
Che cos'è l'ADHD

Informazioni per gli insegnanti



In una riga

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività è un disturbo del neurosviluppo in cui la capacità di regolare attenzione, movimento e impulsi resta indietro rispetto all'età. Riguarda circa uno o due bambini per classe. Non è il risultato di un'educazione sbagliata: l'ereditabilità stimata su decine di studi sui gemelli è intorno al 74 per cento, e il rischio nei parenti di primo grado è da 5 a 10 volte più alto. Le pratiche educative contano molto sul decorso, ma non sono la causa.

Il punto che cambia tutto: il problema non è che non sanno cosa devono fare. È che non riescono a fare quello che sanno, nel momento in cui servirebbe.

Cosa significa in pratica in classe

Le manifestazioni si dividono in due gruppi, e si può avere l'uno senza l'altro.

Disattenzione. Non presta attenzione ai dettagli e fa errori di distrazione. Fatica a mantenere l'attenzione su compiti o giochi. Sembra non ascoltare quando gli si parla. Non porta a termine le istruzioni ricevute. Fatica a organizzare compiti e attività. Evita i compiti che richiedono sforzo mentale prolungato. Perde gli oggetti necessari. Si distrae facilmente. È sbadato nelle attività quotidiane.

Iperattività e impulsività. Muove mani e piedi, si dimena sulla sedia. Si alza quando dovrebbe restare seduto. Corre o si arrampica in situazioni inappropriate. Fatica a giocare in modo tranquillo. È «sotto pressione», come guidato da un motore. Parla eccessivamente. Risponde prima che la domanda sia completata. Fatica ad aspettare il turno. Interrompe o si intromette.

Tre cose che spiegano quello che vedete.

L'attenzione dipende da quanto spesso arriva un riscontro. Davanti a uno schermo arriva ogni pochi secondi, su una scheda arriva alla fine. Per questo lo stesso bambino regge un'ora in un caso e otto minuti nell'altro. Non è che scelga dove applicarsi: è che nel primo caso l'ambiente fa il lavoro che il suo sistema di regolazione non riesce a fare da solo.

Il tempo e le informazioni che non riescono a tenere a mente vanno messi fuori, nell'ambiente. Un tempo che non si vede, per loro non esiste.

In una quota consistente c'è anche difficoltà a regolare l'emozione: soglia bassa, salita rapida, ritorno alla calma lento.

Chi ha solo la prima colonna non viene rifiutato: viene trascurato. Non disturba, quindi non viene segnalato. È il motivo per cui l'ADHD è riconosciuto meno spesso nelle bambine, che vengono inviate meno per una valutazione e più facilmente restano senza diagnosi.

Cosa l'ADHD non è

Non è un problema di volontà. È un ritardo nella capacità di regolare attenzione, movimento e impulsi.

Non è un problema di intelligenza. Le difficoltà restano a parità di capacità cognitive e di rendimento.

Non è colpa dell'educazione ricevuta. È una condizione con forte componente ereditaria, su cui le pratiche educative incidono nel decorso.

Non è una fase che si supera da sola. Cambia forma: l'iperattività si attenua crescendo, la disattenzione e la disorganizzazione molto meno.

Non è qualcosa che si esclude con un test. La diagnosi è clinica: una valutazione neuropsicologica nella norma non esclude l'ADHD.

Quattro criteri per distinguere il tipico dal significativo

A sei anni quasi tutti i bambini si alzano, interrompono e dimenticano il materiale. Quello che distingue sono quattro condizioni, e si valutano senza bisogno di strumenti.

Pervasività. In più contesti e con più adulti. Se accade solo in una vostra ora, la domanda riguarda quella situazione.

Persistenza. Da mesi, non da due settimane. Un cambiamento recente e improvviso è una reazione a qualcosa.

Intensità. Fuori scala rispetto ai coetanei della stessa età, non rispetto all'alunno più tranquillo della classe.

Compromissione. Interferisce davvero con apprendimenti, relazioni o partecipazione. È il criterio che pesa di più: senza compromissione, per quanto un comportamento sia faticoso da gestire, non si sta parlando di un quadro clinico.

Le cinque cose più importanti che potete fare

1. Rendere prevedibile quello che succede. Sequenza della giornata esposta, transizioni annunciate con qualche minuto di anticipo. I cambi di attività concentrano la maggior parte degli episodi.

2. Una consegna per volta, e verificare che sia arrivata. Tre richieste in una frase sono tre occasioni per perdersi. Farla ripetere costa dieci secondi.

3. Avvicinare il riscontro. Dire come sta andando durante il compito, non solo alla fine. Spezzare il lavoro in tratti brevi con un traguardo visibile.

4. Prevedere il movimento invece di reprimerlo. Un incarico che comporta alzarsi non è un premio: è una valvola che evita l'alternativa peggiore.

5. Almeno cinque riconoscimenti per ogni richiamo, sullo stesso bambino. Specifici e immediati: «hai aspettato il tuo turno» dice cosa ripetere, «bravo» non dice niente. Il numero cinque è una proporzione operativa, non una soglia misurata: serve a contrastare uno squilibrio reale, perché chi viene osservato risulta quasi sempre sbilanciato verso i richiami.

Tre cose da non fare

Togliere la ricreazione a chi ha bisogno di muoversi. È il momento che regola tutto il resto della mattina, e toglierlo peggiora l'ora successiva.

Ripetere il richiamo davanti alla classe. Ogni volta il comportamento acquista un pubblico, e i compagni diventano la ragione per cui si ripete.

Rimandare la conseguenza a fine giornata. A distanza di ore non è più collegata a niente: resta la punizione, si perde l'apprendimento.

A scuola

L'ADHD non rientra nella legge 104: la diagnosi da sola non dà diritto all'insegnante di sostegno, che discende dalla certificazione di disabilità. Non rientra nemmeno nella legge 170, che riguarda i disturbi specifici dell'apprendimento.

Rientra nell'area dei bisogni educativi speciali, ai sensi della Direttiva del 27 dicembre 2012 e della C.M. n. 8 del 2013. Lo strumento è il Piano Didattico Personalizzato, deliberato dal consiglio di classe o dal team docenti: non è obbligatorio come per i DSA, ma è fortemente consigliato quando le difficoltà impattano sugli apprendimenti e sulle relazioni. La decisione va verbalizzata in ogni caso.

Il clinico di riferimento è disponibile per un confronto.

Riferimenti: DSM-5-TR, American Psychiatric Association. NICE, *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*, NG87. I riferimenti degli studi citati sono nella scheda «Per approfondire».

Scheda a cura del Centro Archimede S.r.l. • Via Longare 1, Torri di Quartesolo (VI) • 0444.387387 •
info@cdarchimede.it • Revisione: 1 settembre 2026