

Le dodici affermazioni

Risposte e spiegazioni



Sono le dodici affermazioni del questionario di inizio incontro. Qui trovate la risposta e il perché.

Sono state scelte fra quelle su cui, negli studi sulle conoscenze degli insegnanti, si sbaglia più spesso. Non è un test: serve a sapere da dove partiamo, e a capire quali osservazioni corrette portano a conclusioni che non reggono.

1. Si può avere l'ADHD senza essere iperattivi

Vero. Le due dimensioni, disattenzione e iperattività-impulsività, sono separate. Si può avere solo la prima. Chi ha solo la prima non disturba, e per questo viene segnalato molto meno.

2. Perché si parli di ADHD i comportamenti devono comparire in più contesti, non solo a scuola

Vero. È il criterio della pervasività. Un comportamento che compare solo in un luogo o con un solo adulto racconta qualcosa su quella situazione, non sul bambino.

3. Un bambino con ADHD non riesce a mantenere l'attenzione su nulla per più di pochi minuti

Falso. L'attenzione non è una quantità fissa: dipende da quanto spesso arriva un riscontro. Davanti a uno schermo il riscontro 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 una prova di volontà.

4. Le linee guida raccomandano di modificare l'ambiente e verificarne l'effetto prima di considerare il farmaco

Vero. La linea guida britannica NICE prevede che il farmaco venga offerto solo se i sintomi continuano a causare una compromissione significativa dopo che le modificazioni ambientali sono state applicate e riviste. Quello che si fa in classe non è il contorno del trattamento: è il presupposto.

5. Fra gli interventi a scuola, quelli basati su riconoscimenti e conseguenze concordate sono fra i più efficaci

Vero. Nella meta-analisi più ampia disponibile, 226 studi dal 1968 al 2016, gli interventi basati sulla gestione delle conseguenze mostrano gli effetti più forti fra tutti gli interventi psicosociali per l'ADHD.

6. Concedere più tempo in una verifica è sufficiente, da solo, a migliorare il comportamento

Falso. Gli accomodamenti isolati, come il tempo aggiuntivo o il posto preferenziale, mostrano effetti significativamente più deboli degli interventi comportamentali attivi. Sono precondizioni utili, ma da sole spostano poco. È anche il motivo per cui un PDP riempito di dispense funziona meno di uno costruito su strategie.

7. Ridurre zuccheri o additivi nella dieta riduce i sintomi dell'ADHD

Falso. Con valutatori indipendenti, le diete di eliminazione non mostrano effetti sui sintomi. Restano effetti piccoli per gli acidi grassi e per l'esclusione dei coloranti, quest'ultima soprattutto in chi ha sensibilità accertate. Non sono dannose, ma occupano il posto di quello che funziona.

8. Le pratiche educative inadeguate sono la causa principale dell'ADHD

Falso. 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 cinque a dieci volte più alto. Le pratiche educative contano, e molto, sul decorso: è il motivo per cui esistono questa formazione e il parent training. Ma non sono la causa del disturbo.

9. Nella maggior parte dei casi le difficoltà si risolvono da sole con la pubertà

Falso. Circa il 15 per cento dei bambini con diagnosi soddisfa ancora tutti i criteri a venticinque anni, e un altro 50 per cento arriva a una remissione parziale con compromissione che resta. Quindi in circa due casi su tre qualcosa rimane. Quello che si attenua davvero è l'iperattività motoria.

10. L'ADHD viene riconosciuto meno spesso nelle bambine

Vero. Le linee guida chiedono esplicitamente di esserne consapevoli: le bambine vengono inviate meno spesso per una valutazione, restano più facilmente senza diagnosi e più facilmente ne ricevono una errata. La prevalenza è effettivamente più alta nei maschi, ma il sottoriconoscimento si somma a quella differenza.

11. Gli interventi a scuola riducono in modo significativo l'iperattività motoria

Falso. Nella meta-analisi più recente su ventidue studi randomizzati scolastici, gli effetti sono piccoli o medi su rendimento, disattenzione, comportamenti esternalizzanti e competenze sociali. Sull'iperattività e impulsività il risultato non è statisticamente significativo. La scuola può strutturare l'ambiente e le conseguenze, non il livello di attivazione motoria.

Questo non rende inutile il movimento previsto in classe: non serve a ridurre l'attivazione, serve a incanalare in una forma che non entra in conflitto con il lavoro.

12. Un bambino con ADHD ha in media più difficoltà scolastiche dei compagni già alla scuola primaria

Vero. È la fase in cui emergono più chiaramente, insieme al rifiuto da parte dei compagni e alla caduta dell'autostima. Ed è anche la fase in cui l'intervento a scuola incide di più.

Un'osservazione sul «non so»

Nel questionario «non so» era una risposta legittima, e le risposte di questo tipo sono un'informazione diversa da quelle sbagliate. Un «non so» è una lacuna, e si colma leggendo. Una risposta sbagliata è una convinzione, e per cambiarla serve capire che cosa c'è di corretto nell'osservazione da cui nasce.

Quasi tutte le affermazioni false di questo elenco partono da un'osservazione giusta.