A cura dei
Centri di riferimento per l'ADHD
della Regione Lombardia
aderenti al Progetto Regionale
«Condivisione di percorsi
diagnostico-terapeutici per l'ADHD»

ADHD

Guida per gli insegnanti

RegioneLombardia

MIA

Centro
Studi
Erickson

Illustrazioni di Camilla Marini, 1990, Brescia

INDICE

Presentazione della guida *p. 5*

Premessa: Il Progetto Regionale ADHD *p. 6*

1 Che cos'è l'ADHD *p. 7*

2 Che cosa posso vedere in classe *p. 9*

3 Difficoltà del bambino con ADHD nella gestione dei compiti *p. 12*

4 Che cosa può fare l'insegnante in aula *p. 15*

5 Percorsi di teacher training *p. 17*

6 Normativa scolastica relativa all'ADHD *p. 19*

7 Modalità di segnalazione e invio ai centri *p. 32*

8 Per approfondire *p. 36*



Materiale informativo realizzato nell'ambito del progetto Regionale
«Condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici per l'ADHD in Regione Lombardia»

Presentazione

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività è uno dei più frequenti disturbi a esordio in età infantile che compromette il funzionamento globale del soggetto con una eziologia neurobiologica.

La stima della prevalenza è molto variabile tra le nazioni.

La complessità della diagnosi necessita dell'uso di strumenti appropriati che consentano di valutare la presenza dei sintomi nei diversi contesti di vita del bambino e il trattamento multimodale va adattato alle caratteristiche specifiche del bambino e del suo contesto di vita.

La scelta terapeutica è basata sulla valutazione di diversi fattori tra cui la comorbidità, la situazione familiare, la collaborazione con la scuola la opportunità di trattamento farmacologico a integrazione degli altri interventi terapeutici e assistenziali.

Per meglio comprendere quali sono i determinanti significativi che caratterizzano i percorsi assistenziali per i pazienti con ADHD e le loro famiglie, dal gennaio 2010 con il contributo della Regione Lombardia è stato attivato un progetto di NPIA per la creazione di una Rete di Centri di Riferimento per ADHD con la finalità principale di definire e condividere pratiche basate sull'evidenza:

- *Analisi di percorsi esistenti in Lombardia*
- *Definizione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi*
- *Formazione degli operatori sanitari e educativi, informazione e sensibilizzazione della popolazione in considerazione della importanza del contesto ambientale mediatore cruciale per le diverse evoluzioni.*

La presente guida è frutto del lavoro di operatori appartenenti ai 18 centri con l'obiettivo non solo di diffondere una corretta cultura rispetto a questo disturbo, ma soprattutto garantire ai bambini e adolescenti con ADHD e alle loro famiglie di conoscere e beneficiale di cure e supporti efficaci e condivisi su tutto il territorio della Regione Lombardia.

Un grazie particolare a tutti gli operatori che hanno collaborato alla stesura.

Alessandra Tiberti, Paola Effedri e Edda Zanetti

Premessa

Il Progetto Regionale: «Condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici per l'ADHD in Lombardia»

(Sintesi del progetto a cura del dott. Gianluca Daffi, Coordinatore attività di formazione e informazione)

Il progetto ***Condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici per l'ADHD in Lombardia*** *coinvolge 18 Centri di Riferimento Regionali per l'ADHD, afferenti alle UONPIA di Brescia, Bergamo, Como, Cremona, Fondazione IRCCS «Ca' Granda» Milano, Fondazione IRCCS «Casimiro Mondino» Pavia, Garbagnate, Lecco, Legnano, Lodi, Mantova, Milano Fatebenefratelli, Niguarda, San Paolo, Vallecamonica, Valtellina, Varese, l'Istituto Eugenio Medea di Bosisio Parini (LC) e il Laboratorio per la Salute Materno-Infantile dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.*

Tra gli obiettivi di condivisione del suddetto progetto vi sono quelli di garantire la formazione e l'aggiornamento per gli operatori dei Centri citati relativamente agli interventi diagnostici e terapeutici (in modo particolare curando la relazione con i bambini, le famiglie e la scuola), garantire una formazione e informazione adeguata a pediatri, operatori dei servizi territoriali, insegnanti, genitori, e infine produrre e diffondere materiale informativo dalla comprovata validità scientifica.

I 18 centri di Riferimento regionali, attraverso il lavoro dei propri referenti, hanno condiviso esperienze e materiali in grado di consentire la produzione di materiale informativo specifico rivolto a operatori, insegnanti e genitori. Grazie ai fondi elargiti dalla Regione Lombardia tale materiale ha per la prima volta la possibilità di essere riprodotto e diffuso in maniera significativa all'interno delle realtà principalmente coinvolte nel rapporto con il bambino ADHD: Studi pediatrici, Ospedali, Scuole e Famiglie.

Per maggiori informazioni sulle iniziative formative e informative relative al progetto regionale, rivolgersi a:

dott. Gianluca Daffi, e-mail: daffi.gianluca@gmail.com
http://givitiweb.marionegri.it/Centers/Public/ADHD
http://adhdlombardia.webnode.it

1. Che cos'è l'ADHD

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività, ADHD (acronimo inglese per *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*) è un disturbo dello sviluppo neuropsichico del bambino che si manifesta in tutti i suoi contesti di vita, i cui sintomi cardine sono: inattenzione, impulsività e iperattività.

Il sintomo dell'**INATTENZIONE** comprende:

- ❑ deficit di attenzione focale e sostenuta
- ❑ facile distraibilità, anche con stimoli banali
- ❑ ridotte capacità esecutive nell'esecuzione dei compiti scolastici, nelle attività quotidiane, nel gioco e nello sport
- ❑ difficoltà nel seguire un discorso
- ❑ interruzione di attività iniziate
- ❑ evitamento di attività che richiedono sforzo cognitivo.

Il sintomo dell'**IPERATTIVITÀ** si manifesta come:

- ❑ incapacità di stare fermi
- ❑ attività motoria incongrua e afinalistica
- ❑ gioco rumoroso e disorganizzato
- ❑ eccessive verbalizzazioni
- ❑ ridotte possibilità di inibizione motoria.

Il sintomo dell'**IMPULSIVITÀ** si esprime con:

- ❑ difficoltà di controllo comportamentale
- ❑ incapacità di inibire le risposte automatiche
- ❑ scarsa capacità di riflessione
- ❑ difficoltà a rispettare il proprio turno
- ❑ tendenza a interrompere gli altri
- ❑ incapacità di prevedere le conseguenze di un'azione
- ❑ mancato evitamento di situazioni pericolose.

Secondo il DSM-IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) nell'ADHD esistono tre sottotipi:

1. *Prevalentemente inattentivo*, se prevalgono i sintomi di disattenzione sopradescrittti: il bambino è quindi facilmente distraibile, ma non eccessivamente iperattivo/impulsivo (20-30% dei casi ADHD).
2. *Prevalentemente iperattivo/impulsivo,* se prevalgono i sintomi di iperattività/impulsività sopra elencati: il bambino è quindi estremamente iperattivo e/o impulsivo e può non avere o avere in forma ridotta i sintomi di inattenzione; è più frequente nei bambini piccoli (<15% dei casi ADHD).
3. *Sottotipo combinato,* se sono presenti tutti e tre i sintomi cardine; racchiude la maggior percentuale dei pazienti (50-75% dei casi ADHD).

Tutti i bambini/adolescenti possono presentare, in determinate situazioni, uno o più dei comportamenti descritti, ma nell'ADHD tali comportamenti sono:

- ❑ inadeguati rispetto allo stadio di sviluppo
- ❑ a insorgenza precoce (prima dei 7 anni)
- ❑ pervasivi: espressi in diversi contesti (casa, scuola, gioco)
- ❑ significativamente interferenti con le attività quotidiane.

Secondo il DSM-IV è necessario che siano presenti sei o più sintomi di **inattenzione** o di **iperattività/Impulsività** (da almeno sei mesi) per porre diagnosi di ADHD.

Gli studi epidemiologici, condotti in molti Paesi del mondo, compresa l'Italia, stimano che dal 3 al 5% della popolazione in età scolare presenta l'ADHD.

2. Che cosa posso vedere in classe

Come già illustrato, le tipologie di Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività possono essere di diverso genere, per questo un insegnante in classe, pur trovandosi davanti a un alunno con diagnosi di ADHD, potrebbe osservare comportamenti assai differenti tra di loro, non tutti immediatamente associati/associabili al disturbo.

Cercheremo di fornire esempi che possano chiarire ai docenti come il disturbo si manifesta all'interno delle mura scolastiche durante l'orario di lezione, ciò con il fine di aiutare gli insegnanti stessi a riconoscere quali comportamenti del soggetto con diagnosi siano imputabili alla natura del disturbo.

Quando la diagnosi è prevalentemente caratterizzata da **DISATTENZIONE** l'insegnante potrebbe osservare il manifestarsi dei seguenti comportamenti:

- ❑ spesso sbaglia nelle attività in classe perché non presta sufficiente attenzione ai dettagli, appare pressappochista;
- ❑ spesso ha difficoltà nel sostenere l'attenzione nei compiti o in attività di gioco;
- ❑ spesso sembra non ascoltare l'insegnante che parla direttamente con lui/lei, anche se, messo alla prova, può riuscire a recuperare le informazioni necessarie (ad esempio, riesce a recuperare il segno per continuare la lettura ad alta voce);
- ❑ spesso non segue tutte le istruzioni fornite in classe per portare a termine un'attività e, di conseguenza, può frequentemente non completare il proprio lavoro, interrompendosi senza saper come proseguire;
- ❑ spesso appare disordinato e disorganizzato, il suo banco è pieno di oggetti non necessari per l'attività che sta svolgendo;
- ❑ spesso si rifiuta di svolgere o fugge da attività che richiedano di impegnarsi nel mantenere l'attenzione (ad esempio, leggere un

brano di media lunghezza, risolvere un problema che richieda più passaggi, ecc.);

- ❑ spesso perde le proprie cose e quelle prestate da compagni/insegnanti;
- ❑ in classe si distrae molto facilmente anche a causa di stimoli che gli altri compagni ignorano (ad esempio, piccoli rumori provenienti dall'esterno, rapidi e insignificanti passaggi di bambini davanti alla porta della classe, ecc.);
- ❑ capita spesso di notarlo seduto al banco come assente e con la testa tra le nuvole.



Quando la diagnosi è prevalentemente caratterizzata da **IPERATTIVITÀ/IMPULSIVITÀ** l'insegnante potrebbe osservare il manifestarsi dei seguenti comportamenti:

- ❑ spesso muove le mani sul banco, le gambe sotto il banco, il sedere sulla sedia (ad esempio, dita tamburellanti, piedi che si muovono in continuazione, dondolio sulla sedia, continui cambi di posizione, ecc.);
- ❑ spesso si alza dal proprio posto senza ragione e sembra faticare nel rimanere nella postazione assegnata dal docente;
- ❑ vaga continuamente per l'aula spostandosi quasi senza ragione da un centro di interesse a un altro (ad esempio, si avvicina alla finestra per vedere qualcosa, poi al compagno dell'ultima fila per raccontare qualcosa d'altro, poi alla cattedra per fare una domanda all'insegnante, poi all'armadio per prendere un oggetto), il tutto in situazioni che non richiederebbero spostamento alcuno;
- ❑ nell'intervallo non appare tranquillo, è come se non riuscisse a giocare con gli altri bambini, non corre con loro ma a fianco a loro, apparentemente senza partecipare al gioco;
- ❑ in classe si comporta come se non fosse in grado di spegnersi e tranquillizzarsi;
- ❑ interviene in modo eccessivo e parla con i compagni e con l'insegnante anche quando non dovrebbe;
- ❑ risponde a qualsiasi domanda venga posta in aula anche se non rivolta direttamente a lui/lei;
- ❑ non sta in fila;
- ❑ non rispetta i turni di parola.



3. Difficoltà del bambino con ADHD nella gestione dei compiti

Poiché i compiti rappresentano un tema denso di significato e in grado di attivare complessi processi che coinvolgono il docente, l'alunno e i suoi familiari, è facile intuire come tale impegno quotidiano possa tradursi in una situazione ulteriormente problematica per alunni che sperimentano quotidianamente fragilità specifiche rispetto al versante attentivo, cioè i bambini con Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività.

Indicatori di una disfunzionalità attentiva sono evidenti negli alunni che faticano a focalizzarsi sui dettagli, compiono errori di distrazione, hanno difficoltà a mantenere una concentrazione adeguata allo svolgimento delle attività che sono chiamati a compiere (siano esse ludiche o scolastiche); danno l'impressione di non ascoltare i propri interlocutori, sono inefficaci se chiamati a eseguire una serie di istruzioni o a pianificare azioni articolate in più passaggi e si mostrano insofferenti all'idea di impegnarsi in compiti che richiedano uno sforzo mentale prolungato.

Nonostante un potenziale cognitivo adeguato, in linea con quello dei propri compagni di classe, i bambini con ADHD hanno spesso prestazioni scolastiche inferiori: le difficoltà di attenzione e autoregolazione, l'atteggiamento frettoloso e superficiale e l'incapacità di inibire le informazioni inutili per focalizzarsi esclusivamente sui dati più salienti rischiano, infatti, di compromettere la loro carriera scolastica, spesso caratterizzata da bocciature più frequenti e maggiori rischi di drop-out.

L'impatto tra caratteristiche espressive del disturbo e richieste implicite o esplicite contenute nelle diverse proposte degli esercizi pomeridiani può rappresentare una miscela potenzialmente esplosiva, con ricadute che possono perdurare nel tempo e coinvolgere sia

il versante degli apprendimenti, sia quella che viene normalmente definita la sintomatologia secondaria alla condizione clinica di base (bassa autostima, limitata percezione di autoefficacia e modalità attributive disfunzionali).

L'intensità e la frequenza delle difficoltà con cui il bambino si confronta anche durante lo svolgimento dei compiti pomeridiani possono concorrere alla costruzione di un'immagine di sé deficitaria rispetto all'apprendimento, cui si possono associare sentimenti di sfiducia, pessimismo rispetto alle proprie possibilità di riuscita, timore di giudizi negativi.

Gli errori commessi dal bambino durante l'esecuzione di un'attività scolastica (e quindi anche dei compiti pomeridiani) possono acquisire, ai suoi occhi, molteplici significati: di fronte a una serie di errori o fallimenti ripetuti, soprattutto quando non sono immediatamente chiare e comprensibili le ragioni per cui non si è raggiunto l'obiettivo sperato, è facile che si sviluppi un profondo senso di inadeguatezza e sfiducia.

I fallimenti ripetuti risultano umilianti, frustranti e demotivanti; i compiti vengono vissuti come un'esperienza che suscita disagio e rispetto alla quale i bambini ADHD possono sentirsi privi di qualsiasi strategia funzionale a fronteggiare le attività quotidianamente proposte dai docenti. La loro aspettativa di successo nei confronti di un compito è generalmente ridotta, e minore è la persistenza sulle attività richieste, non sempre portate a termine; i rari successi ottenuti vengono ricondotti a circostanze fortuite, momentanee e difficilmente riproponibili, mentre gli insuccessi sono più spesso attribuiti a una percezione di scarsa competenza, tratto distintivo della loro esperienza di studenti.

A scuola sono presenti alunni che devono confrontarsi quotidianamente con le proposte dei propri insegnanti in presenza di una labilità attentiva che li ostacola e vanifica spesso l'impegno dedicato a portare a termine quanto dovuto; inoltre le limitate strategie di organizzazione amplificano i tempi di esecuzione dei loro elaborati, che risultano spesso appena abbozzati, imprecisi e privi di un'architettura interna coerente e riconoscibile.

Li potremmo definire bambini con fragilità di attenzione e di pianificazione, per intendere tutti quegli alunni le cui modalità specifiche di funzionamento cognitivo appesantiscono in modo significativo sia le attività scolastiche che l'esecuzione dei compiti pomeridiani e rispetto ai quali si avverte, con sempre maggiore urgenza, l'esigenza di individuare strategie capaci di supportarli efficacemente.

Riconoscere le fragilità che caratterizzano la modalità di funzionamento di un bambino ADHD costituisce un imprescindibile punto di partenza, perché permette di identificare preventivamente quali tipologie di esercizio o attività potrebbero costituire un parziale limite, così da orientare strategie di intervento mirate ed efficaci per facilitare l'esecuzione dei compiti.



4. Che cosa non dovrebbe fare l'insegnante in aula

Questa guida non ha la pretesa di fornire agli insegnanti una completa formazione sulle strategie di gestione dell'alunno con ADHD in classe, per questo vengono riportati solo alcuni accorgimenti su che cosa il docente dovrebbe evitare di fare in aula per facilitare l'apprendimento del bambino disattento e/o iperattivo.

Per le strategie e gli strumenti di gestione si rimanda al capitolo sui testi di approfondimento e si invitano gli insegnanti a prendere parte ai percorsi di *teacher training* attivati sul proprio territorio.

Che cosa **NON** fare con il bambino ADHD prevalentemente **disattento**:

- **Ripetere in continuazione «Stai attento»:** essendo la disattenzione il sintomo di una difficoltà riconosciuta, difficilmente potrà essere controllata dall'alunno. L'incapacità di rispondere all'invito dell'insegnante potrebbe influenzare la motivazione al lavoro, il senso di autostima e la relazione insegnante/alunno.
- **Insistere perché un compito venga interamente completato senza interruzioni o pause:** il bambino con ADHD può necessitare di piccole pause nel corso dell'esecuzione di un compito, è inoltre consigliato dividere i compiti più complessi in sottocompiti più facilmente gestibili in un tempo ridotto.
- **Collocare il bambino in un posto tranquillo lontano dai compagni e dall'insegnante in modo che possa concentrarsi:** i soggetti con ADHD hanno bisogno di qualcuno che richiami spesso la loro attenzione sul compito, è bene quindi che lavorino in piccoli gruppi o vicino all'insegnante.
- **Non proporre novità per paura che si distragga troppo:** in realtà le novità servono per richiamare l'attenzione del bambino; trasformare

esercizi in giochi potrebbe risultare utile specialmente a fronte di compiti molto lunghi e impegnativi.

Che cosa **NON** fare con il bambino ADHD prevalentemente **iperattivo**:

- **Ripetere in continuazione «Stai fermo»**: essendo l'iperattività il sintomo di una difficoltà riconosciuta, difficilmente potrà essere controllata dall'alunno. L'incapacità di rispondere all'invito dell'insegnante potrebbe influenzare la motivazione al lavoro, il senso di autostima e la relazione insegnante/alunno.
- **Pretendere che stia sempre seduto quando gli altri bambini lo sono:** il bambino con ADHD ha necessità di movimento; è possibile concedergli la possibilità di muoversi un po' di più rispetto agli altri indicando quali movimenti sono consentiti (ad es., raccogliere i compiti dei compagni, consegnare fotocopie, ecc.) e quali non lo sono (ad es., uscire wrà in grado di farlo; meglio insegnargli modalità attive per richiedere il proprio turno di parola o prendere parte a una attività.
- **Intervenire con ripetute punizioni, note, castighi:** i soggetti con ADHD possono presentare bassi livelli di autostima, dovuti anche alla loro incapacità di raccogliere valutazioni positive rispetto a ciò che «sono capaci di fare»; le ripetute note negative non hanno effetti significativi nel modificare i comportamenti «fastidiosi», ma aumentano la probabilità di cadute nel livelli di autostima.



5. Percorsi di teacher training

I percorsi di *teacher training* fanno parte degli interventi offerti dalle NPI del territorio per la presa in carico del bambino con ADHD.

Il *teacher training* è una formazione di gruppo rivolta a insegnanti che abbiano in classe uno o più alunni diagnosticati come ADHD; tale percorso ha lo scopo di fornire tre principali competenze ai docenti coinvolti:

1. **Capacità di osservare e interpretare correttamente il comportamento del bambino in classe.** Agli insegnanti viene presentato il disturbo e i suoi principali sintomi, l'attenzione è posta sulle manifestazioni in classe dell'ADHD e sulle difficoltà che il bambino con questo disturbo può presentare in compiti di apprendimento. L'obiettivo che si intende raggiungere è quello di chiarire la natura di questo disturbo ed evitare l'instaurarsi di false credenze.
2. **Capacità di strutturare spazi, tempi e compiti in modo da sostenere l'apprendimento del soggetto ADHD.** Vengono forniti suggerimenti su come creare un ambiente che possa essere sia facilitante per il bambino, sia per l'instaurarsi di una buona relazione insegnante/alunno. L'obiettivo è mostrare come poter intervenire sull'ambiente per ottenere dei cambiamenti nelle manifestazioni comportamentali del soggetto.
3. **Capacità di utilizzare in modo efficace strumenti e strategie per favorire l'integrazione del soggetto ADHD nel gruppo classe.** Agli insegnanti vengono presentate alcune strategie per la gestione dell'alunno in classe, in modo particolare per far fronte alle difficoltà relazionali che potrebbero manifestarsi in seguito ad alcuni comportamenti impulsivi messi in atto dal bambino con ADHD. L'obiettivo è fornire strumenti per intervenire nel contesto classe e aumentare le possibilità di successo relazionale e inserimento sociale del bambino.

I percorsi di *teacher training* sono periodicamente attivati dalle NPI presenti sul territorio e la frequenza agli stessi è gratuita per gli insegnanti invitati dai genitori su indicazione del neuropsichiatra/ psicologo di riferimento.



6. Normativa scolastica relativa all'ADHD

Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) ha negli ultimi anni emanato alcune circolari relative all'integrazione scolastica dei bambini con ADHD.

Ad oggi, le indicazioni più importanti per la gestione del bambino con ADHD in classe sono contenute nelle seguenti:

- Circolare del 19/04/2012, Oggetto: *Piano didattico personalizzato per alunni con ADHD (Chiarimenti)*
- Circolare 20/03/2012, Oggetto: *Piano didattico personalizzato per alunni con ADHD*
- Nota del 17/11/2010, Oggetto: *Sintomatologia dell'ADHD in età prescolare. Continuità tra scuola dell'infanzia e scuola primaria*
- Circolare del 15/06/2010, Oggetto: *Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività.*
- Circolare del 4/12/2009, Oggetto: *Problematiche collegate alla presenza nelle classi di alunni affetti da sindrome ADHD.*

Le riproponiamo nelle pagine seguenti procedendo dalla più recente alla meno recente.

Circolare del 19/04/2012, Oggetto: Piano didattico personalizzato per alunni con ADHD (Chiarimenti)

Con riferimento alla nota prot. n. 1395 del 20.03.2012 concernente l'oggetto, diramata dall'Ufficio VI della Direzione Generale scrivente, si deve precisare che per gli alunni e gli studenti con Sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), certificati ai sensi della Legge 104/1992, vanno seguite le procedure nella stessa indicate, con particolare riguardo alla redazione del Piano Educativo Individualizzato (PEI), di cui alla citata Legge. Anche per quanto riguarda la tempistica, in particolare relativamente ai termini di redazione del PEI e ai soggetti incaricati di redigerlo, la fonte normativa è individuata nella Legge 104/1992, nel D.P.R. 24.02.1992, art. 6, comma 1, e nel D.P.C.M. 185/06, art. 3. Si coglie quindi l'occasione per chiarire che il Piano Didattico Personalizzato (PDP) è esclusivamente destinato agli alunni e agli studenti con Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA), in coerenza con le disposizioni contenute nella Legge 170/2010 e nel Decreto attuativo 12 luglio 2011.

In relazione agli alunni e agli studenti in questione, si comunica inoltre che il «Gruppo di lavoro nazionale», di cui D.M. 12 luglio 2011, sta predisponendo, in accordo con la Conferenza dei Presidi della Facoltà di Scienze della Formazione, un Master dedicato alla formazione degli insegnanti per promuovere, attraverso idonee modalità di gestione educativa e didattica, lo sviluppo sociale e cognitivo degli alunni e degli studenti con ADHD. Dei bandi di partecipazione a detto Master, sarà data tempestiva informazione non appena definiti tutti gli aspetti organizzativi.

Per qualsiasi ulteriore chiarimento al riguardo, si precisa che la competenza di tali tematiche è all'Ufficio VII di questa Direzione Generale, al quale è possibile rivolgersi scrivendo ai seguenti indirizzi di posta elettronica:

raffaele.ciambrone@istruzione.it; simoneschi.dgstudente@istruzione.it

Si ringrazia per la collaborazione.

IL DIRETTORE GENERALE
Giovanna Boda

Circolare 20/03/2012, Oggetto: Piano didattico personalizzato per alunni con ADHD

Si fa seguito alla circolare n°4089 del 15 giugno 2010, con la quale sono state fornite puntuali indicazioni riguardo alla integrazione scolastica degli alunni affetti da ADHD (Disturbo da deficit di attenzione/iperattività) e, al fine di agevolare ulteriormente gli operatori scolastici che si trovano ad affrontare le problematiche derivanti dalla presenza di tali alunni nelle classi, si richiama l'opportunità che ciascuna istituzione scolastica interessata rediga un Documento Personalizzato per gli alunni affetti da tale disturbo così come previsto per i soggetti con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA).

Come è noto, infatti, la *didattica personalizzata*, anche sulla base di quanto indicato nella Legge 53/2003 e nel Decreto legislativo 59/2004, calibra l'offerta didattica attraverso l'impiego di una varietà di metodologie e strategie didattiche, tali da promuovere le potenzialità e il successo formativo in ogni alunno. L'uso dei mediatori didattici, l'attenzione agli stili di apprendimento, la adozione degli interventi sulla base dei livelli raggiunti, si pongono nell'ottica di **promuovere un apprendimento** significativo, anche con l'introduzione di strumenti compensativi, compresi i mezzi di apprendimento alternativi e le tecnologie informatiche, nonché misure dispensative da alcune prestazioni non essenziali ai fini della qualità dei concetti da apprendere.

Il documento di cui sopra dovrebbe appunto contenere, oltre ai dati anagrafici dell'alunno, l'indicazione degli strumenti compensativi/dispensativi adottati nelle diverse discipline, al fine di garantire il successo formativo, nonché le modalità di verifica che si intendono adottare. Tale documento dovrà essere inoltre redatto entro il termine massimo del primo trimestre in collaborazione con la famiglia dell'alunno e i Centri diagnosi e cura per l'ADHD presenti sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità ovvero la Unità Sanitaria competente per il territorio, e successivamente ridiscusso in corso d'anno per rivedere e riformulare il relativo piano didattico.

Si sottolinea infine l'esigenza che tale documentazione venga trasmessa dagli insegnanti al team docente dell'ordine di scuola successivo per garantire la continuità delle valutazioni della azioni da adottare.

Le segreterie didattiche sono incaricate di segnalare tempestivamente ai responsabili di classe ogni nuova certificazione, anche in corso d'anno, che documenti eventuale comorbilità.

Si ribadisce inoltre l'importanza, già rilevata con circolare prot. 7373 del 17.11.2010 emanata dalla scrivente Direzione Generale, della precoce individuazione del disturbo a partire dalla Scuola dell'Infanzia, in modo da consentire alle istituzioni scolastiche di intervenire in modo adeguato aiutando il bambino a sostenere una buona scolarizzazione.

Si sarà grati alle SS.LL. se vorranno curare la diffusione della presente nota circolare presso le istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado di competenza.

IL DIRIGENTE
Antonio Cutolo

Nota del 17/11/2010, Oggetto: Sintomatologia dell'ADHD in età prescolare. Continuità tra scuola dell'infanzia e scuola primaria

Facendo seguito a precedenti circolari ministeriali con le quali sono state trasmesse indicazioni in merito ad una corretta integrazione scolastica di bambini affetti da ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività), si forniscono ulteriori raccomandazioni riguardo alla presenza di tali alunni nella scuola dell'infanzia.

Nell'ambito del processo di insegnamento-apprendimento attuato nella scuola dell'infanzia, può aver luogo una significativa azione preventiva dell'ADHD, attraverso un'attenta analisi del parziale o mancato raggiungimento degli obiettivi trasversali da parte del bambino, in particolare nell'ambito comportamentale.

Già durante la frequenza della scuola dell'infanzia, infatti, quando a un Input uditivo da parte della figura scolastica di riferimento non corrisponde un Output verbale e gestuale coerente e adeguato al livello di sviluppo del bambino, si richiede all'alunno di focalizzare l'attenzione sul contenuto della comunicazione.

Nel momento in cui le capacità di ascolto e attenzione dell'alunno stesso non soddisfano tale aspettativa e detta problematica si manifesta in maniera **persistente**, potrebbero ricorrere le condizioni di un evidente deficit attentivo che, se individuato tempestivamente, permetterebbe di avviare un efficace processo valutativo, diagnostico e terapeutico.

In tale contesto, l'insegnante di scuola dell'infanzia, prendendo atto di tali rilevanti carenze attentive nonché di comportamenti motori impulsivi e inappropriati, può ricorrere a una osservazione sistematica utilizzando eventualmente una *check list*, costituita da una serie di item comportamentali, a titolo di esempio di seguito elencati:

- Non è attento, si distrae facilmente
- Non mantiene il contatto visivo durante il dialogo con l'insegnante
- Non termina mai l'attività didattica somministrata

- Non riesce a stare seduto
- Non ricorda dove ha messo il proprio zaino
- Non ascolta i propri compagni né l'insegnante durante i racconti
- Passa da un gioco all'altro senza mai completarlo
- Corre o si arrampica in situazioni in cui dovrebbe star fermo e composto
- È irrequieto
- Si lamenta
- Interrompe l'insegnante durante la lezione didattica
- Si alza in piedi in classe o in altre situazioni in cui dovrebbe rimanere seduto
- Disturba intenzionalmente i compagni
- Fa fatica a partecipare a giochi di gruppo
- Non segue le istruzioni che gli vengono date nell'esecuzione di un'attività didattica
- Non segue le istruzioni che gli vengono date nell'esecuzione di un'attività ricreativa
- Non riesce a intrattenere una conversazione per un tempo prolungato
- Rifiuta di svolgere attività che richiedano una certa concentrazione mentale
- Rifiuta di svolgere attività che richiedano un particolare uso della motricità fine
- Prevarica la lezione scolastica quando non viene suscitato il suo interesse
- Fa fatica ad aspettare il suo turno nei giochi o in attività di gruppo
- Mostra resistenza e difficoltà ad attenersi alle regole di giochi di gruppo
- Rifiuta le richieste degli adulti.

Attraverso l'attivazione di percorsi metodologici personalizzati, l'insegnante può modulare il processo di insegnamento-apprendimento secondo specifici bisogni del bambino, con la messa in atto di strategie didattiche individualizzate il cui obiettivo primario è quello di promuovere il benessere scolastico dell'alunno, riducendo lo stato di disagio che il bambino affetto da ADHD vive in tutti i contesti socio-relazionali in cui è inserito. Appare quanto mai opportuno, inoltre, fornire al bambino iperattivo gli strumenti atti a canalizzare la sua «forza» emotiva ed

intellettiva, in quanto le più recenti osservazioni scientifiche concordano sul fatto che un bambino con ADHD ha QI il più delle volte al di sopra della media.

L'équipe docente della scuola dell'infanzia è chiamata a segnalare, nell'ambito del consueto e doveroso raccordo con la scuola primaria, ogni utile elemento d'informazione correlato alla insorgenza e al successivo consolidamento dei disturbi attentivi e comportamentali che hanno caratterizzato la sua presenza nella scuola dell'infanzia e di cui sopra si è detto.

In tal modo gli insegnanti della scuola primaria disporranno di un termine di paragone rispetto alle proprie rilevazioni onde mettere in campo, in sinergia con il Servizio Sanitario di base e d'intesa con la famiglia, specifici interventi di carattere metodologico-educativo sul bambino affetto da tale disturbo per assicurare una migliore integrazione e una positiva dinamica relazionale all'interno della classe.

Si pregano codesti Uffici di voler assicurare la massima diffusione della presente circolare presso le scuole dell'infanzia e le scuole primarie dei territori di competenza.

Si ringrazia per la consueta e fattiva collaborazione.

IL DIRIGENTE
Antonio Cutolo

Circolare del 15/06/2010, Oggetto: Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività

Premessa

In considerazione della sempre maggiore e segnalata presenza nelle scuole di alunni con diagnosi di «Disturbo da Deficit di Attenzione/ Iperattività» (ADHD, acronimo per l'inglese *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) si propongono indicazioni e accorgimenti didattici volti ad agevolare il percorso scolastico di detti alunni alla luce del documento sottoscritto da **Airipa** (Associazione Italiana Ricerca e Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento), **Sinpia** (Società Italiana di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza), **Aidai** (Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione, Iperattività e patologie correlate), **Aifa** (Associazione Italiana Famiglie ADHD Onlus) e pubblicato sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (http://www.iss.it/adhd/docu/cont.php?id=385&lang=1&tipo=3).

Si premette che l'ADHD è presente in circa l'1% (fonte Istituto Superiore di Sanità) della popolazione infantile, ha una causa neurobiologica e si caratterizza per la presenza di sintomi di disattenzione, impulsività/iperattività, riconducibili a difficoltà nell'autocontrollo e nelle capacità di pianificazione e non attribuibili a un deficit dell'intelligenza.

Descrizione degli alunni con ADHD

Molti bambini e ragazzi possono presentare comportamenti di disattenzione e/o irrequietezza motoria, tuttavia gli alunni che presentano tale disturbo hanno difficoltà pervasive e persistenti nel:

- selezionare le informazioni necessarie per eseguire il compito e mantenere l'attenzione per il tempo utile a completare la consegna;
- resistere a elementi distraenti presenti nell'ambiente o a pensieri divaganti;
- seguire le istruzioni e rispettare le regole (non a causa di comportamento oppositivo o di incapacità di comprensione);
- utilizzare i processi esecutivi di individuazione, pianificazione e controllo di sequenze di azioni complesse, necessarie all'esecuzione di compiti e problemi;

- regolare il comportamento, che si caratterizza quindi per una eccessiva irrequietezza motoria e si esprime principalmente in movimenti non finalizzati, nel frequente abbandono della posizione seduta e nel rapido passaggio da un'attività all'altra;
- controllare, inibire e differire risposte o comportamenti che in un dato momento risultano inappropriati: aspettare il proprio turno nel gioco o nella conversazione;
- applicare in modo efficiente strategie di studio che consentano di memorizzare le informazioni a lungo termine.

Gli stessi alunni possono talvolta presentare difficoltà*:*

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

In alcuni soggetti prevale la disattenzione, in altri l'iperattività/impulsività, ma nella maggior parte dei casi i due problemi coesistono.

Il **protocollo operativo indicato nel suddetto documento**, utile a migliorare l'apprendimento e il comportamento degli alunni con ADHD in classe, **prevede i seguenti punti:**

– viene preliminarmente ritenuto opportuno che il Dirigente Scolastico venga contattato dalla famiglia che presenta l'evidenza della problematica del proprio figlio/a. Tutta la documentazione dovrebbe essere inserita nel protocollo riservato;
– sarebbe utile che il Dirigente Scolastico allerti i docenti prevalenti o i coordinatori di classe in merito all'evidenza del caso;
– tutti i docenti della classe in cui è presente un alunno con ADHD dovrebbero prendere visione della documentazione clinica dell'alunno rilasciata da un servizio specialistico (caratteristiche del Disturbo, diagnosi e indicazioni di trattamento, suggerimenti psicoeducativi).

Gli insegnanti sono invitati a tenere contatti con i genitori del bambino e con gli specialisti che lo seguono, per un opportuno scambio di informazioni e per una gestione condivisa di progetti educativi appositamente studiati. I docenti, di concerto con gli operatori clinici che gestiscono la diagnosi e cura dell'alunno, dovrebbero a questo punto definire le strategie metodologico-didattiche per favorire un migliore adattamento scolastico e sviluppo emotivo e comportamentale. Si raccomanda che ciascun insegnante che opera con il bambino abbia cura di attenersi all'utilizzo di tecniche educative e didattiche di documentata efficacia nell'ambito dei disturbi da deficit dell'attenzione e iperattività.

Nel caso sia stata prevista, da parte del servizio specialistico, la presenza dell'insegnante di sostegno, si ribadisce l'opportunità di lavorare costantemente con l'obiettivo di potenziare le condizioni educative e didattiche del gruppo, al fine di integrare l'alunno nel contesto della classe.

In sintesi, si ritiene opportuno che tutti i docenti:

- predispongano l'ambiente nel quale viene inserito lo studente con ADHD in modo tale da ridurre al minimo le fonti di distrazione;
- prevedano l'utilizzo di tecniche educative di documentata efficacia (ad es., aiuti visivi, introduzione di routine, tempi di lavoro brevi o con piccole pause, gratificazioni immediate, procedure di controllo degli antecedenti e conseguenti).

I docenti inoltre dovrebbero avvalersi dei seguenti suggerimenti:

1. Definire con tutti gli studenti poche e chiare regole di comportamento da mantenere all'interno della classe.
2. Concordare con l'alunno piccoli e realistici obiettivi comportamentali e didattici da raggiungere nel giro di qualche settimana.
3. Allenare il bambino a organizzare il proprio banco in modo da avere solo il materiale necessario per la lezione del momento.
4. Occuparsi stabilmente della corretta scrittura dei compiti sul diario.
5. Incoraggiare l'uso di diagrammi di flusso, tracce, tabelle, parole chiave per favorire l'apprendimento e sviluppare la comunicazione e l'attenzione.
6. Favorire l'uso del computer e di enciclopedie multimediali, vocabolari su CD, ecc.
7. Assicurarsi che, durante l'interrogazione, l'alunno abbia ascoltato e riflettuto sulla domanda e incoraggiare una seconda risposta qualora tenda a rispondere frettolosamente.

8. Organizzare prove scritte suddivise in più parti e invitare lo studente a effettuare un accurato controllo del proprio compito prima di consegnarlo.
9. Comunicare chiaramente i tempi necessari per l'esecuzione del compito (tenendo conto che l'alunno con ADHD può necessitare di tempi maggiori rispetto alla classe o viceversa può avere l'attitudine di affrettare eccessivamente la conclusione).
10. Valutare gli elaborati scritti in base al contenuto, senza considerare esclusivamente gli errori di distrazione, valorizzando il prodotto e l'impegno piuttosto che la forma.
11. Le prove scritte dovrebbero essere suddivise in più quesiti.
12. Evitare di comminare punizioni mediante: un aumento dei compiti per casa, una riduzione dei tempi di ricreazione e gioco, l'eliminazione dell'attività motoria, la negazione di ricoprire incarichi collettivi nella scuola, l'esclusione dalla partecipazione alle gite.
13. Le gratificazioni devono essere ravvicinate e frequenti.

In merito alla norma sancita dal Decreto Ministeriale 16 gennaio 2009, n. 5 che riguarda **Criteri e modalità applicative della valutazione del comportamento** è auspicabile che i docenti considerino i fattori presenti nella diagnosi ADHD prima di procedere alla valutazione dell'alunno/a. Si sottolinea l'importanza e delicatezza della valutazione periodica del comportamento dell'alunno (voto di condotta). Occorre infatti tenere conto del fatto che il comportamento di un alunno con ADHD è condizionato fortemente dalla presenza dei sintomi del disturbo. Sarebbe pertanto auspicabile che la valutazione delle sue azioni fosse fatta evitando di attribuire valutazioni negative per comportamenti che sono attribuibili a fattori di tipo neurobiologico.

Sull'intera tematica degli alunni affetti da disturbo ADHD si richiamano le precedenti circolari ministeriali sull'argomento allegate alla presente nota.

Si pregano le SS.LL. di voler diffondere le informazioni contenute nella presente circolare presso le istituzioni scolastiche di competenza. Si ringrazia per la collaborazione.

F.TO IL DIRIGENTE
Antonio Cutolo

Circolare del 4/12/2009, Oggetto: Problematiche collegate alla presenza nelle classi di alunni affetti da sindrome ADHD

Pervengono a questa Direzione Generale numerose segnalazioni concernenti le diverse problematiche relative alla gestione, durante l'orario scolastico, degli alunni affetti da sindrome ADHD e comorbilità ad essa collegate.

Al riguardo si ritiene utile richiamare quanto già precisato nel protocollo diagnostico e terapeutico della sindrome da iperattività e deficit di attenzione redatto dall'Istituto Superiore di Sanità allegato alla Determinazione A.I.C.N. n. 876 pubblicata sulla G.U. n. 106 del 24/4/2007 con riferimento al punto 5.1.3. (*L'intervento a scuola*).

Si sottolinea in particolare che il coinvolgimento degli insegnanti fa parte integrante ed essenziale di un percorso terapeutico per il trattamento dei casi diagnosticati ADHD. La procedura di consulenza sistematica con i centri di diagnosi e cure presenti in ogni area regionale (vedasi sito http://www.iss.it/adhd e poi cliccare su Centri Regionali di riferimento) prevede almeno un incontro durante l'anno scolastico al quale sarebbe auspicabile partecipasse l'intero team di insegnanti, per quanto riguarda le scuole elementari e i docenti col maggior numero di ore settimanali, nel caso delle scuole medie inferiori e superiori.

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

È infatti di tutta evidenza che l'ausilio di una serie di informazioni dettagliate sulle caratteristiche del disturbo consente all'insegnante di assumere un atteggiamento più costruttivo nel rapporto con il bambino.

La parte più rilevante della consulenza alla scuola è quella dedicata a far apprendere all'insegnante alcune tecniche di modificazione del comportamento da applicare con l'alunno con ADHD.

L'apprendimento di queste procedure richiede uno stretto contatto con gli operatori del centro che hanno in carico l'alunno. Una specifica area d'intervento da considerare nell'ambito della consulenza scolastica è quella riguardante il rapporto tra il bambino e i compagni di classe. A tal fine il documento in premessa suggerisce alcuni accorgimenti per aiutare l'alunno con ADHD a migliorare il rapporto con i compagni e in particolare rinforzare gli altri alunni quando includono il bambino con ADHD nelle loro attività, programmare attività in cui il bambino con ADHD possa dare il suo contributo, programmare attività nelle quali la riuscita dipende dalla cooperazione tra gli alunni e, quando è possibile, assegnare al bambino con ADHD incarichi di responsabilità.

Il richiamo di tali indicazioni potrà, a giudizio della scrivente nota, costituire un ulteriore contributo per una migliore gestione e integrazione nelle classi degli alunni affetti da detto disturbo.

Si pregano le SS.LL. di voler curare la massima diffusione della presente nota presso le istituzioni scolastiche di competenza e si ringrazia per la consueta fattiva collaborazione.

F.TO IL DIRIGENTE
Antonio Cutolo

5. Modalità di segnalazione e invio ai centri

Quando un genitore *sospetta* che il proprio figlio abbia l'ADHD, è necessario che ne parli con il pediatra che rilascerà l'impegnativa per una prima visita neuropsichiatrica infantile per sospetto deficit d'attenzione e iperattività.

È essenziale rivolgersi alla sede UONPIA (Unità Operativa Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza) della propria zona che può essere o sede territoriale o inserita all'interno dell'Ospedale del proprio distretto sanitario.

Attraverso la telefonata al Centro, con diverse modalità e procedure che variano nelle diverse UONPIA, si verrà messi in lista d'attesa per una prima visita. I genitori saranno chiamati in seguito per il primo appuntamento con il Neuropsichiatra Infantile per la raccolta anamnestica e la visita con esame neurologico e colloquio clinico con il bambino/adolescente. Nel primo appuntamento vengono consegnati i questionari di auto-etero somministrazione per genitori, insegnanti e, se il figlio supera i 12 anni, anche quelli per adolescenti.

A seguito di questa prima fase seguiranno gli appuntamenti per i *test cognitivi e neuropsicologici* diretti al bambino/adolescente. Per concludere l'iter diagnostico, l'équipe, di solito composta da medico NPI e psicologo, stende relazione clinica e certificazione dando restituzione degli esiti in un colloquio conclusivo ai genitori (se ritenuto utile, anche al bambino/adolescente).

In occasione del colloquio di restituzione, verrà consegnata *certificazione di ADHD*, che dovrà essere depositata a scuola per avere diritto al protocollo operativo individuato dalla Circolare MIUR (n. 4089 del 14/06/2010) con una differenzazione della didattica e gestione globale del bambino/adolescente a scuola.

Durante il colloquio verranno presentati anche gli *interventi terapeutici* con relative tempistiche che terranno conto dell'età,

delle risorse del contesto del bambino/adolescente e della severità del disturbo. Fondamentale sarà la disponibilità e motivazione di genitori e insegnanti, che dovranno sostenere il percorso di cura del bambino/adolescente, interventandone i diretti interessati (*parent training* e *teacher training*).

Si elencano i 18 Centri di Riferimento per l'ADHD in Regione Lombardia:

Azienda Osp. Niguarda Cà Granda – Neuropsichiatria Infantile
Polo Ospedaliero UONPIA
P.zza Ospedale Maggiore, 3 – Milano
Tel. 02.64443959; 02.64443915

Azienda Osp. Ist. Opital. di Cremona – Neuropsichiatria Infantile – Polo Ospedaliero UONPIA
V.le Concordia, 1 – Cremona
Tel. 0372.405629; 0372.405228

Azienda Osp. Spedali Civili di Brescia – Neuropsichiatria Infantile – Polo Ospedaliero UONPIA
Via Maiera, 21 – Brescia
Tel. 030.3704433; 030.3995723

Azienda Osp. «Valtellina» – Neuropsichiatria Infantile
Polo Territoriale UONPIA
Via Stelvio 25 – Sondrio
Tel. 0342.521503; 0342.521555

Azienda Osp. Ospedali Riuniti – Neuropsichiatria Infantile
Polo Ospedaliero UONPIA
L.go Barozzi, 1 – Bergamo
Tel. 035.269711; 035.266166

Azienda Osp. «San Paolo» – Neuropsichiatria Infantile
Polo Ospedaliero UONPIA
Via A. Di Rudini, 8 – Milano
Tel. 02.81844702/3; 02.50323115

Azienda Osp. «A. Manzoni» – Neuropsichiatria Infantile
Polo Ospedaliero UONPIA
Via dell'Eremo 9/11 – Lecco
Tel. 0341.489165/160; 0341.489161

Azienda Osp. «Sant'Anna» – Neuropsichiatria Infantile
Polo Territoriale UONPIA
Via Ferrari, 9 – Como
Tel. 031.5854115/4116; 031.3370082

Azienda Osp. Fatebenefratelli – Neuropsichiatria Infantile
Polo Territoriale UONPIA
C.so Plebisciti, 4 – Milano
Tel. 02.740655; 02.7490185

Azienda Osp. G. Salvini – Neuropsichiatria Infantile
Polo Territoriale UONPIA
Via Forlanini, 121 – Garbagnate Milanese (MI)
Tel. 02.994303026; 02.994303252

Azienda Osp. «Fondazione Macchi» – Neuropsichiatria Infantile – Polo Ospedaliero UONPIA
V.le Borri, 57 – Varese
Tel. 0332.299352; 0332.299381

A.S.L. di Vallecamonica-Sebino – Dip Sal. Ment. Neuropsichiatria Infantile – Servizio di N.P.I.A
Via Nissolina, 2 – Breno (Bs)
Tel. 0364.369415; 0364.369372

IRCCS Ist. Medea; Associazione La Nostra Famiglia – Bosisio Parini (Lecco) – Neuroriabilitazione 2
Istituto Scientifico Medea Bosisio Parini – Lecco
Tel. 031.877582/339; 031.877499

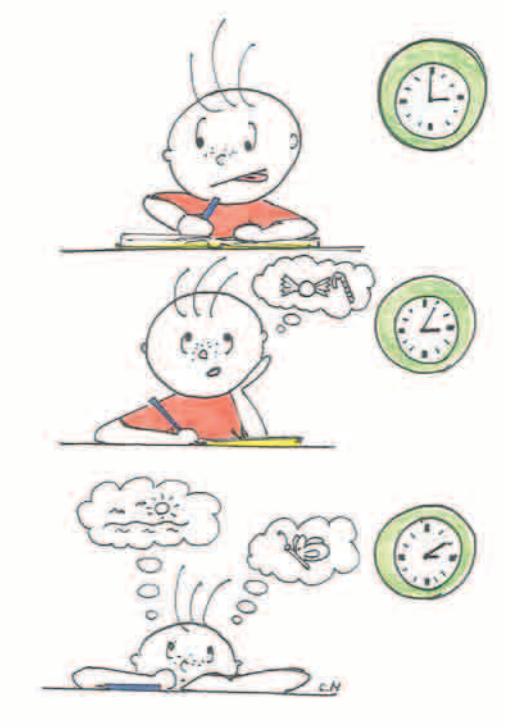
Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi – Neuropsichiatria Infantile – Polo Territoriale UONPIA

Piazza Ospedale, 10 – Lodi
Tel. 0371.372820

Azienda Osp. «Ospedale Civile» Legnano
Polo Territoriale UONPIA
Via Ferraris, 33 – Legnano (MI)
Tel. 0331.1776061

Fondazione IRCCS CA' GRANDA Ospedale Maggiore Policlinico
Polo Ospedaliero UONPIA
Via Manfredo Fanti, 6 – Milano
Tel. 02.55034400; fax. 02.55034420

IRCCS Istituto Neurologico C. Mondino – Ist. Neurologico Casimiro Mondino Via Ferrata, 8 – Pavia
Tel. 0382.380222/280; 0382.380286



6. Per approfondire

AAVV (2013), *ADHD a scuola: strategie efficaci per gli insegnanti,* Erickson, Trento.

Cornoldi C., Gardinale M., Masi A. e Pettenò L. (1996), *Impulsività e autocontrollo: Interventi e tecniche meta cognitive,* Erickson, Trento.

Cornoldi C., De Meo T., Offredi F. e Vio C. (2001), *Iperattività e autoregolazione cognitiva: Cosa può fare la scuola per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività,* Erickson, Trento.

Daffi G. e Prandolini C. (2013), *ADHD e compiti a casa,* Erickson, Trento.

Di Pietro M. (1992), *L'educazione razionale-emotiva: Per la prevenzione e il superamento del disagio psicologico dei bambini,* Erickson, Trento.

Di Pietro M., Bassi E. e Filoramo G. (2001), *L'alunno iperattivo in classe: Problemi di comportamento e strategie educative,* Erickson, Trento.

Horstmann K. e Steer J. (2012), *Aiutare gli alunni con ADHD nella scuola: Strategie per promuovere l'autoregolazione e il benessere in classe,* Erickson, Trento

Ianes D., Marzocchi G.M. e Sanna G. (2009), *Facciamo il punto su... l'iperattività,* Erickson, Trento.

Kirby E.A. e Grimley L.K. (1989), *Disturbi dell'attenzione e iperattività: Guida per psicologi e insegnanti,* Erickson, Trento.

Shiller V.M. (2013), *Ti meriti un premio! Strumenti positivi per l'educazione dei figli,* Erickson, Trento.