

Editoriale

Nell'ultimo numero della terza annata, l'AIDAI-Newsletter si presenta meglio strutturato e suddiviso in varie sezioni che verranno mantenute anche nei prossimi numeri. Abbiamo ritenuto opportuno individuare le voci che si rivolgono in modo differenziato ai nostri lettori: operatori clinici, insegnanti e genitori; e per tale motivo abbiamo proposto le sezioni "Aggiornamenti scientifici", "Il lavoro nella scuola", "In dialogo con i genitori".

In questo numero, nella sezione Aggiornamenti scientifici, Marzocchi ci propone il riassunto di un articolo dal titolo "Psychosocial treatment strategies in MTA Study: Rationale, Methods, and Critical Issue in Design and Implementation", apparso sul Journal of Abnormal Child Psychology, nel numero di Dicembre 2000. Nella sezione "Il lavoro con la scuola", Di Pietro, Filoramo e Bassi ci descrivono la loro esperienza di intervento strutturato con tecniche comportamentali applicate in alcune classi della provincia di Vicenza e Venezia. Nella sezione "In dialogo con i genitori", Annalisa Salmaso, ci porta la sua esperienza di consulenza ai genitori di bambini con DDAI, in particolare ci spiega quali sono le loro più frequenti attribuzioni dei comportamenti dei loro figli.

Oltre a queste tre sezioni iniziali, che contengono un articolo ciascuno, abbiamo inserito una sezione "Il dibattito tra i soci" che contiene le lettere dei soci, o un contributo rispetto ad un tema sociale molto sentito e discusso. In questo numero, abbiamo aperto il confronto rispetto alla reintroduzione del Metilfenidato (nome commerciale Ritalin). Inoltre continuiamo a proporre la bibliografia, continuamente aggiornata con le pubblicazioni in Italiano sul DDAI. Ricordiamo a tutti i soci che gli articoli elencati in bibliografia possono venire direttamente richiesti alla sede (tel. 0532388175). Abbiamo inserito una sezione con le informazioni sui congressi in Italia in cui si tratta il problema del DDAI. L'ultima sezione elenca tutte le ultime iniziative dell'AIDAI.

Aggiornamenti scientifici

*L'intervento psico-sociale nello studio MTA
(riassunto di Gian Marco Marzocchi)*

Il DDAI si caratterizza per una serie di sintomi di disattenzione, iperattività e impulsività che sono, elencati nei due manuali diagnostici internazionali (DSM-IV e ICD-10). Oltre a ciò, il DDAI si caratterizza anche per una serie di problemi associati, tra cui: difficoltà scolastiche (sia di apprendimento che di comportamento); problematici rapporti genitori-figlio, aggressività e devianza, nonché scarse abilità di interazione con i compagni. In linea di principio, una terapia multimodale (che coinvolga famiglia, scuola e bambino) dovrebbe, non solo ridurre la gravità dei sintomi, ma soprattutto arginare e contenere i numerosi problemi associati, spesso segnalati dalla famiglia e dalla scuola. È noto che il trattamento farmacologico agisce soprattutto per ridurre la gravità dei sintomi di disattenzione e iperattività, e in misura minore agisce sull'aggressività e sulle difficoltà di apprendimento. Pochi dati esistono sull'efficacia del farmaco per migliorare significativamente le abilità sociali e le interazioni con i pari o con gli adulti. Per tale ragione il trattamento psico-sociale si prefigge di insegnare ai bambini con DDAI quelle abilità necessarie per gestire le loro "problematiche" quotidiane soprattutto in un'ottica di mantenimento dei risultati a lungo termine. Le terapie psicosociali si distinguono sostanzialmente in due ampie categorie: "Diretta gestione delle contingenze" e "Terapia comportamentale clinica". Alla prima appartengono tutti i programmi di intervento che operano direttamente con il bambino, con il quale si lavora per ridurre i comportamenti negativi e aumentare quelli positivi, attraverso procedure di rinforzo e punizione. Alla categoria "Terapia Comportamentale Clinica" appartengono tutti gli interventi di consulenza sistematica ad insegnanti e genitori, i quali a loro volta applicano con il bambino certe tecniche apprese durante i corsi di formazione. I training che prevedono la diretta gestione della contingenze hanno dimostrato di essere in grado di ridurre la gravità dei sintomi, sebbene i risultati

tendono a regredire non appena venga sospeso il trattamento. La terapia comportamentale clinica ha dimostrato discreti risultati di efficacia sui sintomi, sebbene in misura ridotta rispetto al trattamento farmacologico e a quello diretto con il bambino. La terapia clinica è più promettente per quanto riguarda la possibilità di mantenere i risultati positivi anche dopo la sospensione.

Il trattamento psicosociale dello studio MTA è stato concepito come un intervento intensivo e prolungato (14 mesi) che ha combinato le migliori tecniche dell'intervento diretto con il bambino e della terapia clinica. Il trattamento psicosociale è composto di tre parti: parent training (con genitori), intervento nella scuola, training estivo con il bambino. Lo staff coinvolto in questo programma riabilitativo era così composto: 1) psicologo specializzato che seguiva 12 casi e si occupava del parent training, dell'intervento a scuola e del training con il bambino (per queste ultimi due interventi, forniva la supervisione agli operatori para-professionali che lavoravano direttamente con il bambino in classe e durante il programma estivo). 2) Operatore para-professionale che applicava le tecniche comportamentali con il bambino durante l'anno scolastico (in classe) e nel training estivo. 3) Insegnante specializzato coinvolto nelle attività educative (esecuzione di compiti scolastici, informatica, attività espressiva-artistica) durante il training estivo. 4) Clinico supervisore dello psicologo, per quanto riguardava il parent training e la gestione dei 12 casi affidati. 5) Consulente educativo supervisore dello psicologo per quanto riguardava l'intervento a scuola e il training estivo con il bambino.

Parent training

Il percorso di formazione con i genitori era strutturato in 27 incontri di gruppo della durata di circa un'ora e mezza – due ore. Inizialmente la frequenza era di 3 incontri al mese, per poi venire dilazionati fino a coprire i 14 mesi della terapia multimodale. Durante gli incontri, oltre ad essere insegnate le tecniche di gestione del comportamento del bambino, sono state proposte strategie per il controllo dello stress del genitore, per l'insegnamento di abilità sociali al figlio, e per il miglioramento del comportamento a scuola. L'ingrediente fondamentale del percorso con i genitori ha riguardato l'insegnamento dell'uso della scheda di comunicazione giornaliera scuola-famiglia (Daily Report Card). Tra le tecniche comportamentali su cui i genitori sono stati impegnati di più, ricordiamo le tecniche di gratificazione ai comportamenti positivi e prosociali, l'uso dei comandi per il rispetto delle regole, il time-out, il costo della risposta, l'economia a gettoni. Altre sessioni sono state dedicate al controllo della rabbia e dell'umore del genitore. Al termine delle 27 sessioni di gruppo, si sono svolti altri incontri individuali per discutere di problematiche specifiche o per spiegare meglio certe tecniche proposte durante la sessione di gruppo.

L'intervento a scuola

Il lavoro a scuola era costituito di due parti: la consulenza agli insegnanti e l'applicazione di tecniche comportamentali secondo il metodo di Irvine tramite operatori paraprofessionali. La consulenza agli insegnanti si è svolta in 16 incontri durante i quali si è lavorato per implementare l'applicazione della scheda di comunicazione scuola-famiglia. Il consulente affrontava con gli insegnanti le principali aree di interesse in ambito scolastico: regole della classe, procedure di rinforzo, attenzione contingente e ignoramento, comandi e istruzioni, moderati richiami e repressioni, struttura della classe, contingenze di gruppo e time-out.

Il programma di Irvine veniva applicato direttamente da operatori paraprofessionali (studenti di pedagogia o psicologia), gli scopi principali erano di insegnare ai bambini a stare sul compito, a interagire positivamente con i compagni, a completare i compiti e ad essere flessibili nel cambio di attività. L'operatore annotava sulla scheda di comunicazione con la famiglia tutti i progressi o regressi del bambino rispetto agli obiettivi prefissati. La scheda conteneva 10 punti rispetto ai quali veniva osservato il comportamento dell'alunno: 1) essere pronto ad iniziare il lavoro; 2) interagire positivamente con i compagni; 3) rispettare le regole per rimanere tranquillo; 4) rispettare le regole per rimanere seduto; 5) stare sul proprio lavoro; 6) eseguire i propri compiti; 7) riuscire a fermarsi

per prepararsi all'attività successiva; 8) seguire le istruzioni; 9) rispettare le regole della classe; 10) categorie individualizzate.

Il programma di intervento estivo

Il training estivo aveva una durata di 8 settimane ed è stato sviluppato presso l'Università di Buffalo (Dr. Pelham). Il bambino veniva impegnato dalle 8 alle 17 in una serie di attività programmate e alternate. Ogni alunno veniva assegnato ad un gruppo di 12 coetanei con i quali svolgeva tutte le attività previste. Il programma prevedeva 3 ore di attività mattutine (un'ora di attività educative, un'ora di informatica e un'ora di attività espressivo-artistico) e il resto della giornata veniva occupata con attività ricreative, tra cui educazione sportiva (i bambini spesso vengono accettati meglio tra i coetanei se dimostrano buone abilità sportive) e attività sociali. Durante il programma estivo venivano applicate contingenze a punti in base al comportamento espresso dal bambino, e veniva utilizzata la scheda di comunicazione con la famiglia.

Speciale attenzione è stata posta alla generalizzazione dell'uso delle tecniche insegnate alla realtà quotidiana del bambino e della sua famiglia, attraverso l'uso della scheda di comunicazione che veniva fatta compilare sia dagli operatori, di concerto con gli insegnanti (per informare i genitori del comportamento a scuola), sia dai genitori (per informare la scuola del comportamento a casa). Con i genitori veniva sottolineato che loro dovevano lavorare in équipe con gli insegnanti, dovevano essere pronti ad affrontare in modo efficace le accuse alla famiglia o i maltrattamenti al figlio che potevano venire dalla scuola. Inoltre, gli incontri con i genitori venivano registrati su audiocassette, per cui gli assenti potevano riascoltare le tematiche discusse durante l'incontro a cui erano mancati. La consulenza alla scuola veniva presentata come una possibilità offerta agli insegnanti a poter discutere delle problematiche educative con gli alunni difficili; il consulente non si presentava come l'esperto che deve dire agli insegnanti come devono comportarsi, sebbene fosse molto attento a cogliere eventuali interazioni negative tra alunno e docente. Inoltre, le tecniche venivano presentate come una revisione di tutto quello che gli insegnanti già sapevano, e molto spesso applicavano; per evitare di essere percepiti come una persona esterna che conosce la realtà scolastica solo a livello teorico, ma non nelle problematiche quotidiane.

Il lavoro nella scuola

*Tecniche comportamentali sperimentate in alcune scuole del Veneto
(Mario Di Pietro, Giorgio Filoramo, Elena Bassi)*

In alcune scuole elementari e medie del Veneto è stato sperimentato un intervento per i bambini con DDAI e con problemi di comportamento (aggressività, oppositività e atteggiamenti provocatori). Gli obiettivi di questo programma sono stati la formazione degli insegnanti sui programmi di intervento scolastico e la modificazione del comportamento degli insegnanti e, di conseguenza, degli alunni, dal momento che il comportamento dell'insegnante può aiutare il bambino ad apprendere ed accrescere la frequenza dei comportamenti adeguati e a diminuire la frequenza dei comportamenti inadeguati.

L'intervento è durato un anno e si è svolto attraverso 6 fasi:

1. Incontro con gli insegnanti delle scuole interessate all'intervento.
2. Prima osservazione dei comportamenti problematici in classe e prima valutazione testistica dei comportamenti problematici
3. Formazione agli insegnanti.
4. Attuazione da parte degli insegnanti delle strategie comportamentali in classe.
5. Supervisioni agli insegnanti.

6. Seconda osservazione dei comportamenti problematici in classe e seconda valutazione testistica dei comportamenti problematici.

Durante la **prima fase**, si è spiegato agli insegnanti interessati al programma comportamentale come sarebbero state sviluppate le otto fasi e quale sarebbe stato il loro ruolo e il loro impegno.

Durante la **seconda fase** è stato costruito un programma di osservazioni basato su 4 osservazioni di 30 minuti in giorni ed orari diversi in ognuna delle classi scelte per il progetto. Le osservazioni venivano svolte da parte di uno psicologo che, seguendo una scheda predisposta, doveva osservare per un determinato periodo di tempo i comportamenti dell'insegnante ed i comportamenti degli alunni.

L'osservatore si collocava in un punto della classe dove veniva notato il meno possibile dagli alunni e, senza interagire con loro o con l'insegnante, doveva osservare i comportamenti che avvenivano in classe.

Venivano osservati e registrati nella scheda i **comportamenti dell'insegnante**, suddivisi in

(A) positivi:

- **lodi e incoraggiamenti** (es. “molto bene”, “bravo”, “hai fatto un buon lavoro”, “mi piace come lo hai fatto”);
- **azioni non verbali positive** (es. sorridere, segni di assenso, avvicinarsi in modo incoraggiante all'alunno, ascoltare l'alunno mostrando interesse, contatto fisico come una mano sulla spalla)
- **conseguenze premianti** (es. concedere un privilegio o annunciare un'attività piacevole come premio, somministrare punti o bollini premio);

(B) negativi:

- **critiche e rimproveri svalutativi** (es. “sei sempre sbadato”, “non sei stato attento”, “hai una scrittura da gallina”, “sei un maleducato”);
- **azioni non verbali negative** (es. alzare la voce, usare un tono di voce sarcastico assumere una postura minacciosa, allontanarsi dall'alunno che chiede un aiuto, scuotere o stratonare l'alunno);
- **conseguenze punitive** (es. somministrare una punizione, mettere in castigo, minacciare).

Alle osservazione dell'insegnante venivano alternati momenti di osservazione dei **comportamenti problematici degli alunni**:

comportamento motorio (es. alzarsi dal posto, restare in piedi, allontanarsi dal proprio posto, dondolarsi sulla sedia, girarsi quando non è richiesto);

- **verbalizzazioni** (es. conversare con un compagno, fare interventi fuori luogo, gridare);
- **mancanza di attenzione** (es. non eseguire le richieste dell'insegnante, fare cose non attinenti l'attività in corso);
- **comportamenti di disturbo** (es. fare rumore in modo intenzionale o anche non intenzionale, infastidire o disturbare qualche compagno sia di proposito che accidentalmente).

L'osservatore disponeva di un walkman portatile e ascoltava in auricolare il segnale registrato contenente le indicazioni su dove dirigere l'attenzione durante i vari periodi di osservazione.

Per raccogliere ulteriori indicazioni sui problemi comportamentali degli alunni e sugli atteggiamenti degli insegnanti, a questi ultimi sono stati somministrati 3 questionari:

- la “Scheda di valutazione dei comportamenti dirompenti” (di Marzocchi, Gallucci, Oosterland e Sergeant),
- il “Questionario sui punti di forza e sulla difficoltà” (SDQ-Ita)
- il “Questionario AICA” sugli atteggiamenti dell'insegnante.

Durante la **terza fase** sono stati condotti due incontri di formazione per gli insegnanti. I contenuti di questi incontri sono brevemente descritti di seguito.

- Il metodo comportamentale applicato all'insegnamento.
- L'osservazione del comportamento in classe e l'individuazione degli obiettivi comportamentali.
- Gli interventi sugli antecedenti e sulle conseguenze del comportamento problematico.
- Le schede di comunicazione scuola famiglia.

Gli *interventi sugli antecedenti*, cioè su ciò che avviene prima del comportamento, si riferiscono ai tentativi di cambiare l'ambiente che circonda i bambini con DDAI in modo da facilitare i comportamenti desiderabili e rendere meno frequenti i comportamenti non desiderabili.

Gli sforzi sono quindi diretti verso il cambiamento, prima che il problema si presenti. Questi interventi sono:

- a. Organizzare adeguatamente lo spazio della classe
- b. Stabilire i ruoli degli altri alunni, in modo che possano essere di aiuto al bambino con problemi di comportamento
- c. Stabilire le regole della classe con la collaborazione degli alunni
- d. Gestire il tempo in classe
- e. Gestire i materiali ed insegnare al bambino con DDAI a tenerli in ordine
- f. Gestire le richieste di aiuto degli alunni, in modo che il bambino con DDAI sappia chiedere aiuto all'insegnante attraverso comportamenti adeguati.

Gli *interventi sulle conseguenze* del comportamento sono finalizzati a modificare il comportamento attraverso l'applicazione di conseguenze positive o negative, secondo le leggi del condizionamento operante. Questo principio indica come il nostro comportamento viene rinforzato (cioè reso più probabile nel suo verificarsi in circostanze simili) quando è seguito da una conseguenza favorevole, quando cioè si verifica un "rinforzo" e come può essere, naturalmente, indebolito da una conseguenza negativa.

Un aspetto importante è, per l'insegnante, l'identificazione dei rinforzatori positivi adeguati per i bambini con DDAI e la loro attenta somministrazione.

Mentre il rinforzo positivo è messo in atto per aumentare la frequenza dei comportamenti desiderabili del bambino, l'utilizzo di conseguenze negative è applicabile – con le dovute precauzioni – ai comportamenti indesiderabili e inadeguati.

Alcune conseguenze negative sono:

Ignorare i comportamenti negativi, se non sono pericolosi.

Rimproverare in modo adeguato il bambino, descrivendo il comportamento indesiderabile alternativo, in modo obiettivo ed astenendosi da qualsiasi giudizio.

Il costo della risposta, ossia una sanzione, come la sospensione breve e temporanea di un'attività piacevole nel momento in cui si manifestano certi comportamenti negativi.

Le punizioni, costituite da attività noiose o leggermente fastidiose faticose.

La **quarta fase** era finalizzata all'applicazione quotidiana, da parte degli insegnanti, delle strategie apprese durante la formazione. L'insegnante applicava le strategie di osservazione e di modificazione del comportamento in particolare con gli alunni con DDAI, ma poteva utilizzarle anche con tutti gli altri bambini, quando desiderava favorire la comparsa di comportamenti positivi e la riduzione di comportamenti negativi.

La **quinta fase** consisteva in incontri di supervisione in cui gli insegnanti si riunivano con uno psicologo per discutere delle difficoltà e dei risultati conseguiti attraverso le strategie comportamentali adottate.

Nella **sesta fase** si è ripetuta la valutazione dei comportamenti degli insegnanti e degli alunni con la stessa metodologia ed attraverso gli stessi strumenti della prima valutazione.

Bibliografia

Di Pietro M. (1992) "L'educazione razionale-emotiva di Ellis: implicazioni per gli insegnanti", in Folgheraiter (a cura di) *Problemi di comportamento e relazione di aiuto nella scuola*,

Edizioni Erickson, Trento.

Di Pietro M. (1992) L'Educazione Razionale-Emotiva, Edizioni Erickson, Trento.

Di Pietro M. (1995) Disturbo da deficit d'attenzione e iperattività: l'intervento razionale-emotivo, Difficoltà di apprendimento, Vol. 1, n. 1.

Di Pietro M. (1999) L'ABC delle mie emozioni, Edizioni Erickson, Trento.

Di Pietro M. e Galletti M.L. (1992) "La Psicoterapia Cognitivo-comportamentale dell'impulsività in età evolutiva", in Di Giorgi et Al. (a cura di) Salute e stile di vita, Edizioni Erickson, Trento.

Di Pietro M. e Giuliani P. (1989) "Il training razionale emotivo nella scuola: descrizione del programma", Psicologia e Scuola, N. 46.

Vio C. e Zoia S. (1995), Attenzione e Processi Cognitivi: uno studio su un gruppo di bambini con disturbo di apprendimento. Saggi, anno XXI, n. 2, 79-89.

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

In dialogo con i genitori

*Analisi di alcuni pensieri dei genitori: l'esperienza del parent-training
(Annalisa Salmaso)*

"Zero, quattro, due... pronto? Buongiorno, ho letto un articolo sull'iperattività e credo che mio figlio sia iperattivo..."

"Zero, cinque, tre... pronto? Buonasera, il mio bambino ha problemi di attenzione..."

Ogni storia comincia in modo differente ma a volte approda in uno stesso luogo, scoperto tramite una ricerca internet, una trasmissione televisiva, un articolo di giornale, o perché le insegnati hanno caldamente suggerito di rivolgersi al Centro...

Per molti genitori, noi operatori psico-sociali siamo visti come l'ultima spiaggia. Arrivano al primo colloquio carichi di aspettative, e al tempo stesso titubanti a raccontare le loro storie, ma anche disponibili ad ascoltare cosa abbiamo da proporre, che non sia stato ancora tentato.

Il primo incontro con i genitori è dedicato alla conoscenza reciproca e viene chiesto di descrivere il loro bambino, attraverso la lettura della storia di Paolo (caso prototipico di DDAI). Alcuni genitori sono cauti: *"nooo, il mio bambino non assomiglia a Paolo"*; altri sono più decisi: *"sì, sì, è tale e quale a Paolo"*. Quello che li accomuna è che sembra che per la prima volta abbiano trovato un luogo dove poter raccontare la loro storia senza il timore di essere giudicati dei "cattivi genitori". Anzi provano un certo sollievo nel trovare un riscontro alla fatica di dover gestire un bambino con problematiche di attenzione e di iperattività/impulsività. Se poi partecipano ad un gruppo di Parent Training, viene data concretezza ad un altro pensiero fino ad allora inespresso: *"ah, ma allora non è l'unico! Ce ne sono altri come il mio!"*.

Questo primo incontro di presentazione è un momento molto importante non solo per la raccolta di informazioni, ma soprattutto per creare i primi presupposti al cambiamento che li coinvolgerà per tutta la durata del training. Scoprono così che questi sono bambini particolari e che è utile la conoscenza delle loro caratteristiche psicologiche per poter leggere in maniera corretta la quotidianità, e di conseguenza approfondire e monitorare interventi educativi mirati che tengano conto delle loro difficoltà.

Ai genitori viene spiegato per quale motivo la disponibilità e il desiderio non sono sufficienti a modificare i comportamenti iperattivi e/o la disattenzione. Si comincia a far vedere loro che alcune modalità di pensiero e alcuni atteggiamenti educativi possono incrementare la frequenza di certi comportamenti problematici, piuttosto di farli diminuire.

Ecco un esempio di conversazione tra terapeuta e genitore.

Terapeuta: *"Vi capita mai di lodare il vostro bambino quando manifesta comportamenti adeguati alle circostanze?"*

Genitore: *"Siamo così presi da tutte quelle che combina che non ci accorgiamo neanche se a volte si comporta bene"*

Terapeuta: *"Quando gli chiedete di fare qualcosa siete proprio sicuri che abbia capito quello che è stato chiesto? E siete sicuri che sia in grado di ricordarselo?"*

Genitore: *"Sì, sì, lo sa fare perché quando sto con lui sa come organizzarsi per i compiti"*

Terapeuta: *"Ma siete proprio sicuri che quando "combina qualcosa" lo faccia in modo intenzionale o pensando di fare un dispetto a voi? Spiegateci, ma che vantaggi ne avrebbe?"*

Genitore: *"Ma lo fa in modo intenzionale perché poi ti viene a dire che non lo avrebbe dovuto fare"*

Insieme ai genitori, un po' alla volta, iniziamo a comprendere perché queste sono "attribuzioni disfunzionali" (cioè errate interpretazioni degli eventi e dei comportamenti delle altre persone) che non tengono conto di alcune caratteristiche all'apparenza poco evidenti perché difficili da accettare in bambini "così intelligenti".

Il terapeuta mostra loro che spesso questi bambini non sanno come devono comportarsi e che qualcuno deve loro insegnare certi comportamenti adeguati, con pazienza e prevedendo un difficile apprendimento da parte del bambino. Purtroppo i genitori a volte così preoccupati di notare quante volte il bambino ha lasciato le scarpe sopra il divano, e non si accorgono di conseguenza quando ha appeso il grembiule sull'attaccapanni.

I genitori cominciano a notare che quando danno istruzioni chiare e precise il bambino capisce cosa deve fare, e il più delle volte le fa. Questa è una scoperta che li fa riflettere. Da quel momento in poi diventa più facile cominciare a prendere in considerazione l'idea che quando il figlio dà uno spintone ad un compagno non lo fa veramente apposta, ma lo fa proprio a causa della sua impulsività: perché prima agisce e poi pensa.

Terapeuta e genitore iniziano a lavorare sul modo di leggere le situazioni e sugli errori sistematici di percezione. Insieme si impara ad ascoltare le proprie emozioni, ad osservare i propri comportamenti inappropriati e ad essere critici rispetto alle proprie scelte educative.

Questi semplici cambiamenti di prospettiva aiutano i genitori a vedere il proprio figlio sotto un'altra luce, così i genitori cominciano ad essere un po' meno arrabbiati con sé stessi e con i figli. In questo modo rimane lo spazio per tentare qualche nuova soluzione.

Si tratta di un lavoro piuttosto lungo perché per cambiare il comportamento del bambino è necessario cominciare "a pensarlo e a osservarlo in maniera diversa". È un cammino lungo e faticoso in cui è importante acquisire una prospettiva diversa rispetto a quella dei sette, otto anni precedenti. È già un gran risultato se i genitori riconoscono che la valutazione della situazione non è stata obiettiva e tentano quindi una lettura alternativa dello stesso episodio.

E poi? Quando si comincia a percepire che forse vale la pena intraprendere questo percorso di formazione emergono tantissime domande. A quel punto si rimanda tutto all'incontro successivo perché deve essere chiaro che ci vuole tempo e che i cambiamenti avvengono lentamente, un passo alla volta.

Il dibattito tra i soci

Sul nostro organo di informazione abbiamo deciso di aprire il dibattito sull'introduzione del Ritalin. Ogni socio è invitato a comunicare la propria opinione ed esperienza sul Ritalin.

Comunicato dell'AIDAI

Su molti quotidiani nazionali è stata pubblicata la notizia che la Commissione Unica del Farmaco (CUF) ha approvato la reintroduzione della pillola per i bambini iperattivi: un farmaco a base di Metilfenidato, commercializzato dalla Novartis con il nome di Ritalin. In numerose testate nazionali, la notizia è stata proposta come un fallimento del ruolo dei genitori e della scuola, e come una decisione a delegare l'educazione dei nostri bambini ad una pastiglia. Una pastiglia molto simile, per di più, ad una droga, in quanto si tratta di un derivato di anfetamine. Quindi il pericolo è doppio perché sembra che i bambini troppo vivaci debbano essere drogati. La logica conclusione è che i genitori e gli insegnanti vogliano drogare i bambini per eliminare una fonte di stress alle loro giornate troppo faticose ed impegnative.

Riteniamo che tali conclusioni siano frettolose e semplicistiche e rischino di generare imprudenti generalizzazioni, scambiando alcuni bambini vivaci, oppure poco seguiti dal punto di vista educativo, con altri che presentano un quadro psicopatologico ben definito. Infatti, in base ad uno studio condotto un paio di anni fa nel Nord Italia, è stato riscontrato che gli alunni segnalati dagli insegnanti per un eccessivo livello di attività e di disattenzione sono oltre il 15%, però solo l'1-2% di questi bambini presenta un vero e proprio disturbo dell'attività e dell'attenzione (secondo la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità). Il restante 14% considera altri bambini con altri disturbi psicologici, o altri bambini semplicemente difficili da gestire da parte degli

insegnanti, i quali, a loro volta, devono fare i conti con una scuola sempre più complessa ed esigente.

La CUF ha stabilito che solo i medici o i centri specializzati sono autorizzati a prescrivere il Ritalin. A questo punto è facile immaginare come sarà complessa e arbitraria la gestione di tali regolamenti, e quanti interessi (economici e di potere) possano intrecciarsi con la prescrizione di un farmaco che costerà poche migliaia di lire.

Oltre a ciò, tutti noi abbiamo davanti agli occhi l'esperienza americana, che concilia un'innegabile precisione scientifica con un incomprensibile abuso di tale farmaco. Noi soci dell'associazione italiana disturbi di attenzione/iperattività (AIDAI-Onlus), siamo convinti che sia assolutamente deleterio, continuare un botta e risposta che miri solo ad affermare le proprie posizioni (scientifiche, ma a volta anche ideologiche). **Crediamo fermamente, invece, che sia compito di tutti cercare di conoscere e approfondire il problema dei bambini con disturbi dell'attenzione e iperattività, attraverso una maggiore preparazione e attraverso la diffusione di una cultura che sappia accogliere piuttosto di punire o calmare con un farmaco i bambini problematici.** È necessario che, prima di trarre facili conclusioni, tutti (soprattutto gli addetti ai lavori, ma anche chiunque esprima un'opinione su questo problema) approfondiscano la conoscenza del bambino e delle sue problematiche. Approfondiscano la conoscenza dei veri effetti del farmaco e in quali casi questo potrebbe essere utile. La letteratura scientifica sull'argomento è molto ricca ed esistono migliaia di studi che descrivono in quali casi il farmaco potrebbe essere di una certa utilità. Lo scopo della diffusione di una maggiore preparazione e cultura è mira proprio ad evitare quel fenomeno di uso-abuso che si è verificato negli Stati Uniti. Per concludere, siamo certi che sia assolutamente necessario che tutte le persone interessate e coinvolte nel problema, cerchino un punto di vista corretto secondo un'ottica di ricerca delle soluzioni ai problemi, piuttosto di continuare uno sterile dibattito che rischia solo di dividere i professionisti, a scapito di bambini e famiglie, già provate da un disagio psicologico.

L'AIDAI-Onlus è nata con il preciso scopo di diffondere informazione e creare cultura attorno a bambini e famiglie coinvolte nel problema del Disturbo dell'Attenzione e Iperattività (DDAI), e per tale ragione rimane uno dei nostri primi obiettivi rimane l'organizzazione di Giornate di Studio, Conferenze, Corsi di Perfezionamento e Aggiornamento sulle problematiche di comportamento, di apprendimento e trattamento dei bambini con DDAI.

Per fornire tali informazioni abbiamo recentemente costruito un sito internet (ancora in fase di perfezionamento) all'indirizzo www.aidai.org, una casella di posta elettronica aidai@tin.it e una linea telefonica 0532792065 (fax 0532711238).

Comunicato della Fondazione Stella Maris (Pisa)

In concomitanza con l'introduzione sul mercato del farmaco metilfenidato (nome commerciale RITALIN) per la terapia del disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (noto nel mondo come Attention Deficit Hyperactivity Disorder, o ADHD), sono comparsi sulla stampa diversi commenti, alcuni opportuni, altri invece del tutto fuorvianti, per cui appaiono necessarie alcune brevi precisazioni.

- 1) Un disturbo dell'attenzione, un eccesso di movimento o una marcata impulsività non indicano necessariamente che un bambino è affetto da ADHD, poiché particolari temperamenti "vivaci", condizioni ambientali non favorevoli (familiari o scolastiche), disturbi d'ansia o dell'umore, disturbi della condotta possono determinare conseguenze apparentemente simili. Una parte di questi bambini però ha veramente un ADHD, intesa come un disturbo specifico, con caratteristiche del tutto peculiari. La diagnosi può essere fatta soltanto da persone esperte.
- 2) La frequenza di questo disturbo è stata oggetto di numerosissimi studi in tutto il mondo, ed anche in Italia. Le stime generalmente oscillano tra il 2 e il 5% della popolazione infantile. E' probabile che il 2% rappresenti una stima corretta, ed anzi prudente. Ciò significa che probabilmente almeno 1 bambino su 50 ha un ADHD. Quindi non è vero (come riportato su un articolo recente) che l'ADHD è una patologia rara, che in Italia colpisce solo 250 (!!!) bambini.

- 3) Non tutti i bambini con ADHD devono essere curati farmacologicamente, poiché l'ADHD richiede anche interventi di modulazione del comportamento, di rinforzo delle competenze attentive, di sostegno per le famiglie. Per le forme clinicamente più gravi l'intervento farmacologico può essere un aiuto prezioso per gli interventi suddetti. Quindi l'intervento farmacologico non si pone in alternativa ad altri interventi, ma è complementare ad essi.
- 4) E' assolutamente falso che gli studi a disposizione sono pochi e contraddittori (come riportato nell'articolo citato). A tutt'oggi sulle riviste mediche internazionali sono riportati 1329 articoli scientifici sul metilfenidato nei bambini, ed il grado di concordanza tra questi studi è molto più elevato che per molti farmaci attualmente in commercio. Certamente il metilfenidato può determinare effetti collaterali (come del resto tutti i farmaci attivi), per cui esso deve essere somministrato solo da medici competenti. Comunque l'entità di tali effetti è generalmente non grave. Tra l'altro il metilfenidato è presente sul mercato di pressochè tutti i paesi Europei, oltre che in Nord-America.
- 5) E' vero che negli USA esiste una eccessiva e talora erronea prescrizione di metilfenidato, ma questo non significa che il farmaco non deve essere usato. Molti pediatri usano a sproposito gli antibiotici per malattie virali, ma nessuno ha pensato di togliere gli antibiotici dal commercio.
- 6) Il metilfenidato è una sostanza di derivazione amfetaminica, ma non esiste alcun dato scientifico che indichi che nei bambini provoca o favorisce dipendenza. Cautela dovrà essere usata nelle prescrizioni negli adolescenti a rischio, che già hanno una vulnerabilità (psicologica o sociale) per la dipendenza da sostanze, e che iniziano in quell'epoca a prendere metilfenidato.

In sintesi il metilfenidato non è una sostanza miracolosa che risolve i problemi delle mamme o degli insegnanti, e neppure una sostanza malefica che gli americani hanno inventato per drogare i bambini. E' invece un farmaco utile se usato nelle condizioni in cui veramente serve, sotto attento controllo di medici informati e non influenzati da pregiudizi ideologici, e può rappresentare un prezioso strumento per migliorare, in associazione con altri interventi non farmacologici, la qualità della vita di un numero rilevante di bambini.

Comunicato della FADIS

Si alla mobilitazione pedagogica del pensiero No all'abuso di farmaci per i bimbi "vivaci e Disattenti". Per contribuire al dibattito sui rischi legati all'introduzione del Ritalin nelle farmacie italiane (e quindi nelle scuole), quale terapia farmacologica della cosiddetta "Iperattività o Sindrome da disturbi dell'attenzione", riteniamo importante spiegare le ragioni pedagogiche e scientifiche della nostra ferma opposizione all'uso di farmaci che alterino pericolosamente la chimica del cervello, quando esistono efficaci teorie e pratiche pedagogico-didattiche in grado di contribuire al superamento di tali difficoltà (tra cui la "Gestione mentale" di A. De La Garanderie), onde evitare la psichiatrizzazione permanente dei bambini. Infatti, non basta dire al bambino irrequieto e distratto, "Stai fermo, stai attento!" Occorre spiegargli cosa deve fare per prestare attenzione, (cioè, secondo la teoria e la pratica della gestione mentale, insegnargli ad evocare con maggiore consapevolezza: osservare per rivedere mentalmente o ascoltare per riascoltare mentalmente). Occorre insegnargli , soprattutto, a " muovere il pensiero " per incanalare nella direzione giusta le sue energie, secondo un suo progetto di ricerca di senso, logico o creativo, che lo renda più autonomo e padrone del suo movimento e delle sue relazioni spazio-temporali con l'ambiente circostante. Con la diffusione delle tecnologie multimediali, il bambino, bombardato da stimoli percettivi e poco "ascoltato" dagli adulti, non ha il tempo di evocare e di memorizzare, non impara a riflettere e non ha il tempo di immaginare già, durante la percezione di un oggetto, le azioni e le possibili conseguenze implicate nel suo uso o nelle sue relazioni con il mondo circostante, cioè non ha il tempo di interiorizzare l'azione. La stigmatizzazione psichiatrica messa in atto nei confronti delle difficoltà del bambino con la diagnosi di "Iperattività e/o sindrome da disturbi dell'attenzione", in sigla "Adhd", oltre a sottrarre il bambino alle cure parentali dirette, maschera, a nostro parere, un disagio che dovrebbe essere innanzi tutto un problema di pertinenza pedagogica e di pertinenza pediatrico-neurologica solo in quei casi in cui sia

scientificamente provata una compromissione neurologica o, comunque, organica. Crediamo che, si possa promuovere una riflessione etica e deontologica ed una nuova ricerca, pratica e teorica che, valorizzando le loro competenze professionali, permetta agli insegnanti, sia di riappropriarsi delle loro capacità d'ascolto e delle loro capacità "terapeutiche" (terapeutiche nel senso etimologico della parola, cioè "prendersi cura di..."), sia di attrezzarsi di nuovi e più efficaci strumenti pedagogici atti a ridurre l'automatismo della delega ed il rischio di psichiatrizzazione delle difficoltà d'apprendimento e d'integrazione. La ripresa di una rigorosa ricerca e sperimentazione pedagogico-didattica, potrebbe valorizzare la potenziale capacità della scuola di mettere in atto una prevenzione ed una metodologia didattica delle difficoltà d'apprendimento che arricchirebbe l'offerta formativa, della scuola stessa, di una nuova lettura pedagogica di tali difficoltà. Una lettura che offrirebbe al bambino ed ai suoi genitori maggiori garanzie di correttezza sia nel momento della diagnosi che in quello dell'individuazione degli interventi di recupero e che, anziché mirare alla "stupefacente" stimolazione/immobilizzazione farmacologica dell'attività mentale, miri soprattutto alla "mobilitazione" pedagogica del pensiero logico e creativo del bambino.

Omer Bonezzi, Presidente Proteo Fare Sapere

Luciano Corradini presidente UCIIM

Bruno Forte presidente AIMC

Raffaele Iosa, Resp. Osservatorio Integrazione alunni H. - Ministero Pubblica Istruzione

Guido Pesci, Presidente A.N.P.E.C.

Nicola Quirico, Presidente F.A.D.I.S.

Gabriella Romano, Segretaria M.C.E.

Armando Rossini, Presidente A.N.D.I.S.

Alba Sasso, Presidente C.I.D.I.

Mario Tortello pedagista Università di Torino

Camillo Valgemigli, medico psicoterapeuta Modena

Nicola Quirico Presidente nazionale F.A.D.I.S. (Federazione Associazioni Di Docenti per l'Integrazione Scolastica) Sede operativa: via Matteotti, 6 40012 Calderara di Reno (Bologna) e-mail: bomarzo@tin.it APIS-FADIS <http://www.comune.fe.it/apis/> FADISnet: <http://it.egroups.com/group/fadisnet> ICQ 52972715 tel fax 0532 759127 "Coniugare la ricerca della qualita' e della profesionalita' con una cultura della solidarieta'"

Bibliografia

ARTICOLI

Barkley R. A. (1999), Deficit di attenzione/iperattività, *Le Scienze* (Gennaio, 1999).

Camerini G.B., Coccia M., Caffo E. (1996). Il disturbo da deficit dell'attenzione-iperattività: analisi della frequenza in una popolazione scolastica attraverso questionari agli insegnanti. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. 63, 587-594.

Cornoldi (1998). La testa altrove, Il disturbo da deficit di attenzione. *Psicologia Contemporanea n. 147* (Maggio – Giugno 1998).

Di Nuovo S., Torrisi A.M., Gelardi D. (1999). Deficit di attenzione/iperattività: un confronto tra soggetti con o senza ritardo mentale. *Ciclo evolutivo e disabilità*, 2(1), 59-78.

Di Pietro M. (1995). Disturbi da deficit d'attenzione e iperattività: l'intervento razional-emotivo. *Difficoltà di Apprendimento*, 1 (1), 107-118.

Fabio R.A. (2000). Migliorare l'attenzione nel contesto individuale e in classe: metodi di intervento. *Difficoltà di apprendimento*, 6 (1), 37-46.

- Gallucci F., Bird H., Berardi C., Gallai V., Pfanner P., Weinberg A. (1995). Sintomi di disturbo da deficit d'attenzione-iperattività in un campione scolastico italiano: risultati di uno studio pilota. *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, 15, 67-179.
- Gardill, Du Paul et al. (1999), Strategie per gestire in classe gli alunni con disturbo da deficit di attenzione e iperattività. *Difficoltà di Apprendimento*, 4 (4), 567-578.
- Marzocchi G.M. & Cornoldi C. (2000). Una scala di facile uso per la rilevazione dei comportamenti problematici in bambini con deficit di attenzione/iperattività. *Psicologia Clinica dello Sviluppo* 4 (1), 43-63.
- Marzocchi G. M. & Cornoldi C. (1998), Disturbi di impulsività e ricerca visiva in bambini con Deficit di Attenzione/Iperattività. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 173-186.
- Nisi A. (1986). L'allievo iperattivo. *Psicologia e scuola*, 26, 38-43 (parte prima); 27, 34-42 (parte seconda); 28, 35-42 (parte terza).
- Offredi F. & Vio C. (1999), Il trattamento del disturbo da deficit di attenzione/iperattività: analisi di due casi. *Difficoltà di Apprendimento*, 4 (3), 379-398.
- Polirstok S.R. (1999). La comorbidità nel deficit di attenzione/iperattività: manifestazioni concomitanti di disturbi della condotta, oppositività, ansia, somatizzazione e disturbi di apprendimento. *Ciclo evolutivo e disabilità*, 2 (1), 9-16.
- Saccomani, Battaglia, Rizzo, Ravera, Trompetto, De Negri (1995). Aspetti neuropsicologici e stile relazionale in bambini con disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (DDAI) a diversa patogenesi. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 15, 111-120.
- Sani e Villani (1995), La sindrome da deficit attentivo con iperattività. *Aggiornamento Medico (Gennaio – febbraio, 1995)*.
- Sechi E., Corcelli A., Vasques P. (1998). Difficoltà esecutive e problemi di programmazione prassica nei bambini con Disturbi da Deficit dell'Attenzione con Iperattività. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 187-195.
- Sironi E., Frinco M. (1997). Iperattività e disturbi dell'attenzione nella scuola elementare, *Psicologia e Scuola*, 83, 10-19.
- Vio C., Offredi F. & Marzocchi G.M. (1999). Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività: sperimentazione di un training metacognitivo. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2 (2), 241-262.

LIBRI

- Cornoldi C., Gardinale M., Masi A. & Pettenò L. (1996). *Impulsività e autocontrollo*. Edizioni Erickson.
- Douglas M.L. *Quella peste di mio figlio*. Collana "Le comete". Franco Angeli Editore.
- Kirby e Grimley (1989). *Disturbi dell'attenzione e iperattività*. Edizioni Erickson
- Margheriti M., Sabbadini G. (1995). *L'iperattività e i disturbi dell'attenzione*. In *Manuale di Neuropsicologia dell'età evolutiva* (G. Sabbadini, a cura di). Zanichelli.
- Munden A. & Arcelus J. (2001). *Il bambino iperattivo*. Edizioni Ecomind.
- Prekop J. & Scheweizer C. (1999). *Bambini Iperattivi*. Como: RED
- Prior M. (1991). *L'iperattività*. In "I disturbi dell'apprendimento" (C. Cornoldi, a cura di). Bologna: Il Mulino.
- Vio C., Marzocchi G.M. & Offredi F. (1999). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*. Erickson, Trento.

Congressi

Programma del III° Convegno Annuale per il Bambino Disattento e Iperattivo

Roma, 29 settembre 2001

Policlinco Gemelli – Largo Gemelli, 8

Ore 8.00 - 9.00

Registrazione dei partecipanti

Sessione plenaria: Aula

9.00 - 9.15

Saluto delle autorità

Moderatori: *Prof. F. Guzzetta (Istituto di Neuropsichiatria Infantile, Università Cattolica Sacro Cuore di Roma)* *Prof. P. Mastroiacono (Istituto di Pediatria, Università Cattolica Sacro Cuore di Roma)*

9.15 - 9.45

Cos'è il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività e la situazione italiana

M.G. Torrioli (Istituto di Neuropsichiatria Infantile, Università Cattolica Sacro Cuore di Roma)

9.45 - 10.30

Le ultime scoperte scientifiche nel DDAI

J. A. Sergeant (Frij Universiteit di Amsterdam)

10.30 - 11.00 Break

11.00 - 11.30

Il percorso diagnostico per bambini con disattenzione/iperattività

E. Sechi (Università La Sapienza di Roma)

11.30 - 12.00

Interventi psicosociali a favore di bambini con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività

C. Cornoldi (Università di Padova) & G.M. Marzocchi (Sissa di Trieste, La Nostra Famiglia)

12.00 - 12.30

"Nuove e vecchie" terapie farmacologiche per bambini con DDAI

A. Zuddas (Università di Cagliari)

12.30 - 14.00 Pausa pranzo

14.00 - 15.30 Seminari paralleli

Sessione per genitori. Moderatore: D. Maschietto (ASL n. 10, San Donà – VE)

Aula 1

I pensieri dei genitori: influenze positive e negative

L. Pettenò (Psicoterapeuta, Venezia); A. Salmaso (ASL n.10, San Donà - VE)

Sessione parallela per insegnanti. Moderatore: C. Cornoldi (Università di Padova)

Aula 2

Fattori cognitivi e di apprendimento nell'alunno con DDAI

M. Gardinale (Psicologa, Venezia); A. Molin (IRSSAE Veneto); S. Poli (Psicologa, Padova).

Sessione parallela per pediatri di base. Moderatore: M.G. Torrioli (Istituto Neuropsichiatria Infantile Università Cattolica S. Cuore, Roma)

Aula 3

Il ruolo del pediatra: quando porre il sospetto diagnostico e a quale età e quali sono gli interventi idonei.
S. Corbo, F. Marolla, V. Sarno (Pediatri di base, Roma).

Il problema della diagnosi differenziale

G. Masi (IRCCS Stella Maris di Pisa)

16.00 - 17.30 Seminari paralleli

Sessione parallela per genitori. Moderatore: R. Vianello (Università di Padova)

Aula 1

Principi di gestione del comportamento del bambino iperattivo

G. Filoramo (Psicologo, Vicenza), G.M. Marzocchi (SISSA di Trieste, La Nostra Famiglia), M. Vino Nuevo (Portorico), P. Mariotti (Istituto di Neuropsichiatria Infantile, Università Cattolica Sacro Cuore di Roma)

Sessione parallela per insegnanti. Moderatore: R. De Beni (Università di Padova)

Aula 2

Problemi di comportamento in classe

T. De Meo (ASL 10 di San Donà - VE), C. Vio (ASL 10 di San Donà - VE), S. Vernacotola (Istituto di Neuropsichiatria Infantile, Università Cattolica Sacro Cuore di Roma)

Sessione parallela per pediatri di base. Moderatore: M.G. Torrioli (Istituto Neuropsichiatria Infantile Università Cattolica S. Cuore, Roma)

Aula 3

Il ruolo del pediatra: discussione di casi clinici. S. Corbo, F. Marolla, V. Sarno (Pediatri di base, Roma), G. Masi (IRCCS Stella Maris di Pisa)

18.00 - 19.00 Domande e risposte con gli esperti

C. Cornoldi, P. Mariotti, G.M. Marzocchi, D. Maschietto, G. Masi, E. Sechi, M.G. Torrioli, S. Vernacotola, C. Vio, A. Zuddas.

Congresso AIRIPA “ X CONGRESSO NAZIONALE AIRIPA (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento) su **“I Disturbi dell'Apprendimento”** Repubblica di San Marino 19-20 Ottobre 2001
In collaborazione con: Università degli Studi di San Marino - Segreteria di Stato alla Sanità e Sicurezza Sociale - Segreteria di Stato alla Pubblica Istruzione e Università. - Servizio Minori (Istituto per la Sicurezza Sociale).

Congresso Erickson: 3° Convegno Internazionale “La qualità dell'integrazione scolastica nella scuola e nella società”. Rimini, Palacongressi, 9/10/11 novembre 2001

Attività dell'AIDAI-Onlus

- **Parent training:** è un corso diretto ai genitori di bambini DDAI e si prefigge innanzitutto di dare informazioni corrette sul Disturbo da Deficit di Attenzione / Iperattività e sui programmi di aiuto per il bambino; inoltre ha l'obiettivo di proporre e discutere comportamenti e modi di pensare positivi orientati alla comprensione delle difficoltà del bambino e al cambiamento. Infine il corso intende fornire ai genitori indicazioni e strategie di gestione del comportamento di bambini con DDAI. Il corso è strutturato in 3 sabati, per un totale di 12 ore: al termine del corso verranno effettuati incontri di supervisione con una scadenza che verrà decisa durante il corso. Presso il centro dell'AIDAI si è concluso il primo ciclo di 3 incontri con sette coppie di genitori, i quali hanno chiesto altri incontri di supervisione con cadenza bimestrale... l'esperienza continua e siamo intenzionati a riproporla. Tutti i genitori interessati possono contattare la nostra segreteria per ulteriori informazioni.

- **Nuovo sito internet in fase di perfezionamento:** da maggio è attivo il nuovo sito internet dell'A.I.D.A.I (www.aidai.org): con questo nuovo strumento l'associazione intende agevolare maggiormente l'accesso dei genitori, insegnanti, operatori alle attività promosse dall'A.I.D.A.I. Per il momento il sito è ancora in fase di allestimento, ma prevediamo che a breve sarà completo di altro materiale, e soprattutto verrà continuamente aggiornato.
- **Corsi di perfezionamento sulla diagnosi e la terapia del DDAI:** a breve saranno disponibili i programmi dei nuovi corsi di perfezionamento, uno che verterà sulla diagnosi e il terapia del Disturbo da deficit di Attenzione / Iperattività e sarà rivolto a medici e psicologi, l'altro sarà rivolto a psicologi e pedagogisti e tratterà dell'intervento psicopedagogico con bambini DDAI. La durata sarà di 6 week-end, per un totale di 72 ore; ogni week-end sarà suddiviso in tre lezioni da 4 ore ciascuno (due lezioni si svolgeranno il venerdì e una il sabato mattina). Ad aprile abbiamo concluso il primo corso per clinici: si sono diplomati 13 tra psicologi e medici con i quali continueremo la formazione permanente attraverso incontri di supervisione e aggiornamento con frequenza trimestrale. Lo scorso maggio abbiamo concluso il corso per operatori psico-pedagogici: si sono diplomati altri 8 pedagogisti con i quali manterremo i contatti per una costante formazione.
- **Corsi di formazione e aggiornamento per insegnanti:** sono in aumento le richieste di corsi nelle scuole. L'AIDAI offre alle scuole interessate varie tipologie di corsi sulle tematiche dei Disturbi dell'Apprendimento scolastico e del Disturbo da Deficit di Attenzione / Iperattività. Le scuole che siano interessate dovranno fare una richiesta scritta (firmata dal dirigente scolastico) in cui si specificano le motivazioni e gli obiettivi da raggiungere. Per informazioni, potete telefonare alla nostra segreteria.