

Il Centro Regionale di Riferimento ADHD dell'Ospedale San Paolo di Milano

presenta

A SCUOLA CON L'ADHD

Un webinar rivolto a **insegnanti ed educatori della scuola primaria**, per conoscere il **Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività**, condividere strategie per gestirlo in classe e migliorare la relazione con l'alunno.

MARTEDÌ 21 OTTOBRE

H. 16.30-18.00

A cura di

Dott.ssa Ilaria Costantino

Psicologa Psicoterapeuta



Ufficio Scolastico Territoriale
Di Milano

Centro Regionale di Riferimento ADHD
S.C. Neurologia dell'Età Evolutiva
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
Direttore Prof.ssa Maria Paola Canevini



AMBULATORIO SPECIALISTICO ADHD E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

www.asst-santipaolocarlo.it/strutture/ambulatorio-adhd-disturbo-deficit-dattenzione-e-iperattivita

All'interno del progetto lombardo "Percorsi diagnostico-terapeutici in rete per l'ADHD".

- Diagnosi o conferma diagnostica;
- Sviluppo del piano terapeutico e degli interventi psicoeducativi più appropriati;
- Verifica dell'andamento clinico e dei percorsi terapeutici;
- Consulenza e supporto alle strutture territoriali/convenzionate che hanno in carico il paziente



AMBULATORIO SPECIALISTICO ADHD E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

TRATTAMENTO MULTIMODALE

PSICOEDUCATIVO:

- Parent Training
- Teacher Training
- Child Training
- Gruppo Transition ADHD



FARMACOLOGICO:

- Metilfenidato -Ritalin



AMBULATORIO SPECIALISTICO ADHD E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

OBIETTIVI TEACHER TRAINING

- ✓ Sviluppare maggiore **comprensione** dell'ADHD;
- ✓ Condividere **linee guida, strumenti e strategie di prevenzione e gestione** delle difficoltà, per favorire l'integrazione e il benessere del bambino e della classe e supportare gli insegnanti;
- ✓ Incrementare la **coerenza, la continuità, la generalizzazione del progetto educativo** per il bambino, coinvolgendo e (in)formando i principali contesti di vita.



DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO (DSM 5)

Insieme di sintomi psicologici e comportamentali che sono espressione di deficit neurocognitivi causati da anomalie nel processo di formazione del sistema nervoso, fin da un'epoca molto precoce.
Esordio durante lo sviluppo.

- Disabilità intellettiva
- Disturbi della Comunicazione
- Disturbi dello Spettro autistico (ASD)
- **Disturbo da deficit di Attenzione e Iperattività (DDAI/ADHD)**
- Disturbi specifici dell'apprendimento
- Disturbi del movimento (coordinazione, stereotipie)
- Disturbi da tic




 Ospedale San Paolo
 Pavia Università
 Sistema Socio Sanitario
 Regione Lombardia
 ASST Santi Paolo e Carlo

PREVALENZA



- Varia dal 5,5% al 7,6% della popolazione → 1 alunno su 20
- È più frequente nei maschi che nelle femmine con un rapporto di 3:1 → meno diagnosi?


 Ospedale San Paolo
 Pavia Università
 Sistema Socio Sanitario
 Regione Lombardia
 ASST Santi Paolo e Carlo

DIAGNOSI CLINICA



- Si basa sull'osservazione clinica e raccolta di informazioni da fonti multiple.
- **Non esistono test diagnostici specifici per l'ADHD**, i test neuropsicologici, i questionari per genitori ed insegnanti, le scale di valutazione sono utili per la severità del disturbo e seguire l'andamento.
- Spesso i test sono fondamentali per individuare patologie associate

Linee Guida SINPIA, 2002



DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ

CARATTERISTICHE PRIMARIE

DISATTENZIONE



- **Disregolazione attentiva:**
 - Difficoltà a concentrare e mantenere l'attenzione per un tempo prolungato
 - Hyperfocus
- Maggiore **reazione alle distrazioni interne ed esterne**

IPERATTIVITÀ



- Tendenza ad essere **sempre in movimento senza uno scopo**
- **Verbale (logorrea)**
- **Mentale**
- Da grandi, interiorizzata

IMPULSIVITÀ



- Propensione ad **agire e parlare precipitosamente, senza prevedere le conseguenze**
- Bisogno di **gratificazione immediata**

DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ

Criteria Diagnostici DSM-5

- A. **Numero dei sintomi:** almeno 6 sintomi in inattenzione e/o iperattività impulsività per almeno 6 mesi
- B. **Età esordio:** Prima dei 12 anni
- C. **Pervasività:** le limitazioni funzionali devono essere significative in almeno due diversi contesti (scuola, lavoro, casa, attività sportiva)
- D. **Intensità:** deve esserci un'evidente compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico/lavorativo; intensità maggiore rispetto alla media per età e per QI
- E. **Esclusione:** i sintomi non devono caratterizzare in modo esclusivo altre malattie mentali (disturbi umore, ansia, disturbo dissociativo, schizofrenia, psicosi, disturbo di personalità, abuso di sostanze).

ETERONEGENITÀ CLINICA (DSM-5)

TIPO

- F90.2 ADHD COMBINATO
- F90.0 ADHD con DISATTENZIONE PREDOMINANTE
- F90.1 ADHD con IPERATTIVITA'/IMPULSIVITA' PREDOMINANTI

VARIABILITÀ NEL TEMPO

GRADO (DSM-5)

- **LIEVE:** pochi sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi e i sintomi comportano solo compromissioni minori del fx sociale e lavorativo
- **MODERATO:** sintomi o compromissione fx compresa tra lieve e grave
- **GRAVE:** molti sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, o diversi sintomi particolarmente gravi o sintomi che comportano una marcata compromissione del fx sociale o lavorativo

ALTRE CARATTERISTICHE

RENDIMENTO SCARSO/OSCILLANTE	AUTOSTIMA FLUTTUANTE	DIFFICOLTÀ RELAZIONALI	DISREGOLAZIONE EMOTIVA
			
<ul style="list-style-type: none"> • Fluttuazione nella qualità, accuratezza, velocità delle prestazioni • Disturbi dell'apprendimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Per i ripetuti insuccessi e richiami • Per difficoltà a valutare i risultati in base agli sforzi 	<ul style="list-style-type: none"> • Primarie o secondarie? • Oppositività, scarsa tolleranza ai no dell'adulto, che si sente «messo alla prova» • Nel gioco per difficoltà a rispettare turni, le regole e tollerare sconfitta • Isolamento perché perdono segnali sociali (inattenti) o intrudono, interrompono, monopolizzano (iperattività) o vengono rifiutati (impulsivi, ostili). Trend negativo • Disregolazione distanza interpersonale 	<ul style="list-style-type: none"> • Aperto il dibattito sul ruolo, centrale o secondario per la diagnosi, di questa componente. • Imprevedibili scoppi di rabbia, seguiti da senso di colpa e mortificazione.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE VS COMORBIDITA'

Il 70-80% delle persone con ADHD ha almeno un altro disturbo psicopatologico associato

- DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO
- DISTURBO OPPOSITIVO-PROVOCATORIO, DISTURBI DELLA CONDOTTA, DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ
- DISTURBI DELL'UMORE, ANSIA, DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVI

DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO (DSM-5)

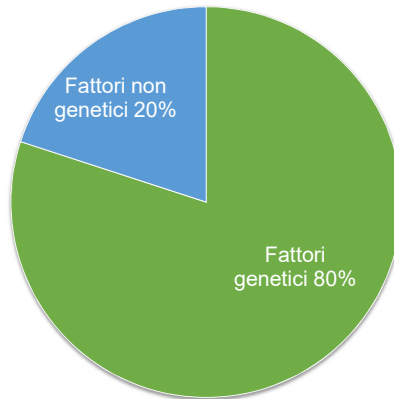
Disturbo oppositivo – provocatorio (DOP)

Si caratterizza per un insieme di comportamenti che assumono l'aspetto di una **costante oppositività e sfida nei confronti delle figure dell'ambiente significative**.

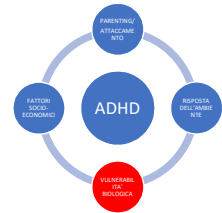
L'atteggiamento emotivo di fondo è rappresentato da una **situazione di irritabilità e frequenti scoppi di ira**.

CAUSE BIOLOGICHE

- Nascita prematura/ basso peso alla nascita
- Esposizione a alcool e tabacco in gravidanza
- Elevato numero di complicazioni mediche durante la gravidanza
- Problemi di salute nel primo anno di vita e ritardo nello sviluppo motorio e linguistico
- Lesioni cerebrali, specialmente nelle regioni prefrontali.



- I figli di genitori con la sindrome hanno fino al 50% di probabilità di svilupparla in seguito (Barkley, 2001);
- I fratelli di bambini ADHD hanno una probabilità da 5 a 7 volte superiore di sviluppare ADHD.



Anomalie strutturali di

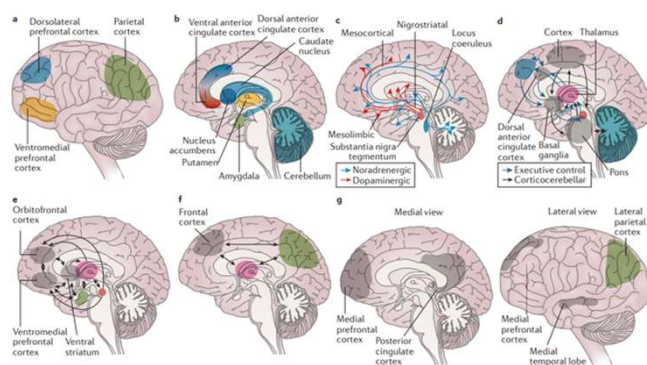
- Corteccia prefrontale
- Corteccia cingolata anteriore
- Gangli della base
- Cervelletto
- Corpo calloso

Anomalie funzionali di

- Corteccia pre-frontale
- Striato
- Circuito frontostriatale
- Circuito della ricompensa
- Circuito di mantenimento dell'alerta

Squilibrio della trasmissione neurotrasmettitoriale di Dopamina e Noradrenalina

ANOMALIE CEREBRALI



Faraone, 2015

MODELLI NEUROPSICOLOGICI

SINTOMI → COSA VEDIAMO	ADHD			
DEFICIT COGNITIVI	FUNZIONI ESECUATIVE	PROCESSAMENTO DELLE INFORMAZIONI TEMPORALI	DELAY AVERSION	DISREGOLAZIONE EMOTIVA

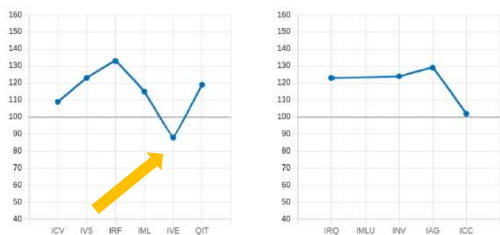
ANOMALIE
CEREBRALI



Shaw & Szekely in: *Banaschewski, Coghill & Zuddas OT-ADHD, 2018*

PROFILO COGNITIVO : WISC -V

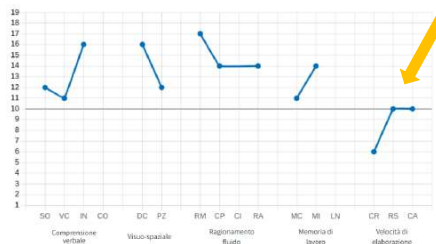
Profilo dei punteggi composti



Indice di Velocità di elaborazione (IVE)
L'IVE è una misura dell'abilità di analizzare e discriminare stimoli visivi semplici, di svolgere velocemente compiti ripetitivi e di mantenere l'attenzione focalizzata (Kaufman et al., 2016).

Indice di Competenza cognitiva (ICC)
L'ICC è una misura dell'efficienza con cui sono svolte attività cognitive semplici. Più rapido è il processo di elaborazione delle informazioni, maggiori sono le risorse per affrontare compiti cognitivi di livello superiore. In altri termini, buoni livelli di velocità di elaborazione e di memoria facilitano il ricorso al ragionamento fluido e permettono di acquisire nuove informazioni più velocemente.

Profilo dei punteggi ponderati dei subtest



Cifrario (CR)

6-7 anni
Abbinare segni privi di significato a una serie di figure geometriche in base a un codice.
È previsto un limite di tempo.

8-16 anni
Abbinare semplici forme geometriche a una serie di numeri in base a un codice.
È previsto un limite di tempo.

Velocità di elaborazione; scanning visivo; motricità fine; memoria visiva a breve termine; attenzione sostenuta

Dipartimento San Paolo
Papa Università

Istituto Socio Sanitario

Regione Lombardia
ASST Santi Paolo e Carlo

MODELLI NEUROPSICOLOGICI

Le caratteristiche dell'ADHD sono spiegate da un **deficit a carico delle funzioni esecutive**, ovvero i **processi cognitivi** volti all' **organizzazione** del comportamento **per raggiungere uno scopo** («Deficit delle funzioni esecutive» Sergeant, Var Der Meere, 1988; «Insufficiente controllo inizione» Barkley, 1997; «Modello a due vie» di Fedeli e Vio, 2015)



MODELLI NEUROPSICOLOGICI

Alterazione degli aspetti «ENERGETICI» del comportamento («Modello a due vie» di Fedeli e Vio, 2015)

Faticano attivare, regolare o gestire:



MODELLI NEUROPSICOLOGICI

Preferiscono **piccole gratificazioni immediate** a risultati più consistenti futuri. **Tollerano con fatica l'attesa**: iperattività, inattenzione e impulsività per ridurre il disagio.
(Sonuga-Barke 1992)

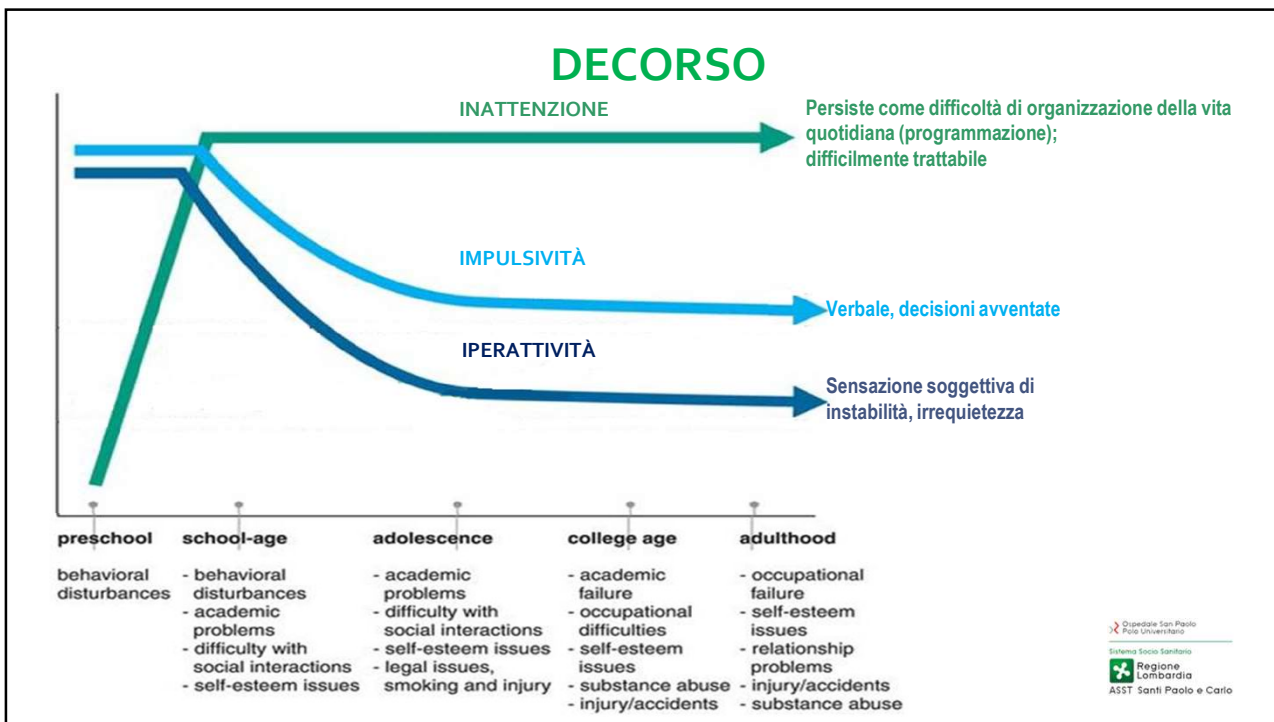


https://www.youtube.com/watch?v=QX_oy9614HQ

DECORSO

Circa 1/3 dei bambini con ADHD da adulti non manifestano più i sintomi. Probabilmente il disturbo era dovuto ad un ritardo delle funzioni esecutive.

Nel resto dei casi....



MA ANCHE...

Creatività e fantasia

Abilità dialettiche

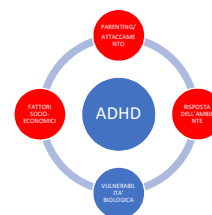
Spontaneità e Intraprendenza

Empatia e prosocialità

Ospedale San Paolo Pavia Università
 Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo



FATTORI AMBIENTALI



- Condizioni socio-economiche svantaggiate
- Parenting e attaccamento:
 - Comunicazione incerta
 - Genitori più critici e punitivi, pochi rinforzi positivi
 - Familiarità per ADHD, impulsività e debole problem solving → conflittualità e clima teso
 - Attaccamento insicuro
- Esperienze scolastiche negative e frustranti



 Ospedale San Paolo
 Pavia Università
 Regione
 Lombardia
 ASST Santi Paolo e Carlo

L'INTERVENTO A SCUOLA

secondo un approccio psicoeducativo comportamentale



È uno dei pilastri dell'intervento multimodale per l'ADHD.

È associato a miglioramenti didattici e comportamentali di portata medio-ampia (DuPaul, Eckert & Vilardo, 2012)

Include l'adattamento della didattica e la gestione delle contingenze. È più efficace se l'insegnante riceve supporto tecnico nella valutazione dei bisogni del singolo studente, nella pianificazione e nell'implementazione del piano di intervento.

Alla base ha **corrette rappresentazioni dell'ADHD e una buona relazione con l'alunno.**

 Ospedale San Paolo
 Pavia Università
 Regione
 Lombardia
 ASST Santi Paolo e Carlo

«E SE FOSSE MALEDUCAZIONE?»



Ford Madox Brown, *Cattivo soggetto* (1863)



Ospedale San Paolo
 Pavia Università
 Sistema Socio Sanitario
 Regione
 Lombardia
 ASST Santi Paolo e Carlo

CONOSCERE LE PROPRIE CREDENZE



AGONISMO

Fastidio
 Rabbia
 Paura
 Tristezza
 Impotenza
 Vergogna



Ospedale San Paolo
 Pavia Università
 Sistema Socio Sanitario
 Regione
 Lombardia
 ASST Santi Paolo e Carlo

CONOSCERE LE PROPRIE CREDENZE



LA NORMATIVA

LEGGE 104/1992 a tutela dei soggetti con handicap e disabilità → PEI

LEGGE 170/2010 a tutela degli alunni con disturbi dell'apprendimento → PDP

LA NORMATIVA

CIRCOLARE MINISTERIALE 15/06/2010 (scuola elementare) e 17/11/2010 (scuola infanzia)

Descrizione dell'alunno con ADHD (per identificazione precoce e introduzione dell'intervento a favore della buona scolarizzazione)

Indicazioni dal protocollo operativo dell'Istituto Superiore di Sanità per un migliore adattamento scolastico e sviluppo emotivo e comportamentale

- ✓ *Gestione condivisa con famiglia e specialisti del progetto educativo*
- ✓ *Adattamento dell'ambiente e applicazione di strategie metodologiche e didattiche di documentata efficacia*

LA NORMATIVA

CIRCOLARE MINISTERIALE 20/03/2012

Come per i DSA, si *richiama l'opportunità* di redigere un **Piano Didattico Personalizzato per alunni con ADHD**.

Il PDP deve contenere strumenti compensativi e dispensativi e modalità di verifica dell'apprendimento, al fine di favorire potenzialità e successo formativo dell'alunno.

DIRETTIVA MINISTERIALE 27/12/2012

Ridefinisce e completa il tradizionale approccio all'integrazione scolastica, basato sulla certificazione della disabilità, assumendo una prospettiva più ampia e inclusiva: tutti gli alunni possono manifestare **Bisogni Educativi Speciali (BES)**

Bisogni **E**ducativi **S**peciali

Qualsiasi condizione fisica, psicologica o sociale in grado di incidere negativamente sulle capacità di apprendimento e di adattamento sociale del bambino e del ragazzo.

Alunni **NON CERTIFICATI E NON DIAGNOSTICATI**

ADHD è compreso nei BES
insieme al funzionamento intellettivo limite, i disturbi del linguaggio,
i disturbi motori, ASD lieve, varie forme di svantaggio sociale o culturale.

LA NORMATIVA

DIRETTIVA MINISTERIALE 27/12/2012

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

Piano Didattico Personalizzato (PDP) e misure compensative e dispensative

«...In alcuni casi il quadro clinico particolarmente grave – anche per la comorbilità con altre patologie – richiede l’assegnazione dell’insegnante di sostegno, come previsto dalla legge 104/92.»

LA NORMATIVA

CIRCOLARE MINISTERIALE 6 marzo 2013

È compito doveroso del team degli insegnanti indicare in quali casi sia necessario adottare una didattica personalizzata per una presa in carico globale e inclusiva di tutti gli studenti.

«...Ove non sia presente certificazione clinica o diagnosi, il Consiglio di classe o il team dei docenti motiveranno opportunamente, verbalizzandole, le decisioni assunte sulla base di considerazioni pedagogiche e didattiche

Piano Didattico Personalizzato

Non esiste un modello unico di PDP e ogni scuola può elaborare o adottare il proprio.

DUE RACCOMANDAZIONI:

Deve descrivere attentamente il profilo di funzionamento del bambino e le difficoltà nei processi di apprendimento e relazionali a scuola.

Deve esplicitare l'insieme delle strategie e degli adattamenti educativi previsti per il bambino/ragazzo, evitando di limitarsi a un elenco di misure compensative e dispensative.

UN PROBLEMA DI PERFORMANCE



Quali compiti?

- Noiosi, troppo familiari;
- Che non hanno interesse intrinseco e non prevedono feedback/ricompense immediate e frequenti;
- Richiedono attesa;
- Coinvolgono adulti che parlano e ragionano molto e agiscono poco per controllare il comportamento del bambino;
- Limitano notevolmente le possibilità di movimento.

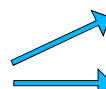
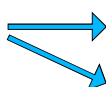
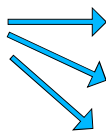
L'INTERVENTO A SCUOLA

OBIETTIVI

FUNZIONI ESECUTIVE

ATTIVAZIONE/MOTIVAZIONE

+ COMPORTAMENTI POSITIVI
- COMPORTAMENTI PROBLEMA



STRUMENTI

ORGANIZZAZIONE SPAZIO
TEMPORALE

ESPLICITARE
INFORMAZIONI/SUPPORTI
VISIVI

SCOMPOSIZIONE COMPITO

FEEDBACK, RINFORZO
POSITIVO

ANALISI FUNZIONALE, ABC,
GESTIONE CONTINGENZE

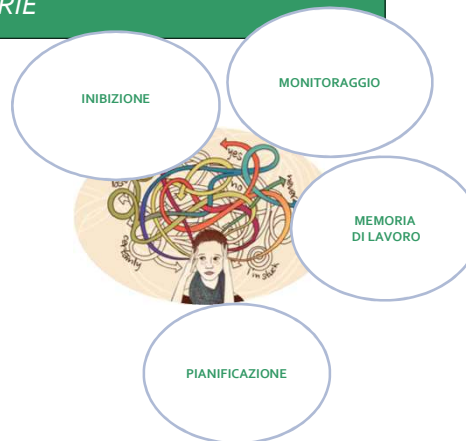


INTERVENTI

A SUPPORTO DELLE FE DEFICITARIE

1. AUMENTARE ORDINE, STRUTTURA, PREVEDIBILITÀ DELLE ATTIVITÀ E DELL'AMBIENTE

- Agenda settimanale, giornaliera, oraria
- Regole, routine
- Ambiente libero da distrazioni

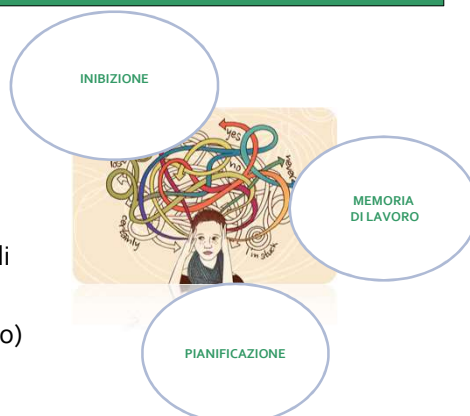


INTERVENTI

A SUPPORTO DELLE FE DEFICITARIE

2. ESPLICITARE LE INFORMAZIONI

- Comunicazione chiara: regole, richieste, istruzioni verbali
- Disseminare l'ambiente di strumenti visivi, scritti, interessanti (agenda, liste materiali, regole, tempo, sforzo)



REGOLE



- ❖ **Poche**, espresse in **positivo**
- ❖ **Indicano** al bambino **cosa deve fare** e cosa ci si aspetta da lui.
Affermazioni come «stare buoni», «avere cura di...» sono troppo vaghe e interpretabili.
- ❖ Non interiorizzate, devono essere **esposte e sempre accessibili**.
- ❖ Utile **concordarle insieme**

... E **Concordare/chiarificare/esplicitare le conseguenze immediate** del rispetto/non rispetto delle regole.

REGOLE

Cartellone meno efficace

1. Non si deve parlare senza aver alzato la mano per chiedere la parola.
2. Non si corre nei corridoi durante la ricreazione.
3. Per uscire si deve essere in fila per due e aspettare che tutti siano pronti.
4. Bisogna aver cura delle piante della classe.

Cartellone più efficace



1. Quando vuoi parlare, ricordati di alzare la mano.



2. Cammina lentamente.



3. Preparati in fila al suono della campana.



4. Usciamo tutti in fila per due.



5. Ricordati di bagnare le piante.

RICHIESTE



❖ SPECIFICHE

❖ AFFERMATIVE

❖ BREVI

❖ UNA O DUE ALLA VOLTA

*Assicurandosi di avere l'attenzione del bambino
(chiamare per nome, toccare, guardare negli occhi)*



RICHIESTE



- **Vaghe** (*Fai il bravo, Piantala, Non farmi arrabbiare*)
- **Interrogative** (*Ti dispiacerebbe mettere via il tuo quaderno?*)
- **Più comandi** contemporaneamente (*Metti via Il giubbotto, siediti, prendi il libro e apri la prima pagina*)
- **Ripetere un comando più volte**, senza conseguenze
- **Comandi seguiti da lunghi commenti** (spiegazioni, razionalizzazioni, tendenza alla critica)

ISTRUZIONI VERBALI



Cosa si pensa mentre si fa?

«Allora bambini, oggi cosa dobbiamo fare? Prendiamo l'astuccio.... Abbiamo bisogno di una matita e una squadretta... Adesso prendiamo il quaderno a quadretti...»

Per supportare lo sviluppo del dialogo interno che è una strategia cognitiva di autoregolazione

TEMPO

*Per qualcuno un nemico
per altri un mistero....*



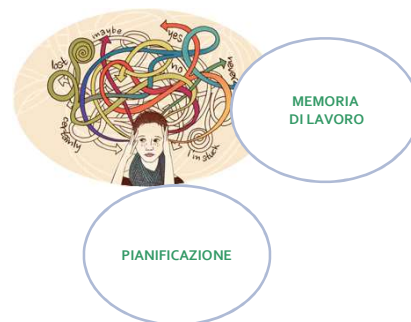
<https://www.online-stopwatch.com/classroom-timers/>

INTERVENTI

A SUPPORTO DELLE FE DEFICITARIE E DELLA MOTIVAZIONE

3. SCOMPORRE IL MACRO IN MICRO

- Dividere il compito in step, micro-obiettivi o blocchi temporali, intervallati da pause frequenti
- Definire le fasi di svolgimento del compito



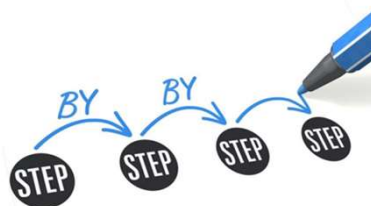
PER FARE UN TAVOLO...



«Invece di dire al bambino che un'attività deve essere portata a termine entro una certa ora, giorno, settimana o mese, aiutatelo a fare **piccoli passi in direzione dell'obiettivo finale, scomponendolo in brevi sessioni di lavoro**, accompagnate da feedback e incentivi immediati»

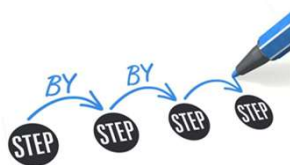
(Barkley, 2018)

Ricorda: il primo passo è sempre il più grande!



MATEMATICA: 2 problemi alla volta anziché 4, con una breve pausa tra due sessioni di lavoro

Per esempio, prendete il foglio con i 4 problemi di matematica che volete assegnare e ritagliate una striscia con i primi due. Consegnate il foglio ritagliato al bambino e puntate il timer. Quando avrà terminato il lavoro tornerà da voi, gli consegnerete gli altri 2 problemi.



ITALIANO: Se il bambino deve svolgere un tema scritto, consegnate una decina di cartoncini al bambino. Chiedetegli di riflettere e fare libere associazioni sull'argomento, ogni volta che gli verrà un'idea la scriverà su un cartoncino diverso. Alla fine le riorganizzerà in una composizione scritta.

PAUSE FREQUENTI

(concordate e inserite nella programmazione)



Interrompere attività per motivi fisiologici come andare in bagno o bere

PIT STOP

PAUSA

Pausa di 10 minuti in cui può dedicarsi ad attività rigenerante

DEFINIRE LE FASI DI SVOLGIMENTO DEL COMPITO

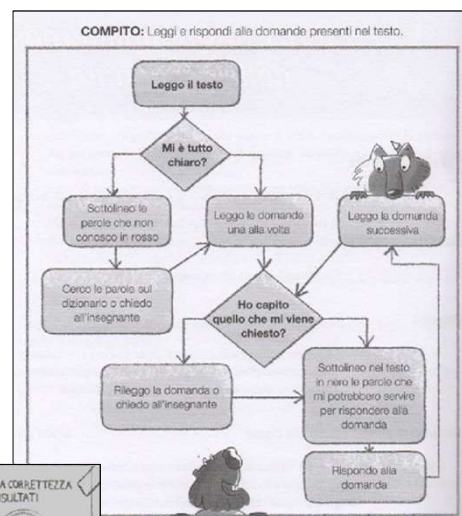
AUTOISTRUZIONI VERBALI

1. COSA
2. COME
3. ESEGUO
4. CONTROLLO

RIGHELLO INDICATORE



MAPPE E PROCEDURE



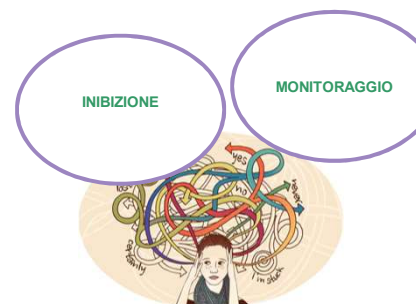
Ospedale San Paolo Polo Universitario
 Sistema Socio Sanitario
 Regione Lombardia
 ASST Santi Paolo e Carlo

INTERVENTI

A SUPPORTO DELLE FE DEFICITARIE E DELLA MOTIVAZIONE

4. MONITORARE E DARE FEEDBACK FREQUENTI

- Contatto visivo, vocale, fisico
- Per sollecitare l'attenzione e l'autocontrollo
- Per favorire l'autoconsapevolezza dell'attenzione e del comportamento



Ospedale San Paolo Polo Universitario
 Sistema Socio Sanitario
 Regione Lombardia
 ASST Santi Paolo e Carlo

ACCETTA QUELLO CHE NON PUOI CAMBIARE...



- **Tollerare un po' di irrequietezza** nella zona di lavoro del bambino durante il lavoro
- Mediare tra **il dover "stare in uno spazio specifico"** ed il bisogno di **non sentirsi troppo "costretto"**. *Concordare con il bambino cosa si può fare nello spazio personale, utilizzare sedie e tavoli con strutture non oppressive (braccioli, cassetti..) e garantire uno spazio per sgranchire le gambe*
- In alcuni casi **permettere all'alunno di fare altro durante la lezione** favorisce l'attenzione (es. disegnare, leggere, palla antistress)

INTERVENTI

A SUPPORTO DELLA MOTIVAZIONE E DEI COMPORTAMENTI POSITIVI

Cresce tutto ciò a cui prestiamo attenzione e di cui abbiamo cura...



RINFORZO POSITIVO



Qualsiasi evento, oggetto, reazione, situazione che aumenta la probabilità che un comportamento si verifichi, perché vantaggioso e piacevole

INTERVENTI

A SUPPORTO DELLA MOTIVAZIONE E DEI COMPORTAMENTI POSITIVI

IL RAPPORTO FRA RICOMPENSE PER IL COMPORTAMENTO ADEGUATO E LE «PUNIZIONI» DEVE ESSERE DI 2:1

Il positivo deve venire sempre prima del negativo

Se per 45 minuti il bambino è distratto e per 5 minuti è attento, osserva e rinforza i 5 minuti in cui è attento invece di riprenderlo quando è disattento.

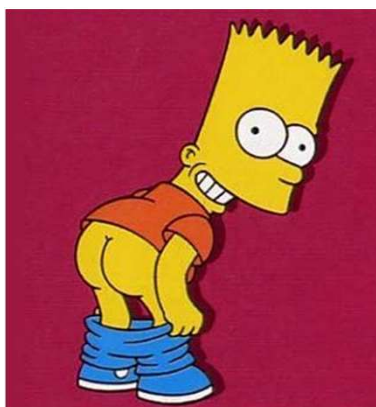
RINFORZO POSITIVO e ADHD

- ✓ PIÙ RAPIDI
- ✓ PIÙ FREQUENTI
- ✓ CAMBIARE O ALTERNARSI PIÙ SPESSO PER MANTENERE L'ATTRATTIVA



INTERVENTI

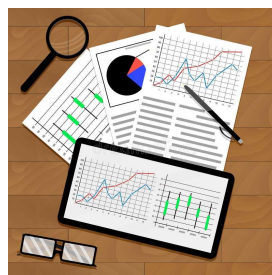
PER RIDURRE I COMPORTAMENTI PROBLEMATICI



INTERVENTI PER RIDURRE I COMPORTAMENTI PROBLEMATICI

PROGRAMMA DI MODIFICAZIONE DEL COMPORTAMENTO:

- 1) OSSERVARE
- 2) ANALIZZARE
- 3) INTERVENIRE



1) OSSERVARE

Osservazione informale:

Osservazione non strutturata in contesto naturale, per la creazione di un inventario di comportamenti da aumentare o diminuire

Legenda:

- A il bambino, in fase di lavoro autonomo, ripete: "non riesco a fermare le gambe"
- B cerca pretesti per alzarsi spesso dal posto
- C sale in piedi o in ginocchio sopra la sedia
- D picchietta sul banco con la penna o altri oggetti
- E lancia piccoli oggetti contro i compagni
- F si butta per terra
- G attira l'attenzione facendo versacci
- H interrompe la lezione con frasi non pertinenti a voce alta
- I lascia cadere ripetutamente per terra piccoli oggetti
- L lamenta mancanza dei materiali che servono in quel momento
- M si rifiuta di eseguire la consegna
- N inizia in forte ritardo l'esecuzione della consegna
- O non conclude la consegna malgrado l'aiuto offerto
- P dice "cattiva" (o simili) alla maestra
- Q fischieta con i tappi delle penne
- R appoggia oggetti di classe in testa ai compagni
- S tira i capelli ai compagni
- T sale sulla schiena dei compagni
- U spinge i compagni in palestra/ in fila

1) OSSERVARE

Osservazione strutturata di un comportamento per definire la frequenza e iniziare a capire dove, con chi, quando e come si accentua o diminuisce.

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
1 ^a ora						
2 ^a ora						
Intervallo						
3 ^a ora						
4 ^a ora						
Pranzo						
5 ^a ora						
6 ^a ora						
7 ^a ora						
8 ^a ora						

2) ANALIZZARE

➤ ABC



2) ANALIZZARE

➤ ANALISI FUNZIONALE



Evitamento



Richiesta
oggetti



Richiesta
attenzione



Stimolazione
sensoriale

3) INTERVENIRE

COMPORTAMENTI POSITIVI

- Rinforzo positivo, token economy

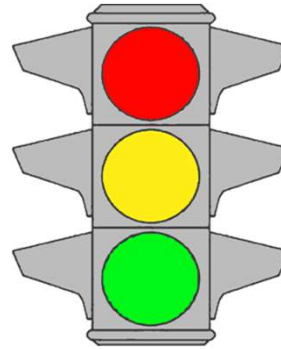


In base a funzione e gravità

3) INTERVENIRE

COMPORAMENTI NEGATIVI

- Ignorare
- Costo risposta
- Punizione



**GRAVEMENTE
NEGATIVI
(PUNIZIONE)**

**MODERATAMENTE
NEGATIVI
(COSTO RISPOSTA)**

**LIEVEMENTE NEGATIVI
(IGNORARE STRATEGICO)**

Domande critiche per orientare la decisione di problematicità M. Demchak, K.W. Bossert (2005)

1. Il comportamento è una minaccia per la vita della persona?
2. Il comportamento è una minaccia per l'incolumità fisica della persona?
3. Il comportamento è una minaccia per l'incolumità fisica di terzi?
4. Il comportamento interferisce con il processo di apprendimento della persona?
5. Il comportamento interferisce con il processo di apprendimento di altre persone?
6. Il comportamento danneggia o distrugge oggetti?
7. Se non si interviene ritiene che il comportamento peggiorerà?
8. Il comportamento interferisce con l'accettazione della persona? Produce stigma?



INTERVENTI BASATI SULLE CONSEGUENZE NEGATIVE



IDENTIFICHIAMO

Il comportamento target

Il livello di gravità

SCEGLIAMO UNA LINEA DI CONDOTTA

Proporzionata alla gravità

CONDIVISI DAL TEAM INSEGNANTI
E PREVEDIBILI PER IL BAMBINO

INTERVENTI BASATI SULLE CONSEGUENZE NEGATIVE

- Le conseguenze negative per le regole che vengono infrante devono chiare e specifiche;
- Devono essere emesse in modo calmo e assertivo, e comunicare in modo preciso ciò che va bene e ciò che non va bene nel comportamento del bambino;
- Quando «puniamo» dobbiamo trasmettere interesse e accettazione per il bambino;
- Associate a rinforzo del comportamento positivo opposto e indicazioni su come fare in futuro

IL NOSTRO OBIETTIVO è INSEGNARE NUOVE ABILITÀ

INTERVENTI BASATI SULLE CONSEGUENZE NEGATIVE

- Non funzionano i rimproveri che arrivano in ritardo, sono lunghi e inconsistenti

SOSPENSIONE: NON È IMMEDIATA E NON CONTROLLIAMO COSA SUCCEDA A CASA (SI RILASSANO? GENITORI PUNITIVI?)

QUANDO SI ADOTTA PER COMPORTAMENTI PARTICOLARMENTE GRAVI DEVE ESSERE BREVE E ASSOCIATA A PRESCRIZIONI EDUCATIVE

TOKEN ECONOMY



È un **sistema di rinforzo** a punti utile **per incentivare i comportamenti positivi** e, di conseguenza, scoraggiare i comportamenti negativi.

Si basa sul principio per cui un comportamento, se rinforzato, aumenta la sua frequenza di comparsa, ma invece di consegnare un premio immediato **si assegna un punteggio o si consegna un gettone (token)** se il comportamento viene emesso.

Quando l'alunno mette in atto un comportamento negativo, non vengono assegnati punti o, qualora non fosse sufficiente, i punti vengono sottratti.

I punti si sommano per il raggiungimento di premi concordati con il bambino.

Può essere utilizzata con i singoli alunni o tutta la classe.

TIME OUT



E' una **forma di costo della risposta**, che si utilizza per comportamenti di media gravità, quando il bambino rifiuta di fare una cosa richiesta oppure continua in un'azione negativa (es. urlare). E' un'**alternativa non aggressiva alle punizioni** e aiuta il bambino a **calmarsi e controllarsi**.
Consiste nello spostare il bambino **da una situazione più rinforzante a una meno rinforzante**.

Dipartimento San Paolo
Polo Universitario
Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Santi Paolo e Carlo



L'intervento a scuola si inserisce **all'interno**
di un progetto più ampio basato sulla collaborazione
e costruzione di modalità educative coerenti con la famiglia



Note
Comunicazioni quotidiane sulla porta
Comunicazioni centrate su ciò che non va



Note di merito
Incontri programmati/strutturati
Schede di comunicazione scuola-famiglia

Dipartimento San Paolo
Polo Universitario
Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Santi Paolo e Carlo

COMPITI



- ✓ Controllare che vengano scritti, trasmettere informazione ai genitori
- ✓ Riduzione del carico di lavoro;
- ✓ Ordinare i compiti per importanza, evidenziando quelli che devono essere svolti e quelli a scelta;
- ✓ Evitare di fare terminare a casa il lavoro iniziato a scuola, semmai far iniziare a scuola quello che deve essere fatto a casa...

RICAPITOLANDO...



- L'ADHD è un disturbo dell'autoregolazione con origine neurobiologica, ma l'ambiente può influenzarne l'espressione e l'evoluzione.
- Ci sono comportamenti sui cui il bambino non ha controllo volontario, che possono essere modificati e gestiti adattando l'ambiente scolastico, le attività e modulando le nostre reazioni.
- Riconosciamo reazioni agonistiche e puntiamo alla cooperazione, con l'alunno e la famiglia.
- Solo all'interno di una buona relazione, in cui il bambino si sente compreso, accolto e valorizzato, le strategie educative possono funzionare.
- Viceversa, strategie educative adeguate permettono anche di migliorare la relazione e l'alleanza con il bambino e la famiglia.

BIBLIOGRAFIA



- **ADHD: Strumenti e Strategie per la Gestione in Classe**, Barkley, *Erickson*
- **ADHD a scuola, Strategie efficaci per insegnanti**, Cornoldi, Di Pietro, Marzocchi, Vio, *Erickson*
- **ADHD Iperattività e disattenzione a scuola**, Fedeli e Vio, *Giunti EDU*
- **Coping Power Scuola di Lockman**. Lochman, Bertacchi, Giuli, Muratori, Cipriani, *Erickson*
- **ADHD cosa fare (e non). Guida rapida per insegnanti**. Arcangeli, *Erickson*

per educare un bambino

www.SNOOPY.COM



Grazie per
l'attenzione
e buon
lavoro!

ci vuole un intero villaggio