

La disabilità e la persona disabile

Dr.ssa Ilaria Guidali
Dr. Alberto Ronzani

Disabilità: una definizione

- La **disabilità** è la condizione di chi, in seguito a una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale.

- 
- La disabilità può essere di tre tipi:
 - fisica
 - psichica
 - sensoriale

- 
- Ci occuperemo nella nostra lezione più specificatamente della disabilità psichica

Le intelligenze multiple di Howard Gardner

- Il primo psicologo che ha parlato delle intelligenze multiple è stato Gardner nel 1983
- Il punto di partenza della sua teoria è la convinzione che non si possa ricondurre l'intelligenza a una realtà unidimensionale misurabile da un singolo numero ovvero da un punteggio di QI
- Secondo Gardner ogni persona è dotata di almeno 7 (o anche 9) intelligenze

1. **Intelligenza logico-matematica:** capacità di usare i numeri in maniera efficace e di saper ragionare bene
2. **Intelligenza linguistico-verbale:** capacità di usare le parole in modo efficace sia oralmente che per iscritto
3. **Intelligenza kinestetica:** abilità nell'uso del proprio corpo per esprimere idee e sentimenti e facilità di usare le proprie mani per produrre o trasformare cose
4. **Intelligenza visivo-spaziale:** abilità a percepire il mondo visivo/spaziale accuratamente e operare trasformazioni su quelle percezioni

5. Intelligenza musicale: capacità di percepire, discriminare, trasformare ed esprimere forme musicali (altezze dei suoni, timbri e ritmi)

6. Intelligenza intrapersonale: buona consapevolezza di sé, dei propri stati d'animo più profondi, delle intenzioni, dei desideri e capacità di incanalare le proprie emozioni in forme socialmente accettabili

7. Intelligenza interpersonale: abilità di percepire e interpretare stati d'animo, motivazioni, intenzioni e sentimenti altrui



8. Intelligenza naturalistica: sensibilità e cura dell'ambiente

9. Intelligenza esistenziale: capacità di riflettere sulle tematiche fondamentali della propria esistenza

Cos'è la disabilità intellettiva

- Le cause della disabilità intellettiva possono essere di natura genetica o non genetica.

Cause genetiche

- Si parla di cause genetiche, qualora siano presenti anomalie in un singolo gene oppure anomalie strutturali dei cromosomi

Cause non genetiche

- Le cause non genetiche, invece, sono quelle che si determinano a livello biologico e possono originarsi in diversi momenti della vita di un individuo: possono determinarsi prima della nascita (si parla di cause pre-natali), durante il parto (prematurità ed asfissia), oppure per patologie sopravvenute dopo il parto (ad esempio encefaliti, meningiti o traumi cranici).

Gradi di disabilità intellettiva

Possono essere specificati 4 diversi gradi di ritardo intellettivo:

- **lieve** (85% dei casi), QI da 70 a 50
- **medio** (10%), QI da 50 a 35
- **grave** (3-4%), QI da 35 a 20
- **gravissimo** (1-2%), QI inferiore a 20

Ritardo lieve

- Il ritardo lieve è difficilmente evidenziabile nei primi anni di vita, questo perché nei bambini così piccoli le difficoltà motorie, prassiche e linguistiche non sono molto visibili, inoltre la compromissione in queste aree è lieve e non facilmente distinguibile dalle capacità dei bambini senza ritardo fino ad una età più avanzata.

Ritardo lieve

- Possono conseguire un'autonomia sociale e lavorativa adeguata per un livello minimo di autosostentamento, ma ugualmente necessiteranno di supporto.



Ritardo medio

- Gli individui affetti da tale patologia, anche da adulti, difficilmente oltrepassano un'età mentale di 5-7 anni.
- Presentano discrete capacità comunicative e con supervisione possono provvedere alla cura della propria persona e allo svolgimento di lavori semplici.

Ritardo medio

- I soggetti hanno relativa autonomia nei luoghi familiari e possono discretamente adattarsi alla vita nel contesto sociale, imparando magari a spostarsi senza aiuto impiegando mezzi pubblici (ma solo se precedentemente abituati).



Ritardo medio

- A scuola, inoltre, viene evidenziato lo sviluppo disarmonico delle discipline (possono, per esempio, acquisire maggiori competenze in campo matematico che in quello linguistico). Di fatto, anche nel calcolo in genere riescono a contare ma difficilmente a compiere operazioni.

Ritardo medio

- Mentre a livello sociale i bambini con ritardo medio tendono a sentirsi isolati rispetto ai loro compagni poiché riescono ad acquisire una certa consapevolezza della loro condizione.
- La Sindrome di Down e la Sindrome di Turner (anche la sclerosi tuberosa, così come i casi lievi della Sindrome di Rett) sono due cause piuttosto frequenti di ritardo mentale medio.

Ritardo grave

- L'età mentale dell'individuo, in genere, si ferma ai 2-3 anni. Lo sviluppo psicomotorio è acquisito con notevole ritardo e solitamente imparano a camminare verso o in seguito ai 24 mesi presentando anche durante la crescita goffaggine motoria. Quindi, anche da adulti hanno difficoltà ad eseguire delle prestazioni motorie.
- I livelli del linguaggio sono minimi o assenti, per lo più presenta l'olofrase tipica del periodo sensomotorio ma durante il periodo scolastico possono imparare a parlare e ad acquisire capacità per riconoscere parole semplici legate ai bisogni primari.



Ritardo grave

- Se opportunamente supportato, l'individuo può acquisire una competenza basilare della cura di sé e le capacità di svolgere attività lavorative molto semplici in ambienti protetti e in presenza di personale specializzato.
- Il beneficio scolastico è limitato all'insegnamento di materie prescolastiche. Sentendosi incapace di far fronte agli eventi, il soggetto può soffrire di alcune forme di frustrazione. I casi gravi di autismo e la maggior parte dei malati di Sindrome di Rett sono cause non rare alla base di un ritardo mentale grave.

Ritardo gravissimo

- Il soggetto presenta una età mentale inferiore ai 2 anni e non è in grado di svolgere le principali funzioni della vita quotidiana. La vita di relazione è per lo più ridotta. Linguaggio per lo più assente o fortemente compromesso con non più di 10/20 parole comprensibili con difficoltà. La necessità di sostegno è pervasiva, occupa tutta la durata della vita e deve essere continua.

Da ricordare...



- La disabilità intellettiva si associa frequentemente a malattie psichiatriche, la cui incidenza è superiore di tre-quattro volte rispetto al resto della popolazione. Ogni patologia psichiatrica può quindi sovrapporsi al ritardo mentale ed anzi il ritardo mentale stesso è uno dei più importanti fattori di vulnerabilità psichiatrica.

- I disturbi psichici più frequenti sono le psicosi, la depressione, i disturbi della condotta, i disturbi d'ansia e il disturbo da deficit di attenzione e iperattività.



- Inoltre, si può parlare di ritardo mentale con gravità non specificata quando c'è un forte motivo di supporre ritardo mentale, ma non si ha modo di valutare l'intelligenza del soggetto attraverso test standardizzati (ad esempio in soggetti troppo compromessi o non collaborativi).



- Il periodo iniziale in cui si nota il problema è quello dell'inserimento nella frequenza scolastica, quando possono sopraggiungere difficoltà nell'apprendimento. Infatti, spesso si consiglia la permanenza nella scuola dell'infanzia fino ai 6 anni perché questi bambini imparano a leggere e scrivere tardivamente rispetto alla norma e generalmente intorno all'età di 7-8 anni.



- Per quanto riguarda l'apprendimento scolastico, comprensione e uso del linguaggio, il vocabolario appreso resta piuttosto limitato e manifestano difficoltà a cogliere i nessi logici.



Nel RM si assiste a:

- **Riduzione delle funzioni esecutive**
(attenzione, memoria, rappresentazione, linguaggio)
- **Facilitazione delle condotte imitative e stereotipe con riduzione di autonomia e originalità.**
- **Riduzione della capacità di astrarre dall'esperienza, di costruire operazioni mentali, di formulare ipotesi e deduzioni.**

- 
- **Nel RM fondamentale appare il problema della carenza del comportamento strategico**
 - **Emerge una difficoltà alla gestione consapevole dei propri strumenti mentali e delle proprie conoscenze**

- Spesso un soggetto con RM ha **scarsa consapevolezza delle proprie capacità** perché **cerca attivamente di evitare il contatto doloroso con un funzionamento mentale difettoso**



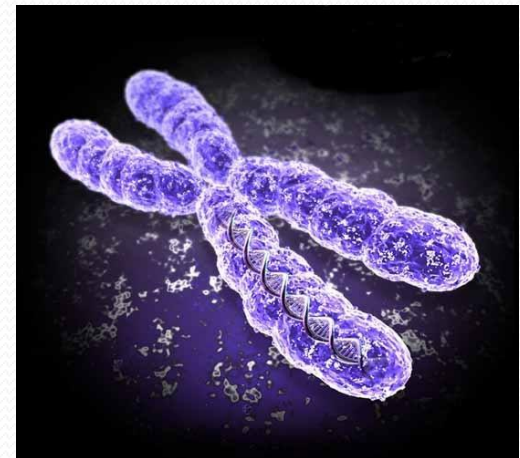
- Gran parte delle esperienze della sua vita sono contrassegnate da fallimenti ed insuccessi, in particolare soggetti con RML sono portati a costruirsi una **rappresentazione mentale del loro rapporto con la realtà dominata da aspettative di insuccesso**; ciò riduce in modo marcato la motivazione fino a condotte sistematiche di rinuncia ed evitamento.



Patologie più diffuse

- Tra le patologie esistenti, alcune hanno una incidenza rilevante. Le più diffuse sono:
- **Le encefalopatie infantili** consistono in una lesione a carico del cervello e possono essere determinate da molteplici fattori (genetici, vascolari, traumatici, infettivi, tossici). Si determinano durante la gestazione, il parto o nei primi anni di vita del bambino. Le possibili conseguenze possono essere molto diverse a seconda del tipo e grado di lesione e possono determinare patologie differenti.

- **La Sindrome di Down** ha una origine genetica. E' caratterizzata dalla presenza di un cromosoma in più nelle cellule: in particolare vi sono tre cromosomi 21 invece di due (da qui il nome di trisomia 21).



- Una persona con la Sindrome di Down è soggetta con maggior frequenza a patologie fisiche.
- E' presente ritardo mentale, ma di entità molto variabile da persona a persona.

EPILESSIA

- L'epilessia è una malattia permanente le cui manifestazioni cliniche sono intermittenti.
- Avendo per solo tratto comune il carattere parossistico, le crisi di epilessia assumono aspetti clinici molto diversi:
 1. Grande crisi tonico-clonica dell'epilessia generalizzata
 2. Piccolo male tipo assenza o tipo mioclonico
 3. Crisi localizzata motoria o sensitiva
 4. Crisi sensoriale
 5. Crisi psicomotoria dell'epilessia temporale

- 
- L'epilessia non dipende da un'unica eziologia:
 - Talvolta è SINTOMATICA di una lesione acquisita del cervello
 - Altre volte è in apparenza primitiva o «idiopatica» con o senza predisposizione familiare

EPILESSIE GENERALIZZATE

- «GRANDE MALE» O EPILESSIA TONICO-CLONICA
 - Crisi ad esordio improvviso
 - Con perdita di coscienza e manifestazioni che si succedono in 3 fasi che durano circa 5 /10 minuti
1. FASE TONICA: Contrazione intensa e generalizzata dei muscoli degli arti, del rachide, del torace e della faccia avente come conseguenza apnea, cianosi e morsicatura della lingua.
 2. FASE CLONICA: Scosse muscolari brusche, generalizzate e sincrone, dapprima ravvicinate e poi distanziate

3. FASE DI RILASSAMENTO: Coma profondo con risoluzione muscolare generalizzata, respirazione affannosa, perdita di saliva e di urine.

PICCOLO MALE TIPO ASSENZA. Le “assenze” epilettiche consistono in una breve sospensione della coscienza, durano pochi secondi, non provocano caduta e sono frequenti nei bambini in età scolare; comportano arresto dell'attività, sguardo fisso, assenza di risposte.

Le assenze si ripetono con varia frequenza, potendo raggiungere molte decine al giorno.

- **PICCOLO MALE MIOCLONICO:** Scosse muscolari involontarie bilaterali e sincrone più frequenti agli arti superiori o inferiori. Più frequenti in adolescenza o in età adulta, al mattino dopo il risveglio.

CRISI PARZIALI.

- Possono essere MOTORIE, SENSITIVE O SENSORIALI. Sono localizzate a singole parti del corpo e possono assumere carattere migratorio. Possono secondariamente generalizzare e provocare perdita di coscienza.

COME SI DIAGNOSTICANO

1. OSSERVAZIONE CLINICA DELLE CRISI
2. EEG
3. EEG 24 ORE
4. VIDEOTELEMETRIA

TRATTAMENTO

TERAPIA CRONICA CONTINUATIVA CON
ANTIEPILETTICI : ACIDO VALPROICO (DEPAKIN),
CARBAMAZEPINA (TEGRETOL), PHENOBARBITAL (GARDENALE), LAMOTRIGINA....

LA CRISI EPILETTICA SE RIPETUTA O PROLUNGATA
VA TRATTATA CON VALIUM PER VIA RETTALE O
ENDOVENA.

Disturbi dello spettro autistico

- Sono caratterizzati da deficit della comunicazione, dell'interazione sociale e da problemi di comportamento.



- 
- **L'autismo** è un disturbo pervasivo dello sviluppo che ha un'alta correlazione con la disabilità intellettiva.
 - Sebbene le cause dell'autismo non siano ancora del tutto note, sembra essere presente una significativa componente genetica.

Come avvicinarsi alla disabilità?

Nel corso degli ultimi decenni si è sviluppato un diverso approccio alla disabilità in senso generale.

Da un concetto di custodialismo e quindi di emarginazione sociale in cui la disabilità era vissuta come elemento discriminante si sta oggi sempre più affermando un approccio basato sulla qualità della vita della persona.



L'impatto della condizione di disabilità sulla qualità di vita delle persone può essere particolarmente rilevante, coinvolgendo in maniera importante anche il nucleo familiare di origine.



La persona con disabilità intellettiva necessita di una rete sociale che lo sostenga, composta dai familiari, dai servizi di riferimento, dalle istituzioni, dal quadro normativo e dalle risorse sul territorio.



Compito degli operatori sociali è quello di individuare e valutare un progetto individuale basato sui bisogni delle persone, al fine di favorirne lo sviluppo delle capacità di integrazione e partecipazione alla vita sociale.



DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- Difficoltà di controllo e di gestione delle proprie emozioni
- Incapacità di conformare il proprio comportamento alle richieste dell'ambiente
- Scarsa capacità di prendere in considerazione il punto di vista altrui
- Bisogno impellente di soddisfazione delle proprie necessità con pretesa di priorità su tutto e su tutti



- 
- Rendimento scolastico al di sotto delle competenze intellettive
 - Aggressività, rabbia, oppositività, provocazione, trasgressione delle norme sociali e morali

DISTURBI DA COMPORTAMENTO DIROMPENTE

1. Disturbo oppositivo-provocatorio
2. Disturbo esplosivo intermittente ricorrente
3. Disturbo della condotta (ad esordio infantile o adolescenziale)

DISTURBO OPPOSITIVO- PROVOCATORIO

Il D.O.P. si inserisce nella categoria dei disturbi da comportamento dirompente e costituisce una patologia Npi nella quale è presente una modalità comportamentale ricorrente di tipo negativistico, provocatorio, disubbidiente ed ostile nei confronti delle figure dotate di autorità che persiste per almeno 6 mesi.

CRITERI DIAGNOSTICI

ALMENO 1 DEI SEGUENTI COMPORTAMENTI

- Perdita di controllo
- Litigi con adulti
- Opposizione attiva o rifiuto di rispettare regole o richieste di adulti
- Azioni deliberate che danno fastidio agli altri
- Accuse agli altri dei propri sbagli o del proprio cattivo comportamento



- Suscettibilità o fastidio nei confronti degli altri
- Essere collerico o risentirsi
- Essere dispettoso o vendicativo



Comportamenti che devono essere più frequenti di quanto compaiono in soggetti di pari età e comportare una significativa compromissione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

- 
- Il soggetto con DOP non ha piena consapevolezza circa la disfunzionalità del proprio comportamento che al contrario viene percepito come risposta funzionale al fronteggiamento di un ambiente frustrante
 - Ciò provoca l'allargamento della cerchia dei destinatari del comportamento stesso

- 
- CON GLI ADULTI si instaurano dinamiche verbali connotate dal non riconoscimento del ruolo, svalutazione, derisione
 - CON I PARI prevalgono condotte volte al dominio, alla prevaricazione e all'intimidazione che rendono difficoltoso lo svolgimento di attività ludico-ricreative e strutturate

SCARSA
COMPETENZA
RELAZIONALE



IDEA
SFAVOREVOLE
DI Sè



GIUDIZI
ESPRESSI
DALL'ALTRO



BASSA AUTOSTIMA



La sintomatologia del DOP
compare in modo graduale,
generalmente prima degli 8 anni
e non oltre il periodo
adolescenziale.

La sintomatologia deve assumere
forme frequenti e gravi.

L'AGGRESSIVITÀ FASE-SPECIFICA DEL DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO

Prima infanzia (età prescolare)

- Risposta a uno stile genitoriale incoerente o autoritario

Seconda infanzia (inserimento nei percorsi di istruzione formale)

- Comparsa dei primi comportamenti antisociali
- Ribellione nei confronti dell'autorità
- Rifiuto di esecuzione delle consegne

- 
- Mancato svolgimento dei compiti
 - Mancanza di attenzione a quanto viene detto
 - Scarso rendimento scolastico
 - Mancata integrazione nel gruppo classe
 - Rifiuto da parte degli insegnanti e dei coetanei
 - Isolamento sociale

Terza infanzia (periodo di passaggio dall'infanzia all'adolescenza)

Entrata nelle baby-gangs

- Costruzione di rapporti interpersonali con individui che presentano l'insuccesso e il fallimento come tratto identitario
- Rinforzo del comportamento antisociale
- Estrema riduzione delle probabilità di successo scolastico e sociale

Adolescenza

- Consolidamento della personalità non ancora definitivo
- Permeabilità al trattamento del comportamento aggressivo

Età adulta

Consolidamento e amplificazione dell'aggressività, dell'ostilità e della provocazione

- Insorgenza della personalità antisociale

FATTORI CHE INFLUENZANO LA VARIABILITA' DEL DECORSO DEL DOP

- Integrità del contesto familiare
- Comorbilità con altri disturbi quali: disturbo da uso di sostanze, disturbo di apprendimento e di comunicazione, ADHD, disturbo dell'umore e ritardo mentale
- Gravità del problema

TERAPIE FARMACOLOGICHE

Efficaci solo se in comorbidità
con:

- ADHD (METILFENIDATO)
- DISTURBO D'ANSIA (BZD)
- DISTURBO DELL'UMORE (AD)

DISTURBO DELLA CONDOTTA

Il Disturbo di Condotta è un **disturbo psichiatrico** ad esordio in **età evolutiva**, relativamente frequente, caratterizzato da un pattern ripetitivo e persistente di comportamenti antisociali, aggressivi / non aggressivi, di violazione delle regole e norme sociali appropriate all'età. Tali comportamenti sono correlati ad una disfunzione dell'individuo.

Il Disturbo comporta un considerevole carico di sofferenza per il paziente stesso, la sua famiglia e la società. In molti casi, il Disturbo di Condotta è preceduto e associato al DOP.

Criteri DC (DSM - V)

- A. Almeno **3 sintomi** tra quelli presenti nelle seguenti **4 categorie**, presenti da almeno **12 mesi** (almeno **1 criterio** negli **ultimi 3 mesi**)

Aggressioni a persone o animali:

1. è prepotente, minaccia o intimorisce gli altri
2. dà inizio a colluttazioni fisiche
3. usa un'arma che può causare danni ad altri
(bastone, barra, bottiglia rotta, coltello, pistola)

4.è fisicamente crudele con le persone

5.è fisicamente crudele con gli animali

6.ruba affrontando la vittima (aggressione, scippo, estorsione, rapina a mano armata)

7.forza qualcuno ad attività sessuali

Distruzione della proprietà:

8.appicca il fuoco con l'intenzione di causare seri danni

9.distrugge deliberatamente proprietà altrui

Frode o furto:

10.entra in edificio, domicilio o automobile altrui

11.mente per ottenere vantaggi o favori o per evitare obblighi (raggira gli altri)

12.ruba oggetti senza affrontare la vittima (furto nei negozi ma senza scasso, falsificazioni)

13.trascorre fuori casa la notte nonostante proibizione dei genitori, con inizio prima dei 13 anni d'età



14. fugge da casa 2 volte, o 1 volta senza ritornare per un lungo periodo

15. marina spesso la scuola, con inizio prima dei 13 anni

C. Significativa compromissione funzionale (sociale, accademica, lavorativa)

D. Se > 18 anni, escludere Disturbo Antisociale di Personalità



L'aggressività è un comportamento
“fisiologico”:

- l'abilità di difendere se stessi contro gli attacchi fisici e verbali contribuisce alla sopravvivenza ed allo sviluppo delle capacità di adattamento
- i comportamenti aggressivi (colpire, spingere, schiaffeggiare, mordere, dare pugni, sputare, tirare i capelli) sono **comuni** nei bambini piccoli. Crescendo la gran parte dei bambini tendono a socializzare e inibire tali comportamenti aggressivi

- 
- le interazioni con gli adulti giocano un ruolo importante nel modellare il repertorio comportamentale del bambino verso modalità più appropriate di difesa dei propri diritti (e beni) ed espressione dei propri desideri
 - alcuni bambini non riescono a sviluppare tali capacità e continuano frequentemente a manifestare comportamenti aggressivi e di violazione delle regole

DISTURBO ESPLOSIVO-INTERMITTENTE

CRITERI DIAGNOSTICI (DSM 5)

1. Accessi comportamentali RICORRENTI che rappresentano l'incapacità di controllare gli impulsi aggressivi, come manifestato da uno dei seguenti:
 - aggressione verbale (accessi di collera, invettive, discussioni o litigi verbali) o aggressione fisica verso proprietà, animali o altre persone che si verifica in media 2/sett. per un periodo di 3 mesi.

2. Il grado di aggressività espresso durante gli accessi ricorrenti è grossolanamente esagerato rispetto alla provocazione o a qualsiasi fattore psicosociale stressante precipitante.
3. Le ricorrenti esplosioni di aggressività non sono premeditate (sono impulsive e/o generate dalla rabbia) e non hanno lo scopo di raggiungere qualche obiettivo concreto (denaro, potere, intimidazione)





4. Causano disagio marcato e compromissione del funzionamento dell'individuo in ambito lavorativo o interpersonale

5. Non sono meglio spiegate da altro disturbo mentale (psicosi, disturbo borderline....)

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività

- Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, o **ADHD**, è un **disturbo evolutivo dell'autocontrollo**. Esso include difficoltà di attenzione e concentrazione, di controllo degli impulsi e del livello di attività. Questi problemi derivano sostanzialmente dall'incapacità del bambino di regolare il proprio comportamento in funzione del trascorrere del tempo, degli obiettivi da raggiungere e delle richieste dell'ambiente.



- E' bene precisare che l'ADHD non è una normale fase di crescita che ogni bambino deve superare, non è nemmeno il risultato di una disciplina educativa inefficace, e tanto meno non è un problema dovuto alla «cattiveria» del bambino.



Disattenzione

- I sintomi relativi alla **disattenzione** si riscontrano soprattutto in bambini che, rispetto ai loro coetanei, presentano un'evidente difficoltà a rimanere attenti o a lavorare su uno stesso compito per un periodo di tempo sufficientemente prolungato.



- Diversi autori sostengono che il deficit principale della sindrome sia rappresentato dalle difficoltà d'attenzione, che si manifestano sia **in situazioni scolastiche/lavorative**, che in quelle **sociali**. Dato che il costrutto di attenzione è multidimensionale (selettiva, mantenuta, focalizzata, divisa), le ultime ricerche sembrano concordi nello stabilire che il **problema** maggiormente evidente nell'ADHD sia il **mantenimento dell'attenzione**, soprattutto **durante attività ripetitive o noiose**.

- Queste difficoltà si manifestano anche in situazioni ludiche in cui il bambino manifesta frequenti passaggi da un gioco ad un altro, senza completarne alcuno.
- A scuola si manifestano evidenti **difficoltà nel prestare attenzione ai dettagli**, banali “errori di distrazione”, e i lavori sono incompleti e disordinati. Insegnanti e genitori riferiscono che i bambini con ADHD sembra che non ascoltino o che abbiano la testa da un'altra parte quando gli si parla direttamente.

- Passando vicino al banco di un bambino iperattivo si può rimanere colpiti dal disordine con cui gestisce il materiale scolastico e dalla facilità con cui viene distratto da suoni o da altri stimoli irrilevanti.



Iperattività

- La seconda caratteristica dell'ADHD è l'**iperattività**, ovvero un **eccessivo livello di attività motoria o vocale**. Il bambino iperattivo manifesta continua agitazione, difficoltà a rimanere seduto e fermo al proprio posto. Secondo i racconti di genitori e insegnanti i bambini con ADHD sembrano “guidati da un motorino”: sempre in movimento sia a scuola che a casa, durante i compiti e il gioco. Molto spesso i movimenti di tutte le parti del corpo (gambe, braccia e tronco) non sono armonicamente diretti al raggiungimento di uno scopo.



- L'iperattività è considerata una dimensione comportamentale lungo la quale i bambini (ma anche gli adulti) si possono collocare tra il polo calmo-ben organizzato e il polo irrequieto-inattento: si tratta quindi di un continuum lungo il quale tutte le persone trovano una loro collocazione e in cui, naturalmente, i bambini con ADHD occupano una posizione estrema.



Impulsività

- L'impulsività si manifesta nella **difficoltà a dilazionare una risposta, ad inibire un comportamento inappropriato, ad attendere una gratificazione.**
- I bambini impulsivi rispondono troppo velocemente (a scapito dell'accuratezza delle loro risposte), interrompono frequentemente gli altri quando stanno parlando, non riescono a stare in fila e attendere il proprio turno.

- Oltre ad una persistente impazienza, l'impulsività si manifesta anche nell'intraprendere azioni pericolose senza considerare le possibili conseguenze negative.
- L'impulsività è una caratteristica che rimane abbastanza **stabile durante lo sviluppo** (sebbene conosca diverse forme a seconda dell'età) ed è presente anche negli adulti con ADHD.

NON ESSERE
IMPULSIVO
FAI COME ME:
CONTA FINO A UNO.

ADHD: risvolti pedagogico-didattici

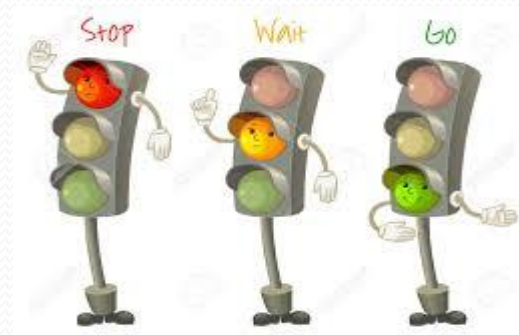
- La capacità di prevedere ciò che accadrà in seguito ad un evento o a un comportamento è basilare nel processo decisionale ma i bambini con ADHD spesso hanno scarsa capacità di prevedere l'esito dei loro comportamenti.
- Risulta possibile intervenire in questo senso, aiutando in vari modi il bambino a prevedere le conseguenze di determinati eventi prima di agire.

Occorre quindi che l'adulto:

- offra informazioni di ritorno al bambino:
spiegare il perché si sia verificata una determinata conseguenza dando chiare indicazioni sul grado di correttezza del comportamento potrebbe sembrare un inutile sovrappiù, ma risulta essenziale per un soggetto con ADHD



- Instauri delle routines: tutte le regolarità e le scadenze prestabilite forniscono al bambino una cornice di supporto nella comprensione di ciò che accade intorno a lui; in generale più routines sono presenti con regolarità nella vita scolastica, meno instabile sarà il comportamento del bambino.
- Stabilisca delle regole: avere regole chiare e conosciute, magari messe in evidenza in vari modi, aiuta il bambino ad organizzare i propri spazi e tempi e a sapere in anticipo quali azioni siano da considerarsi fuori dalle norme stabilite.

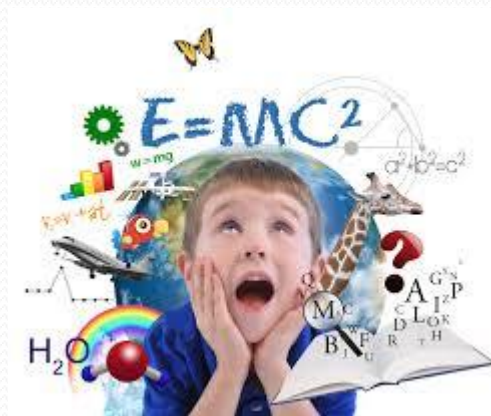


- Le regole devono essere proposizioni positive e non divieti
- Le regole devono essere semplici, espresse chiaramente
- Le regole devono descrivere le azioni in modo operativo
- Le regole dovrebbero usare simboli pittorici colorati ed essere poche

Riassumendo, quindi, più strutturate e regolate sono le giornate, meno instabile sarà il comportamento del bambino.

DSA

- Col termine **disturbi specifici dell'apprendimento** (DSA) ci si riferisce ad un gruppo eterogeneo di disturbi consistenti in significative difficoltà nell'acquisizione e nell'uso di abilità di ascolto, espressione orale, lettura, ragionamento e matematica, presumibilmente dovuti a disfunzioni del sistema nervoso centrale.



- **I disturbi specifici dell'apprendimento** possono verificarsi in concomitanza con altri fattori di disabilità o con influenze estrinseche (culturali, d'istruzione, ecc.), ma non sono il risultato di quelle condizioni o influenze.



Caratteristiche principali

- **Base neurobiologica:** anomalie funzionali e strutturali a carico di determinate aree cerebrali vengono indicate come correlati neurobiologici dei disturbi specifici dell'apprendimento. Ciononostante è bene ricordare che i fattori biologici interagiscono con quelli ambientali concorrendo alla comparsa dei disturbi dell'apprendimento.
- **Carattere Evolutivo:** sempre più studi confermano l'origine genetica dei **disturbi specifici dell'apprendimento** andando a determinare un'anomala capacità d'apprendimento che quindi si manifesta già dalle prime fasi dello sviluppo.

- **Variabilità espressiva:** ogni abilità d'apprendimento segue un percorso specifico che tende ad avere una diversa espressività a seconda delle varie fasi dello sviluppo.
- **Rilevanza:** il disturbo deve avere un'interferenza significativamente negativa sull'adattamento scolastico e/o sulle attività di vita quotidiana.



Disturbo specifico di lettura (dislessia evolutiva)

- La caratteristica fondamentale del **Disturbo della Lettura** è data dal fatto che il livello di capacità che il soggetto ha raggiunto (precisione, velocità o comprensione della lettura misurate da test standardizzati) si situa sostanzialmente al di sotto di quanto ci si aspetterebbe data l'età cronologica del soggetto, la valutazione psicometrica dell'intelligenza e un'istruzione adeguata all'età.



- Il Disturbo della Lettura interferisce notevolmente con l'apprendimento scolastico o con le attività della vita quotidiana che richiedono capacità di lettura.
- Nei soggetti con **Disturbo della Lettura** la lettura orale è caratterizzata da distorsioni, sostituzioni o omissioni; sia la lettura orale che quella a mente sono caratterizzate da lentezza ed errori di comprensione.

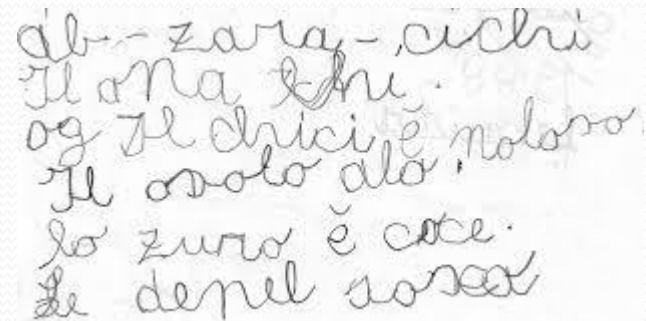
Disturbo specifico di scrittura (disortografia e disgrafia)

- La disortografia consiste in una difficoltà nel realizzare il passaggio dal codice fonetico a quello grafemico.
- In altri termini, il **bambino disortografico** non è lo studente che non conosce le regole ma che nel tradurre in forma scritta il linguaggio parlato commette un numero eccessivo di errori, specialmente sotto dettatura, rispetto ai compagni della propria età/classe.

erori di ortografia
e battitura

Disgrafia

- La disgrafia è un **disturbo a carico della componente grafica della scrittura**: nello specifico, la qualità, intesa come leggibilità dei grafemi, e l'efficienza, intesa come velocità di scrittura, risultano compromesse.
- In altri termini, la calligrafia dei **bambini disgrafici** risulta difficilmente comprensibile. Inoltre può emergere una significativa lentezza nella scrittura riconducibile ad una scarsa coordinazione motoria.



ab- zara- cichi
Il ma lhu.
og Il drici è nolosso
Il osolo ala nolosso
lo zuro è cose.
Le denel sosse

Disturbi specifici del calcolo (discalculia)

- La caratteristica principale del **Disturbo del Calcolo** e' una capacità di calcolo (misurata con test standardizzati somministrati individualmente sul calcolo o sul ragionamento matematico) che si situa sostanzialmente al di sotto di quanto previsto in base all'età cronologica del soggetto, alla valutazione psicometrica dell'intelligenza, e a un'istruzione adeguata all'età.

- Il **Disturbo del Calcolo** interferisce in modo significativo con l'apprendimento scolastico o con le attività della vita quotidiana che richiedono capacità di calcolo.



Interventi riabilitativi

- Psicoterapia
- Fisioterapia
- Terapia Occupazionale
- Metodo Feuerstein (potenziamento cognitivo)
- Logopedia
- Pet therapy





**«Curare è un'interiore
sollecitudine per la persona
che soffre e non il semplice
tentativo di ripristino di una
condizione di salute»**

G. Moretti