

La Scuola Se

A cura di Franco Frabboni
e Manuela Gallerani

Vanessa Macchia

Individuazione precoce del rischio ADHD e “Laboratorio di Attenzione” nella scuola dell’infanzia



FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



La Scuola Se

Collana di cultura pedagogica e di progettazione didattica
diretta da *Franco Frabboni* e *Manuela Gallerani*

La collana **La Scuola Se** diversifica la propria offerta di *cultura pedagogica* e di *progettazione didattica* in tre Sezioni tematiche: *Scuola aperta*, *Fare scuola* e *Scaffale CIRE* (Centro Interdipartimentale di Ricerche Educative dell'Università di Bologna).

Prima sezione: Scuola aperta. Raccoglie contributi teorici e progettuali che pongono al centro dell'attenzione le professioni di *caring*, sottolineando l'interconnessione/integrazione dei sistemi formativi sia con le agenzie intenzionalmente educative (famiglia, enti locali, privato sociale, mondo del lavoro, associazionismo, chiese), sia con il territorio inteso come ambito dei beni paesaggistici ed artistico-culturali.

Questo primo itinerario editoriale de **La Scuola Se** è rivolto agli studenti delle attuali *Scuola di Psicologia e Scienze della Formazione*, *Scuola di Lettere e Beni culturali*, *Scuola di Medicina e Chirurgia*. E ovviamente al mondo degli operatori culturali di territorio.

Seconda sezione: Fare scuola. Offre contributi teorici e progettuali per la formazione iniziale e in servizio degli insegnanti di ogni ordine e grado.

Questo secondo itinerario editoriale della **Scuola Se** rivolge particolare attenzione alle competenze professionali dei docenti della scuola di base (dalla scuola dell'infanzia alla secondaria di primo grado) e della scuola secondaria di secondo grado.

Terza sezione: Scaffale CIRE. Raccoglie contributi teorici e progettuali intesi a documentare la fertile attività investigativa e progettuale del Centro Interdipartimentale di Ricerche Educative dell'Università di Bologna rivolta alla qualità dei processi di insegnamento/apprendimento in ambito scolastico e universitario.

Questo terzo itinerario editoriale della **Scuola Se** riceve contributi di alta qualità scientifica redatti da docenti studiosi di **Didattica generale** e di **Didattica disciplinare**.

La Didattica generale ha il compito di ottimizzare sia la *qualità dell'insegnamento* (tramite l'offerta di flessibili modelli organizzativi e curricolari), sia la *qualità dell'apprendimento* (tramite l'offerta di saperi individualizzati sugli

stili cognitivi degli allievi). Il tutto attraverso rigorose *pratiche docimologiche* di valutazione diagnostica, formativa e sommativa.

La Didattica disciplinare - dell'Italiano, delle Lingue straniere, della Storia, della Geografia, della Filosofia, della Musica, della Matematica, della Fisica, della Chimica, delle Scienze naturali ecc. - ha il compito di ottimizzare la *morfologia* delle materie scolastiche e accademiche intervenendo sui contenuti, mettendo in rilievo i rispettivi paradigmi interpretativi e metodologie della ricerca. Soprattutto nella direzione di individuare nessi interdisciplinari mirati alla *trasversalità cognitiva*.

Comitato scientifico

Marguerite Altet - Università di Nantes

Nando Belardi - Università di Chemnitz

Bruno D'Amore - Università di Bologna

Umberto Margiotta - Università di Venezia

Augusto Palmonari - Università di Bologna

Giuseppe Trebisacce - Università della Calabria

Werner Wiater - Università di Augsburg

Massimo Baldacci - Università di Urbino

Franco Cambi - Università di Firenze

Duccio Demetrio - Università Bicocca di Milano

Alessandro Mariani - Università di Firenze

Vincenzo Sarracino - Università di Caserta

Gerwald Wallnöfer - Università di Bolzano

Miguel Zabalza - Università di Santiago de Compostela

Ogni volume è sottoposto a referaggio "doppio cieco". Il Comitato scientifico svolge anche le funzioni di Comitato dei Referee.

Vanessa Macchia

**Individuazione precoce
del rischio ADHD
e “Laboratorio
di Attenzione”
nella scuola dell’infanzia**

FrancoAngeli

Il presente volume è stato stampato con il contributo della Libera Università di Bolzano.

Istruzioni per accedere agli allegati multimediali

Per accedere agli allegati multimediali on line relativi al volume, è sufficiente accedere alla Sezione **Biblioteca Multimediale** del sito ufficiale della casa editrice FrancoAngeli (<http://www.francoangeli.it>), individuare il volume nell'elenco, selezionare l'allegato, inserire il codice **EAN 9788820458652** e l'indirizzo email utilizzato per la registrazione al sito.

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Presentazione, di *Dario Ianes* pag. 9

Introduzione » 11

Parte I

1. Cos'è il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) » 15

1. Definizione e manifestazioni dell'ADHD » 15

2. Sintomi secondari e disturbi associati » 18

3. Eziologia: ipotesi causali dell'ADHD » 20

4. Epidemiologia » 21

5. Criteri diagnostici » 22

2. Il bambino con ADHD nella scuola dell'infanzia » 26

1. L'ADHD vissuto dal bambino, dagli insegnanti, dai genitori » 30

2. Il bambino con ADHD nella scuola primaria » 33

3. Aspetti evolutivi del disturbo » 35

4. I punti di forza di un bambino con ADHD » 39

Parte II

1. Individuazione precoce » 45

1. Premessa. Identificazione precoce del Deficit Attentivo e dei DSA come strategia per l'inclusione » 45

Screening » 47

| | | |
|---|------|----|
| <i>Identificazione precoce</i> | pag. | 48 |
| <i>L'osservazione mirata e la valutazione didattica precoce svolta dagli insegnanti</i> | » | 49 |
| 2. Individuazione precoce dei bambini a “rischio” ADHD nella scuola dell’infanzia | » | 53 |
| 3. Gli indicatori di rischio | » | 56 |
| 4. I vantaggi di un’individuazione in età prescolare | » | 57 |
| 2. Il progetto di ricerca | » | 59 |
| 1. Obiettivi della ricerca | » | 60 |
| 2. La metodologia | » | 60 |
| <i>Partecipanti/campione</i> | » | 60 |
| <i>Strumenti</i> | » | 61 |
| <i>Procedura e fasi del progetto</i> | » | 63 |
| 3. Risultati | » | 65 |
| 4. Conclusioni: spunti di riflessione e prospettive di ricerca | » | 67 |

Parte III

| | | |
|--|---|-----|
| 1. Il Laboratorio di Attenzione | » | 73 |
| 1. Prima di tutto | » | 74 |
| <i>Interventi generali</i> | » | 74 |
| <i>Interventi specifici</i> | » | 76 |
| <i>Il lavoro psicoeducativo</i> | » | 78 |
| <i>Esercizi/strategie comportamentali esemplificativi</i> | » | 79 |
| 2. Il lavoro educativo con il bambino ADHD: proposte di attività per il Laboratorio di Attenzione | » | 82 |
| A. Concentrazione/Attenzione | » | 85 |
| Schede | » | 87 |
| B. Percezione uditiva | » | 90 |
| Schede | » | 91 |
| C. Percezione visiva | » | 96 |
| Schede | » | 96 |
| D. Percezione corporea/tattile | » | 101 |
| Schede | » | 102 |
| E. Percezione cinestetica | » | 105 |
| Schede | » | 105 |
| F. Motricità globale | » | 115 |
| Schede | » | 116 |

| | | |
|---|------|-----|
| G. Motricità fine | pag. | 124 |
| Schede | » | 125 |
| H. Grafo-motricità | » | 132 |
| Schede | » | 132 |
| I. Emozionalità e prosocialità | » | 135 |
| Schede | » | 137 |
| Appendice - Strumenti di valutazione | » | 147 |
| Ringraziamenti | » | 159 |
| Bibliografia | » | 161 |

Presentazione

di *Dario Ianes*

Questo libro ruota attorno ad alcune idee fondamentali e temi rilevanti per la scuola dell'infanzia e primaria, che si sono evidenziati in Italia soprattutto negli ultimi dieci anni.

Innanzitutto il tema della situazione di apprendimento, comportamento e relazione di quella percentuale non piccola di bambini (il DSM-5 stima una prevalenza del 5%. APA, 2013) che presentano un disturbo da deficit di attenzione e iperattività. In parallelo alla crescente ricerca scientifica sui disturbi di apprendimento della lettura, scrittura e calcolo, si è sviluppato un notevole corpus di conoscenze psicologiche, neuropsicologiche e pedagogiche rispetto a questa altra manifestazione di una diversa difficoltà evolutiva, su base neurobiologica, che ostacola i bambini nella loro attenzione, autoregolazione, comportamento pianificato, relazioni sociali, e ovviamente apprendimento scolastico. Si sono costituite associazioni professionali e gruppi di genitori con l'obiettivo di tutelare i bambini e le bambine (molte meno dei maschi) con ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) e vi è stato un crescente interesse pubblico sul tema.

La seconda idea-guida era legata al definire strumenti e pratiche di approccio pedagogico, e non psicologico o clinico individuale, da utilizzare nella scuola dell'infanzia e primaria da parte degli insegnanti. Certamente un bambino con questo disturbo ha bisogno di interventi specialistici abilitativi individuali condotti con competenze psicologiche, come i suoi genitori hanno bisogno di interventi di parent training, ma il nostro focus era su quelle strategie di utilizzo scolastico ad opera degli insegnanti tutti, e non certo soltanto da parte di quello di sostegno. La scuola può (e deve) attrezzarsi con approcci pedagogicamente validati ed efficaci rispetto alle varie difficoltà, e nella scuola, nelle sue varie attività quotidiane, le strategie specifiche possono arricchire e modificare le normali prassi educative e didattiche, favorendo situazioni di personalizzazione e individualizzazione dei contenuti, ma soprattutto delle modalità di insegnamento-apprendimento e di gestione del tempo, dei materiali e delle relazioni.

La terza idea-guida riguardava l'individuazione precoce di quei bambini "a rischio" di presentare, negli anni successivi, in genere nei primi due-tre anni di scuola primaria, i segni e i sintomi necessari per la diagnosi certa del disturbo. Se la scuola dell'infanzia identifica, verso la fine del suo periodo, quei bambini che presentano una costellazione di difficoltà avvicinabili a quelle tipiche dell'ADHD, potrà essere maggiormente consapevole, assieme alle famiglie, delle specifiche situazioni dei bambini e orientarsi più velocemente sul versante diagnostico e abilitativo. Su questa idea, ampiamente diffusa a livello internazionale per quanto riguarda la dislessia, si pongono per l'ADHD alcuni problemi che abbiamo affrontato con le ricerche che vengono illustrate nel libro. Dapprima il tema di quale fosse lo strumento più adatto ad un uso scolastico: schede di osservazione strutturate, semistrutturate o libere? Ma ancora più rilevante era la questione della capacità predittiva dello strumento di identificazione, quanto cioè fosse in grado di trovare quei bambini che poi, purtroppo, avrebbero negli anni successivi avuto la diagnosi clinica. Per questo abbiamo seguito i bambini identificati "a rischio" negli anni seguenti, quando frequentavano la scuola primaria.

La quarta idea-guida era centrata sull'impatto pedagogico delle pratiche di individuazione precoce dei bambini "a rischio" di ADHD. Qualche anno fa il mondo della scuola e dei genitori era attraversato da polemiche contrarie all'uso nella scuola di forme di "screening" che identificassero i bambini con ADHD perché vi era il timore che poi tali identificazioni portassero ad un uso indiscriminato e massiccio di psicofarmaci. Nel nostro caso gli esiti delle prassi di identificazione precoce erano pedagogiche, nel senso di fornire poi attività e strumenti educativi e didattici per aiutare lo sviluppo di competenze attentive, autoregatorie e comportamentali-relazionali. In questo senso, la seconda parte della ricerca ha prodotto una amplissima serie di attività mirate, da svolgere con tutti i bambini, non soltanto con quelli che le prassi di identificazione precoce hanno evidenziato come "a rischio". Questo coinvolgimento totale è fondamentale sia per costruire situazioni di eterogeneità, in cui si possano sfruttare differenti livelli di competenze nei bambini, sia per estendere queste attività abilitative a tutti i bambini, nell'ottica di fornire loro il massimo di opportunità di sviluppo di competenze utili ad affrontare, nella scuola primaria, gli obiettivi di apprendimento e di partecipazione sociale con cui si confronteranno.

La ricerca illustrata nel libro di Vanessa Macchia dimostra che l'individuazione precoce dei bambini "a rischio" di evidenziare poi un disturbo ADHD non solo è possibile, ma traccia una pista utile per la diffusione di attività specifiche rispetto alle competenze autoregatorie, incluse nel tessuto normale delle attività pedagogiche della scuola dell'infanzia.

Introduzione

Ci sono persone rotonde (...), ci sono bambini a forma, diciamo, di triangolo, perché no, e ci sono... ci sono bambini a zig zag!

(D. Grossman, 1996)

Il presente volume è frutto di un lavoro di ricerca che ho intrapreso da ormai ben 10 anni – con una breve pausa per maternità – dedicando a questo argomento prima la mia tesi di laurea, poi lo studio e la ricerca del dottorato di ricerca presso la Libera Università di Bolzano, Facoltà di Scienze della Formazione Primaria, che poi è divenuto un progetto di facoltà insieme al tutor prof. Dario Ianes. Ma il mio impegno e interesse verso la prima infanzia e in particolare per i bambini “speciali” deriva da quando, prima ancora di diventare ricercatrice, ero insegnante nella scuola dell’infanzia e quotidianamente, mi trovavo confrontata con bambini che presentavano comportamenti di disattenzione, di iperattività e di impulsività di difficile interpretazione. Riflettendo insieme alle mie colleghe, insegnanti, pedagogisti e operatori socio-sanitari che affiancano il lavoro nella scuola dell’infanzia, come anche e soprattutto parlando con i genitori dei bambini, non è semplice stabilire con sicurezza se determinate caratteristiche presenti nei bambini siano effettivamente da attribuire alla sintomatologia propria dell’ADHD o, semplicemente, siano la manifestazione esterna di un certo *temperamento* del bambino¹.

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) è il più diffuso di tutti i disturbi psichiatrici infantili (Barkley, 1998; Koplewicz, 1996, trad. it. 2001).

Più di un milione di ragazzini negli Stati Uniti ne sono affetti. Anche in Europa il numero di pubblicazioni riguardanti i bambini che manifestano disturbi nell’area cognitiva (attenzione, autoregolazione, ecc.), nell’area motoria (iperattività) e nell’area emotivo-relazionale (impulsività, difficoltà nell’interazione con gli altri, ecc.) è in continua crescita. L’aiuto professionale viene richiesto da un numero sempre maggiore di famiglie, perché

1. Questo discorso verrà approfondito più avanti nel testo.

si trovano in un circolo vizioso e di conseguenza tutti i componenti attraversano momenti di irrequietezza e irritazione. Tali fenomeni fanno intuire che il problema stia aumentando in modo esplosivo. Questa tesi viene confermata dalle testimonianze degli educatori ed insegnanti, che soffrono quanto i genitori e si sentono ugualmente impotenti (Prekop e Schweizer, 1991, trad. it. 1999; Perticone, 2005).

Sono cambiati i bambini oppure è cambiata l'infanzia? Forse l'ambiente è diventato più ostile per i bambini? È forse necessario modificare il sistema scolastico e prescolastico? Che cosa succede ai bambini di oggi? Su questi temi vengono organizzate ormai moltissime conferenze per genitori e insegnanti.

Una cosa è certa: sono proprio i bambini a soffrire di più in questa situazione.

L'esperienza mi ha dimostrato che si può dare un **supporto** ai bambini con il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività se gli insegnanti ed i genitori:

- sviluppano una comprensione reciproca;
- dispongono del sapere necessario riguardo all'ADHD;
- propongono ed attivano delle strategie adeguate che sono risultati efficaci e di sostegno per i bambini con ADHD.

Inoltre, le proposte educative qui presentate *possono essere di aiuto per tutti i bambini* – indipendentemente dal fatto che al bambino sia stata diagnosticata una problematica ADHD oppure no. I bambini con difficoltà non hanno necessariamente sempre bisogno di un sostegno diverso, ma spesso “soltanto” di un supporto più intensivo. Perciò mi piace chiamarli “a rischio” – perché a un'età prescolare, è difficile parlare di un vero e proprio disturbo.

Proprio partendo da questa esigenza di capire meglio il fenomeno e di potervi far fronte con risposte educative adeguate e mirate, cercherò di dare una panoramica semplice e chiara su cosa sono il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, il lavoro educativo con il bambino iperattivo e con il disturbo dell'attenzione e l'individuazione precoce dei bambini cosiddetti “a rischio”.

In particolare mi rivolgo agli insegnanti della scuola dell'infanzia e della scuola primaria, agli insegnanti di sostegno, a pedagogisti, educatori, operatori e studenti delle discipline psico-socio-pedagogiche, genitori e ricercatori.

Accompagnare e condividere una parte della vita di un bambino con ADHD è una grande sfida. Spesso vivrete, nel vostro lavoro educativo come insegnanti e educatori, dei fallimenti ma anche dei successi. Successi che vi daranno forza e motivazione per proseguire il cammino intrapreso. Lungo questo cammino non dimenticatevi di voi stessi! Alla fine della giornata lavorativa “staccate” i pensieri riguardanti il carico educativo e godetevi consapevolmente il tempo libero. Educatori e insegnanti rilassati ed equilibrati sono i migliori compagni di viaggio, specialmente per bambini irrequieti.

Parte I

1. Cos'è il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)

1. Definizione e manifestazioni dell'ADHD

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD o DDAI)¹ è un disturbo evolutivo che implica disfunzioni inerenti le **aree**

- **cognitiva** (*disattenzione o facile distraibilità*),
 - **comportamentale** (*impulsività*),
 - **motoria** (*iperattività*).
-

Questi sintomi o dimensioni psicopatologiche (SINPIA, 2006) a loro volta, *incidono sulla sfera emotiva e relazionale del bambino*.

Nonostante le normali doti intellettive, il bambino con ADHD mostra, infatti, difficoltà nel mantenere la **concentrazione** sul compito, si dimentica facilmente cose abituali, è facilmente distraibile da stimoli esterni, ha difficoltà a organizzarsi e pianificare il lavoro, non segue le istruzioni, non porta a termine le attività, perde gli oggetti e i materiali, ecc.

Diversi autori sostengono che il deficit principale dell'ADHD sia rappresentato soprattutto dalla **difficoltà di attenzione**, che si manifesta sia nelle situazioni scolastiche/lavorative, che in quelle sociali (Cornoldi, De Meo, Offredi, Vio, 2001, 2013). Il costrutto di attenzione è multidimensionale,

1. ADHD: acronimo per la definizione anglosassone di *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* (usato nella classificazione diagnostica DSM-IV-TR, APA, 2001 e nella nuova versione DSM-V, 2013) DDAI: acronimo italiano. Disturbo ipercinetico: questo termine è usato nella classificazione diagnostica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-10; OMS, 1992). Sin dagli anni sessanta, la sindrome ha ricevuto continue modifiche nelle definizioni e nei rispettivi criteri hanno causato incertezze classificative con conseguenti differenze nazionali nell'epidemiologia del disturbo e nella definizione delle strategie terapeutiche (SINPIA, 2006).

cioè se ne individuano diversi tipi/componenti: mantenuta (o sostenuta), selettiva, focalizzata, shift, divisa; le ultime ricerche sembrano concordi nello stabilire che il problema maggiormente evidente nel ADHD sia il mantenimento dell'attenzione (attenzione sostenuta). Questo comportamento si evidenzia particolarmente durante attività ripetitive o noiose come anche nelle situazioni ludiche, nelle quali il bambino manifesta frequenti passaggi da un gioco a un altro, senza completarne nessuno. Però, ci sono anche molte altre situazioni che richiedono attenzione e nelle quali il bambino con ADHD non risulta avere particolari problemi. Per questo motivo recentemente l'accento è stato posto sulla difficoltà di autoregolazione e cioè sull'incapacità di regolare autonomamente il proprio comportamento, inclusa l'attenzione (si veda figura 1) (Cornoldi, De Meo, Offredi, Vio, 2001, p. 21).

Il bambino con ADHD avrebbe una buona capacità di comportamento *eteroregolato* (cioè di regolare il proprio comportamento quando viene guidato da altri, soprattutto nella relazione a due adulto-bambino) e incontrerebbe invece difficoltà nel comportamento *autoregolato* (Cornoldi, De Meo, Offredi, Vio, 2001, 2013, p. 21).

Dal punto di vista **comportamentale** non riesce a stare fermo per tempi paragonabili a quelli dei suoi compagni, presenta necessità di muoversi senza che il movimento sia finalizzato al raggiungimento di uno scopo, è irrequieto, non riesce a stare fermo sulla sedia, è sempre in movimento, come “attivato da un motorino interno”. **L'iperattività** si manifesta quindi in un eccessivo livello di attività motoria e/o vocale e può essere associata o meno al problema di attenzione.

Una caratteristica importante, sia dal punto di vista cognitivo che interpersonale, è **l'impulsività**: il bambino ha difficoltà ad aspettare il proprio turno, risponde prima che la domanda sia completata, ecc. Secondo alcuni autori, è infatti proprio l'impulsività la caratteristica distintiva dell'ADHD rispetto ai bambini senza gravi problemi e rispetto agli altri disordini psicologici (Barkley, 1998).

Tutti questi sintomi non sono causati da deficit cognitivo (ritardo mentale) ma da difficoltà oggettive nell'autocontrollo e nella capacità di pianificazione.

A livello di manifestazione del disturbo, quindi, un bambino veramente affetto da ADHD ha una grande difficoltà ad osservare le regole e a mantenere l'autocontrollo e di conseguenza costituisce spesso una rilevante forza negativa all'interno del gruppo. Ben presto si farà notare “come un dente che duole” (Phelan, 1996, trad. it., 2000) e gli altri bambini si accorgeranno dei suoi comportamenti e in quanti guai può cacciarsi.

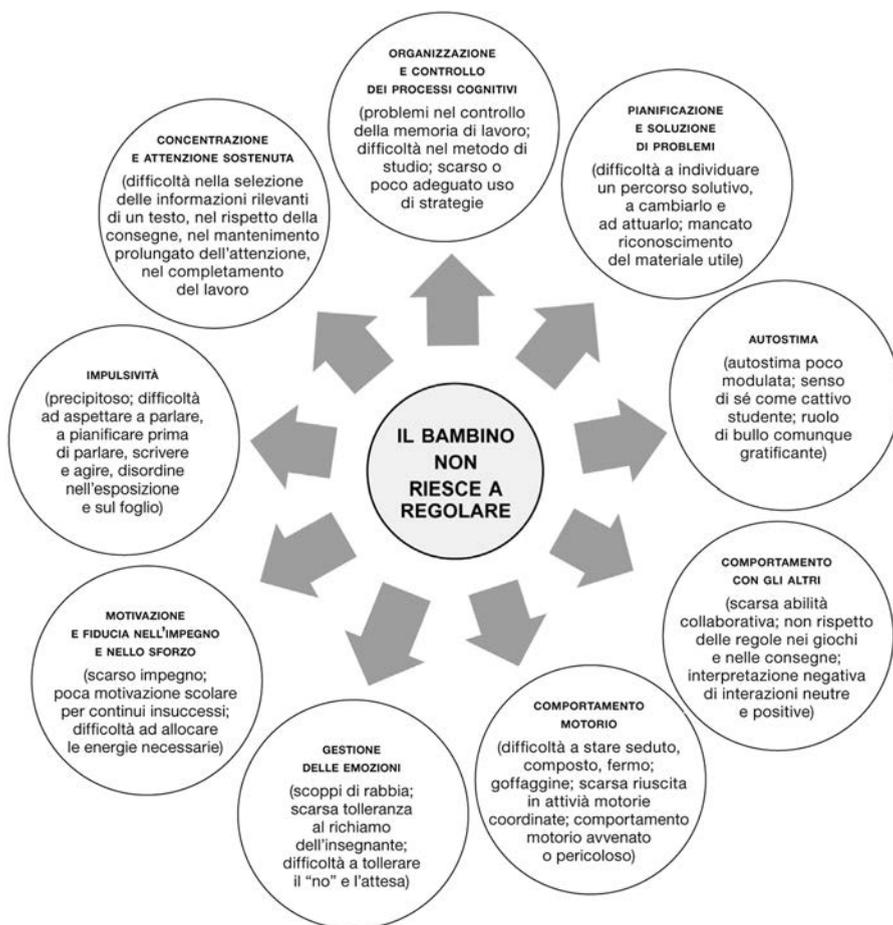


Fig. 1 - Difficoltà di autoregolazione a scuola (Cornoldi et al., 2001, p. 22)

Nella fascia d'età della Scuola dell'Infanzia possono emergere i primi problemi con i coetanei a mano a mano che i bambini passano dal gioco parallelo a quello più interattivo. Nel gioco interattivo, infatti, risultano maggiori le esigenze di condivisione, intesa reciproca e ascolto, ma non è insolito che il bambino affetto da ADHD non riesca a comprenderle e si produca in azioni mal sopportate dai coetanei come, per esempio, rompere giocattoli o trasgredire alle regole del gioco. Il rendimento del bambino con ADHD (anche se il suo quoziente intellettivo [QI] è lo stesso dei suoi coetanei) è discontinuo, il che provoca, da parte degli adulti, commenti quali: "Potrebbe farcela da solo se solo lo volesse davvero!".

Il bambino si ritrova spesso a sognare ad occhi aperti quando viene distratto da stimoli interiori. Altre volte può “sparare” risposte corrette (ma senza alzare prima la mano) o fare il buffone per divertire gli altri bambini. Le principali caratteristiche del bambino con ADHD sono riassunte nella tabella 1.

Tab. 1 - Sintomi e comportamenti del bambino con ADHD

| Sintomi e comportamenti del bambino con ADHD | |
|--|--|
| Disturbi dell'attenzione e della concentrazione | Il bambino spesso non termina un gioco iniziato. Incontra difficoltà nel mantenere la concentrazione sui giochi in cui è impegnato. Il bambino spesso “sogna ad occhi aperti” e si distrae facilmente. |
| Comportamento impulsivo ed iperattivo | Non riesce a stare seduto sulla sedia. Il bambino agisce spesso senza pensare. Piccolezze lo fanno letteralmente “esplodere”. |
| Problemi della percezione, coordinazione corporea e della attività motoria | Piccoli incidenti fanno parte della vita quotidiana del bambino. Il bambino ha difficoltà ad usare pennarelli e forbici. Non gli piace disegnare. |
| Problemi di memoria | Quando deve andare a prendere qualcosa, la dimentica strada facendo. Appare sbadato. |
| Difficoltà nel comportamento sociale | Il bambino incontra difficoltà a fare amicizie. Spesso si trova a litigare con gli altri bambini. |
| I bambini affetti di ADHD possono avere anche delle rilevanti doti, come per esempio una instancabile passione per la raccolta di oggetti interessanti. Alcuni di loro sono dei vulcani di idee e mostrano una creatività notevole*. | |
| * Emmerich E. et al., <i>Mit AD(H)S durch die Grundschule</i> , Knauer, München 2007. | |

2. Sintomi secondari e disturbi associati

Come descrivono vari autori (Eitle, 2006; SINPIA, 2006; Crispiani, Giaconi & Capparucci, 2005; Brandau, Pretis & Kaschnitz, 2003;

Simchen, 2002; Jensen, Martin & Cantwell, 1997) e in particolare Cornoldi *et al.* (2001, p. 29), i bambini con ADHD,

oltre ai sintomi primari già descritti, manifestano purtroppo anche altri comportamenti disturbanti ritenuti secondari, in quanto si presume derivino dall'interazione tra le caratteristiche primarie del disturbo e il loro ambiente.

Il crescente interesse clinico che ruota attorno a questa sindrome è da ricercare in tre ordini di fattori:

1. l'elevata incidenza del disturbo;
2. la compresenza di numerosi altri disturbi (**comorbidità**);
3. l'elevata probabilità di manifestare nel prosieguo della vita delle gravi difficoltà.

Diversi studi riportano che fino a due terzi di tutti i bambini diagnosticati con ADHD manifestano delle comorbidità. Di seguito vengono elencati brevemente i sintomi secondari e i disturbi associati all'ADHD che vengono maggiormente citati nella letteratura internazionale:

- sviluppo di tratti oppositivi e provocatori;
- comportamenti aggressivi e rischi di devianza;
- disturbi della condotta;
- difficoltà scolastiche, come i DSA (Disturbi Specifici di Apprendimento = dislessia, disortografia, discalculia);
- disturbi emotivi, come il disturbo d'ansia e il disturbo dell'umore;
- disturbi evolutivi della coordinazione;
- problematiche nelle relazioni interpersonali;
- Tic (movimenti stereotipati, senza uno scopo preciso, che l'individuo compie senza averne il controllo);
- Sindrome di Tourette (tic motori e fonatori incostanti);
- Enuresi notturna.

Rispetto a quanto detto, è fondamentale rimarcare che spesso i sintomi caratteristici dell'ADHD possono essere confusi con quelli di altre patologie, e compete ad un clinico esperto considerare l'entità del disturbo o l'associazione di più disturbi (comorbidità).

Inoltre, trattandosi di disturbi che iniziano nell'età evolutiva, *non dobbiamo dimenticarci della grande responsabilità della scuola di intervenire sui disturbi: infatti i bambini trascorrono gran parte della loro giornata a scuola*. Proprio per questo motivo i sintomi secondari ed associati all'ADHD non soltanto si manifestano in problematiche comportamentali, ma troviamo di frequente – nonostante la presenza di un buon livello cognitivo – anche una resa scolastica scadente (Masi *et al.*, 2006).