

*Lecco, 17 aprile 2024*

---

**LA SINDROME DA  
DEFICIT ATTENTIVO  
CON IPERATTIVITÀ E  
IMPULSIVITÀ –  
CARATTERISTICHE  
COMPORAMENTALI  
ED EVOLUTIVE**

**Dr. D.Villani**

**Dirigente Neuropsichiatra Infantile  
SC-NPIA, ASST Lecco**



# I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO COMPREDONO UNA SERIE DI CONDOTTE DEFINITE «ESTERNALIZZANTI»

- Il disagio interno viene rivolto verso l'esterno attraverso condotte disfunzionali
- In età prescolare e scolare gli accessi comportamentali possono verificarsi in modo isolato e temporaneo oppure possono rappresentare dei veri e propri campanelli d'allarme per l'insorgenza di un disturbo del comportamento.



- La capacità di agire in maniera appropriata rispetto alle norme sociali e di regolare autonomamente il proprio comportamento costituiscono due aspetti basilari dello sviluppo del bambino.
- Capacità complesse che vengono acquisite gradualmente nel corso dell'intera infanzia.
- Fondamentale almeno fino ai tre anni di vita la presenza dell'adulto nella regolazione di emozioni e comportamento : il b.no impara a cogliere segnali dell'adulto (espressioni del viso, comunicazioni verbali, gesti) per riuscire a modulare il proprio modo di esprimersi nei vari contesti.
- Il b.no passa da una regolazione basata sul supporto esterno dell'adulto ad una vera e propria autoregolazione (non ha più bisogno di appoggiarsi ad un aiuto esterno e riesce ad avere autocontrollo) – 24/36 mesi (Eisenberg,2004)
- Il b.no inizia a mostrare di saper interiorizzare le regole dell'adulto, di saper attendere per ottenere qualcosa di desiderato, di poter controllare in modo flessibile il comportamento in presenza di cambiamenti ambientali.
- Verso la fine del secondo anno cominciano a mostrare di aver consapevolezza dell'esistenza delle norme sociali e della loro possibile violazione (Kochanska,2001).



# COSA SUCCEDE QUANDO IL BAMBINO HA DIFFICOLTÀ AD AUTOREGOLARSI?

- Un deficit di autoregolazione relativamente stabile durante l'infanzia gioca un ruolo decisivo nell'insorgenza di alcuni problemi di adattamento e della regolazione del comportamento ad età successive.
- Varie interpretazioni:
- Bassi livelli di paura in situazioni potenzialmente pericolose e ridotta empatia verso i pari insieme ad una maggiore impulsività
- Livelli estremamente alti di attivazione emotiva di fronte a possibili ricompense, specialmente se associati ad un'emozionalità negativa piuttosto alta e a bassi livelli di autocontrollo
- **QUINDI: ATTIVAZIONE EMOTIVA DEBOLE DI FRONTE A POSSIBILI PUNIZIONI CHE VENGONO COSI' MINIMIZZATE O ATTIVAZIONE EMOTIVA MOLTO ELEVATA IN PRESENZA DI POTENZIALI GRATIFICAZIONI CHE VENGONO MASSIMIZZATE**
- I deficit della regolazione sarebbero maggiormente associati ad un'aggressività di tipo reattivo piuttosto che di tipo proattivo – la prima limita l'uso delle abilità sociali ed inficia le interazioni e l'instaurarsi di relazioni positive con genitori e pari; a. proattiva – finalizzata all'ottenimento di un guadagno personale, tratti maggiormente orientati alla provocazione, sfida e difficoltà evidente nel mettersi in contatto con le emozioni proprie ed altrui.



## DISTURBO DEL COMPORTAMENTO

- Scarso controllo delle emozioni
- Difficoltà nel modulare i propri comportamenti al contesto
- Scarsa considerazione per il punto di vista dell'altro
- Forte tendenza a voler soddisfare le proprie necessità
- Rendimento scolastico discrepante rispetto alle potenzialità
- Atteggiamenti aggressivi, oppositività, provocazione, rabbia, trasgressione

---

---

## AREE DI COINVOLGIMENTO

- Attenzione e concentrazione
  - Aggressività
  - Regolazione emotiva
- 

---

## COMPORAMENTI DISFUNZIONALI

- 
- Picchia i compagni
  - Si distrae
  - Non si concentra
  - Non ascolta la lezioni
  - Parla sempre
  - Corre in moment inappropriati
  - Non rispetta il suo turno
  - Rompe oggetti suoi e altrui
  - Non conclude i lavori
- 

# DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: QUALI SONO

Disturbo  
esplosivo  
intermittente

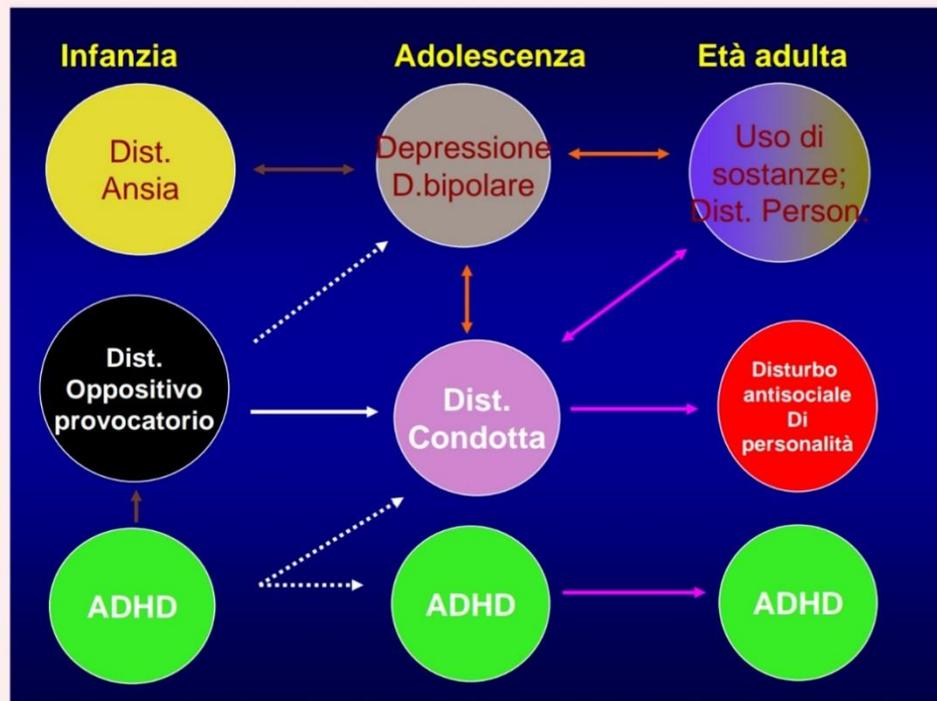
D.O.P. disturbo  
oppositivo  
provocatorio

D.C. disturbo  
della condotta

A.D.H.D.  
disturbo da  
deficit attentivo  
con iperattività



# POSSIBILI TRAIETTORIE EVOLUTIVE



## D.O.P.

- c. ostile e provocatorio da almeno 6 mesi durante i quali sono presenti almeno 4 dei seguenti criteri:
- si arrabbia spesso
- litiga spesso con adulti
- sfida attivamente
- si rifiuta di rispettare regole e richieste degli adulti
- irrita deliberatamente le persone

## D.C.

- c. ripetitivo e persistente in cui i diritti fondamentali degli altri o le principali norme o regole societarie per l'età vengono violati – almeno 3 dei criteri nei 12 mesi precedenti:
  - Aggressione a persone o animali
  - Distruzione proprietà
  - Frode o furto
  - Gravi violazioni delle regole



## ADHD

- è generalmente il primo disturbo a manifestarsi
- inizialmente non è in comorbilità con altri disturbi comportamento
- giustifica gran parte del quadro clinico
- la sua cura determina un cambiamento significativo



# ADHD: patologia moderna?

- **Nel 1845** un medico e poeta tedesco (Heinrich Hoffmann) descrive il quadro clinico nella storia "**Filippo che si dondola**"
- **Nel 1902** Still ha descritto per primo i sintomi dell'ADHD (Lancet): "**bambini con deficit nel controllo morale e una eccessiva vivacità e distruttività**"
- A metà degli **anni '40** pubblicazioni riportano l'efficacia delle amfetamine nel trattamento dei comportamenti iperattivi. La diagnosi posta era "**Minimal Brain Dysfunction**" (**disfunzione cerebrale minima, danno cerebrale minimo**), definizione utilizzata fino al **1980**
- **1968**, DSMII: "**reazione ipercinetica del bambino**"



# ADHD:

## Attention Deficit Hyperactivity Disorder

- Non è la semplice vivacità o la distrazione, tipiche dei bambini
- E' un vero e proprio disturbo che Compromette lo sviluppo e l'integrazione sociale del bambino
- E' un disturbo multifattoriale,
- eterogeneo e
- complesso
- → **enorme impatto sociale e familiare**



# **ADHD – DSM 5**

- **Persistenti pattern di inattenzione e/o iperattività - impulsività che interferiscono con il funzionamento o lo sviluppo**
- **che si manifestano in due o più ambiti di vita**
- **da almeno 6 mesi**
- **A prevalente manifestazione:**
  - **Combinata**
  - **Prevalentemente inattentivo**
  - **Prevalentemente iperattivo/impulsivo**
- **insorgenza prima dei 12 anni,**
- **3 differenti gradi di severità (lieve, medio, severo)**



# ADHD – DSM 5

**Possibile associazione con:**

- ❖ labilità nell'umore
- ❖ irritabilità
- ❖ bassa tolleranza alla frustrazione

Età prescolare → manifestazione principale  
*iperattività*

Età scolare → manifestazione principale  
*inattenzione*



# CLASSIFICAZIONE DSM-IV / ICD-10

## DSM- V

ADHD combinato → inattenzione+ iperattività+ impulsività

ADHD inattentivo → solo inattenzione

ADHD iperattivo/impulsivo → iperattività + impulsività

## ICD-10

Disturbo ipercinetico → inattenzione+ iperattività + impulsività

Disturbo ipercinetico  
della condotta → inattenzione + iperattività  
+ impulsività  
+ disturbo della condotta



---

## ICD 10

- ICD 10: solo forme combinate (s. Ipercinetica) con o senza DC; DSM 5: anche forme parziali

- Numero sintomi: DSM 6 inattenzione, 6 iperattività impulsività; ICD iperattività 4, inattenzione 2, impulsività 1

## DSM 5

- Epidemiologia: ICD 1-2 %; DSM IV 3-5%
- 

## ETÀ PRESCOLARE (3-6 anni)

- Massima iperattività
- Crisi di rabbia
- Gioco ridotto, semplificato, motorio
- Litigiosità, provocatorietà
- Assenza di paura, incidenti



**Molti di questi bambini non svilupperanno ADHD!**



## ETA' SCOLARE (6-12 anni)

Più frequente la prima diagnosi

-Apparente accentuazione di irrequietezza

-Maggiore evidenza di sintomi cognitivi (disattenzione, impulsività)



-Difficoltà scolastiche

-Evitamento di compiti cognitivi

-Comportamento impulsivo –dirompente



-Rifiuto da parte dei compagni

-Bassa autostima

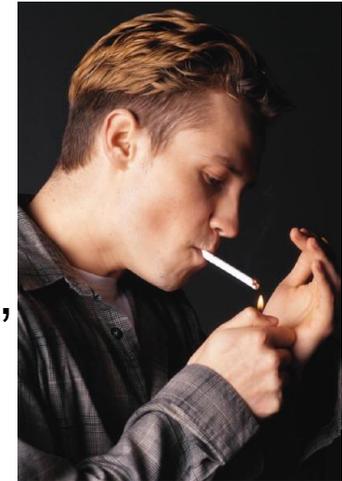


## ADOLESCENTI (13-17 anni)

**35%** sintomi sottosoglia,  
\*spesso prestazioni scolastiche inferiori

**50%** attenuazione di iperattività,  
\*disturbo attentivo(difficoltà scolastiche,  
pianificazione ed organizzazione),  
\*instabilità in scelte scolastiche/relazionali,  
\*condotte pericolose, ricerca di sensazioni,  
\*problemi emotivi

**15%** permanenza della sindrome,  
\*impulsività,  
\*disadattamento sociale, difficoltà familiari.



**Diagnosi differenziale normalità-patologia:  
sintomi dell'ADHD sordinazioni in un  
continuum normalità-patologia**

**La soglia clinica è individuata dal  
livello di compromissione funzionale**

**La compromissione funzionale, e quindi la  
soglia clinica, sono legate ad un contesto  
socio-culturale specifico**



Con la crescita, emergono, in modo in parte prevedibile, le diverse comorbilità, internalizzanti e /o esternalizzanti, il quadro clinico si fa più complesso, l'ADHD diventa una componente del quadro clinico (non necessariamente la più importante), la sua cura non sempre è prioritaria, ma la sua presenza continua ad influenzare il quadro clinico.



# ADHD: eziologia (cause)

**Multifattoriale:**

**-fattori genetici**

**-fattori fisici del soggetto**

**-fattori socio-ambientali**



# ADHD: eziologia (cause)

**Multifattoriale:**

→ *fattori genetici*

-fattori fisici del soggetto

-fattori socio-ambientali



# ADHD: eziologia (cause)

## - *fattori genetici*

### \*studi sui gemelli:

alto fattore ereditario (75-80% dei casi)

fattori ambientali 9-20%



1992- Gillis :

\* rischio di ADHD in **gemello monozigote** di un bambino affetto dal disturbo è tra **11 e 18 volte superiore** a quello di un **fratello gemello eterozigote** o di un **fratello non gemello**

\* **55 - 92% di gemelli monozigoti** di bambini affetti da ADHD finisce con lo **sviluppare la stessa sindrome**.



# ADHD: cause (eziologia)

- ***fattori genetici:***

alta familiarità:

→ nei familiari di I° aumento di rischio da 5 a 8 volte

→ nei familiari di II° aumento di rischio 2-3 volte



# ADHD: eziologia (cause)

- **fattori genetici:**
- è un **disturbo poligenico** → architettura genetica complessa coinvolgente molti geni, ad es.:
  - locus sul cromosoma **16q**
  - duplicazioni del cromosoma **15q13.3**
  - **variante del gene trasportatore della dopamina** o dei geni dei **recettori della dopamina** etc...



# ADHD: eziologia (cause)



## Dopamina:

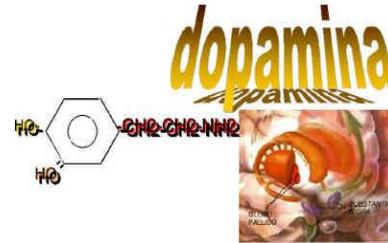
neurotrasmettitore secreto dai neuroni di particolari zone del cervello per :

inibire-modulare l'attività di altri neuroni  
coinvolti nell'emozione e nel movimento



# ADHD: eziologia (cause)

## Dopamina

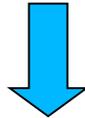


- agisce sul controllo motorio volontario:
  - \* programmazione di movimenti e delle azioni;
  - \* comportamenti motivati sulla base dei meccanismi della gratificazione e ricompensa
- modula la percezione sensoriale, sonno, memoria, attenzione, apprendimento....

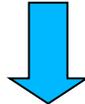


# ADHD: eziologia (cause)

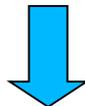
Scarsa concentrazione di neurotrasmettitori



Non adeguato trasporto del segnale nervoso



Alterazione della funzione di blocco della reazione agli impulsi sensoriali e di selezione di questi per la scelta di adeguati handlings



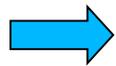
**Il bambino non è in grado di reagire agli stimoli ambientali con un'adeguata scelta e graduazione del repertorio motorio e comportamentale**



# ADHD: eziologia (cause)

- **fattori genetici**

**Risonanza magnetica:**



**cervello in toto:**

**volumetricamente più piccolo nei soggetti con ADHD del 5%**

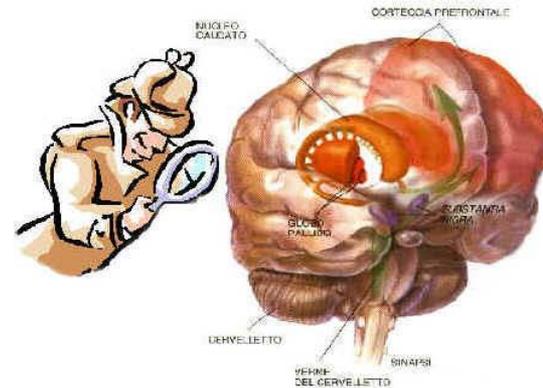


# ADHD: eziologia (cause)

*fattori genetici*

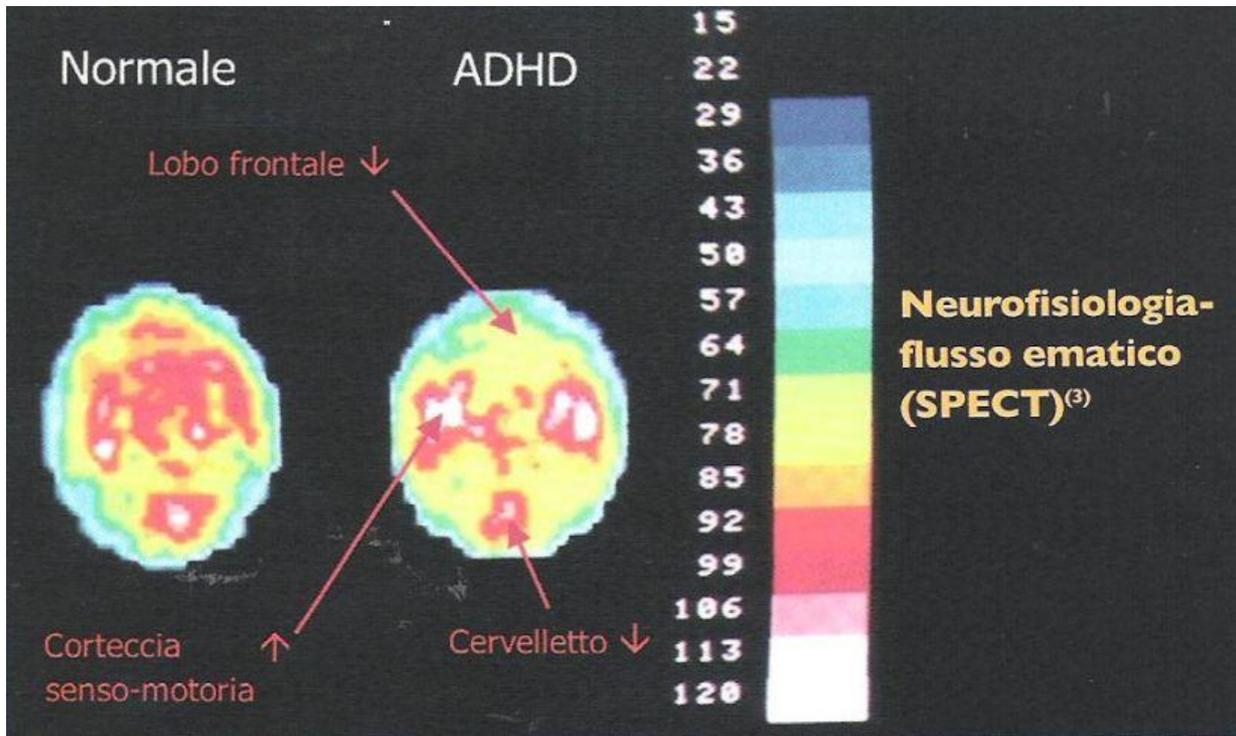
*Risonanza magnetica:*

- corteccia pre-frontale
- nuclei della base
- cervelletto



➔ volumetricamente più piccoli nei soggetti con ADHD (10-12% in meno)





# ADHD: eziologia (cause)

Quali funzioni svolgono queste parti?

## **corteccia pre-frontale**

- memoria di lavoro e pianificazione
- processi di inibizione del comportamento
- controllo emotivo + organizzazione e controllo dei processi cognitivi
  
- gestione delle emozioni, processi motivazionali
- organizzazione temporale del comportamento
- funzioni esecutive



# ADHD: eziologia (cause)

Quali funzioni svolgono queste parti?

## nuclei della base

- Controllo delle risposte impulsive
- Monitoraggio delle azioni orientate ad uno scopo

## cervelletto

- Controllo del movimento, memoria



→ entrambi pianificazione del movimento



# ADHD: eziologia (cause)

## Multifattoriale:

- fattori genetici

- fattori fisici del soggetto

- fattori socio-ambientali



# ADHD: eziologia (cause)

*-fattori fisici non genetici pre-prerinali e postnatali*

- **Nascita prematura**  
( $< 25$  sett., peso  $< 1500\text{g}$  – VLBW):
- **uso di alcool, fumo in gravidanza**  
(sindrome fetoalcolica, ipossia fetale da nicotina....)
- **tossicodipendenza da stupefacenti in gravidanza**



# ADHD: eziologia (cause)

*-fattori fisici non genetici pre-prerinalati e postnatali*

- **infezioni** (varicella in gravidanza, alla nascita o nei primi anni di vita)
- **lesioni cerebrali post-traumatiche**
- **elevata esposizione a sostanze tossiche** nella 1° infanzia



# ADHD: cause (eziologia)

-  
Non vi sono evidenze scientifiche sul fatto che l'iperattività sia una reazione di tipo tossica e/o allergica agli additivi contenuti nei cibi o ad eccesso di zuccheri nella dieta



# ADHD: eziologia (cause)

*fattori socio-ambientali*

Attivatori della predisposizione al disturbo (famiglia  
educazione, contesti sociali ....)

➡ ANCHE SE NON ha importanza decisiva nella genesi  
dell'ADHD l'esperienza negativa di questi bambini,  
impregnata di insuccessi e frustrazioni nell'ambito relazionale,  
sociale e scolastico,

➡ può determinare la sovrapposizione di disturbi  
comportamentali secondari, su base psico-emotiva,  
accentuando e confondendo i sintomi del disturbo



# **ADHD: patogenesi**

**Nei bambini con ADHD si riscontra :**

- **difetto nella elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali**
- **deficit delle funzioni esecutive**



## I quadri clinici e neuropsicologici sono interpretabili come alterazioni di 3 componenti cognitive fondamentali

**sistema  
attentivo di  
allerta**



**↑ reazione a  
nuovi stimoli**

**funzioni  
esecutive**



**sistema  
attentivo di  
orientamento**

**↓ focalizzazione  
su particolari  
obiettivi**

**↓ capacità di:**

- selezionare la risposta adeguata e di inibire quella errata,
- individuare il problema,
- definire l'obiettivo,
- formulare e monitorare l'esecuzione di un piano,
- valutarne il risultato



# ADHD: patogenesi

**Autocontrollo** capacità di inibire e posporre le immediate risposte motorie ed emotive ad un evento

è fondamentale per l'esecuzione di qualsiasi compito

***è ridotto nei soggetti con ADHD***



# ADHD: patogenesi

## **Funzioni esecutive (lobi frontali)**

Attività mentali che servono, quando si affronta un compito, a:

- vincere le distrazioni
- ricordare gli obiettivi (retrospezione)
- compiere i passi (scelte) necessari per raggiungerli (previsione) tenendo a freno le emozioni e motivandosi



# ADHD: patogenesi

## *Funzioni esecutive*

**soggetti con ADHD, invece, appaiono privi del “freno” necessario per inibire, davanti a tutti, comportamenti non adeguati: sono cioè deficitari nell’esecuzione delle funzioni esecutive**

- **Non vincono le distrazioni**
- **Non ricordano gli obiettivi**
- **Non prevedono le “mosse” per raggiungerli**
- **Faticano a motivarsi e a frenare le emozioni**



# ADHD: DIAGNOSI

La diagnosi è clinica

Accertamenti strumentali servono per escludere altre patologie neurologiche e non



## STORIA NATURALE

Con la crescita, emergono, in modo in parte prevedibile, le diverse comorbidità, internalizzanti e /o esternalizzanti, il quadro clinico si fa più complesso, l'ADHD diventa una componente del quadro clinico (non necessariamente la più importante), la sua cura non sempre è prioritaria, ma la sua presenza continua ad influenzare il quadro clinico.



# Comorbidità psichiatrica

- Molto frequente (40-50%)

Disturbo oppositivo-provocatorio, Disturbo della condotta

- Frequente (30%)

Disturbi d'ansia, Disturbi specifici di apprendimento, Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria

- Moderatamente frequente (15%-20%)

Disturbi dell'umore (depressione, bipolare), Tic (sindrome di Tourette), Disturbo ossessivo-compulsivo

- Rara (5%-10%)

Disturbi pervasivi di sviluppo (autismo, s. di Asperger), Ritardo Mentale

**La maggioranza dei bambini ADHD in contesti clinici non hanno l'ADHD puro, ma quadri misti**



# Comorbidità

- In che modo l'ADHD influenza in quadri clinici con cui si combina in comorbidità ?
- Aumento del rischio
- Esordio più precoce
- Evoluzione più grave e persistente
- Peggiora risposta ai trattamenti
  
- Quale è l'influenza della cura dell'ADHD sulla storia naturale del disturbo?



# **Diagnosi differenziale con quadri reattivi su base ambientale**

Contesto ambientale degradato (modelli impulsivi)

Contesto familiare caotico (incoerenza di modelli)

Condizioni educative incongrue (ipostimolazione)

Inadeguatezza scolastica (rigidità, b. iperdotati)

Psicopatologia familiare (depressione materna)

Problematiche familiari situazionali (divorzio, ecc.)

**Interazione tra condizioni ambientali sfavorevoli e vulnerabilità costituzionale**



## Comorbidità e diagnosi

- La comorbidità è uno dei fattori principali di mancata diagnosi di ADHD
- Esiste spesso una gerarchia implicita nell'approccio diagnostico, con diagnosi di primo livello (disturbi affettivi, disturbi dirompenti) e di secondo livello (ADHD)
- Le prime possono oscurare le seconde (diagnostic overshadowing)
- “Non è un vero ADHD”, “L'ADHD non è il problema principale” “La cura dell'ADHD non è prioritaria” “Curare l'ADHD può destabilizzare”



# Comorbilità

- Molto frequente (40-50%)

Disturbo oppositivo-provocatorio (DOP),  
Disturbo della condotta (DC)

- Frequente (30%)

Disturbi specifici di apprendimento,  
Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria  
Disturbi d'ansia

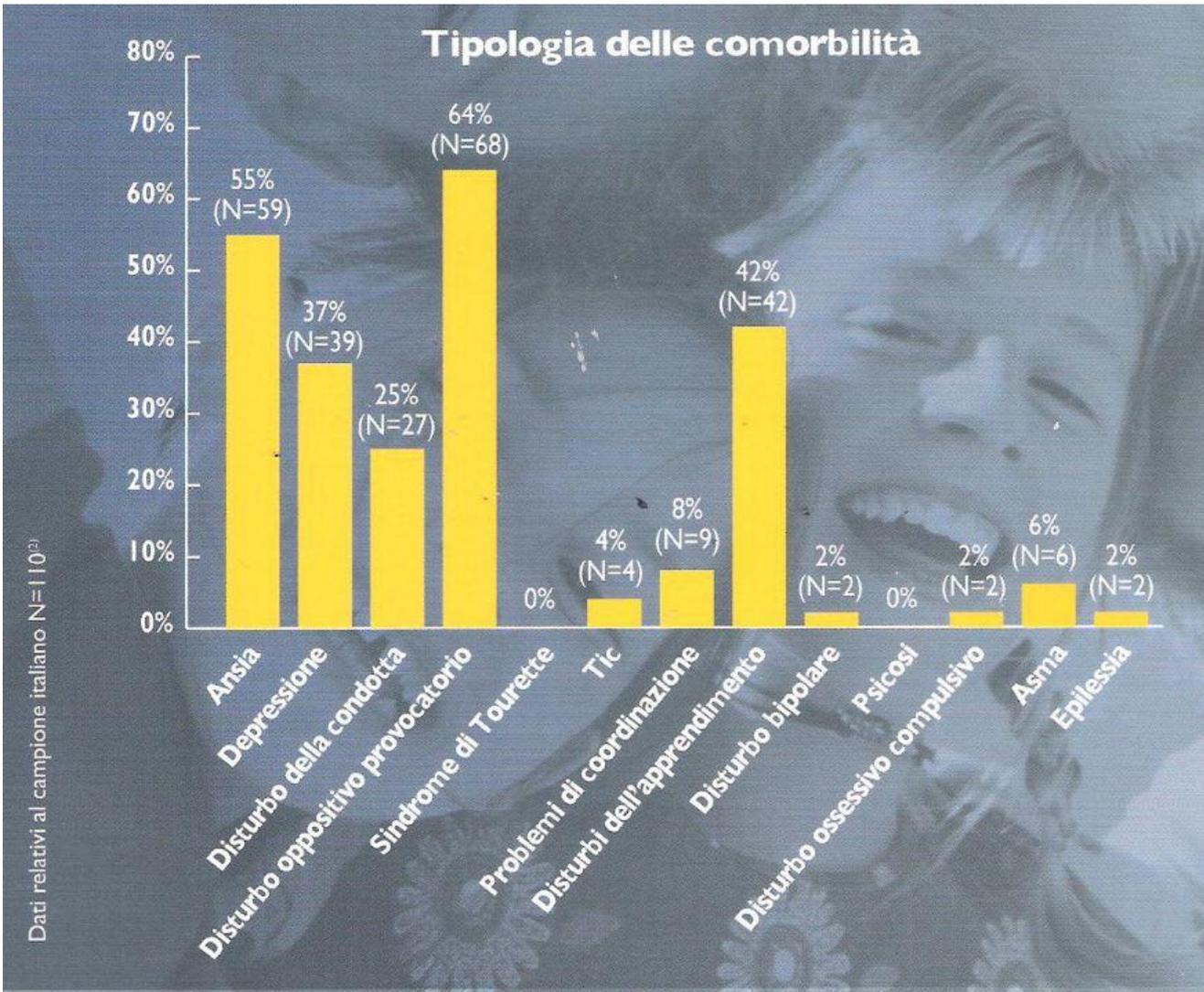
- Moderatamente frequente (15%-20%)

Disturbi dell'umore (depressione, bipolare),  
Tic (sindrome di Tourette),  
Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

- Rara (5%-10%)

Disturbi pervasivi di sviluppo (autismo, S. di Asperger),  
Ritardo Mentale





## **Disturbi Dirompenti del Comportamento**

### **Disturbo oppositivo-provocatorio**

comportamento sistematicamente provocatorio, negativista ed ostile (collera, litigiosità, sfida, provocazione, ecc).

### **Disturbo della condotta**

tendenza stabile alla violazione delle regole e dei diritti altrui (aggressioni a persone o animali, distruzione di proprietà, furti, gravi violazioni di regole, fughe).

**La nosografia considera i due disturbi distinti, ma il primo precede il secondo (15-25% dei DOP evolve DC?), e ne è la forma attenuata.**



## Disturbi Dirompenti del Comportamento

Il 30-40% dei soggetti ADHD ha un DOP.  
ADHD+DOP è fattore di rischio per  
> transizione DOP-DC e per DC precoce.

Due sottotipi di DC proposti dal DSM 5:

1. Childhood-onset subtype: inizio prima di 10 anni
2. Adolescent-onset subtype: assenza di criteri di DC prima di 10 anni.

L'esordio precoce predice: > persistenza del disturbo, prognosi peggiore e maggiore rischio di disturbo antisociale e uso di sostanze in età adulta



## Disturbi Dirompenti del Comportamento

Il 30-40% dei soggetti ADHD ha un DOP.  
ADHD+DOP è fattore di rischio per >  
transizione DOP-DC e per DC precoce.

Associazione ADHD-DC (10-15%):

- sottotipo più grave,
- prognosi sociale + negativa,
- più resistente ai trattamenti psicoeducativi

Il rischio antisociale dell'ADHD non diretto,  
ma mediato dalla comorbidità con DC, in  
particolare se ad esordio precoce.

Mediatore prognostico: condizioni sociali.



# CARATTERISTICHE AGGRESSIVITA'



## TIPI DIVERSI DI AGGRESSIVITA'

### Aggressività predatoria

Non impulsiva, finalizzata all'ottenimento di un vantaggio, programmata, spesso subdola e furtiva, spesso non associata ad uno stato affettivo significativo.

L'obiettivo è ottenere il possesso di un oggetto (object-oriented) o il dominio su una persona (person-oriented). Si esprime attraverso la coercizione, o l'attacco a scopo di furto, o la vittimizzazione dei più deboli.



## TIPI DIVERSI DI AGGRESSIVITA'

### **Aggressività impulsiva o reattiva**

Improvvisa, spesso associata ad uno stato affettivo intenso (eccitazione, rabbia), non programmata né finalizzata all'ottenimento di un vantaggio, esplosiva ed esplicita.

La reazione è spesso legata alla percezione non realistica e persecutoria di una minaccia esterna, della quale il soggetto è del tutto convinto (distorsione cognitiva), per cui egli tende a reagire con aggressività eccessiva.



# DISTURBO DELLA CONDOTTA (DSM 5)

With limited prosocial emotions

- Lack of remorse or guilt
- Callous – Lack of empathy
- Uncorcerned about performance
- Shallow or deficient affect



## Comorbidità: prognosi

- Prognosi peggiore per l'associazione con DOP ma soprattutto con DC per l'evoluzione verso forme di disturbo della condotta antisociale di varia espressività
- ADHD "puro" non evolve quasi mai verso forme antisociali o di dipendenza, come pure il DOP, salvo forti influenzamenti sociali)



intervento farmacologico necessario e più efficace rispetto a quello non farmacologico



Il 30-40% dei soggetti ADHD ha un DOP.  
ADHD+DOP è fattore di rischio per  
> transizione DOP-DC e per DC precoce.

Due sottotipi di DC proposti dal DSM 5:

Childhood-onset subtype: inizio prima di 10 anni

Adolescent-onset subtype: assenza di criteri di DC prima di 10 anni.

L'esordio precoce predice: > persistenza del disturbo, prognosi peggiore e maggiore rischio di disturbo antisociale e uso di sostanze in età adulta



## Disturbi Dirompenti del Comportamento

Il 30-40% dei soggetti ADHD ha un DOP.  
ADHD+DOP è fattore di rischio per > transizione  
DOP-DC e per DC precoce.

Associazione ADHD-DC (10-15%):

- sottotipo più grave,
- prognosi sociale + negativa,
- più resistente ai trattamenti psicoeducativi

Il rischio antisociale dell'ADHD non diretto, ma mediato dalla comorbidità con DC, in particolare se ad esordio precoce.

Mediatore prognostico: condizioni sociali.



# EZIOLOGIA

- Non esiste un'eziologia definita per i disturbi del comportamento
- Sottolineata la natura neurobiologica dovuta all'interazione tra geni e ambiente:
- Evidenze GENETICHE
- FATTORI AMBIENTALI
- INTERAZIONI GENI-AMBIENTE
- ANOMALIE STRUTTURALI e funzioni cerebrali

## DECORSO DISTURBI COMPORAMENTO

- 3-5 anni Comportamento distruttivo
- 6-8 anni ADHD - Disturbi apprendimento -  
Scarse competenze alla socializzazione-Bassa  
autostima
- 9-11 D. oppositivo – D. umore –  
Comp. Provocatorio
- 12 Comp. Antisociale –  
Espulsione/interruzione percorso scolastico-  
Abuso sostanze – D.C.-Diff. appr.

---

## THE ASSOCIATION BETWEEN ADHD AND ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER (ASPD) : A REVIEW (O.STOREBA, E. SIMONSEN

- 
- Il DC insieme all'ADHD correla con la presenza di ASPD
  - Prevalenza di ASPD: 12% nel gruppo ADHD, 2% nel gruppo di controllo
- 

---

40% bambini e adolescenti con diagnosi di DC  
hanno anche diagnosi di ADHD

50% dei bambini e ragazzi con un DC sviluppa  
l'ASPD

NICE



# COMORBILITA'

- 50%
- DOP DC
  
- 30%
- D. ansia, d.apprendimento
  
- 15%-20%
- D. dell'umore, Tic
  
- 5%-10%
- D. pervasivi sviluppo, I.M.

---

STUDIO "ATTENTION  
DEFICIT  
HYPERACTIVITY  
DISORDER  
OBSERVATIONAL  
RESEARCH  
(PROGETTO  
"ADORE" (1500 PZ  
IN EU)

- 
- Prevalenza comorbidità in ADHD:
  - DOP 67%
  - DC 46%
  - ANSIA 44%
  - Disturbi coordinazione motoria 33%
  - Depressione 32%
  - Tic 8%
- 

## A.S.P.D. DSM 5

- 3 o più dei seguenti criteri:
- Non conformità alle norme sociali e alla legalità
- Menzogne e disonestà
- Incapacità di pianificazione e impulsività
- Irritabilità e aggressività
- Noncuranza sicurezza propria e altrui
- Irresponsabilità lavorativa o finanziaria
- Mancanza di rimorso
- ETÀ MINIMA PER LA DIAGNOSI 18 anni
- PRESENZA DI DISTURBO DELLA CONDOTTA prima dei 15 anni

# **I DATI DEL NOSTRO SERVIZIO**

**UONPIA ASST DI LECCO**

**Ambulatori ADHD PRESSO LE SEDI DI  
Lecco, Bellano e Merate**

**ANALISI PAZIENTI GIUNTI AL SERVIZIO  
NEL PERIODO 01.01.2020-30.09.2023**

# VALUTAZIONI E CONFERMA DIAGNOSI

n. 380 casi valutati con sospetto Adhd

di cui n. 213 (56%) con conferma diagnostica di ADHD

- dei 213 pazienti con diagnosi di ADHD n. 129 (60,6%) presentano almeno **1 comorbidità**
- dei 213 pazienti con diagnosi di ADHD n. 31 (14,5%) presentano almeno **2 comorbidità**
- dei 213 pazienti con diagnosi di ADHD n. 5 (2,3%) presentano almeno **3 comorbidità**



# COMORBILITA'

Numero e percentuali dei soggetti sul totale dei 213 con conferma diagnostica:

○ ADHD + Disturbo Apprendimento	n. 62 (29,1%)
○ ADHD + DOP	n. 54 (25,3%)
○ ADHD + FIL	n. 24 (11,3%)
○ ADHD + Disabilità Intellettiva	n. 6 (2,8%)
○ ADHD + Disturbo D'ansia	n. 6 (2,8%)
○ ADHD + Disturbo Linguaggio	n. 5 (2,3%)
○ ADHD + Disturbo Condotta	n. 4 (1,9%)
○ ADHD + TIC Persistenti	n. 3 (1,4%)
○ ADHD + Disturbo Coordinazione Motoria	n. 3 (1,4%)
○ ADHD+ Disturbo Dell'Umore	n. 2 (0,9%)



## SOTTOCAMPIONE ADHD-DOP-DC

Sottocampione ADHD-DOP-DC= 55 pazienti su 213 con conferma diagnostica di ADHD (26%)

Disaggregazione del sottocampione in base alle **comorbidità**:

- ADHD + DOP n. 52 (94,6%)
- ADHD + Dist. Condotta n. 0 (0%)
- ADHD + DOP + Dist. Condotta n. 3 (5,4%)



# SOTTOCAMPIONE ADHD-DOP-DC

Disaggregazione del sottocampione ADHD-DOP-DC (n. 55 pazienti) in base all'erogazione di **trattamento**:

- n. 15 hanno solo il trattamento psicologico multimodale (27,3%)
- n. 8 hanno assunto o assumono solo terapia farmacologica con metilfenidato (14,5%)
- n. 23 con terapia combinata psicologica e farmacologica (41,8%)
- n. 9 senza alcun tipo di intervento (16,4%)



# SOTTOCAMPIONE ADHD-DOP-DC

Disaggregazione del sottocampione ADHD-DOP-DC (n. 55 pazienti) in base all'erogazione di **trattamento**:

- n. 15 hanno solo il trattamento psicologico multimodale (27,3%)
- n. 8 hanno assunto o assumono solo terapia farmacologica con metilfenidato (14,5%)
- n. 23 con terapia combinata psicologica e farmacologica (41,8%)
- n. 9 senza alcun tipo di intervento (16,4%)



# SOTTOCAMPIONE ADHD-DOP-DC

Disaggregazione del sottocampione ADHD-DOP-DC (n. 55 pazienti) in base al **SESSO**:

- n. 52 maschi (94,6%)
- n. 3 femmine (5,4%)

Disaggregazione del sottocampione ADHD-DOP-DC (n. 55 pazienti) in base **all'età in fase diagnostica**:

- n. 2 diagnosticati durante la scuola materna (3,6%)
- n. 37 diagnosticati durante la scuola primaria (67,3%)
- n. 11 diagnosticati durante la scuola secondaria di I grado (20%)
- n. 5 diagnosticati durante la scuola secondaria di II grado (9,1%)

Età media dell'età in fase diagnostica del sottocampione ADHD-DOP-DC (n. 55 pazienti): 9 anni e 5 mesi



# SOTTOCAMPIONE ADHD-DOP-DC

Disaggregazione del sottocampione ADHD-DOP-DC (n. 55 pazienti) in base alla presenza di **difficoltà scolastiche** significative:

- n. 36 casi hanno presentato difficoltà scolastiche significative (65,5%)
- n. 19 casi hanno presentato difficoltà scolastiche significative (34,5%)



# RIFLESSIONI SUI DATI

- L'Adhd si conferma essere un disturbo con numerose comorbidità, tra cui le più frequenti sono Disturbi d'Apprendimento e DOP
- Come noto, l'Adhd ha una prevalenza maggiore nel sesso maschile
- Tutti i casi con DC hanno avuto in precedenza anche il DOP
- Il trattamento combinato (farmacologico e psicologico) rimane la terapia d'elezione nei casi con gravità
- Il trattamento risulta uno tra i fattori prognostici positivi che riduce il rischio di evoluzione verso DC
- La maggioranza dei primi accessi avviene durante i primi anni della scuola primaria e ciò consente l'individuazione precoce e il trattamento tempestivo
- Tra i fattori di rischio di prognosi negativa vi è la presenza di difficoltà scolastiche significative (contesto scolastico percepito come escludente e poco formato sulla gestione del Disturbo a scuola, rifiuto nel frequentare, abbandono scolastico ecc.)



# TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

## Età prescolare:

- NO alla tp farmacologica
- SI al PT di gruppo e tp cognitivo.comportamentlae individuale

## Età scolare:

- PT prima scelt nei casi di minore gravità ev associato a CBT e TT
- Si alla farmacoterapia come prima scelta nei casi gravi

## PSICOSTIMOLANTI

- Metilfenidato MPH
- Appartiene alla categoria degli stimolanti
- Inibitore re-uptake della dopamina a livello presinaptico
- Il suo effetto è di aumentare la DA e la NA a livello spazio intersinaptico che ha come risultato di potenziare la trasmissione dopaminergica deficitaria e ridurre uno stato di iperattività dopaminergica
  
- MPH rilascio immediato durata 3 ore RITALIN
- MPH rilascio prolungato 6 ore MEDIKINET
- MPH rilascio modulato e prolungato 8 ore EQUASYM

# METILFENIDATO

- Forme farmaceutiche
- Equasym ® (Metilfenidato cloridrato) capsule a rilascio modificato
- 10 – 20 – 30 mg in capsule
- Rilascio modificato di MPH
- –30% della dose: rilascio immediato
- –70% della dose: rilascio prolungato
  
- Medikinet ® (Metilfenidato cloridrato) capsule a rilascio modificato
- 5-10 – 20 – 30 -40 mg in capsule
- Rilascio modificato di MPH
- –50% della dose: rilascio immediato
- –50% della dose: rilascio prolungato



# NON PSICOSTIMOLANTI

- Atomoxetina
- -inibitore selettivo della ricaptazione NA
- Seconda scelta in età <18 anni, prima scelta in età adulta
- Posologia: 0.5-1.2 mg/kg sino a 70 kg, poi 40-100 mg/die.
- Clonidina - Guanfacina

# STUDIO MTA FOLLOW UP

- Dopo 10 mesi gli effetti si riducono della metà
- ADHD risponde bene al farmaco e alla tp combinata a breve termine ma:
- --le evidenze a lungo termine non sono confermate
- --i risultati non si mantengono a lungo termine

## NICE 2018 ETÀ 5-18 ANNI

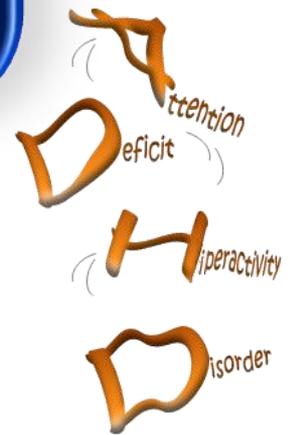
- 2008: tp farmacologiche solo ai casi più gravi
- 2018: offrire tp farmacologica in TUTTI I CASI – anche lievi – in cui vi è persistenza di compromissione in almeno un dominio dopo modificazioni ambientali (CT PT e TT).



*Lecco, 17 aprile 2024*

# LA PRESA IN CARICO PRESSO LA SC-NPIA DEL SOGGETTO ADHD

- CHILD TRAINING
- PARENT TRAINING
- TEACHER TRAINING



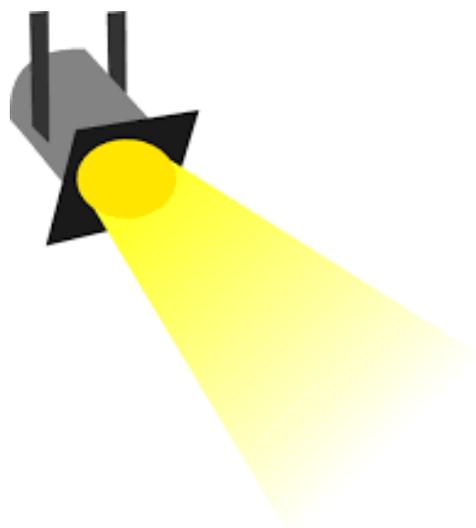
Sistema Socio Sanitario



NEUROPSICHIATRIA  
PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA



**Dr.ssa Daniela Alacqua**  
*Dirigente Psicologo-Psicoterapeuta*  
**SC-NPIA, ASST LECCO**



# ADHD: Premesse...



# DIFFICOLTÀ DI AUTOREGOLAZIONE



Math homework

Solve li

$$5(-4x$$

$$0, x$$

$$2($$

Fin

Solve;

$$2X + b$$

Histor

Colum

an exp

what is

Catholic M

Atlantic Ocea

Solve:

$$5(-3x - 2) - (x - 3) = -4(4$$

$$2(a - 3) + 4b - 2(a - b - 3)$$

Find the slope of the li

$$x^2 + 0, x + 5) + 13$$

ints (-1, -1) and (2, 2).



# Il nostro ruolo?

CLINICI

GENITORI

INSEGNANTI

FILTRO



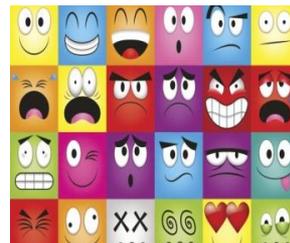
- **Aiutare a orientare l'attenzione**
- **Aiutare a prevedere le conseguenze**



# COSA POTENZIARE?

## DEFICIT FUNZIONI ESECUTIVE

Schema basato sul modello di Brown, 2013



# PROGETTO REGIONALE ADHD: “CONDIVISIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO- TERAPEUTICI PER L’ADHD IN LOMBARDIA”

- Dal 2011 e ancora attualmente
- 18 Centri di riferimento per l’Adhd in regione Lombardia



## 18 Centri di Riferimento ADHD

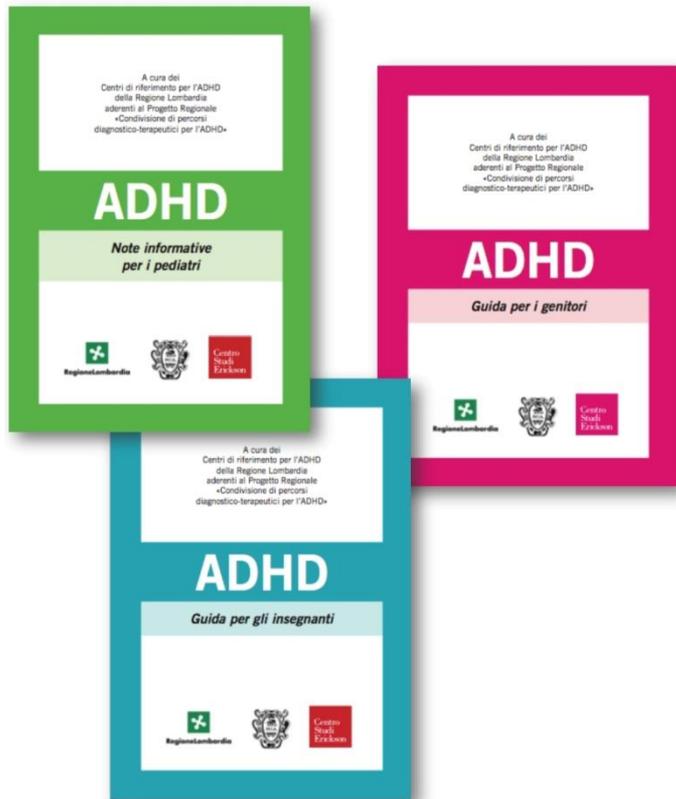
Bergamo  
Brescia  
Bosisio Parini  
Como  
Cremona  
Garbagnate  
Lecco  
Legnano  
Lodi  
Mantova  
MI – Fatebenefratelli  
MI – Niguarda  
MI – Policlinico  
MI – San Paolo  
Pavia  
Sondrio  
Vallecambonica  
Varese

- **Condivisione** di percorsi diagnostico-terapeutici omogenei
- Meeting periodici per **aggiornare** procedure e modalita’
- Audit periodici di analisi e confronto su **casi clinici**



# PROGETTO REGIONALE ADHD

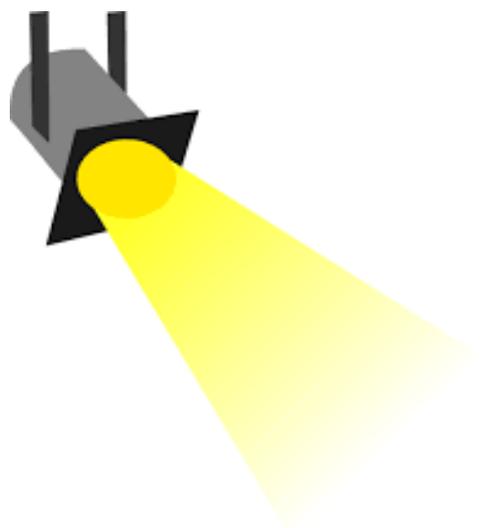
- **Registro regionale** creato dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, per raccolta e analisi dei dati, con pubblicazione di articoli di ricerca



- Eventi di **sensibilizzazione** e pubblicazione di **opuscoli informativi per genitori insegnanti e pediatri**



- Pubblicazione di **manuali rivolti agli operatori** per la conduzione di Parent e Teacher Training

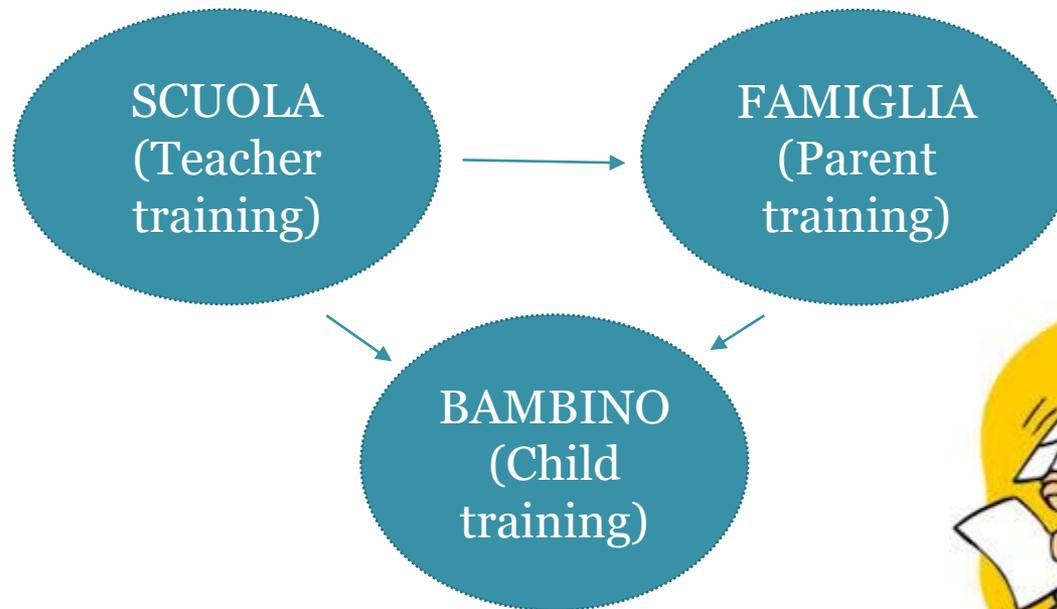


# ADHD: Trattamento



# TRATTAMENTO: APPROCCIO MULTIMODALE:

## ➤ INTERVENTO PSICOLOGICO



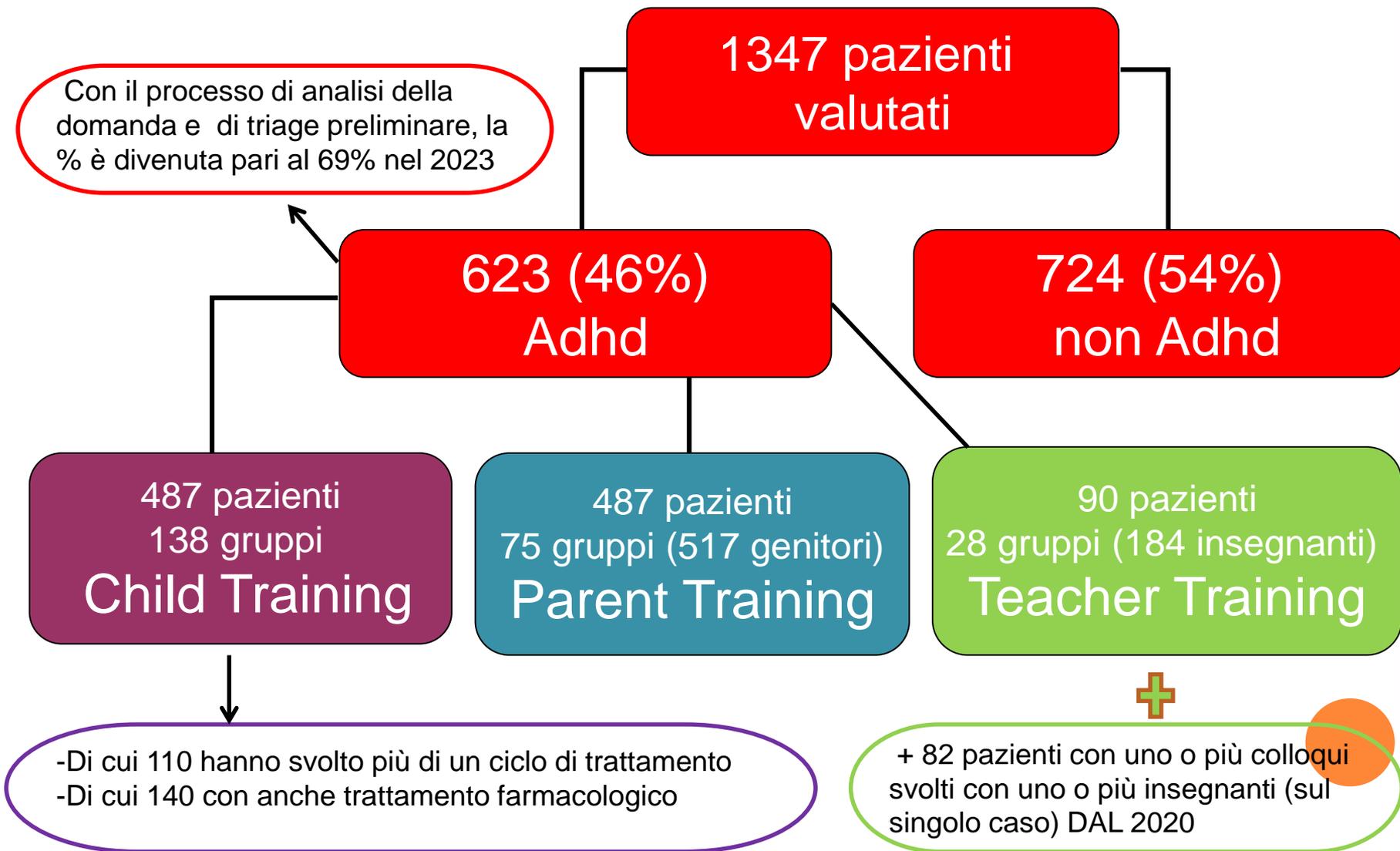
## ➤ INTERVENTO FARMACOLOGICO

## ➤ INTERVENTO COMBINATO (psicologico + farmacologico)

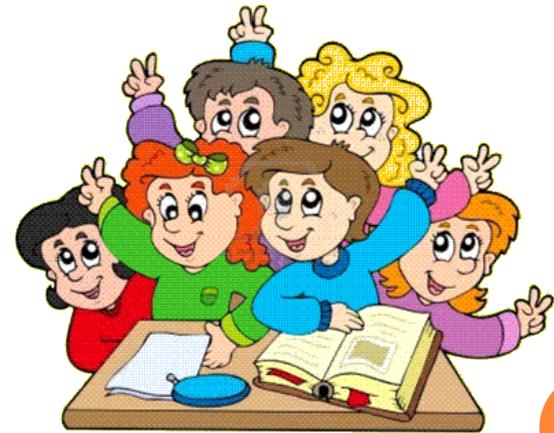


# QUALCHE DATO DEL NOSTRO CENTRO

(dal 2012 al 31/12/2023):



# BAMBINO (Child training)



# CHILD TRAINING:

## MODALITÀ OPERATIVE



# CHILD TRAINING: modalità operative

- **GRUPPO** COMPOSTO DA 4-6 BAMBINI / RAGAZZI (4-18 ANNI)  
(simili per età, sesso, caratteristiche cliniche)
- **APPROCCIO COGNITVO-COMPORTAMENTALE**
  - riadattamento del “Coping Power Program” di J. Lochman
  - modello DNA-V secondo l’approccio ACT
- 10 **INCONTRI** CON I BAMBINI settimanali (eventualmente ripetibili)  
+ 2 **INCONTRI** CON I GENITORI (pre-post)  
+ **RIVALUTAZIONE CLINICA** al termine
- **OPERATORI:**
  - 2 psicologhe-psicoterapeute
  - 1 psicologa-psicoterapeuta + 1 terapeuta della riabilitazione neuro psicomotoria
  - 1 psicologa-psicoterapeuta + 1 educatrice professionale
- **STRUMENTI:** giochi, attività strutturate, schede di lavoro, rappresentazioni grafiche, stimoli visivi, software informatici, discussioni guidate, drammatizzazione di fatti accaduti mediante role-playing, video/fotografie a tema, mindfulness, rilassamento corporeo, espressione di vissuti emotivi e pensieri, rielaborazione di pensieri disfunzionali, individuazione di valori personali e di azioni strategiche atte a raggiungerli



# CHILD TRAINING:

## AMBITI DI LAVORO



# CHILD TRAINING: ambiti di lavoro

1. **Presentazione** obiettivi, attività, membri del gruppo, regole per lavorare bene insieme (non imposte ma condivise), motivazione al lavoro terapeutico
2. Potenziare le **capacità organizzative** in ambito scolastico (ordine dei materiali , ordine del banco/scrivania, organizzazione cartella, scrittura compiti sul diario, gestione del tempo)
3. Migliorare le **abilità di studio** (es. apprendimento mediante categorie concettuali, schemi e mappe) e l'organizzazione dei **compiti a casa** (luogo, tempo, procedure, rinforzi)
4. Potenziamento delle **abilità attentive** (maggior tenuta e minor distraibilità)
5. Controllo dei **comportamenti iperattivo-impulsivi**
6. Potenziamento della **memoria di lavoro**

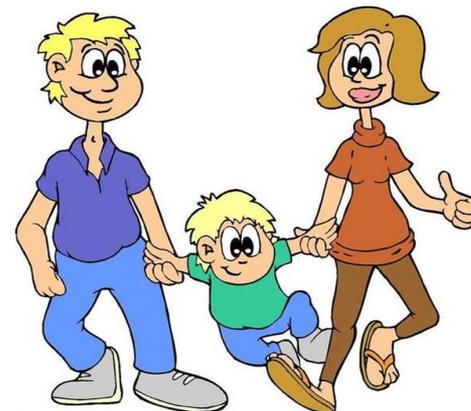


# CHILD TRAINING: ambiti di lavoro

7. **Consapevolezza delle emozioni:** cosa sono, identificare le componenti comportamentali, cognitive e fisiologiche dei diversi stati emotivi e le “molle situazionali” che le determinano
8. Differenti metodi per **fronteggiare le emozioni spiacevoli** (in particolare la rabbia) e per acquisire l’autocontrollo
9. Gestione dei **conflitti** (con insegnanti, genitori, fratelli, pari)
10. **Problem-solving:** stabilire un piano, ovvero una procedura sequenziale, per la risoluzione dei problemi (di tipo organizzativo, scolastico, relazionale ecc.)



# GENITORI (Parent training)



# PARENT TRAINING:

## MODALITÀ OPERATIVE



# PARENT TRAINING: modalità operative

- **GRUPPO** COMPOSTO DAI GENITORI DI circa 6 BAMBINI  
(preferibile entrambi i genitori per ciascun bambino)
- **RIFERIMENTI TEORICI:**
  - modello di Vio, Marzocchi, Offredi (età scolare)
  - modello di Vio e Spagnoletti (età pre-scolare)
  - matrice ACT (psicoterapia cognitivo-comportamentale)
- **6 INCONTRI** quindicinali + 1 INCONTRO DI FOLLOW-UP
- **OPERATORI:** 1 psicologa-psicoterapeuta
- **STRUMENTI:** brain-storming, discussioni guidate, schede di lavoro, rappresentazioni grafiche, video a tema, pratiche di mindfulness e di rilassamento corporeo, espressione di vissuti emotivi e pensieri, rielaborazione di pensieri disfunzionali, individuazione di valori personali nella relazione con il/la figlio/a e di azioni strategiche atte a raggiungerli

# PARENT TRAINING:

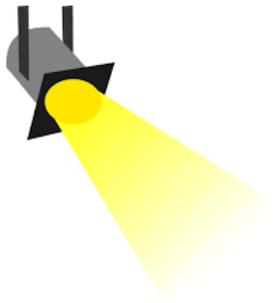
## AMBITI DI LAVORO



# PARENT TRAINING: ambiti di lavoro

1. **Caratteristiche del disturbo** (sintomi primari e secondari), comorbilità, incidenza, eziologia, prognosi
2. **Lavoro preparatorio**: obiettivi del percorso; senso di competenza del genitore; motivazione al cambiamento; individuazione dei valori nella relazione col figlio/a; cosa sente emotivamente e fisicamente il genitore? cosa pensa e come agisce il genitore? quali pensieri e azioni possono essere di aiuto al genitore?  
→ USO DELLA MATRICE ACT
3. **Punti di forza e punti di debolezza** del bambino e racconto a turno delle **situazioni problematiche** (focus su interazione genitore-bambino)
4. **Racconto a turno e analisi delle “situazioni-problema”** (antecedente, comportamento disfunzionale del bambino, conseguenze attuate dai genitori di tipo verbale o comportamentale e reazione del bambino)





# ANALISI FUNZIONALE

A (ANTECEDENTE)	B (COMPORTAMENTO)	C (CONSEGUENZA)
Situazioni che controllano un comportamento, facilitandone l'emissione.	Ciò che il bambino FA ↓ AZIONI      PAROLE	Ciò che accade dopo il manifestarsi del comportamento del bambino

- 
- EVENTI
  - EMOZIONI
  - PENSIERI

piacevole o spiacevole

funzionale o disfunzionale

piacevole o spiacevole



# PARENT TRAINING:

5. **Strategie psico-educative basate sull'antecedente** che favoriscono l'autoregolazione (comunicazione efficace, ascolto attivo, routine, “regole-traguardi”, anticipazione di rinforzatori e di un tempo privilegiato, patto condiviso, anticipazione di conseguenze piacevoli e spiacevoli)
6. **Individuare i comportamenti disfunzionali del bambino e il grado di gravità** (comportamenti lievemente negativi vs. comportamenti gravemente negativi?)
7. **Strategie psico-educative basate sulla conseguenza** (rinforzo positivo, rinforzo dei traguardi parziali, time-out, ignorare, costo della risposta, punizione, piano di problem-solving a 5 fasi delle situazioni critiche)
8. **Esercitazioni pratiche** su casi personali
9. Pratiche di **mindfulness e rilassamento corporeo**



# INSEGNANTI (Teacher training)



# TEACHER TRAINING:

## MODALITÀ OPERATIVE



# TEACHER TRAINING: modalità operative

- **GRUPPO** COMPOSTO DALLE INSEGNANTI (di riferimento) DI 4 BAMBINI (2 INSEGNANTI PER BAMBINO)
- 5 **INCONTRI** ogni 2/3 settimane  
+ 1 **INCONTRO DI FOLLOW-UP** (verifica dei risultati e del lavoro svolto)
- **OPERATORI:** 1 psicologa-psicoterapeuta
- **STRUMENTI:** brain-storming, discussioni guidate, schede di lavoro, rappresentazioni grafiche, video a tema, esercitazioni pratiche, espressione di vissuti emotivi e pensieri, rielaborazione di pensieri disfunzionali



# TEACHER TRAINING:

## AMBITI DI LAVORO



# TEACHER TRAINING: ambiti di lavoro

1. Caratteristiche del disturbo e comorbidità, normativa di riferimento, presentazione dei casi di ciascuno
2. Comportamenti-problema e procedure di osservazione sistematica
3. Discussione sulle osservazioni effettuate mediante il modello dell'analisi funzionale
4. Strategie per la didattica e gestione degli antecedenti ambientali
5. Strategie di modificazione del comportamento



# TEACHER TRAINING:

**CRITICITA'**



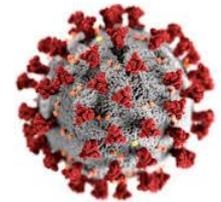
# TEACHER TRAINING: criticità

## Scarsa partecipazione o interruzioni del percorso

*(“modalità in presenza”, “extra-orario lavorativo”, “previsione di più di un incontro”, “eccessivo carico di lavoro”, “attestato di presenza ma non di tipo formativo”)*



## Pandemia Covid-19



**Si prosegue ancora attualmente con uno o più incontri online con uno o più insegnanti di un singolo minore:**

- tante richieste e molta partecipazione
- MA minor possibilità di approfondire e dettagliare





# ALCUNE LINEE GUIDA

- **trasversali alle diverse figure d'intervento**
- **trasversali alle diverse fasce d'età**



# ALCUNE LINEE GUIDA\_

## COME AFFRONTARE I COMPORTAMENTI PROBLEMATICI?



### STRATEGIE DI MODIFICAZIONE DEL COMPORTAMENTO

1. Gestione degli **ANTECEDENTI** → creazione di un contesto facilitante
2. Gestione delle **CONSEGUENZE POSITIVE** → rinforzi, token economy  
*Dare un elogio dopo un comportamento corretto è più importante che rimproverare e punire un comportamento sbagliato!*
3. Gestione delle **CONSEGUENZE NEGATIVE** → gestione del comportamento problema se persiste nonostante le strategie di gestione degli antecedenti



# GESTIONE DEGLI ANTECEDENTI

- 1. Comunicazione efficace:**
  - ottenere l'attenzione prima di dare istruzioni
  - incoraggiare il contatto visivo
  - messaggi chiari, brevi, concreti e specifici
  - affermazioni su cosa fare (no negazioni o domande)
- 2. Routine:** organizzare il contesto e le attività rende più prevedibile l'ambiente, rende le attività più sopportabili e regola il comportamento del bambino
- 3. Anticipare le variazioni** (es. imprevisti)
- 4. Strumenti che scandiscono il tempo:** se quando si inizia un'attività è possibile prevedere una durata, è più facile per il bambino prevedere una fine
- 5. Proporre compiti percepiti come poco piacevoli mediante due alternative** (es. varianti)
- 6. Aiutare ad organizzare, pianificare, strutturare il lavoro**



# GESTIONE DEGLI ANTECEDENTI

## 7. **Regole:**

- chiare, semplici, brevi, riferite a comportamenti precisi
- rappresentabili graficamente (simboli, cartellone)
- massimo 3/4 alla volta
- proposizioni positive, non divieti (traguardi)
- condivise (nella fase decisionale e operativa → parola “noi”)
- immagine specchio (“noi” come modello)
- monitorabili → scheda punti (smile, gettone, ecc.)

## 8. **“Contratto”:**

*traguardo → ricompensa/rinforzo (in caso di esito positivo)*

## 9. **Prevedere le conseguenze delle proprie azioni**

(rinforzo/costo della risposta/punizione) con frasi “se...allora”

*Esempio: “se esegui gli esercizi con attenzione, allora potrai venire a cancellare la lavagna (rinforzo)”, “se esegui gli esercizi chiacchierando col compagno, allora non cancellerai la lavagna (costo della risposta)”, “se esegui gli esercizi chiacchierando col compagno, allora dovrai rifarli (punizione)”*

# GESTIONE DEGLI ANTECEDENTI

10. **Pensare alle conseguenze** di determinati eventi **prima di agire**
11. **Favorire le autoistruzioni** (“cosa devo fare?”)
12. **Mantenere la calma nella relazione con lui/lei:**
  - tono di voce
  - linguaggio non verbale
  - incoraggiamento e supporto
  - valorizzazione dei progressi
  - mostrare fiducia
  - “noi” come modello di problem-solving e autoregolazione
  - tempo privilegiato



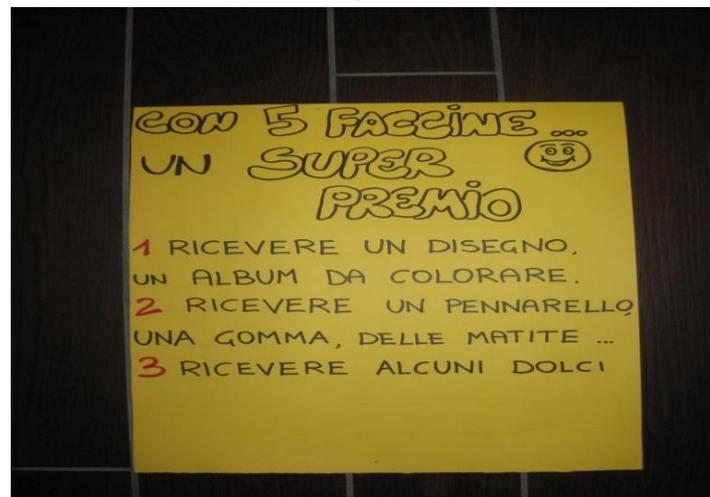
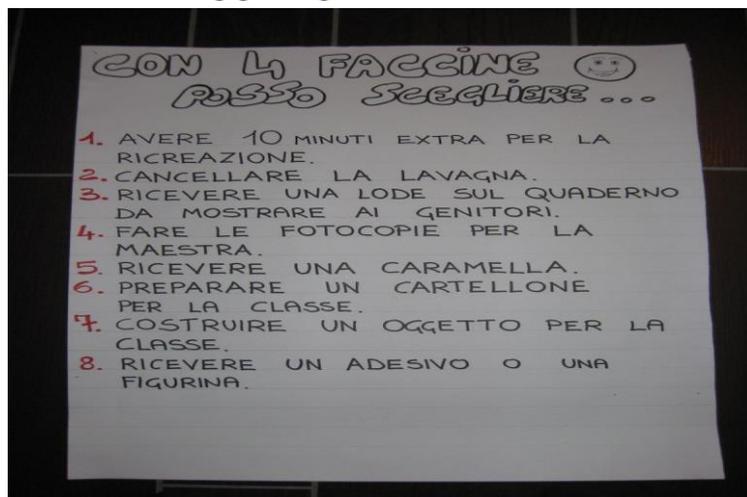
# GESTIONE DELLE CONSEGUENZE POSITIVE

## 1. Rinforzo:

- immediato (correlabile al traguardo) vs. graduale
  - esclusivo (non toglierlo se non raggiunge un altro obiettivo)
  - desiderato, ma anche flessibile (variarlo)
  - proporzionato al comportamento messo in atto
- **Rinforzi tangibili** → premi materiali
  - **Rinforzi sociali** → manifestazioni di approvazione o affetto, elogi
  - **Rinforzi simbolici** → bollini/punti che possono essere scambiati con un altro rinforzo
  - **Rinforzi dinamici** → attività gratificanti o privilegi particolari

## 2. Token Economy:

- Comportamento desiderabile → guadagno di un token
- Raggiungimento del numero di punti stabiliti → ricompensa concordata



# GESTIONE DELLE CONSEGUENZE NEGATIVE

## Gestione del “comportamento problema”:

- comportamento lievemente negativo → IGNORARE se il fine è quello di attirare l’attenzione (es. capriccio, lieve disturbo)
- comportamento gravemente negativo → INTERVENIRE
  - *costo della risposta (perdita privilegio) vs. punizione*
  - *time-out*
  - *informazione di ritorno dell’adulto*
    1. *Descrizione del comportamento inadeguato*
    2. *Spiegazione del motivo per cui è sbagliato → far capire il significato del rimprovero!*
    3. *Indicazione del comportamento alternativo*
    4. *Comunicazione dei vantaggi del comportamento adeguato*
  - *analisi razionale-emotiva*

COSA È SUCCESSO?	COSA PENSO? COSA PROVO?	COSA FACCIÓ?
------------------	----------------------------	--------------

- *analisi funzionale*

ANTECEDENTE	COMPORAMENTO	CONSEQUENTE
-------------	--------------	-------------

- *problem-solving: modello a 5 fasi in cui si coinvolge il minore*
  1. *analisi del problema in un clima di aiuto (e non di giudizio e rimprovero)*
  2. *analisi delle possibili soluzioni*
  3. *scelta sulla base delle conseguenze previste (se...allora)*
  4. *attuazione strategia scelta*
  5. *verifica degli esiti*



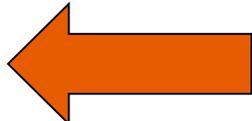
# TRATTAMENTO:

## DALLA TEORIA ALLA PRATICA...



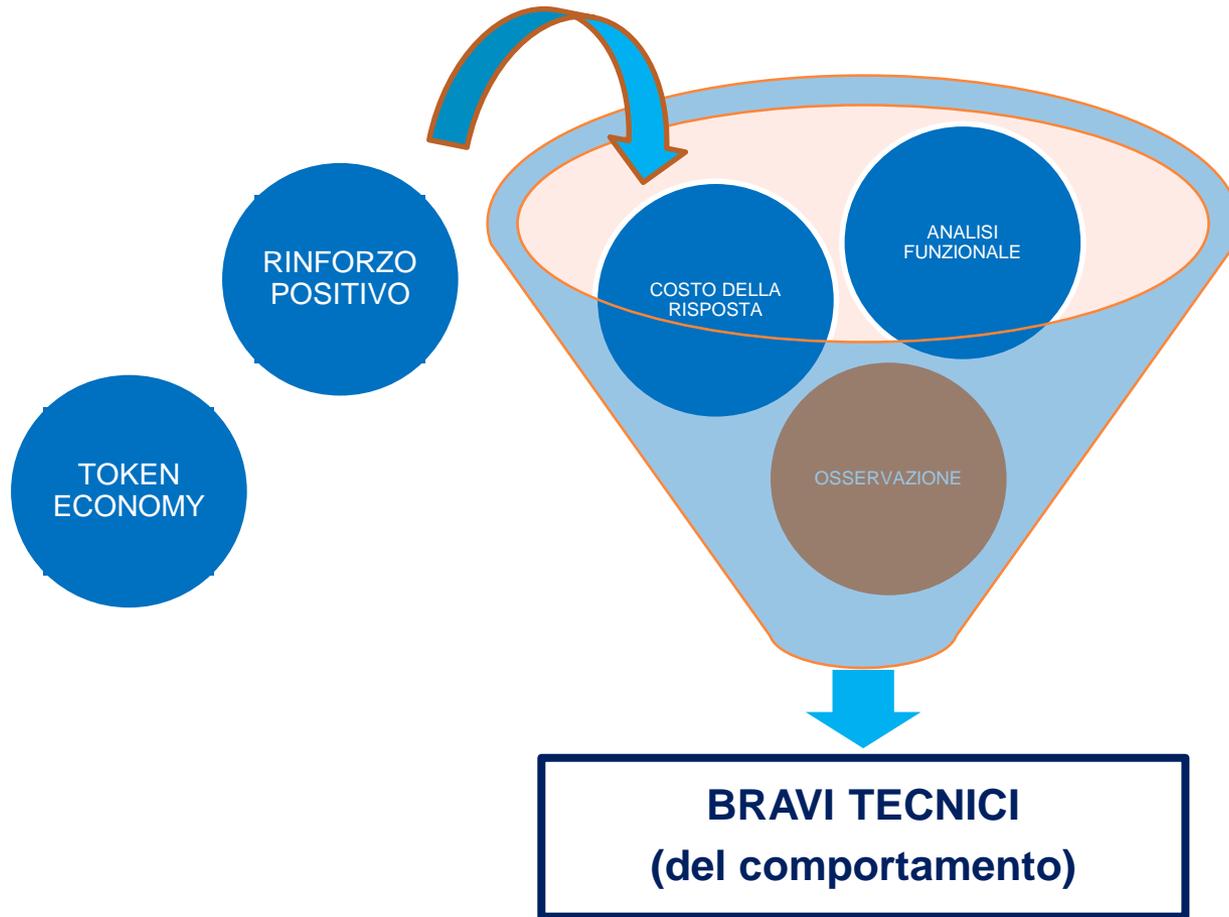
# LE STRATEGIE ALLE VOLTE FALLISCONO ...

## In mancanza di:

- **SISTEMATICITÀ**: a volte sì, a volte no
- **COERENZA**: a volte faccio una cosa e a volte un'altra
- **PERSEVERANZA**: se non funziona subito, abbandono
- **COLLABORAZIONE** tra figure di intervento 
- **PREVEDIBILITÀ** nelle punizioni (varia gravità a seconda di come mi sento, del momento, del bambino)



# NON BASTA!



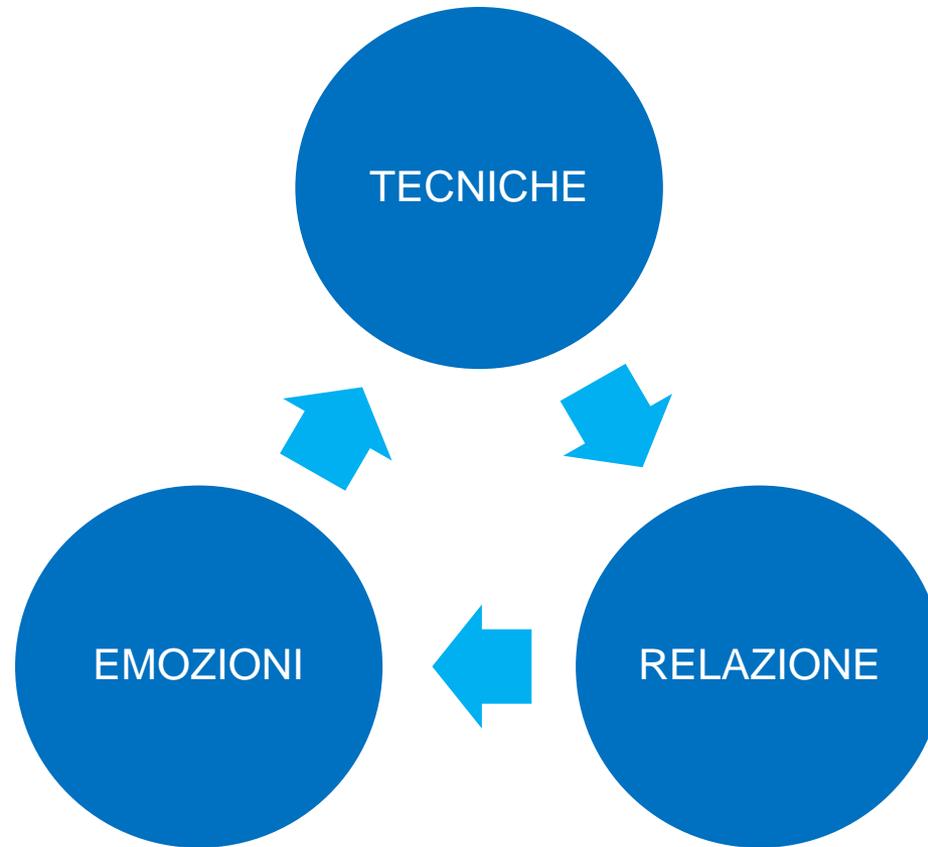
**SE FOSSE SOLO UNA QUESTIONE DI TECNICHE...**

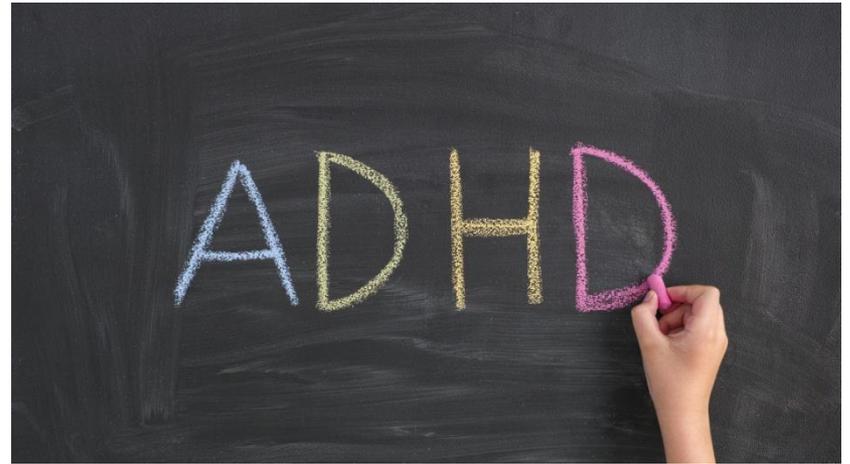


**MA NON E' SOLO UNA QUESTIONE DI TECNICHE!!!**



# C'È UN'INTERAZIONE!





# COS'ALTRO PUO' FARE LA SCUOLA?



# Cos'altro può fare la scuola?

## 1

## LE NORMATIVE

- Circolare del **20/03/2012**: piano didattico personalizzato per alunni con ADHD (e successivi chiarimenti **19/04/2012**)
- Direttiva del **27/12/2012**: estensione delle misure previste dalla Legge 170 per alunni e studenti con DSA a tutti gli alunni con BES (tra cui studenti con Adhd), se necessario
- Circolare MIUR 4089 del 15.06.2010: disturbo da deficit d'attenzione e iperattività
- Nota del 17/11/2010: sintomatologia dell'ADHD in età prescolare. Continuità tra la scuola dell'infanzia e scuola primaria.
- Circolare del 4/12/2009: problematiche collegate alla presenza nelle classi di alunni con ADHD.



# Cos'altro può fare la scuola?

## 2

## STRATEGIE DIDATTICHE

- Fornire **aiuti visivi** (figure, schemi, tabelle, mappe, diagrammi di flusso, parole chiave) e incoraggiarne l'uso
- Fornire materiale visivo in cui sia però **limitata la complessità percettiva** e non si affollino troppe informazioni
- **Stabilire l'ordine** degli argomenti e delle attività (a voce o con agenda visiva)
- **Tempi di lavoro brevi** con piccole **pause già concordate**, per garantire un recupero nella tenuta attentiva, nelle quali assegnare attività inerenti agli argomenti trattati ma che implicano l'attivazione di altro canale di lavoro rispetto a quello in uso (visivo, uditivo, motorio, grafo-motorio, artistico, prassico). Utile alternare compiti passivi (ascolto della spiegazione), con compiti attivi (es. schede)
- **Suddividere** l'attività in piccole unità
- **Accertarsi del livello di attenzione** (ad es. attraverso contatto oculare, tono di voce variato e vivace, chiamarlo per nome) quando vengono fornite istruzioni o spiegazioni e **favorire una partecipazione attiva** (domande di coinvolgimento, assegnazione di incarichi)
- Dare **istruzioni brevi** e verificare se sono state colte, facendole ripetere
- Accompagnare la spiegazione dei concetti e delle consegne ricorrendo all'utilizzo di **supporti pratici**, strumenti esemplificativi, video e attività esperienziali



# STRATEGIE DIDATTICHE

- Aiutare l'alunno a **organizzare le attività** procedendo per punti e obiettivi, esplicitando le procedure, le possibili difficoltà e fornendo feedback frequenti.
- Favorire l'uso del **computer** e di enciclopedie/vocabolari multimediali
- Allenare il bambino ad **organizzare il proprio banco** in modo da avere solo il materiale necessario per la lezione del momento
- Allenare ad **organizzare i materiali** (cartelloni/schema sul diario con elenco materiali per ogni materia, quaderni e cartelle ben contrassegnate: colore ed etichetta, invitare a controllare di avere il materiale prima di ogni attività)
- **Attività routinarie** per fornire un ambiente prevedibile (ingresso in classe ad un'ora stabilita, segnale condiviso di inizio lavori, presentazione delle attività della giornata: compresi tempi e pause, dettatura dei compiti in un orario che consenta la comprensione delle consegne, routine di saluto a fine giornata)
- Occuparsi stabilmente della corretta **scrittura dei compiti sul diario**



# STRATEGIE DIDATTICHE

- **Ridurre le fonti di distrazione ambientale** (vicino alla cattedra, in posizione centrale)

La disposizione del banco:

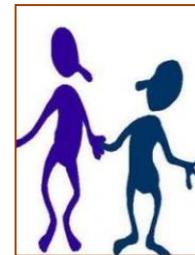
- sempre “sott’occhio” e facilmente raggiungibile
  - avere dei compagni vicino, ma tranquilli
  - posizione tale che, se vuole alzarsi, non disturba troppi compagni
  - seduto lontano da fonti di distrazione (ad es. finestra, porta, cestino, orologio, armadi o librerie, cartelloni, etc.).
  - non troppi compagni davanti a lui, poiché potrebbero essere fonte di distrazione e un potenziale “pubblico” per lui
- 
- **Strutturare le situazioni della giornata che sono poco definite** (ad esempio il cambio dell’ora o la pausa pranzo)



# STRATEGIE DIDATTICHE

- Favorire l'**autoconsapevolezza e l'autoregolazione** (ad esempio, mediante cartellini promemoria da incollare sul banco con scritto “sono attento?”, “sto ascoltando l'insegnante?” oppure con raffigurato un bambino che fa il suo lavoro rimanendo al proprio banco)
- **Gratificazioni** immediate, ravvicinate e frequenti a sostegno dell'autostima
- **Concordare** con l'alunno piccoli e realistici **obiettivi comportamentali e didattici**
- Definire con tutta la classe **regole** di comportamento (affermazioni al positivo, operative, semplici, chiare, legame causa-effetto, poche alla volta, esposte, condivise, rappresentate)

*Esempio: “per uscire bisogna mettersi in fila per due e aspettare il proprio turno” → “usciamo in fila per due”; NO: “non si corre, non si spinge, non si va avanti da soli, in fila comportiamoci bene, come ci si comporta in fila?”*



- **Evitare punizioni** (quali l'aumento dei compiti per casa, una riduzione dei tempi di ricreazione e gioco o l'esclusione dalla partecipazione alle gite)

# STRATEGIE DIDATTICHE

- Preferire il **rinforzo** di comportamenti positivi e funzionali rispetto alla punizione di comportamenti problema

## Esempi di rinforzi efficaci utilizzabili a scuola

<i>Bambini</i>	
Avere tempo extra per la ricreazione Essere il leader del gruppo Preparare la bacheca Andare in biblioteca Fare commissioni Giocare una partita Ascoltare musica con le cuffie Aiutare il bibliotecario Vedere film o DVD Partecipare a una festa Scegliere dove sedersi Avere tempo libero Suonare uno strumento Raccontare qualcosa a tutta la classe Partecipare ad attività di gruppo	Girare un video Cancellare la lavagna Ricevere una telefonata da un genitore Assistere un altro alunno Ricevere una lode sul quaderno da mostrare ai genitori Masticare chewing gum in classe Ricevere commenti positivi sul lavoro fatto a casa Poter fare fotografie Avere distintivi o etichette Fare l'aiutante dell'insegnante Mostrare il proprio hobby alla classe Ottenerne un diploma speciale Partecipare a una scampagnata o una gita Portare un messaggio ad altri insegnanti
<i>Adolescenti</i>	
Essere il leader del gruppo Correre a fare commissioni Giocare delle partite Vedere film o video Suonare uno strumento Fare un video Masticare chewing gum in classe Avere tempo libero per attività varie Avere un periodo di tempo maggiore per il pasto Partecipare a gite scolastiche Essere nominato capoclasse	Essere incaricato di portare avanti una discussione in classe Ascoltare musica Avere un suggerimento per il lavoro a casa Assistere un altro studente Mostrare un hobby alla classe Partecipare a uno spettacolo scolastico Giocare con un videogioco Fare parte di una squadra sportiva Essere lasciato libero di uscire prima dalla classe



# Cos'altro può fare la scuola?

## 3

## CRITERI E MODALITÀ DI VERIFICA

- ✓ **Programmazione** delle verifiche e interrogazioni
- ✓ Prove scritte **suddivise in più parti**
- ✓ Possibilità di utilizzo di **schemi**, parole chiave, formulari durante le verifiche e le interrogazioni a sostegno della memoria
- ✓ Invitare lo studente a effettuare un **controllo accurato** prima di consegnare il compito
- ✓ Assicurarsi che durante le interrogazioni l'alunno abbia **ascoltato e riflettuto sulla domanda** ed incoraggiare una seconda risposta qualora tenda a rispondere in modo frettoloso.
- ✓ Comunicare i tempi necessari per l'esecuzione di un compito, tenendo conto che l'alunno può necessitare di **tempi maggiori** o di una **riduzione del numero delle richieste**
- ✓ Valutare gli elaborati scritti in base al contenuto, valorizzando il **prodotto e l'impegno** piuttosto che la forma e gli errori di distrazione



# Cos'altro può fare la scuola?

## 4

### OSSERVAZIONE SISTEMATICA DEL COMPORTAMENTO

#### 1) ELENCO DEI COMPORTAMENTI PROBLEMA

- **DONDOLARSI SULLA SEDIA**
- **ALZARSI DALLA SEDIA**
- **GIRONZOLARE PER L'AULA**
- **CORRERE NEI CORRIDOI**
- **SPINGERE PER "SCAVALLARE" LA FILA**
- **RIDERE INUTILMENTE**
- **URLARE**
- **FARE VERSI**
- **BATTERE LA PENNA SUL BANCO**
- **NON ESEGUIRE LE RICHIESTE DELL'INSEGNANTE**
- **FARE COSE NON ATTINENTI**
- **INTERROMPERE GLI ALTRI QUANDO PARLANO**
- **PARLARE SENZA AVER ALZATO LA MANO**
- **GETTARE OGGETTI PER TERRA**
- **DARE CALCI AL BANCO**



# OSSERVAZIONE SISTEMATICA DEL COMPORTAMENTO

## 2) SCELTA DEI COMPORTAMENTI DA OSSERVARE (max 3)

→ Quelli che si vorrebbe modificare, non necessariamente i più gravi

## 3) EFFETTUARE L'OSSERVAZIONE

- CHI? l'insegnante che sta tenendo la lezione;
- QUANTO? per almeno 5 giorni nell'arco di un paio di settimane;
- COSA? al massimo 3 comportamenti problema
- COME? osservo, non intervengo!

## 4) PREDISPOSIZIONE DI UNA GRIGLIA DI OSSERVAZIONE

INTERVALLI DI TEMPO	Urla	Si alza dal posto e vaga per l'aula	Scarabocchia durante la spiegazione
8.30 – 8.45 (matematica)		x	
10.15– 10.30 (italiano)	xx	xxx	xx
11.45 – 12.00 (storia)	xx	xxxx	xxx
	5	8	5



# OSSERVAZIONE SISTEMATICA DEL COMPORTAMENTO

## SCOPO

- Scopo dell'osservazione è cercare di capire la relazione tra un comportamento problematico e le conseguenze che lo mantengono o gli antecedenti che lo scatenano.
- Questa attività è necessaria per prevenire la comparsa di certi comportamenti (antecedenti) o per cambiare le conseguenze che in qualche modo lo mantengono.



## Cos'altro può fare la scuola?

**5**

### **ANALISI DELLE POSSIBILI FUNZIONI DEI COMPORTEMENTI PROBLEMA**

- 1) **ATTIRARE L'ATTENZIONE SU DI SÉ** (insegnante/compagni)
- 2) **OTTENERE UNA RICOMPENSA TANGIBILE** (es. oggetto desiderato, privilegio)
- 3) **FUGGIRE DA UNA SITUAZIONE O EVITARE UN COMPITO SPIACEVOLE** (es. compito sgradito o troppo difficile, punizione)
- 4) **STIMOLAZIONE SENSORIALE** (solievo dalla noia, bisogno di una pausa)

*Ad esempio, Adam può urlare (COMPORTAMENTO PROBLEMA) quando si annoia (ANTECEDENTE), ottenendo così l'interruzione della lezione (CONSEGUENZA: RINFORZO NEGATIVO). In più il comportamento è rinforzato dalle risate dei compagni, che lo mettono al centro dell'attenzione (CONSEGUENZA: RINFORZO POSITIVO).*

### **AL FINE DI ATTUARE UN INTERVENTO EFFICACE**

*Ad esempio, rendere la lezione meno noiosa coinvolgendo Adam in un ruolo attivo*

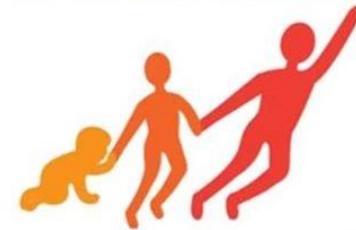


---

# Grazie dell'attenzione

NEUROPSICHIATRIA  
PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

DIPARTIMENTO DI  
SALUTE MENTALE



Sistema Socio Sanitario  
 Regione  
Lombardia  
ASST Lecco

