

ATTO DD 842/A1421A/2020

DEL 10/08/2020

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1400A - SANITA' E WELFARE

A1421A - Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria; standard di servizio e qualita'

OGGETTO: Linee guida per la promozione della cultura e la definizione di strategie d'intervento a favore di persone con ADHD (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder)

- la ex Direzione Coesione Sociale della Regione Piemonte ha istituito con Determinazione Dirigenziale n. 24 del 22/01/2016 un Gruppo di lavoro per la programmazione di interventi nell'ambito delle politiche sociali, istruzione, formazione professionale e inserimento lavorativo per le persone con disabilità e/o con bisogni educativi speciali;
- tale Gruppo di lavoro si è proposto di organizzare e gestire interventi a favore delle persone disabili e/o con bisogni educativi speciali ed in particolare:
- promuovere attività di sensibilizzazione in ambito sociale, educativo, formativo e lavorativo e antidiscriminazione
- proporre e realizzare progetti, anche in collaborazione con le altre Istituzioni
- collaborare con funzionari di altre Direzioni regionali, con altre Istituzioni locali ed altri soggetti di rilevanza istituzionale per la ricerca di sinergie operative.

Preso atto che:

- l'Associazione ADHD Piemonte con sede legale in Santhia (VC) ha manifestato interesse alla realizzazione di linee guida per la promozione della cultura e la definizione di strategie d'intervento sull'ADHD;
- il gruppo di lavoro sopracitato, in collaborazione con i rappresentanti dell'Ufficio Scolastico regionale per il Piemonte, Ufficio IV e dell'Associazione ADHD Piemonte, alla luce delle osservazioni, della letteratura e delle esperienze maturate nei rispettivi ambiti professionali, ha predisposto, a tal fine, Linee Guida che si allegano sub A) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, allo scopo di promuovere sia una maggiore conoscenza del fenomeno del Disturbo da Deficit di Attenzione, sia una presa in carico più completa e proficua da parte di tutti i soggetti coinvolti, attivando e consolidando, laddove possibile, tutte le opportune forme di collaborazione e integrazione tra le diverse istituzioni e servizi

Dato atto che:

non vi sono oneri economici a carico della Regione Piemonte per la realizzazione delle attività previste dal documento

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento, in conformità a quanto disposto con Deliberazione della Giunta regionale n. 1-4046 del 17/10/2016.

Tutto ciò premesso

IL DIRIGENTE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.
- L.R. n. 23/2008
- D.Lgs. n. 118/2011 e s.m.i.
- D. Lgs. n. 33/2013
- L.R. n. 14/2014

DETERMINA

Di approvare, per le ragioni di cui in premessa, le Linee Guida per la promozione della cultura e la definizione di strategie d'intervento a favore di persone con ADHD (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder) allegato sub A).

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso al T.A.R. entro il termine di 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice Civile.

La presente determinazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

Il funzionario estensore
Gianna Maria Travi

IL DIRIGENTE (A1421A - Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria; standard di servizio e qualità)
Firmato digitalmente da Livio Tesio

Allegato A

REGIONE PIEMONTE

Linee di indirizzo per la tutela e l'integrazione socio-sanitaria dei soggetti con disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività (ADHD) nella Regione Piemonte (diagnosi precoce, trattamento, inclusione scolastica e lavorativa)

Premessa

La Regione Piemonte promuove la cura e l'inclusione sociale, scolastica e lavorativa delle persone con Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività e per questo ha istituito un coordinamento regionale tra assessorati, associazioni dei familiari, Aziende Sanitarie Locali, Ufficio Scolastico Regionale, nonché un comitato tecnico scientifico quale organo consultivo.

L'attivazione di linee guida lungimiranti ed integrate intende tenere nella giusta considerazione le peculiarità del disturbo da deficit di attenzione con iperattività in particolare il fatto che la cura e la progettualità socio-terapeutica, non può riguardare solo il soggetto che ne è affetto e la sua famiglia ma deve coinvolgere la società in tutta la sua interezza, in particolare i servizi sanitari e sociali, il mondo della scuola e del lavoro e non ultima la magistratura. Tutto ciò richiede lo sforzo di proporre percorsi integrati, multidisciplinari e multiprofessionali in risposta ai bisogni di questa particolare fascia d'utenza.

E' poi opportuno ricordare che il 75% delle patologie psichiatriche degli adulti insorge in età evolutiva di queste oltre il 50% prima dei 15 anni. Tali patologie pur avendo uno sviluppo eterotipico sono spesso originate da diagnosi di ADHD misconosciute in età evolutiva e che si riflettono facilmente nel disagio sui banchi di scuola, nei quartieri e diventano esca di quadri psicopatologici e di dissocialità nell'età adulta.

Questo documento vuole offrire agli addetti ai lavori un modello organizzativo puntuale nella presa in carico di questo disturbo.

Hanno contribuito alla stesura di questo documento:

- Gianna Maria Travi Direzione Sanità - Settore Programmazione socio assistenziale e sociosanitaria standard di servizio e qualità - Regione Piemonte
- Guccione Fulvio - Coordinatore Nazionale Sezione epidemiologia e Organizzazione dei Servizi della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile
- Giovanni Galloni – Responsabile Centro Riferimento per la Terapia dell'ADHD
- Paola Damiani Referente Bisogni Educativi Speciali e inclusione per l'USR per il Piemonte
- Giuseppina Canzoneri – Settore Istruzione Direzione Istruzione, Formazione e Lavoro - Regione Piemonte
- Gaudenzio Como – Settore Formazione Professionale Città metropolitana Torino
- Flavio Buson – Settore Istruzione Città metropolitana Torino
- Paola Zanellato – Avvocato collaboratore delle Associazioni ADHD
- Costanza Di Gaetano – Presidente Associazione Regionale ADHD Piemonte Famiglie Associate
- Cinzia Corradi – Presidente Famiglie ADHD Cuneo
- Maurizio Cremona - Responsabile Centro Diagnosi e Cura Alessandria
- Francesco Oliva – Coordinatore Centro Diagnosi e Cura Adulti Regionale
- Chiara Baietto – Responsabile Centro Diagnosi e Cura Ospedale Regina Margherita Torino
- Benedetto Vitiello – Cattedra di Medicina Università di Torino
- Paolo Negro - Responsabile Centro Diagnosi e Cura ASL TO3
- Margherita Crosio – Settore Politiche attive del Lavoro – Direzione Istruzione, Formazione e Lavoro – Regione Piemonte

- ❑ Roberta Cattoretti - Settore Politiche attive del Lavoro – Direzione Istruzione, Formazione e Lavoro – Regione Piemonte
- ❑ Marisa Bobbio – Pediatra di famiglia – FIMP Torino
- ❑ Renato Turra – Responsabile FIMP Piemonte

INDICE

PARTE I

- 1.1 DEFINIZIONE
- 1.2 DECORSO CLINICO
- 1.3 CLASSIFICAZIONE
- 1.4 DATI EPIDEMIOLOGICI
- 1.5 ADHD NELL'ADULTO
- 1.6 COMPROMISSIONE ("IMPAIRMENT")
- 1.7 TERAPIA

PARTE II

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE

- 2.1 Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale
- 2.2. Descrizione fasi operative
- 2.3 Strumenti diagnostici (Raccomandazioni per i test di valutazione)
- 2.4 Significato dell'uso e non uso del farmaco
- 2.5 Patente di guida e farmaco
- 2.6 Problemi psichiatrici legati al problema non trattato farmacologicamente
- 2.7 Il ruolo del pediatra nella formulazione precoce del sospetto diagnostico

PARTE III

L'ADHD e IL MONDO DELLA SCUOLA E DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE

- 3.1 Il ruolo della scuola nella rilevazione precoce del sospetto
- 3.2 Strategie di gestione integrata del disturbo
- 3.3 Allievi con ADHD nella Formazione professionale
- 3.4 Strumenti da utilizzare a scuola e nella formazione professionale

PARTE IV

L'ADHD E L'INSERIMENTO LAVORATIVO

PARTE V

IL RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI E CONSIGLI ALLE FAMIGLIE

- 5.1 Ruolo e attività delle Associazioni
- 5.2 Parent training
- 5.3 Luoghi di formazione per genitori
- 5.4 Sportelli di incontro e di ascolto territoriali
- 5.5 Laboratorio bambini
- 5.6 Teacher training
- 5.7 Faq frequenti per Famiglie e Insegnanti

PARTE VI

ADHD & SPORT

PARTE VII

QUADRO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE

PARTE VIII

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

PARTE I

1.1 DEFINIZIONE

Il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD, acronimo per l'inglese Attention Deficit Hyperactivity Disorder) è un disordine dello sviluppo neuropsichico di origine neurobiologica che inizia in età evolutiva ma è presente con un quadro sintomatologico evoluto e differente, anche in età adulta.

L'ADHD è un disturbo del neurosviluppo come indicato dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 5 edizione (DSM-5). I disturbi del neurosviluppo si manifestano tipicamente nelle prime fasi dello sviluppo, spesso prima che il bambino inizi la frequenza scolastica sono caratterizzati da deficit che causano una compromissione del funzionamento personale, sociale, scolastico e lavorativo anche in età adulta.

L'ADHD è caratterizzato da livelli invalidanti di disattenzione, iperattività-impulsività, discontrollo delle emozioni e degli impulsi che limitano significativamente il funzionamento personale e sociale. Studi recenti evidenziano come alla base di questo, ci siano scarse capacità di autoregolazione e di autocontrollo. Alle manifestazioni di base possono associarsi quadri in comorbilità; oltre due terzi dei bambini con ADHD presentano delle comorbilità: le più comuni sono i disturbi dell'apprendimento e della coordinazione motoria, i tic, i disturbi dirompenti (d. oppositivo-provocatorio, d. della condotta), i disturbi d'ansia e dell'umore.

I sintomi spesso persistono nell'età adulta (Faraone et al. 2006), infatti, circa il 65% dei bambini che hanno ricevuto una diagnosi di ADHD mostra ancora sintomi durante l'età adulta con vari livelli di compromissione funzionale a livello sociale, scolastico e lavorativo.

L'eziologia è multifattoriale e include fattori genetici e ambientali la cui interazione contribuisce alla genesi del disturbo.

1.2 DECORSO CLINICO

Durante i primi 3 anni di vita, si parla generalmente di bambini con 'temperamento difficile' che manifestano iperattività e scarso autocontrollo, ma in questa fase l'inattenzione è scarsamente valutabile. La relazione bambino-genitore può essere alterata; tuttavia, in questi primi anni, la diagnosi non è certa.

Tra i 3 e i 6 anni i bambini iniziano il loro percorso scolastico e i comportamenti tipici dell'ADHD diventano riconoscibili anche in questo ambito. Può essere utile, già in questa fase, anche qualora la diagnosi non fosse formale, l'impiego di tecniche di parent-training.

È tra i 7 e gli 11 anni che l'ambiente familiare influisce maggiormente sulle manifestazioni dell'ADHD. Un'iperattività importante porta, a questa età, alla comparsa di comportamenti aggressivi, antisociali e a delinquenza.

Con l'adolescenza, si assiste ad una maturazione della capacità di autocontrollo, per cui in alcuni pazienti si va incontro ad una risoluzione della sintomatologia. È però anche vero che, in questa fase della vita, aumenta la quota di autocontrollo richiesta, per cui in altri pazienti si hanno sintomi impulsivi e inattentivi superiori rispetto ai coetanei. Circa la metà dei casi di ADHD diagnosticati durante la fanciullezza conserverà le caratteristiche diagnostiche nell'adolescenza. Coloro che continuano a manifestare iperattività con la crescita sono soggetti ad un rischio maggiore di sviluppare comportamenti aggressivi e/o antisociali, di delinquere ed incorrono con maggiore frequenza in incidenti d'auto.

Come già accennato, con il raggiungimento dell'età adulta, vi sono diverse possibilità:

- il disturbo può permanere protrandosi dalla fanciullezza, modificando talvolta alcune caratteristiche;
- i sintomi possono scomparire completamente;
- i sintomi possono mantenersi ad un livello sottosoglia e, quindi, non diagnostico;
- i sintomi presenti fin dall'infanzia possono causare una compromissione del funzionamento del soggetto solo con il passaggio all'età adulta, quando, cioè, la vita impone un maggior carico di responsabilità ed aumentano le aspettative.

Predittori di un decorso sfavorevole sono la combinazione tra un comportamento aggressivo in giovane età, un basso livello intellettuale e/o una difficoltà di apprendimento addizionale, l'occorrenza di ADHD in famiglia, problemi familiari e scarse relazioni con i propri pari. In linea con ciò, un quoziente intellettuale alto, un basso livello di comorbidità e una situazione domestica stabile hanno un effetto favorevole sulla prognosi (Biederman et al., 1996).

1.3 CLASSIFICAZIONE

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) individua tre quadri clinici predominanti:

Manifestazione combinata (314.01 - F90.2) se sono presenti sia disturbi dell'area attentiva che dell'area iperattivo-impulsiva

Manifestazione con disattenzione predominante

Manifestazione con iperattività/impulsività predominante

La sintomatologia deve essere presente da almeno sei mesi e devono causare una compromissione del funzionamento scolastico, sociale e lavorativo.

Si riconoscono inoltre tre livelli di gravità:

Lieve

Moderata

Grave

1.4 DATI EPIDEMIOLOGICI

DATI EPIDEMIOLOGICI GENERALI

La prevalenza mondiale della diagnosi di ADHD nei bambini e adolescenti è stimata intorno al 5,9-7,1%, tuttavia questi valori variano molto tra aree geografiche (Polanczyk et al. 2007; Willcutt 2012).

La prevalenza "amministrativa"* in Italia, si attesta intorno all'1% nella popolazione di età compresa tra 6-17 anni (Didoni A et al. 2011), ma recenti studi, hanno misurato una prevalenza del 3% in un campione di oltre 6.000 bambini ed adolescenti delle scuole elementari e medie inferiori (Bianchini et al. 2013). In generale il disturbo è prevalente nel sesso maschile, con un rapporto maschi/femmine pari a 2:1.

DATI EPIDEMIOLOGICI LOCALI

In Piemonte la raccolta epidemiologica della rete dei servizi di Neuropsichiatria Infantile, Neurologia, Psicologia e Riabilitazione della Regione Piemonte denominata Smail relativa all'anno 2016 evidenzia quanto segue:

REGIONE PIEMONTE DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE CON IPERATTIVITA' anno 2016		
	N. diagnosi	
Pazienti in carico	3080	prevalenza 0,46%
Nuovi pazienti nel 2016	413	incidenza 0,00015%
Prestazioni erogate 2016 ai pazienti in carico	12.208 media procapite 4,46	fase diagnostica: 3449 m.4,02 fase ri-valutazione: m 1139 m 2,30 Fase trattamento: 7620 m. 7,06
prestazioni in collaborazione con la scuola	2270	
prestazioni in collaborazione col tribunale	418	

EPIDEMIOLOGIA NELL'ADULTO

La prevalenza di ADHD nell'adulto si attesta intorno al 3-5% (Fayyad et al., 2007; Kessler et al., 2005a, 2006; Kooij et al., 2005). Tuttavia, i dati attualmente disponibili derivano da studi molto eterogenei nella metodologia di indagine. Inoltre, la maggior parte di questi studi viene svolta negli USA dove l'ADHD dell'adulto risulta sotto-diagnosticato e sottotrattato e di conseguenza è lecito supporre che la prevalenza del disturbo sia sottostimata.

Da uno studio condotto dalla WHO World Mental Health su 10 Paesi per valutare la prevalenza di ADHD nell'adulto (dai 18 ai 44 anni) è emerso che la stima di tale prevalenza si aggira intorno al 3.4%, con un valore più alto in Francia (7.3%) e più basso in Spagna (1.2%), mentre negli Stati Uniti è pari al 5.2%. I dati dallo stesso studio evidenziano che la prevalenza dell'ADHD in Italia varia dal 2,8% al 7,3% (de Graaf R. et al. 2008). Nella popolazione adulta come in quella pediatrica prevale la patologia nel sesso maschile rispetto al sesso femminile con valori di prevalenza media dell'11.3% e del 5.4% rispettivamente.

1.5 ADHD NELL'ADULTO

L'eccessiva focalizzazione su stimoli irrilevanti, la scarsa abilità nell'organizzare sia procedure mentali che comportamenti complessi, in famiglia, sul lavoro, sono tutti esempi di sintomi di ADHD nell'adulto. L'ADHD dell'adulto è stato riconosciuto come categoria diagnostica nella nuova versione del DSM-5. I criteri sono gli stessi della diagnosi pediatrica, tuttavia, nell'adulto, per diagnosticare la patologia, sono sufficienti 5 sintomi di una o di entrambe le dimensioni (disattenzione e iperattività). Va tuttavia segnalato che la valutazione in età adulta è un processo complesso in quanto la sintomatologia riferita all'età evolutiva è di difficile richiamo.

Con l'aumentare dell'età, emergono, in modo in parte organizzato e prevedibile, le diverse comorbidità, il quadro clinico si fa più complesso, l'ADHD diventa una componente del quadro clinico, non necessariamente la più rilevante (Masi, 2012).

Spesso nell'età adulta si assiste ad una riduzione della severità dei sintomi (soprattutto l'iperattività); nel 60% dei casi, tuttavia, i sintomi residuano in modo importante e nel 90% dei casi permane una disfunzione (Biederman et al., 2000).

Gli adulti, invece, nella maggior parte dei casi lamentano soprattutto sintomi della sfera attentiva e problemi di organizzazione, poiché queste sono le aree maggiormente esposte a carico prestazionale. Solitamente, con la crescita, i soggetti sviluppano delle strategie di adattamento che gli permettono di superare queste difficoltà, ad esempio, grazie all'utilizzo di agende con le quali organizzare la loro vita, mentre nei bambini è spesso necessario l'intervento di figure esterne quali genitori e insegnanti. Pertanto può capitare che le difficoltà conseguenti al quadro psicopatologico si manifestino solo nel momento in cui vengano a mancare queste forme di aiuto, ad esempio quando i soggetti affetti lasciano l'ambito familiare e diventano indipendenti.

La disattenzione si manifesta, a livello comportamentale, come divagazione dal compito, mancanza di perseveranza, difficoltà a mantenere l'attenzione e disorganizzazione. L'iperattività si riferisce ad una eccessiva attività motoria o una eccessiva loquacità in momenti in cui essa non è appropriata (APA, 2013). Negli adulti l'iperattività si può manifestare come un'estrema irrequietezza, che si può esprimere sia esternamente che internamente. L'impulsività si riferisce al compimento di azioni affrettate e non premeditate, in grado di comportare un potenziale danno per sé stessi o per altri. L'impulsività può riflettere un desiderio di ricompensa immediata o l'incapacità di ritardare la gratificazione. I comportamenti impulsivi possono manifestarsi come invadenza sociale, ad esempio, interrompere gli altri in maniera eccessiva oppure prendere decisioni importanti senza considerarne le conseguenze.

1.6 COMPROMISSIONE ("IMPAIRMENT").

L'ADHD è fonte di disadattamenti in ambito scolastico/lavorativo, sociale e nella pianificazione della vita quotidiana.

Nelle forme franche l'evoluzione nel tempo implica l'induzione di fenomeni ricorsivi che tendono ad aggravare il livello di disadattamento e di malessere del paziente, alimentando le comorbidità psichiatriche molto spesso presenti sin dall'età scolare e promuovendo la comparsa di quadri psichiatrici che potranno mascherare il disturbo sottostante.

Così se a livello della compromissione funzionale globale un bambino in età scolare potrà esperire una bassa autostima, maggior esposizione a incidenti, al fumo, a esperienze trasgressive, a difficoltà accademiche e scarse relazioni sociali adeguate con maggior esposizione a relazioni con gruppi devianti, con l'evolversi del quadro e lo scorrere del ciclo vitale si troverà in età adolescenziale/adulto giovanile ai rischi espressi in uno studio nordamericano:

Non completare l'obbligo scolastico: 32-40%

Iscriversi all'Università o completarla: 5-10%

Malattie sessualmente trasmissibili: 16%

Isolamento sociale (50-70%)

Più frequenti fatti antisociali e incidenti stradali

Più frequenti Gravidanze sotto ai 20 aa.

(International Consensus Statement on ADHD; January 2002).

In uno studio prospettico che ha comportato un follow-up di 33 anni dopo la diagnosi fatta a 8 anni, su un campione: 135 soggetti di sesso maschile con ADHD in infanzia senza Disturbi di Condotta ed un campione controllo di. 136 uomini ADHD free in infanzia si ha conferma delle maggiori

difficoltà di realizzazione scolastica, lavorativa e sociale, con un maggior numero di divorzi, di condotte antisociali, e di abuso di sostanze, di incarcerazioni e ricoveri psichiatrici. (Rachel G. Klein, Salvatore Mannuzza, Maria A. Ramos Olazagasti, et alii. JAMA Psychiatry. Dic 2012. In uno studio inglese condotto sui detenuti di carceri svedesi evidenziava come il numero di persone con ADHD non diagnosticata e trattata era molto superiore al numero dei carcerati ADHD free o in terapia (Ginsberg et al. BMC Psychiatry 2010, 10:112).

1.7 LA TERAPIA DELL'ADHD

Le linee guida della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile documentano come sia l'approccio multimodale il trattamento più adatto per la cura dei disturbi da deficit di attenzione con iperattività. Questi comprendono trattamenti non farmacologici rivolti direttamente al paziente, alla famiglia e alla scuola (terapie cognitive comportamentali, parent e teacher training) ed in casi di maggiore gravità, in mancanza di risposte ai trattamenti la terapia farmacologica.

La terapia farmacologica viene considerata solo se quella comportamentale non risulta sufficiente per un adeguato controllo della sintomatologia. Sulla base della ri-analisi dei risultati dello studio MTA (Multimodality Treatment of ADHD), alcune linee guida Europee riconoscono che per i bambini con le forme più gravi del disturbo (identificabili come Disturbo Ipercinetico secondo i criteri del ICD-10, in cui la superiorità del trattamento farmacologico appare maggiore e l'efficacia degli interventi psicoeducativi minore rispetto alle forme "classiche" di ADHD) sia quasi sempre necessario il trattamento farmacologico; in questi casi, anche se il parere dei genitori deve sempre essere rispettato, il trattamento farmacologico dovrebbe essere sempre consigliato in combinazione con interventi psico-comportamentali qualora alcune settimane di intervento psicoeducativo dovessero risultare inefficaci (Taylor et al, Eur, Child Adolesc, Psychiatry 13: S1 7-30, 2004).

PARTE II

2.1 PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE

Il percorso Diagnostico terapeutico assistenziale a livello nazionale è organizzato secondo i criteri previsti dalle Linee guida SINPIA del 24/6/2002 e dalla determina n.106 G.U. del 24/4/2007. Nella regione Piemonte il percorso è normato dalle DGR 4-8179 del 5/5/2008 e dalla D.D. n. 10 del 20/01/2009 che ha individuato 7 centri regionali di riferimento:

- OIRM Torino,
- ASL TO1,
- ASL TO3,
- ASL CN1,
- ASO AL,
- ASO Novara,
- ASL NO Borgomanero

con le modalità organizzative secondo il seguente schema:

Nella DGR 50-4417 del 19/12/2016 vengono inoltre individuati i centri di riferimento per i soggetti in età adulta in stretta sinergia con i centri di riferimento per l'età evolutiva.

2.2 DESCRIZIONE FASI OPERATIVE.

A) I Pazienti afferiscono da:

- Medici di Medicina Generale (MMG),
- Pediatri di libera scelta (PLS)
- Accesso diretto della Famiglia.

La Famiglia, la scuola e gli operatori sociali rileva l'esistenza di difficoltà di comportamento e/o di mantenimento dell'attenzione, presenti in vari contesti di vita significativi frequentati dal ragazzo e valutano insieme al Medico di famiglia e/o al PLS l'opportunità di rivolgersi al Servizio di NPI territorialmente competente.

B1) Il Servizio Territoriale di NPI è il titolare della gestione del minore con sospetto ADHD ed è il garante di tutto il suo percorso diagnostico-terapeutico:

- si pone come primo ascolto del sospetto diagnostico
- valuta il soggetto e il suo contesto
- effettua l'accertamento clinico al fine della definizione diagnostica con l'utilizzazione delle interviste e delle scale specifiche, dei test cognitivi e delle valutazioni delle abilità scolastiche e delle funzioni esecutive, coinvolgendo eventualmente, Logopedisti e Psicologia.

La diagnosi del Paziente comporta le seguenti valutazioni:

- Esame Obiettivo, Colloqui e Osservazioni Cliniche eventualmente supportati da interviste diagnostiche semistrutturate (Kid-SADS, ecc.)
- Scale specifiche per il disturbo (CTRS, CPRS, CASS-L, (eventualmente integrate da CBCL, SDAI, SDAG, SDAB, COMT), SNAP-IV, CGAS.
- Prove cognitive (WISC IV o III, Leiter-R, ecc)
- Prove Specifiche d'Apprendimento (MT, DDE2, BDE o ACMT, ecc.).
- Scale per l'ansia e la depressione (MASC o PARS, CDI).
- Eventuale valutazione delle Funzioni Esecutive (TOL, BIA, Campanelle, Corsi, WCST, Benso, ecc.)

B2) Il Servizio Territoriale di NPI, effettuata la diagnosi:

- predisporre il Progetto Terapeutico individualizzato.
- attivare le terapie non-farmacologiche disponibili.
- inviare al Centro Regionale di Riferimento quei soggetti che presentano una sintomatologia particolarmente accentuata e che non hanno ricevuto adeguate risposte alla terapia non farmacologica

al fine di valutare l'opportunità di intraprendere una terapia farmacologica associata, utilizzando la modulistica prevista nella Determina Regionale N° 10 del 20/01/2009.

B3) Il Servizio Territoriale di NPI, infine, se necessario:

- redige la Certificazione per il riconoscimento dei Bisogni Educativi Speciali (in Piemonte definiti Esigenze Educative Speciali) ai fini scolastici
- gestisce la rete degli Enti coinvolti negli interventi a favore del Paziente ADHD, con particolare attenzione alla Famiglia e alla Scuola, con incontri periodici
- effettua controlli clinici periodici in base alle necessità del caso specifico e alle comorbidità presenti.

C) Il Centro Specialistico Regionale di Riferimento:

- conferma la necessità del trattamento farmacologico per i casi inviati dalle Strutture del territorio con diagnosi certa di ADHD e pregressi o concomitanti interventi multimodali
- valuta attraverso un'accurata anamnesi e un Esame Obiettivo la presenza di fatti che controindicano l'assunzione di farmaci per la terapia dell'ADHD

- raccoglie il Consenso Informato dai Genitori del Paziente ed l'assenso informato del Paziente, se superiore ai 12 anni e con adeguate risorse cognitive.
- prescrive le valutazioni cliniche, laboratoristiche, strumentali ed eventualmente richiede le consulenze specialistiche necessarie per la prescrivibilità dei farmaci
- accerta la tollerabilità clinica del farmaco, nel caso di utilizzo di uno psicostimolante (dose test)
- predispone il Piano Terapeutico individualizzato
- risponde al Centro NPI di Territorio e informa il Pediatra di Libera Scelta o il Medico di Medicina Generale, utilizzando l'apposita modulistica
- verifica l'andamento clinico, l'efficacia e la tollerabilità del farmaco attraverso follow up semestrali
- gestisce, per via telematica, il Registro ADHD dell'Istituto Superiore di Sanità
- offre consulenza e supporto alle Strutture NPI di Territorio, con particolare riferimento a quelle del proprio territorio di riferimento, verso le quali svolge un ruolo di coordinamento, di informazione e di formazione
- redige i percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (PDTA).

2.3 STRUMENTI DIAGNOSTICI (RACCOMANDAZIONI PER I TEST DI VALUTAZIONE)

Sono disponibili molteplici strumenti di screening e diagnostici, molti dei quali tradotti in differenti lingue.

Esistono dei questionari che permettono di effettuare uno screening tra i soggetti in cui vi è un sospetto di ADHD. Consentono infatti di selezionare quei pazienti in cui è opportuno eseguire ulteriori indagini; non hanno quindi, da soli, un valore diagnostico. Per la diagnosi nella fanciullezza, questi questionari vengono somministrati ai genitori o in alternativa agli insegnanti; i più utilizzati sono questionari di Conners (IOWA CONNERS, scale SWAN e SNAP).

Negli adulti, per lo screening, si utilizzano per lo più dei questionari che possono essere compilati dal paziente stesso. Un esempio è l'ADHD Rating Scale (Pappas, 2006). Questo test è basato sul DSM-IV (APA, 1994) e include 18 domande, una per ogni criterio diagnostico, riformulate per rappresentare meglio, per gli adulti, i sintomi tipici dell'ADHD. La versione ridotta, l'Adult ADHD Self-Report Scale versione 1.1 (ASRS-v1.1), è stata sviluppata dagli esperti dell'OMS selezionando 6 items dei 18 dell'ADHD Rating Scale sulla base di una regressione logistica sequenziale. Si stima che tale questionario abbia una sensibilità pari a 68,7% ed una specificità del 99,5% (Kessler et al., 2005b). Il test è positivo qualora almeno 4 risposte risultino superiori al cut-off significativo, ricadendo quindi nelle caselle evidenziate con un colore più scuro. Il test è stato validato nel 2007 (Kessler et al., 2007).

Se lo screening risulta positivo è sempre necessario procedere con una valutazione diagnostica completa. Per guidare il processo diagnostico sono disponibili altri questionari autosomministrati. I due più utilizzati in America sono il CAARS (Conners' Adult ADHD Rating Scale) e il BADDSS (Brown Attention-Deficit Disorder Scale), per i quali diversi studi condotti hanno dimostrato una validità equivalente. Per quanto riguarda il CCARS, si distinguono versioni brevi e lunghe e versioni che possono essere somministrate al paziente o ai familiari. Questo test indaga, tra l'altro, i criteri del DSM-IV (APA, 1994). Il BADDSS, invece, non valuta i criteri del DSM-IV (APA, 1994), non indaga gli aspetti di impulsività/iperattività (Brown, 1996), ma si focalizza sulle funzioni esecutive nelle aree di attenzione e di problemi di organizzazione. La WURS (Wender Utah Rating Scale) è una scala più ampia, in quanto indaga anche la presenza di sintomi propri di altri disturbi, spesso presenti in comorbidità negli adulti affetti da ADHD.

Per una diagnosi accurata nell'adulto, gli strumenti più indicati sono le interviste strutturate soprattutto se effettuate in presenza del genitore. La Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAA-DID) e la Diagnostic Interview for ADHD in adults (DIVA) sono le scale validate più diffuse. Entrambe si basano sui criteri diagnostici del DSM-IV (APA, 1994), per ognuno dei quali vengono forniti esempi concreti, sia per la fanciullezza che per l'età adulta, al fine di facilitare al paziente il riconoscimento del sintomo (Kooij, 2012); la DIVA ha inoltre una sezione dedicata alla valutazione dettagliata del funzionamento.

Attualmente, non esistono esami neurobiologici o neurofisiologici con sensibilità e specificità tali da poter essere utilizzati per la diagnosi di ADHD (Boonstra et al., 2005).

2.4 SIGNIFICATO DELL'USO E NON USO DEL FARMACO

La terapia farmacologica è il trattamento risultato più efficace e costituisce il fondamento del trattamento dell'ADHD dell'adulto (Kooij, 2012).

Una notevole massa di dati, generati da studi clinici controllati (RCT) condotti sia negli USA che in diversi paesi Europei, dimostra l'efficacia e la sicurezza del metilfenidato anche negli adulti (Huss et al. 2014, Kooji et al. 2013, Fredriksen et al. 2013, Ginsberg et al. 2012 a, b 2014, Casas et al. 2013, Buitelaar et al. 2009, 2012, Retz e2007, Reimherr t al. 2012 Biederman et al. 2006, 2010, Adler et al. 2009, Rösler et al. 2009, Verster et al. 2006, Medori et al. 2008, Jain et al. 2007, Reimherr et al. 2007, Spencer 2005, 2007).

La terapia farmacologica, in particolare mediante l'utilizzo di farmaci stimolanti, si è dimostrata efficace nel ridurre i sintomi nel 50-70% dei soggetti, sia in età infantile che in età adulta. L'efficacia si mantiene finché il paziente assume la terapia (Kooij et al., 2004; Spencer et al., 2005).

I farmaci che si sono dimostrati maggiormente efficaci nel trattamento dell'ADHD sono gli stimolanti. Una recente revisione sistematica condotta dal National Institute of Clinical Excellence (NICE) ha incluso 65 trials dai quali è emersa una netta superiorità dei farmaci stimolanti (metilfenidato e d-metanfetamina) rispetto al placebo (NICE, 2006).

Il trattamento per l'ADHD porta a benefici in molti ambiti, come ad esempio, nella guida di autoveicoli e nel peso. Nei pazienti trattati vi è una riduzione del tasso di obesità a causa dell'effetto ipopressizzante degli stimolanti e dell'Atomoxetina. Benefici importanti ci sono anche a livello di autostima, funzione sociale e risultati accademici. Questi risultati sono supportati da un numero relativamente elevato di studi (10, 12 e 21 studi, rispettivamente) confrontando persone con ADHD trattato con persone con ADHD non trattato.

Altri ambiti, come consumo di sostanze stupefacenti e comportamenti antisociali, sembrerebbero rispondere meno al trattamento per l'ADHD. La persistenza della problematica in questi casi potrebbe avere a che fare con lo sviluppo in comorbidità del disturbo della condotta, spesso associato all'uso di sostanze (Carpentier et al., 2012). In conclusione si può affermare che il trattamento specifico per l'ADHD riduce l'impatto negativo che il disturbo ha sul funzionamento ma non vi è una completa normalizzazione di tutte le sotto-aree (Shaw et al., 2012).

Secondo un recente studio epidemiologico su dati del registro assicurativo nazionale taiwanese, i pazienti affetti da ADHD sono maggiormente soggetti a fratture ossee traumatiche; questo rischio è ridotto dal trattamento con Metilfenidato quando mantenuto per almeno 180 giorni (Chin-Hung Chen et al., 2017).

Inoltre, la terapia con metilfenidato si associa ad un miglioramento di alcune funzioni esecutive come la memoria a breve termine, la vigilanza e l'apprendimento (Faraone, 2005). Tuttavia, i soli problemi delle funzioni esecutive non possono spiegare l'intero quadro clinico dei pazienti affetti da ADHD e non tutti i pazienti con ADHD presentano disordini delle funzioni esecutive, per cui una loro misurazione non può essere utilizzata come strumento diagnostico (Seidman, 2006; Willcutt et al., 2005).

Il trattamento specifico per l'ADHD determina un beneficio nel 72% dei pazienti. Si può concludere, quindi, che il trattamento comporta una risposta completa nelle problematiche di attenzione alla guida; un beneficio importante sulla propria autostima, in ambito socio-relazionale e nello studio. Si osserva, inoltre, nei pazienti trattati una riduzione del consumo di sostanze. Minori, invece, sono i benefici riscontrati nell'ambito di comportamenti antisociali e in ambito occupazionale.

I pazienti ADHD hanno un rischio di commettere crimini o di essere incarcerati da 4 a 9 volte maggiore dei controlli. Dal 21 al 45% dei carcerati è affetto da ADHD. (Rösler et al., 2004).

Alcuni studi hanno valutato l'effetto a lungo termine del trattamento per l'ADHD sui comportamenti antisociali (Satterfield, Satterfield, & Schell, 1987; Satterfield et al., 2007). Al follow-up in età infantile i partecipanti che avevano ricevuto un trattamento multimodale (farmaci, terapia familiare, interventi cognitivi comportamentali) sono stati confrontati coloro che avevano ricevuto solo terapia farmacologica (Satterfield et al., 1987). Il gruppo di persone trattate con un approccio multimodale aveva minor probabilità di avere arresti (27% vs 43%), arresti multipli (14% vs 28%) e di essere

istituzionalizzati a causa di un crimine (8% vs 22%). Al contrario al follow-up fino all'età adulta non vi sono differenze significative tra i due gruppi suggerendo che qualsiasi beneficio del trattamento multimodale era svanito (Satterfield et al., 2007).

2.5 PATENTE DI GUIDA E FARMACO

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità quella per incidente stradale è l'ottava causa di morte nel mondo e la prima nei giovani (WHO. Global Health Estimates 2016).

Una recente meta-analisi di letteratura, ha riportato che i pazienti affetti da ADHD abbiano una guida più spericolata, con più frequenti infrazioni del codice della strada, maggiori revoche della patente e un numero più alto d'incidenti con colpa e un rischio relativo quasi doppio (1,88 volte) di andare incontro a collisione rispetto ai soggetti non affetti da ADHD (Vaa, 2014). Nella stessa meta-analisi emerge un dato importante riguardante l'età. In generale è comunemente riconosciuto che la giovane età e, nella fattispecie, l'inesperienza aumenti il rischio di avere incidenti stradali, ma nei giovani affetti da ADHD quest'associazione è sicuramente più saliente. Questo suggerisce una difficoltà di apprendimento e tempi più lunghi nel raggiungere un automatismo nel comando dell'autoveicolo nei soggetti ADHD (Surman et al., 2017).

In particolare, è stato evidenziato come il rischio d'incidente stradale sia più alto durante la cosiddetta guida monotona in cui la ridotta stimolazione ambientale può portare più facilmente a errori di distrazione e come questo rischio tenda a migliorare in modo significativo con il trattamento farmacologico (Biederman et al., 2012).

Una recente revisione di letteratura effettuata da Surman et al. (2017) ha analizzato a fondo l'effetto sulla prestazione alla guida di autoveicoli del trattamento farmacologico di indicazione per l'ADHD. I lavori presenti in letteratura hanno valutato tal effetto utilizzando simulatori di guida (9 studi), raccogliendo informazioni e impressioni riportate direttamente dal guidatore affetto da ADHD (9 studi) o infine valutando le condotte direttamente sulla strada con l'ausilio di riprese video o addirittura di un osservatore/valutatore presente sull'autoveicolo (6 studi). Quest'ultimo metodo di valutazione ha permesso anche di evidenziare il tipo di errori più frequenti commessi dai guidatori affetti da ADHD che sono di natura impulsiva, come non mantenere distanze di sicurezza e dimenticarsi di segnalare il cambio di direzione (rispettivamente 8 e 47 volte di più dei controlli) e di natura inattenta, come essere distratti da interferenze ambientali all'interno dell'autoveicolo e agire in modo esitante con frenate inopportune.

Secondo la letteratura riportata da Surman et al. (2017) tutti i principali trattamenti per l'ADHD (metilfenidato, atomoxetina e lisdexamfetamina dimesilato) hanno dimostrato efficacia nel migliorare la qualità di guida dei pazienti affetti da ADHD, non necessariamente correlata al miglioramento clinico del disturbo. Dalla revisione emerge inoltre l'importanza dei dosaggi del farmaco poiché aumentando la dose quotidiana di farmaco aumenta l'effetto. Gli autori in tal senso rinforzano il concetto già sottolineato in altri campi di studio (effetto sui sintomi, effetti sulla prestazione lavorativa e scolastica, ecc...) dell'importanza di mantenere massimi dosaggi del farmaco per raggiungere significativi miglioramenti nella prestazione di guida.

Infine, Surman et al. (2017) evidenziano l'influenza del tempo poiché l'effetto del farmaco sembra ridursi allontanandosi dalla somministrazione. Questo come suggerito dagli autori può essere interpretato come peculiare peggioramento della prestazione di guida nei soggetti affetti da ADHD che sovrasta l'effetto del trattamento o come perdita d'efficacia del farmaco nel corso della giornata. In tal senso, è il clinico ad avere ruolo fondamentale nel variare dosi e tempi anche in base alla performance di guida (e globale) individuale.

Cercando di applicare i risultati di letteratura alla pratica clinica quotidiana sembrerebbe importante il trattamento tempestivo del disturbo che dovrebbe anticipare il periodo di acquisizione della licenza di guida e dovrebbe continuare nel tempo al fine di garantire un livello di prestazione ottimale. Tale tipo di approccio dovrebbe favorire una normalizzazione del periodo di apprendimento degli automatismi considerati fondamentali nel ridurre l'elevato rischio di incidente caratteristico dei primi mesi/anni di guida. Il trattamento dovrà essere adeguato per tempi e dosaggi al contesto funzionale e clinico individuale, ma comunque dovrebbe seguire il principio del massimo dosaggio tollerato, poiché la prestazione sembra migliorare con l'aumento dei dosaggi. La legge italiana non tiene conto in modo specifico dell'ADHD nel definire indicazioni rispetto al rilascio o al rinnovo della patente di guida. All'interno del D.lgs. 59/11 si fa riferimento alle turbe

psichiche condizionanti la guida nell'allegato III, lettera G, parlando di gravi turbe psichiche e disabilità intellettive che possono talora accompagnare una diagnosi di ADHD, ma che in alcun modo ricadono nei criteri diagnostici (comorbidità). Il decreto rimanda comunque alla commissione medica per quanto riguarda l'argomento farmaci in particolar modo se psicotropi o stupefacenti. (allegato II, lettera F). Per questo motivo, dal punto di vista riabilitativo, rimane un problema attuale quello del rilascio e rinnovo della patente di guida nel paziente affetto da ADHD in Italia. Spesso, infatti, l'impossibilità di ottenere e mantenere la licenza alla guida rappresenta un ostacolo invalicabile al fine di ottenere un'occupazione e quindi di raggiungere un esito soddisfacente dal punto di vista del funzionamento lavorativo.

2.6 PROBLEMI PSICHIATRICI LEGATI AL PROBLEMA NON TRATTATO FARMACOLOGICAMENTE

Un interessante studio meta-analitico su 351 studi di letteratura, ha focalizzato l'attenzione sulle differenze tra pazienti adulti ADHD trattati e non trattati farmacologicamente, escludendo le tre aree sintomatologiche diagnostiche (Shaw et al., 2012). Il trattamento può ripristinare totalmente il difetto funzionale nella guida degli autoveicoli e l'obesità (100%), quasi totalmente la stima in se stessi e il funzionamento sociale (>80%), può migliorare il livello di istruzione (70%) mentre può fare meno rispetto alle condotte maladattative secondarie come l'abuso di sostanze e l'addiction comportamentale (60%), antisocialità e quindi sulla riduzione dell'uso di risorse nell'ambito della salute mentale che includono anche i servizi sociali (50%). L'aspetto su cui meno impatta il trattamento è l'occupazione che si risolve almeno in modo temporaneo solo nel 30% dei casi. Ovviamente gioca un ruolo importante la precocità del trattamento e quindi la tempestività della prevenzione secondaria (ossia delle condotte maladattative).

Diversi studi hanno evidenziato come i pazienti affetti da ADHD abbiano una maggiore incidenza di comorbidità psichiatriche e mediche associate ad uno stato socio-economico più basso rispetto ai pari, il che comporta una minor accessibilità alle cure. Un'alta percentuale di soggetti adulti affetti da ADHD presenta in associazione un altro disturbo psichiatrico. Tale percentuale, secondo alcuni studi, si attesterebbe tra il 50 e il 75% dei casi (Kooij et al., 2012), secondo altri studi raggiungerebbe l'80% (Klassen et al., 2010). In media un paziente affetto da ADHD presenta altri 3 disturbi in comorbidità (Kooij, 2012). Sebbene molti di questi disturbi in comorbidità presentano come l'ADHD un importante componente eziologica biologica (disturbi bipolari, disturbo ossessivo-compulsivo, spettro autistico e addictions), alcuni di essi possono senz'altro più facilmente interpretabili come conseguenza del tentativo di ridurre la triade sintomatologica o come evoluzione del disequilibrio adattativo ed emozionale (disturbi di personalità, disturbi dell'umore, antisocialità e addiction).

Coloro che fin dall'infanzia si trovano a convivere con le difficoltà causate dall'ADHD, spesso avranno problemi in ambito scolastico, lavorativo, di sviluppo emozionale e nell'instaurare relazioni con altri individui che favoriscono la comparsa di disturbi in comorbidità mediche e psichiatriche. Nei pazienti con ADHD si riscontra fin dalla fanciullezza una maggiore incidenza di disturbi d'ansia, disturbo depressivo maggiore, abuso di sostanze e disordini comportamentali e questo pattern si mantiene anche nell'età adulta. Una maggiore incidenza di depressione, disturbi d'ansia, abuso di sostanze (SUD, Substance Use Disorders) e problemi del sonno è emersa in tre studi (Bekker et al., 2008; Gau et al., 2007; Van Veen et al., 2010), mentre altri studi hanno evidenziato una maggiore incidenza di disturbi della personalità negli adulti con ADHD (Biederman et al., 1993, 2008a; Wilens et al., 1994).

L'assunzione di sostanze spesso rappresenta un tentativo di automedicazione da parte del paziente, col fine di ridurre la sintomatologia propria dell'ADHD, in particolar modo inattenzione, impulsività e i disturbi del sonno (Wilens and Upadhyaya, 2007). Tipicamente i disturbi da uso di sostanze nei soggetti affetti da ADHD si caratterizzano per una maggiore severità, un esordio più precoce, una più rapida progressione da una condizione di abuso verso una di dipendenza e infine, in questi casi, risulta significativamente aumentato il rischio di suicidio (Flory and Lynam, 2003; Kelly et al., 2004).

Il rischio di suicidio dei pazienti ADHD più in genere è aumentato, soprattutto nel sottotipo combinato, probabilmente a causa dell'impulsività (Murphy et al., 2002), ma anche a causa di

un'eventuale comorbidità con disordini dell'umore, dipendenze o disturbi della personalità (Barkley and Fischer, 2005; Semiz et al., 2008; Young et al., 2003). I disturbi di personalità, appunto, sono frequentemente riscontrati nei pazienti affetti da ADHD dell'adulto con dati di prevalenza che variano dal 10 al 75%. In particolare, emerge una forte associazione con i disturbi di cluster B (6-25%) (Kooij, 2006): borderline (OR=13,16), antisociale (OR=3,03) e narcisistico (OR=8,69) (Miller et al., 2008). In particolare, è l'associazione tra ADHD e disturbo borderline ad associarsi ad un aumento del rischio suicidario (Prada et al., 2014).

Nei pazienti con ADHD dell'adulto non si riscontra solo la presenza una comorbidità con disordini psichiatrici ma è frequente anche la diagnosi di una patologia di ordine medico. Le più frequenti comprendono asma, allergie, ferite da traumi e patologie conseguenti ad uno stile di vita a rischio (fumo, alcol, droghe, malattie sessualmente trasmissibili, alimentazione e sonno irregolari), scarsa igiene orale, aumento di gravidanze in adolescenza ed aborti e, infine, una diminuita richiesta di cure e assistenza (Leibson et al., 2001; Mitchell et al., 2003).

Probabilmente a causa di una sovrapposizione tra fattori di rischio genetici, l'ADHD si associa ad un'aumentata incidenza di tratti e disordini del neurosviluppo, tra cui dislessia (Willcutt et al., 2007), alterata coordinazione motoria (Francks et al., 2003) e disordini dello spettro autistico. Essendo quindi la presenza di comorbidità una regola piuttosto che un'eccezione, è necessario tenerne conto nel corso dell'iter diagnostico ed è fondamentale distinguere tra sintomi accessori che spesso accompagnano i sintomi specifici dell'ADHD, come ad esempio le oscillazioni dell'umore, con sintomi dovuti alla presenza di una patologia comorbida.

2.7 IL RUOLO DEL PEDIATRA NELLA FORMULAZIONE PRECOCE DEL SOSPETTO DIAGNOSTICO

Il Pediatra di Famiglia (PdF) è la figura di riferimento per il bambino e la sua famiglia dalla nascita all'adolescenza .

Sinteticamente il suo ruolo in questa affezione si inserisce con le seguenti modalità :

- **FORMAZIONE**

Il PdF necessita, in questo come in altri campi, di formazione puntuale ed aggiornata. Tale formazione deve consentirgli di individuare, gestire ed accompagnare i casi di ADHD avendo ben chiaro ciò che deve, ciò che può e ciò che non può fare.

Per essere efficace e raggiungere in breve tempo il maggior numero possibile di PdF sarebbe opportuna una programmazione a livello regionale (es affidare come obiettivi alle npi territoriali di avviare, con modalità da declinarsi nelle varie realtà, un programma di formazione specifica)

Tale formazione deve avere come mission quello di dotare i PdF di strumenti semplici ma validati da utilizzare durante le visite in studio (ad esempio domande, possibilmente chiuse, che permettano di individuare in modo rapido i casi sospetti)

- **INTERCETTAZIONE PRECOCE DEI CASI SOSPETTI**

Come si evince dalla letteratura un'intercettazione quanto più precoce possibile dei casi sospetti permette conseguentemente una presa in carico più efficace che ci consente di ottenere i migliori risultati terapeutici e conseguentemente di incidere in modo positivo sulla qualità di vita del bambino, della famiglia e dei suoi insegnanti.

I PdF da anni oramai utilizzano uno strumento formidabile, che è la compilazione dei Bilanci di Salute (BdS).

Tale strumento ci permette di valutare, in età codificate, oltre che i parametri antropometrici anche le varie tappe di sviluppo neuropsicomotorio.

Durante la formazione dovrebbero essere condivise le modalità (tipo appunto poche domande , codificate, a risposta chiusa) più opportune per evidenziare degli alert con un buon grado di affidabilità (pochi falsi positivi per non inondare le npi di richieste inappropriate ma con un buon indice di intercettazione) da formulare in determinati BdS

(3-4anni e 8-9anni)

Occorre inoltre (ed è questo il motivo per il quale è auspicabile una formazione declinata nelle varie realtà lavorative) individuare un percorso PdF -neuropsichiatria territoriale e viceversa che permetta l'utilizzo di una corsia preferenziale con una buona valutazione del contesto (familiare e scolastico) del bambino.

Il neuropsichiatra territoriale, una volta formulata la diagnosi, deciderà quale percorso terapeutico adottare (invio centro di riferimento, psicomotricità o altro).

- **CASE MANAGER**

Il PdF , completato il percorso diagnostico ad opera della n.p.i. territoriale , deve essere costantemente informato sui percorsi terapeutici intrapresi (sia farmacologici che di altro tipo).

Occorre prevedere un canale di comunicazione diretto tra le varie figure professionali che includa necessariamente il PdF (non delegare esclusivamente al genitore il compito , spesso non assolto in modo esaustivo, di mediatore tra le varie figure professionali).

In questo modo il bambino e la sua famiglia potranno contare su una figura autorevole di riferimento perché informata in modo completo e corretto dei percorsi che hanno condotto alle varie opzioni terapeutiche.

PARTE III

L'ADHD e IL MONDO DELLA SCUOLA

3.1 IL RUOLO DELLA SCUOLA NELLA RILEVAZIONE PRECOCE DEL SOSPETTO

- α) CONOSCERE, OSSERVARE e COMPRENDERE (la rilevazione del sospetto)
- β) CAPIRE (la comunicazione del sospetto e la valutazione specialistica)
- χ) INTERVENIRE (la gestione della classe con allievo/i con ADHD)

a) CONOSCERE, OSSERVARE E COMPRENDERE

Per quanto riguarda gli alunni/studenti con ADHD, è fondamentale - come per le altre situazioni di funzionamento atipico - che gli insegnanti abbiano acquisito le fondamentali conoscenze di base sul funzionamento dei bambini e dei ragazzi con ADHD e che sappiano riconoscere le principali caratteristiche in modo quanto più precoce e quanto più adeguato possibile, al fine di individuare la presenza di eventuali bisogni specifici che, se non riconosciuti, impediscono il pieno sviluppo dei processi di apprendimento e di partecipazione.

Precisiamo subito che la scuola, e gli insegnanti in particolare, negli ultimi anni sono chiamati a muoversi in un nuovo e complesso "spazio di confine" interprofessionale e interdisciplinare (medicina, psicologia, sociologia, pedagogia, didattica...), che richiede loro nuove conoscenze e abilità, entro il quale però non devono mai perdere o delegare il loro ruolo specifico che è quello educativo e didattico. La creazione di culture, politiche e pratiche sinergiche per la **gestione integrata** di fenomeni complessi non è semplice e richiede tempo, competenza, collaborazione e capacità di mettersi in discussione da parte di tutti gli attori coinvolti (spesso anche per tentativi ed errori...).

Partiamo pertanto da alcune indicazioni utili a mitigare i più comuni rischi e le derive in questa fase:

CHE COSA NON DOVREBBERO FARE GLI INSEGNANTI A SCUOLA:

- ❑ Non devono somministrare autonomamente test clinici, fare screening e non devono formulare ipotesi diagnostiche
- ❑ Non devono assumere prospettive deterministiche “se...allora...”
- ❑ Non devono osservare i deficit e le mancanze degli allievi secondo un modello clinico e individuale (modello medico) che non tenga conto della globalità del funzionamento (osservazione strategica dei punti di forza e di tutte le dimensioni) e della relazione indissolubile tra l'allievo e il contesto nel quale lo osserviamo (clima di classe, clima relazionale, materialità, aspetti organizzativi...)
- ❑ Non devono rivolgersi direttamente alla NPI, ma devono sempre confrontarsi in prima battuta con gli altri docenti (e colleghi esperti), con il Dirigente scolastico e con la famiglia e lo studente, se maggiorenni

CHE COSA **DOVREBBERO FARE** GLI INSEGNANTI:

- ❑ Devono osservare in modo mirato e consapevole i principali aspetti coinvolti nei processi di sviluppo, apprendimento e partecipazione dei propri allievi (capacità di attenzione, ascolto, relazione, gestualità...), possibilmente attraverso l'utilizzo di strategie e strumenti adeguati, condivisi a livello di scuola e territorio e pedagogicamente fondati (griglie osservative, check list, liste di indicatori...).
- ❑ Devono predisporre e implementare molteplici e differenziate occasioni di apprendimento e sviluppo
- ❑ Devono avviare e supportare processi di comunicazione, scambio e confronto con la famiglia e con gli altri professionisti della scuola e dei servizi (se già presenti), al fine di condividere informazioni utili alla comprensione dei bisogni educativi dell'allievo e alla valutazione degli eventuali bisogni in-formativi dei docenti e della famiglia.
- ❑ Devono formarsi e aggiornarsi per conoscere le principali caratteristiche di funzionamento tipico e atipico (nel nostro caso, i profili ADHD), i punti di forza oltre le difficoltà, e le relative strategie di intervento a livello di classe, scuola ed extrascuola.
- ❑ Possono organizzare percorsi di ricerca-azione e di ricerca-formazione, in collaborazione con altri professionisti, possono chiedere supporto alle istituzioni (Uffici Scolastici, CTS, Associazioni...) e costruire e/o partecipare a reti di scuole e comunità professionali, al fine di sentirsi “meno soli” e impreparati di fronte ai nuovi e impegnativi compiti professionali della scuola inclusiva attuale

-

CHE COSA OSSERVARE?

Oltre alle caratteristiche di sviluppo, apprendimento e partecipazione generali, che gli insegnanti devono sapere osservare in tutti i loro allievi, riportiamo di seguito alcuni aspetti caratterizzanti i bambini e i ragazzi con ADHD citati nel presente documento:

“Le manifestazioni dell’ADHD si modificano nel corso dello sviluppo. In linea di massima nelle prime fasi prevale la componente Iperattiva e Impulsiva - che si va poi attenuando progressivamente nelle forme meno gravi, internalizzandosi e determinando senso di irrequietezza, instabilità emotiva, difficoltà a rilassarsi e a mantenere impegni continuativi nel tempo - per lasciare in maggior spicco la componente inattentiva, più sensibile al progressivo crescere delle richieste ambientali di autonomia e impegno. L’impulsività spesso si modifica mantenendo, tuttavia, il suo peso nella vita relazionale e nell’adattamento alle regole nelle varie fasi d’età. Per cui si potrà vedere (Zuddas 2010, modificato):

- *In età prescolare: massimo grado di iperattività, non tolleranza della frustrazione, crisi di rabbia (“tempeste affettive”), litigiosità e provocatorietà, assenza di paura, tendenza a incidenti, comportamenti aggressivi, disturbo del sonno.*
- *In età scolare: comparsa di disattenzione, impulsività, difficoltà scolastiche, possibile riduzione della iperattività, evitamento di compiti prolungati, comportamento oppositivo-provocatorio.*
- *E in età adolescenziale: disturbo dell’attenzione con difficoltà scolastiche, di organizzazione della vita quotidiana (pianificazione, delle attività, senso del tempo);*

riduzione del comportamento iperattivo (sensazione soggettiva di instabilità e irrequietezza); instabilità scolastica, lavorativa, relazionale; mancanza di savoir faire sociale; bassa autostima; ansietà; condotte rischiose, trasgressive con minor cura della propria persona (incidenti stradali, noie con l'Autorità Giudiziaria, condotte sessuali a rischio di malattie a trasmissione sessuale e gravidanze indesiderate, uso di sostanze, obesità)"

Ricordiamo che lo specifico pedagogico dell'educatore e dell'insegnante consiste nel saper osservare e rilevare anche gli aspetti positivi, i punti di forza e le potenzialità che caratterizzano ciascuna persona.

In relazione alle caratteristiche sopra descritte, sono necessari strumenti adeguati all'osservazione delle differenti fasce di età e nei differenti ordini di scuola.

Come già esplicitato, occorre utilizzare strumenti pedagogici che facilitino l'attenzione al singolo nella relazione con il suo contesto, in un'ottica ecologica non deterministica e non categorizzante ed esclusiva. In tal senso, è necessario che siano presenti indicazioni per l'osservazione delle aree di forza oltre alle criticità e che sia tenuto conto del ruolo dei fattori ambientali presenti.

Tra gli strumenti e le strategie, possono ad esempio essere utilizzati: griglie e schede osservative già in uso presso le scuole (in particolare quelle dell'infanzia e le primarie); osservazioni sistematiche durante le attività educative e didattiche e di co-docenza; compilazione di parti del PDP (tabelle osservative); ricerca ed elaborazione di strumenti specifici con il supporto di esperti (collegi dei CTS; referenti inclusione; docenti universitari...)

b) CAPIRE

Dopo avere rilevato, con ragionevole fondatezza, la presenza di un sospetto disturbo, in base alle osservazioni sistematiche e accurate e ai colloqui con le persone coinvolte (scuola e famiglia), gli insegnanti devono curare la fase di comunicazione del sospetto (innanzitutto con la famiglia) finalizzata all'avvio delle procedure di valutazione da parte della dei sanitari della NPI per l'accertamento del disturbo. Anche se si tratta di una fase di stretta competenza sanitaria, la collaborazione degli insegnanti è comunque preziosa per fornire informazioni utili sul funzionamento dell'allievo nei contesti di vita concreti, come la scuola. Potrebbe essere richiesta anche la compilazione di strumenti di indagine da parte dei sanitari (ad esempio, la compilazione della scala SDAI)

C) INTERVENIRE

3.2 STRATEGIE DI GESTIONE INTEGRATA DEL DISTURBO

A questo livello il ruolo della scuola e degli insegnanti diventa fondamentale. Innanzitutto perché molto spesso bambini e ragazzi giungono a scuola già con una diagnosi di ADHD (si bypassano così per i docenti le due fasi precedenti), ma anche e soprattutto perché il ruolo del contesto e dei fattori ambientali (insegnanti, compagni, didattica, relazioni...) diventa essenziale per la corretta gestione del disturbo. Tali fattori, infatti, svolgono un ruolo facilitante (contribuendo alla riduzione dei fenomeni caratterizzanti l'ADHD) od ostacolante (amplificando le manifestazioni del disturbo). Gli stimoli ambientali favorevoli permettono infatti di mantenere l'attenzione e l'attività dell'alunno con ADHD entro limiti funzionali all'apprendimento e alla relazione.

La capacità di apprendimento e un appropriato comportamento scolastico dipendono dall'abilità del bambino di orientarsi, di mantenere l'attenzione e di mantenere la sua attività entro certi livelli per un determinato periodo di tempo, ma questi sono a loro volta influenzati dagli stimoli che l'ambiente offre (didattici, fisici, spazio-temporali, relazionali).

Risulta essenziale programmare incontri e attività formative con la famiglia, la scuola e i sanitari per realizzare un intervento "integrato" efficace a scuola, a casa e in tutti i contesti di vita, per il quale ciascun soggetto svolga la sua parte specifica. Il compito dei docenti è quello di creare una stimolazione didattica adeguata (inclusiva ed efficace) e un ambiente socio-relazionale positivo e rassicurante; occorre altresì valorizzare i punti di forza degli allievi attraverso delle strategie utili a

sviluppare le singole potenzialità e favorire la gestione dell'emozioni attraverso delle strategie utili ad acquisire una buona regolazione emotiva.

È pertanto consigliabile intraprendere percorsi formativi specifici, di *Teacher Training e Parent Training*, anche avvalendosi del supporto delle Associazioni di genitori e delle NPI del territorio.

INDICAZIONI GENERALI PER LA GESTIONE DI ALCUNI COMPORTAMENTI TIPICI

ACCORGIMENTI PER CONTENERE L'ECESSIVA ATTIVITÀ (IPERATTIVITÀ)

Non tentare di ridurre l'attività, ma incanalarla e utilizzarla per accettabili finalità.

1. Dare incarichi che permettano il movimento controllato nella classe.
2. Permettere di stare in piedi di fronte al proprio posto, specialmente in prossimità della fine del compito.

Proporre attività come un incentivo.

1. Assegnare un'attività (es. dare incarichi come portare un messaggio a qualcuno, pulire la lavagna, sistemare i libri della cattedra o le sedie) quale riconoscimento individuale di un successo.

Usare l'attività come risposta alle istruzioni.

1. Usare metodi di insegnamento che incoraggino la risposta attiva (es. parlare, muoversi, organizzarsi, lavorare alla lavagna).
2. Incoraggiare a tenere un diario dove scrivere, colorare ed altro.
3. Insegnare all'alunno a fare domande pertinenti.

ACCORGIMENTI PER CONTENERE L'INCAPACITÀ DI ATTENDERE (IMPULSIVITÀ)

Non chiedere all'alunno di aspettare, ma dare un sostituto verbale o una risposta motoria da compiere durante l'attesa e, se possibile, incoraggiare il suo fantasticare.

1. Istruire il bambino/ragazzo a continuare una parte più facile del suo compito (o a farne uno sostitutivo) nell'attesa dell'aiuto dell'insegnante.
2. Insegnare al bambino/ragazzo ad affrontare in un test per prime le risposte a lui note.
3. Abituarlo a sottolineare o a riscrivere le domande prima di cominciare, oppure a colorarne, con un evidenziatore, le parti più rilevanti.
4. lasciarlo scarabocchiare o giocare con la gomma, col segnalibro o con la matita mentre aspetta o sta ad ascoltare delle istruzioni.
5. Incoraggiarlo a prendere appunti (anche se solo per poche parole, quelle che lui reputa le più importanti).

Incoraggiare l'alunno a esprimere le sue capacità positive di leadership ed evitare di interpretare la sua incapacità di attendere come impazienza o prepotenza.

1. Suggestire o rinforzare altri ruoli (es. fare il capofila, distribuire i fogli).
2. Per i bambini/ragazzi che interrompono sempre, insegnare loro come riconoscere le pause nella conversazione e come non perdere il filo del discorso.
3. Indicargli quando serve un maggior autocontrollo per una specifica attività.
4. Insegnare e rinforzare le convenzioni sociali (es. buongiorno, ciao, per favore, grazie).

ACCORGIMENTI PER EVITARE IL CALO DELL'ATTENZIONE DURANTE LE ATTIVITÀ DIDATTICHE

Diminuire la lunghezza del compito.

1. Dividere il compito in parti più piccole che possano essere completate in diversi momenti.
2. Dare due compiti, facendo svolgere prima quello che piace di meno al bambino e poi il suo preferito.

3. Far fare pochi esercizi alla volta.
4. Nel presentare il compito usare un linguaggio preciso e globale.
5. Parcellizzare il compito da memorizzare invece di presentarlo nella sua globalità.
Rendere i compiti più interessanti.

1. Permettere di lavorare in coppia, in piccoli gruppi.
2. Alternare compiti molto interessanti ad altri meno interessanti.
3. Usare proiettori da parete durante le spiegazioni.
4. Far sedere l'alunno vicino all'insegnante.
5. Utilizzo degli organizzatori anticipati utili per collegare l'argomento trattato a eventuali conoscenze pregresse e per suscitare interesse e curiosità. Esempio: presentare un'immagine dell'argomento che si vuole trattare e porre delle domande agli alunni, se conoscono già la tematica, cosa rievoca l'immagine, ecc.
6. Favorire attività didattiche laboratoriali attraverso sperimentazioni, l'utilizzo del corpo, dei materiali, la recitazione, ecc.

Cercare le novità, specialmente alla fine di un lungo compito.

1. Trasformare in gioco la correzione dei compiti.
2. Trasformare in gioco il ripasso mnemonico.

Non incoraggiare o rinforzare il giudizio di "bella addormentata", ossia se il bambino/ragazzo guarda fuori dalla finestra non significa che sia disattento.

Purché il suo comportamento non sia di disturbo, non pretendere da lui una quiete assoluta che non sempre coincide con una reale attenzione.

ACCORGIMENTI PER EVITARE LA MANCANZA DI PARTECIPAZIONE E L'INCOSTANZA NEL TERMINARE I COMPITI

Andare incontro alle scelte ed agli specifici interessi dell'alunno nei compiti.

1. Permettere, entro certi limiti, la scelta del compito, dell'argomento, dell'attività.
2. Capire le preferenze del bambino/ragazzo ed usarle come incentivo.
3. Attirare l'attenzione del bambino/ragazzo al compito.

Assicurarsi che i compiti coincidano con le sue capacità di apprendimento e con le sue attitudini.

1. Permettere modalità alternative di risposte (es. scritte con il computer, registrate a voce).
2. Alternare il livello di difficoltà del compito.
3. Assicurarsi che il mancato svolgimento di un compito non dipenda dalla disorganizzazione.

Accorgimenti per superare la difficoltà ad iniziare un compito: in generale aumentare la strutturazione delle parti più rilevanti di un compito o delle convenzioni sociali.

1. Predisporre l'attenzione del bambino/ragazzo alle richieste orali (es. dando delle istruzioni scritte, permettendo di prendere appunti).
2. Dare una struttura precisa ai compiti ed ai test (es. usare fogli a quadretti per la matematica, stabilire degli standard per i compiti, essere il più specifici possibile).
3. Inquadrare la struttura globale del compito (es. le domande fondamentali, il percorso da compiere, le tavole del contenuto).
4. Permettere il lavoro in coppia o in piccoli gruppi purché a bassa voce.
5. Colorare, cerchiare, sottolineare, o riscrivere le istruzioni od i punti più difficili.

ACCORGIMENTI PER COMPLETARE IN TEMPO I COMPITI ASSEGNATI

Incrementare l'organizzazione del lavoro con l'uso di liste, diari, quaderni di appunti, cartelline.

1. Assegnare i compiti al bambino scrivendoli su agendine tascabili.

2. Scrivere i compiti assegnati sulla lavagna ed assicurarsi che li abbia copiati.

Stabilire le consuetudini per quanto riguarda l'uso dei materiali della classe e per il vestiario.

1. Aiutare il bambino/ragazzo ad organizzare, con l'uso di raccoglitori, i compiti già fatti e quelli da svolgere; lo stesso vale per gli appunti presi in classe per mantenerli in ordine cronologico.
2. Spingere i genitori a stabilire in casa consuetudini giornaliere su come riporre i libri ed usare il

materiale scolastico.

3. Aiutare il bambino/ragazzo a tenere in ordine il banco organizzandogli lo spazio.

Organizzare il suo ambiente con divisori e materiali colorati.

1. Insegnare al bambino/ragazzo l'abitudine di porsi delle domande prima di iniziare qualcosa o di lasciare un luogo (es. "Ho tutto quello che mi serve?")

2. Scrivere promemoria da mettergli sul banco, sui libri, sul diario.

3. Incrementare la programmazione sequenziale del pensiero.

Esercitarsi alla programmazione.

1. Programmare le differenti attività (di cosa si ha bisogno, come dividere i compiti in più parti)

2. Prevedere il tempo necessario per ogni singola attività.

3. Insegnare strategie per studiare.

Usare classificazioni, divisioni logiche, ripartizioni.

1. Insegnare l'uso di sistemi di scrittura col computer per riordinare le idee.

2. Insegnare al bambino a prendere note divise in tre colonne quando ascolta le spiegazioni o legge

il materiale (punti principali, punti di supporto, domande).

ACCORGIMENTI PER OVVIARE AD UNA SCARSA ABILITA' MANUALE ALLA SCRITTURA

Ridurre la necessità di scrittura manuale.

1. Non obbligare il bambino/ragazzo a ricopiare del materiale: ciò diminuirà il suo livello di qualità invece di migliorarlo.

2. Permettere all'alunno di utilizzare gli appunti dei compagni o dell'insegnante.

3. Accettare compiti scritti al computer o registrati.

Non pretendere sempre alti livelli di qualità nella scrittura dei compiti ma solo nelle parti più importanti dove è indispensabile la chiarezza.

1. Colorare, evidenziare, sottolineare quelle lettere che di solito il bambino non è capace di fare in corsivo.

2. Ridurre lo standard per una scrittura accettabile

3. Evidenziare quelle parti del lavoro particolarmente ben fatte.

ACCORGIMENTI PER MIGLIORARE LA SCARSA STIMA DI SÈ

In generale riconoscere le capacità e gli sforzi del bambino.

1. Richiamare l'attenzione sulle capacità del bambino/ragazzo creando, ogni giorno oppure ogni settimana, dei momenti in cui lui o lei possano mostrare i loro talenti.

2. Riconoscere che l'eccesso di attività può anche significare un aumento di energia e di produttività.

3. Riconoscere che essere un capobanda è una qualità da leader.

4. Riconoscere che l'attrazione a nuovi stimoli porta anche alla creatività.

Aumentare la soddisfazione del successo aiutando l'alunno a migliorare le sue qualità.

1. Riconoscere l'entusiasmo del bambino/ragazzo ed usarlo per sviluppare le sue qualità.

2. Evidenziare i suoi successi e non i suoi errori.

Coinvolgere l'alunno nella soluzione delle sue difficoltà.

1. Fare, insieme a lui, un elenco dei suoi comportamenti negativi, descrivendo i momenti più difficili e decidere le strategie che possono essere adoperate per evitare guai. Questo colloquio va tenuto privatamente, con calma e con l'atteggiamento di chi cerca di risolvere dei problemi, non per colpevolizzarlo.

2. Fare "giochi di ruolo" con il bambino/ragazzo in queste situazioni per praticare comportamenti alternativi.

3. Iniziare con un solo comportamento a cambiare, tenendo una scheda apposita per registrare successi ed insuccessi. Tener conto alla fine di ogni giorno di quante volte è riuscito ad

adoperare una strategia positiva.

4. Dopo il primo miglioramento, aggiungere un altro comportamento da cambiare e decidere assieme a lui la strategia (o le strategie) che devono essere adoperate.

3.3 ALLIEVI CON ADHD NELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE

Con la Deliberazione della Giunta Regionale 17 marzo 2014, n. 20-7246 "Legge Regionale 28/2007, art. 15: modalita' di individuazione degli studenti con Esigenze Educative Speciali (EES): modifica alle DD.G.R. n.18-10723 del 9 febbraio 2009 e n. 13-10889 del 2 marzo 2009 - Attuazione D.G.R. 25-6992 del 30 .12.2013 - Azione 14.4.6 recante "Assistenza Territoriale a soggetti minori" la Regione Piemonte ha individuato le tipologie di studenti con EES (esigenze educative speciali), tra le quali vi sono :

PATOLOGIA CODIFICATA SECONDO CLASSIFICAZIONE ICD 10 DELL'OMS:

Sindromi ipercinetiche (comprende ADHD)

F 90.0 Disturbo dell'attività e dell'attenzione

F 90.1 Disturbo ipercinetico della condotta

F 90.8 Sindrome ipercinetiche di altro tipo

F 90.9 Sindrome ipercinetica non specificata

Le diagnosi da certificare come EES non comportano necessariamente la definizione di un progetto educativo e didattico formulato con l'utilizzo dell'ICF e pertanto non è più da ritenersi una funzione assoggettata all'UMVD -Minori.

Inoltre, sempre secondo tale DGR, gli allievi con EES (tra i quali gli ADHD) sono soggetti che, ai fini dell'inserimento scolastico, necessitano di specifica programmazione educativa e che risultano così valutati dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile / Psicologia, o da professionisti privati

Infine, ai sensi della normativa del MIUR, le Esigenze Educative Speciali sono individuate nell'ambito dei BES e rappresentano condizioni di salute a rilevanza sanitaria, per le quali i servizi sanitari, su richiesta della famiglia, possono accertarne la diagnosi e certificarla per favorire l'inclusione nel percorso scolastico.

Per quanto riguarda gli allievi con ADHD nei corsi dell'IeFP, l'“AVVISO PER L'AUTORIZZAZIONE E IL FINANZIAMENTO DELL'OFFERTA FORMATIVA DI IeFP Ciclo formativo 2019/2022” prevede la possibilità di interventi di sostegno individuali per un massimo di 50 ore annue per ciascun studente con ADHD.

La D.D. 18 ottobre 2017, n. 988 Modifiche alla DD 595/2016 e precisazioni relative all'applicazione delle linee guida della Direttiva Obbligo di Istruzione e Formazione Professionale 2017/20 - Nuovi modelli per gli allievi con Bisogni Educativi Speciali (BES) del Settore Standard Formativi della Direzione Istruzione Formazione Professionale e lavoro precisa che:

La tipologia e gravità dell'EES devono essere compatibili con la frequenza continuativa nel contesto classe, la frequenza dei laboratori e l'effettuazione dello stage in azienda.

Le caratteristiche degli allievi EES in ingresso devono lasciar prevedere la possibilità di ottenimento della Qualifica Professionale. Nel caso di allievi EES che presentino disturbi che pregiudicano la possibilità di una proficua frequenza della specifica tipologia di qualifica scelta, questi potranno essere riorientati verso altri percorsi scolastici o formativi.

I corsi di IeFP rilasciano un “certificato di qualifica professionale di istruzione e formazione professionale”. Nel caso di non superamento della Prova Finale di Qualifica verrà comunque rilasciato un “attestato di validazione delle competenze” acquisite durante il percorso formativo.

Sempre la DD 988/2017 prevede per quanto riguarda gli allievi con EES tra i quali gli allievi con Sindrome ipercinetiche – compreso ADHD):

- ❑ un sostegno annuo di max. 50 ora per ogni allievo con EES e redazione del Patto Formativo e del PDP o PFI (per prime annualità).
- ❑ la stipula di un Patto formativo Individualizzato sottoscritto anche dalla famiglia e
- ❑ la redazione di un PDP (oppure PFI, se ritenuto più adatto per gli allievi con ADHD)

La DD 988/2017 contiene i format standard del Patto Formativo, del PFI e del PDP.

3.4 STRUMENTI DA UTILIZZARE A SCUOLA E NELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE

- Patto formativo

Al link:

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/diritti-politiche-sociali/disabilita/inclusione-scolastica-formativa/percorsi-qualifica-diploma-professionale>

All'Allegato 1 è possibile scaricare in word un esempio di patto formativo

- PDP USR PIEMONTE

Si consiglia di integrare la parte osservativa del modello di PDP (a.s. 2017-18), reperibile on line, con le seguenti domande, al fine di migliorare l'efficacia dello strumento in riferimento all'osservazione e alla rilevazione di aspetti caratterizzanti il profilo di funzionamento degli allievi con ADHD.

AREA RELAZIONALE

- 1 Sa lavorare in gruppo?
- 2 È capace di controllare le proprie emozioni?
- 3 Sa rispettare le regole sociali?
- 4 Sa gestire i rapporti con i docenti?

AREA PERSONALE

- 1 Ha cura dei propri oggetti?
- 2 Ha cura della propria persona?
- 3 E' consapevole delle proprie difficoltà?

AREA dell' AUTONOMIA

- 1 Sa studiare da solo?
- 2 Sa instaurare rapporti con gli altri?
- 3 Sa gestire i conflitti?
- 4 Sa instaurare rapporti di amicizia?

AREA COGNITIVA

- 1 Ha capacità di attenzione e concentrazione?
- 2 Ha capacità di memoria?
- 3 Ha capacità di comprensione?

AREA COMUNICAZIONE

- 1 Ha capacità di ascolto?
- 2 Sa riferire fatti personali?
- 3 Sa conversare?

AREA CINETICA

1 È capace di stare seduto al proprio banco per la durata della lezione?

2 Sa controllare la propria impulsività?

PARTE IV

L'ADHD E L'INSERIMENTO LAVORATIVO

4.1 ADHD E POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO

PRECISAZIONI SULLA MODALITÀ DI INSERIMENTO NELLE CATEGORIE DELLO SVANTAGGIO DI PERSONE CON ADHD

Le persone con ADHD possono usufruire di uno strumento di politica del lavoro denominato *“Buono Servizi Lavoro per persone Svantaggiate”*.

In esecuzione della Direttiva regionale approvata con D.G.R. 14 marzo 2016, n. 20 –3037, la Direzione Coesione Sociale ha proceduto, con DD n.523 del 29/7/2016, e DD n. 1287 del 15/12/2017, all'approvazione del dispositivo attuativo denominato Buono Servizi al Lavoro per persone in condizione di particolare Svantaggio la cui finalità è l'erogazione di servizi che supportino l'inclusione lavorativa offrendo azioni di orientamento professionale ed esperienze in impresa.

Ai fini dell'attivazione del Buono Servizi al Lavoro i soggetti attuatori (Servizi al Lavoro accreditati dalla Regione Piemonte) sono tenuti a verificare:

il possesso del **requisito soggettivo** delle persone che richiedono il loro intervento nonché acquisire la dichiarazione/certificazione da parte di un soggetto pubblico che ne attesti la **condizione oggettiva** di svantaggio.

Quanto ai requisiti soggettivi, le persone con ADHD possono essere incluse tra i “soggetti con incapacità parziale, per motivi di ordine fisico sensoriale e psichico, a provvedere alle proprie esigenze, che non raggiungono la soglia prevista dall'art. 3 della L. 68/99, e soggetti in trattamento psichiatrico ed ex degenti di ospedali psichiatrici, anche giudiziali, che non raggiungono la soglia prevista sempre dall'art. 3 della suddetta legge”

“Tale categoria è infatti prevista tra quelle beneficiarie del Buono Servizi Lavoro per soggetti Svantaggiati - lettera a) del Bando approvato con DD n. 1287 del 15/12/2017 .

Quanto alla condizione oggettiva di svantaggio, i Servizi al Lavoro dovranno acquisire anche una dichiarazione/certificazione da parte di un soggetto pubblico che ha “in carico” la persona con ADHD (Servizi sociali o sanitari) che attesti che la stessa si trova in una condizione di svantaggio e che per tale condizione si sono attivate, attraverso un'adeguata presa in carico, azioni di supporto relazionale, e/o economico e/o psicologico, cure psichiatriche ecc...

Tra le iniziative della Regione sulle categorie necessitanti una presa in carico di tipo multidimensionale che integri i servizi al lavoro dedicati con le altre misure quali quelle formative e quelle di ambito socio assistenziale si ritiene opportuno segnalare i PASS.

Rappresentano percorsi propedeutici all'inserimento lavorativo strumenti “ponte” verso l'accesso al mercato del lavoro, che consistono in un intervento di natura educativa con valenza socio-assistenziale/sanitaria, volto all'inserimento sociale di soggetti fragili o in stato di bisogno, che si trovino nell'impossibilità di svolgere attività produttive economicamente rilevanti e per i quali non è possibile avviare (anche se solo momentaneamente) un percorso finalizzato all'inserimento lavorativo, attraverso la promozione dell'autonomia personale e la valorizzazione delle capacità della persona.

Deve trattarsi di utenti in carico ai servizi pubblici sociali e/o sanitari istituzionalmente competenti.

I P.A.S.S. possono essere attivati presso i seguenti soggetti ospitanti:

enti locali, singoli ed associati;

enti della pubblica amministrazione;

enti del terzo settore, così come definiti nel D.Lgs. n. 117/2017, art. 4, comma 1, iscritti al Registro unico nazionale. Nelle more della piena applicazione della Riforma del Terzo settore con l'istituzione del registro unico nazionale (RUN), il requisito si intende soddisfatto da parte delle reti associative e degli enti del terzo settore attraverso la loro iscrizione ad uno dei registri attualmente previsti dalle normative del settore;

enti di culto ed enti caritatevoli, ai quali è stata riconosciuta la conformità delle norme organizzative e delle finalità statutarie all'ordinamento giuridico italiano;

datori di lavoro privati in regola con gli adempimenti di legge previsti dalla normativa vigente in materia di tirocini extracurricolari (D.G.R. 22 dicembre 2017, n. 85-6277);

Istituzioni scolastiche, pubbliche o private legalmente riconosciute, di ogni ordine e grado.

Lo svolgimento delle attività, con le modalità descritte nel progetto individuale, può essere motivo di un sussidio economico motivante o di rimborso spese.

Un altro strumento di politica del lavoro utilizzabile è il **Tirocinio di Inclusione Sociale** approvato con DGR 42-7397 del 7/4/2014 e DGR 28-2527 del 30/11/2015.

Si tratta di tirocini di orientamento e formazione finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia e alla riabilitazione a favore di persone prese in carico dai servizi sociali e/o dai servizi sanitari competenti.

Le persone, al momento dell'attivazione del tirocinio, devono essere già in carico ad un servizio pubblico competente (= soggetto attuatore), responsabile del percorso terapeutico e/o riabilitativo e/o di inclusione sociale, il quale, valutate le condizioni del soggetto, attesti che l'inserimento in contesti lavorativi è parte integrante del suddetto percorso e può contribuire ed eventualmente facilitare il raggiungimento degli obiettivi di riabilitazione ed inclusione socio-lavorativa.

Il tirocinio di inclusione sociale è ripetibile presso lo stesso soggetto ospitante anche con progetto formativo identico purché venga rispettata la durata massima prevista dalla disciplina. Anche in questo caso lo svolgimento delle attività, con le modalità descritte nel progetto individuale, può essere motivo di un sussidio economico.

Garanzia Giovani:

Per i giovani di età inferiore a 30 anni può essere attivato il programma **Garanzia Giovani**.

Il Programma (Youth Guarantee) è il Piano europeo per la lotta alla disoccupazione giovanile.

Destinatari sono giovani tra i 15 e i 29 anni "Neet" (Not in education, employment or training), cioè giovani non impegnati in un'attività lavorativa, né inseriti in un percorso scolastico o formativo, compreso il tirocinio extracurricolare.

Garanzia Giovani consiste in un insieme di servizi di accoglienza e orientamento e di misure di politica attiva del lavoro finalizzate all'inserimento in tirocinio e lavorativo.

Ai giovani viene proposta un'offerta qualitativamente valida di lavoro, proseguimento degli studi, o tirocinio. Nell'ambito di tale offerta, i servizi e le misure previste sono: accoglienza, orientamento, inserimento in tirocinio extra-curricolare, accompagnamento al lavoro, servizio civile e bonus occupazionali per le imprese.

PARTE V

CONSIGLI ALLE FAMIGLIE E RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI

5.1 RUOLO E ATTIVITA' DELLE ASSOCIAZIONI

Le Associazioni di Volontariato presenti sul Territorio piemontese sono Associazioni di Genitori volontari che si sono costituite per perseguire Missioni dedicate a Minori, Adulti con ADHD, ai Genitori e agli Insegnanti.

Rappresentano punti di riferimento essenziali per l'accompagnamento alla conoscenza del Disturbo, la distribuzione di materiali informativi e suggerimenti efficaci alla gestione quotidiana del minore e dell'Adulto con ADHD.

Si occupano di:

- diffondere la conoscenza del disturbo 'ADHD attraverso corsi ad insegnanti e serate informative rivolte alla popolazione.
- Offrire supporto ed informazione alle famiglie con figli affetti dal disturbo e adulti attraverso Sportelli di ascolto sia Telefonici che di incontro per facilitare e migliorare lo scambio e la relazione di auto-mutuoaiuto
- Informare le famiglie su tutti i tipi di trattamento terapeutico, la prassi in cui si svolge la Diagnosi, la lettura e comprensione della Diagnosi che ricevono in ASL o presso un Centro specialistico privato oltre a tutte le novità scientifiche riguardanti studi sull'ADHD
- difendere e tutelare i diritti dei soggetti ADHD e delle loro famiglie per migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la loro qualità di vita.
- diffondere informazioni ed aggiornamenti di carattere scientifico mediante strumenti informatici ed editoriali.
- Informare le famiglie e gli insegnanti su Leggi e Circolari ministeriali per tutelare ed aiutare i bambini e Adulti con ADHD nel percorso scolastico e di lavoro, suggerire strategie di organizzazione quotidiana a casa per lo studio o i compiti, strumenti compensativi e dispensativi e software che possano facilitare lo studio o l'esecuzione dei compiti alleggerendone la fatica
- Offrire percorsi di Parent Training ai Genitori di Bambini/ragazzi affetti da ADHD per diventare Genitori consapevoli ed efficaci nella gestione dei propri figli
- Offrire Laboratori inter-attivi per bambini e adolescenti per migliorare la relazione sociale con pari e adulti
- Promuovere gruppi di mutuo aiuto per offrire alle famiglie un supporto morale e sociale
- Proporre ai Genitori di bambini e ragazzi con ADHD progetti mirati ad iniziare o continuare un percorso terapeutico multi-modale che aiuti questi ragazzi nell'aumento dell'autostima e li stimoli a trovare strategie di comportamento e autocontrollo
- Creare una Rete di genitori disponibili all'ascolto e all'aiuto di genitori in difficoltà;
- Coordinare e favorire i contatti tra le famiglie con problemi di ADHD (adulti e bambini);
- Favorire la diffusione delle conoscenze scientifiche sull'ADHD e le sue terapie, contribuendo alla capillarizzazione delle risorse atte a favorire la diagnosi e il suo trattamento multi-modale;

- Fornire agli Insegnanti le adeguate strategie per la migliore gestione dell'alunno ADHD in classe -Teacher Training
- Favorire il contatto e il dialogo tra le varie strutture sanitarie, scolastiche e sociali e i rispettivi operatori coinvolti sia nella vita quotidiana del bambino ADHD sia nel percorso diagnostico-terapeutico del disturbo, promuovendo e/o organizzando incontri, congressi e corsi di formazione e cultura;
- Creare una mappatura regionale di Centri terapeutici e di professionisti esperti nella Diagnosi e del suo trattamento, entrando in contatto e in collaborazione con essi;
- Promuovere ed organizzare iniziative varie a carattere di beneficenza (spettacoli, rappresentazioni, tornei, concorsi etc) i cui proventi saranno utilizzati per finanziare i progetti senza fini di lucro dell'Associazione
- Portare il proprio contributo, le proprie competenze ed esperienze in rappresentanza delle Famiglie, dei Bambini/ragazzi e Adulti con ADHD ai Tavoli istituzionali che trattano le tematiche del Disturbo ADHD

5.2 IL PARENT TRAINING

E' un attività di formazione per GRUPPI di genitori sul disturbo ADHD sia bambini che adolescenti. L'attività del Gruppo psico-educativo per GENITORI si articola in 10 incontri di 2 ore ciascuno a cadenza quindicinale in un gruppo formato da un minimo di 6 ad un massimo di 9 coppie genitoriali. E' una tappa fondamentale nella riabilitazione del figlio/a con ADHD.

Scopi del Parent Training genitori:

- migliorare la conoscenza dei genitori in merito al Disturbo ADHD
- indicare le modalità di intervento di fronte a comportamenti disturbanti a momenti di crisi attraverso l'insegnamento di tecniche cognitive comportamentali specifiche;
- aumentare le capacità dei genitori di tollerare, riconoscere, gestire e comunicare i propri stati emotivi;
- aumentare la capacità di riconoscere e comprendere i bisogni, gli effetti e gli stati mentali del figlio con ADHD;
- aiutare ogni coppia a definire e raggiungere obiettivi personali inerenti il rapporto con il proprio figlio e con l'intero nucleo familiare,
- conoscere nuove pratiche educative alternative soprattutto dopo lo scambio di esperienze pratiche e suggerimenti creativi Fra membri del gruppo e/o conduttore/ psicologo e Pedagogista specializzati in ADHD.
- socializzazione e sostegno tra i partecipanti con relativa rottura dell'isolamento delle famiglie
- promuovere attività di Laboratorio per bambini e adolescenti

5.3 LUOGHI DI FORMAZIONE PER GENITORI:

TORINO: ASL città di Torino - Via San Secondo 29/bis Neuropsichiatria

MONCALIERI: ASL TO5 - Via Vittime di Bologna 20 – Neuropsichiatria
VERCELLI :CENTRO TERRIUTORIALE DEL VOLONTARIATO – C.so Liberta 72
BIELLA: CENTRO TERRITORIALE DEL VOLONTARIATO - - Via Orfanatrofio 16
CARMAGNOLA: NATURAL FARM – Vicolo Balbo 34
IVREA: OFFICINE H – Via Monte navale 2

5.4 SPORTELLI DI INCONTRO E ASCOLTO TERRITORIALI PER GENITORI, INSEGNANTI, ADULTI CON ADHD

- **SANTHIA' (VERCELLI):**

Sede legale Associazione ADHD Piemonte Famiglie Associate O.D.V. – Strada Salomino 14 – Santhià (VC)

Scuola Media S.Ignazio da Santhià- P.zza Giovanni XXIII - mattino e pomeriggio su appuntamento Tel. 3288420229 - Costanza Di Gaetano

- **TORINO:**

Casa del Quartiere - Via Morgari 14 Giovedì Pomeriggio - Su Appuntamento

Cell 3337636609 Rita Bonacci

- **GAGLIANICO (BIELLA) :**

Via Cavour 36 - Giovedì Mattino su Appuntamento cell. 3290734611 Silvia Meliani

- **ALESSANDRIA:**

Direzione didattica 1- Via Galileo Galilei Su Appuntamento Cell. 3355935636 – Elena Arezzoli

5.5 IL LABORATORIO BAMBINI

Il laboratorio si pone come obiettivo di migliorare le capacità di apprendimento e di autoregolazione in uno spazio in cui i bambini hanno la possibilità di acquisire strumenti utili a migliorare le proprie capacità all'interno di un gruppo dei pari. Il gruppo permette al bambino di mettersi in gioco, di conoscere altri bambini e di imparare, attraverso l'esperienza, a cogliere le modalità adeguate e favorevoli per poter instaurare relazioni positive, migliorare il processo di autoregolazione, di attenzione e di costruzione delle routine.

Il percorso previsto consta di 8 incontri di h 1,30 ciascuno guidati da 3 Tecnici esperti.

LUOGHI DOVE SI SVOLGE IL LABORATORIO BAMBINI:

TORINO: Ludoteca – Via San Marino 10

Per informazioni : cell 3288420229 Costanza

5.6 IL TEACHER TRAINING

Il Teacher Training è un intervento formativo-informativo rivolto agli Insegnanti per ottenere un miglioramento del comportamento e dell'apprendimento del bambino/adolescente con ADHD .

Il percorso mira a favorire l'autoregolazione, l'autocontrollo e la consapevolezza dei propri comportamenti nel bambino / adolescente con ADHD all'interno dell'ambiente scolastico attraverso:

- la consapevolezza delle difficoltà incontrate dall'allievo con ADHD e delle situazioni che si possono collegare ai comportamenti problematici
- la definizione di regole e routine scolastiche, che comprenda anche l'organizzazione del materiale ;
- la messa in atto di specifiche tecniche di modificazione del comportamento all'interno della classe
- una strutturazione delle lezioni e dell'ambiente che riduca al minimo l'emergere dei comportamenti problema
- Il miglioramento della comunicazione insegnanti- genitori e della relazione insegnante-bambino, messe a dura prova dalle difficoltà di gestione del comportamento.

5.7 FAQ FREQUENTI FAMIGLIE E INSEGNANTI

PER LE FAMIGLIE:

1.- Tutti i bambini impulsivi, iperattivi e disattenti hanno l'ADHD ?

Assolutamente NO. Bisogna vedere se queste caratteristiche si presentano con intensità superiore a quella attesa per la loro età cronologica, età mentale e l'educazione ricevuta; se hanno carattere cronico; se si presentano in più di un ambiente e se sono state scartate altre possibili patologie che spiegano i sintomi osservati.

2.- I bambini con ADHD si possono confondere con bambini maleducati?

Possiamo trovare tre gruppi di bambini:

- Bambini "maleducati" che sembrano ADHD ma non hanno questo disturbo.
- Bambini ADHD che sono "maleducati" (frequentemente perché sono più difficili da educare). Il loro comportamento però è dovuto alle difficoltà nelle funzioni esecutive perché sono carenti nelle capacità di autoregolazione e autocontrollo. In questi casi la cattiva educazione può peggiorare gravemente i sintomi.
- Ci sono bambini ADHD con una buona educazione in cui i sintomi vengono attenuati perché sono riusciti ad allenare la loro capacità di autocontrollo.

3.- Io ero uguale e non sono andato dallo specialista. Perché dovrei portare mio figlio?

A volte facciamo fatica a credere che nostro figlio possa avere dei problemi quando noi stessi non ne abbiamo avuti. Ci sono dei motivi importanti per cui un genitore che non è stato diagnosticato deve aiutare il figlio/a ad avere una diagnosi .

- α- La società è sempre più competitiva.

- β- La società nella quale cresce il figlio fomenta la mancanza di controllo e la ricerca del piacere immediato. Le autorità non sono definite chiaramente; predomina l'egocentrismo e ciò favorisce l'incremento dei sintomi ADHD.
- χ- Potrebbe non ti interessare se il proprio figlio termini gli studi o meno, tuttavia non si può decidere per lui ed è giusto offrirgli le risorse per accedervi.

4- Dove posso fare Diagnosi a Mio figlio? O dove posso farla io Adulto?

Per i MINORI di 18 anni, la diagnosi è di competenza del Servizio di Neuropsichiatria Territoriale

Per gli ADULTI c'è a Torino il Centro di riferimento ADHD per i soggetti in età adulta presso la SCUO Psichiatria - AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10 - 10043 Orbassano (TO)- Tel 011 9026504

5 - Come devo parlare con mio figlio ?

Non c'è solo una risposta. Ci sono diversi fattori da considerare:

- Età del bambino.
- L'informazione che il bambino ha sull'ADHD grazie a quello che ha sentito in casa (sempre molto di più di quello che noi pensiamo), o a quello ricevuto da altre fonti (gli amici, internet, ecc)
- L'attenzione dei genitori rispetto al disturbo.

È importante che ci sia informazione positiva che lo possa aiutare a conoscersi e capirsi meglio. Visto che ogni caso è diverso sarebbe adeguato rivolgere la domanda allo psicologo o psicoterapeuta che segue il bambino.

Di seguito alcuni suggerimenti utili:

Domande	Suggerimenti
Perché devo andare da un psicologo specializzato in ADHD?	Perché sei molto sbadato, ti organizzi male e sei troppo impulsivo. Questa persona ti insegna trucchi e strategie per avere un buon rendimento a scuola.
Cosa ho?	Niente di speciale. Quello che ci hanno detto è che lavori più velocemente di quello che puoi e per questo hai delle dimenticanze e le tue verifiche non dimostrano quello che hai studiato. Devi imparare a organizzarti, essere riflessivo e non distrarti. Ci hanno anche detto che sei creativo, hai un vocabolario più ampio rispetto ai tuoi coetanei e sei intelligente e buon amico dei tuoi amici.
Perché chi ha l'ADHD deve fare dei test?	I test sono prove che permettono di conoscere meglio le persone. Per aiutare in modo positivo, l'esperto dovrà sapere cosa la persona sa fare bene e cosa no, le strategie che usa per risolvere i problemi e quelle che non conosce per insegnarle.
E mio fratello? non deve venire?	Queste visite servono a tutti, magari più avanti

	viene anche lui. Adesso vieni tu che sei il più distratto; lui dovrà allenarsi su altre cose che fa più fatica a fare.
Non voglio andare dallo psicologo, non sono pazzo!!(adolescente).Non voglio che i miei amici mi prendano in giro.	Dallo psicologo non si va perché si è pazzi ;lo psicologo aiuta le persone a conoscersi meglio e a prendere il meglio di se stessi. Ti può aiutare.
Non voglio andare!!C'è gente nella mia classe che va molto peggio e non va dallo psicologo.	Ti sbagli. Lo psicologo è un aiuto e la realtà è che solo i ragazzi che hanno dei genitori che si preoccupano e possono pagarlo hanno questa op opportunità. Approfittarne o no dipende da te.

6.- Dovrebbe essere presente mio figlio quando parliamo con lo specialista?

Consideriamo che il bambino dovrebbe essere presente SOLO quando quello che dovrà sentire può aiutarlo a migliorare.

Qualsiasi informazione ha un suo momento e una sua età. Ci sembra dannoso che il bambino sia presente, in particolare, durante l'elaborazione della storia clinica, cioè nel momento in cui i genitori raccontano allo specialista per la prima volta tutta la storia del bambino e la sua sintomatologia attuale.

7.- Dobbiamo nascondere il suo problema?

Assolutamente NO. Sarebbe assurdo nascondere un problema che il bambino vive tutti i giorni. Bisogna dargli l'informazione necessaria in ogni momento. Si deve parlare tranquillamente della sua disattenzione, della sua impulsività e del suo bisogno di muoversi frequentemente. Bisogna analizzare con lui i sintomi del disturbo ma non si deve dire che tutti questi sintomi insieme sono considerati un "disturbo". E' importante che abbia un'idea chiara e ottimista dell' ADHD e che non diventi un peso per il suo sviluppo.

8.- Devo dirlo al suo insegnante? E se viene etichettato?

A volte pensiamo che se non si parla con l'insegnante verrà trattato meglio o quantomeno "come gli altri". Tanti genitori hanno anche paura che venga etichettato e temono che le informazioni date possano essere usate a discapito del figlio.

In realtà bisogna pensare che il ragazzo/a ha un problema che, con o senza nome, risulta evidente.

A volte dare un nome al disturbo che ha il figlio favorisce la comprensione e la conoscenza delle sue caratteristiche.

9 – Cosa dovremmo fare quotidianamente noi Genitori?

Ogni giorno noi Genitori dobbiamo confrontarci con sfide in una faticosa alternanza tra difficoltà e miglioramenti, contrasti e conquiste.

Come Genitori e quindi educatori il nostro è un compito delicatissimo e costante di responsabilità nell'accompagnare il proprio bambino, passo dopo passo e mano nella mano, a riconoscere i problemi e a predisporre soluzioni adeguate, indirizzandolo verso i comportamenti più appropriati, a casa, a scuola e nella vita sociale.

Servono tenacia, pazienza e qualche utile suggerimento:

- prevenire e pianificare le sue attività
- fornire spesso delle spiegazioni e commentare le sue azioni, sbagliate o corrette per facilitarlo a comprendere come si sta comportando.
- Stabilire regole chiare, sintetiche magari trascrivendole su un tabellone , affinché possano essere consultate facilmente.
- Concordare premi e ricompense: dovranno essere motivati con significato chiaro, perché risultino più efficaci, e mai costosi.
- Nel caso si arrivasse a dover infliggere (come estrema ratio) una punizione, non fare lunghi discorsi o prediche , non mostrarsi deboli, ma reagire con affermazioni chiare, connesse strettamente all'evento.
- Di fronte ad un comportamento positivo elogiare ed infondere sicurezza al bambino
- Prepararsi ad affrontare giorni buoni e giorni meno buoni.
- Usare sovente l'umorismo. Con un pizzico di umorismo, si è più facilmente in grado di evitare i conflitti.
- Da ricordare ogni giorno: prendervela con il vostro bambino, con voi stessi o con il coniuge non aiuterà. State sempre uniti e cercate di fare tutti del vostro meglio. Aiutate vostro figlio ad affrontare il più serenamente possibile gli eventi che lo attendono.

10 - Chi vive l'ADHD che cosa prova?

Le ripercussioni dell'ADHD incidono essenzialmente nella sfera emotiva e relazionale, alterando o limitando fin da piccoli le capacità personali, con conseguente difficoltà ad adattarsi a schermi di lavoro, sociali e di insegnamento. Sbalzi di umore, continua sensazione di insoddisfazione ed inquietudine, poca autostima, vita affettiva di coppia travagliata ed instabile (dovuto al necessario confronto con il partner), difficoltà ad accettare il "no", l'accavallarsi di pensieri senza sosta, il continuo movimento fisico, la perenne sofferenza fisica, sono gli aspetti che in generale caratterizzano il soggetto ADHD.

Dal punto di vista fisico si possono manifestare disturbi come insonnia, tachicardia ed ansia. Le manifestazioni fisiche sono componenti marginali, ma quotidiane. A volte si prova la sensazione di essere in una bolla di sapone dove tutto va a rilento o molto veloce fino a sentirti travolto e confuso.

11- Come può un adulto o adolescente spiegare le proprie esigenze?

Il tempo è sicuramente un tassello fondamentale di aiuto. Poter avere più tempo per spiegarsi e conoscersi facilita un inserimento sociale e lavorativo, ma questo non sempre è possibile. Rivolgersi alle Associazioni dedicate può essere d'aiuto. Seminari o Convegni di sensibilizzazione e approfondimento possono indicare gli strumenti per potersi conoscere senza equivoci.

PER I DOCENTI:

1) Come si riconosce un Alunno con ADHD?

Un allievo con ADHD in genere:

- Risponde troppo precipitosamente prima che le risposte siano completate
- Ha difficoltà ad attendere il suo turno
- Interrompe spesso le persone ed è invadente nei loro confronti
- Fa parecchi errori di distrazione
- Ha difficoltà a seguire le istruzioni
- Fatica a mantenere la concentrazione sull'attività proposta
- Sembra non ascoltare
- Perde o fa cadere spesso gli oggetti
- Si alza spesso dal banco e si muove in continuazione

2) Come ci si deve comportare in generale quando in classe c'è un allievo con ADHD?

Di seguito alcuni consigli utili:

- Prima di tutto ci vuole pazienza
- Cercare di essere empatici con l'Alunno
- Cercare di evitare il giudizio negativo
- stabilire regole condivise con lui e la classe
- dare frequenti incoraggiamenti e rimandi positivi per ogni piccolo obiettivo raggiunto
- è utile assegnare all'allievo con ADHD piccoli compiti e incombenze utili alla classe che possano favorire il suo movimento
- è meglio evitare i provvedimenti disciplinari

3) E' bene dire ai Genitori come si comporta in classe?

E' importante stabilire con i genitori una buona sinergia e collaborazione, creare una sorta di diario giornaliero (da gestire insieme ai genitori stessi) nel quale mettere in rilievo gli obiettivi raggiunti, ma anche le problematiche incontrate ogni giorno dall'Alunno. E' consigliabile evitare di colpevolizzare i Genitori già abbastanza provati, ma dimostrare loro la massima disponibilità a collaborare al miglioramento comportamentale dell'Alunno.

4) E' necessario compilare il PDP ?

Sarebbe opportuno, poiché le difficoltà di apprendimento evidenti e la difficoltà a rispettare regole ed indicazioni in classe rientrano nelle indicazioni elencate nella circolare BES emanata dal MIUR . Il PDP diventa in questo caso strumento didattico utile alla predisposizione di strategie e accorgimenti che possono migliorare l'inclusione dell'alunno e migliorarne le prestazioni e il comportamento in corso d'anno scolastico. Sarebbe anche necessario condividerlo con la famiglia per creare collaborazione di intenti e rendere note metodologie applicate dal gruppo insegnanti nella didattica quotidiana.

PARTE VI

ADHD & SPORT

I bambini attivi sono bambini sani, ma non tutti gli sport sono adatti per i bambini con ADHD.

L'esercizio fisico può aiutare a controllare i sintomi dell'ADHD aumentando i livelli basali di dopamina e noradrenalina nel cervello.

Iscrivere un figlio con ADHD ad una attività sportiva potrebbe essere una grande idea ma dipende dallo sport.

Non tutti gli sport sono uguali; a seconda dei sintomi prevalenti del bambino potrebbero essere più o meno vantaggiosi per lui.

La scelta della migliore attività sportiva in cui inserire un bambino con ADHD è complessa perché si basa su una delicata combinazione tra le caratteristiche del disturbo, le peculiarità individuali del bambino, gli aspetti tipici dell'attività sportiva e le necessità organizzative, economiche ed emotive dei genitori.

È buona prassi evitare gli sport molto caotici, mentre sono da preferire quegli sport, individuali o di gruppo, in cui le regole sono molto semplici, lo spazio è ben delimitato, gli schemi di gioco non sono modificati di continuo e il successo non è misurato principalmente sulla base delle abilità di interazione sociale.

Prima di scegliere uno sport **è importante:**

- chiedersi quali sono le reali abilità motorie del bambino.** Se presenta uno scarso tono muscolare e difficoltà di coordinazione motoria sono più indicati sport quali il nuoto, la danza, il trekking, l'equitazione, le arti marziali e il ciclismo, poiché si possono iniziare senza che sia richiesta un'eccessiva prestazione fisica. Ciò permette al

bambino di implementare le proprie capacità, la forza, la flessibilità e la coordinazione nel corso del tempo, migliorando la performance;

- ❑ **chiedersi se il bambino mostra particolare resistenza ad accettare la competizione:** se così fosse bisogna pensare a uno sport a bassa competitività o optare inizialmente per uno sport individuale. Esistono molte attività che non richiedono concorrenza: trekking, mountain bike, yoga, danza, pesca, golf sono dei validi esempi;
- ❑ **chiedersi se il bambino mostra severe difficoltà nel partecipare agli sport di gruppo:** in tal caso si potrebbe scegliere tra sport che presentano caratteristiche solo apparentemente individuali, ma hanno in realtà una connotazione di gruppo e consentono di partecipare senza la necessità di interpretare i segnali verbali degli altri, ad esempio: il nuoto di gruppo, il tiro con l'arco, l'atletica, le bocce, la scherma, la lotta libera, il ciclismo e la vela.

Dopo aver scelto il tipo di sport più adatto **è importante:**

Conoscere il coach/allenatore !

Quando si sceglie uno sport è importante ricordare che gli allenatori hanno un impatto enorme. La maggior parte degli allenatori sono genitori ben intenzionati che sanno poco dell'ADHD, quindi è importante informarli della presenza della diagnosi e percepire la conseguente disponibilità, comprensione e collaborazione. Un allenatore infatti dovrà sapere ad esempio, che punire il bambino quando sembra non prestare attenzione durante l'attività fisica non sarà per lui efficace, ma solo umiliante. Gli sport dovrebbero consentire al bambino di costruire relazioni e lavorare sulla fiducia in se stessi al di fuori della classe, non aumentare ulteriormente la sua ansia e lo stress.

Alcuni sport più consigliati per i bambini con ADHD

- Nuoto
- Arti marziali
- Tennis
- Ginnastica
- Lotta/Boxing
- Calcio
- Equitazione
- Sci di fondo-corsa
- Tiro con l'arco

Con il giusto orientamento ognuno di questi sport può far emergere i talenti naturali nei bambini, migliorando al contempo la capacità di concentrazione del bambino e avere un grande impatto sullo sviluppo personale.

Nuoto

I nuotatori ricevono preziose lezioni individuali con gli allenatori, pur godendo dei benefici sociali di far parte di una squadra. Il bambino sarà in grado di concentrarsi sullo sviluppo personale, migliorando i tempi di nuoto personali, senza alcun confronto diretto con gli altri membri del team. Anche il campione olimpionico Michael Phelps ha affermato che il nuoto lo ha aiutato a gestire i sintomi dell'ADHD mantenendolo concentrato e disciplinato fin dalla giovane età.

Arti marziali

L'autocontrollo, la disciplina e il rispetto sono solo alcune delle abilità enfatizzate nelle lezioni di arti marziali. Gli studenti esercitano ogni nuova combinazione di arti marziali attraverso istruzioni passo-passo, lasciando poche opportunità di distrazione. Un sorprendente vantaggio delle arti

marziali è il suo uso di rituali, come l'inchino all'istruttore, che può aiutare a insegnare ai bambini con ADHD ad accettare, sviluppare e usare la routine in altre aree della loro vita.

Tennis

Il tennis è uno sport ideale per i bambini più individualisti che competono contro se stessi per padroneggiare una nuova abilità. Il tennis non richiede né un lavoro di gruppo coordinato né una concentrazione elevata, un vantaggio per molti bambini con ADHD. Inoltre, colpire le palle da tennis può essere un ottimo modo per rilasciare rabbia o frustrazione provata a seguito di una giornata impegnativa

Ginnastica

Gli studi hanno dimostrato che le attività che richiedono particolare attenzione ai movimenti del corpo, come la ginnastica, possono aiutare i bambini con ADHD a migliorare la propria concentrazione. Le attrezzature e i movimenti della ginnastica sono molto simili a quelli usati nella terapia occupazionale e possono aiutare a sviluppare il senso dell'equilibrio e la consapevolezza muscolare.

Lotta o Boxing

Se il bambino ha un'aggressione sbagliata, o un'energia apparentemente illimitata, il wrestling o il Boxing può essere un modo divertente (e sicuro!) per incanalare queste emozioni in qualcosa di positivo.

Calcio

Essere in una squadra di calcio dà ai bambini un senso di cameratismo, che può essere particolarmente utile per i bambini con ADHD che devono migliorare le loro abilità sociali. Se il bambino con ADHD è immaturo emotivamente, sarebbe meglio iscriverlo in una squadra con bambini leggermente più giovani che hanno raggiunto un livello di maturità simile alla sua.

Equitazione

I cavalli hanno la capacità di rispecchiare le emozioni e le attitudini dei loro conduttori, un'abilità che è utilizzata nell'ippoterapia e può aiutare i bambini con ADHD nelle modifiche comportamentali. Quando il bambino dovrà interagire con i cavalli, imparerà ad osservare e reagire ai comportamenti degli animali invece di rispondere con gli stessi schemi comportamentali che usa con le persone.

Sci di fondo o corsa

In molti sport i bambini spesso riscaldano la panchina per un po' prima di poter giocare, il che potrebbe causare problemi comportamentali indotti dalla noia nei bambini con ADHD. La pista da corsa o lo sci di fondo, consente di stare pochissimo tempo fermi. In questi sport vi è un ritmo, inoltre, e il bambino può comunque trarre i benefici sociali di essere un membro di una squadra, senza competere direttamente con altri bambini.

Tiro con l'arco

Questo antico sport ha goduto di una recente ondata di popolarità. È dimostrato che insegna la responsabilità migliorando nel contempo la concentrazione, la concentrazione e la fiducia in se stessi – abilità importanti per i bambini con ADHD e difficoltà di apprendimento.

PARTE VII

QUADRO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE

- AIFA Determina n. 1291 3/11/2004 Regime di rimborsabilità e prezzo a seguito di nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso umano “Strattera” Atomoxetina
- DETERMINAZIONE 19 aprile 2007. Autorizzazione all’immissione in commercio della specialità medicinale per uso umano Ritalin (Determinazione A.I.C./N n. 876).
- DETERMINAZIONE 19 aprile 2007. Autorizzazione all’immissione in commercio della specialità medicinale per uso umano Strattera (Determinazione n. 437/2007).
- DGR 4-8716 del 5/5/2008 Individuazione Centri Specialistici di Riferimento per la prescrizione dei farmaci approvati per il trattamento dell’ADHD
- D.D. 10 del 20/1/2009 relative all’operatività dei Centri di Riferimento e Centri territoriali per il trattamento dell’ADHD
- Direttiva sui BES 27/12/2012 «Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l’inclusione»
- Circolare 8 del 6 marzo 2013
- Nota N 1551 del 27 giugno 2013
- Nota N 2563 del 22 novembre 2013
- Nota 3 giugno 2014 Esami di Stato 1 ciclo di istruzione
- DGR 20-7246 del 17 marzo 2014
- G.U. Determina 27/4/2015 inserimento del medicinale per uso umano metilfenidato Ritalin per il trattamento dell’ADHD negli adulti già in trattamento prima del compimento del diciottesimo anno d’età.
- D.G.R. 19 Dicembre 2016, n. 50-4417 “Individuazione dei centri specialistici regionali di riferimento per la prescrizione dei farmaci approvati per il trattamento dell’ADHD (disturbo da deficit di attenzione con iperattività) per i soggetti in età adulta in stretta sinergia con i centri per l’età evolutiva”
- DD 988 del 18 ottobre 2017 “Modifiche alla DD 595/2016 e precisazioni relative all’applicazione delle linee guida della Direttiva Obbligo di Istruzione e Formazione Professionale 2017/20 - Nuovi modelli per gli allievi con Bisogni Educativi Speciali (BES)”

PARTE VIII

BIBLIOGRAFIA

- ❑ AIDAI (a cura di) (2005) Il disturbo di attenzione e iperattività, Editrice Armando
- ❑ Bisiacchi P., Fabbro N. (2002). Il disturbo di attenzione e iperattività. In I Disturbi dello Sviluppo (S. Vicari & C. Caselli, a cura di). Bologna: Il Mulino.
- ❑ Corbo S., Marolla F., Sarno V., Torrioni M.G. & Vernacotola S. (2002). *Il bambino iperattivo e disattento*. Franco Angeli Editore.
- ❑ Cornoldi C., DeMeo T., Offredi F. & Vio C. (2001). *Iperattività e autoregolazione cognitiva*. Edizioni Erickson.
- ❑ Cornoldi C., Gardinale M., Pettenò L. & Masi A. (1996). *Impulsività e autocontrollo*. Edizioni Erickson.
- ❑ Daffi G., Prandolini C. (2014) ADHD e compiti a casa. Strumenti e strategie per bambini con difficoltà di pianificazione, di organizzazione e fragilità di attenzione. Trento: Erickson
- ❑ Daffi G., Prandolini C. (2015), *Organizzare la classe con il metodo START. Materiali e strumenti per una gestione efficace di spazi, tempi e attività nella scuola primaria*. Trento: Erickson
- ❑ D’Errico R. & Aiello E. (2002). *Vorrei scappare in un deserto e gridare...* Giuseppe De Nicola Editore.

- ❑ Di Pietro M., Bassi E. & Filoramo G. (2001). *L'alunno iperattivo in classe*. Edizioni Erickson.
- ❑ Douglas M.L. *Quella peste di mio figlio*. Collana "Le comete". Franco Angeli Editore.
- ❑ Kirby e Grimley (1989). *Disturbi dell'attenzione e iperattività*. Edizioni Erickson.
- ❑ Fabio R. A. (2001). *L'attenzione*. Franco Angeli Editore.
- ❑ Margheriti M., Sabbadini G. (1995). *L'iperattività e i disturbi dell'attenzione*. In *Manuale di Neuropsicologia dell'età evolutiva* (G. Sabbadini, a cura di). Zanichelli.
- ❑ Marzocchi, G.M. (2003). *Bambini disattenti e iperattivi*. Bologna: Il Mulino.
- ❑ Munden A. & Arcelus J. (2001). *Il bambino iperattivo*. Edizioni Ecomind.
- ❑ Nuzzo V. (2002). *Manuale per la diagnosi e la terapia ADHD*. Per il pediatra pratico e il pediatra di famiglia. Giuseppe De Nicola Editore.
- ❑ Prekop J. & Scheweizer C. (1999). *Bambini iperattivi*. Como: RED
- ❑ Prior M. (1991). *L'iperattività*. In "I disturbi dell'apprendimento" (C. Cornoldi, a cura di). Bologna: Il Mulino.
- ❑ Resnick R.J. (2002). *Impulsività, disattenzione e iperattività nell'adulto - Guida al trattamento dell'ADHD*. Ed. McGraw-Hill
- ❑ Vallett R. (1974). *Il bambino iperattivo a scuola*. Roma: Armando Editore
- ❑ Vio C., Marzocchi G.M. & Offredi F. (1999). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*. Erickson, Trento.

SITOGRAFIA

- www.adhdpiemonte.it
- www.famiglieadhd.cuneo.it
- https://www.additudemag.com/slideshows/best-sports-for-kids-with-adhd/?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=parent