

per facilitare i progetti integrati d'inclusione

Disturbo primario

Disturbo secondario
(comorbilità)

Disturbo associato

QUADRO CLINICO DI:

Cognome		Nome	
Età		Classe	

Compilato da:

Finalità: il presente quadro clinico vuole essere un riepilogo schematico dei dati diagnostici al fine di dare un quadro d'insieme della persona.

Oltre al quadro clinico sono presente due schede per la valutazione anche dello stile di apprendimento e la griglia con le indicazioni delle risorse che si dovrebbe attivare.

Le presenti schede possono essere compilate:

- Dallo specialista per dare una visione d'insieme immediata e semplice.
- Dai docenti, che potranno ricavare i dati dalle diagnosi per la prima parte e dalle proprie osservazioni per lo stile di apprendimento dello studente.
- Dai genitori stessi per un riflessione completa, soprattutto per quanto riguarda lo stile di apprendimento del proprio figlio/a e sulle risorse da attivare per i trattamenti necessari.

Scheda informativa su:

DDAI (in italiano) (Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività)

Difficoltà nella lettura che si presentano con

disturbo su base neurologica.

Dimostrata la predisposizione genetica.

Altri fattori di rischio sono: la nascita prematura, l'uso di alcool e tabacco da parte della madre, l'esposizione a elevate quantità di piombo nella prima infanzia e le lesioni cerebrali

Non va dimenticata l'importanza dell'ambiente educativo e di vita nella manifestazione del disturbo.

CAUSE

Area prefrontale
Nuclei di base

Zone cerebrali compromesse

La scuola

La scuola è chiamata a partecipare in modo attivo insieme con gli altri protagonisti, non da sola.

Le normative di riferimento a cui riferirsi per attuare in modo corretto l'inclusione dell'alunno con ADHD

- Circola su alunni con BES
- Direttiva Ministeriale 27/12/2012 (strumenti intervento)
- Nota del 17/11/2010 (sintomatologia ADHD)
- Circolare 15/6/2010 (ADHD)
- Circolare 4/12/2009 (problematiche a scuola alunni con ADHD) (3)

È un disturbo che colpisce circa il 4% della popolazione.

Più frequente nei maschi che nelle femmine (3 volte di più)

PERICOLO.

Senza una costante e responsabile Integrazione tra Studente-Famiglia Scuola-Esperti ogni esperienza è votata ALL'INSUCCESSO. E a lasciare sola la persona persa nei suoi disturbi.

La terapia per l'ADHD parte da un presupposto basilare: la **collaborazione e l'integrazione coordinata degli interventi tra tutti gli attori chiamati ad intervenire: genitori, lo studente con ADHD, i docenti e gli specialisti**, e da un tipo di approccio MULTIMODALE, che guarda ad intervento che prevede l'intervento educativo-didattico come intervento di elezione, ma senza escludere anche un intervento farmacologico ove il primo risulti inefficace.

COME SI CURA

SI GUARISCE?

No si può parlare di guarigione. Possiamo parlare di modificazione, cambiamento, sia in positivo che in negativo: tutto dipende dalla gravità del caso e dagli interventi che sono stati messi in atto.

Anche gli interventi messi in atto non danno risultati immediati, ma a lungo termine. **IL VERO CAMBIAMENTO** si può avere solo se la persona raggiunge un livello di **autocontrollo** nella gestione dei propri disturbi che diventano, per così dire, tratti controllati della propria personalità

ADHD
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
disturbo evolutivo dell'autocontrollo. Esso include difficoltà di attenzione e concentrazione, di controllo degli impulsi e del livello di attività.

L'ADHD **NON È UNA FASE DI CRESCITA** che ogni bambino deve superare; non è dovuto ad interventi educativi sbagliati ed è dovuto ad una oggettiva condizione neuro-strutturale e neurofisiologica.

**SEGUONO SCHEDE
PER COMPILARE
QUADRO CLINICO.**

CAUTELA NEL VALUTARE UN BAMBINO/A RAGAZZO/A ADHD



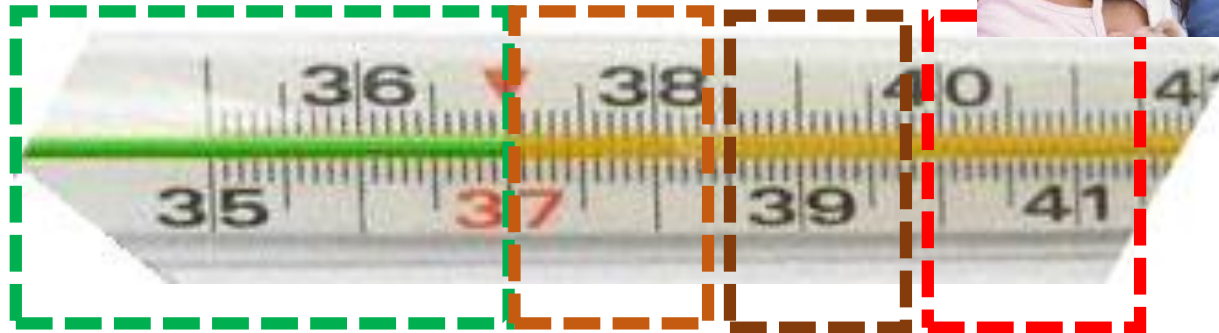
Per rendere chiaro il concetto di normalità e disturbo faccio riferimento alla febbre, un'esperienza che tutti passiamo. A seconda del livello del termometro scattano allarmi ed interventi diversi.

Queste sono tre dimensioni della vita normale di ogni persona. In particolare nei bambini e ragazzi si presentano con gradualità e intensità diverse. Che un bambino sia vivace e impulsivo è normale

attenzione

Attività motoria

impulsività



LIVELLO 1: AREA DELLA NORMALITÀ.

È normale avere la febbre fino a 37. Quindi è normale Attività motoria, impulsità, Attenzione che varia. Ricordiamo che la temperatura basa oscilla da 36 a 37. Sono le variazioni di normalità che esistono.

A questo livello siamo nella sfera educativa

Livello 2: Area di ATTENZIONE

Si consulta, ma non sempre il medico. Spesso non si danno medicine. La febbre è tollerata dal b. e dai genitori.

Area di osservazione

LIVELLO 3: Area di ALLARME.

Si consulta, il pediatro per comprendere cause e attivare cure necessarie

LIVELLO 4: AREA DI EMERGENZA

La situazione è grave. Le conseguenze possono essere drammatiche. Richiesta interventi urgenti immediati

A questi 2 livelli fondamentale diagnosi, prognosi e terapia

Quando guardi, osservi, o valuti un comportamento di un bambino, togliti gli occhi, non è detto che quel comportamento dipende da quel che pensi, o da quel che sai. Per es. l'impulsività eccessiva può dipendere da cento fattori diversi e non essere un ADHD.

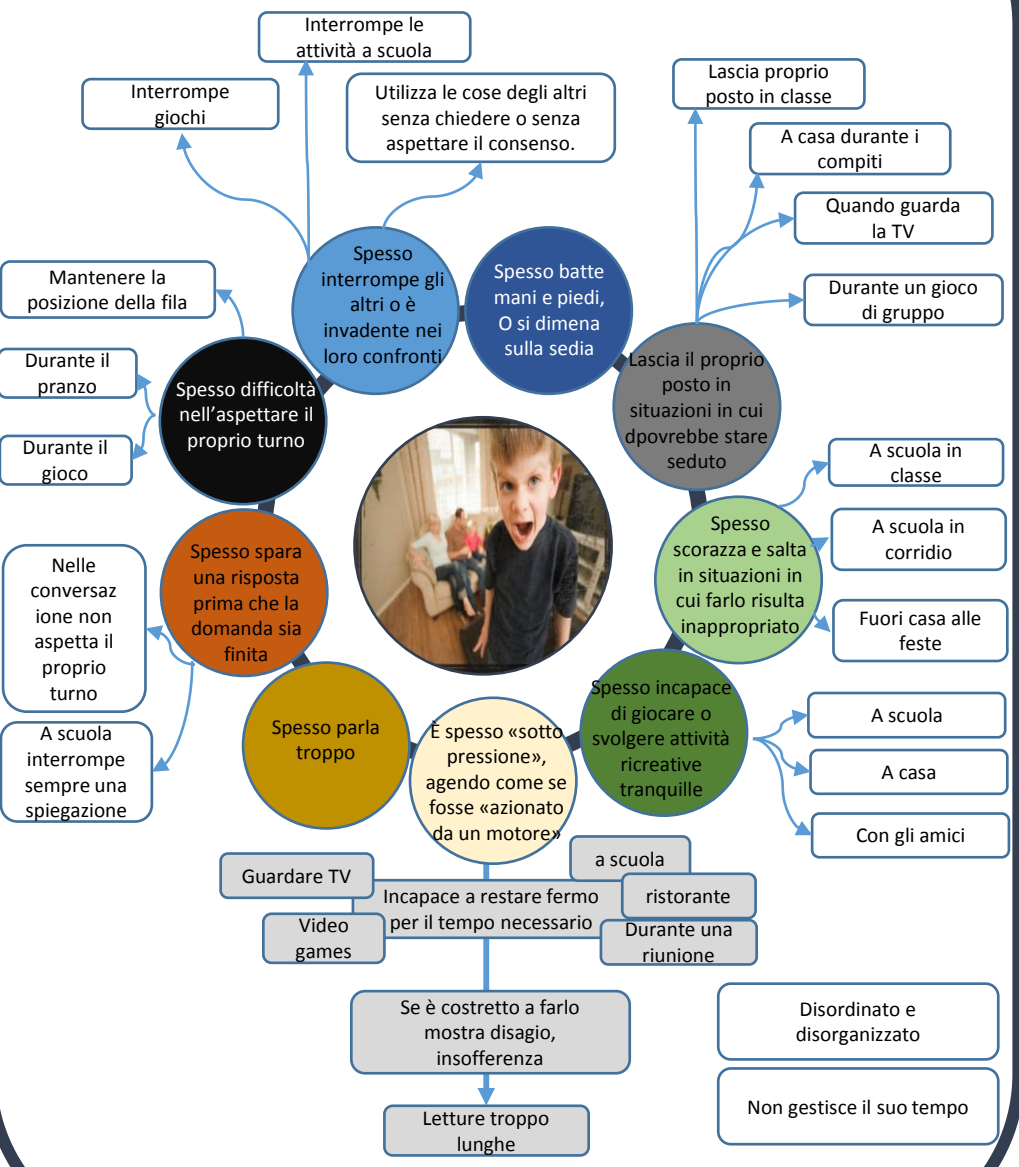


I LIVELLI 1 E 2 SONO INFLUENZATI RISPETTO ALLA TOLLERANZA, ALL'ACCETTAZIONE DEI COMPORAMENTI, E AL MODO IN CUI IL B. ESPRIME E MANIFESTA I COMPORAMENTI, DAI SEGUENTI FATTORI:

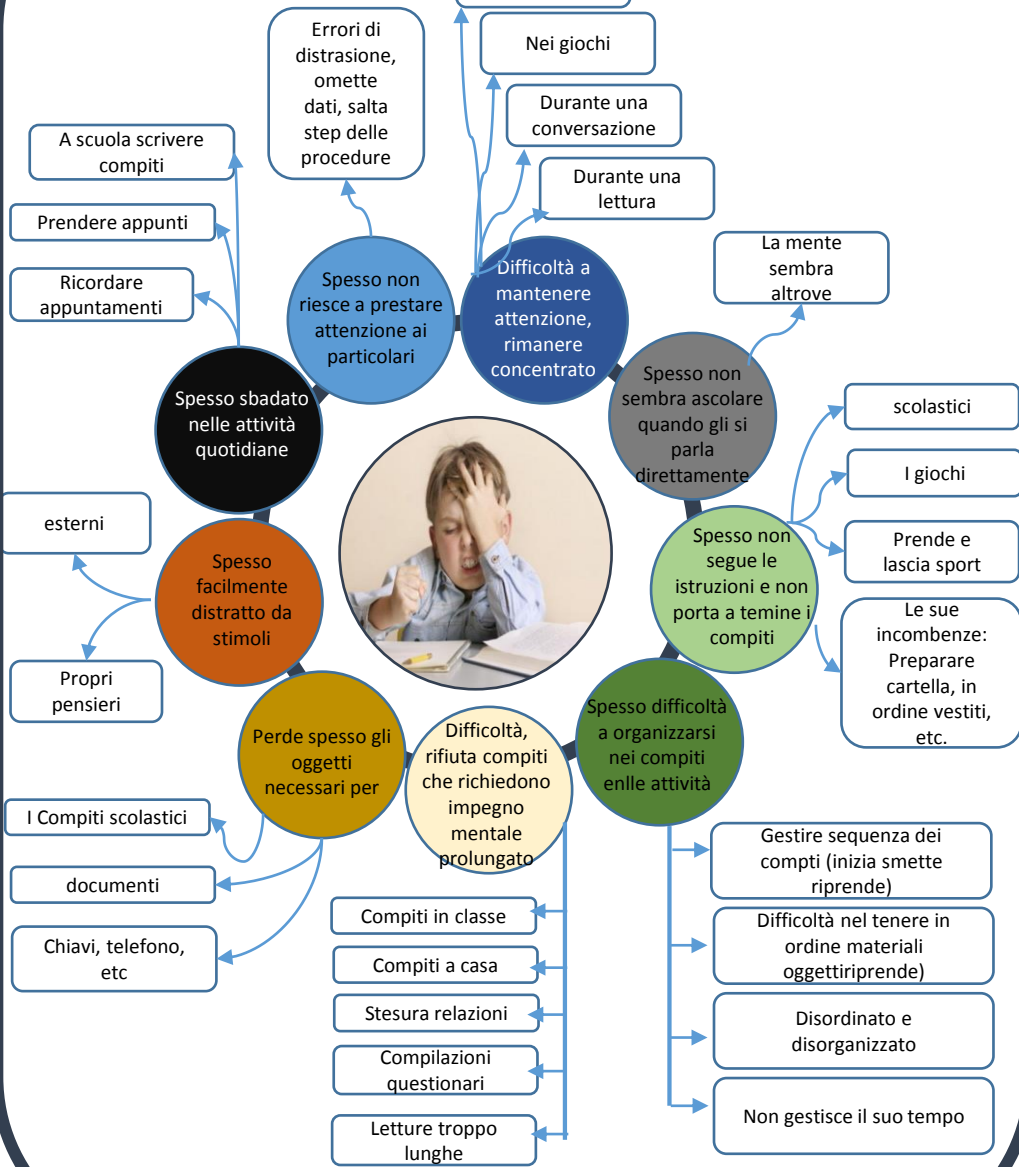
Stato fisico Bio-neurologico della persona.	Capacità dei genitori nell'affrontare le problematiche	Ambienti di vita allargati: scuola, relazioni con pari e adulti, etc.
Stato psicologico	Stile educativo dei genitori	Competenze educative, didattiche, relazionali dei attori dei processi: docenti, educatori, etc.
Competenze cognitive Emotivo-affettivo-relazionali	Tolleranza dei genitori	Capacità degli attori dei processi: docenti, educatori, a saper introdurre gli interventi giusti e le giuste «cure» al momento giusto
	Capacità dei genitori nell'introdurre i giusti correttivi o interventi	
	Influenze gruppo parentale	

In caso dei livelli 3 e 4 saper osservare, diagnosticare la giusta causa alla base del sintomo	Saper definire la giusta cura.
Saper monitorare L'andamento terapeutico	Individuare l'équipe che deve attuare gli interventi in modo integrato e complementare

Iperattività - impulsività



disattenzione




Quadro clinico ADHD (comprende 3 schede) Scheda 1

Disturbo Primario		LIEVE	MEDIO	ALTO	Aspetto, dimensione, sottoarea.	LIEVE	MEDIO	ALTO	Sintomi: in quale aspetto, area, dimensione, forma si manifesta il disturbo.	Ricadute Scolastiche. Come il sintomo si presenta nelle diverse aree di apprendimento scolastiche.	Ricadute Nella Vita Ordinaria
<p>Manifestazione con disattenzione predominante, si presenta da solo senza iperattività-impulsività, il codice di riferimento è DSM5 314.00 (ICD10 = F90.0)</p>				<p>ATTENZIONE</p>					<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficoltà nel mantere <input type="checkbox"/> Attenzione sostenuta (per un determinato tempo) <input type="checkbox"/> Attenzione selettiva (sapere selezionari gli stimoli salienti ignorando i non rilevanti); <input type="checkbox"/> Attenzione divisa (saper seguire in contemporanea du compiti nello stesso tempo: ascoltare e prendere appunti); <input type="checkbox"/> Shift d'attenzione (spostare il focus da un'attività ad un'altra: correggere un compito e rispondere a delle domande); <input type="checkbox"/> Attenzione focalizzata 		
<p>Manifestazione combinata, se presente disattenzione associato a iperattività-impulsività, il codice di riferimento è DSM5 314.01 (ICD10 = F90.2)</p>				<p>IPERATTIVITÀ</p>		<input type="checkbox"/> Di tipo motorio			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si agita, batte le mani, si dimesa sulla sedia <input type="checkbox"/> Si alza dal posto senza autorizzazione, quando vuole <input type="checkbox"/> Cammina per la classe o esce dalla classe senza autorizzazione <input type="checkbox"/> Anche quando è seduto deve muoversi, agitare, parti del corpo (mani, dita, gambe, piedi) <input type="checkbox"/> Non rispetta il proprio turno o posizione nella fila o attività <input type="checkbox"/> Alza continuamente la mano 		
<p>Manifestazione con iperattività e disattenzione, il codice di riferimento è DSM5 314.01 (ICD10 = F90.1)</p>				<p>IMPULSIVITÀ</p>		<input type="checkbox"/> Di tipo vocale			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Spesso parla troppo senza ragione <input type="checkbox"/> Parla come se facesse dei soliloqui senza tener conto degli altri <input type="checkbox"/> Spesso «spora» risposte prima che termine la domanda <input type="checkbox"/> Non rispetta il poprio turno nel parlare, non lascia spazio agli altri <input type="checkbox"/> Interrompe la conversazione degli altri senza ragione, <input type="checkbox"/> Interrompe spesso la lezione con domande non pertinenti 		
								<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficoltà ad aspettare il proprio turno <input type="checkbox"/> Difficoltà a dilazionare una gratificazione (tutto e subito) <input type="checkbox"/> Difficoltà a valutare il contesto prima di agire (agisce senza valurare il contesto o le richieste) <input type="checkbox"/> Difficoltà a seguire una sequenza preordinata di attività, azioni, per svolgere un compito (salta e ignora la sequenza) <input type="checkbox"/> Manca dell'autoregolazione interna dei comportamenti, ha sempre bisogno di «un esterno» che lo aiuti e gli ricordi «il che cosa e il come fare». 			

Quadro clinico ADHD (comprende 3 schede) Scheda 2

QUADRO DISTURBI ASSOCIATI AI DISTURBI PRIMARI

Disturbo Associati ai disturbi primari, questi disturbi fanno parte del quadro sintomatologico generale e vanno sempre presi in considerazione	LIEVE	MDIO	ALTO	Sintomi: in quale aspetto, area, dimensione, forma si manifesta il disturbo.	Ricadute Scolastiche. Come il sintomo si presenta nelle diverse aree di apprendimento scolastiche.	Ricadute Nella Vita Ordinaria
Le «caratteristiche neurobiologiche di tale disturbo, (ADHD) manifesta comunque, anche in assenza di DSA, difficoltà « (1)in competenze necessaria ad un buyon apprendimento soclastico. Le seguenti aree, sono sempre presenti con gradazioni ed intensità diverse: 	difficoltà memoria di lavoro			<input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Numerica <input type="checkbox"/> Visuo-spaziale		
	difficoltà di memoria a lungo termine selettiva (es. per le tabelline, per le date etc.)			difficoltà di memoria a lungo termine selettiva (es. per le tabelline, per le date etc.)		
	rallentamento ideativo nel processi ed organizzazione ed analisi dei dati.					
	difficoltà elaborazione e organizzazione dati di tipo visuo-spaziale					
	DIFFICOLTÀ NEL CALCOLO			<input type="checkbox"/> Calcolo orale <input type="checkbox"/> Calcolo scritto <input type="checkbox"/> Problemi aritmetica <input type="checkbox"/> Problemi di geometria		
	DIFFICOLTÀ NEL PROBLEM SOLVING MATEMATICO					
	DIFFICOLTÀ NELLA GRAFIA					
NOTA. Se al disturbo di ADHD è associato a uno o più Disturbi Specifici di Apprendimento compilare la schede quadro clinico DSA.	DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (presente nel 42% dei casi)			<input type="checkbox"/> Dislessia <input type="checkbox"/> Disortografia <input type="checkbox"/> Disgrafia <input type="checkbox"/> dislcalculia	(se presente questa coborbilità riempire anche la scheda QUADRO CLINICO DSA.)	

(1)ADHD A SCUOLA (GUIDE ERICKSON)

Quadro clinico ADHD (comprende 3 schede) Scheda 3

QUADRO DISTURBI SECONDARI (COMORBILITÀ) CHE SI POSSONO «SOMMARE» AI DISTURBI PRIMARI.	Disturbo Secondario (comorbilità)	LIEVE	MDIO	ALTO	Sintomi: in quale aspetto, area, dimensione, forma si manifesta il disturbo.	Ricadute Scolastiche. Come il sintomo si presenta nelle diverse aree di apprendimento scolastiche.	Ricadute Nella Vita Ordinaria
<p>Queste manifestazioni sono strettamente correlate agli ambienti di vita, ai contesti socio-culturali, ai contesti relazioni, all'ambiente scolastico: come sono vissuti e fatti vivere i disturbi primari.</p> <p>Nota. Con il tempo e la crescita da bambino a ragazzo (12-13 anni) ad adolescenze (dopo i 15 anni) questi disturbi uno o più di questi disturbi possono diventare dominanti, mentre i disturbi tipici dell'ADHD passano in secondo piano.</p>	DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA Codice 300.02 (F41.1) (presente nel 25%)				<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansia e preoccupazione eccessive <input type="checkbox"/> Difficoltà nel controllare la preoccupazione <input type="checkbox"/> Irrequietezza, sentirsi tesi <input type="checkbox"/> Facile affaticamento <input type="checkbox"/> Difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria <input type="checkbox"/> Irritabilità <input type="checkbox"/> Tensione muscolare <input type="checkbox"/> Alterazione del sonno 		
	DISTURBO OPPOSITIVO PROCATORIO CODICI DSM 5 313.81 (ICD10 F91.3) (presenti dal 40 al 90% dei casi)				<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> umore collerico/irriabile (spesso in collera, permaloso, spesso adirato e risentito) <input type="checkbox"/> Comportamento polemico/provocatorio (litiga spesso, rifiuta di rispettare richieste; irrita deliberatamente; accusa altri per propri errori) <input type="checkbox"/> Vendicatività (dispettoso o vendicativo) 		
	DISTURBO DELLA CONDOTTA CODICI DSM5 312.81 (F91.1) ESORDIO INFANZIA. CODICE 312.82 (F91.2) ESORDIO ADOLESCENZA.				<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aggressione a persone, animali; <input type="checkbox"/> Distruzione della proprietà; <input type="checkbox"/> Frode o furto <input type="checkbox"/> Gravi violazioni di regole (allontanarsi da casa) 		
	SVALORIZZAZIONE DEL SÉ						
	DISTURBO DEPRESSIVO						
	PROBLEMATICHE RELAZIONALI INTERPERSONALI				<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CON PARI NELLA SCUOLA <input type="checkbox"/> CON PARI FUORI DELLA SCUOLA <input type="checkbox"/> CON DOCENTI A SCUOLA <input type="checkbox"/> CON ADULTI FUORI DELLA SCUOLA 		
<p>Variabili che possono essere presenti e possono interferire con i processi educativo-didattici, ma che non sono correlate al disturbo.</p>	DISTURBI-RITARDI-NON MATURAZIONE AREA PSICOMOTORIA				<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lateralizzazione <input type="checkbox"/> Schema corporeo <input type="checkbox"/> Orientamento spaziale <input type="checkbox"/> Orientamento temporale <input type="checkbox"/> Coordinazione fine <input type="checkbox"/> Coordinazione generale 		
	MANCANZA O CARENZA NELLE AUTONOMIE				<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Personali (vestirsi da solo, prepararsi la mattina, ecc) <input type="checkbox"/> Alimentazione (mangiare da solo, ecc.) <input type="checkbox"/> Nel preparare cose di scuola (cartella, materiali) <input type="checkbox"/> Eseguire compiti e attività da solo in modo adeguato 	A cura di Vincenzo Riccio, ricciovi@libero.it www.fantasiaweb.it ricciovi@libero.it Modello con copyright dato in uso scuole, studente e genitori.	

Codici diagnostici di riferimento per i «Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche»

Codici ICD 10 <i>(International Classification of Diseases)</i> sistema di classificazione internazionale delle sindrome e dei disturbi psichici e comportamentali dell'OMS)		DSM IV	DSM 5 (sostituisce il DSM IV) <i>(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Sistema di classificazione teorica per le malattie mentali)</i>
F90.0 <input type="checkbox"/>	disturbo dell'attività e dell'attenzione,	314.00 <input type="checkbox"/>	Disturbo della lettura
F90.1 <input type="checkbox"/>	Disturbo ipercinetico della condotta,	314.00 <input type="checkbox"/>	Disturbo dell'espressione scritta
F90.8 <input type="checkbox"/>	Sindromi ipercinetiche di altro tipo		
F90.9	SindromE ipercinetica non specificata		
F81.8	Altri disturbi delle abilità scolastiche non specificati		
			Manifestazioni con disattenzione predominante
			Manifestazione con iperattività/impulsività predominante

Altri codici in caso di comorbilità (nota circa i ¼ dei bambini con diagnosi di ADHD presentano uno o più disturbi associati, i più frequentemente associati sono indicati con l'#)

	F41.1 (#)	SINDROME D'ANSIA GENERALIZZATA				300.02	DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA
Dis. Condotta (#)	F91.1	DISTURBO DELLA CONDOTTA CON RIDOTTA SOCIALIZZAZIONE				312.81	DISTURBO DELLA CONDOTTA (ESORDIO INFANZIA)
	F91.2	DISTURBO DELLA CONDOTTA CON SOCIALIZZAZIONE NORMALE				312.82	DISTURBO DELLA CONDOTTA (ESORDIO ADOLESCENZA)
	F91.9	DISTURBO DELLA CONDOTTA NON SPECIFICATO				312.89	DISTURBO DELLA CONDOTTA (ESORDIO NON SPECIFICATO)
	F82 (#)	DISTURBO EVOLUTIVO SPECIFICO DELLA FUNZIONE OTORIA				315.4	DISTURBO DEL MOVIMENTO: DISTURBO DELLO SVILUPPO DELLA COORDINAZIONE

DSA SE PRESENTE QUESTA COMORBILITÀ RIEMPIRE IL QUADRO CLINICO DSA.

Definizione delle risorse da impegnare per il trattamento della persona .

Lo schema non ha un valore scientifico o diagnostico, permette di avere un riferimento sull'organizzazione delle risorse da attivare in base alle diagnosi. Le indicazioni numeriche hanno un valore qualitativo che derivano da valutazione personali professionale ricavata dal lavoro con gli alunni DSA. Risorse sbagliate o inadeguate determinano l'insuccesso degli interventi.

Riportare Livelli competenze così come desunti dalla diagnosi e dalla scheda A3 del PDP mettendo una crocetta nella casella. Alla fine si dovrà fare la somma dei valori a seconda del valore finale si potrà verificare che tipo di risorse possono essere necessarie per il trattamento dello studente.	Sotto la norma: carenze gravi		Sotto la norma carenze rilevanti		Nella norma, ma con delle incertezze		Competenza Nella norma media		Severità del disturbo DSA			sopra la norma media		Sopra la norma alta	
	Se la somma finale è compresa tra 15- e oltre		Se la somma finale è compresa tra 10-14		Se la somma finale è compresa tra 6 e 9		Se la somma finale è compresa tra -5 e +4		grave	media	lieve	Se la somma finale è compresa tra 5 e 10		Se la somma finale è compresa tra 11 e 15	
	Risorse molto alte		Risorse alte		Risorse medie alte		Risorse medie					Risorse medie basse			
Attenzione									-3	-2	-1				
Impulsività									-3	-2	-1				
iperattività									-3	-2	-1				
Livello intellettivo (in base alla valutazione del test, se ci sono riportare valori del Q.I.)	-3	QI sotto 70	-2	QI da 70-85	-1	QI da 85 - 90	0	QI da 90-110				+1	QI da 110-120	+3	QI oltre 120
Memoria di lavoro	-3		-2		-1		0					+1		+3	
Pianificazione e autoregolazione	-3		-2		-1		0					+1		+3	
Difficoltà scolastiche di apprendimento	-3		-2		-1		0					+1		+3	
Disturbo d'ansia	-3		-2		-1		0								
Disturbo della condotta	-3		-2		-1		0								
Relazioni interpersonali	-3		-2		-1		0					+1		+3	

In base alla griglia sopra compilata si individuano le Risorse esterne alla scuola richieste per attuare interventi adeguati alle necessità didattiche dello studente.	Tipo risorse richieste		specialista		Tutor		Strumenti compensativi		Strumenti dipensativi		Strategie e metodi		Impegno delle risorse		Frequenza interventi	
	Molto alte	Indispensabile	Indispensabile	Indispensabili e obbligatori		Indispensabili e per tutti insegnamenti.		Altamente personalizzati e indispensabili		Massiccio		Altissima frequenza: 5 giorni la settimana				
	Alte	Necessario	Indispensabile	Indispensabili graduabili		Indispensabili graduabili		personalizzati		Medio		Alta frequenza: 4 gorni alla settimana continuativa per l'anno				
	Medie alte	A scadenza: di controllo	Indispensabile	Variabili per insegnamenti		Variabili per insegnamenti		variabili		variabile		Da 4 a 3 volte la settimana continuativa per l'anno				
	Medie	A scadenza: di controllo	indispensabile	Variabili per insegnamenti		Variabili per insegnamenti		variabili		variabile		Da 3 a 2 volte la settimana continuativa per l'anno				
	Medie basse	di controllo	necessario	Minimi o non necessari		Minimi, spesso non necessari		Non necessari		basse		2 volte settimana a tempo				

		A SCUOLA	FUORI DALLA SCUOLA
MOTIVAZIONE	Quali attività trova interessanti?		
	Quali argomenti trova interessanti?		
	Quali materie trova interessanti?		
PERSEVERANZA	Persevera in una attività finché non la porta a termine?		
	Quando lavoro su un compito / attività difficile deve fare spesso una pausa?		
RESPONSABILITÀ	Fino a che punto si assume le responsabilità del proprio apprendimento?		
	Attribuisce il successo o l'eventuale fallimento a se stesso o agli altri?		
ORGANIZZAZIONE	Tiene le sue cose (scrivania, vestiti, materiale) in ordine o in disordine?		
	Come reagisce se gli viene imposto uno schema organizzato?		
INTERAZIONE	Lavora meglio da solo, con un'altra persona, o in piccolo gruppo?		
	Chiede conferme del suo lavoro da solo o bisogna controllare il suo lavoro?		
COMUNICAZIONE	Nel riferire un evento si limita solo ai fatti principali e omette i dettagli?		
	Interrompe gli altri mentre stanno parlando?		
PREFERENZA DI MODALITÀ	Che istruzioni capisce più facilmente: scritte, orali, visive?		
	Risponde più velocemente e facilmente a domande su storie viste (video), ascoltate, lette?		
	C'è una sequenza logica nelle spiegazioni (nel raccontare un avvenimento) o salta da un'idea all'altra?		
IMPULSIVITÀ / RIFLESSIVITÀ	Risponde in modo immediato, rapido senza riflettere o riflette prima di rispondere?		
	Prima di agire sembra tener conto delle esperienze passate		
	Le azioni, i comportamenti sono adeguati ai contesti o agisce senza considerare il contesto, le conseguenze delle proprie azioni?		

Modalità e stili di apprendimento. Scheda B

		A SCUOLA	FUORI DALLA SCUOLA
MOBILITÀ	Si sposta molto nell'ambiente di studio da un punto all'altro, o sta seduto in modo irrequieto?		
	Preferisce stare in piedi o camminare quando deve studiare?		
	Riesce a stare fermo seduto solo se ha qualcuno vicino?		
ASSUNZIONE DI CIBO E BEVANDE	Quando studia sgranocchia qualcosa, mordicchia la matita, ha necessità di bere sempre qualcosa?		
MOMENTO DELLA GIORNATA	In qual momento della giornata è più sveglio?		
	C'è una differenza notevole tra un compito svolto al mattino e uno svolto il pomeriggio?		
	C'è un momento della giornata dove dichiara di essere molto stanco?		
RUMORI	Gli piace studiare in ambienti particolarmente tranquilli o ama la rumorosità?		
	Gli piace studiare ascoltando la musica?		
ILLUMINAZIONE	Gli piace lavorare in un posto con luce fioca o dice che la luce è troppo forte?		
TEMPERATURA	Si sveste, toglie il maglione quando tutti gli altri sembrano stare bene come sono vestiti?		
ARREDO	Quando può sceglie sedersi sul pavimento, sdraiarsi o accomodarsi su un divano?		
METACOGNIZIONE	È consapevole dei suoi punti di forza del suo stile di apprendimento?		
	Appare capace di valutare da sé il suo lavoro, i risultati raggiunti?		
PIANIFICAZIONE	Programma in anticipo e si impegna sistematicamente sugli obiettivi oppure lascia che le cose semplicemente accadano?		
	Come reagisce i diversi tipi di feedback?		



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

<http://www.aidaiassociazione.com/adhd.htm>

<http://www.adhd-federation.org/>

http://www.fantasiaweb.it/v_progetto_video_dsa_2013/index.html