

A CURA DI VINCENZO RICCIO

Psicologo esperto problemi apprendimento, applicazione strumenti compensativi e strategie didattiche, multimedialità applicata alla didattica.

**Io sono un ADHD  
In inglese, in  
italiano  
DDAI.  
Che vuol dire?**



Sono tutto da scoprire. Se leggi queste schede puoi capire un po' i miei problemi. Niente di che! Sono un po'... Che posso dire! ogni tanto ho bisogno di scaricarmi.

Io sono distratto, disattento. Io ce la metto tutta, ma è più forte di me.

Diciamola tutta, non mi so stare fermo. È come se dentro avessi un Pinocchio sempre in movimento. Stare fermo al banco? È difficile, Ma lavorandoci insieme ci potrei pure riuscire.

Sono un po' impulsivo, prima faccio e poi rifletto. A dire il vero a volte faccio e poi nemmeno rifletto.

A scuola ne combino qualcuna di troppo. I prof. hanno ragione; se dipendesse da me gli aumenterei lo stipendio, Mi devono credere, non lo faccio a posta, non sono maleducato, non sono un menefrechista, non sono aggressivo. Sono... sono... sono ADHD, ecco.

domande

risposte

**per avere le idee  
chiare sui dsa.**



A.D.H.D. →

CHE VUOL DIRE LA SIGLA A.D.H.D., A VOLTE SI USA ANCHE LA SIGLA D.D.A.I.?

Risposta →

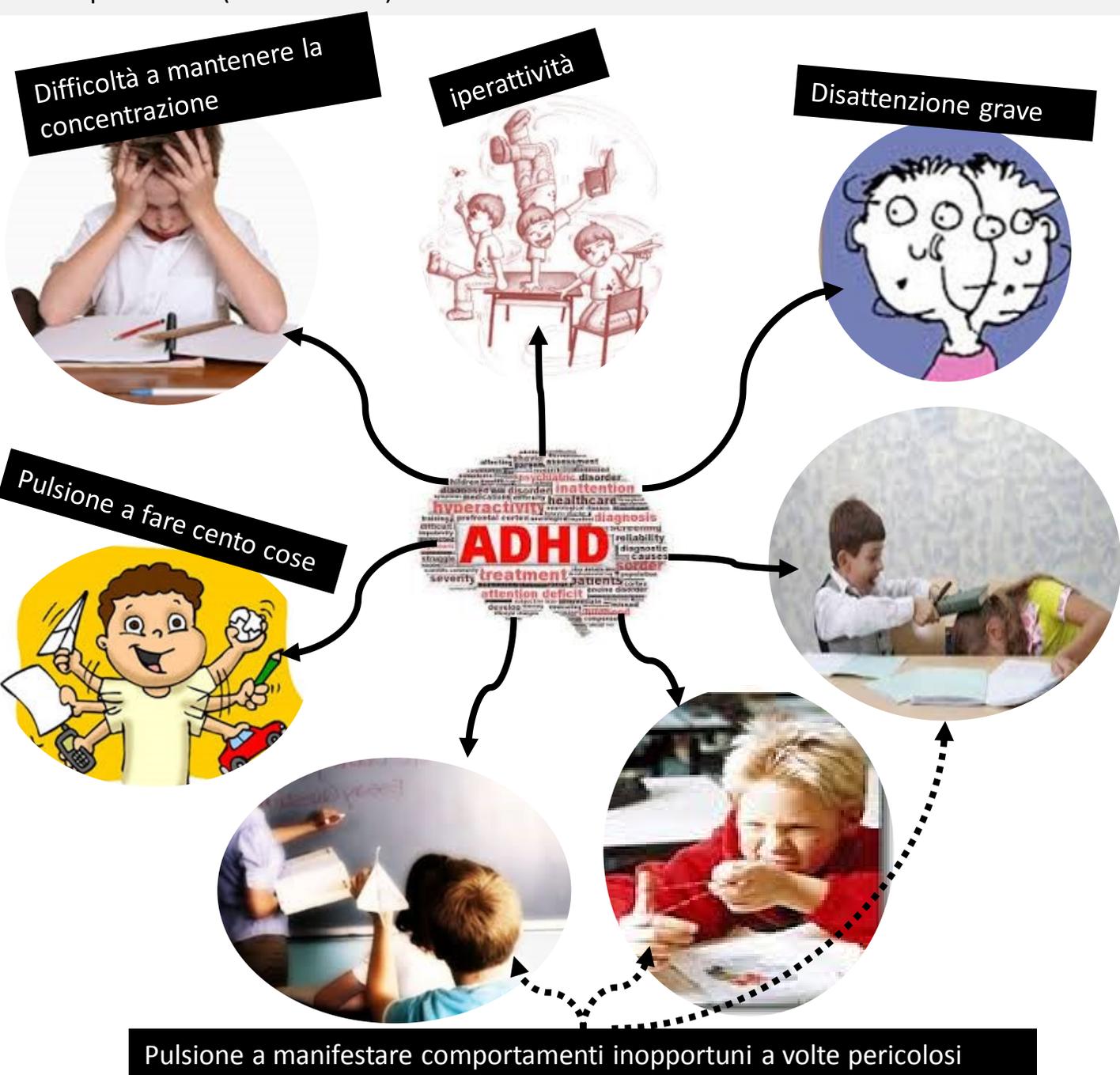
Le due sigle indicano lo stesso tipo di problema la prima è in lingua inglese, la seconda in lingua italiana.

**A.D.H.D.** acronimo di: **Attention Deficit Hyperactivity Disorder**

**D.D.A.I.** acronimo di: **Deficit da Disturbo dell'Attenzione e dell'Iperattività**

Tutte e due le sigle indicano una persona: bambino, ragazzo che presenta: possono presentare comportamenti di disattenzione e/o

irrequietezza motoria. Gli alunni o studenti che presentano tale Disturbo manifestano tali disturbi in luoghi diversi, a casa, a scuola, con gli amici, ecc (pervasività del disturbo) e in modo persistenti (continuativo.)



Riporto testualmente l'elenco dalla circolare del MIUR Prot. N. 4089-15/6/2010 avente per oggetto: Disturbo di deficit di attenzione ed iperattività

«...gli alunni che presentano tale Disturbo (A.D.H.I.) hanno difficoltà pervasive e persistenti nel:

- **selezionare le informazioni** necessarie per eseguire il compito e mantenere l'attenzione per il tempo utile a completare la consegna;
- **resistere ad elementi distraenti** presenti nell'ambiente o a pensieri divaganti;
- **seguire le istruzioni e rispettare le regole** (non a causa di comportamento oppositivo o di incapacità di comprensione);
- **utilizzare i processi esecutivi di individuazione, pianificazione e controllo di sequenze** di azioni complesse, necessarie all'esecuzione di compiti e problemi;
- **regolare il comportamento** che si caratterizza quindi per una **eccessiva irrequietezza motoria** e si esprime principalmente in **movimenti non finalizzati**, nel **frequente abbandono della posizione seduta** e nel **rapido passaggio da un'attività all'altra**;
- **controllare, inibire e differire risposte** o comportamenti che in un dato momento
- **risultano inappropriati: aspettare il proprio turno** nel gioco o nella conversazione;
- applicare in modo efficiente strategie di studio che consentano di memorizzare le informazioni a lungo termine.

### **Gli stessi alunni possono talvolta presentare difficoltà:**

- nel costruire e mantenere relazioni positive con i coetanei;
- nell'autoregolare le proprie emozioni;
- nell'affrontare adeguatamente situazioni di frustrazione imparando a posticipare la gratificazione;
- nel gestire il livello di motivazione interna approdando molto precocemente ad uno stato di "noia";
- nell'evitare stati di eccessiva demoralizzazione e ansia;
- nel controllare livelli di aggressività;
- nel seguire i ritmi di apprendimento della classe a causa delle difficoltà attentive.

### **NOTA IMPORTANTE**

Gli stili comportamentali sopra riportati sono presenti e si manifestano per numero, frequenza, intensità, in modo diverso da studente a studente. Quindi si possono presentare manifestazioni minime che incidono in modo marginale sulla vita scolastica e sociale, o in modo più massiccio

Le cause della sindrome A.D.H.D è su base neuro-biologica, con determinanti genetiche.

## RIFERIMENTO

L'ADHD è un disturbo neuropsichiatrico con un rischio genetico del 70-80% ed è influenzato da fatto ambientali (vedi sotto). Gli elementi genetici dell'ADHD spesso interagiscono con l'ambiente in un modo molto complesso (rif. 6 – Internationa Consensu Statement on ADHD, 2002).

L'ADHD presenta un'eziologia multifattoriale. Prima di tutto esiste la possibilità della presenza di fattori biologici acquisiti, legati all'esposizione intrauterina ad alcol e nicotina, a una situazione di sottopeso al momento della nascita e a infezioni cerebrali (ad es. encefalite). Altri fattori psicosociali come instabilità familiare, casi di salute mentale in famiglia, scarsa competenza da parte dei genitori a svolgere il proprio ruolo e un basso livello socioeconomico non provocano ADHD, sebbene tuttavia essi giochino un ruolo importante nell'esito della malattia, dal momento che possono in qualche modo peggiorare i sintomi e i problemi associati. (rif. 4 – EINAQ, 2004)

**FATTORI GENETICI.**

Negli ultimi dieci anni numerosi studi hanno dimostrato che questi bambini presentano **significative alterazioni funzionali di specifiche regioni del Sistema Nervoso Centrale**, rispetto a bambini appartenenti a gruppi di controllo. In questo senso l'ADHD non viene considerato come un disturbo dell'attenzione in sé, ma come **originato da un difetto evolutivo nei circuiti cerebrali che stanno alla base dell'inibizione e dell'autocontrollo**, in particolare corteccia prefrontale e nuclei o gangli della base.

**FATTORI AMBIENTALI:** I fattori non genetici che sono stati collegati all'ADHD includono 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** - soprattutto quelle che coinvolgono la corteccia prefrontale.

**L'ambiente non sembra avere una importanza decisiva nella genesi** del disturbo di concentrazione, come per altri disturbi di condotta a base emotivo-educazionale, tuttavia l'esperienza esistenziale del bambino con Disturbo di Concentrazione, caratterizzato da "insuccessi" e frustrazioni nel campo relazionale, sociale e scolastico, potrà determinare disturbi comportamentali secondari su base psico-emotiva, che spesso accentuano e confondono gli stessi sintomi di iperattività e impulsività con cui il disturbo si presenta.

In questo senso, la patogenesi dell'intero sistema di sintomi dell'ADHD si può considerare effetto della confluenza di fattori neuro-biologici e psicosociali, mediata da un disturbo dello sviluppo cognitivo-emotivo che assume un ruolo centrale.

## RIFERIMENTO

**Dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)** «Schede di approfondimento su ADHD e Registro nazionale dell'ADHD «

## Risposta

La diagnosi non è strumentale (no si fanno analisi del sangue o indagini radiografiche), ma clinica. Vediamo che vuol dire.

## RISPOSTA

La diagnosi d'ADHD è clinica, vale a dire si basa sulla valutazione professionale che lo specialista, N.P.I. e psicologo, effettua sulla base di un'accurata analisi (anamnesi) della storia del bambino/ragazzo e sull'osservazione clinica del paziente.

Nella prima fase diagnostica è necessario che sia un N.P.I. a valutare la sintomatologia sulla base del DSM-IV e dell'ICD-10 (codici che descrivono le patologie e disturbi).

Per avere più informazioni si utilizzano appositi questionari diagnostici e di osservazione somministrati ai genitori, al ragazzo (se grande), ai docenti. La sintomatologia evidenzia, per portare alla diagnosi di A.D.H.D deve rispondere ai seguenti criteri:

- essere presenti prima dei 7 anni;
- aver avuto una durata di almeno 6 mesi;
- i sintomi devono avere impedito e impedire in maniera significativa il funzionamento sociale e relazionale del bambino/ragazzo;
- i comportamenti di iperattività/impulsività, inattenzione si devono manifestare in ambienti e contesti diversi: casa, scuola, gioco, ecc.)
- Non rispondono ad un trattamento di tipo semplicemente educativo (rimproveri);

Lo psicologo dovrà effettuare un'indagine psicodiagnostica completa finalizzata a:

Verificare il livello di intelligenza attraverso il WISC;

Le competenze ed eventuali disturbi nella lettura, scrittura, grafia, calcolo;

Inoltre andranno verificata anche la presenza di disturbi d'ansia, dell'umore.

NORME  
RIFERIMENTO

**Dall'Agencia Italiana del Farmaco (AIFA)** «Schede di approfondimento su ADHD e Registro nazionale dell'ADHD «

La diagnosi deve essere multidimensionale e chiamata in causa almeno due specialisti: n.p.i. e psicologo, oltre al pediatra di base o al medico curante

## RISPOSTA

Considerando le cause, la complessità delle manifestazioni comportamentali, l'importanza dell'osservazione clinica, ma anche la cura e il trattamento che si dovranno applicare la certificazione deve comprendere una diagnosi multidimensionale e multiprofessionale.

Per questo non sarà sbagliato rivolgersi a specialisti del settore esperti nella diagnosi e trattamento degli alunni/studenti ADHD, centri di riferimento territoriali.

Specialisti di riferimento.

**Neuropsichiatra infantile** sia per la diagnosi che per definizione di eventuale terapia farmacologica (quando necessaria).

Valutare la presenza di eventuali comorbidità come disturbi d'ansia e dell'umore.

**Psicologo.**

Per psicodiagnosi completa sia per valutare le conseguenze del disturbo che le ricadute sugli apprendimenti scolastici, ed evidenziare eventuali comorbidità come disturbi nella lettura, scrittura, calcolo.

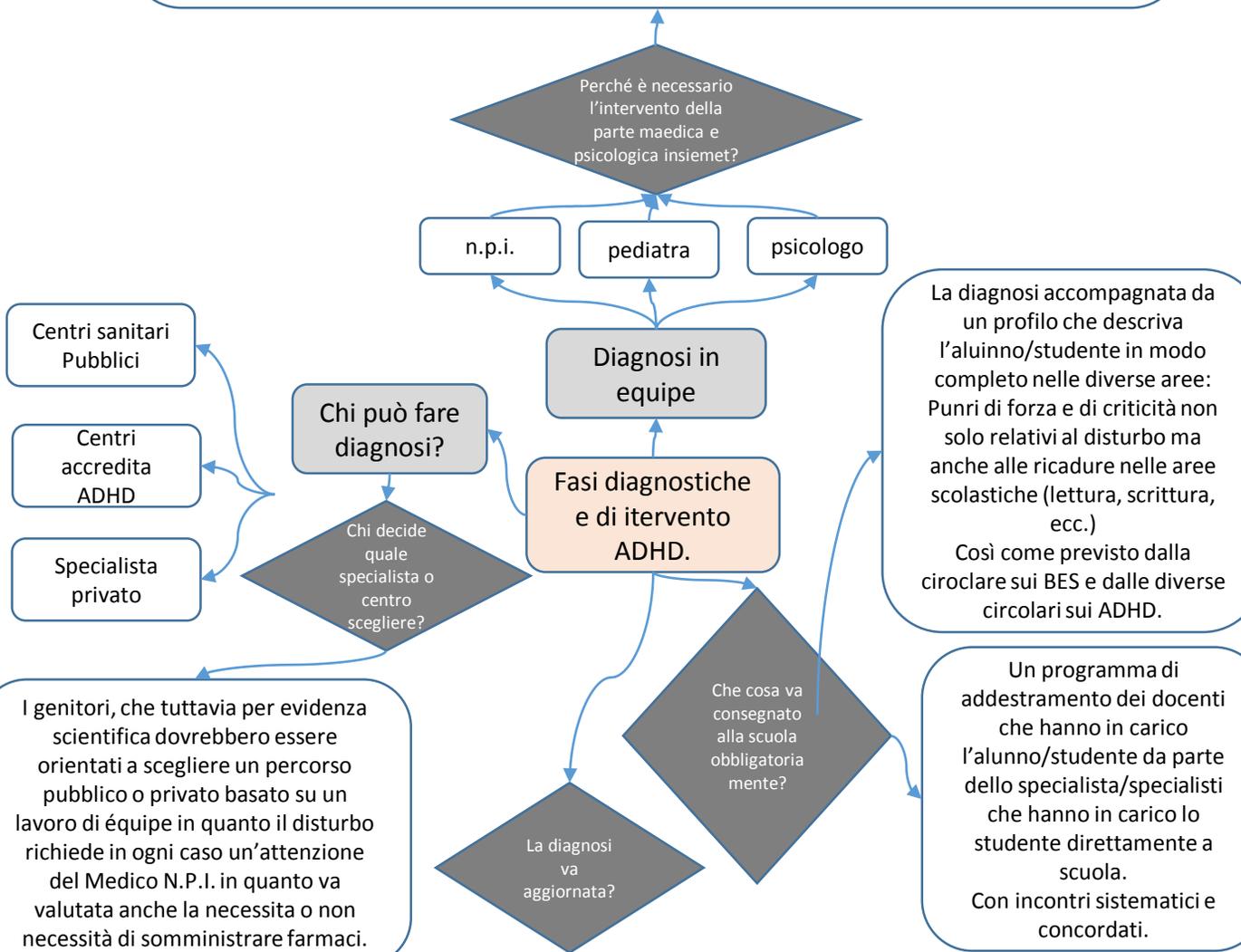
**LA DIAGNOSI DEVE ESSERE** accompagnata per la presentazione alla scuola da un profilo di funzionamento che evidenzi i punti di criticità e di forza nonché attente indicazioni su che cosa fare e non fare, procedure di intervento, metodi e strumenti da utilizzare.

Nonché un preciso percorso di addestramento rivolto ai docenti.

Riporto le indicazioni accreditate e di evidenza scientifica per effettuare una adeguata diagnosi di bambini e ragazzi con sospetto di ADJD

### Perché la diagnosi di base su

- Una accurata anamnesi ed esame sia fisico (medico e neurologico) che psicologico (psicologo);
- Sulla successiva somministrazione di specifici test multidimensionali che valutano la persona con sospetta ADHD;
- Valutazione del comportamento riferito dai genitori
- Valutazione del comportamento e della resa scolastica.
- Sulla scelta delle terapie da intraprendere che possono essere di più tipi ed estendersi ad aree diverse dalla persona:  
Farmacologica, comportamentistica, interventi a scuola, interventi a casa, ecc.



La diagnosi va aggiornata se incompleta e ogni qualvolta lo ritengano necessario gli specialisti che seguono lo studente. Mentre va aggiornato obbligatoriamente il profilo di funzionamento in quanto le modificazioni comportamentali dello studente sono soggette a cambiamenti in rapporto agli interventi messi in atto dagli specialisti (terapie effettuate), a casa (terapie per genitori) a scuola (interventi didattici programmati.)

**La dimensione e l'articolazione complessa dei comportamenti dello studente con ADHD va comprendere quanto si importante CHE LA STESURA DEL PDP sia effettuata in stretta collaborazione tra docenti e specialisti, e quanto risultino fondamentali le loro indicazioni rispetto alle strategie da utilizzare, gli strumenti compensativi e dispensativi a utilizzare. Questa necessità discende dal fatto che le problematiche dello studente con ADHD manifestano non riconducibili a problemi di semplice apprendimento scolastico, ma di tipo più «sanitario».**

La diagnosi deve essere multidimensionale e chiama in causa almeno due specialisti: n.p.i. e psicologo, oltre al pediatra di base o al medico curante

Sito di riferimento dell'ISS (Istituto Superiore di Sanità) per informazioni e chiarimenti:

<http://www.iss.it/adhd/>

Epidemiologia riportata da ISS.  
«popolazione italiana nella fascia d'età 6-18 anni una prevalenza intorno all'1%»  
3 volte più nei maschi delle femmine.

### Telefono Verde ADHD

800 57 16 61

Per tutte le informazioni relative alla sindrome e ai farmaci per la cura dell'ADHD è attivo presso Farmaci-Line, il servizio di informazione e documentazione sul farmaco dell'[Agenzia Italiana del Farmaco \(AIFA\)](#), il Telefono Verde 800 571661, presidiato dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.00, escluse festività.

## Elenco associazioni ADHD



<http://www.aidaiassociazione.com/lazio/index.htm>

Centro Regionale Lazio, Referente Regionale Dr.ssa Erica Menotti  
Viale Leonardo da Vinci, 114 00145 Roma



<http://www.aifaonlus.it/>

## Elenco associazioni ADHD con indicazioni per insegnanti

[http://www.aidaiassociazione.com/documents/Training\\_per\\_Insegnanti.pdf](http://www.aidaiassociazione.com/documents/Training_per_Insegnanti.pdf)

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

[http://www.aidaiassociazione.com/documents/Linee\\_guida\\_ADHD.pdf](http://www.aidaiassociazione.com/documents/Linee_guida_ADHD.pdf)

### Linee Guida SINPIA

La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) ha approvato due distinte linee guida: le prime, dal titolo "*Linee guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva*", sono state approvate nel giugno 2002 e stabiliscono le raccomandazioni relative alla diagnosi e alla terapia farmacologica; le seconde, dal titolo "*Linee guida del trattamento cognitivo comportamentale dei Disturbi da Deficit dell'Attenzione con Iperattività (ADHD)*", sono state approvate nell'ottobre 2002 e inquadrano e definiscono, le modalità di intervento psicoeducativo e psicoterapico per ADHD

[http://www.aidaiassociazione.com/Linee\\_Guida\\_Trattamento.htm](http://www.aidaiassociazione.com/Linee_Guida_Trattamento.htm)

**Dall'Agencia Italiana del Farmaco (AIFA) «**Schede di approfondimento su ADHD e Registro nazionale dell'ADHD «

Sito di riferimento dell'ISS (Istituto Superiore di Sanità) per informazioni e chiarimenti, e maggiori informazioni  
<http://www.iss.it/adhd/>

La presa in carico del bambino con ADHD avviene attraverso un preciso percorso terapeutico che coinvolge innanzi tutto la famiglia, il pediatra di base, gli insegnanti e i servizi sociali scolastici. E' con la collaborazione di tutti questi soggetti, infatti, che si crea la percezione del disturbo, che in uno step immediatamente successivo si avvale dei servizi territoriali di Neuro-psichiatria infantile per la diagnosi puntuale dell'ADHD.

Nel momento in cui si ritiene necessario affiancare la psicoterapia comportamentale con un intervento farmacologico ci si rivolge ai centri clinici di riferimento regionali che sono gli unici a poter prescrivere e somministrare per la prima volta il farmaco di scelta per il trattamento dell'ADHD, ovvero il metilfenidato. Se il centro di riferimento conferma la valutazione diagnostica e la proposta di terapia farmacologica, il paziente viene quindi seguito assiduamente nella terapia, attraverso un attento monitoraggio effettuato tramite l'attivazione del registro a cui si accede con adesione volontaria e dietro consenso informato che si sottopone all'attenzione dei genitori.

Il centro clinico di riferimento verifica che tutto l'iter diagnostico effettuato in seno alla famiglia, alla scuola e ai servizi sociali sia stato scrupolosamente rispettato; in caso contrario, se ne prende carico e completa gli esami diagnostici secondo quanto previsto dal protocollo.

La prima somministrazione del metilfenidato viene effettuata in day hospital dal Neuro-Psichiatra Infantile (NPI) del Centro regionale di riferimento che per almeno il primo mese ne valuta efficacia e tollerabilità. La prescrizione viene confermata dopo controllo clinico alla prima e alla quarta settimana (valutazione di efficacia). Successivamente le prescrizioni potranno essere effettuate dal NPI delle strutture locali o dal pediatra di famiglia, che in ogni caso deve essere informato della terapia.

Il bambino è quindi controllato al primo mese e successivamente a 6, 12, 18 e 24 mesi, con un ciclo di controlli totale di due anni. Mensilmente vengono valutati i segni vitali e l'accrescimento del paziente e eventuali effetti indesiderati; durante i controlli semestrali vengono, inoltre, valutati i risultati degli esami strumentali e dei test utilizzati per la diagnosi, per misurare i cambiamenti a livello comportamentale, sociale e cognitivo del bambino.

Tale monitoraggio viene effettuato in stretta collaborazione con il neuropsichiatra dei servizi territoriali e il pediatra di libera scelta del paziente, che si fanno carico delle prescrizioni successive e dell'invio dei dati al registro per il follow up del paziente.

## I Centri Regionali di Riferimento per il Registro Nazionale ADHD - Ottobre 2014. Il Registro Nazionale ADH

Lazio Dr.ssa Roberta Penge Università di Roma "la Sapienza" Dipartimento di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile  
Via dei Sabelli, 108 00185 Roma 06/44712278 – 06/499772952

Prof. Antonio Persico Azienda Università "Campus Bio-Medico" di Roma - Unità Ambulatoriale di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza Indirizzo: Via Alvaro del Portillo 5 (Zona Trigoria), Roma Tel 06-22541-9155 Email: A.Persico@unicampus

Prof. Paolo Curatolo Univ.di Roma "Tor Vergata" Dip.NeuroScienze U.O. Neuropsych.Infantile, Clinica S. Alessandro  
Via Nomentana Roma 06/41400165; 44231221 curatolo@uniroma2.it

Prof.ssa Maria Giulia Torrioli Univ.Cattolica del Sacro Cuore Policl. A. Gemelli - Neuropsych.Infantile Largo A. Gemelli, 8 Roma 06/30155340 mgtorrioli@rm.unicatt.it Prof. Stefano Vicari IRCCS Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù" - Neuropsichiatria Infantile Piazza S. Onofrio, 4 Roma 06/6859.2734; fax: 06.6859.2450  
psp.neuropsichiatria@opbg.net

Dr.ssa Maria Grazia MELEGARI Azienda OSPEDALE "LA SCARPETTA" U.O.T.MREE Indirizzo Piazza Castellani 23,  
Roma Tel 0677306002 Email mariagrazia.melegari@aslromaa.it Dr. DONFRANCESCO Renato Azienda OSPEDALE S. PERTINI - ASL ROMA B - UOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE Indirizzo Via dei Monti Tiburtini, 385 00157 Roma Tel 06.4143.3953 Email renato.donfrancesco@yahoo.it

Dr. Marco Marcelli ASL di Viterbo U.O.C. Neuropsych. Infantile Viale Trento 18/H Viterbo 0761/237666  
sdif.segr@asl.vt.it Dr. Sandro Bartolomeo Centro di Psych. dell'Infanzia e dell'Adolescenza Via Madonne delle Grazie, 20 Priverno (LT) 0773/910046 cnpipriverno@libero.it

Si riportano le norme (linee guida, circolari, indicazioni, protocolli di intesa, ecc.) previsti per facilitare la individuazione, la diagnosi, il trattamento e facilitare l'inserimento nella scuola

DATA E TIPOLOGIA	OGGETTO	CONTENUTO
24/4/2007 Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 95 del 24 aprile 2007 - Serie generale	Allegato 1 - Protocollo diagnostico e terapeutico della sindrome di iperattività e deficit di attenzione per il registro nazionale ADHD  <b>5.1.3 L'intervento a scuola</b> Definisce la procedura di integrazione nella scuola. (1) Vedi estratto pagina successiva)	Documento fondamentale per indicazione operative relative a: EPIDEMIOLOGIA <b>4. DIAGNOSI</b> 4.1 Interviste diagnostiche 4.2 Valutazione dei sintomi dell'ADHD 4.3 Questionario per i genitori e per gli insegnanti 4.4 Valutazione del livello cognitivo 4.5 Valutazione delle abilità di lettura e calcolo 4.6 Scale di autovalutazione per ansia e depressione <b>5 TERAPIE</b> 5.1 Terapie psico-comportamentali 5.1.1 La terapia psico-comportamentale 5.1.2 Il parent training <b>5.1.3 L'intervento a scuola</b> 5.1.4 Ogni terapia va adattata al bambino 5.2 Terapie farmacologiche 5.2.1 Farmacologia clinica del metilfenidato 5.2.3 Farmacocinetica del metilfenidato 5.2.4 Farmacologia clinica dell'atomoxetina 5.2.5 Altre terapie farmacologiche 5.3 Terapie combinate
7 Ottobre 2008 <b>Circolare MIUR Prot. n. 4226/P4</b>	Uso psicofarmaci per bambini affetti da sindrome da deficit di attenzione e iperattività	Regolamento la somministrazione di eventuali farmaci a scuola.
1 Aprile 2009 - <b>Circolare MIUR Prot. n. 0001968</b>	Bambini affetti da sindrome ADHD - Sindrome da deficit di attenzione/iperattività Indicazioni Organizzative	Nel ribadire che la individuazione dei sintomi correlati alla patologia ADHD deve procedere attraverso il protocollo sanitario di cui alle Determinazioni A.L.C. nn. 876 e 437 pubblicate sulla G.U. n.106 del 24/10/2007, si precisa che <b>la somministrazione di questionari funzionali alla diagnosi di tale patologia, distribuiti dalle strutture sanitarie pubbliche specializzate, è pienamente legittima ed è parte ineludibile di tale percorso sanitario e, conseguentemente, deve trovare il consenso e la collaborazione da parte degli insegnanti e dei responsabili delle istituzioni scolastiche.</b>

Il coinvolgimento degli insegnanti fa parte integrante ed essenziale di un percorso terapeutico per il trattamento del bambino con ADHD. La procedura di consulenza sistematica, prevede incontri regolari durante tutto l'anno scolastico, con una frequenza quindicinale per i primi tre mesi e mensile nel periodo successivo. A questi incontri sarebbe auspicabile partecipasse l'intero team di insegnanti, per quanto riguarda le scuole elementari e i docenti col maggior numero di ore settimanali, nel caso delle scuole medie inferiori.

La consulenza sistematica agli insegnanti deve avere diversi obiettivi: 1) informare sulle caratteristiche del ADHD e sul trattamento che viene proposto; 2) fornire appositi strumenti di valutazione (questionari e tabelle di osservazione) per completare i dati diagnostici; 3) mettere gli insegnanti nella condizione di potenziare le proprie risorse emotive e migliorare la relazione con l'alunno; 4) spiegare come utilizzare specifiche procedure di modificazione del comportamento all'interno della classe; 5) informare su come strutturare l'ambiente classe in base ai bisogni e alle caratteristiche dell'alunno con ADHD; 6) suggerire particolari strategie didattiche, per facilitare l'apprendimento dell'alunno con ADHD; 7) spiegare come lavorare, all'interno della classe, per migliorare la relazione tra il bambino con ADHD e i compagni.

Solamente l'ausilio di una serie di informazioni dettagliate sulle caratteristiche del disturbo consente all'insegnante di assumere un atteggiamento più costruttivo nel rapporto con il bambino. Anche nel caso degli insegnanti, le informazioni sul ADHD permettono di ridefinire le attribuzioni: l'alunno iperattivo non si comporta così perché vuol fare impazzire le maestre, ma perché soffre di un disturbo specifico. Spesso, infatti, il docente può sentirsi minacciato nella propria immagine e nella propria autostima per le difficoltà che incontra nel contenere il comportamento dell'alunno. Questa tentazione può portare ad una progressiva diminuzione della capacità di controllare le proprie reazioni nei confronti del bambino e quindi, ad aumentare gli atteggiamenti punitivi. Se poi l'alunno manifesta frequenti comportamenti aggressivi verso i compagni, l'insegnante vivrà uno stato continuo di ansia riguardo alla sicurezza degli altri alunni. E' quindi importante che lo psicologo destini parte dei primi incontri di consulenza al potenziamento delle capacità di autocontrollo emotivo degli insegnanti, prima ancora di collaborare con loro per far acquisire un maggior autocontrollo al bambino. La parte più importante della consulenza sistematica alla scuola è quella dedicata a far apprendere all'insegnante alcune tecniche di modificazione del comportamento da applicare con l'alunno con ADHD. L'apprendimento di queste procedure richiede uno stretto contatto con lo psicologo o il pedagogista ed una frequente supervisione; infatti, se applicate con costanza e precisione, le tecniche di modificazione del comportamento non tarderanno a dare i loro frutti ed il tempo impiegato per la loro attuazione sarà un buon investimento per l'intera classe. È necessario rilevare che la consulenza sistematica agli insegnanti ha una certa utilità se tutti gli operatori sentono di formare un team per aiutare il bambino e non si fermano ad uno sterile, quanto improduttivo, gioco di sapere e potere.

Un'altra area d'intervento da considerare nell'ambito della consulenza scolastica, è quella riguardante il rapporto tra il bambino e i compagni di classe. Le strategie attuabili dagli insegnanti a questo riguardo si dovrebbero integrare con un training d'addestramento alle abilità sociali. Alcuni accorgimenti per aiutare l'alunno con ADHD a migliorare il rapporto coi compagni consistono nel: 1) rinforzare gli altri alunni quando includono il bambino con ADHD nelle loro attività; 2) programmare attività in cui il bambino con ADHD possa dare il suo contributo; 3) programmare attività nelle quali la riuscita dipende dalla cooperazione tra gli alunni; 4) quando è possibile, assegnare al bambino con ADHD incarichi di responsabilità; 5) rompere i raggruppamenti fissi tra i bambini.

Si riportano le norme (linee guida, circolari, indicazioni, protocolli di intesa, ecc.) previsti per facilitare la individuazione, la diagnosi, il trattamento e facilitare l'inserimento nella scuola

DATA E TIPOLOGIA	OGGETTO	CONTENUTO
4 Dicembre 2009 <b>Circolare MIUR Prot. n. 6013</b>	Problematiche collegate alla presenza nelle classi di alunni affetti da sindrome ADHD – (deficit di attenzione / iperattività)	<p>«...il coinvolgimento degli insegnanti fa parte integrante ed essenziale di un percorso terapeutico per il trattamento dei casi diagnosticati ADHD. <b>La procedura di consulenza sistematica con i centri di diagnosi e cure</b> presenti in ogni area regionale ( vedasi sito <a href="http://www.iss.it/adhd">http://www.iss.it/adhd</a> e poi cliccare su Centri Regionali di riferimento) <b>prevede almeno un incontro durante l'anno scolastico</b> al quale sarebbe auspicabile partecipasse l'intero team di insegnanti, per quanto riguarda le scuole elementari e i docenti col maggior numero di ore settimanali, nel caso delle scuole medie inferiori e superiori. <b>Tale consulenza è finalizzata al raggiungimento di diversi obiettivi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>informare</b> sulle caratteristiche del ADHD e sul trattamento che viene proposto;</li> <li>2) <b>fornire appositi strumenti di valutazione</b> (questionari e tabelle di osservazione) per completare i dati diagnostici;</li> <li>3) <b>mettere gli insegnanti nella condizione di potenziare</b> le proprie risorse emotive e migliorare la relazione con l'alunno; 4) <b>spiegare come utilizzare specifiche procedure</b> di modificazione del comportamento all'interno della classe;</li> <li>5) <b>informare</b> su come strutturare l'ambiente classe in base ai bisogni e alle caratteristiche dell'alunno con ADHD;</li> <li>6) <b>suggerire particolari strategie</b> didattiche per facilitare l'apprendimento dell'alunno con ADHD;</li> <li>7) <b>spiegare come lavorare</b>, all'interno della classe, per migliorare la relazione tra il bambino con ADHD e i compagni.</li> </ol> <p>E' infatti di tutta evidenza che l'ausilio di una serie di informazioni dettagliate sulle caratteristiche del disturbo consente all'insegnante di assumere un atteggiamento più costruttivo nel rapporto con il bambino.</p>
15 Giugno 2010 <b>Circolare MIUR Prot. n. 4089</b>	Disturbo di deficit di attenzione ed iperattività	<p>Riporta, descrive:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Descrizione dei comportamenti manifesti degli alunni con ADHD;</li> <li><input type="checkbox"/> Suggerimenti per i docenti: che cosa fare;</li> <li><input type="checkbox"/> Come valutare il comportamento (la condotta) dell'alunno ADHD.</li> </ul>

Si riportano le norme (linee guida, circolari, indicazioni, protocolli di intesa, ecc.) previsti per facilitare la individuazione, la diagnosi, il trattamento e facilitare l'inserimento nella scuola

DATA E TIPOLOGIA	OGGETTO	CONTENUTO
20/03/2012 C.M. Prot. n. 1395 del 20/03/2012	Piano Didattico Personalizzato per alunni con ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività	<b>Attivazione del PDP.</b> «Tale documento dovrà essere inoltre redatto <b>entro il termine massimo del primo trimestre in collaborazione con la famiglia dell' alunno e i Centri di diagnosi e cura per l'ADHD presenti sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità ovvero la Unità Sanitaria competente per territorio</b> , e successivamente ridiscusso in corso d'anno per rivedere e riformulare il relativo piano didattico.»  «Si ribadisce inoltre l'importanza, già rilevata con circolare prot.7373 del 17.11.2010 emanata dalla scrivente Direzione Generale, della precoce individuazione del disturbo a partire dalla <b>Scuola dell'Infanzia.</b> »
19/04/2012 C.M. Prot. n. 2213	Piano Didattico Personalizzato per alunni con ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (CHIARIMENTI)	La Circola chiarisce che gli alunni ADHD certificati come L.104 devono seguire tale percorso operativo, vale a dire elaborazione PEI, GLH ecc. in quanto rientranti nella L.104.
12/12/2012 Direttiva Ministeriale (sui BES)	strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica	È questa la famosa circola sui BES, alunni con Bisogni Educativi Speciali, che ricomprende anche i ADHD non certificati con la L. 104.

Si riportano le norme (linee guida, circolari, indicazioni, protocolli di intesa, ecc.) previsti per facilitare la individuazione, la diagnosi, il trattamento e facilitare l'inserimento nella scuola

DATA E TIPOLOGIA	OGGETTO	DESCRIZIONE
06/03/2013 C.M. n. 8	<p>Direttiva Ministeriale 27 dicembre 2012 "Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica". Indicazioni operative</p> <p>È QUESTA UNA CIRCOLARE OPERATIVA-ORGANIZZATIVA CHE CHIARISCE MOLTI PASSAGGI PER LA PIENA ATTUAZIONE DELLA CIRCOLARE SUI BES</p>	<p>«Fermo restando l'obbligo di presentazione delle certificazioni per l'esercizio dei diritti conseguenti alle situazioni di disabilità e di DSA, è <b>compito doveroso dei Consigli di classe o dei teams dei docenti</b> nelle scuole primarie indicare in quali <b>altri casi sia opportuna e necessaria l'adozione di una personalizzazione della didattica</b> ed eventualmente di misure compensative o dispensative, nella prospettiva di una presa in carico globale ed inclusiva di tutti gli alunni. «</p> <p>«In questa nuova e più ampia ottica, il Piano Didattico Personalizzato <b>non può più essere inteso come mera esplicitazione di strumenti compensativi e dispensativi per gli alunni con DSA</b>; esso è bensì lo strumento in cui si potranno, ad esempio, <b>includere progettazioni didattico-educative calibrate sui livelli minimi attesi per le competenze in uscita</b> (di cui moltissimi alunni con BES, privi di qualsivoglia certificazione diagnostica, abbisognano), strumenti programmatici utili in maggior misura rispetto a compensazioni o dispense, a carattere squisitamente didattico-strumentale. «</p> <p>«Ove non sia presente certificazione clinica o diagnosi, il <b>Consiglio di classe o il team dei docenti motiveranno opportunamente, verbalizzandole, le decisioni assunte</b> sulla base di considerazioni pedagogiche e didattiche; ciò al fine di evitare contenzioso. «</p> <p>«Per quanto riguarda gli alunni in possesso di una <b>diagnosi di DSA rilasciata da una struttura privata, si raccomanda - nelle more del rilascio della certificazione da parte di strutture sanitarie pubbliche o accreditate - di adottare preventivamente le misure previste dalla Legge 170/2010</b>, qualora il Consiglio di classe o il team dei docenti della scuola primaria ravvisino e riscontrino, sulla Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca – Dipartimento per l'Istruzione 3 base di considerazioni psicopedagogiche e didattiche, carenze fondatamente riconducibili al disturbo. «</p> <p>«Pervengono infatti numerose segnalazioni relative ad alunni (già sottoposti ad accertamenti diagnostici nei primi mesi di scuola) che, <b>riuscendo soltanto verso la fine dell'anno scolastico ad ottenere la certificazione</b>, permangono senza le tutele cui sostanzialmente avrebbero diritto. Si evidenzia pertanto la necessità di superare e risolvere le difficoltà legate ai tempi di rilascio delle certificazioni (in molti casi superiori ai sei mesi) adottando comunque un piano didattico individualizzato e personalizzato nonché tutte le misure che le esigenze educative riscontrate richiedono. Negli anni terminali di ciascun ciclo scolastico, in ragione degli adempimenti connessi agli esami di Stato, <b>le certificazioni dovranno essere presentate entro il termine del 31 marzo</b>, come previsto all'art.1 dell'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni sulle certificazioni per i DSA (R.A. n. 140 del 25 luglio 2012).»</p>

Si riportano le norme (linee guida, circolari, indicazioni, protocolli di intesa, ecc.) previsti per facilitare la individuazione, la diagnosi, il trattamento e facilitare l'inserimento nella scuola

DATA E TIPOLOGIA	OGGETTO	DESCRIZIONE
22/11/2013 Nota ministeriale n. 2563	Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali. A.S. 2013/2014. Chiarimenti.	<p>«...si richiama l'attenzione sulla distinzione tra ordinarie difficoltà di apprendimento, gravi difficoltà e disturbi di apprendimento. Nella quotidiana esperienza didattica si riscontrano momenti di difficoltà nel processo di apprendimento, che possono essere osservati per periodi temporanei in ciascun alunno. È dato poi riscontrare difficoltà che hanno un carattere più stabile o comunque, per le concause che le determinano, presentano un maggior grado di complessità e richiedono notevole impegno affinché siano correttamente affrontate. Il disturbo di apprendimento ha invece carattere permanente e base neurobiologica»</p> <p>«Si ribadisce che, anche in presenza di richieste dei genitori accompagnate da diagnosi che però non hanno dato diritto alla certificazione di disabilità o di DSA1, <b>il Consiglio di classe è autonomo nel decidere se formulare o non formulare un Piano Didattico Personalizzato</b>, avendo cura di verbalizzare le motivazioni della decisione. E' quindi peculiare facoltà dei Consigli di classe o dei team docenti individuare – eventualmente anche sulla base di criteri generali stabiliti dal Collegio dei docenti – casi specifici per i quali sia utile attivare percorsi di studio individualizzati e personalizzati, formalizzati nel Piano Didattico Personalizzato, <b>la cui validità rimane comunque circoscritta all'anno scolastico di riferimento.</b></p> <p>Piano annuale per l'inclusività Gruppo di lavoro per l'inclusività (GLI) Organizzazione territoriale per l'inclusione Centri Territoriali di Supporto (CTS) e dei Centri Territoriali per l'Inclusione (CTI), a cura degli Uffici scolastici regionali, per la ridefinizione di compiti e ruoli. Al riguardo, si precisa che nulla è innovato per quanto riguarda i Gruppi di lavoro interistituzionali (GLIP)</p>