



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata  
(FISPPA)**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione**

Corso di laurea triennale in Scienze psicologiche sociali e del lavoro

**Elaborato finale**

**Interventi per favorire l'inclusione dei bambini con ADHD**  
Interventions to promote the inclusion of children with ADHD

*Relatrice*

**Prof. Ilaria Di Maggio**

*Laureando/a: Maria Antoniazzi*

*Matricola: 1230194*

Anno Accademico 2021/2022

# INDICE

<b>INDICE</b> .....	2
<b>INTRODUZIONE</b> .....	3
<b>1. COS'È L'ADHD</b> .....	5
<b>1.1. Sintomatologia</b> .....	9
<b>1.1.1. Sintomi primari</b> .....	9
<b>1.1.2. Problematiche interpersonali</b> .....	10
<b>1.2. Criteri diagnostici e strumenti diagnostici</b> .....	11
<b>2. ADHD NEL CONTESTO SCOLASTICO E NEL CONTESTO FAMILIARE</b> .....	19
<b>2.1. L'inclusione</b> .....	22
<b>2.2. Gli ostacoli per l'inclusione</b> .....	26
<b>2.3. Normativa</b> .....	27
<b>2.3.1. Leggi, decreti e direttive</b> .....	27
<b>2.3.2. Circolari</b> .....	31
<b>3. INTERVENTI CONTESTUALI PER I BAMBINI CON ADHD</b> .....	37
<b>3.1. Interventi diretti agli insegnanti</b> .....	37
<b>3.2. Interventi sui compagni ed alle compagne di classe</b> .....	39
<b>3.3. Interventi diretti ai genitori</b> .....	42
<b>3.4. Interventi diretti al bambino</b> .....	44
<b>CONCLUSIONI</b> .....	49
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	51
<b>SITOGRAFIA</b> .....	59

## INTRODUZIONE

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività rappresenta una condizione, senza cura, la cui incidenza, nella società occidentale e sviluppata, è in rapido aumento, mettendo così alla prova le figure istituzionali, scolastiche e familiari nel provvedere alla tutela ed allo sviluppo di bambini con questa condizione di fragilità che comporta diverse problematiche per la qualità della loro vita, soprattutto interpersonali. La storia stessa dell'ADHD mostra come questo disturbo sia stato oggetto di osservazione e discussione a partire dalla sua manifestazione sintomatologica; essa ha inizio nel 1902, con le prime osservazioni dei sintomi di iperattività e disattenzione in alcuni bambini e prosegue poi con la ricerca di un legame tra la sintomatologia e l'eziologia del disturbo, vedendo quindi la produzione di ipotesi e modelli interpretativi da parte di numerosi studiosi, fino a giungere ad una delineazione di precisi criteri diagnostici ed una strutturazione del percorso di diagnosi. Il percorso diagnostico ad oggi prevede il coinvolgimento delle figure cliniche, scolastiche e familiari; queste ultime fanno parte della rete sociale, del contesto in cui il bambino vive e rappresentano quindi due microsistemi interconnessi in una perpetua e mutua influenza. Le figure educative e le figure genitoriali, davanti ad una diagnosi di ADHD, si interfacciano con diverse difficoltà che possono essere affrontate tramite un'alleanza di lavoro ed una comunicazione efficace che incoraggino e promuovano l'inclusione del bambino con ADHD per migliorarne il benessere: infatti l'inclusione dipende dal contesto di cui scuola e famiglia fanno parte ed in cui agiscono e questo è dimostrato dalla storia del costrutto stesso, il quale rappresenta una conquista che nella storia ha visto diverse tappe, tutte in linea con lo sviluppo del pensiero comune dei loro tempi nei confronti delle tematiche di disabilità, fragilità, esclusione ed uguaglianza. L'attuazione dell'inclusione purtroppo, anche nel XX secolo, incontra ostacoli che ne minacciano la realizzazione ma allo stesso tempo è sostenuta dal contesto a cui è legata nei vari livelli che lo compongono: infatti ne è un esempio la normativa, che agisce sul macrosistema del contesto, la quale comunque dimostra dei limiti senza il sostegno di interventi che agiscano sul mesosistema, quindi rivolti al personale scolastico ed al contesto classe, ed il microsistema, ossia rivolti ai genitori e direttamente al bambino, dimostra dei limiti. Gli interventi di macrosistema, di mesosistema e di microsistema riescono dunque a promuovere l'inclusione nel momento in cui agiscono insieme e perseguono lo stesso obiettivo di tutela e miglioramento della qualità della vita del bambino con ADHD.



## CAPITOLO 1 - COS'È L'ADHD

Nel presente capitolo vi è la volontà di offrire un inquadramento teorico del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, inizialmente presentando dei dati statistici sull'incidenza dell'ADHD e successivamente passando in rassegna quella che è stata la storia del disturbo, oltre che le ipotesi sulla sua eziologia ed i modelli che hanno cercato di dare una spiegazione sul suo funzionamento dal 1902, ovvero dalla prime osservazioni da parte di G. F. Still pubblicate nella rivista "Lancet", fino ad oggi. Attualmente nel DDAI si riconoscono 3 sintomi primari, ossia disattenzione, iperattività ed impulsività, i quali originano altrettanti sottotipi del disturbo; inoltre è riconosciuta una sintomatologia secondaria, dovuta al deficit di autoregolazione che caratterizza l'ADHD, la quale si manifesta soprattutto nelle relazioni interpersonali e può provocare diverse problematiche relazionali, scarsa motivazione ed insuccesso scolastico. A causa delle conseguenze che il disturbo può presentare nella vita di un soggetto, sebbene in un contesto inclusivo non vi sarebbe la necessità di etichette diagnostiche che rischiano di apporre uno stigma, nella società odierna la diagnosi è fondamentale per poter avviare una serie di interventi che agiscono sulla sintomatologia primaria attenuando così anche le problematiche sociali che la sintomatologia secondaria comporta: infatti per mezzo dei criteri diagnostici e della valutazione diagnostica è possibile attuare un piano di trattamento personalizzato che, in generale, prevede terapie di tipo farmacologico e terapie di tipo non farmacologico, quali interventi psicoeducativi, terapie comportamentali e indicazioni sullo stile di vita tra loro combinate, le quali riescono ad apportare dei miglioramenti sul disturbo e sul benessere del soggetto con ADHD.

Il Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) o Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (DDAI) è un disturbo del neurosviluppo di natura congenita ad eziologia multifattoriale<sup>1</sup>. Si stima che l'ADHD coinvolga dall'1% al 3/6% della popolazione in età pediatrica, con un'incidenza di circa 3-4 casi ogni 100 bambini e la cui prevalenza è maggiore nei soggetti maschi (ADHD Institute, 2019). Si tratta di un disturbo le cui manifestazioni più evidenti riguardano la difficoltà a mantenere l'attenzione e la concentrazione, la scarsa capacità nel contenere l'impulsività e nel controllare il movimento.

La storia di questo disturbo vede una tappa fondamentale nel 1902, quando il medico inglese G.F. Still pubblicò nella rivista "Lancet" un articolo in cui presentava le proprie osservazioni su un grup-

---

<sup>1</sup> Arcangeli, D. (2020). *ADHD cosa fare (e non). Guida rapida per insegnanti* (p. 8). Trento: Erickson.

po di bambini che mostrava “un deficit nel controllo morale (...) ed un’eccessiva vivacità e distruttività”; successivamente, nel corso degli anni Venti, alcuni autori notarono un legame tra questo fenomeno ed un’encefalite causata da un’influenza. Durante gli anni Trenta altri studiosi, tra cui Wender, arrivarono poi alla conclusione che l’iperattività e la disattenzione fossero sintomi legati tra loro in modo variabile e la cui spiegazione consisteva in un danno cerebrale minimo (Levin, 1938), nonostante la mancanza di lesioni specifiche; altri ancora invece ipotizzarono che la causa fosse una non ben precisata disfunzione cerebrale minima dovuta ad un’intossicazione da piombo (Byers & Lord, 1943), a danni perinatali (Shirley, 1939) o ad infezioni cerebrali (Meyers & Byers, 1952). Un secondo importante evento avvenne nel 1952, anno in cui venne pubblicata dall’Associazione degli Psichiatri Americani la prima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DMS), anche se solo all’interno della seconda edizione, nel 1968 venne menzionato l’ADHD tramite l’etichetta diagnostica di “Reazione Ipercinetica del Bambino”, volendo così enfatizzare l’importanza dell’aspetto motorio; tuttavia non vennero specificati i criteri per la formulazione di una diagnosi poiché si trattava ancora di un manuale prettamente descrittivo. Solo nel 1980, con la terza edizione del DSM, venne previsto un sistema di valutazione multiassiale con specifici criteri diagnostici per ognuno dei disturbi elencati, oltretutto con un sistema diagnostico evolutivo, inoltre in questa edizione venne utilizzato il termine “Disturbo da Deficit dell’Attenzione”, presupponendo una maggiore considerazione degli aspetti cognitivi rispetto a quelli comportamentali. Nel nuovo sistema multiassiale venivano descritti i sottotipi di DDA con e senza iperattività ed i sintomi elencati erano 16, divisi nelle tre categorie di disattenzione, iperattività ed impulsività; l’etichetta diagnostica era spendibile con almeno 3 sintomi di disattenzione e tre di impulsività, mentre dovevano essere presente altri due sintomi nel caso di associazione con iperattività. Nel 1987 venne poi pubblicato il DSM-III-R, nel quale la sindrome prese l’attuale etichetta diagnostica di DDAI: vennero eliminati i sottotipi, furono rimosse le categorie di sintomi a favore di una sola lista di 14 sintomi in cui impulsività, disattenzione ed iperattività erano considerate sullo stesso piano e la diagnosi era ottenibile con la manifestazione di almeno 8 sintomi in due contesti per almeno 6 mesi; il risultato fu l’aumento di circa il 26% rispetto alle diagnosi attuate seguendo l’edizione precedente, soprattutto nella popolazione maschile<sup>2</sup>.

L’eziologia del DDAI è tuttora oggetto di dibattito all’interno della comunità scientifica, in quanto non vi è riscontro su una specifica causa che spieghi con sicurezza lo sviluppo del disturbo. Nel

---

<sup>2</sup> Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione e Iperattività. *Storia*. Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/storia/>

corso degli anni, numerosi studiosi hanno formulato diverse ipotesi<sup>3</sup>:

- Un malfunzionamento del Sistema Nervoso Centrale, possibile causa individuata da Still nel 1902, che venne perseguita in seguito da alcuni studiosi, i quali riscontrarono somiglianze tra il quadro sintomatologico dell'ADHD ed il comportamento dei pazienti con lesioni all'area prefrontale della corteccia cerebrale (Benton 1991; Barkley 1998).
- Differenti livelli di arousal vennero riscontrati con l'utilizzo di misurazioni elettrofisiologiche nei bambini con e senza DDAI (Ross & Ross, 1982) o l'uso delle tecniche di brain imaging che hanno mostrato minori livelli di attività cerebrale nei soggetti ADHD nel circuito che collega le regioni prefrontali con il sistema limbico per mezzo del corpo striato (Sieg et al., 1995) oltre che le loro dimensioni ridotte nell'area pre-frontale destra, nel nucleo caudato, nel globulo pallido e nel cervelletto: regioni nelle quali sono presenti i circuiti della dopamina e della noradrenalina (Castellanos et al., 1994; 1996).
- L'influenza delle complicazioni durante la gravidanza o il parto, i quali però non hanno ancora alcun apporto causale dimostrato (Thapar et al., 2013), sebbene la condizione di sottopeso alla nascita, il fumo in gravidanza, l'esposizione a neurotossine, a infezioni ed abusi sono considerati elementi che possono incrementare il rischio di sviluppare l'ADHD.
- I fattori genetici, oggetto di indagini che diedero come frutto alcuni risultati ottenuti dai familiari di bambini con ADHD, i quali vennero testati attraverso la genetica molecolare, evidenziando che il 57% dei genitori presenta lo stesso disturbo; in seguito uno studio di Goodman e Stevenson (1989) fece emergere che la percentuale di causalità del disturbo attribuibile ai fattori genetici è circa tra il 70%-91%, mentre il restante 10%-30% è attribuibile a fattori ambientali.
- Accanto alla ricerca eziologica, si sono susseguiti diversi modelli interpretativi<sup>4</sup> che hanno cercato di spiegare il meccanismo di funzionamento del DDAI, attraversando la sua storia ed i cambiamenti che hanno coinvolto la sua nosografia. Attualmente, dagli anni Settanta fino ad oggi, è possibile individuare almeno cinque modelli, oltre alle teorie di Still e Wender, che tentano di spiegare il pattern dell'ADHD:
- Il modello di Douglas, in linea con l'enfaticizzazione dei deficit cognitivi, individua 4 deficit primari, quali

1. Debole investimento in termini di mantenimento dello sforzo

---

<sup>3</sup> Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione e Iperattività. *Eziologia*. Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/eziologia/>

<sup>4</sup> Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione e Iperattività. *Modelli Interpretativi*. Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/modelli-interpretativi/>

2. Deficit di modulazione dell'arousal psicofisiologico, che provoca l'incapacità nel compimento di un compito
3. Ricerca intensa di stimolazioni che siano intense ed immediate
4. Difficoltà nel controllare gli impulsi

La conseguenza di tali deficit si traduce in un generale deficit di autoregolazione e quindi in carenze nella pianificazione, organizzazione, funzioni esecutive, metacognizione, flessibilità cognitiva e comportamentale, auto-monitoraggio ed autocorrezione.

- Il modello energetico-cognitivo, elaborato da Sergeant negli anni '90 e che prevede tre livelli di elaborazione dell'informazione
  1. Sovraordinato, il quale coordina le azioni ed è la sede delle funzioni esecutive
  2. Energetico, che propone l'esistenza di tre pool, ovvero l'effort, l'arousal e l'activation. L'effort (lo sforzo) controllerebbe l'arousal (energia per fornire risposte rapide) e l'activation (energia per mantenere la vigilanza)
  3. Sistemi di codifica decodifica e processazione della risposta motoria

Sergeant sostiene che i soggetti con ADHD presentino un deficit a carico della componente di attivazione e della componente di controllo superiore.

- Il modello di Posner, ripreso in seguito da Swanson, sostiene l'esistenza di tre network attentivi che provvedono al controllo dei processi attentivi
  1. Esecuzione/controllo, collocato nel lobo frontale mediale
  2. Mantenimento dell'allerta, corrispondente al lobo frontale destro ed al focus coeruleus
  3. Orientamento, presente nel lobo parietale.

- Il modello ibrido, proposto da Barkely nel 1997. Secondo questo modello, sviluppato in modo specifico per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, il problema centrale per un bambino ADHD è un deficit di inibizione e delle funzioni esecutive, il quale determina difficoltà nell'uso della memoria di lavoro, nell'autoregolazione, nella motivazione, nell'interiorizzazione del linguaggio e nell'analisi/sintesi degli eventi: infatti viene sottolineata una stretta somiglianza con dei soggetti adulti con lesioni pre-frontali.

Riferendoci al modello ibrido, per comprendere come funziona e che effetti ha l'ADHD su un bambino in età scolare, si devono prendere in considerazione i cambiamenti che coinvolgono un coetaneo che invece segue un normale sviluppo. Durante l'arco evolutivo la maggior parte dei bambini matura le funzioni esecutive descritte da Barkley, ovvero delle competenze che sono indispensabili per attivare, inibire o coordinare i comportamenti che tendono al raggiungimento di uno scopo, ma



anche per lo svolgimento di attività cognitive complesse e per assicurare la flessibilità dei comportamenti. Queste funzioni vengono controllate dalle regioni anteriori del cervello e durante i primi sei anni di vita operano in modo “esterno”: infatti vengono esternate dal bambino parlando ad alta voce, mentre successivamente, nel corso della scuola primaria, sono un pò alla volta interiorizzate consentendo lo sviluppo di capacità di autoriflessione, di seguire regole ed istruzioni, di porsi domande davanti a situazioni-problema e di costruire schemi di tipo metacognitivo che consentano di capire le regole ed utilizzarle in modo fluido ed affidabile. Uno sviluppo delle funzioni esecutive di questo tipo permette, durante la crescita, di controllare il proprio agire per intervalli di tempo sempre più lunghi, consente una pianificazione comportamentale, ma anche l’autoregolazione davanti a richieste ambientali ed esigenze personali, incoraggiando così motivazione ed impegno costanti. Nei bambini con ADHD alcune delle funzioni esecutive hanno un alterato ritardo di sviluppo, per cui ciò che ne deriva sono scarse capacità di organizzazione, di gestione continua dell’impegno e di autoregolazione (Barkley, 1997): infatti la mancanza di inibizione ed autocontrollo compromettono in modo variabile la gestione di alcune risposte comportamentali e cognitive<sup>5</sup>. Il bambino ADHD presenta quindi anche marcate difficoltà nell’inibizione delle risposte automatiche e nella gestione simultanea di stimoli e informazioni che arrivano dall’ambiente.

## **1.1 Sintomatologia**

### **1.1.1 Sintomi primari**

L’ADHD presenta 3 sintomi primari<sup>6</sup>:

1. Disattenzione, che consiste nella difficoltà a mantenere lo sforzo attentivo<sup>7</sup> e di conseguenza anche nella facilità di distrazione e nella difficoltà ad eseguire istruzioni ed organizzarsi: infatti, riferendosi al costrutto multidimensionale dell’attenzione, per il soggetto ADHD risulta maggiormente complesso mantenere un’attenzione sostenuta, e quindi il suo mantenimento, durante attività ripeti-

---

<sup>5</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (pp. 24, 25, 27). Trento: Erickson.

<sup>6</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (pp. 50, 20, 21, 22). Trento: Erickson.

<sup>7</sup> L’attenzione è concepita come un’ampia varietà di manifestazioni cognitive, comportamentali ed emotive, la quale svolge diverse funzioni e presenta più componenti: infatti quella dell’intensità riguarda l’allerta e l’attenzione sostenuta, mentre quelle della selettività comprende l’attenzione selettiva e divisiva.

tive sia che esse siano considerate noiose sia ludiche. Le regioni specifiche del cervello deputate a questa funzione sono le aree della corteccia prefrontale.

2. Iperattività, ovvero in un eccessivo livello di attività motoria o vocale. Essa, ed i tratti associati, può essere considerata lungo un continuum nel quale i poli si presentano come “calmo-ben organizzato” e “irrequieto-inattento” ed in cui il soggetto ADHD occupa una posizione estrema.
3. Impulsività, la quale si può manifestare nella forte incapacità di posticipare la soddisfazione di un desiderio o di inibire un comportamento inappropriato in un determinato contesto, ma anche nell'intraprendere azioni pericolose senza considerare le possibili conseguenze negative ed una persistente impazienza.

Dalla presenza o compresenza dei sintomi primari è possibile definire il sottotipo di ADHD che corrisponde al quadro sintomatologico del soggetto osservato tra le 3 tipologie che vengono descritte in letteratura:<sup>8</sup>

- Sottotipo disattento se viene osservato unicamente una difficoltà di attenzione.
- Sottotipo iperattivo-impulsivo se vengono riscontrati sintomi di impulsività ed iperattività.
- Sottotipo combinato nel caso di una compresenza dei tre sintomi primari.

Si sottolinea che recentemente, più che sui 3 sintomi sopracitati, l'accento è stato posto sulla difficoltà di autoregolazione<sup>9</sup>, ovvero l'incapacità di regolare autonomamente il proprio comportamento, poiché essa contribuisce con un'influenza consistente sulla sintomatologia primaria e secondaria.

Le caratteristiche primarie rimangono comunque rilevanti poiché, combinate all'ambiente, possono dare origine a sintomi secondari, ovvero altri comportamenti disturbanti compresenti nel soggetto, i quali, oltre a rendere più complesso anche al clinico esperto la definizione dell'etichetta diagnostica partecipano allo sviluppo di difficoltà relazionali.

### **1.1.2 Problematiche interpersonali**

Spesso i bambini con ADHD rischiano di non beneficiare delle opportunità di socializzazione; questo perché i problemi di autocontrollo comportamentale si ripercuotono sul successo delle loro rela-

---

<sup>8</sup> Mezzanotte, C. (2020). Policy approaches and practices for the inclusion of students with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *OECD Education Working Papers*, 238(238), (p.12). <https://dx.doi.org/10.1787/49af95e0-en>

<sup>9</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti*, (p. 20). Trento: Erickson.

zioni interpersonali dalle quali emerge una qualità delle interazioni non adeguata<sup>10</sup>: infatti essi tendono ad essere più polemici, dominanti, aggressivi ed instabili e quindi maggiormente a rischio di rifiuto ed isolamento sociale (Guevremont, 1990); la loro impulsività influisce sulla capacità di elaborare gli indizi socialmente rilevanti e le informazioni, oltre che sottolineare la tendenza a vedere le interazioni sociali ambigue o neutrali in modo negativo e ostile (Milich & Dodge, 1984) ed infine hanno delle difficoltà nel modificare le reazioni rispetto a dei cambiamenti. La compresenza di altri disturbi può ulteriormente ridurre la qualità di vita ed il benessere dell'individuo ADHD: infatti lo sviluppo di tratti oppositori e provocatori può divenire corresponsabile di una serie di fallimenti in ambito sociale e scolastico o di comportamenti aggressivi che espongono il soggetto ad un rischio più elevato di sviluppare comportamenti devianti, e quindi di avere problemi con la giustizia o di abuso di sostanze stupefacenti; i disturbi emotivi possono trovare terreno fertile in alcuni soggetti in età adolescenziale a seguito di esperienze negative e fallimenti in ambito sociale e scolastico, i quali li hanno resi dunque più insicuri rispetto alle loro capacità e incerti sul risultato del proprio comportamento<sup>11</sup>, vivendo così un senso di frustrazione che nasce dal pensiero che tutto ciò sia riconducibile ad un deficit di abilità. Sono stati osservati un'alta frequenza di comportamenti negativi verbali e non verbali, minore interazione con il gruppo dei pari, bassi livelli di espressione affettiva, maggior ritiro sociale ed aggressività<sup>12</sup>, seppur molto spesso senza intenzione comportamentale da parte del soggetto. Maggiori comportamenti cooperativi invece sono stati osservati in contesti strutturati tra i compagni di classe, nei quali i bambini ADHD sono in grado di assumere un ruolo attivo e collaborante rispetto a situazioni in cui questi sono investiti di un ruolo passivo ne non ben definito (Grenell, 1987).

## **1.2 Criteri diagnostici e strumenti diagnostici**

I principali manuali diagnostici nei quali è inclusa una definizione formale di ADHD, e che quindi vengono utilizzati per la produzione di una diagnosi, sono il DSM-V e l'ICD-11. In entrambi i ma-

---

<sup>10</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (p. 34). Trento: Erickson.

<sup>11</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (pp. 32, 33, 34). Trento: Erickson.

<sup>12</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (p. 34). Trento: Erickson.

nuali diagnostici sono indicati 18 sintomi, divisi in due domini di disattenzione e impulsività/iperattività ma fa eccezione l'item (f) della categoria iperattività/impulsività che differisce<sup>13</sup>.

Di seguito sono elencati i sintomi ed i criteri diagnostici inclusi nel DSM-V (2013)

A) Un pattern persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo, come caratterizzato da (1) e/o (2):

1. Disattenzione: Sei (o più) dei seguenti sintomi sono persistiti per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative.

Nota: I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e per gli adulti (17 anni e oltre di età) sono richiesti almeno cinque sintomi.

a) Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro o in altre attività (per es., trascura o omette dettagli, il lavoro non è accurato).

b) Ha spesso difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco (per es. ha difficoltà a rimanere concentrato/a durante una lezione, una conversazione o una lunga lettura).

c) Spesso non sembra ascoltare quando gli/le si parla direttamente (per es., la mente sembra altrove, anche in assenza di distrazioni evidenti).

d) Spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze o i doveri sul posto di lavoro (per es. inizia i compiti ma perde rapidamente la concentrazione e viene distratto/a facilmente)

e) Ha spesso difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività (per es., difficoltà nel gestire compiti sequenziali; difficoltà nel tenere in ordine materiali e oggetti; lavoro disordinato, disorganizzato; gestisce il tempo in modo inadeguato, non riesce a rispettare le scadenze

f) Spesso evita, prova avversione o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (per es., compiti scolastici o compiti a casa; per gli adolescenti più grandi e gli adulti, stesura di relazioni, compilazione di moduli, revisione di documenti).

---

<sup>13</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (p. 50). Trento: Erickson.

g) Perde spesso gli oggetti necessari per i compiti o le attività (per es., materiale scolastico, matite, libri, strumenti, portafogli, chiavi, documenti, occhiali, telefono cellulare).

h) Spesso è facilmente distratto/a da stimoli esterni (per gli adolescenti più grandi e gli adulti, possono essere compresi pensieri incongrui).

i) È spesso sbadato/a nelle attività quotidiane (per es., sbrigare le faccende; fare commissioni; per gli adolescenti più grandi e per gli adulti, ricordarsi di fare una telefonata; pagare le bollette; prendere appuntamenti)

2. Iperattività e impulsività: Sei (o più) dei seguenti sintomi persistono per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative:

Nota: I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e per gli adulti (età di 17 anni e oltre) sono richiesti almeno cinque sintomi.

a) Spesso agita o batte mani e piedi o si dimena sulla sedia.

b) Spesso lascia il proprio posto in situazioni in cui si dovrebbe rimanere seduti (per es., lascia il posto in classe, in ufficio o in un altro luogo di lavoro, o in altre situazioni che richiedono di rimanere al proprio posto).

c) Spesso scorrazza e salta in situazioni in cui farlo risulta inappropriato. (Nota: Negli adolescenti e negli adulti può essere limitato al sentirsi irrequieti.)

d) È spesso incapace di giocare o svolgere attività ricreative tranquillamente.

e) È spesso "sotto pressione", agendo come se fosse "azionato/a da un motore" (per es., è incapace di rimanere fermo/a, o si sente a disagio nel farlo, per un periodo di tempo prolungato, come nei ristoranti, durante le riunioni; può essere descritto/a dagli altri come una persona irrequieta o con cui è difficile avere a che fare).

f) Spesso parla troppo.

g) Spesso "spara" una risposta prima che la domanda sia stata completata (per es., completa le frasi dette da altre persone; non riesce ad attendere il proprio turno nella conversazione).

h) Ha spesso difficoltà nell'attendere il proprio turno (per es., mentre aspetta in fila).

i) Spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (per es., interrompe conversazioni, giochi o attività; può iniziare a utilizzare le cose degli altri senza chiedere o ricevere il permesso; adolescenti e adulti possono inserirsi o subentrare in ciò che fanno gli altri).

B) Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività erano presenti prima dei 12 anni.

C) Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività si presentano in due o più contesti (per es. casa, a scuola o al lavoro; con amici o parenti; in altre attività).

D) Vi è una chiara evidenza che i sintomi interferiscono con, o riducono, la qualità del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

E) I sintomi non si presentano esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o di un altro disturbo psicotico e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo dissociativo, disturbo di personalità, intossicazione o astinenza da sostanze).

Specificare quale:

- 314.01 (F90.2) Manifestazione combinata: Se il Criterio A1 (disattenzione) e il Criterio A2 (iperattività-impulsività) sono soddisfatti entrambi negli ultimi 6 mesi.
- 314.00 (F90.0) Manifestazione con disattenzione predominante: Se il Criterio A1 (disattenzione) è soddisfatto ma il Criterio A2 (iperattività-impulsività) non è soddisfatto negli ultimi 6 mesi.
- 314.01 (F90.1) Manifestazione con iperattività/impulsività predominanti: Se il Criterio A2 (iperattività-impulsività) è soddisfatto e il Criterio A1 (disattenzione) non è soddisfatto negli ultimi 6 mesi.

Specificare se:

In remissione parziale: Quando tutti i criteri sono stati precedentemente soddisfatti, non tutti i criteri sono stati soddisfatti negli ultimi 6 mesi e i sintomi ancora causano compromissione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

Specificare la gravità attuale:

- Lieve: Sono presenti pochi, ove esistenti, sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, e i sintomi comportano solo compromissioni minori del funzionamento sociale o lavorativo.
- Moderata: Sono presenti sintomi o compromissione funzionale compresi tra "lievi" e "gravi"
- Grave: Sono presenti molti sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, o diversi sintomi che sono particolarmente gravi, o i sintomi comportano una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo. (APA. (2014). pp. 68-70 )

Per ottenere la diagnosi di disturbo da deficit di attenzione e iperattività sono necessari innanzitutto almeno 6 sintomi di uno dei domini disattenzione e impulsività/iperattività, ma anche un pattern persistente di disattenzione ed iperattività per un tempo continuativo pari a 6 mesi, un esordio dei sintomi prima dei 12 anni di età, la manifestazione dei sintomi in più ambiti<sup>14</sup> ed infine una diagnosi differenziale per poter escludere la presenza di un'altra condizione a cui attribuire il quadro sintomatologico: infatti i sintomi presentati in precedenza non sono esclusivi del disturbo ADHD ma alcuni elementi possono essere confusi con quelli di altre condizioni. Sebbene iperattività, disattenzione ed impulsività possano essere tipici di altri disturbi, è comunque da considerare il fatto che in età evolutiva raramente una psicopatologia si presenti in modo isolato e che quindi è più probabile vi sia la compresenza di più disturbi nello stesso soggetto, andando a rappresentare quella che viene definita come “comorbidità”. L'ADHD presenta comorbidità più frequenti con il Disturbo Oppositivo Provocatorio o Disturbi della Condotta, i Disturbi Specifici dell'Apprendimento, i Disturbi d'Ansia o Disturbi dell'Umore, i Disturbi Evolutivi della Coordinazione e, con meno frequenza, tic e depressione<sup>15</sup>. Il compito più importante di un clinico è saper considerare la possibilità di comorbidità e non ricercare banalmente una singola etichetta diagnostica che riassume il quadro delle sintomatologie, bensì condurre una diagnosi differenziale che faccia in modo di individuare i disturbi presenti per poter strutturare un percorso di trattamento adeguato.

La valutazione diagnostica consiste nel percorso di conoscenza del bambino con sintomatologia, nel quale vengono approfondite le sue difficoltà e potenzialità attraverso diverse sedute nelle quali vengono somministrati vari test e vengono effettuati colloqui per comprendere il suo punto di vista e la sua rappresentazione. Questo percorso non prevede però solo questo: infatti si basa sul ragionamento clinico che concerne la produzione di ipotesi, la scelta degli strumenti, la verifica e l'integrazione dei dati e la figura del clinico, per questo, ha a propria disposizione delle pubblicazioni, come le “Linee guida per l'ADHD e i DSA” (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2006). Non esistono test diagnostici specifici per l'ADHD, bensì vengono somministrati al soggetto dei test cognitivi, neuropsicologici e di apprendimento scolastico, in modo da condurre una diagnosi differenziale con i disturbi dell'apprendimento e da seguire una logica di indagine su più livelli grazie all'uso di questionari di autosomministrazione, di eterosommi-

---

<sup>14</sup> Mezzanotte, C. (2020). Policy approaches and practices for the inclusion of students with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *OECD Education Working Papers*, 238(238), (p. 9). <https://dx.doi.org/10.1787/49af95e0-en>

<sup>15</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (p. 55). Trento: Erickson.

nistrazione ed ai colloqui clinici. Per la stessa necessità d'indagine, le figure professionali coinvolte nel percorso sono molteplici e comprendono i servizi sociali, il pedagoga, lo psicologo ed il pediatra ma anche le figure dei genitori e degli insegnanti: infatti ciò che risulta importante è la raccolta di informazioni sul bambino da parte di figure multiple, tramite la compilazione di questionari specifici e di consulti<sup>16</sup>.

La diagnosi di ADHD viene solitamente raggiunta intorno ai 8-9 anni di età. Alcuni tratti caratteristici di questo disturbo possano essere già visibili in età prescolare, ma essa non può essere confermata così precocemente poiché l'irrequietezza motoria e la disattenzione sono ricorrenti in questa fase della crescita e sono compatibili con il contesto scolastico di riferimento; anche se l'attenzione per un'individuazione del disturbo in questa età è comunque in crescita tra le figure di clinici e ricercatori a causa della possibilità di poter intervenire in modo efficace e precoce<sup>17</sup>. Va sottolineata l'importanza che ha il ruolo della diagnosi per il soggetto e quanto questa debba dunque essere accurata e frutto di un'attenta valutazione per evitare che disturbi, comorbilità e caratteristiche individuali contestualizzate con l'età e l'ambiente vengano confusi.

Non esistono cure che consentano una guarigione dal disturbo di deficit di attenzione e iperattività, bensì una volta conclusa la valutazione ed in seguito alla diagnosi viene strutturato un trattamento del disturbo. L'obiettivo del trattamento è quello di permettere al soggetto ADHD che il proprio quadro sintomatologico e le comorbilità non compromettano il benessere e la qualità della sua vita, per cui questo viene studiato e modificato nel corso della sua vita e del suo sviluppo. Principalmente i trattamenti per l'ADHD si suddividono in due macrocategorie, ovvero trattamento farmacologico e trattamento non farmacologico. Il trattamento farmacologico consiste nell'impegno di farmaci psicostimolanti e non-psicostimolanti (National Institute for Health and Care Excellence, 2018) ma questi vengono inclusi comunque in un piano multimodale di trattamento del disturbo poiché non rappresentano una cura permanente, bensì agiscono sui sintomi rendendo il soggetto più calmo e meno impulsivo e iperattivo e quindi più attento (National Health Service, 2018), ma possono presentare anche effetti collaterali e sintomi avversi molto soggettivi (Child Mind Institute, 2019). Il trattamento non-farmacologico comprende invece interventi di vario genere che vengono riassunti in tre principali categorie dall' "ADHD Institute": terapie comportamentali, interventi psicoeducativi e stile di vita. La terapia comportamentale cerca di promuovere il comportamento del soggetto, la sua autostima ed il suo autocontrollo ed è raccomandata, soprattutto ai pazienti minori di 6 anni,

---

<sup>16</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (pp. 60, 61). Trento: Erickson.

<sup>17</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (p. 58). Trento: Erickson.



come primo tentativo di trattamento prima di accedere alla terapia farmacologica (CDC, 2019); l'interventi psicoeducativo invece coinvolge il soggetto ed i suoi affetti più stretti, come la famiglia, poiché mira a creare in loro un'informazione efficace e chiara sul disturbo, il suo trattamento e le sue manifestazioni in modo da incentivarne la convivenza, la comprensione e l'accettazione (ADHD Institute, 2019); infine gli interventi sullo stile di vita seguono le linee guida proposte dal National Institute of Health and Care Excellence che sottolinea l'importanza di una sana e sufficiente alimentazione, del movimento fisico regolare senza imporre alcun divieto specifico su attività o cibo (NHS, 2018). Le tipologie di trattamento appena elencate sono soggette al continuo sviluppo di linee guida che ne regolano l'uso e la prescrizione, in linea con le continue ricerche ed evidenze scientifiche che emergono e di cui sono frutto<sup>18</sup>. Ora la maggior parte delle linee guida raccomanda in generale un trattamento combinato per ottenere migliori risultati, ma ciò varia poi per l'età del soggetto e la gravità del disturbo: infatti la maggior parte dei Paesi OCSE utilizzano un trattamento esclusivamente non farmacologico nei soggetti in età prescolare (Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management, 2011). L'approccio multimodale è stato oggetto di uno studio coordinato dal National Institute of Mental Health, il quale ha confrontato, con controlli periodici presso centri universitari specializzati, il trattamento esclusivamente psicologico e comportamentale, il trattamento esclusivamente farmacologico ed il trattamento combinato su un totale di 579 bambini di età compresa tra 7 e 9 anni affetti da ADHD. Le tre modalità di trattamento, messe a confronto con un trattamento di routine svolto presso strutture territoriali, utilizzato come gruppo di controllo, dopo 14 mesi mostravano un generale miglioramenti dei gruppi ma la terapia farmacologica e quella combinata risultavano i più efficaci senza alcuna differenza significativa (Conners et al., 2001).

Numerosi studi hanno dimostrato delle correlazioni tra il disturbo, la diagnosi ed il trattamento con status socio-economico, locazione geografica, genere di appartenenza ed i fenomeni di migrazione delle minoranze etniche. Sebbene concorrano ulteriori fattori, la difficoltà finanziaria sembra essere un forte predittore dell'ADHD (Russell, Ford & Russell, 2013) ed un ostacolo al suo trattamento proprio a causa della difficoltà di accesso ai farmaci ed alle terapie psicologiche e comportamentali da parte delle famiglie, con le quali, in questi casi, non si riesce spesso a comunicare e far comprendere i bisogni del soggetto ADHD e quindi a coinvolgerle negli interventi o a farle addirittura giungere ad una vera e propria diagnosi (King e Jennings, 2019). La locazione geografica, spesso intrecc-

---

<sup>18</sup> Mezzanotte, C. (2020). Policy approaches and practices for the inclusion of students with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *OECD Education Working Papers*, 238(238), (pp. 15-16). <https://dx.doi.org/10.1787/49af95e0-en>

ciata alla situazione socio-economica, incide sulle statistiche di diagnosi e di trattamento attraverso l'incidenza del disturbo, che risulta essere maggiore nelle aree densamente più popolate rispetto alle zone rurali (Madsen et al., 2015) così come le statistiche di intervento; ciò accade a causa di un divario che riguarda l'accesso al sistema sanitario che si occupa di diagnosticare e prescrivere il trattamento: infatti nelle aree più piccole e scarsamente popolate è complesso avere un contatto diretto ed in modo veloce con il personale medico competente. Molte prove poi sostengono che il disturbo da deficit di attenzione e iperattività sia maggiormente diagnosticato nei soggetti di genere maschile: infatti alcune ricerche hanno mostrato come questo sia possibile a causa dei differenti costrutti sociali che vengono applicati tra uomini e donne e che, interagendo con le differenze biologiche dovute al proprio sesso, contribuiscono a sviluppare fenomeni di questo tipo (World Health Organization, 2002); i soggetti di genere femminile hanno comunque iniziato relativamente di recente ad avere delle diagnosi di ADHD ed accedere ai trattamenti poiché per questa porzione di popolazione la valutazione diagnostica è più complessa a causa di molteplici fattori: la sintomatologia nelle donne è meno palese e si mostra attraverso disorganizzazione, demoralizzazione, dimenticanze e lo stesso sintomo primario di iperattività si manifesta tramite parlantina eccessiva ed alta reattività emotiva piuttosto che eccessiva attività motoria (Quinn, 2005). Infine vi sono ipotesi che cercano di spiegare la correlazione tra ADHD e le minoranze etniche che sono protagoniste del fenomeno migratorio: infatti si pensa che a condizionare la loro disparità per quanto riguarda la diagnosi siano la condizione economica che si traduce in minore possibilità di pagare le cure mediche (Coker et al, 2009), lo status della famiglia, le barriere linguistiche e la visione negativa della disabilità e lo stigma sociale che ne deriva (Hervey-Jumper et al., 2007; Olaniyan et al., 2007).<sup>19</sup>

Dagli albori del percorso di valutazione e diagnosi sino al decorso del trattamento è evidente l'influenza e l'importanza attribuita all'ambiente scolastico e familiare: infatti nel primo il bambino con ADHD, spesso in età scolare, trova difficoltà di apprendimento e di socializzazione e dimostra delle necessità che possono essere soddisfatte per mezzo della collaborazione tra figure educative e figure genitoriali.

---

<sup>19</sup> Mezzanotte, C. (2020). Policy approaches and practices for the inclusion of students with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *OECD Education Working Papers*, 238(238), (pp. 15, 18,-20). <https://dx.doi.org/10.1787/49af95e0-en>. <https://dx.doi.org/10.1787/49af95e0-en>

## CAPITOLO 2 - ADHD NEL CONTESTO SCOLASTICO E NEL CONTESTO FAMILIARE

Nel seguente capitolo è fornita una descrizione dei contesti che devono rapportarsi con il bambino con ADHD ed hanno quindi necessità di gestire il disturbo poiché è in essi che il soggetto vive ed è immerso. Coerentemente con il modello ecologico di B, dunque, questi sono i microsistemi che interagiscono tra loro ed influenzano lo sviluppo del bambino, che costituiscono il suo contesto ed hanno quindi la necessità di attuare una comunicazione efficace ed una reciproca collaborazione. Proprio il contesto è un elemento che deve essere considerato quando si parla di inclusione, così come la sua articolazione in più livelli nei quali anche famiglia e scuola sono inclusi ed agiscono; nel contesto, l'inclusione ha trovato spazio e si è integrata con i precedenti costrutti di integrazione ed inserimento durante lo sviluppo del pensiero comune nei riguardo della diversità ed è sempre nel contesto che essa incontra ostacoli, quali la stigmatizzazione e l'etichettamento, su cui la legislazione dal secondo dopoguerra ad oggi ha cercato di agire per la tutela dei diritti e del benessere dei soggetti con vulnerabilità, seppur dimostrando dei limiti che richiedono il supporto di ulteriori interventi con cui integrarsi.

Il soggetto con ADHD è inserito in una rete sociale che comprende la scuola e la famiglia. Il contesto scolastico ed il contesto familiare costituiscono a loro volta il contesto ambientale, che può divenire un fattore di amplificazione dei problemi evolutivi del bambino<sup>20</sup>. La teoria a cui viene fatto riferimento è il modello ecologico di Bronfenbrenner (1979), il quale sostiene che famiglia e scuola corrispondano a dei microsistemi, ossia degli insiemi di attività che scambiano informazioni all'interno e verso l'esterno con costanti processi di modificazione e stabilizzazione; lo sviluppo avviene entro questi, ed ulteriori, "sistemi" interconnessi che esercitano in modo simultaneo un'influenza sul bambino: infatti più il legame tra i sistemi è forte e le richieste del bambino sono compatibili con l'interazione che si va a verificare, più il potenziale di sviluppo di ciascun contesto sociale aumenta ed il successo scolastico del bambino ed il suo benessere vengono promossi.<sup>21</sup> Posto questo, in seguito ad una diagnosi, diviene fondamentale la creazione di un gruppo di lavoro in cui bambi-

---

<sup>20</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (p. 288). Trento: Erickson.

<sup>21</sup> Capperucci, D. (2018). *Relazione scuola-famiglia e responsabilità educativa: un percorso di ricerca partecipativa per la costruzione del Patto di Corresponsabilità*. Annali online della Didattica e della Formazione Docente, vol. 10, n. 15-16/2018, pp. 250-272. <http://dx.doi.org/10.15160/2038-1034/1911>

no, clinico, scuola e famiglia abbiano ognuno un compito che rispetti un preciso mandato, con lo scopo di raggiungere dei risultati misurabili ed osservare le problematiche nella loro globalità e complessità. Nel caso in cui fosse preso in considerazione unicamente un modello sanitario modulare, che tratta solo i sintomi, esso comporterebbe per i genitori e per gli insegnanti il pensiero che ogni gruppo di sintomi corrisponda ad un'etichetta diagnostica e quindi ad un terapeuta specializzato che tratti la patologia, presupponendo l'esistenza di un unico fattore come causa del disagio. Questo tipo di intervento si rivelerebbe controproducente, in quanto vi è l'idea che il disagio possa essere trattato da uno specialista senza che tutti gli attori vengano attivamente coinvolti, invece, in un intervento di tipo integrato.<sup>22</sup>

All'interno del contesto familiare, il genitore di un bambino con ADHD può trovare una prima difficoltà nell'accettare il disturbo: infatti egli sperimenta una discrepanza tra il "bambino del sogno" (Soulè, 1982), immaginato ed idealizzato nel corso della gravidanza e dell'attesa, ed il "bambino reale" (Lebovici, 1983) che non è perfetto e costringe il genitore ad un "lavoro di realtà", ovvero una riorganizzazione psichica che tenga conto dei nuovi fattori reali a disposizione<sup>23</sup>; inoltre la figura genitoriale può avvertire del senso di colpa per i rimproveri avvenuti in passato verso il figlio, della rabbia perché non sente di agire in modo abbastanza efficace, può sentirsi triste e preoccupato per il futuro del bambino, per i rapporti con i pari e provare la paura di non essere adeguato nell'aiuto che il proprio figlio necessita. Nel corso dell'intervento, i genitori dovrebbero far sì che il bambino segua con regolarità la terapia psicoeducativa ed imparare a gestire efficacemente le proprie emozioni, riuscendo ad attribuirle a sé affinché vengano evitate proiezioni nel rapporto con il figlio; tutto questo costituisce un impegno logistico, economico ed emotivo consistente per i genitori, che possono però cogliere l'occasione per rafforzare l'alleanza e gli aspetti relazionali con il bambino.<sup>24</sup> Nel contesto scolastico, invece, la figura dell'insegnante può sentirsi in colpa per non aver aiutato sufficientemente l'alunno, preoccuparsi in quanto non si sente all'altezza del compito educativo, essere espulsivo perché non sa come gestire il bambino, provare dispiacere per il futuro scolastico che si prospetta per il soggetto con DDAI oppure avvertire maggiore stress a causa della percezione di dover svolgere un lavoro più complesso, faticoso e con scarse soddisfazioni: infatti OCSE rivela che gran parte degli insegnanti non si sente abbastanza qualificato per affrontare alunni BES

---

<sup>22</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (p. 289). Trento: Erickson.

<sup>23</sup> Poggi L., Volpe B. R. & Fava Vizziello B. (1986). *Bambino immaginario e bambino reale: dalla gravidanza alla maternità*. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 53, 6, pp. 661-672.

<sup>24</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (pp. 294, 306, 307). Trento: Erickson.

(OCSE, 2019). Il ruolo delle figure educative, all'interno di un intervento integrato, è di approfondire gli aspetti teorici che riguardano il disturbo in oggetto, tramite le ricchissime fonti bibliografiche ed il materiale scientificamente valido messo a disposizione da diverse associazioni come A.I.F.A. Onlus<sup>25</sup> o A.I.D.A.I.<sup>26</sup>, con lo scopo di introdurre nel programma della propria disciplina ausili, dispense e modalità di valutazione che siano adatti; questi adattamenti vanno poi proposti in modo sistematico e prolungato, per poter osservare i risultati della strategia applicata e valutarne l'efficacia rispetto all'obiettivo: infatti è fondamentale che l'insegnante adotti un metodo sperimentale nella strutturazione del percorso didattico personalizzato.<sup>27</sup>

In un'ottica di alleanza di lavoro, per entrambi i contesti e per entrambe le figure prese in considerazione, uno dei compiti principali è il mantenimento di una comunicazione efficace con lo scopo di raggiungere l'autonomia del sistema scuola-famiglia<sup>28</sup>. L'alleanza educativa si definisce tramite le dimensioni del sistema di comunicazione tra i microsistemi e la qualità della relazione tra i soggetti coinvolti.<sup>29</sup> È importante che sia data priorità alle interazioni tra genitori e insegnanti, sia in momenti formali, come colloqui o consigli di classe, che più informali, quali incontri aperti, iniziative educativo-culturali o la costituzione di comitati ma, in entrambe queste occasioni di scambio e di conoscenza, va data importanza anche agli aspetti propri della comunicazione interpersonale: infatti è fondamentale instaurare un modello comunicativo a due vie. Nel momento in cui, tra genitore e docente, si verifica uno scambio basato sulla fiducia ed il rispetto reciproco, il sostegno e la cooperazione, le narrazioni dei due contesti assumono la stessa importanza e questi sono in grado di mettere in comune i propri punti di vista e gli stati d'animo: infatti quando un insegnante dimostra interesse per l'alunno e mostra di volerlo conoscere al meglio nella sua unicità, oltre a cercare di rispondere efficacemente ai bisogni educativi, il genitore non avverte giudizio e si presenta maggiormente aperto al dialogo ed alla collaborazione; dall'altra parte il genitore che partecipa ed è interessato al lavoro scolastico, riconoscendo il docente come una figura privilegiata in questo, incoraggia e supporta l'insegnante nel progetto educativo.<sup>30</sup>

---

<sup>25</sup> Associazione Italiana Famiglie ADHD

<sup>26</sup> Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione e Iperattività

<sup>27</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (pp. 294, 307, 308). Trento: Erickson.

<sup>28</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (pp. 295, 296). Trento: Erickson.

<sup>29</sup> Capperucci, D., Ciucci, E., Baroncelli, A. (2018). *Relazione scuola-famiglia: alleanza e corresponsabilità educativa*. Rivista Italiana di Educazione Familiare, n. 2 - 2018, pp. 231-253. <https://doi.org/10.13128/RIEF-24495>

<sup>30</sup> Capperucci, D. (2018). *Relazione scuola-famiglia e responsabilità educativa: un percorso di ricerca partecipativa per la costruzione del Patto di Corresponsabilità*. Annali online della Didattica e della Formazione Docente, vol. 10, n. 15-16/2018, pp. 250-272. <http://dx.doi.org/10.15160/2038-1034/1911>

Un percorso di comunicazione efficace scuola-famiglia ed un rapporto collaborativo tra insegnanti e genitori sono elementi di grande importanza all'interno della presa in carico del soggetto con ADHD, ovvero l'azione di progettare una serie di risposte finalizzate a far stare meglio il bambino nel suo contesto di vita durante gli anni dello sviluppo e per i suoi obiettivi di miglioramento nel benessere del minore, nonché di maggiore autonomia nella gestione delle difficoltà del soggetto da parte del sistema scuola-famiglia.<sup>31</sup>

I microsistemi di scuola e famiglia quindi, coerentemente con il modello ecologico descritto in precedenza, partecipano attivamente al contesto nel quale il soggetto è immerso. Il contesto è definito come “un insieme di circostanze che caratterizzano l'ambiente di vita ed il funzionamento delle persone” (Shogren, Luckasson & Schalock, 2014) e si articola in 3 livelli, ossia macrosistema, mesosistema e microsistema; con il macrosistema sono comprese le questioni sociali e culturali nelle quali siamo immersi, la politica vigente, le condizioni socio-economiche, il modo di concettualizzare la vulnerabilità, il mesosistema invece è relativo alle zone di vita, le città, i paesi, la comunità, e le organizzazioni dove si osservano la vita imprenditoriale, scolastica ed i servizi, infine il microsistema consiste nell'individuo e la sua famiglia.<sup>32</sup> Tali livelli sono estremamente rilevanti all'interno della progettazione di scenari inclusivi, in quanto questi richiedono il coinvolgimento delle istituzioni, della realtà scolastica, della famiglia e dell'individuo stesso che ne fa parte.

## 2.1. L'inclusione

Il costrutto di inclusione si può brevemente spiegare come “un modo di pensare alla realtà” che, più che interessarsi delle singole persone con vulnerabilità, si interessa del contesto e della capacità dei nostri ambienti di vita di consentire a tutti partecipazioni attive e livelli soddisfacenti di vita (Soresi, Nota & Wehemeyer, 2011). Esso si differenzia dai costrutti di integrazione ed inserimento, i quali l'hanno storicamente preceduta e si sono poi vicendevolmente integrati nel corso dello sviluppo del pensiero comune nei confronti della diversità. L'inclusione prende avvio nel 2009 con la promulgazione delle Linee Guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità, le quali fanno riferimento per la prima volta alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e

---

<sup>31</sup>Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (pp. 289, 290). Trento: Erickson.

<sup>32</sup> Scuttari, A. & Nota, L. (2019). Costruire contesti universitari inclusivi e sostenibili. In L. Nota, M. Mascia & T. Pievani (Eds.), *Diritti umani e inclusione*. (p. 26). Bologna: Il Mulino.

della Salute ed alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità; sebbene questa sia un'importante tappa nell'avvio del processo di inclusione, all'interno del documento sono pochi i riferimenti ad una modifica concreta nell'agire quotidiano ed il linguaggio normativo tende ancora ad utilizzare i termini di integrazione ed inclusione come sinonimi.<sup>33</sup> Parlando di inclusione si dovrebbe percepire l'interesse nei confronti dell'eterogeneità e diversità costantemente presente in ogni contesto, la considerazione delle analisi lineari come semplicistiche e riduttive poiché volte a determinare una classificazione e le misure compensative necessarie, la volontà di promuovere occasioni di educazione ed istruzione che siano migliori per tutti e non solamente per i soggetti BES, un approccio globale verso le scelte educative e di programmazione, infine la necessità di livelli elevati di condivisione e partecipazione.<sup>34</sup> L'integrazione invece è concepita come l' "idea di 'fare con' o 'assieme a', nel rispetto delle specificità delle persone" con la quale si vuole superare quella di inserimento, ovvero dello stare accanto (Soresi, 2016); Il passaggio verso questo costrutto ha inizio nel 1977 per mezzo dell'emanazione della legge 517, la quale ha regolamentato, tramite gli articoli 2 e 7, l'ingresso degli alunni con disabilità nelle scuole elementari e nelle medie inferiori, comportando di fatto lo smantellamento delle scuole differenziali e stabilendo le "forme di sostegno"; questa legge ha sancito che "i processi di insegnamento ed apprendimento dovevano fondarsi sulla responsabilità collegiale e sulla programmazione educativa e didattica" (Groppo, 1983; Soresi & Nota, 2001), la quale deve considerare le caratteristiche peculiari degli alunni. Grazie a questa norma ed al conseguente pensiero che la scuola fosse effettivamente di tutti, durante gli anni '80 la quasi totalità degli alunni con disabilità è stata inserita nelle scuole presenti nelle province e nelle regioni italiane. Negli anni '90 entra poi, nella scena politica e sociale italiana, l'Europa che per mezzo di documenti e rapporti, quali il *Salamacca Statement and Framework for Action on Special Need Education* (1944) ed il rapporto dell'*European Center for Educational Research and Innovation* (1955), afferma l'esigenza di operare per far sì che le scuole inclusive forniscano dei setting favorevoli allo sviluppo di uguali opportunità e piena partecipazione, con impegno da parte del personale scolastico ma anche dei genitori, dei volontari e dei pari (Soresi & Nota, 2001). In questo contesto prende forma il "dilemma delle differenze" (Gartner & Lipsky, 1987; Minow, 1990), nel quale, da un lato, si ritiene corretto che tutte le persone vengano trattate diversamente sulla base delle proprie peculiarità senza giungere ad una stigmatizzazione, dall'altro invece le si vuole trattare in modo

---

<sup>33</sup> Piccioli, M. (2019). *Il processo italiano di inclusione scolastica nella prospettiva internazionale: i Disability Studies come sviluppo inclusivo*. Formazione, Lavoro, Persona, anno VII - numero 20, pp. 92-99.

<sup>34</sup> Di Maggio, I., Soresi S. & Nota L. (2015). Verso un'inclusione 'senza se e senza ma'. In L. Nota, M. C. Ginevra & S. Soresi (Eds.), *Tutti diversamente a scuola: l'inclusione nel XXI secolo* (p. 40). Padova: C.L.E.U.P.

analogo sulla base dei diritti e delle necessità: infatti viene stimolato il confronto e la discussione sui temi della diversità e delle differenze giungendo a far sì che queste perdessero gran parte delle connotazioni negative che suscitavano in precedenza.<sup>35</sup> L’inserimento infine è inteso come il “diritto alla fruibilità di spazi e servizi comuni a gruppi minoritari per il diritto di sperimentare condizioni sempre meno restrittive, al fine di ridurre i rischi dell’istituzionalizzazione e dell’emarginazione” (Soresi, 2016); le battaglie per l’inserimento hanno luogo nel periodo storico che coincide con la fine della Seconda Guerra Mondiale e prosegue fino agli anni ’70. Si tratta di un periodo segnato da numerose scoperte scientifiche, mediche e tecnologiche che hanno incoraggiato la crescita economica ma anche delle lotte sociali e politiche per l’affermazione dei diritti umani<sup>36</sup> ma anche di una fase di esclusione nella quale le persone con disabilità sono estromesse dai processi di istruzione.<sup>37</sup> In questo clima si fa strada, grazie anche al contributo di Maria Montessori e delle sue “osservazioni sperimentali”, la convinzione che molti bambini considerati ineducabili potevano invece apprendere ed anche registrare degli incrementi nei livelli di autostima, se adeguatamente stimolati; vengono dunque aperte le scuole speciali, dimostrando che “l’educabilità di tutti” non era un miraggio ma poteva essere perseguita. Questa rappresenta la fase della separazione, caratterizzata appunto da classi differenziali e scuole speciali; è una fase che nasce nel Dopoguerra e si interfaccia con orfani, disabili ed invalidi nel corso dell’emergenza della ricostruzione post-bellica<sup>38</sup>. Durante la metà degli anni ’60, si registra poi un processo di riforma sociale che mira alla stabilità della nuova struttura di società industriale, in via di sviluppo, che culmina nel ’68, in un’attiva richiesta di partecipazione sociale e riforme radicali e la discussione sugli obiettivi ed il modo stesso di “fare scuola”. Nel corso di questi anni emerge la figura di Don Milani, il quale in precedenza aveva avviato un’esperienza educativa rivolta ad una comunità svantaggiata per ragioni economiche e geografiche e denunciò la scuola pubblica tradizionale e la sua tendenza a non fornire risposte adeguate alle esigenze educative dei bambini in difficoltà, nel non aiutarli e cercare di recuperarli. Alla fine degli anni ’70 si assiste ad una maggiore attenzione verso il tema dell’inserimento, osservando ad un clima di fervore

---

<sup>35</sup> Di Maggio, I., Soresi S. & Nota L. (2015). Verso un’inclusione ‘senza se e senza ma’. In L. Nota, M. C. Ginevra & S. Soresi (Eds.), *Tutti diversamente a scuola: l’inclusione nel XXI secolo* (pp. 37, 38). Padova: C.L.E.U.P.

<sup>36</sup> Scuttari, A. & Nota, L. (2019). Costruire contesti universitari inclusivi e sostenibili. In L. Nota, M. Mascia & T. Pievani (Eds.), *Diritti umani e inclusione*. (p. 32 ). Bologna: Il Mulino.

<sup>37</sup> Piccioli, M. (2019). *Il processo italiano di inclusione scolastica nella prospettiva internazionale: i Disability Studies come sviluppo inclusivo*. Formazione, Lavoro, Persona, anno VII - numero 20, pp. 92-99.

<sup>38</sup> Piccioli, M. (2019). *Il processo italiano di inclusione scolastica nella prospettiva internazionale: i Disability Studies come sviluppo inclusivo*. Formazione, Lavoro, Persona, anno VII - numero 20, pp. 92-99.



sociale nel quale i cittadini partecipano sempre più attivamente alla vita pubblica, spinti da ideali egualitari: infatti vengono chiuse le scuole speciali che ormai erano ritenute dei ghetti sociali.<sup>39</sup> L'inclusione, come anticipato, è strettamente legata al contesto: infatti un contesto è inclusivo, oppure non è inclusivo. Si ritengono inclusivi quei contesti in cui vengono considerati il maggior numero di fattori possibili nell'analisi di una situazione, evitando banalizzazioni e semplificazione ma fanno sì che sia possibile la partecipazione delle persone, la loro autodeterminazione, il desiderio di autonomia e la loro soddisfazione sia personale che sociale<sup>40</sup> e la scuola rappresenta un modello per la creazione di una società inclusiva, in quanto luogo di cultura e cambiamento, nonché miglioramento. La realtà scolastica stessa si scontra con un contesto che si evolve in continuazione e muta: infatti un'indagine sul sistema scolastico italiano ha rilevato che nell'anno scolastico 2012/2013, su un totale di 8.943.701 alunni, il 2,5% è costituito da studenti con menomazioni e vulnerabilità, circa l'1% ha invece disturbi specifici dell'apprendimento ed il 9% sono alunni di nazionalità non italiana (ISTAT, 2014). L'eterogeneità e la diversità oggi sono così pervasive nel contesto scolastico che rendere questo inclusivo è ormai un'esigenza; l'inclusività in esso è riconoscibile in quanto organizza e promuove accoglienza verso tutti gli studenti per mezzo di iniziative che pubblicizzino questo pensiero, lo sviluppo delle competenze professionali del personale docente in modo che questo sia in grado di perseguire obiettivi rilevanti relativi ad aree dello sviluppo e dell'educazione, programmazioni rigorose e condivise che enfatizzino collaborazione flessibilità e la personalizzazione degli strumenti educativi e degli obiettivi. Questo scenario inclusivo è possibile solo se viene coinvolto in toto il personale scolastico, i genitori ed i compagni di classe in modo che essi stessi possano beneficiare dei vantaggi dell'inclusione scolastica, dei suoi punti di forza, quali il potenziamento delle abilità cognitive, sociali ed emozionali di tutti i bambini, più partecipazione e quindi un aumento dei livelli di soddisfazione per la propria vita, atteggiamenti maggiormente solidali e collaborativi ed infine la promozione di idee originali e vantaggiose di sviluppo dell'apprendimento; le opportunità per la realizzazione dell'inclusione scolastica sono presenti e rappresentate dalla percezione generalizzata che il modello inclusivo sia superiore rispetto ai precedenti, la visione della cultura dell'inclusione sviluppatasi in Italia come un patrimonio oggetto di vanto, le leggi e le normative da

---

<sup>39</sup> Di Maggio, I., Soresi S. & Nota L. (2015). Verso un'inclusione 'senza se e senza ma'. In L. Nota, M. C. Ginevra & S. Soresi (Eds.), *Tutti diversamente a scuola: l'inclusione nel XXI secolo* (pp. 35, 36). Padova: C.L.E.U.P..

<sup>40</sup> Di Maggio, I., Soresi S. & Nota L. (2015). Verso un'inclusione 'senza se e senza ma'. In L. Nota, M. C. Ginevra & S. Soresi (Eds.), *Tutti diversamente a scuola: l'inclusione nel XXI secolo* (p. 41). Padova: C.L.E.U.P..

parte dell'OMS e dell'ONU che lo favoriscono<sup>41</sup>. Nonostante l'inclusione dimostri più vantaggi ed opportunità rispetto ai punti di debolezza, sono presenti anche delle barriere e degli ostacoli che ne impediscono la piena realizzazione.

## 2.2. Gli ostacoli per l'inclusione

Gli ostacoli che minacciano l'attuazione degli scenari inclusivi sono rappresentati dai punti di debolezza e dalle minacce. I punti di debolezza, corrispondono ai limiti delle risorse che sono anche i limiti del modello inclusivo, come la necessità di maggiori livelli di professionalità e coinvolgimento da parte del personale scolastico, i costi e gli impegni aggiuntivi che si creano e l'esigenza di investimenti. Le minacce alla realizzazione dell'inclusività scolastica sono rappresentate dalle risorse ridotte messe a disposizione delle scuole, dai continui tagli di bilancio che mettono a rischio i supporti necessari ad attuare gli interventi di inclusione, dal processo di stigmatizzazione e di etichettamento che danno origine a stereotipi e pregiudizi.<sup>42</sup>

“Stigmatizzare” etimologicamente significa proprio imprimere un marchio, bollare un membro o un gruppo di una comunità che si considera deviante o, più frequentemente e genericamente, diverso, questa viene agita per mezzo della categorizzazione, ovvero la tendenza ad “individuare un gruppo di persone sulla base di alcune loro caratteristiche” che, nel caso di disabilità, vengono considerate negative. Questi processi sono alla base dei fenomeni di stereotipo e pregiudizio, i quali riducono la potenzialità della convivenza poiché rafforzano le situazioni di conflitto e di incomprensione. Il processo di etichettamento che deriva da queste tendenze, tramite stereotipi e pregiudizi, porta con sé principalmente tre aspetti negativi (Magyar-Moe, Owens & Conoley, 2015; Link & Phelen, 2013): la deindividualizzazione, cioè l'enfasi su caratteristiche prototipiche e stereotipiche del gruppo a cui il soggetto osservato viene associato, la stigmatizzazione e la distanza tra gli individui, ossia la tendenza tra persone etichettate e gli altri a considerarsi reciprocamente come appartenenti all'outgroup che si trova in contrapposizione con l'ingroup. L'etichettamento avviene in modo formale, ad esempio quando viene richiesta una diagnosi o una certificazione per ottenere supporti e

---

<sup>41</sup> Di Maggio, I., Soresi S. & Nota L. (2015). Verso un'inclusione 'senza se e senza ma'. In L. Nota, M. C. Ginevra & S. Soresi (Eds.), *Tutti diversamente a scuola: l'inclusione nel XXI secolo* (pp. 44-56). Padova: C.L.E.U.P.

<sup>42</sup> Di Maggio, I., Soresi S. & Nota L. (2015). Verso un'inclusione 'senza se e senza ma'. In L. Nota, M. C. Ginevra & S. Soresi (Eds.), *Tutti diversamente a scuola: l'inclusione nel XXI secolo* (pp. 56, 57). Padova: C.L.E.U.P.

benefici, oppure informale nel momento in cui si tratta di etichette attribuite nel quotidiano nelle interazioni senza che vi sia l'associazione di aiuti e sussidi (Link & Phelan, 2013). Le etichette formali sembrano lasciare segni più duraturi e dannosi, per questo desta preoccupazione il fatto che spesso si ammantano di scientificità<sup>43</sup>: infatti, tramite alcune interviste, è stato rilevato che la diagnosi di ADHD è associata negativamente da parte degli insegnanti alle aspettative scolastiche (Baltes et al., 2009) e li porta a mostrare minore tolleranza (Kos, Richdale & Hay, 2006). Tutto ciò può influire sulla formazione del Sé, dell'Identità poiché questa corrisponde ad un fenomeno che si co-costruisce socialmente anche per mezzo di verbalizzazioni e narrazioni associate all'interazione (Heyd-Metzuyanim & Sfard, 2012) che, in questo caso, rappresentano dunque una minaccia all'inclusione in quanto questa dovrebbe far sì che un sistema come quello scolastico, miri a rispondere ai bisogni manifestati dagli alunni adattando l'offerta formativa, indipendentemente da diagnosi, classificazione, misure dispensative o misure compensative.<sup>44</sup>

Sebbene nel contesto in cui viviamo, nella società in cui siamo immersi, siano presenti certe problematiche che minacciano la costruzione di una società e, prima di tutto, di una scuola inclusiva, esistono anche degli interventi che, agendo sui livelli di macrosistema, mesosistema e microsistema ed integrati tra loro, rendono possibile la promozione dell'inclusione dei bambini con disabilità, come nel caso dell'ADHD. La normativa rappresenta un primo passo per la tutela dei soggetti con bisogno educativi speciali e nel corso della storia le istituzioni hanno cercato di attuare una legislazione che seguisse lo sviluppo di pensiero da inserimento, a integrazione ed oggi ad inclusione.

## **2.3. Normativa**

### **2.3.1. Leggi, decreti e direttive**

Diverse leggi nazionali sono state promulgate per la difesa dei diritti delle persone con disabilità, le quali possono sperimentare una riduzione dell'autonomia e della qualità della vita tali da necessitare

---

<sup>43</sup> Nota, L. & Soresi, S. In L. (2015). Le minacce e le sfide dei nostri tempi. In Nota, M. C. Ginevra & S. Soresi (Eds.), *Tutti diversamente a scuola: l'inclusione nel XXI secolo* (pp. 23-27). Padova: C.L.E.U.P.

<sup>44</sup> Mezzanotte, C. (2020). Policy approaches and practices for the inclusion of students with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *OECD Education Working Papers*, 238(238), (p. 23). <https://dx.doi.org/10.1787/49af95e0-en>

di tutele da parte dello Stato, soprattutto nella condizioni di maggiore gravità. Di seguito è riportato un elenco e parte del testo di alcune norme:

- Legge n. 18, 11 febbraio 1980

La norma citata dà diritto “ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche (...), nei cui confronti le apposite commissioni sanitarie, (...) , abbiano accertato che si trovano nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua, è concessa un'indennità di accompagnamento, non reversibile, al solo titolo della minorazione, a totale carico dello Stato”<sup>45</sup>

- Legge n. 104, 5 febbraio 1992

La legge in oggetto, all'interno dell'art. 1 espone le finalità verso cui la Repubblica agisce, ovvero

- a) garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;
- b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali;
- c) persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata;
- d) predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata

Successivamente, nell'art. 3, si chiarisce chi sono gli aventi diritto della norma, includendo anche i soggetti che si trovano in “difficoltà di apprendimento, di relazione” ed è introdotta la connotazione

---

<sup>45</sup> Camera dei Deputati & Senato della Repubblica. *Legge 11 febbraio 1980, n. 18: Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili*. Gazzetta Ufficiale. Recuperato da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1980/02/14/080U0018/sg>

di gravità, che viene valutata in base alla riduzione dell' "autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione". All'interni degli ulteriori 43 articoli vengono trattati invece i temi del processo di accertamento dell'handicap; dei principi generali per i diritti del soggetto con handicap riconosciuto, ovvero "la rimozione delle cause invalidanti con la promozione dell'autonomia e la realizzazione dell'integrazione sociale" (art.5); della prevenzione e della diagnosi precoce, la cura e la riabilitazione; dell'inserimento e dell'integrazione sociale mediante "interventi di carattere socio-psicopedagogico, di assistenza sociale e sanitaria a domicilio, di aiuto domestico e di tipo economico" (art. 8), del servizio di aiuto personale, del diritto all'educazione e all'istruzione, dell'integrazione scolastica per mezzo di interventi integrati, varie modalità di attuazione e gruppi di lavoro, la valutazione e le prove d'esame personalizzati.<sup>46</sup>

- Legge n. 53, 28 marzo 2003

La legge promulgata, nell'art. 1 dichiara il "fine di favorire la crescita e la valorizzazione della persona umana, nel rispetto dei ritmi dell'età evolutiva, delle differenze e dell'identità di ciascuno e delle scelte educative della famiglia, nel quadro della cooperazione tra scuola e genitori, in coerenza con il principio di autonomia delle istituzioni scolastiche". Nei seguenti 6 articoli si affermano i principi ed i criteri direttivi del sistema educativo di istruzione e di formazione, le norme generali sulle valutazioni degli apprendimenti e del percorso di alternanza scuola-lavoro.<sup>47</sup>

- Legge n. 170, 8 ottobre 2010

Nell'art. 2 viene chiarito che "la presente legge persegue, per le persone con DSA" le finalità di:

- a) garantire il diritto all'istruzione;
- b) favorire il successo scolastico, anche attraverso misure didattiche di supporto, garantire una formazione adeguata e promuovere lo sviluppo delle potenzialità;
- c) ridurre i disagi relazionali ed emozionali;

---

<sup>46</sup> Camera dei Deputati & Senato della Repubblica. (1992). *Legge 5 febbraio 1992, n. 104: Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*. Gazzetta Ufficiale. Recuperato da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1992/02/17/092G0108/sg>

<sup>47</sup> Camera dei Deputati & Senato della Repubblica. (2003). *Legge 28 marzo 2003, n. 53: Delega al Governo per la definizione delle norme generali sull'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale*. Gazzetta Ufficiale. Recuperato da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2003/04/02/003G0065/sg>

- d) adottare forme di verifica e di valutazione adeguate alle necessita' formative degli studenti;
- e) preparare gli insegnanti e sensibilizzare i genitori nei confronti delle problematiche legate ai DSA;
- f) favorire la diagnosi precoce e percorsi didattici riabilitativi;
- g) incrementare la comunicazione e la collaborazione tra famiglia, scuola e servizi sanitari durante il percorso di istruzione e di formazione;
- h) assicurare eguali opportunità di sviluppo delle capacità in ambito sociale e professionale<sup>48</sup>

Successivamente, tramite la Circolare del 17/12/2012, la legge n. 170 è stata estesa anche ai casi di ADHD.

- Decreto Direttoriale n.188, 21 giugno 2021

Nel 2021 è stato promulgato invece un decreto che vuole promuovere la formazione sull'inclusività, intervenendo sul personale docente.

All'interno degli art. 1 è dichiarato che “il presente decreto disciplina le modalità attuative degli interventi di formazione obbligatoria del personale docente impegnato nelle classi con alunni con disabilità, per l'anno scolastico 2021/2022, finalizzati all'inclusione scolastica dell'alunno con disabilità e a garantire il principio di contitolarità della presa in carico dell'alunno stesso”. Nell'art. 2 invece si afferma che gli interventi in oggetto si articolano in unità formative, con un impegno complessivo pari a 25 ore, che potrà essere sviluppata in:

- Formazione in presenza e/o a distanza,
- Sperimentazione didattica documentata e ricerca/azione,
- Lavoro in rete,
- Approfondimento personale e collegiale,
- Documentazione e forme di restituzione/rendicontazione,

---

<sup>48</sup> Camera dei Deputati & Senato della Repubblica. (2010). *Legge 8 ottobre 2010, n. 170: Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico*. Gazzetta Ufficiale. Recuperato da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2010/10/18/010G0192/sg>

- Progettazione<sup>49</sup>

- Direttiva Ministeriale sui bisogni educativi speciali del 27/12/2012

Gli oggetti della circolare sono gli strumenti d'intervento per alunni BES e l'organizzazione territoriale ai fini dell'inclusione scolastica. Nel testo vi è un riferimento alla legge 104/92 per sottolineare che “in alcuni casi il quadro clinico particolarmente grave – anche per la comorbilità con altre patologie - richiede l'assegnazione dell'insegnante di sostegno” e “la necessità di estendere a tutti gli alunni con bisogni educativi speciali le misure previste dalla Legge 170”, fino a quel momento applicata unicamente verso gli alunni DSA. È evidenziata l'urgenza di “adottare una didattica che sia ‘denominatore comune’ per tutti gli alunni e che non lasci indietro nessuno: una didattica inclusiva più che una didattica speciale” e per rispondere a questa esigenza nelle Università “sono stati attivati 35 corsi/master in “Didattica e psicopedagogia dei disturbi specifici di apprendimento” in tutto il territorio nazionale”. Infine si discute della distribuzione territoriale dei Centri Territoriali di Supporto (CTS), ritenendo che sia “opportuna la presenza di un CTS almeno su un territorio corrispondente ad ogni provincia della Regione”, ai quali in alcune regioni sono stati affiancati dei Centri Territoriali per l'Inclusione (CTI) in modo da avviare “la creazione di una rete diffusa e ben strutturata” che renda “concreta la possibilità per i docenti di avere punti di contatto e di riferimento per tutte le problematiche” relative agli alunni BES, i quali sono coinvolti nell' “adozione di una politica interna delle scuole per l'inclusione, che assuma una reale trasversalità e centralità rispetto al complesso dell'offerta formativa”.<sup>50</sup>

### 2.3.2. Circolari

Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) nel corso dell'ultimo decennio ha emanato diverse circolari che rappresentano complessivamente un riconoscimento ufficiale della necessità di promuovere ed attuare delle strategie volte a tutelare il percorso scolastico dei bambini

---

<sup>49</sup> Ministero dell'Istruzione. (2021). *Decreto Direttoriale 21 giugno 2021, n. 188: Formazione del personale docente ai fini dell'inclusione degli alunni con disabilità*. Recuperato da <https://www.miur.gov.it/-/decreto-direttoriale-n-188-del-21-giugno-2021>

<sup>50</sup> Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. (2012). *Direttiva Ministeriale 27 dicembre 2012, n. 8: Strumenti di intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione*. Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/circolare-miur/>

con ADHD, oltre che costituire delle tappe fondamentali nel processo di sensibilizzazione del personale docente nei confronti del disturbo in oggetto<sup>51</sup>: infatti le circolari, elencate di seguito, forniscono delle indicazioni concrete sull'impostazione delle attività didattiche e sulla conoscenza dell'ADHD.

- Circolare 7/10/2008

L'oggetto riguarda l'uso degli psicofarmaci per i bambino affetti da ADHD ma nel documento vi è una premessa che riguarda il processo di rilevazione, il quale è considerato “complesso” e coinvolge “nei rispettivi ruoli, la famiglia, la scuola e le strutture sanitarie specializzate”; questi si occupano di valutare i sintomi primari di iperattività e disattenzione in relazione al contesto di vita del soggetto, poiché “tali sintomi non sono necessariamente sinonimi di ADHD ma possono essere spiegati con cause di tipo ambientale e di natura psicopatologica”. Infine viene precisato che “gli eventuali interventi debbono avvenire all'interno di strutture sanitarie pubbliche e sotto lo stretto controllo di operatori sanitari qualificati su precisa richiesta delle famiglie, spettando all'istituzione scolastica unicamente la segnalazione di comportamenti anomali o disturbanti durante l'orario delle lezioni”<sup>52</sup>.

- Circolare 4/12/2009

Sono poste in oggetto le problematiche collegate alla presenza di alunni con ADHD all'interno delle classi, sottolineando le “numerose segnalazioni” pervenute alla Direzione Generale riguardanti le “problematiche relative alla gestione, durante l'orario scolastico, degli alunni affetti da sindrome ADHD e comorbilità ad essa collegate”. Un elemento di particolare importanza è costituito dal “coinvolgimento degli insegnanti”, il quale “fa parte integrante ed essenziale di un percorso terapeutico per il trattamento dei casi diagnosticati ADHD”. La procedura di consulenza sistematica con i centri regionali di diagnosi e cura prevede inoltre “almeno un incontro durante l'anno scolastico” tra gli insegnanti della scuola elementare, perseguendo 7 obiettivi:

- 1) Informare sulle caratteristiche del ADHD e sul trattamento che viene proposto;

---

<sup>51</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti* (p. 333). Trento: Erickson.

<sup>52</sup> Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Dipartimento per l'Istruzione, Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione & Ufficio Quarto. (2008). *Circolare Ministeriale 7 ottobre 2008*. (Prot. n. 4226/P4°). Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/circolare-miur/>



- 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) Suggestire 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

Nella consulenza, la parte che viene maggiormente evidenziata è quella che mira a “far apprendere all'insegnante alcune tecniche di modificazione del comportamento da applicare con l'alunno con ADHD”, con una particolare attenzione nei confronti di “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”<sup>53</sup>.

- Circolare 15/06/2010

La circolare si pone l'obiettivo di proporre indicazioni ed accorgimenti didattici in modo da agevolare il percorso scolastico degli alunni con ADHD, vista la loro crescente e segnalata presenza all'interno delle scuole: infatti viene descritto un protocollo operativo punto per punto. Viene sottolineato come sia “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”, il quale dovrebbe essere visionato da “tutti i docenti della classe in cui è presente un alunno con ADHD”; inoltre gli stessi 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 stu-

---

<sup>53</sup> Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca., Dipartimento per l'Istruzione, Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione & Ufficio 4. (2009). *Circolare Ministeriale 4 dicembre 2009*. (Prot. n. 6013). Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/circolare-miur/>

diati”): infatti il corpo docente è chiamato a “definire le strategie metodologico-didattiche per favorire un migliore adattamento scolastico e sviluppo emotivo e comportamentale” in collaborazione con gli operatori clinici. È raccomandato che ogni insegnante “abbia cura di attenersi all’utilizzo di tecniche educative e didattiche di documentata efficacia”. Successivamente è nominata anche la figura dell’insegnante di sostegno, della quale si ribadisce “l’obiettivo di potenziare le condizioni educative e didattiche del gruppo, al fine di integrare l’alunno nel contesto della classe”. Infine è da considerare significativo il fatto che si consideri “auspicabile che la valutazione delle sue azioni fosse fatta evitando di attribuire valutazioni negative per comportamenti che sono attribuibili a fattori di tipo neurobiologico”, considerando così i fattori della diagnosi ADHD nella valutazione periodica del comportamento del bambino<sup>54</sup>.

- Circolare 20/03/2012

Tramite questa circolare, viene indicato ai docenti di redigere un Piano Didattico Personalizzato (PDP) per gli alunni con ADHD, così come accade per i soggetti DSA, in modo da favorire l’integrazione scolastica ed agevolare gli operatori scolastici. La “didattica personalizzata (...) calibra l’offerta didattica attraverso l’impiego di una varietà di metodologie e strategie didattiche, tali da promuovere le potenzialità ed il successo formativo” dell’alunno. L’ottica posta è quella di una significativa promozione dell’apprendimento attraverso strumenti compensativi e misure dispensative. Il PDP deve essere redatto “entro il termine massimo del primo quadrimestre in collaborazione con la famiglia dell’alunno e i Centri di diagnosi e cura per ADHD (...) competente per territorio, e successivamente, ridiscusso in corso d’anno” e questo deve contenere “dati anagrafici dell’alunno, l’indicazione degli strumenti dispensativi/compensativi adottati nelle varie discipline (...) nonché le modalità di verifica che si intendono adottare”<sup>55</sup>.

- Circolare 6/03/2013

Vengono precisate le indicazioni operative riferite nella circolare precedente, attraverso delle azioni a livello della singola istituzione scolastica ed azioni a livello territoriale.

---

<sup>54</sup> Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca., Dipartimento per l’Istruzione, Direzione Generale per lo Studente, l’Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione & Ufficio 6. (2010). *Circolare Ministeriale 15 giugno 2010*. (Prot. n. 4089). Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/circolare-miur/>

<sup>55</sup> Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca., Dipartimento per l’Istruzione, Direzione Generale per lo Studente, l’Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione & Dirigente dell’Ufficio 4. (2012). *Circolare Ministeriale 20 marzo 2012*. (Prot. n. 0001395). Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/circolare-miur/>

A livello di singola istituzione scolastica sono previsti dei Gruppi di Lavoro, ognuno dei quali è denominato Gruppo di Lavoro per l'Inclusione (GLI), le cui funzioni sono:

- Rilevazione dei BES presenti nella scuola;
- Raccolta e documentazione degli interventi didattico-educativi posti in essere anche in funzione di azioni di apprendimento organizzativo in rete tra scuole e/o in rapporto con azioni strategiche dell'Amministrazione;
- Focus/confronto sui casi, consulenza e supporto ai colleghi sulle strategie/metodologie di gestione delle classi;
- Rilevazione, monitoraggio e valutazione del livello di inclusività della scuola;
- Raccolta e coordinamento delle proposte formulate dai singoli GLH Operativi sulla base delle effettive esigenze, ai sensi dell'art. 1, c. 605, lettera b, della legge 296/2006, tradotte in sede di definizione del PEI come stabilito dall'art. 10 comma 5 della Legge 30 luglio 2010 n. 122 ;
- Elaborazione di una proposta di Piano Annuale per l'Inclusività riferito a tutti gli alunni con BES, da redigere al termine di ogni anno scolastico (entro il mese di Giugno)

A livello territoriale invece, all'interno dei CTS e dei CTI, è precisato che “il gruppo di docenti operatori (...) dovrà essere in possesso di specifiche competenze, al fine di poter supportare concretamente le scuole e i colleghi con interventi di consulenza e di formazione mirata”.<sup>56</sup>

La normativa vigente, seppur dimostrando un'evoluzione nel corso degli anni nella sensibilità e nell'attenzione verso l'ADHD, dimostra dei limiti nella sua attivazione e necessita dunque dell'integrazione di interventi che coinvolgano anche le figure dei docenti, dei genitori, dei pari e del bambino stesso e che agiscano per concorrere alla promozione dell'inclusione di quest'ultimo.

---

<sup>56</sup> Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca & Dipartimento per l'Istruzione. (2013). *Circolare Ministeriale 6 marzo 2013, n. 8: Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica*. (Prot. N. 561). Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/circolare-miur/>



## **CAPITOLO 3 - INTERVENTI CONTESTUALI PER I BAMBINI CON ADHD**

Nel corso del capitolo che segue vengono illustrati una serie di interventi finalizzati alla promozione dell'inclusione di bambino con ADHD, i quali generalmente si trovano in una condizione di vulnerabilità che li porta ad un maggiore rischio di emarginazione ed esclusione sociale a causa dello stigma che il disturbo porta con sé. Gli interventi che possono favorire un aumento del benessere del soggetto con ADHD sono suddivisi in interventi diretti agli insegnanti attraverso i percorsi di teacher training, ma anche sui compagni e le compagne di classe per mezzo di attività e lavori di gruppo di vario genere in cui la figura del docente rimane fondamentale; interventi diretti ai genitori che possono partecipare a parent training di ampia varietà; infine interventi diretti al bambino stesso che è soggetto a ciò che i corsi di formazione per docenti e genitori principalmente insegnano: infatti il bambino con ADHD prende parte all'applicazione di terapie comportamentali e terapie cognitivo comportamentali che mirano alla modificazione dei comportamenti non desiderabili con diverse tecniche di cui la token economy è un esempio.

### **3.1. Interventi diretti agli insegnanti**

Gli interventi diretti al personale docente trovano espressione nelle sessioni di teacher training, ovvero dei programmi di formazione nei quali vengono coinvolti gli insegnanti affinché questi acquisiscano conoscenze e competenze per la gestione degli alunni con BES in classe. L'obiettivo dei teacher training è quello di formare insegnanti che corrispondano al "Profilo dei Docenti Inclusivi", il quale è uno dei risultati del progetto triennale "La formazione dei docenti per l'Inclusione" realizzato dall'Agenzia Europea per lo Sviluppo dell'Istruzione degli Alunni Disabili. Sono stati identificati, per mezzo dell'osservazione in classe, quattro valori considerati essenziali per l'insegnamento e l'apprendimento, ognuno dei quali è associato a delle aree di competenza. Questi quattro valori consistono nella valutazione della diversità degli alunni come una risorsa ed una ricchezza, riportando alle aree di competenza delle opinioni personali sull'integrazione scolastica e sull'inclusione e le opinioni personali sulla differenza di apprendimento; nel sostenere gli alunni nutrendo alte aspettative sul loro esito scolastico, associando le competenze di promozione dell'apprendimento

accademico, pratico, sociale ed emotivo e dell'utilizzo di approcci didattici efficaci nelle classi eterogenee; nel lavorare con gli altri quindi in modo collaborativo ed il gruppo, attraverso le capacità di lavorare con genitori e famiglie e di lavorare con altri professionisti; infine nell'aggiornamento professionale personale in quanto i docenti sono responsabili del proprio apprendimento, per mezzo delle aree di competenza dei docenti come praticanti riflessivi e la formazione iniziale come base per l'aggiornamento successivo e sviluppo professionale. Tali valori e competenze servono a tutti i docenti poiché l'inclusione è loro responsabilità e formano proprio le basi da utilizzare per lavorare insieme ad alunni con diverse esigenze didattiche ed educative in una stessa classe, sono le fondamenta di comportamenti, conoscenze e competenze che vanno costruiti in itinere, non vanno in contrasto con l'istruzione e la formazione professionale specialistica, sono ampie per consentire una riflessione per mezzo dell'apprendimento esperienziale, possono promuovere la crescita professionale e l'orientamento dei futuri docenti e sono un punto di partenza per la pianificazione e progettazione dei corsi di formazione.<sup>57</sup> Alcuni esempi di percorso formativo nel territorio nazionale ci sono forniti dalla regione Sicilia e dalla regione Lombardia.

Un recente esempio di teacher training è quello del percorso formativo svolto dalla provincia di Agrigento nel 2022, in seguito al D.M. n. 188 DEL 21 giugno 2021 che ha reso obbligatoria la formazione del personale docente all'inclusione. Per avviare il progetto di training, i docenti di ogni ordine e grado sono stati suddivisi in nove gruppi, ciascuno costituito da un numero variabile di insegnanti e sono stati poi accompagnati nello sviluppo di competenze progettuali e metodologiche a partire dalla visione di materiali e video nel corso di lezioni teoriche, che hanno consentito loro di avere una prospettiva generale di contenuti da poter approfondire con laboratori guidati da docenti-formatori e neuropsichiatri; alla fine del corso è stata prevista una sperimentazione attiva dei contenuti appresi in piccoli gruppi. Parallelamente è stato condotto un focus group con un campione di 60 docenti a cui è stata somministrata un'intervista di gruppo articolata in dieci domande; tale strumento ha permesso di rilevare che la maggior parte dei docenti ritiene di conoscere già per linee generali gli aspetti dell'inclusione scolastica ma di aver avuto modo solo attraverso il percorso formativo di approfondire alcune tematiche come il ruolo e le funzioni del docente di sostegno, la relazione con gli alunni con disabilità, le strategie per ottenere un confronto tra colleghi e di aver sviluppato competenze in termini operativi, inoltre hanno dimostrato una maggiore volontà di acquisizione di ulteriori conoscenze e competenze e la produttività delle esercitazioni pratico-operative in

---

<sup>57</sup> European Agency for Development in Special Needs Education. (2011). *Teacher education for inclusion: profile of inclusive teachers*. Brussels: Europa Agency for Development in Special Needs Education.

quanto hanno permesso agli insegnanti di riflettere sul proprio ruolo in situazioni concrete e nella costruzione di scenari inclusivi e promozione di valori.<sup>58</sup>

Nel territorio della regione Lombardia invece, il servizio locale di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza ha avviato dei corsi periodici di teacher training rivolti agli insegnanti che hanno uno o più alunni con diagnosi di ADHD all'interno delle proprie classi. Il corso di formazione aveva lo scopo di fornire le competenze di osservazione ed interpretazione corrette del comportamento dell'alunno, di strutturazione di spazi, tempi e compiti che supportino l'apprendimento dei bambini con ADHD e di utilizzare in modo efficace strumenti e strategie finalizzati a favorire l'integrazione dell'alunno con ADHD nel gruppo classe; queste competenze sono state acquisite tramite l'inquadramento teorico del disturbo e dei suoi sintomi con un'attenzione particolare sulle manifestazioni della sintomatologia in classe e le difficoltà che comporta nell'apprendimento, suggerimenti sulla manipolazione dell'ambiente in modo da fornire supporto all'alunno, promuovere cambiamenti nel comportamento ed instaurare con lui un rapporto propositivo ed infine la spiegazione di strategie per la gestione degli alunni in classe in merito alle difficoltà relazionali che spesso l'ADHD comporta:<sup>59</sup> infatti la figura del docente ha un ruolo attivo anche nella promozione delle interazioni positive tra i componenti della classe, ovvero i compagni e le compagne che fanno parte quotidianamente della vita del bambino con ADHD e rappresentano per lui la prima fonte di socializzazione secondaria, in quanto suoi pari.

### **3.2. Interventi sui compagni e sulle compagne di classe**

I bambini con ADHD, all'interno del contesto classe, sono spesso soggetti a rischio di discriminazione ed esclusione da parte dei compagni e delle compagne di classe a causa delle manifestazioni sintomatologiche del disturbo sul comportamento. Si tratta di fenomeni che richiedono di mettere in atto delle contromisure, formate da azioni educative, che sostengano la legislazione ed i proclami che cercano di abbattere gli ostacoli e le barriere all'inclusione scolastica: infatti è stato osservato che la sola presenza di alunni con menomazioni nelle classi comuni non è sufficiente per incorag-

---

<sup>58</sup> Sicurello, R. (2022). La formazione in servizio del personale docente ai fini dell'inclusione degli alunni con disabilità: il punto di vista dei docenti della provincia di Agrigento. *Lifelong, Lifewide, Learning*, 28(40), 124-138.

<sup>59</sup> Mezzanotte, C. (2020). Policy approaches and practices for the inclusion of students with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *OECD Education Working Papers*, 238(238), (p.32). <https://dx.doi.org/10.1787/49af95e0-en>

giare relazioni soddisfacenti tra pari e non assicura l'accettazione degli studenti con maggiori difficoltà (Nota et al., 2006), sebbene l'opportunità di frequentare classi eterogenee e ricche di pluralità rappresenti una serie di vantaggi per tutti. È dunque necessario l'avvio di interventi che promuovano forme di interazione più ricche e lo scambio comunicativo che possono potenzialmente rappresentare un giovamento sociale e cognitivo. Innanzitutto sarebbe importante che per primi gli insegnanti si mostrassero interessati ai processi di inclusione scolastica e, di conseguenza, elaborassero attività ed interventi con lo scopo di aumentare negli studenti le conoscenze sulla diversità e ridurre in loro le visioni stereotipate e l'uso di etichette attraverso la spiegazione delle loro conseguenze negative e le strategie per riconoscerle in modo da non esserne influenzati (Zorzi, Nota & Ginevra, 2015); rappresentano delle utili sessioni educative anche delle attività che si prefissano l'obiettivo di incrementare le conoscenze delle variabili che concorrono all'eterogeneità all'interno della classe e quindi tutte quelle diversità che ne possono fare parte. Sarebbe utile anche allenare il gruppo classe alla formulazione di affermazioni contro-stereotipiche, che puntino piuttosto sui punti di forza dei compagni con ADHD e riconoscerne le abilità e gli interessi che li caratterizzano, descrivendoli in modo operativo. Un ulteriore strumento per la promozione dell'inclusione all'interno delle classi può essere la costruzione di un "diario dell'amicizia in classe", il quale raccoglie le attività svolte in classe, gli interessi comuni degli studenti, il contributo che ognuno ha dato al lavoro in gruppo poiché questo stimola il riconoscimento della bi-direzionalità dei rapporti e l'importanza della reciproca collaborazione insita in loro. Infine è importante dare risalto a storie, immagini e riflessioni sulle azioni che in vari ambiti tutti possono compiere indipendentemente dalla presenza o meno di vulnerabilità: infatti sarebbe opportuno ridurre la considerazione dei soggetti a rischio di esclusione sociale come "persone speciali" che si dimostrano coraggiose poiché si trovano in una condizione svantaggiata (McClay, 2015) ed altrettanto andrebbero evitati tutti quei materiali che propongono un'immagine di persone vulnerabili che raggiungono successi come fonti d'ispirazione per chi invece non convive con una condizione di vulnerabilità (Young, 2014).<sup>60</sup>

Recentemente, presso l'Università degli Studi di Padova, è stato sviluppato da Soresi e Nota un programma finalizzato alla promozione della capacità di rilevare le differenze all'interno del gruppo classe, di descrivere i punti di forza e le abilità dei compagni durante attività di gruppo e di fornire supporti o aiuto per favorire la partecipazione attiva di tutti al contesto scolastico. Questo programma si articola in dieci moduli, ognuno dei quali ha una durata di due ore e nei quali vengono utiliz-

---

<sup>60</sup> Ginevra, M. C. (2015). Il coinvolgimento dei compagni di classe. In L. Nota, M. C. Ginevra & S. Soresi (Eds.), *Tutti diversamente a scuola: l'inclusione nel XXI secolo* (p. 68-73). Padova: C.L.E.U.P.



zati come tecniche istruzioni, discussioni, modeling, simulazioni, feedback suggerimenti e le storie di due bambini che consentono una riflessione più approfondita al termine di ogni modulo. Nello specifico, il sesto modulo è dedicato alle difficoltà intellettive ma può essere usato anche nella promozione dell'inclusione per i bambini con ADHD, attuando qualche modifica ed adattamento. Questo modulo prevede inizialmente un'introduzione sui lavori previsti e l'obiettivo prefissato, successivamente la figura de facilitatore dell'inclusione fornisce la definizione dell'OMS di 'menomazione intellettiva' e ne elenca le possibili cause ma fa anche poi esempi di attività che i compagni e le compagnie con questo tipo di vulnerabilità possono comunque svolgere con l'aiuto di adeguati interventi personalizzati; in seguito viene svolta un'esercitazione che prevede alcune domande sia in relazione al programma scolastico svolto, che più complesse con il fine di sottolineare, durante una successiva discussione, la relazione tra insegnamento ed apprendimento e la necessità di trasporre questo concetto nel momento in cui si dovrà decidere se aiutare e dare supporto anche a compagni che generalmente sono a rischio di esclusione; il facilitatore descrive poi varie azioni che possono promuovere la partecipazione e può avvalersi di simulazioni per allenare i compagni ad offrire concretamente un supporto ai bambini più vulnerabili; infine viene fornita ai bambini una sintesi dei temi trattati nel corso dell'attività, chiedendo anche la loro partecipazione attraverso il racconto di episodi in cui si sono sentiti in difficoltà rispetto ad un compito o qualche attività per poi rinforzarli ognuno positivamente rispetto ad un comportamento positivo attuato in gruppo ed anche assegnare loro dei 'compiti per casa'. La sperimentazione di questo training, su un complesso di 152 studenti divisi causalmente in gruppo sperimentale e gruppo di controllo, ha rilevato che, una volta terminato l'intervento, il gruppo sperimentale riceve ed emette maggiori dominazioni positive nei confronti di tutti i compagni rispetto al gruppo di controllo, presentano una conoscenza più approfondita e precisa della menomazione del compagno, ha raggiorni indici di vicinanza e contatto con lui oltre che comportamenti di aiuto ed amicizia più frequenti, maggiori sentimenti di gioia e credenze maggiormente positive rispetto alla condizione di disabilità, infine il gruppo che ha preso parte all'intervento elabora idee più assertive nei confronti di situazioni relazionali problematiche generando soluzioni inadeguate o aggressive meno frequentemente.<sup>61</sup> Tuttavia è il microsistema che pone una prima base su cui strutturare interventi di mesosistema o dimostrare l'eventuale necessità del supporto del macrosistema nella gestione delle manifestazioni dell'ADHD e con loro deve collaborare e partecipare per perseguire l'obiettivo di tutela e benessere del minore con vulnerabilità e del con-

---

<sup>61</sup> Ginevra, M. C., Nota, L., & Soresi, S. (2015). Come stimolare e sostenere il coinvolgimento e la partecipazione dei compagni. In L. Nota, M. C. Ginevra & S. Soresi (Eds.), *Tutti diversamente a scuola: l'inclusione nel XXI secolo* (p. 238-240). Padova: C.L.E.U.P..

testo familiare in cui vive e questi sono primariamente soggetti di interventi che mirano a questo scopo.

### 3.3. Interventi diretti ai genitori

Le figure genitoriali divengono oggetto di intervento nel momento in cui vengono coinvolti nei parent training, ovvero dei trattamenti che si basano sulla modificazione comportamentale del genitore: infatti la teoria di fondo è quella dell'apprendimento sociale ed è stata sviluppata proprio a sostegno dei genitori con figli non cooperativi, oppositivi o aggressivi (Vio, Marzocchi & Offredi, 1999). Nel caso dell'ADHD, questi training rappresentano un'occasione per migliorare il loro funzionamento attraverso l'insegnamento, nei confronti dei genitori, del riconoscere l'importanza delle relazioni con i pari, a far apprendere ai bambini delle abilità sociali e di crescita, di acquisire un ruolo attivo nell'organizzazione della vita sociale del figlio e di facilitare gli accordi tra gli altri adulti che fanno parte della quotidianità del figlio, come insegnanti ed educatori.<sup>62</sup> I programmi di intervento variano tra loro nello stile e nel contenuto ma generalmente avvengono in gruppi e comprendono diverse sessioni settimanali di uno o due ore, trattando una serie di aree che comprendono cos'è l'ADHD, le procedure psicoeducative basate sugli antecedenti del comportamento e quelle focalizzate sulle conseguenze. L'obiettivo principale dei parent training è di ridurre i comportamenti non desiderabili rafforzando la capacità di gestione da parte dei genitori, la loro formazione può mirare al miglioramento della comprensione dell'ADHD ed aumentare le loro capacità di gestione del comportamento ma possono anche apprendere abilità di autogestione ai fini di ridurre lo stress ed aumentare la resilienza.<sup>63</sup> La progettazione degli interventi di formazione sui genitori differisce da un training all'altro, così come variano i contenuti e le tecniche che si vuole far apprendere; alcuni studi hanno cercato comunque di indagare l'efficacia di questi percorsi formativi e di comprendere quali fossero i contenuti maggiormente efficaci per alcune specifiche aree sintomatologiche.

In letteratura è stato precedentemente dimostrato che il Parent Training di Barkley<sup>64</sup> apporta un miglioramento nelle componenti psicologiche, emotive, comportamentali e sociali dei bambini con

---

<sup>62</sup> Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione e Iperattività. *Parent training*. Recuperato da <https://www.aidaias-sociazione.com/parent-training/>

<sup>63</sup> Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. (2011). *Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003018.pub3>

<sup>64</sup> Un percorso d'intervento specificamente per genitori di bambini con ADHD.

ADHD ma uno studio condotto da Yaghmaei, Malekpour e Ghamarani nel 2019 ha cercato di dimostrare anche la sua efficacia nel miglioramento delle abilità sociali. Su un campione totale di 110 studenti della scuola primaria, 50 sono stati casualmente assegnati e divisi in due gruppi e successivamente i loro genitori sono stati invitati a partecipare alla ricerca. La procedura prevedeva 15 sessioni di incontro della durata di un'ora per due mesi nel caso del gruppo sperimentale, mentre il gruppo di controllo ha partecipato solo agli incontri di formazione convenzionale. I risultati hanno dimostrato che il parent training ha avuto un impatto significativo sulle abilità sociali dei figli con ADHD i cui genitori fanno parte del gruppo sperimentale, inoltre è stata rilevata una riduzione della sintomatologia, un miglioramento della memoria di lavoro e di adattamento sociale ed emotivo; è stato dimostrato di conseguenza che l'educazione dei genitori porta ad una maggiore comprensione dello sviluppo del figlio con ADHD, in quanto all'aumentare della consapevolezza e della comprensione sembra che si acquisisca una comprensione migliore del proprio comportamento.<sup>65</sup>

Un microtrial controllato e randomizzato ha invece cercato di comprendere quali fossero le tecniche più efficaci, tra quelle basate sugli antecedenti e quelle basate sulle conseguenze, nella formazione comportamentale dei genitori di bambini con ADHD (Hornstra et al., 2021). Lo studio ha coinvolto i genitori di 92 bambini con ADHD tra i 4 ed i 12 anni, i quali sono stati divisi in due gruppi ed hanno partecipato a due sessioni di parent training che rispettivamente includevano nel loro programma, oltre ad un comune inquadramento teorico del disturbo, tecniche di controllo dello stimolo e tecniche di gestione della contingenza. Nel corso della prima sessione, sia per il gruppo sperimentale che per il gruppo di controllo, sono stati selezionati quattro comportamenti non desiderabili che sono stati discussi e su cui il terapeuta ha attuato un'analisi funzionale per decidere le tecniche più adatte al piano personalizzato di ognuno; alla fine della sessione i genitori hanno poi esercitato le tecniche suggerite attraverso giochi di ruolo. Durante la seconda sessione sono cominciate le valutazioni e, se necessario, sono stati apportati delle modifiche ai piani di intervento personalizzati. Al termine dello studio, i risultati hanno rivelato una maggiore diminuzione dei comportamenti non desiderabili nel gruppo sperimentale per quanto riguarda il sintomo di disattenzione, mentre i sintomi di iperattività ed impulsività non hanno dimostrato gap tra i due gruppi nella loro diminuzione

---

<sup>65</sup> Yaghmaei, S., Malekpour, M. & Ghamarani, A. (2019). The Effectiveness of Barkley's Parent Training on Social Skills of Students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Social Behavior Research & Health (SBRH)*, 3(1), 349-359.

in seguito agli interventi.<sup>66</sup> I genitori quindi, così come le figure educative scolastiche, attraverso questi training apprendono delle tecniche nella gestione della sintomatologia dell'ADHD che si manifesta per mezzo di una serie di comportamenti considerati “problema” ed, ai fini del loro miglioramento e della loro modificazione, mettono in atto quelli che sono gli interventi diretti al bambino con il disturbo.

### **3.4. Interventi diretti al bambino**

Gli interventi rivolti al bambino con ADHD, attuati nel contesto familiare e nel contesto scolastico, sono costituiti principalmente da procedure psicoeducative volte alla modificazione del comportamento, così che il benessere del soggetto possa essere promosso nelle relazioni interpersonali, nel successo scolastico, nella motivazione e nell'autostima. Tali approcci hanno dimostrato risultati positivo in molteplici studi clinici, sebbene il confronto tra questi sia difficile da attuare vista la complessità e la variabilità delle caratteristiche degli stessi (Whalen & Henker 1991). Per quanto concerne l'apprendimento sociale, è spesso compito dell'educazione da parte di genitori ed insegnanti e si tratta di ricompensare il comportamento appropriato oppure punire il comportamento inappropriato; ciò avviene attraverso interventi basati sulla gestione degli antecedenti ed interventi basati invece sulle conseguenze del comportamento.<sup>67</sup>

Gli interventi attuati basandosi sulla gestione degli antecedenti, considerano i tentativi di cambiamento rispetto all'ambiente, nel quale è immerso il bambino, con il fine di rendere maggiormente frequenti e facilitare i comportamenti desiderabili, come di prosocialità e partecipazione. Nella progettazione di questi interventi è dunque centrale la capacità di prevedere una conseguenza rispetto ad un comportamento o ad un evento, poiché si tratta di procedure dirette al cambiamento prima che il problema si presenti concretamente. Gli elementi dell'ambiente, scolastico e familiare, che vengono coinvolti in una condizione di lavoro, che richiede quindi attenzione e rispetto di tempi e regole, sono l'organizzazione dello spazio, i potenziali distruttori, la routine, le regole, la gestione del

---

<sup>66</sup> Hornstra, R., Van Der Oord, S., Staff, A. I., Hoekstra, P. J., Oosterlaan, J., Van Der Veen-Mulders, L., Luman, M. & Van Den Hoofdakker, B. J. (2021) Which Techniques Work in Behavioral Parent Training for Children with ADHD? A Randomized Controlled Microtrial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50:6, 888-903, <https://doi.org/10.1080/15374416.2021.1955368>

<sup>67</sup> Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione e Iperattività. *Tecniche comportamentali*. Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/tecniche-comportamentali/>

tempo, il materiale ed il tempo libero. Il genitore o l'insegnante può valutare quanto la disposizione di uno spazio sia adeguata dal bambino con ADHD, alla sua partecipazione ed al suo lavoro; è utile fare attenzione a diversi elementi come la visuale che si ha sul bambino e se questa può favorire la sua partecipazione attiva o la rilevazione tempestiva dei comportamenti, la facilità con cui lo si può raggiungere per aiutarlo o osservarlo, la possibilità di scambiare sguardi con lui in modo da riorientare l'attenzione promuovendo la sintonia, l'equilibrio tra la preziosa socializzazione e le occasioni di distrazione in base al contesto, l'attività e la vivacità dei pari, la gestione dello spazio che consenta al bambino di muoversi causa dell'iperattività senza che diventi un disturbo e quindi uno svantaggio per gli altri, la posizione delle fonti di luce a lato sinistro del bambino di modo che non sia fonte di distrazione e per lo stesso principio chi il bambino osserva dalla propria postazione. È evidente l'importanza del valutare eventuali fonti di distrazione, le quali non sono completamente eliminabili ma possono invece essere gestite all'interno di uno spazio che sia funzionale nella sua disposizione. La presenza di una routine prevedibile consiste in una risorsa per il bambino con ADHD: infatti più diventa capace di prevedere le richieste e le aspettative che l'ambiente ha su di lui e più sono le possibilità che provi a soddisfarle; è utile quindi creare un inventario delle routine all'interno della classe e a casa, rendendo esplicite anche quelle richieste che generalmente si esprimono in modo implicito e necessitano dunque di essere chiarite come regole di comportamento. Il porre regole, che siano chiare, all'interno delle strutture sociali di gruppo classe e famiglia è utile per la regolazione delle interazioni che si verificano all'interno di entrambi i contesti; le regole sono efficaci se sono condivise e precedentemente discusse con il bambino con ADHD in ambito familiare e con l'intera classe in ambito scolastico poiché la condivisione e l'accordo aumentano il grado di impegno e devono essere altrettanto poche, semplici, descrivere azioni in modo operativo, utilizzare simboli colorati ed esprimersi attraverso proposizioni positive. Alcune regole sono utili anche per strutturare il tempo libero del bambino con ADHD, di cui va salvaguardato l'aspetto ludico e di sfogo che comporta ed è invece minacciato da vasto repertorio comportamentale che porta con sé e non consente una routine rassicurante; è comunque importante considerare della particolarità di questi momenti che non vanno resi rigidi ma comunque strutturati in modo che rappresentino occasioni di promozione della socializzazione e di gioco. Infine, l'organizzazione del materiale utile al lavoro, prevalentemente in ambito scolastico, consiste in una delle più grandi difficoltà per il bambino con ADHD poiché è un potenziale distrattore o un sostegno utile agli episodi di iperattività; è comunque possibile programmare delle attività che aiutino l'alunno a migliorare le capacità di pianificazione ed organizzazione, attenuando anche alcuni comportamenti considerati "problema":

infatti è possibile appendere un cartellone dei materiali da utilizzare in classe e preparare uno schema del materiale necessario per ogni materia e compito. Va sottolineato che l'attuazione di queste procedure, nel contesto scolastico, non devono coinvolgere solo il soggetto con ADHD ma l'intera classe, poiché possono rivelarsi una risorsa per tutti ed offrire maggiori occasioni di shaping.<sup>68</sup>

Gli interventi incentrati sulle conseguenze del comportamento sono strategie che hanno l'obiettivo di migliorare il comportamento per mezzo di una relazione contingente con una conseguenza positiva o negativa; si tratta di strategia particolarmente efficaci con soggetti iperattivi e oppositivi. Per programmare un intervento basato sulle conseguenze positive, le quali aumentano la frequenza, l'intensità e la durata del comportamento su cui agisce, prima di tutto è necessario identificare quali sono le conseguenze rinforzanti e ciò avviene principalmente attraverso l'osservazione; l'obiettivo è di portare gradualmente il bambino con ADHD a rinforzarsi autonomamente in seguito ad un comportamento desiderato. I rinforzi possono essere di tipo simbolico oppure sociale. I rinforzi simbolici sono centrali negli interventi di token economy, la quale consiste in una tecnica a punti in cui il bambino guadagna gettoni grazie all'attuazione di comportamenti desiderabili, precedentemente definiti, e scambiarli poi per un accumulo di rinforzi quali cibo, giochi o attività piacevoli. In uno studio, condotto nel 2020, è stato preso in esame un soggetto di 5 anni con ADHD sul quale è stata applicata la token economy al fine di aumentare i tempi attentivi; sulla base di un'osservazione condotta due settimane prima che iniziasse l'intervento ed un'osservazione dopo due settimane dalla sua conclusione è stato rilevato un aumento dei tempi attentivi da 5 minuti a 13 minuti ed è stato osservato anche che l'impegno del genitore e la motivazione del bambino si trovano in una relazione proporzionale (Irianjani & Rohmah, 2020). I rinforzi di tipo sociale sono estremamente efficaci ed economici con i bambini sensibili a questo tipo di rinforzo: infatti questi consistono in attenzioni che l'alludo rivolge al bambino con riconoscimenti, parole gentili ed espressioni di approvazione; il rinforzo sociale comprende l'approccio verbale, ossia degli incoraggiamenti positivi con i quali si descrive il comportamento osservato esprimendo apprezzamento, e non verbale, ovvero gesti come carezze o completi affettuosi che per alcuni soggetti possono mostrarsi ininfluenti o addirittura negativi a causa dell'imbarazzo o della sensibilità. Nell'utilizzo dei rinforzi positivi è fondamentale l'immediatezza, così come la frequenza per la creazione di una solida associazione contingente tra comportamento e rinforzo che consenta poi il passaggio da un incentivo estrinseco ad un incentivo intrinseco nel soggetto con ADHD. Gli interventi che si basano invece su conseguenze negative sono spesso fraintesi ma va compreso che le conseguenze negative sono naturali e non possono es-

---

<sup>68</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti*. (pp. 102-115). Trento: Erickson.

sere evitate nella vita perciò, se attuate nelle corrette condizioni e con i giusti obiettivi sono utili alla modificazione del comportamento. I casi nei quali le conseguenze negative sono utili ed efficaci sono quello in cui un comportamento inappropriato è seguito immediatamente da una conseguenza negativa che innesca quindi una relazione che incoraggia la reiterazione del comportamento non desiderato ed il caso in cui il comportamento inappropriato può essere pericoloso per il bambino e per gli altri; inoltre, questa non deve essere l'unica strategia che l'adulto adotta in un intervento, bensì una strategia premiante dovrebbe precedere una strategia punitiva o comunque si deve integrare le due procedure poiché la strategia punitiva non prevede di fornire al bambino una spiegazione su ciò che è appropriato ma si limita ad informare su ciò che non è corretto. Le conseguenze negative maggiormente utilizzate negli interventi sui bambini con ADHD sono l'ignorare pianificato, il rimprovero e le conseguenze logiche. La tecnica dell'ignorare pianificato consiste nell'ignorare sistematicamente il comportamento-problema quando questo avviene, tale strategia genericamente provoca inizialmente un intensificarsi del comportamento da parte del bambino con lo scopo di riottenere l'attenzione dell'adulto; vi sono delle situazioni in cui questa strategia non può essere attuata, ovvero quando il comportamento è un potenziale pericolo e quando esso è talmente disturbante da rendere impossibile proseguire l'attività che si sta svolgendo. I rimproveri si distinguono tra rimproveri pubblici, i quali sono sconsigliati con i soggetti con ADHD poiché possono rafforzare il comportamento che invece si desidera modificare, ed rimproveri privati, i quali si mostrano più efficaci e di cui fa parte una particolare categoria, costituita dai rimproveri centrati sul comportamento. Questi ultimi prevedono una prima descrizione del comportamento che si desidera, la spiegazione dei motivi per cui è un comportamento desiderabile, un esempio o un consiglio su un comportamento alternativo ed infine l'esplicazione del vantaggio che ne deriva; si tratta di rimproveri efficaci proprio perché escludono commenti svalutativi sul soggetto e mettono in primo piano il comportamento in modo pragmatico. Le conseguenze logiche fanno riferimento alle conseguenze dirette, costituite da eventi spiacevoli, che seguono una determinata azione; lo scopo è di far sì che il bambino sia responsabile per le proprie azioni e per fare questo è bene che egli sia reso consapevole che ogni azione ha una propria conseguenza per mezzo di spiegazioni che vengono fornite dall'adulto, anche per evitare che la conseguenza diretta sia percepita dal bambino come una punizione.<sup>69</sup>

Il punto debole dell'approccio comportamentale è il difficile mantenimento del miglioramento ottenuto nel corso del tempo e nel generalizzare i cambiamenti verificati a situazioni che sono differenti

---

<sup>69</sup> Algici, S. et al. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti*. (pp. 118, 119, 122-126, 130-134). Trento: Erickson.

rispetto a quelle all'interno dell'intervento; inoltre risulta difficoltoso per genitori ed insegnanti sostenere nel lungo periodo un programma comportamentale. Nel tentativo di migliorare questi limiti si è sviluppato l'approccio cognitivo-comportamentale.<sup>70</sup>

L'approccio cognitivo-comportamentale combina di strategie cognitive e l'automonitoraggio con le tecniche della modificazione del comportamento e si focalizza sull'insegnamento diretto al bambino di autocontrollo, sul problem solving, la stima di sé e le relazioni tra pari, ma può trarre beneficio anche l'area delle abilità di adattamento. Vi è una procedura, che può essere attuata per la gestione dell'impulsività, chiamata "self-instruction" nella quale gli individui vengono istruiti nell'utilizzo delle strategie "self-talk" per mezzo di una tecnica che suddivide in diversi step la risoluzione di un problema ipotizzando che queste tecniche verranno poi interiorizzate e possano compensare i deficit di autocontrollo (Hinshaw & Melnick, 1992). Un'altra tecnica è incentrata sul controllo della collera e prevede l'insegnamento dei segnali fisiologici di aumento della collera ai bambini, così come tecniche per farla diminuire o indirizzarla in altro per poterle poi utilizzare in diverse situazioni (Novaco, 1979). L'efficacia del training cognitivo-comportamentale nei bambini con ADHD può aumentare se viene associato ad altre tecniche e se agisce all'interno di un intervento integrato e personalizzato nel quale vengono coinvolti anche i genitori, gli insegnanti ed i pari.<sup>71</sup>

---

<sup>70</sup> Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione e Iperattività. *I.C.C.* Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/i-c-c/>

<sup>71</sup> Chiarenza, G. A., Bianchi, E. & Marzocchi, G. M. (2002). *Linee guida del trattamento cognitivo comportamentale dei Disturbi da Deficit dell'Attenzione con Iperattività (ADHD)*. SINPIA. <https://sinpia.eu/>



## CONCLUSIONI

Approcciandomi al caso dei bambini con ADHD e degli interventi per promuoverne l'inclusione, ho avuto modo di constatare la difficoltà di gestione che il disturbo in oggetto può comportare per le figure coinvolte, come genitori ed insegnanti, a causa della sua manifestazione sintomatologica, ma anche per il soggetto stesso in termini di conseguenze, quali emarginazione, scarsa stima di sé ed importanti problematiche interpersonali; infine, ho quindi constatato la preziosa opportunità che l'inclusione rappresenta nel miglioramento del benessere di tutti gli attori coinvolti nello sviluppo del bambino con ADHD, a partire da lui stesso, per mezzo di interventi come i training, gli interventi comportamentali od i focus group con il gruppo classe. In merito agli scenari inclusivi, ho potuto prendere coscienza di come oggi i termini di 'integrazione' ed 'inclusione' vengano utilizzati come sinonimi dalle istituzioni e nel linguaggio comune e che la conseguenza diretta siano degli interventi che, per diminuire l'emarginazione dei soggetti con una condizione di vulnerabilità, virino spesso verso un'ottica di integrazione invece che di inclusione: infatti in uno scenario inclusivo non ci sarebbe bisogno di etichette diagnostiche o di una didattica al di fuori del contesto classe. Prendendo poi visione delle tappe storiche che hanno portato dall'inserimento, all'integrazione ed infine all'inclusione, ho appurato come tutto questo risulti parte di un processo di passaggio da un costrutto all'altro, il quale si riflette appieno nel contesto in cui esso si verifica: infatti emergono anche dei progressivi cambiamenti nel personale scolastico e delle figure genitoriali rispetto alla sensibilità ed alla preparazione nei confronti del disturbo, grazie principalmente alla conoscenza dello stesso, della sua sintomatologia, delle sue comorbilità e delle tecniche con cui può essere efficacemente gestito nel rispetto dell'inclusione, che risulta necessaria per un buon rapporto con i pari ed un miglioramento dei rapporti interpersonali. In termini realistici, è dunque spontaneo domandarsi se, nella società del XX secolo, si potranno mai avverare degli scenari pienamente inclusivi o se questi rappresentino invece degli scenari, per ora, utopici. La risposta è racchiusa proprio nella storia dell'inserimento e dell'integrazione che hanno preceduto l'inclusione: infatti ognuno di questi è il risultato di nuovi bisogni da parte del contesto, dell'emergere di nuovi pensieri da parte della comunità e di battaglie che prima di allora potevano risultare impensabili; allo stesso modo oggi, l'aumento esponenziale di condizioni con più fragilità come l'ADHD, soprattutto nei bambini, fa emergere come l'inclusione rappresenti una necessità per il futuro, per le istituzioni, per la scuola e per la comunità, poiché questi possano rispondere efficacemente alle necessità odierne.



## BIBLIOGRAFIA

Algisi, S., Bassi, E., Cornoldi, C., Daffi, G., De Meo, T., Dentella, L., Di Pietro, M., Filoramo, G., Giangiacomo, A., Horstmann, K., Ianes, D., Lo Presti, G., Marzocchi, G. M., Offredi, F., Pesenti, S., Prandolini, C., Reffieuna, A., Rinaldi, R., Sanna, G., ... Vio, C. (2013). *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti*. Trento: Erickson.

\* American Psychiatric Association. (2014). *DSM V: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.

Arcangeli, D. (2020). *ADHD. Cosa fare (e non). Guida rapida per insegnanti*. Trento: Erickson.

\* Baltes, P.B., Lindenberger, V., & Staudinger, U.M. (2006). Life span theory in developmental psychology. In R.M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Teoretical models of human development* (6th ed., pp. 569-664). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

\* Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.

\* Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.

[10.1037/0033-2909.121.1.65](https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65)

\* Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

\* Barkley, R. A. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. In E. J. Mash & R. A. Barkley. *Treatment of childhood disorders*. New York: Guildford Press

\* Barkley, R. A. (1998). (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Benton, T. (1991). Biology and Social Science: Why the Return of the Repressed should be given a (Cautious) Welcome. *Sociology*, 25(1), 1-29. <https://doi.org/10.1177/0038038591025001002>

\* Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Byers, R.K., Lord, E.E. (1943). Late Effects of Lead Poisoning on Mental Development. *Am J Dis Child*, 66(5), 471–494. [10.1001/ARCHPEDI.1943.02010230003001](https://doi.org/10.1001/ARCHPEDI.1943.02010230003001)

Capperucci, D. (2018). *Relazione scuola-famiglia e responsabilità educativa: un percorso di ricerca partecipativa per la costruzione del Patto di Corresponsabilità*. *Annali online della Didattica e della Formazione Docente*, 10(15-16), 250-272. <http://dx.doi.org/10.15160/2038-1034/1911>

Capperucci, D., Ciucci, E., Baroncelli, A. (2018). *Relazione scuola-famiglia: alleanza e corresponsabilità educativa*. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 2, 231-253. <https://doi.org/10.13128/RIEF-24495>

Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Eckburg, P., Marsh, W. L., Vaituzis, A. C., Kaysen, D., Hamburger, S. D., & Rapoport, J. L. (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151(12), 1791–1796. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.12.1791>

Castellanos, F.X., Giedd, J.N., Marsh, W.L., Hamburger, S. D., Vaituzis, A. D., Dickstein, D. P., Sarfatti, S. E., Vauss, Y. C., Snell, J. W., Lange, N., Kaysen, D., Krain, A. L., Ritchie, G. F., Rajapakse, J. C. & Rapoport, J. L. (1996). Quantitative Brain Magnetic Resonance Imaging in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 53(7), 607–616. [10.1001/archpsyc.1996.01830070053009](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830070053009)

Cocker, T. R., Elliot, M. N., Kataoka, S., Schwebel, D. C., Mrung, S., Grunbaum, J. A., Cuccaro, P., Peskin, M. F. & Schuster, M. A. (2009). Racial/Ethnic Disparities in the Mental Health Care Utilization of Fifth Grade Children. *Disparities: Mental Health Care Use, Risk of Developmental Disorders*, 9(2), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2008.11.007>

Douglas V.I e Perry PA. (1983), Effects of reward on delayed reaction time task performance of hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11(2), 313-326. [10.1007/BF00912094](https://doi.org/10.1007/BF00912094)

European Agency for Development in Special Needs Education. (2011). *Teacher education for inclusion: profile of inclusive teachers*. Brussels: Europa Agency for Development in Special Needs Education.

Gartner, A., & Lipsky, D.K. (1987). Beyond special education: Toward a quality system for all students. *Harvard educational review*, 57(4), 367-396. <https://doi.org/10.17763/haer.57.4.kj517305-m7761218>

Goodman, R. & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity--II. The aetiological role of genes, family relationships and perinatal adversity. *J Child Psychol Psychiatry*, 30(5), 691-709. [10.1111/j.1469-7610.1989.tb00782.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00782.x)

Grenell, M.M., Glass, C.R. & Katz, K.S. (1987). Hyperactive children and peer interaction: knowledge and performance of social skills. *J Abnorm Child Psychol*, 15(1), 1-13. [10.1007/BF00916462](https://doi.org/10.1007/BF00916462)

\* Gruppo, M. (1983). *Psicologia dell'educazione, aspetti psicologici*. Milano: Edizioni Unicopli.

Guevremont, D. C., DuPaul, G. J., & Barkley, R. A. (1990). Diagnosis and assessment of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in children. *Journal of School Psychology*, 28(1), 51–78. [https://doi.org/10.1016/0022-4405\(90\)90036-7](https://doi.org/10.1016/0022-4405(90)90036-7)

Hervey-Jumper, H., Douyon, K., Falcone, T., & Franco, K. N. (2008). Identifying, Evaluating, Diagnosing, and Treating ADHD in Minority Youth. *Journal of Attention Disorders*, 11(5), 522–528. <https://doi.org/10.1177/1087054707311054>

Heyd-Metzuyanım, E., & Sfard, A. (2012). Identity struggles in the mathematics classroom: On learning mathematics as an interplay of mathematizing and identifying. *International Journal of Educational Research*, 51, 128-145. [10.1016/j.ijer.2011.12.015](https://doi.org/10.1016/j.ijer.2011.12.015)

Hinshaw, S.P., Melnick, S. (1992). Self-management therapies and attention-deficit hyperactivity disorder: reinforced self-evaluation and anger control interventions. *Behavior Modification*, 16, 253-273. [10.1177/01454455920162006](https://doi.org/10.1177/01454455920162006)

Hornstra, R., van der Oord, S., Staff, A. I., Hoekstra, P. J., Oosterlaan, J., van der Veen Mulders, L., Luman, M., & van den Hoofdakker, B. J. (2021). Which Techniques Work in Behavioral Parent Training for Children with ADHD? A Randomized Controlled Microtrial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(6), 888–903. <https://doi.org/10.1080/15374416.2021.1955368>

Irianjani, N. D., & Rohmah, F. A. (2020). Applying token economy to improve attention of child with ADHD. *Journal of Early Childhood Care and Education*, 3(1). <https://doi.org/10.26555/jecce.v3i1.1926>

Istituto Italiano di Statistica ISTAT (2014). *Istruzione e formazione*. Recuperato da <https://www.istat.it/it/files/2014/11/C07.pdf>

Kim, M., King, M. D. & Jennings, J. (2019). ADHD remission, inclusive special education, and socioeconomic disparities. *SMM-Population Health*, 8, 2-10. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100420>

Kos, J., Richdale, A., & Hay, D. (2006). Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and their Teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(2), 147-160, <https://doi.org/10.1080/10349120600716125>

\* Lebovici, S. (1983). *Le nourisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*. Paris: Le Centurion.

Levin, P. M. (1938). Restlessness in Children. *Arch NeurPsych*. 34(4), 764–770. [10.1001/ARCH-PEDI.1952.02050050017001](https://doi.org/10.1001/ARCH-PEDI.1952.02050050017001)

\* Link, B.G., & Phelan, J.C. (2013). Labeling and stigma. In C.S. Aneshensel, J.C. Phelan, & A. Bierman (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 525-541). Netherlands: Springer.

Madsen, K.B., Ersbøll, A.K., Olsen, J. (2015). Geographic analysis of the variation in the incidence of ADHD in a country with free access to healthcare: a Danish cohort study. *Int J Health Geogr* 14(24). <https://doi.org/10.1186/s12942-015-0018-4>

Magyar-Moe, J.L., Owens, R.L., & Conoley, C.W. (2015). Positive psychological interventions in counseling what every counseling psychologist should know. *The Counseling Psychologist*, 43(4), 508-557. <https://doi.org/10.1177/0011000015573776>

Mc Clary, S. (2013). *Disability bias*. <http://www2.indstate.edu/diversity/docs/Disability%20Bias%20final.pdf>

Meyer, E., Byers, R. K. (1952). Measles Encephalitis: A Follow-Up Study of Sixteen Patients. *AMA Am J Dis Child*, 84(2), 543–579. [10.1001/ARCHPEDI.1952.02050050017001](https://doi.org/10.1001/ARCHPEDI.1952.02050050017001)

Mezzanotte, C. (2020). Policy approaches and practices for the inclusion of students with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *OECD Education Working Papers*, 238(238). <https://dx.doi.org/10.1787/49af95e0-en>

Milich, R., Dodge, K.A. (1984). Social information processing in child psychiatric populations. *J Abnorm Child Psychol*, 12(3), 471-89. [10.1007/BF00910660](https://doi.org/10.1007/BF00910660)

\* Minow, M. (1990). *Making all the difference*. London: Cornell University Press.

Nota, L., Ferrari, L., & Soresi, S. (2006). Facilitating school inclusion. *International Journal on Disability and Human Development*, 5, 232-33 1. <https://doi.org/10.1515/IJDHD.2006.5.4.323>

Nota, L., Soresi, S., Di Maggio, I., Ginevra, M. C., Ferrari, L., Sgaramella, T. M., & Santilli, S. (2015). *Tutti diversamente a scuola. L'inclusione scolastica nel XXI secolo*. Padova, PD: C.L.E.U.P.

\* Novaco, R.W. (1979). The cognitive regulation of anger and stress. In Kendall, P.D., Hollon, S.D. (Eds.). *Cognitive-Behavioral Interventions: Theory, Research, and Procedures*. New York: Academic Press, pp. 241-285.

OECD. (2019). Teachers and School Leaders as Lifelong Learners. *TALIS 2018 Results Vol.1*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/23129638>

Olaniyan, O., dosReis, S., Garriett, V., Mychailyszyn, M. P., Anixt, J., Rowe, P. C. & Cheng, T. L. (2007). Community Perspectives of Childhood Behavioral Problems and ADHD Among African American Parents. *Ambulatory Pediatrics*, 7(3), 226-231. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2007.02.002>

Piccioli, M. (2019). Il processo italiano di inclusione scolastica nella prospettiva internazionale: i Disability Studies come sviluppo inclusivo. *Formazione, Lavoro, Persona*, 20, 92-99.

Poggi, L., Volpe, B. R., & Fava Viziello, G. (1986). The imaginary and the real child: From pregnancy to motherhood. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 53(6), 661-672.

Posner, M. & Petersen, S. E. (1990). The Attention System of the Human Brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13(1), 25-42. [10.1146/annurev.ne.13.030190.000325](https://doi.org/10.1146/annurev.ne.13.030190.000325)

Quinn, P. O. (2005). Treating adolescent girls and women with ADHD: Gender-Specific issues. *Journal of Clinical Psychology*, 51(5), 579-587. <https://doi.org/10.1002/jclp.20121>

Rizzuto, R., Mapelli, D., Pievani, T., Mascia, M., Nota, L., Scuttari, A., Griffio, G., Carraro, S., Dolso, M. T., Gallo, D., Rossi, M. C., Voci, A., Santilli, S., Ginevra, M. C., Di Maggio, I., Santi, M., Ghedin, E., Acquario, D., Miotto, A., ... Zatti, B. (2019). *Diritti umani e inclusione*. Bologna: Il Mulino.

\* Ross, D. M., & Ross, S. A. (1982). *Hyperactivity*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.



Russel, G., Ford, T., Rosenberg, R. & Kelly, S. (2013). The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: alternative explanations and evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(3), 436-445. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12170>

Sergeant, J., Van der Meere, J.J. (1990). Additive factor method applied to psychopathology with special reference to childhood hyperactivity. *Acta Psychologica*, 74(2-3), 277-295. [https://doi.org/10.1016/0001-6918\(90\)90009-5](https://doi.org/10.1016/0001-6918(90)90009-5)

\* Sergeant J.A., Van der Meere J.J. e Oosterlaan J. (1999). Information processing and energetic factors in attention-deficit/hyperactivity disorder. In H.C.Quay e A. Hogan (Eds.). *Handbook of disruptive behavior disorders*, 75-104. New York: Plenum.

Shirley, M. (1939). A Behavior Syndrome Characterizing Prematurely-Born Children. *Child Development*, 10(2), 115-128. <https://doi.org/10.2307/1125474>

Shogren, K.A., Luckasson, R., & Schalock, R.L. (2014). The definition of "context" and its application in the field of intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(2), 109-116. <https://doi.org/10.1111/jppi.12077>

Sicurello, R. (2022). La formazione in servizio del personale docente ai fini dell'inclusione degli alunni con disabilità: il punto di vista dei docenti della provincia di Agrigento. *Lifelong, Lifewide, Learning*, 18(40), 124-138.

Sieg, K.G., Gaffney, G.R., Preston, D.F. & Hellings, J.A. (1995) SPECT brain imaging abnormalities in attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Nucl Med*, 20(1), 55-60.  
[10.1097/00003072-199501000-00014](https://doi.org/10.1097/00003072-199501000-00014)

\* Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. (2006). *Linee Guida per il DDAI e i DSA*. Trento: Erickson.

\* Soresi, S. (2016). *Psicologia della disabilità*. Bologna: Il Mulino.

\* Soresi, S., & Nota L., (2001). *La facilitazione dell'integrazione scolastica*. Pordenone: Erip Editrice.

Soresi, S., Nota, L., & Wehmeyer, M.L. (2011). Community involvement in promoting inclusion, participation, and self-determination. *International Journal of Inclusive Education*, 15, 15-28. <https://doi.org/10.1080/13603116.2010.496189>

\* Soulé, M. (1982). L'enfant dans la tête — l'enfant imaginaire: sa valeur structurante dans les échanges mère-enfant. In T.B. Brazelton et al. *La dynamique du nourisson*. Paris: E.S.F.

Still, G. F. (1902). The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children. *The Lancet*, 1, 1008-1012. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)74901-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)74901-X)

Subcommittee On Children And Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactive Disorder (2019), "Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents", *Pediatrics*, 144(4), 2019-2528. [10.1542/peds.2019-2528](https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528)

Swanson, J. M., Kraemer, H.C., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., Conners, C.K., Abikoff, H.B., Clevenger, W., Davies, M., Elliott, G.R., Greenhill, L.L., Hechtmen, L., Hoza, B., Jensen, B.P., March, J.S., Newcorn, J. H., Owens, E.B., Pelham, W.E., Schiller, E., Severe, J.B., Simpson, S., Vitiello, B., Wells, K., Wigal, T. & Wu, M. (2001). Clinical Relevance of the Primary Findings of the MTA: Success Rates Based on Severity of ADHD and ODD Symptoms at the End of Treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 168-179. <https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00011>

Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O. & Langley, K. (2013). Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3-16. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>

\* UNESCO (2009). *Policy Guidelines on Inclusion in Education*. France: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

\* UNESCO (2009). *Policy Guidelines on Inclusion in Education*. France: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

\* Vio C., Marzocchi G.M. e Offredi F. (1999). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*. Trento: Erickson.

\* Wender, P. H. (1971). *Minimal Brain Dysfunction in Children*. New York: John Wiley & Sons.

Whalen, C.K., Henker, B. (1991). Therapies for hyperactive children: comparisons, combinations and compromises. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 126-137. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.126>

Yaghmaei, S., Malekpour, M., & Ghamarani, A. (2019). The Effectiveness of Barkley's Parent Training on Social Skills of Students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Social Behavior Research & Health*, 3(1), 349-359. <https://doi.org/10.18502/sbrh.v3i1.1039>

Zorzi, S., Nota, L., & Ginevra, M.C. (2015). *Collaborazione, aiuto e solidarietà: Un programma per la scuola secondaria di secondo grado*. Comunicazione orale al Congresso "Il Counselling e l'Orientamento in Italia e in Europa", Ottobre, Padova.

Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J. A. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003018.pub3>

\* = opere non direttamente consultate

## **SITOGRAFIA**

ADHD Institute (2019), *Non-pharmacological therapy*. Recuperato da <https://adhd-institute.com/disease-%20management/non-pharmacological-therapy/>

ADHD Institute. (2019). *Epidemiology*. Recuperato da <https://adhd-institute.com/burden-of-adhd/epidemiology/>

Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione e Iperattività. *Eziologia*. Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/eziologia/>

Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione e Iperattività. *I.C.C.* Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/i-c-c/>

Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione e Iperattività. *Modelli Interpretativi*. Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/modelli-interpretativi/>

Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione e Iperattività. *Parent training*. Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/parent-training/>

Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione e Iperattività. *Storia*. Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/storia/>

Associazione Italiana per i Disturbi di Attenzione e Iperattività. *Tecniche comportamentali*. Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/tecniche-comportamentali/>

Camera dei Deputati & Senato della Repubblica. (1992). *Legge 5 febbraio 1992, n. 104: Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*. Gazzetta Ufficiale. Recuperato da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1992/02/17/092G0108/sg>

Camera dei Deputati & Senato della Repubblica. (2003). *Legge 28 marzo 2003, n. 53: Delega al Governo per la definizione delle norme generali sull'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale*. Gazzetta Ufficiale. Recuperato da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2003/04/02/003G0065/sg>

Camera dei Deputati & Senato della Repubblica. (2010). *Legge 8 ottobre 2010, n. 170: Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico*. Gazzetta Ufficiale. Recuperato da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2010/10/18/010G0192/sg>

Camera dei Deputati & Senato della Repubblica. *Legge 11 febbraio 1980, n. 18: Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili*. Gazzetta Ufficiale. Recuperato da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1980/02/14/080U0018/sg>

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Symptoms and Diagnosis*. Recuperato da <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/diagnosis.html>

Chiarenza, G. A., Bianchi, E. & Marzocchi, G. M. (2002). *Linee guida del trattamento cognitivo comportamentale dei Disturbi da Deficit dell'Attenzione con Iperattività (ADHD)*. SINPIA. Recuperato da <https://sinpia.eu/>

Child Mind Institute. (2019). *Side Effects of ADHD Medication*. Recuperato da <https://child-mind.org/article/side-effects-of-adhd-medication/>

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca & Dipartimento per l'Istruzione. (2013). *Circolare Ministeriale 6 marzo 2013, n. 8: Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica*. (Prot. N. 561). Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/circolare-miur/>

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Dipartimento per l'Istruzione, Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione & Ufficio Quarto. (2008). *Circolare Ministeriale 7 ottobre 2008*. (Prot. n. 4226/P4°). Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/circolare-miur/>

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. (2012). *Direttiva Ministeriale 27 dicembre 2012, n. 8: Strumenti di intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione*. Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/circolare-miur/>

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca., Dipartimento per l'Istruzione, Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione & Dirigente dell'Ufficio 4. (2012). *Circolare Ministeriale 20 marzo 2012*. (Prot. n. Ooo1395). Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/circolare-miur/>

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca., Dipartimento per l'Istruzione, Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione & Ufficio 4. (2009). *Circolare Ministeriale 4 dicembre 2009*. (Prot. n. 6013). Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/circolare-miur/>

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca., Dipartimento per l'Istruzione, Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione & Ufficio 6. (2010). *Circolare Ministeriale 15 giugno 2010*. (Prot. n. 4089). Recuperato da <https://www.aidaiassociazione.com/circolare-miur/>

Ministero dell'Istruzione. (2021). *Decreto Direttoriale 21 giugno 2021, n. 188: Formazione del personale docente ai fini dell'inclusione degli alunni con disabilità*. Recuperato da <https://www.miur.gov.it/-/decreto-direttoriale-n-188-del-21-giugno-2021>

National Health Service. (2018). *Treatment - ADHD*. Recuperato da <https://www.nhs.uk/conditions/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/treatment/>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *NICE guideline 2018. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*. Recuperato da <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>

World Health Organization. (2002). *Gender and mental health*. World Health Organization. Recuperato da <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68884>

Young, S. (2014). *Tante grazie, ma io non sono la vostra ispirazione*. Recuperato da [https://www.ted.com/talks/stella\\_young\\_i\\_m\\_not\\_your\\_inspiration\\_thank\\_you\\_very\\_much?utm\\_campaign=ted-spread&utm\\_medium=referral&utm\\_source=tedcomshare](https://www.ted.com/talks/stella_young_i_m_not_your_inspiration_thank_you_very_much?utm_campaign=ted-spread&utm_medium=referral&utm_source=tedcomshare)