

CORSO DI SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO
SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO



DIDATTICA SPECIALE: CODICI COMUNICATIVI DELL'EDUCAZIONE LINGUISTICA

SOMMARIO

- ❑ DEFINIZIONE
- ❑ STORIA
- ❑ EZIOLOGIA
- ❑ TRATTAMENTO FARMACOLOGICO
- ❑ DIAGNOSI
- ❑ LE PRINCIPALI FORME DI ADHD
- ❑ DIFFICOLTÀ SCOLASTICHE
- ❑ PROBLEMATICHE INTERPERSONALI
- ❑ I FATTORI DI RISCHIO
- ❑ A SCUOLA
- ❑ BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA



DEFINIZIONE

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e dell'Iperattività conosciuto con l'acronimo inglese di ADHD (Attention Deficit of Hiperactivity Disorder), o italiano DDAI (Disturbo da Deficit dell'Attenzione e dell'Iperattività) è caratterizzato da:

- IPERATTIVITÀ**
- IMPETUOSITÀ**
- DIFFICOLTÀ ATTENTIVE**



A CUI SI ASSOCIANO SPESSO...

- DIFFICOLTÀ RELAZIONALI**
- DIFFICOLTÀ SCOLASTICHE**
- BASSA AUTOSTIMA**
- DISTURBO DEL COMPORTAMENTO**

DEFINIZIONE

L'IPERATTIVITÀ può essere definita come l'incessante bisogno di muoversi ed essere in attività. Queste persone manifestano la necessità di:

- X toccare tutto quello che hanno a portata di mano
- X assumere posture bizzarre
- X muoversi continuamente
- X essere fuori da ogni controllo
- X passare da un'attività ad un'altra da un gioco, uno sport, un interesse all'altro
- X occuparsi di tante cose contemporaneamente senza concluderne nessuna.



L'IMPULSIVITÀ è la difficoltà di bloccare una risposta automatica in funzione della richiesta che deriva dalla situazione e dal contesto. Le persone impulsive fanno molta fatica a regolarsi, non rispettano le regole e/o il loro turno. Sembra non riescano a prevedere gli effetti del loro comportamento.

Inoltre essa può manifestarsi a livello motorio, cognitivo, e comportamentale.

DEFINIZIONE

L'ATTENZIONE nei soggetti ADHD oltre ad essere compromessa la capacità di selezionare le informazioni sembra particolarmente intaccata l'attenzione sostenuta cioè la capacità di mantenere a lungo l'attenzione.

Di ciò che ascoltiamo manteniamo generalmente all'inizio il 100% e nel momento in cui il compito di attenzione dura nel tempo ci sono delle flessioni del 25%.

Nei bambini con difficoltà di attenzione ci sono dei gap fino all'80%.



STORIA

X Descritto per la prima volta nel 1845 dal fisico tedesco Henrich Hoffmann in un classico di una collana per ragazzi Peter il «trasandato».

Che tradotto in italiano...



*Oh, che schifo quel bambino!
È Pierino il Porcospino.
Egli ha l'unghie smisurate
Che non furon mai tagliate;
I capelli sulla testa
Gli han formata una foresta
Densa, sporca, puzzolente.
Dice a lui tutta la gente:
Oh, che schifo quel bambino!
È Pierino il Porcospino.*

Heinrich Hoffmann (1809-1894)
Edizione Italiana di Struwwelpeter

STORIA

X Nel 1902 il medico George Frederic Still descrive la crescita di un gruppo di ragazzi apparentemente iperattivi attribuendo alla cattiva educazione e gestione da parte dei genitori delle loro difficoltà. Infatti agli inizi del '900 si riteneva che i comportamenti iperattivi e impulsivi associati a disattenzione dipendessero da uno scarso sviluppo del controllo morale.

X Negli anni '30 ci si accorse che i sintomi dell'iperattività e della disattenzione erano legati fra loro.

X Nel 1968 il DSM-II introduce la diagnosi di "reazione ipercinetica del bambino" (accento posto più sull'aspetto motorio che su quello cognitivo).

X Nel 1980 con il DSM-III si cambia radicalmente definendo il DDAI come "disturbo da deficit dell'attenzione" così viene data maggiore risonanza all'ambito cognitivo rispetto a quello comportamentale. Venivano inoltre descritti **due sottotipi di DDA**: con o senza Iperattività.

X Nel 1987 fu pubblicato il **DSM-III-R**, il quale rappresentò forse un arretramento rispetto alla precedente edizione in quanto furono eliminati i sottotipi e fu introdotta l'attuale etichetta **Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (DDAI)**.

X OGGI nel DSM V la definizione di ADHD è stata aggiornata, modificando i criteri diagnostici in base all'età del bambino:

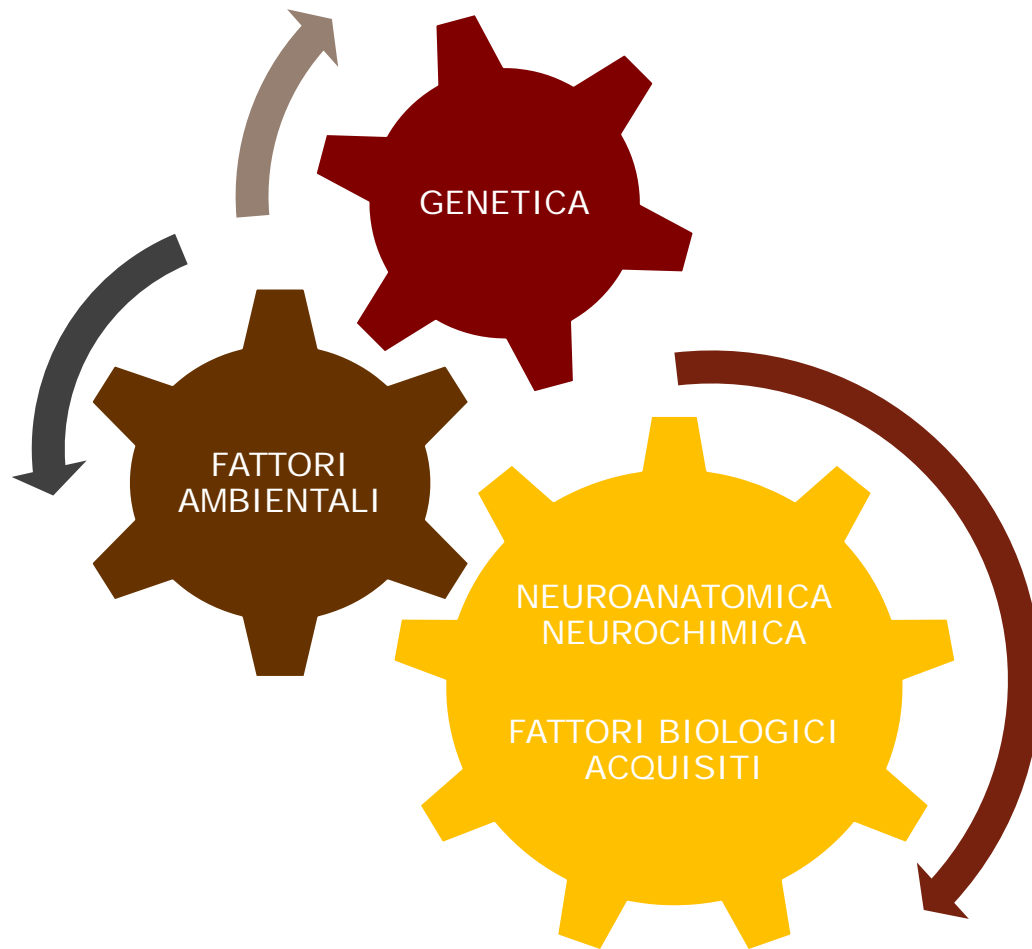
**PER CONFERMARE LA DIAGNOSI, IL BAMBINO DEVE PRESENTARE I SINTOMI PRIMA DEI 12 ANNI,
E NON PIÙ PRIMA DEI 7,
COME RIPORTATO NELLA PRECEDENTE EDIZIONE**

Inoltre sono state apportate modifiche per descrivere più accuratamente le caratteristiche della patologia in età adulta. Tale revisione si basa su circa dieci anni di ricerche che hanno dimostrato come l'ADHD si possa protrarre in età adulta, nonostante insorga principalmente durante l'infanzia.



I dati epidemiologici stimano la presenza del Disturbo da deficit di attenzione e iperattività al 6/7% con prevalenza nei maschi rispetto alle femmine (3 a 1).

Attenzione



L'ADHD è un disturbo ad eziologia multifattoriale e i fattori responsabili della sua manifestazione sono diversi:

- > **GENETICI**,
- > **NEURO-BIOLOGICI**,
- > **AMBIENTALI**.

EZIOLOGIA

FATTORI BIOLOGICI

X E' un disordine neuropsichico dovuto ad alterazioni funzionali di specifiche regioni del Sistema Nervoso Centrale (SNC), in particolare dei gruppi di neuroni coinvolti nei processi di inibizione e autocontrollo; tale disturbo neurobiologico si manifesta nell'alterazione dell'elaborazione delle risposte agli stimoli esterni

FATTORI GENETICI

X Difetto evolutivo della corteccia prefrontale pertanto sembra si verifichino in questi bambini alterazioni significative di regioni del specifiche del Sistema Nervoso deputate alle funzioni di controllo e di inibizione.

FATTORI AMBIENTALI

- X** Nascita Prematura
- X** Uso di alcool in gravidanza
- X** Esposizione ad elevate quantità di piombo
- X** Assunzione di sostanze
- X** Lesioni cerebrali in seguito a sofferenza perinatale



TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

IL METILFENIDATO (Ritanil)

Questo farmaco (derivato dalle anfetamine) sembra abbassi il livello di eccitazione dei bambini ADHD.

L'uso di questo farmaco è molto discusso dalla comunità scientifica sia in merito ai risultati che benefici reali. La terapia farmacologica sembrerebbe ridurre i sintomi nel 50% o 70% dei casi (Swanson, 1993) con miglioramenti visibili già dai primi 30 minuti fino a 5 ore dall'assunzione.

Tuttavia non si conoscono ancora quali siano gli effetti a lungo termine della somministrazione.



X La terapia con i farmaci dovrebbe essere intrapresa solo se indicata da un neuropsichiatra infantile.

X Il neuropsichiatra deve anche monitorare e coordinare con gli altri operatori e la famiglia il percorso assistenziale del bambino.

DIAGNOSI

COME SI PUÒ DIAGNOSTICARE ADHD

La diagnosi deve essere curata da un esperto (*psicologo o psichiatra*) attraverso la somministrazione di test che misurano:

- X il livello intellettivo;
- X il funzionamento cognitivo;
- X la creatività.



CRITERI DIAGNOSTICI

- X Presenza di almeno 6 sintomi per un minimo di 6 mesi e in almeno 2 contesti di vita.
- X Presenza prima dei 12 anni di età (secondo DSM V) e compromissione del rendimento scolastico e/o sociale.

DIAGNOSI

SINTOMI

Il manuale diagnostico (DSM) non specifica con chiarezza quali sintomi possono presentarsi anche prima dei 12 anni ed in quale misura. Chi si occupa di riabilitazione dei bambini iperattivi ritiene che alcune caratteristiche possono essere presenti e osservabili sin dalla nascita quando il bambino è ancora molto piccolo (pochi mesi o all'asilo):

-> **IPERTONIA**

-> **SCARSA CONSOLABILITÀ**

-> **TENDENZA ALL'INSONNIA**

In genere con l'ingresso a scuola materna, già qualche mese dopo l'inizio, è possibile discriminare quei bambini in cui permangono visibilmente i problemi di adattamento.



I SINTOMI
CARDINE
EMERGONO
GIÀ TRA I
3 ED I 5
ANNI

DIAGNOSI

INDIVIDUAZIONE PRECOCE È IMPORTANTE...

Costituisce un vantaggio per prevenire da una parte le manifestazioni del disturbo e l'insuccesso scolastico, dall'altra favorirebbe una maggiore recettività del bambino e l'utilizzo di strategie più efficaci.

Inoltre **l'ADHD non rimane «puro»** soprattutto in casi particolari di bambini/ragazzi che vivono in situazioni di svantaggio o non ricevono un aiuto adeguato dall'adulto ad esso infatti potrebbero associarsi in comorbidità disturbi come:



X DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO (DOP) 50%

X DISTURBO DELLA CONDOTTA (DC) 20-30%

X ADHD PUÒ ESSERE PRECURSORE DI DOP/DC AD ESORDIO PRECOCE.

DIAGNOSI

INDIVIDUAZIONE PRECOCE

I tratti principali dell'ADHD sono talvolta associati a:

- Lievi deficit cognitivi
- Disturbi del linguaggio
- Difficoltà delle funzioni adattive
- Difficoltà sviluppo motorio (disprassia)
- Disturbi emotivi
- Difficoltà di apprendimento e di adattamento nel contesto scolastico
- Disturbi del sonno



DIAGNOSI

CARATTERISTICHE DELLE PERSONE ADHD NEI VARI MOMENTI DI SVILUPPO DALL'ETÀ SCOLARE A QUELLA ADULTA

1. ADHD IN ETÀ PRESCOLARE

- ❑ Massimo grado iperattività
- ❑ Comportamenti aggressivi
- ❑ Crisi di rabbia
- ❑ Litigiosità provocatorietà
- ❑ Assenza di paura condotte pericolose incidenti
- ❑ Disturbo del sonno



2. ADHD IN ETÀ SCOLARE

- ❑ Comparsa di sintomi cognitivi (disattenzione, impulsività)
- ❑ Difficoltà scolastiche
- ❑ Possibile riduzione dell'iperattività
- ❑ Evitamento di compiti prolungati
- ❑ Comportamento oppositivo- provocatorio

3. ADHD IN ADOLESCENZA

- ❑ Disturbo dell'attenzione: difficoltà scolastiche, di organizzazione della vita quotidiana (programmazione)
- ❑ Riduzione del comportamento iperattivo
- ❑ Instabilità scolastica, lavorativa, relazionale
 - ❑ Condotte pericolose
 - ❑ Disturbi depressivo-ansiosi

4. ADHD IN ETÀ ADULTA

- ❑ Difficoltà di organizzazione nel lavoro
- ❑ Intolleranza alla vita sedentaria
- ❑ Bassa Autostima, tendenza all'isolamento sociale, vulnerabilità psicopatologica.

SI BASA SULL'OSSERVAZIONE CLINICA E SULLA RACCOLTA D'INFORMAZIONI
FORNITE DA PIÙ FONTI:

GENITORI – INSEGNANTI – EDUCATORI

Non esistono test diagnostici specifici per ADHD ma test neuropsicologici, questionari per genitori ed insegnanti e scale di valutazione; strumenti necessari per valutare la severità del disturbo, seguirne andamento e individuare eventuali patologie associate.

Per la valutazione occorre:

1. **Raccogliere informazioni da fonti multiple**

(genitori, insegnanti, educatori) utilizzando interviste semi-strutturate e/o questionari sui diversi aspetti del comportamento e del funzionamento sociale del bambino.

2. **Un colloquio** (esame psichico) **con il bambino** per verificare presenza altri disturbi associati.

3. **Valutare le capacità cognitive e l'apprendimento scolastico**: valutare in maniera oggettiva le capacità attentive di pianificazione delle attività e di autocontrollo. Valutare presenza di un pregresso disturbo del linguaggio.

4. **Effettuare esame medico e neurologico**, valutando la presenza di eventuali patologie associate e terapie in atto



DIAGNOSI

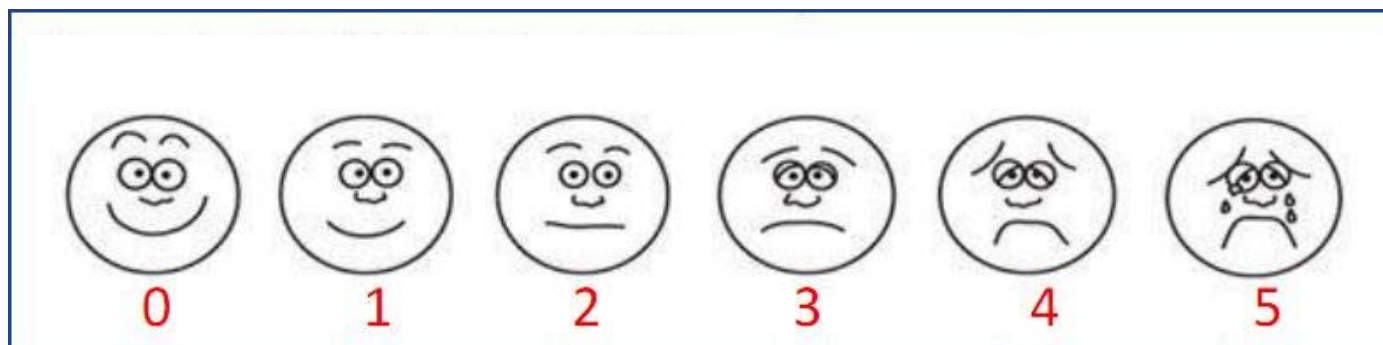
SCALE PER INSEGNANTI-GENITORI-BAMBINI

X LE SCALE -> **SDAI** e **SDGA** (Cornoldi, Mazzocchi, Erickson, all'interno delle prove MF) la prima per insegnanti la seconda per genitori consistono in questionari a cui i genitori e gli insegnanti devono dare un giudizio circa la presenza o meno di alcuni comportamenti tipici da ADHD.

X SCALA -> **SDAB** (scala per il disturbo attentivo per il bambino)

«Come sono?» questionario che valuta la frequenza del comportamento di disattenzione, iperattività/impulsività attraverso la quale il bambino/ragazzo può descrivere il suo comportamento esprimendo la frequenza di alcuni episodi significativi.

X QUESTIONARIO DI ATTRIBUZIONE in cui viene chiesto al bambino/ragazzo di dare una risposta in ogni caso che varia tra: *era difficile, sono stato fortunato, sono stato bravo, non mi sono impegnato.*



DIAGNOSI

SCALE PER INSEGNANTI-GENITORI-BAMBINI

Questionario 1
Caratteristiche tipiche e non tipiche del DDAI

Legenda: nessuna crocetta: comportamento per niente rappresentativo
 X: comportamento poco rappresentativo
 XX: comportamento mediamente rappresentativo
 XXX: comportamento tipico

	DDAI	Altro
Ha difficoltà a prendere decisioni		
•Spara• le risposte prima che le domande siano state terminate		
Ha difficoltà ad attendere il proprio turno		
Fa il prepotente, minaccia, intimorisce gli altri		
Ha difficoltà a sviluppare relazioni con i coetanei		
Manifesta una grande stima di sé, enfatizzando spesso le sue capacità		
Evidenzia un bisogno continuo di parlare (eloquio eccessivo)		
Interrompe gli altri mentre sono impegnati in attività o conversazioni		
Non porta a termine i compiti scolastici		
Non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente		
È sbadato nelle attività quotidiane		
Ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo		
È vendicativo e porta rancore		
Ha difficoltà ad attendere il proprio turno		
È disturbato dagli stimoli esterni		
Si nota la mancanza di ricerca spontanea della condivisione di gioie e interessi		
Non riesce a prestare attenzione ai particolari		
Litiga apertamente con gli adulti		
Muove con irrequietezza mani o piedi e si dimena sulla sedia		
Sembra sempre pensare ad altro		

SCHEDA 1

Scala SDAI/scala per l'individuazione di comportamenti di disattenzione e iperattività (Cornoldi et al., 1996)

COGNOME E NOME _____ **DATA** _____

L'insegnante deve valutare, per ciascuno dei comportamenti elencati qui sotto, la frequenza con cui essi compaiono. Si raccomanda di procedere con ordine e di rispondere per tutti i comportamenti, anche se per alcuni casi ci si sente molto incerti.

	Mai	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso
1. Incontra difficoltà a concentrare l'attenzione sui dettagli o compie errori di negligenza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Spesso si agita con le mani o i piedi o si dimena sulla sedia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Incontra difficoltà nel mantenere l'attenzione sui compiti o sui giochi in cui è impegnato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Non riesce a stare seduto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quando gli si parla non sembra ascoltare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Manifesta una irrequietudine interna, correndo o arrampicandosi dappertutto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pur avendo capito le istruzioni e non avendo intenzioni oppostive, non segue le istruzioni ricevute o fatica a portarle a compimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Incontra difficoltà a impegnarsi in giochi o attività tranquille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Incontra difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle sue attività.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. È in movimento continuo come se avesse dentro un motorino che non si ferma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Evita o è poco disposto a impegnarsi in attività che richiedono un impegno continuato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Parla eccessivamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Perde oggetti necessari per le attività che deve svolgere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Risponde precipitosamente prima ancora che la domanda sia stata interamente formulata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Viene distratto facilmente da stimoli esterni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Incontra difficoltà ad aspettare il suo turno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tende a dimenticarsi di fare le cose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Spesso interrompe o si comporta in modo invadente con altre persone impegnate in un gioco o in una conversazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSI

PERCHÉ
I QUESTIONARI
SI RIVOLGONO
A GENITORI E
INSEGNANTI?

Perché per fare una diagnosi di ADHD è necessario che i sintomi siano presenti nei principali contesti di vita del bambino, riprendendo i criteri diagnostici del DSM e dell'ICD.



PERCHÉ
COSÌ TANTI
TEST?

La presenza di numerosi test è dovuta al fatto che il profilo neuropsicologico dei bambini ADHD è vario. Non esiste un test unico che ci dice con certezza la presenza o meno del disturbo nel bambino.

DIAGNOSI

LE TRE PRINCIPALI FORME DI ADHD

X TIPO INATTENTO problematiche emotive

- ✓ Facilmente distraibile
- ✓ Ma non iperattivo/impulsivo

X TIPO IPERATTIVO-IMPULSIVO rifiutano le regole e sono più impulsivi

- ✓ Estremamente iperattivo /Impulsivo
- ✓ Non presenta severi sintomi di inattenzione

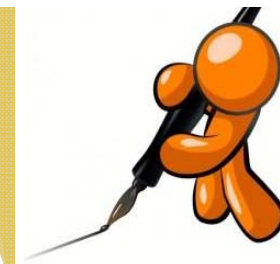
X TIPO COMBINATO rifiutano regole E sono più impulsivi

- ✓ Sono presenti tutti e tre i sintomi cardine (Inattenzione, Iperattività, Impulsività)

50-75%
Tipo
Combinato

20-30%
Tipo
Inattento

<15%
Tipo
Iperattivo/
Impulsivo

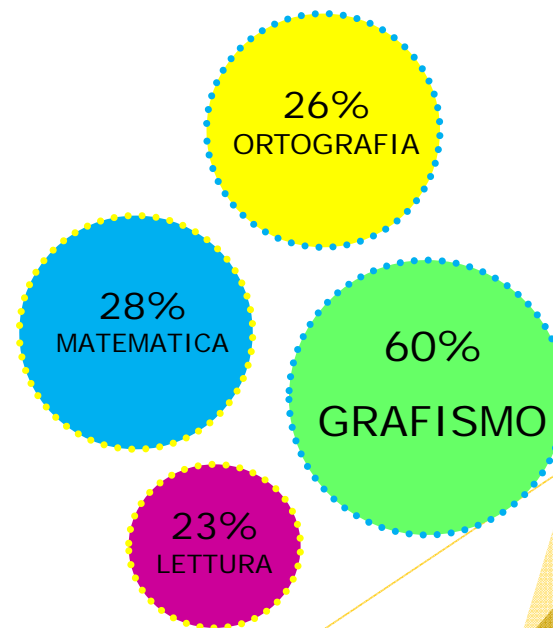


DIFFICOLTÀ SCOLASTICHE



I bambini con ADHD hanno **prestazioni scolastiche inferiori rispetto ai loro coetanei** pur avendo le stesse abilità cognitive causa da ricercare nelle difficoltà attentive e di autoregolazione cognitiva: i bambini ADHD danno risposte, impulsive e adottano un comportamento iperattivo in classe.

Secondo la posizione del gruppo di Cornoldi, i bambini con ADHD, presenterebbero difficoltà scolastiche a causa della scarsa memoria di lavoro, nelle strategie di apprendimento e nell'inibizione delle informazioni irrilevanti. Tali difficoltà inciderebbero negativamente soprattutto nella comprensione dei testi scritti, nello studio e nella soluzione di problemi aritmetici.



PROBLEMATICHE INTERPERSONALI

Spesso i bambini con ADHD, proprio in relazione ai loro problemi di autocontrollo, sono rifiutati e i meno popolari tra i compagni.

Le loro interazioni sociali non sono adeguate sia nei contesti strutturati che nel gioco:

- ❑ comportamenti negativi di tipo verbale e non verbale;
- ❑ minore interazione coi compagni;
- ❑ bassi livelli di espressione affettiva;

I bambini con ADHD + AGGRESSIVITÀ spesso non sono intenzionali nei loro comportamenti disturbanti e rimangono anche sorpresi degli esiti negativi che provocano le loro azioni



FATTORI DI RISCHIO

Russell A. Barkley (psichiatra infantile) ha elaborato un elenco di fattori di rischio in ordine di importanza:

- ❑ presenza di disturbi psicologici nei familiari;
- ❑ abuso di sigarette e alcol della madre durante la gravidanza;
- ❑ assenza di un genitore o educazione non adeguata;
- ❑ problemi di salute o ritardi di sviluppo del bambino;
- ❑ precoce insorgenza nel bambino di elevati livelli di attività motoria;
- ❑ atteggiamenti critici e/o direttivi della madre durante i primi anni del bambino.



FATTORI CHE LIMITANO



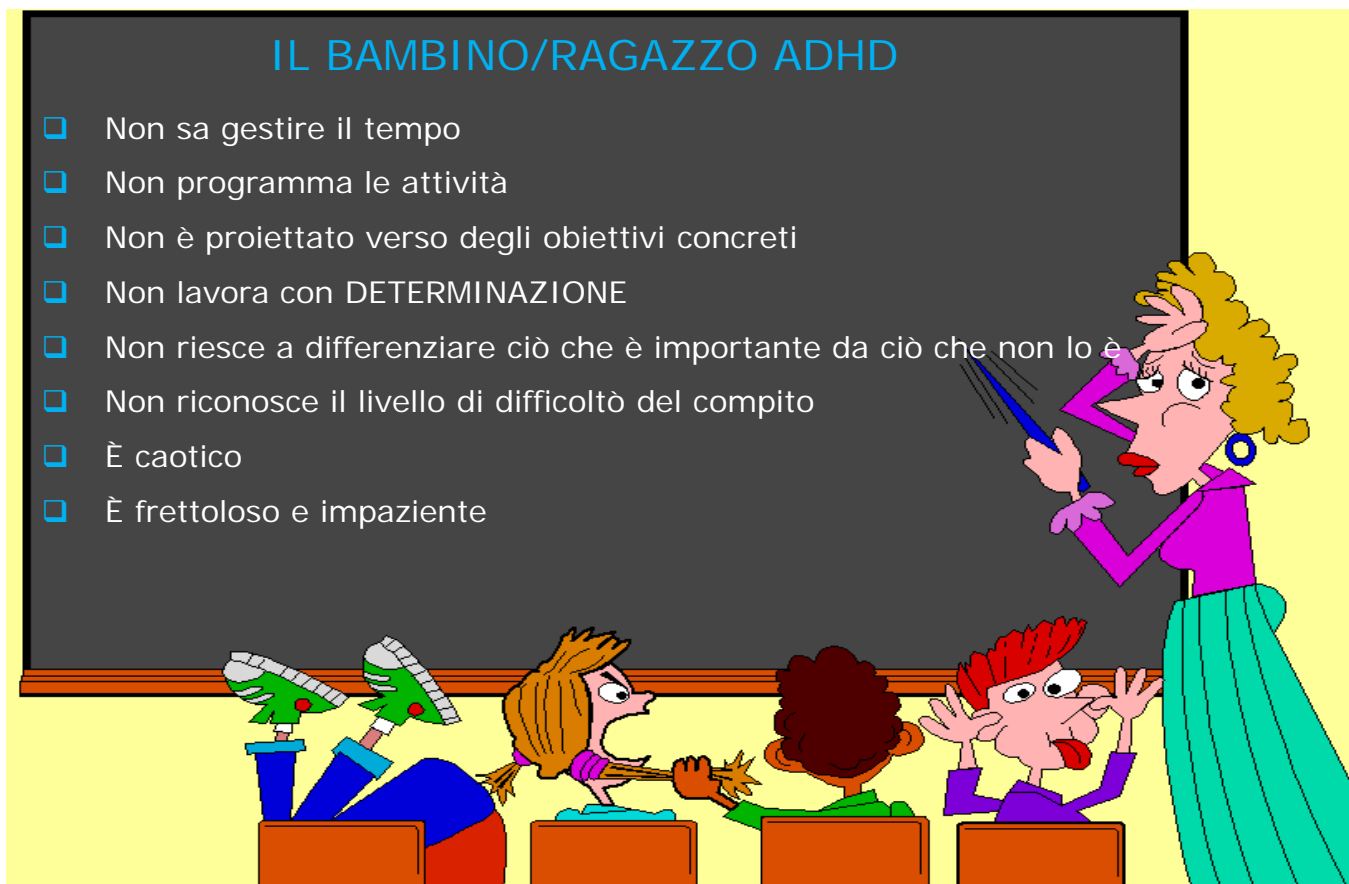
- ❑ elevato livello educativo della madre;
- ❑ buona salute del bambino poco dopo la nascita;
- ❑ buone capacità cognitive del bambino;
- ❑ stabilità familiare.

A SCUOLA

A scuola le cose si complicano proprio perché il bambino deve rispettare regole e compiti che gli vengono imposti.

IL BAMBINO/RAGAZZO ADHD

- ❑ Non sa gestire il tempo
- ❑ Non programma le attività
- ❑ Non è proiettato verso degli obiettivi concreti
- ❑ Non lavora con DETERMINAZIONE
- ❑ Non riesce a differenziare ciò che è importante da ciò che non lo è
- ❑ Non riconosce il livello di difficoltà del compito
- ❑ È caotico
- ❑ È frettoloso e impaziente



A SCUOLA

LE CLASSICHE MISURE DISCIPLINARI SONO CONTROPRODUCENTI

- ❑ MINACCE DI PUNIZIONE -> oppositività - chiusura
- ❑ NOTE E RIMPROVERI -> disistima
- ❑ EXTRA COMPITI SCOLASTICI -> rifiuto
- ❑ SOSPENSIONE -> utilità secondaria



Nel lavoro in classe è fondamentale organizzare il momento didattico a partire dalla COMUNICAZIONE

- ❑ Instaurare delle routine
- ❑ Stabilire delle regole
- ❑ Offrire informazioni di ritorno

L'intervento a scuola ha inizio con:
OSSERVAZIONE SISTEMATICA

- ❑ del temperamento,
- ❑ dei comportamenti,
- ❑ dell'organizzazione del tempo e dello spazio.

L'INSEGNANTE PUÒ

LA COMUNICAZIONE NON VERBALE

- ❑ Lo sguardo: essere sempre visibili agli alunni e stabilire un contatto con loro
- ❑ La voce: utilizzare un tono che non sia troppo alto o troppo basso e soprattutto non monotono
- ❑ I gesti: utilizzare gesti che richiamino in qualche modo l'argomento
- ❑ La postura: girare spesso tra i banchi e non stare troppo seduti.

LA COMUNICAZIONE VERBALE (le regole)

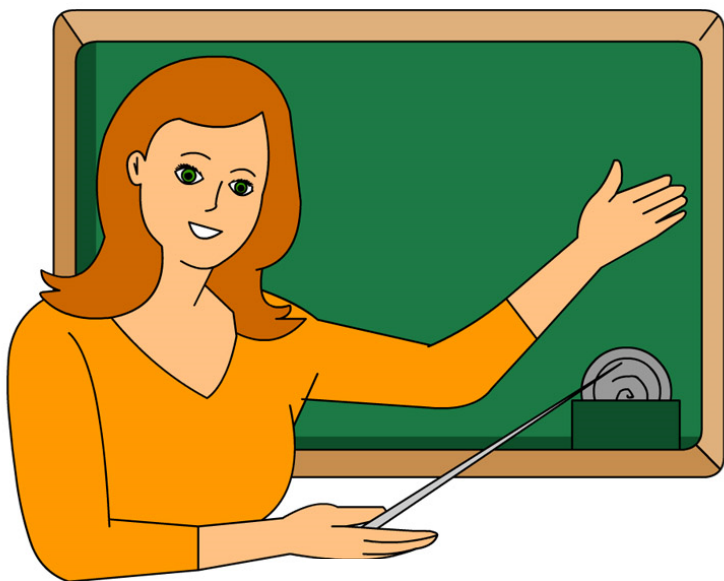
Le regole spesso sono tante e vengono espresse in negativo e questo non funziona all'interno della classe, soprattutto per alcuni bambini.

Pertanto le regole devono essere:

- ❑ Positive
- ❑ Chiare e concise
- ❑ Poche
- ❑ Concrete
- ❑ Contesto piacevole
- ❑ Visualizzabili

ESEMPI

- ✓ Usa il cestino per gettare la carta
- ✓ Alza la mano ma prima di parlare
- ✓ Tieni il banco in ordine
- ✓ Cammina lentamente nei corridoi



1. INSTAURARE DELLE ROUTINE

Tutte le regolarità e le scadenze aiutano il bambino/ragazzo a comprendere:

- ✓ cosa
- ✓ come
- ✓ quando

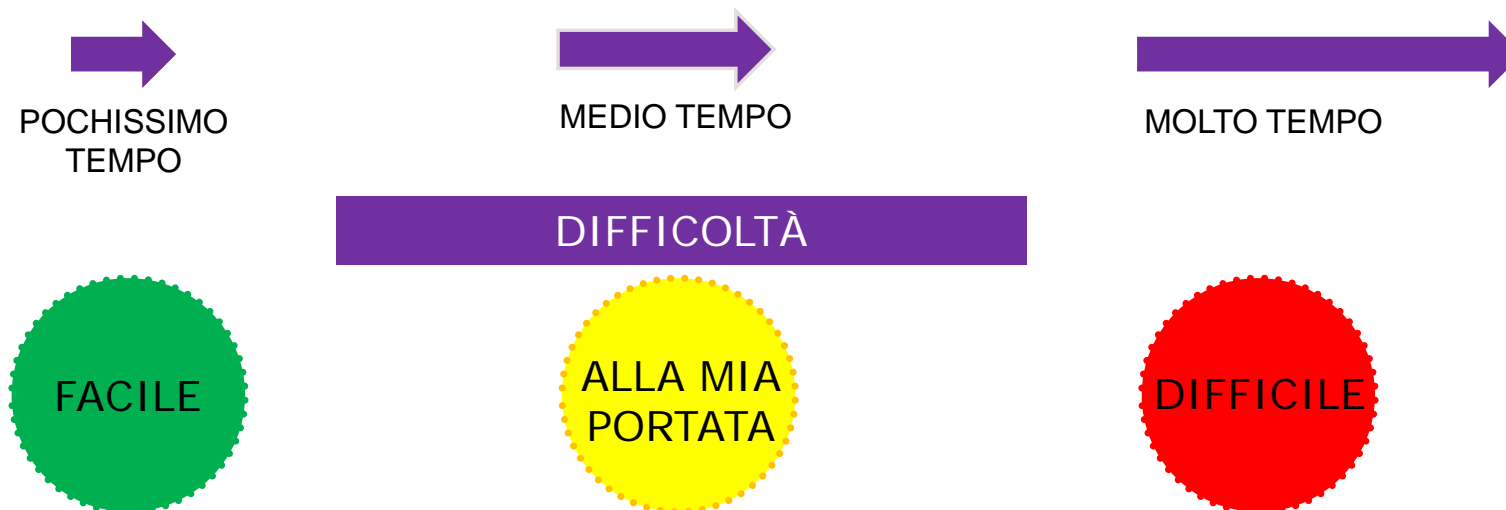
Più routine si realizzano, meno instabile sarà il comportamento

2. STABILIRE DELLE REGOLE

Avere regole chiare e conosciute e condivise con il gruppo classe:

- ✓ aiuta ad organizzare i propri tempi e spazi
- ✓ a sapere in anticipo quali azioni sono errate
- ✓ a prevedere con anticipo esiti e conseguenze

3. STABILIRE I TEMPI DI LAVORO



LEZIONE EFFICACE

- Seguire l'ordine degli argomenti dato all'inizio dell'ora
- Usare i tempi di lavoro adeguati (non troppo lunghi)
- Presentare l'argomento in modo stimolante (con figure, audiovisivi, ecc.)
- Strutturare il più possibile i compiti rendendo chiare le procedure per il loro svolgimento
- Usare un tono di voce vario e vivace

PRINCIPALI ERRORI EDUCATIVI

- Tendenza a focalizzare l'attenzione sugli aspetti negativi
- Tendenza ad esprimere le regole in negativo
- Tendenza ad interagire dialetticamente con i bambini che distraggono l'attenzione
- Tendenza ad alzare il tono della voce
- Fare ricorso alle minacce
- Cercare di ottenere qualcosa da un bambino promettendogli una ricompensa quando sta opponendo un rifiuto.



- Punire il ragazzino anziché penalizzare il comportamento
- Dare premi e penalità nel momento sbagliato
- Dare punizioni con effetto boomerang (es. maggiore quantità di compiti)
- Ricorrere ad etichette denigranti
- Delegare ad un collega o ad un superiore la soluzione del problema

(Tratto da Seminario Erickson, 2004, dott.ssa R.A. Fabio)

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- ❑ CIRCOLARE MINISTERIALE MIUR, 4/12/2009, N PROT. 6013
- ❑ SINPIA, LINEE GUIDA PER IL DDAI E I DSA, ERICKSON, TRENTO 2006
- ❑ *D'ERRICO R.*, ADHD: DALLA CLINICA, ALLA SCUOLA, ALLA FAMIGLIA, EDIZIONE AIFA, 2007
- ❑ AIUTO!... STA ARRIVANDO MIO FRATELLO! ...OVVERO: COME SI VIVE INSIEME AD UN BAMBINO CON L'ADHD, Gordon M. - EDIZIONE AIFA, II ed. 2007 *Traduzione italiana a cura di Monetti E. disegni di Deflorian S.*
- ❑ LEVY RAY, O'HANLON BILL, BAMBINI CHE FANNO I CAPRICCI, TEA EDITORE, 2004
- ❑ PREKOP J. & SCHEWEIZER C. COMO, BAMBINI IPERATTIVI, RED EDIZIONI, 1999
- ❑ ZUDDAS A., ANCILLETTA B., CAVOLINA P., CHE COS'È L'ADHD? MANUALE MINIMO PER GENITORI ED INSEGNANTI, ARTI GRAFICHE PISANO, CAGLIARI 2000
- ❑ CORDULA NEUHAUS, GLI ADOLESCENTI IPERATTIVI E I LORO PROBLEMI, DIVENTARE ADULTI CON ADHD. COSA POSSONO FARE I GENITORI, CASA EDITRICE LE LETTERE, I EDIZIONE 2004, TRADUZIONE ITALIANA A CURA DI SILVIA JULIANI
- ❑ <http://www.aifa.it/>
- ❑ <http://www.iss.it/>