



Il questionario IPDA

Dott.ssa Laura Bedin

Psicologa e Psicoterapeuta
presso

Studi Medici via Don Cesare Pellizzari, 150 Meolo (VE)

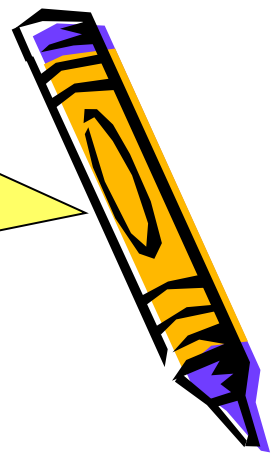


Cell. 327.7867906
Email: lauratnt@libero.it

Risolveremo alcuni concetti....



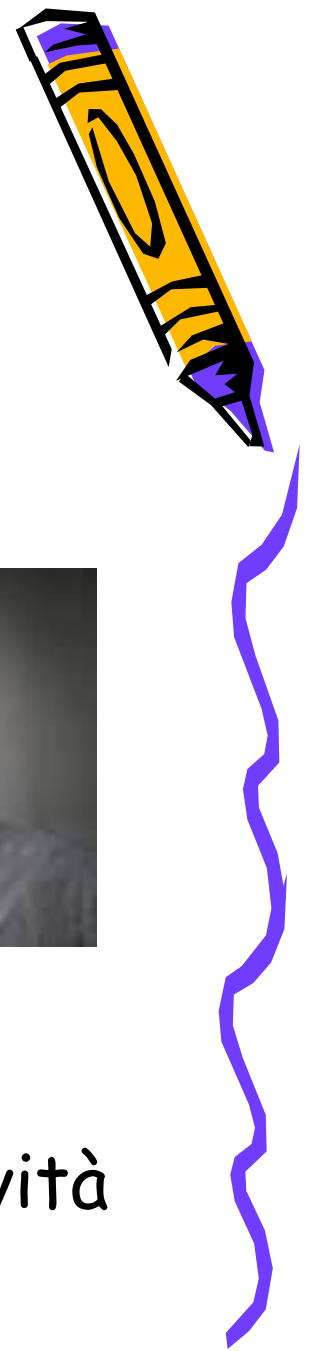
COS'E' IL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITA' (ADHD)?



L'ADHD è un disturbo evolutivo dell'autocontrollo di origine neurobiologica che interferisce con il normale svolgimento delle comuni attività quotidiane: andare a scuola, giocare con i coetanei, convivere serenamente con i genitori e, in generale, inserirsi normalmente nella società.



DIMENSIONI SINTOMATOLOGICHE CARDINE DELL'ADHD



Deficit di
attenzione



Iperattività



Impulsività



CARATTERISTICHE PRINCIPALI DELL'ADHD

DISATTENZIONE

IMPULSIVITA'

IPERATTIVITA'

- ...COMPROMISSIONE
- PERVASIVITA'
- DURATA



DISATTENZIONE

- Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro, o in altre attività;
- spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco;
- spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente;
- spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze, o i doveri sul posto di lavoro (non a causa di comportamento oppositivo o di incapacità di capire le istruzioni);
- spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività;
- spesso evita, prova avversione, o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (come i compiti a scuola o a casa);
- spesso perde gli oggetti necessari per i compiti o le attività (per esempio, giocattoli, compiti di scuola, matite, libri o strumenti);
- spesso è facilmente distratto da stimoli estranei;
- spesso è sbadato nelle attività quotidiane.



IPERATTIVITA'



- Spesso muove con irrequietezza mani o piedi o si dimena sulla sedia ;
- spesso lascia il proprio posto a sedere in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto;
- spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui ciò è fuori luogo (negli adolescenti o negli adulti, ciò può limitarsi a sentimenti soggettivi di irrequietezza);
- spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo;
- è spesso "sotto pressione" o agisce come se fosse "motorizzato";
- spesso parla troppo.



IMPULSIVITA'



- Spesso "spara" le risposte prima che le domande siano state completate;
- spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno;
- spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti.



I 3 SOTTOTIPI SECONDO IL DSM-V



- Disattento: prevalenza (6 su 9) di comportamenti disattenti.
- Iperattivo: prevalenza (6 su 9) di comportamenti impulsivi-iperattivi.
- Combinato: comportamenti disattenti e impulsivi-iperattivi in egual misura.



ALCUNE CONSIDERAZIONI SULL'ADHD...



- E' più frequente nei maschi che nelle femmine con una rapporto di 3:1.
- L'età di insorgenza è molto precoce. Si fa diagnosi dai 6 anni in poi, ma si possono avere evidenze della presenza del disturbo già dai 3 anni.



FALSE CREDENZE SULL'ADHD



- Il bambino-ragazzo ADHD non riesce a prestare attenzione a nulla.
- Il bambino-ragazzo ADHD è sempre distratto e iperattivo.
- Un bambino-ragazzo ADHD è dispettoso e si oppone sempre a quanto gli viene proposto.
- I bambini-ragazzi ADHD sono maleducati.
- L'ADHD scompare con l'età.



Qual è l'eziologia dell'ADHD?

COMPONENTE INNATA

Studi di genetica

Neuroanatomia

Neurofisiologia

Neurochimica

COMPONENTE APPRESA

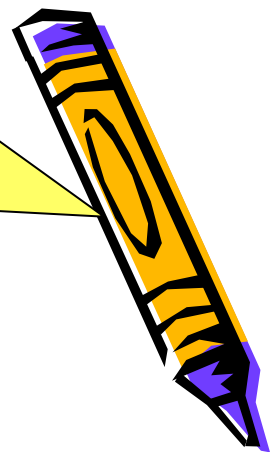
no regole e routine domestiche

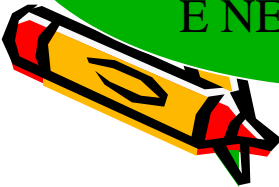
ambiente caotico, gratificazione del

atteggiamento frettoloso e impulsivo

mancato insegnamento del saper aspettare

"Come per altri disturbi è presumibile che i fattori genetici determinino la predisposizione per il disturbo, mentre l'attivazione di tale predisposizione sia modulata anche da fattori ambientali"





LA SUA CAPACITA' DI
CONCENTRAZIONE
E DI ATTENZIONE
SOSTENUTA

IL PERCORSO DI
PIANIFICAZIONE
E SOLUZIONE DEI
PROBLEMI



IL LIVELLO DI
AUTOSTIMA

**IL BAMBINO-
RAGAZZO NON
RIESCE A REGOLARE:**


IL COMPORTAMENTO
CON GLI ALTRI

IL COMPORTAMENTO
MOTORIO

LA TENDENZA A DARE
UNA RISPOSTA
PRECIPITOSA E IMPULSIVA

IL LIVELLO DI
MOTIVAZIONE,
LA FIDUCIA
NELL'IMPEGNO
E NELLO SFORZO

LA CAPACITA'
DI RISPONDERE
IN MODO POSITIVO
ALLE EMOZIONI



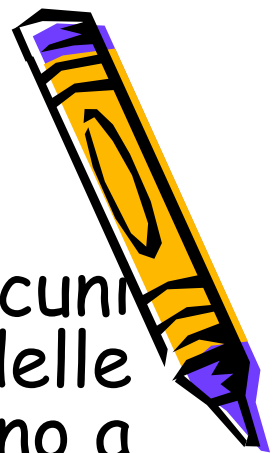
EVOLUZIONE DEL DISTURBO DA DEFICIT D'ATTENZIONE/IPERATTIVITA'



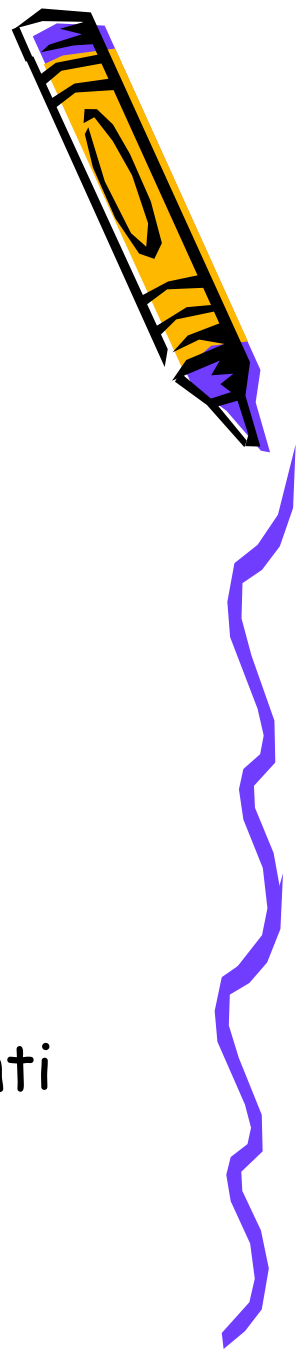
- Spesso i primi problemi si manifestano a tre anni di età, con una evidente iperattività
- Le difficoltà aumentano con l'ingresso nella scuola elementare in cui al bambino si richiede il rispetto di regole e prestazioni cognitive
- Verso gli ultimi anni della scuola elementare l'iperattività motoria si attenua mentre può persistere l'impulsività e la disattenzione



- Con l'ingresso nelle scuole medie alcuni ragazzini con ADHD sviluppano delle strategie di compensazione con cui riescono a colmare le difficoltà, sebbene persistano difficoltà di concentrazione soprattutto nello studio orale
- In età adolescenziale e adulta possono perdurare difficoltà nelle relazioni sociali, incapacità a mantenere un lavoro, ad avere relazioni coniugali stabili. Permane anche una certa disorganizzazione nell'intraprendere azioni e fare scelte di vita.



ADHD in età prescolare



- Massimo grado di iperattività
- Scarso controllo attentivo
- Comportamenti aggressivi
- Crisi di rabbia
- Litigiosità, provocatorietà
- Deficit di inibizione
- Scarsa tolleranza dell'attesa
- Assenza di paura, condotte pericolose, incidenti
- Disturbo del sonno



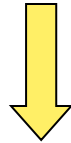
Sintomi secondari e Disturbi Associati



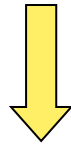
- I soggetti con ADHD, oltre ai sintomi primari, manifestano anche altri comportamenti disturbanti ritenuti secondari in quanto si presume derivino dall'interazione tra le caratteristiche patognomiche del disturbo e il loro ambiente.
- I bambini-ragazzi con ADHD sono maggiormente a rischio per altre problematiche psicologiche. Il 90% dei pazienti hanno uno o più disturbi associati all'ADHD; in particolare il 64% presenta anche Disturbo Oppositivo Provocatorio, il 55% Disturbo d'Ansia, il 42% Disturbo dell'Apprendimento, il 25% Disturbo della Condotta (studio ADORE).



La comorbidità (associazione con altri Disturbi) condiziona
l'espressività clinica, la gravità, la prognosi, il
trattamento



Importanza della diagnosi precoce



Progetti di screening



IPDA (compilazione IPDAI e IPDAG)



Cos'è l'IPDA?



È un questionario osservativo che va compilato dall'insegnante rivolto ai bambini dell'ultimo anno della scuola dell'infanzia, che consente

Identificazione **P**recoce delle **D**ifficoltà di **A**pprendimento.
Permette un percorso che si compone di tre fasi:

- screening;
- valutazione più precisa dello stato di sviluppo delle specifiche abilità (somministrazione di batteria dei materiali IPDA);
- intervento riabilitativo mirato per le aree deficitarie.



Si compone di 43 item suddivisi in due sezioni:

1)ABILITA' GENERALI

-item 1-9 aspetti comportamentali

-item 10-11 motricità

-item 12-14 comprensione linguistica

-item 15-19 espressione orale

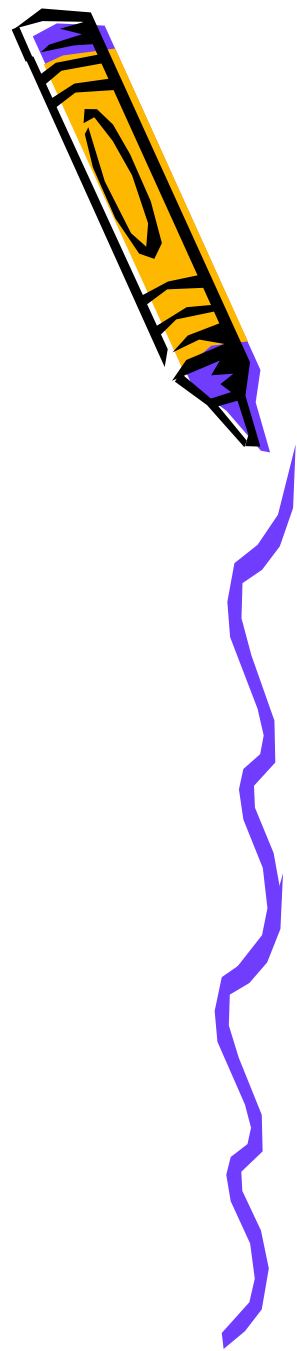
-item 20-23 metacognizione

-item 24-33 altre abilità cognitive (memoria verbale etc)

2)ABILITA' SPECIFICHE

-item 34-40 pre-alfabetizzazione

-item 41-43 pre-matematica



Quando compilarlo e come...

- Entro la fine del mese di ottobre.
- Nel mese di maggio per verificare lo stato dei prerequisiti successivamente all'intervento di potenziamento.

La compilazione può essere individuale o di gruppo (se lo strumento è applicato all'intera classe).

Prima della compilazione sarebbe buona norma osservare i bambini per almeno una settimana e considerare ciascun item indipendentemente da tutti gli altri.

L'insegnante valuta ogni item seguendo una scala a quattro livelli:

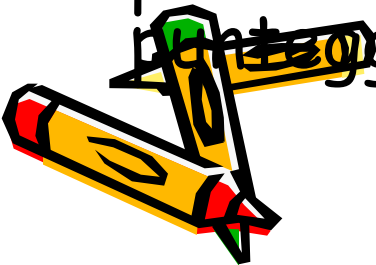
1. Per niente/mai
2. Poco/a volte
3. Abbastanza/il più delle volte
4. Molto/sempre



Qualora sorgano incertezze sulle risposte da dare si suggerisce di considerare il confronto tra bambini per sciogliere i dubbi.

I punteggi vanno dati considerando **OBIETTIVAMENTE** i comportamenti del bambino al momento dell'osservazione e non in riferimento alle sue prestazioni migliori o potenziali.

Il punteggio 4 va riservato solo nei casi in cui il bambino padroneggia completamente l'abilità descritta. Se vi sono dubbi tra due punteggi possibili, si raccomanda di scegliere sempre il punteggio più basso.



Calcolo ed interpretazione del punteggio



Il punteggio totale si ottiene sommando i punteggi (1,2,3,4) dei singoli item.

Se l'insegnante ha omesso un punteggio, dovrà aggiungere per l'item mancante il punteggio medio ottenuto dagli altri item ad es. se ha attribuito 42 punteggi invece di 43, ottenendo un punteggio totale calcolato sui 42 item di 147, il punteggio totale stimato sarà pari a $(147:42) \times 43$ ossia 150,5.

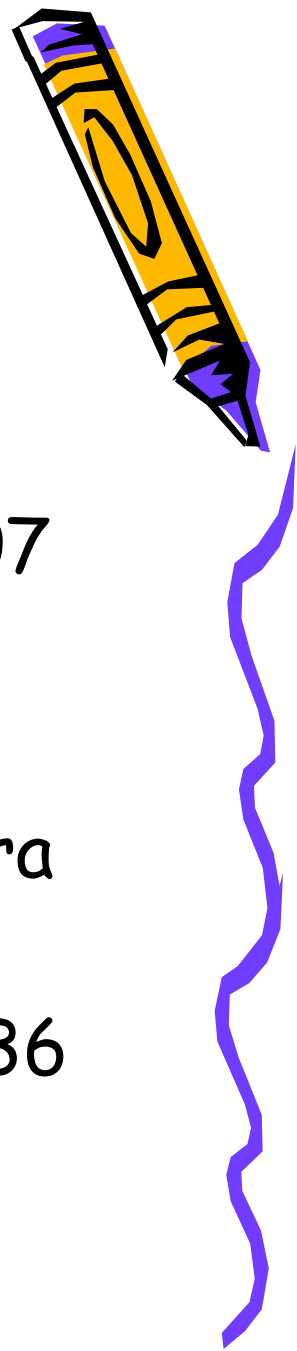




Per il calcolo del punteggio diviso per aree
bisogna sommare i punteggi ottenuti dal
bambino negli item di quella area. Anche
in questo caso se l'insegnante omette uno
o più punteggi, si applica la formula
precedente.



Per l'interpretazione del punteggio di ottobre



- Totale:
 - fascia ad alto rischio punteggio < 107
 - fascia a rischio medio-alto punteggio tra 108 e 118
 - fascia a rischio medio-basso punteggio tra 119 e 135
 - fascia a rischio basso punteggio > 136





- Per aree (vedi appendice B):
 - fascia ad alto rischio punteggio < 0 = al 10° percentile
 - fascia a rischio medio-alto punteggio tra l'11° e il 20° percentile
 - fascia a rischio medio-basso punteggio tra il 21° e il 50° percentile
 - fascia a rischio basso punteggio $>$ al 51° percentile



Per l'interpretazione del punteggio di maggio



- Totale:
 - fascia ad alto rischio punteggio $< 0 = a 116$
 - fascia a rischio medio-alto punteggio tra 117 e 127
 - fascia a rischio medio-basso punteggio tra 128 e 148
 - fascia a rischio basso punteggio $> 0 = a 149$





- Per aree (vedi appendice B):
 - fascia ad alto rischio punteggio < 0 = al 10° percentile
 - fascia a rischio medio-alto punteggio tra l'11° e il 20° percentile
 - fascia a rischio medio-basso punteggio tra il 21° e il 50° percentile
 - fascia a rischio basso punteggio $>$ al 51° percentile



Per il primo ed il secondo gruppo di bambini si consiglia di usare la batteria di prove di approfondimento per valutare in modo più specifico le abilità ed approntare poi un mirato intervento didattico per ridurre i deficit prima dell'ingresso alla scuola primaria.



Nota:

Vi sono anche dati normativi riferiti alle fasce d'età: fascia 1 (bambini che hanno compiuto dopo giugno o devono ancora compiere 5 anni al momento della somministrazione) e fascia 2 (bambini che hanno già compiuto 5 anni a giugno o prima di giugno). In ogni caso i livelli di rischio devono essere indipendenti dalla data di nascita del bambino.



Esercitazione





Grazie per l'attenzione

