità a «mettere il broncio».

Frequente inflessibilità ed incapacità ad adattarsi ai cambiamenti, tanto pronunciate da impedire la presa di decisioni e la loro attuazione.



# QUALI ASPETTI SONO IMPORTANTI PER L'EVOLUZIONE DELL'ADHD?



L'entità dei sintomi  
presentati

La tipologia clinica

La familiarità

La comorbilità

Le condizioni  
ambientali

# DECORSO DEL DISTURBO SCUOLA DELL' INFANZIA

Età in cui è maggiormente  
presente la componente di  
iperattività

Crisi colleriche

Compromissione delle attività  
ludiche

Litigiosità, atteggiamento  
provocatorio

Assenza di paura, noncuranza  
del rischio

Aggressività

Alterazione del ritmo sonno-  
veglia





# DECORSO DEL DISTURBO SCUOLA ELEMENTARE

Età in cui è più probabile  
l'accertamento diagnostico  
Possibile riduzione della  
componente di iperattività  
Maggiore evidenza dei sintomi  
legati a disattenzione e  
impulsività  
Difficoltà nell'apprendimento  
Difficoltà nelle relazioni con i  
pari  
Difficoltà nel rispettare le regole  
Evitamento di compiti cognitivi  
prolungati  
Comportamenti oppositivo-  
provocatorio



# DECORSO DEL DISTURBO ADOLESCENZA

Età in cui è più probabile la riduzione dell'iperattività e l'insorgenza di disturbi della sfera emotiva (ansia, depressione)  
Difficoltà nelle relazioni sia con i pari sia con gli adulti di riferimento  
Atteggiamenti pericolosi  
Rischio di dipendenza e abuso di sostanze  
Personalità antisociale

50%



15%

Variazioni irrilevanti con l'età pre-adolescenziale

# DECORSO DEL DISTURBO ETÀ ADULTA

Per quanto permanga l'instabilità emotiva, nell'**età adulta** la metà dei soggetti con ADHD conduce una vita nei limiti della norma, trovando un proprio adattamento all'ambiente.

50%



L'altra metà continua a presentare serie limitazioni nel funzionamento familiare, amicale e professionale. Possono presentarsi problemi con la giustizia e nell'inserimento lavorativo.

50%

# PROSPETTIVE NON ROSEE ...

Drop out

Scarse abilità sociali, poche amicizie

Scarso rendimento nel lavoro

Comportamenti antisociali

Maggiore uso abuso tabacco, droghe, alcool rispetto ai coetanei

Gravidanze precoci

Maggiore frequenza di incidenti autostradali

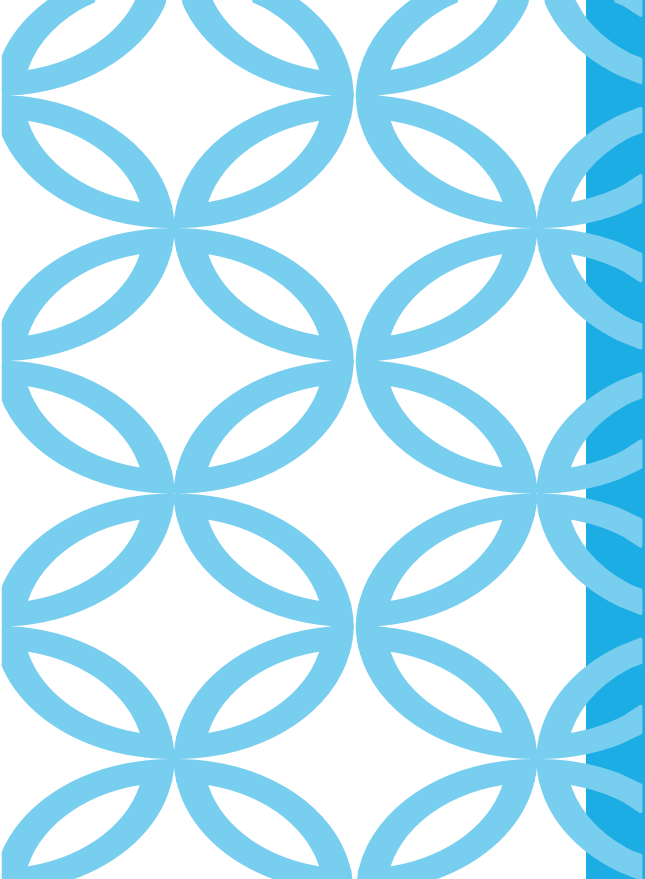
Depressione

Disturbo antisociale di personalità

La carenza di abilità sociali inficia un appropriato sviluppo del concetto di sé, dell'autostima, con conseguente difficoltà di relazione con i familiari e con i coetanei. A sua volta, la scarsa probabilità di ottenere successi scolastici, sportivi e sociali peggiora le difficoltà relazionali iniziali del bambino aumentando il rischio di essere facilmente influenzato dagli altri, ancor più durante l'età adolescenziale.



# CIRCOLO VIZIOSO



Gli insegnanti non capiscono il problema e accusano il bambino o la famiglia; i genitori accusano la scuola o i servizi sanitari per l'incapacità di risolvere il problema; allora anche gli operatori dei servizi, che dovrebbero essere i più equilibrati, finiscono con l'accusare scuola e famiglia.

In questa dinamica negativa si cerca costantemente di **riversare la colpa sugli altri** per il fatto che il bambino è ADHD, cosa di cui in realtà nessuno ha colpa, essendo l'ADHD un fatto biologicamente determinato.

---

**COSA VEDRETE SUCCEDERE TRA  
I DIVERSI CAREGIVERS...**



E' QUINDI di decisiva importanza la figura dei genitori e degli insegnanti nell'applicazione costante e competente delle strategie comportamentali per conseguire il **mantenimento** e la **generalizzazione** dei cambiamenti positivi nei diversi contesti di vita.

AGIRE – NON REAGIRE

INDIVIDUARE LE RISORSE

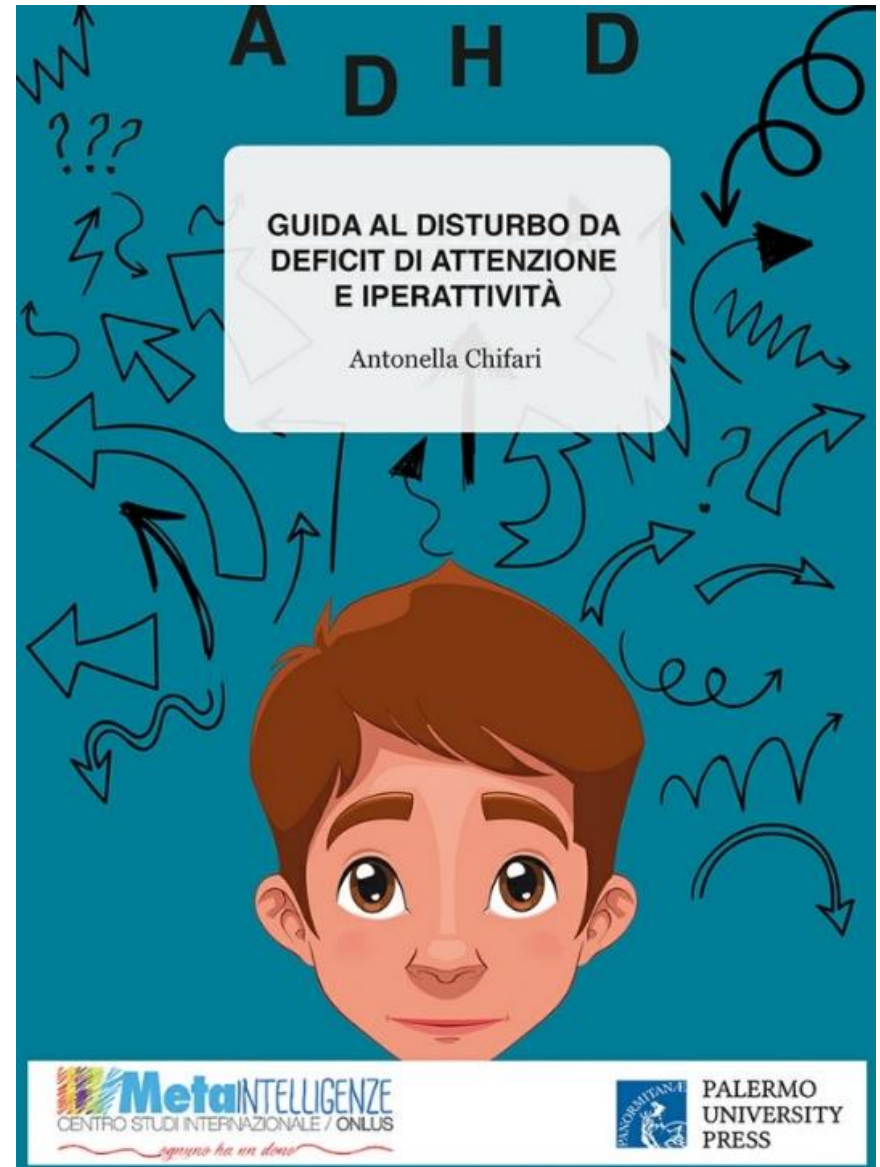
DIVENIRE CONSAPEVOLI DI ... (CHI, COME, QUANDO, DOVE, COSA)

PER CONCLUDERE ...

# DOVE TROVARE I CONTENUTI DI QUESTE SLIDE IN FORMA ESTESA

Chifari, A. (2017). Guida  
al Disturbo da Deficit di  
Attenzione e Iperattività.  
Press

<http://tiny.cc/o9sjjy>





# BIBLIOGRAFIA

C. Cornoldi., M. Gardinale, A. Masi .L. Pettenò, *Impulsività e autocontrollo*, Erickson, 1996

M. Di Pietro, E. Bassi, G. Filoramo, *L'alunno iperattivo in classe*, Erickson, 2001

A. Munden, J. Arcelus, *Il bambino iperattivo*, Ecomind, 2001

C. Cornoldi; T. De Meo, F. Offredi, C. Vio, *Iperattività e autoregolazione cognitiva*, Erickson, 2001

E. Kirby, L. Grimley, *Disturbi dell'attenzione e iperattività*, Erickson, 1994

S. Corbo, F. Marolla, V. Sarno, M. G. Torrioli, S. Vernacotola, *Il bambino iperattivo e disattento*, Franco Angeli, 2002

R. D'Errico, E. Aiello, *Vorrei scappare in un deserto e gridare...*, De Nicola, 2002

S. Poli , A. Molin , G.M. Marzocchi, *Attenzione e metacognizione*, Erickson.

R. J. Resnick , *Impulsività, disattenzione e iperattività nell'adulto – Guida al trattamento dell'ADHD*, McGraw-Hill, 2002.

M. Di Pietro, *L'ABC delle mie emozioni. Corso di alfabetizzazione socio-affettiva*, Trento, Erickson, 1999.



# BIBLIOGRAFIA

C. Neuhaus, Gli adolescenti iperattivi e i loro problemi. Diventare adulti con ADHD, Casa Editrice Le Lettere.

<http://www.aidai.org/>

<http://www.aifa.it/bibliografia.htm>

[www.erickson.it](http://www.erickson.it)

[www.ecomind.it](http://www.ecomind.it)

Cercare su Google LINEE GUIDA SINPIA

**“Il viaggio non finisce mai. Solo i viaggiatori finiscono. E anche loro possono prolungarsi in memoria, in ricordo, in narrazione. Quando il viaggiatore si è seduto sulla sabbia della spiaggia e ha detto: "Non c'è altro da vedere", sapeva che non era vero. Bisogna vedere quel che non si è visto, vedere di nuovo quel che si è già visto, vedere in primavera quel che si è visto in estate, vedere di giorno quel che si è visto di notte, con il sole dove la prima volta pioveva, vedere le messi verdi, il frutto maturo, la pietra che ha cambiato posto, l'ombra che non c'era. Bisogna ritornare sui passi già dati, per ripeterli, e per tracciarvi a fianco nuovi cammini. Bisogna ricominciare il viaggio. Sempre. Il viaggiatore ritorna subito”**



***“Viaggio in Portogallo”  
José Saramago  
Einaudi***