

Corso TFA

Neuropsichiatria infantile

Prof. C. M. Giuppone



Focus: Autismo



In occasione di Roma-Torino, il Club e [Sport e Salute](#) hanno inaugurato allo Stadio Olimpico la “quiet room” destinata a bimbi con autismo per permettere loro di vedere la partita in uno spazio protetto.



Lezione 3 – Punti principali

Lo studente deve acquisire gli elementi di base relativi a:

- ✓ Caratteristiche generali dei **DSA**
- ✓ Classificazione dei DSA
- ✓ Criteri diagnostici dei DSA
- ✓ Epidemiologia dei DSA
- ✓ Etiopatogenesi dei DSA
- ✓ Screening e diagnosi dei DSA
- ✓ Trattamento dei DSA

Lo studente deve acquisire gli elementi di base relativi a:

- ✓ Classificazione dei **Disturbi della Comunicazione**
- ✓ Caratteristiche generali del Disturbo fonetico-fonologico
- ✓ Caratteristiche generali della Disprassia Verbale Evolutiva
- ✓ Caratteristiche generali del Disturbo del Linguaggio
- ✓ Caratteristiche generali del Disturbo della Fluenza
- ✓ Caratteristiche generali del **Disturbo Pragmatico del Linguaggio**

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

- Il Disturbo Specifico di Apprendimento (**DSA**) è un disturbo di origine neurobiologica caratterizzato da atipie cognitive associate a segni comportamentali.

Consiste nella presenza di **difficoltà isolate e circoscritte nella lettura e/o nella scrittura e/o nel calcolo in individui che possiedono una normale dotazione intellettiva e che non presentano deficit sensoriali.**

La loro caratteristica distintiva è quindi la specificità, intesa come compromissione di un dominio circoscritto di abilità che si iscrive su un funzionamento generale integro.

- Si parla semplicemente di **difficoltà di apprendimento** quando, in presenza di un livello intellettivo normale, i deficit non raggiungono la soglia di significatività.
- Si parla di **difficoltà aspecifiche di apprendimento** quando i deficit delle abilità scolastiche sono dovuti a cause diverse, come la Disabilità Intellettiva, le patologie neurologiche, i deficit sensoriali, i severi disturbi dell'area affettivo-relazionale, le malattie croniche invalidanti e la grave deprivazione socio-ambientale.

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

- Si assume che la gran parte degli individui con DSA abbia una **compromissione di specifiche abilità linguistiche, in particolare delle abilità fonologiche e di processamento degli stimoli verbali.**
- Esistono tuttavia anche DSA legati a una **compromissione dell'organizzazione visuo-percettiva e visuo-prassica.**
- Nel passaggio dal DSM-IV al DSM-5, i singoli disturbi, ciascuno con i propri criteri diagnostici, rientrano oggi in **un'unica etichetta diagnostica che rende inutile, potendo includere diversi livelli di gravità e diversi fenotipi clinici, la categoria di Disturbo di Apprendimento NAS (Non Altrimenti Specificato).**



Disturbi Specifici dell'Apprendimento: DSM-5

➤ Criteri diagnostici del DSM-5 per i DSA sono i seguenti:

- A. Difficoltà di apprendimento e nell'uso di abilità scolastiche, come indicato dalla presenza di **almeno 1 dei seguenti sintomi che sono persistiti per almeno 6 mesi, nonostante la messa a disposizione di interventi mirati su tale difficoltà:**
- **Lettura delle parole imprecisa o lenta e faticosa** (per es. legge singole parole ad alta voce in modo errato o lentamente e con esitazione, spesso tira a indovinare le parole, pronuncia con difficoltà le parole)
 - **Difficoltà nella comprensione del significato di ciò che viene letto** (per es. può leggere i testi in maniera adeguata ma non comprende le sequenze, le relazioni, le inferenze o i significati più profondi di ciò che viene letto)
 - **Difficoltà nello spelling** (per es. può aggiungere, omettere o sostituire vocali o consonanti)
 - **Difficoltà con l'espressione scritta** (per es. fa molteplici errori grammaticali o di punteggiatura all'interno delle frasi; usa una scarsa organizzazione dei paragrafi; l'espressione scritta delle idee manca di chiarezza)
 - **Difficoltà nel padroneggiare il concetto di numero, i dati numerici o il calcolo** (per es. ha una scarsa comprensione dei numeri, della loro dimensione e delle relazioni; conta sulle dita per aggiungere i numeri a una singola cifra, piuttosto che ricordare i fatti matematici come fanno i coetanei; si perde all'interno di calcoli aritmetici e può cambiare procedure)
 - **Difficoltà nel ragionamento matematico** (per es. ha gravi difficoltà ad applicare i concetti matematici, dati o procedure per risolvere problemi quantitativi)

Disturbi Specifici dell'Apprendimento: DSM-5

- B. Le abilità scolastiche colpite sono notevolmente e quantificabilmente al di sotto di quelle attese per l'età cronologica** dell'individuo, e causano significativa interferenza con il rendimento scolastico o lavorativo, o con le attività della vita quotidiana, come confermato da **misurazioni standardizzate somministrate** individualmente dei risultati raggiunti e da valutazioni cliniche complete. Per gli individui di 17 anni e oltre di età, un'anamnesi documentata delle difficoltà di apprendimento invalidanti può sostituire l'inquadramento clinico standardizzato.
- C. Le difficoltà di apprendimento iniziano durante gli anni scolastici ma possono non manifestarsi pienamente fino a che la richiesta rispetto a queste capacità scolastiche colpite supera le limitate capacità dell'individuo** (per es. nelle prove a tempo, nella lettura o scrittura di documenti complessi e lunghi in breve tempo, con carichi scolastici eccessivamente pesanti)
- D. Le difficoltà di apprendimento non sono meglio giustificate** da Disabilità Intellettiva, acuità visiva e uditiva alterata, altri disturbi mentali o neurologici, avversità psicosociali, mancata conoscenza della lingua dell'istruzione scolastica o istruzione scolastica inadeguata.

Disturbi Specifici dell'Apprendimento: DSM-5

➤ Specificare se

✓ DSM-5=315.00 - ICD-10=F81.0 - **Con compromissione della lettura**

- Accuratezza nella lettura delle parole
- Velocità o fluency della lettura
- Comprensione del testo

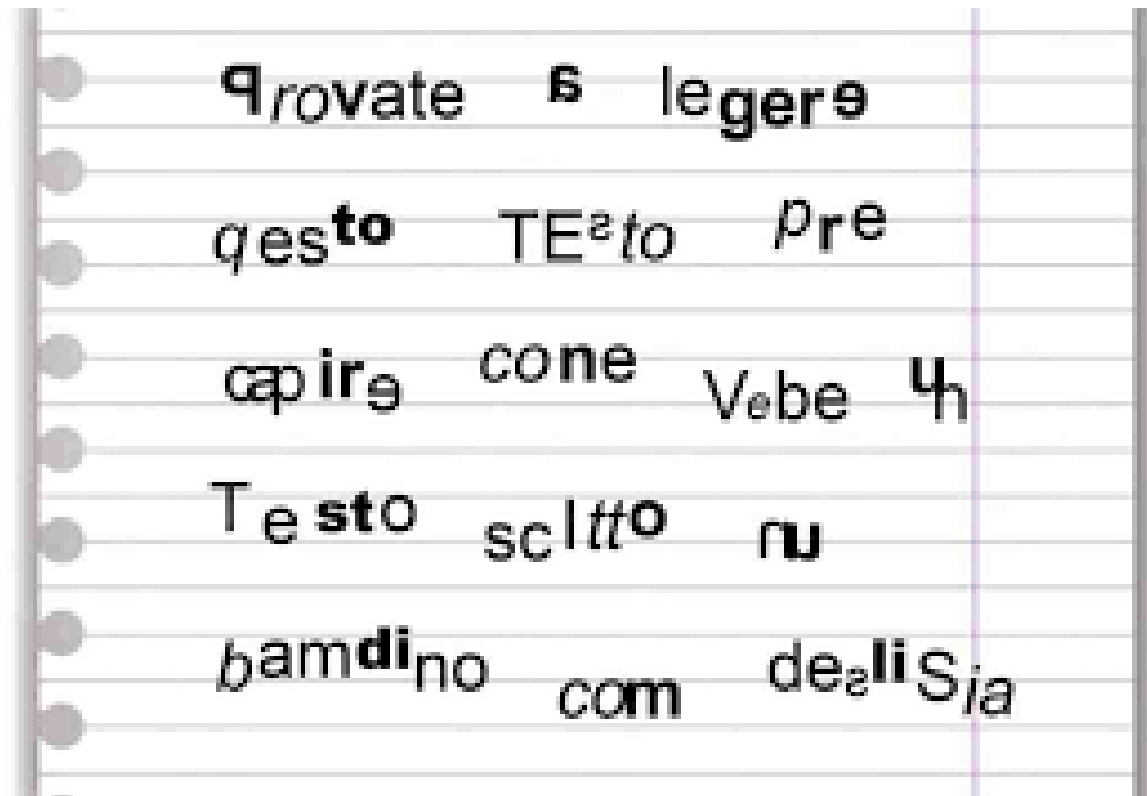
✓ DSM-5=315.1 –ICD-10=F81.2 - **Con compromissione del calcolo**

- Concetto di numero
- Memorizzazione di fatti aritmetici
- Calcolo accurato o fluente
- Ragionamento matematico corretto

✓ DSM-5=315.2 ICD-10=F81 .1 - **Con compromissione dell'espressione scritta**

- Accuratezza nello spelling
- Accuratezza nella grammatica e nella punteggiatura
- Chiarezza/organizzazione dell'espressione scritta

➤ Nota: **Dislessia, Disortografia e Discalculia** sono termini alternativi utilizzati per descrivere questi disturbi.





Come legge un bambino dislessico?

Testo normale:

Probabilmente risulterà
più difficile leggere queste
poche righe. Qualcuno si
appellerà agli errori di
stampa.
Effettivamente abbiamo
sostituito qualche lettera,
omesso qualcosa, aggiunto
altro e fuso qualche parola.

Testo visto da un bambino dislessico:

prodaqi niente ri ^{su}te r
pivvicile gere puetse qoce
rige. Palcuno siaddelerà algi
erori pi standa.
Evettinfa ^{nem}ete appiano
sotsiito
duaicele tera, noeso
palcosa, agiutno atrlo e ^{su}vo
palche palaro.

Disturbi Specifici dell'Apprendimento: DSM-5

- Specificare la gravità attuale:
 - ✓ **Lieve:** alcune difficoltà nelle capacità di apprendimento in uno o due ambiti scolastici, ma di gravità sufficientemente lieve da rendere l'individuo in grado di compensare o di funzionare bene se è fornito di facilitazioni e servizi di sostegno appropriati, in particolare durante gli anni scolastici;
 - ✓ **Moderata:** marcate difficoltà nelle capacità di apprendimento in 1-2 ambiti scolastici, tali che l'individuo difficilmente può sviluppare competenze senza momenti di insegnamento intensivo e specializzato durante gli anni scolastici; per completare le attività con precisione ed efficienza possono essere necessari facilitazioni e servizi di sostegno, almeno in una parte della giornata, a scuola, sul posto di lavoro o a casa;
 - ✓ **Grave:** gravi difficoltà nelle capacità di apprendimento, che coinvolgono diversi ambiti scolastici, tale che l'individuo difficilmente apprende tali abilità senza l'insegnamento continuativo, intensivo, personalizzato e specializzato per la maggior parte degli anni scolastici; anche con una gamma di facilitazione o servizi appropriati a casa, a scuola o sul posto di lavoro, l'individuo può non essere in grado di completare tutte le attività in modo efficiente.

Disturbi Specifici dell'Apprendimento: DSM-5

- In Italia, ai fini della formulazione della diagnosi di DSA, è prescritto dalle attuali normative l'utilizzo dell'**ICD-10** e delle indicazioni della **Consensus Conference**. L'**ICD-10** racchiude diversi disturbi sotto l'etichetta generale di Disturbi Evolutivi Specifici delle Abilità Scolastiche e indica, come criterio di inclusione, un livello di prestazione ai test standardizzati di lettura e/o scrittura e/o calcolo di **almeno due deviazioni standard al di sotto del livello atteso sulla base dell'età cronologica e dell'intelligenza generale**.
- L'**ICD-10** elenca vari disturbi ma non si discosta concettualmente dall'inquadramento del DSM-5, soprattutto quando, accanto ai criteri specifici descrive criteri più generali utili a porre diagnosi come:
 - Il quoziente intellettivo compreso entro i limiti della norma ($QI > 70$)
 - l'interferenza significativa del disturbo con il profitto scolastico o con le attività quotidiane che richiedono abilità nella lettura
 - l'assenza di deficit neurologici e/o sensoriali e relazionali
 - la presenza di esperienze scolastiche/educative adeguate
- L'**ICD-10** indica poi, come **criterio aggiuntivo**, l'associazione del disturbo con una compromissione in età prescolare, fonetico-fonologica, del linguaggio, dell'elaborazione visiva, dell'attenzione e della coordinazione motoria

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Epidemiologia

Le stime di prevalenza in bambini in età scolare, basate sulla letteratura scientifica internazionale, sono del **5-15%**, con un **rapporto M/F** compreso **tra 2:1 e 3:1**.

La prevalenza della dislessia in Italia sembra essere leggermente più bassa (**3.2%**), se ci si attiene ai dati nazionali emersi da un recente studio epidemiologico. Cioè è stato sempre interpretato come un effetto del diverso **grado di trasparenza delle varie lingue, con lettura più semplice per lingue ad ortografia regolare come l'italiano e più complessa per lingue con ortografia opaca come l'inglese**. Ci sono tuttavia studi epidemiologici effettuati in paesi con lingue ad ortografia regolare come l'Olanda che non riportano differenze significative di prevalenza rispetto ai paesi anglofoni.



Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Correlati neuropsicologici

I DSA sono associati a disfunzioni cognitive variabili. È difficile stabilire se queste siano causa, conseguenza o un epifenomeno delle difficoltà di apprendimento, anche in ragione dell'ampia sovrapposizione tra DSA a altri Disturbi del Neurosviluppo.

Il DSM-5 riassume efficacemente questi suggerimenti della letteratura quando elenca le anomalie frequentemente associate ai DSA, menzionando **il ritardo dello sviluppo del linguaggio, le difficoltà attentive e le abilità motorie**, e precisa che queste possono precedere o essere concomitanti con le manifestazioni cliniche dei DSA. La condizione più chiaramente e frequentemente legata al Disturbo di Lettura e Scrittura è una **debolezza del sistema linguistico-fonologico**, anche se questo non è sempre vero.

➤ Ipotesi neuropsicologiche

✓ Deficit del processamento fonologico

Uno specifico deficit di elaborazione, memoria e consapevolezza dei suoni linguistici (fonemi) viene ritenuto il core deficit delle difficoltà di lettura

✓ Deficit cerebellare dell'automatizzazione

Alcuni autori suggeriscono che la dislessia è sostenuta da una generale difficoltà nella automatizzare i compiti che possono essere svolti in modo routinario e senza il controllo attentivo cosciente e questa difficoltà viene ricondotta ad una disfunzione cerebellare

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

✓ Deficit dei meccanismi sensoriali non linguistici (deficit visivo/uditivo magnocellulare) Tale teoria nasce dall'osservazione che una parte dei soggetti con dislessia presenta un disturbo del sistema magnocellulare retino-corticale specializzato nell'analisi del movimento visivo

✓ Deficit della Denominazione Rapida Automatica

La RAN (Rapid Automated Naming) è stata da tempo identificata come una delle abilità predittive delle capacità di lettura

✓ Deficit dell'elaborazione percettiva e dell'attenzione

Le difficoltà in lettura e scrittura sono ricondotte a deficit percettivi a più livelli: del processamento temporale, dell'attenzione a indizi di ordine visuo-spaziali, dell'apprendimento percettivo.



Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Correlati neurobiologici

Il DSM-5 afferma la natura strettamente biologica dei DSA, richiamando il coinvolgimento di fattori genetici, epigenetici e ambientali.

✓ Fattori genetici

Riguardo al rischio genetico, la probabilità relativa di presentare un disturbo della lettura per i parenti di primo grado dei soggetti con DSA è di **4-8 volte maggiore rispetto** a quello della popolazione generale, mentre è di 5-10 volte maggiore per i disturbi del calcolo. Il cromosoma più coinvolto è il 15 e la zona di maggiore interesse è il gene DYX1C1.

✓ Neuroimaging

Negli ultimi vent'anni gli studi di neuroimaging hanno identificato un ruolo importante di alcuni network funzionali dell'emisfero sinistro nel sostenere il deficit del processamento fonologico, con riduzione della connettività funzionale nella corteccia temporale superiore, parietale inferiore e frontale inferiore di sinistra e un ipoattivazione delle regioni temporali, parietali e del giro fusiforme a sinistra.

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Fattori predittivi e di rischio

- ✓ Anamnesi familiare positiva per DSA (fattori genetici)
- ✓ Ritardo o disturbo del linguaggio (il 40% dei bambini con disturbo del linguaggio in età prescolare può presentare un disturbo della lettura e/o della scrittura, se il disturbo di linguaggio è ancora presente dopo i 4 anni la percentuale aumenta fino al 80%)
- ✓ Fattori di rischio di tipo ambientale aspecifici come nascita prematura, **basso peso alla nascita** ed esposizione prenatale alla nicotina
- ✓ Ritardo nella acquisizione delle abilità grafo-motorie, motorio-prassiche e attentive

➤ Screening

La terza Consensus Conference sui DSA, promossa dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2010, suggerisce l'utilità di effettuare uno screening in grado di predire il disturbo sulla presenza di uno o più indicatori comportamentali critici.

Gli strumenti di screening sono questionari e strumenti testistici:

- ✓ In età prescolare valutano i prerequisiti dell'apprendimento e gli ambiti del neurosviluppo connessi all'apprendimento: prove PRCR-2, SPEED e BIN, IPDA (=questionario)
- ✓ In età scolare sono volti assaggiare il livello di competenza che il bambino ha raggiunto nelle attività scolastiche di base: prove S.P.I.L.L.O e RSR-DSA (=questionario)

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Diagnosi

Il protocollo diagnostico prevede l'utilizzo di test standardizzati per verificare il livello cognitivo, oltre a prove specifiche di lettura scrittura e calcolo.

✓ I Fase Diagnostica Livello Intellettivo (1)

Per la valutazione del quoziente intellettivo è suggerito l'utilizzo di test multi- concorrenziali, come la WISC-IV, anche se è possibile avvalersi di strumenti mono-componenziali. Secondo la Consensus Conference se si usa una scala multi-componenziale il valore soglia del QI non deve essere inferiore a 85 punti, se si usa un test mono componenziale e il punteggio di QI risulta al di sotto di 85 punti, occorre applicare anche un test di tipo verbale (ad es. le 3 subscale verbali della WISC-IV).

✓ Livello Intellettivo (2)

In questo caso occorre utilizzare come criterio di esclusione un punteggio di QI sotto gli 85 punti o una media dei punteggi ponderati delle subscale somministrate inferiore a 7.

Sia il DSM-5 che l'ICD-10 risultano molto meno restrittivi (sufficiente QI >70) di ciò che è stato suggerito in Italia dalla Consensus Conference in quanto non considerano il criterio della discrepanza, cioè la rilevazione di una distanza adeguata tra abilità scolastica deficitaria e intelligenza generale.

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Diagnosi

Il protocollo diagnostico prevede l'utilizzo di test standardizzati per verificare il livello cognitivo, oltre a prove specifiche di lettura scrittura e calcolo.

✓ I Fase Diagnostica → Livello Intellettivo Lettura (1)

- Lettura a più livelli (parole, non-parole, brano) con misurazione di rapidità (sillabe/secondo) e correttezza (numero di errori): DDE-2, Prove MT-3 Clinica
- Lettura di un brano con valutazione delle abilità di comprensione: Prove MT-3 Clinica
- La rapidità e la correttezza sono tutt'oggi i parametri più utilizzati per la valutazione delle abilità di lettura, utilizzando come soglia critica due deviazioni standard sotto la media o il 5° percentile.

✓ Lettura (2)

- La lettura di non-parole è fondamentale perché fa riferimento al modello a doppia via per la lettura strumentale che prevede che le parole possono essere lette tramite la via fonologica (analisi dei singoli fonemi costituenti la parola) e la via lessicale (diretto riconoscimento dell'intero pattern di lettere).
- La lettura del brano permette infine di esplorare la capacità di accedere al livello semantico che, ancorando la lettura al contesto, facilita il reclutamento delle parole da leggere.

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Diagnosi

✓ I Fase Diagnostica Livello Intellettivo Lettura → Scrittura (1)

- Scrittura più livelli (parole isolate, frasi su dettato, composizione libera di testi) con valutazione del parametro correttezza in senso quantitativo (numero di errori) e qualitativo (tipologia di errori): DDE-2, BVSCO-2.
- Le prove standardizzate valutano il parametro della correttezza ortografica, costituito dal numero di errori e dalla relativa distribuzione percentilare (al di sotto del 5° percentile)

✓ Lettura → Scrittura (2)

- La BVCSO-2 Comprende prove di dettato di testo e o di composizione di frasi o di testo.
- La DDE-2 Comprende tre prove per l'analisi del processo di scrittura (dettato di parole e non parole, dettato di frasi con parole omofone).

✓ Lettura → Scrittura (3)

- La prova di dettato di frasi, in particolare, consente l'individuazione di una specifica tipologia di errori che non possono emergere in prova di dettato di parole singole (per esempio l'uso dell' «h» nel verbo avere e degli apostrofi).
- L'analisi qualitativa costituisce un ulteriore fonte di informazioni che può aiutare a orientare la diagnosi a definire il profilo di funzionamento.

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Diagnosi

✓ I Fase Diagnostica Livello Intellettivo Lettura Scrittura (5)

- errori fonologici (errori in cui non è rispettato il rapporto tra fonemi e grafemi: scambio di grafemi «folpe-volpe», omissioni o aggiunta di lettere o sillabe «taolo- tavolo», inversioni «bamlabo-bambola», grafema inesatto «pese-pesce»)
- errori non-fonologici (errori nella rappresentazione ortografica delle parole: separazione illegale «par lo -parlo», fusione illegale «nonevero - non è vero», scambio di grafema omofono «squola-scuola», omissione o aggiunta di «h»)

✓ Lettura - Scrittura (6)

- Per il disturbo della componente formale della scrittura (**disgrafia**), caratterizzata da irregolarità del tratto grafico, distorsione della forma dei caratteri e anomalie della loro dimensione (macro o micrografia), il principale parametro obiettivo di valutazione è la rapidità con la quale il soggetto traccia la stringa di lettere. Questa viene considerata insufficiente quando si colloca al di sotto delle due deviazioni standard. Si suggerisce tuttavia di effettuare anche un'analisi qualitativa delle caratteristiche del segno grafico per una descrizione più completa del disturbo.

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Diagnosi

Il protocollo diagnostico prevede l'utilizzo di test standardizzati per verificare il livello cognitivo, oltre a prove specifiche di lettura scrittura e calcolo.

✓ I Fase Diagnostica Livello Intellettivo Lettura Scrittura Calcolo (1)

- Si valuta il calcolo a più livelli, con valutazione delle specifiche componenti coinvolte nelle abilità di calcolo (calcolo a mente, calcolo scritto, enumerazione, dettato di numeri, recupero di fatti aritmetici): AC-MT (AC-MT 6-11 e 11-14 Prove per la Classe, AC-MT-3 6-14 anni Prove per la clinica) e BDE-2.

✓ Lettura Scrittura Calcolo (2)

- Distinguiamo: Prove di primo livello e Prove di secondo livello
- Oltre alla correttezza delle risposte si può valutare l'automatizzazione del compito attraverso la misura della velocità. Si può infine descrivere in modo qualitativo la modalità con cui il soggetto esegue quel compito, valutando così le strategie di calcolo e gli eventuali compensi che utilizza per eseguirlo.

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Diagnosi

✓ I Fase Diagnostica Livello Intellettivo Lettura, Scrittura, Calcolo (3)

- Prove di primo livello

Possono essere somministrate anche collettivamente e valutano in modo generale le abilità di calcolo tramite operazioni scritte, compiti di codifica numerica, di giudizio di numerosità, di ordinamento anterogrado e retrogrado (es. **AC-MT**).

✓ Livello Intellettivo Lettura Scrittura Calcolo (4)

- Prove di secondo livello

Valutano le specifiche componenti coinvolte nelle abilità di calcolo, come calcolo a mente, calcolo scritto, enumerazione, dettato di numeri, recupero di fatti aritmetici (es. **BDE-2**).

DISGRAFIA



Pettoto
una grande vestito Rosso
e solo sulla mia firma
non tuleri nella stagione
e fortunatamente



La disgrafia è un disturbo specifico dell'apprendimento che si manifesta con una **scrittura eccessivamente lenta, irregolare e illeggibile.**

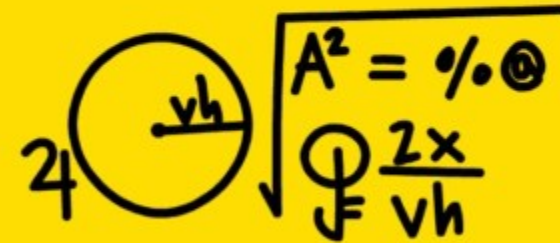
DISCALCULIA

DIFFICOLTÀ A COMPRENDERE L'ARITMETICA
E A SVOLGERE OPERAZIONI MATEMATICHE

$$4 \times 8 = 32$$

$$4 \times 8 = 32$$

SENZA DISCALCULIA



CON DISCALCULIA

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Diagnosi qualitativa e quantitativa

Il DSM-5, accanto al valore delle prove standardizzate, sottolinea l'importanza delle osservazioni cliniche e dell'acquisizione dei dati da fonti multiple.

Le misure psicometriche infatti potrebbero da sole non essere sufficienti a evidenziare il disturbo perché il soggetto potrebbe aver raggiunto un **sufficiente compenso** delle sue difficoltà.

La diagnosi va dunque formulata utilizzando due specificatori:

- ✓ Qualitativo (chiarisce i domini specifici coinvolti)
- ✓ Quantitativo (definisce il livello di gravità attuale del disturbo)

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

✓ Qualitativo

- Per la lettura l'accuratezza, la rapidità e/o la comprensione
- Per la scrittura le abilità di spelling, la grammatica e la punteggiatura e/o la chiarezza e l'organizzazione della produzione scritta
- Per la matematica il concetto di numero, la memorizzazione dei fatti aritmetici, l'accuratezza e la rapidità e/o le abilità di ragionamento matematico

✓ Quantitativo

- Lieve se il soggetto riesce a compensare le difficoltà
- Moderato se il soggetto ha necessità di insegnamento intensivo e specializzato, di facilitatori e supporti specifici per sviluppare le competenze scolastiche
- Grave se il soggetto, pur in presenza di insegnamento continuativo, intensivo, individualizzato e specializzato e di ausili, non riesce a sviluppare competenze scolastiche adeguate

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ II FASE DIAGNOSTICA

È la fase in cui vanno esclusi deficit organici sensoriali uditivi periferici (es. ipoacusie lievi) e deficit dell'acuità visiva (4-5/10 è la soglia raccomandata per l'occhio migliore). Le tecniche di neuroimaging e i test genetici non sono considerati utili per la diagnosi.

La presenza di epilessia non deve costituire criterio di esclusione per la diagnosi di DSA (*Epilessia Rolandica*).

➤ Limiti cronologici per la formulazione della diagnosi

La diagnosi non dovrebbe essere posta prima del completamento del **secondo anno** della scuola primaria per la dislessia e la disortografia anche se è fondamentale rilevare tali difficoltà già alla fine del primo anno della Scuola Primaria per avviare un trattamento specifico e una rivalutazione a breve termine.

Per il disturbo del calcolo l'età minima per la diagnosi coincide invece con il completamento del **terzo anno** della Scuola Primaria.

Va detto che prima di inviare un bambino alla diagnosi la scuola è tenuta a mettere in atto delle attività mirate al recupero didattico, per cui solo nel caso in cui le difficoltà persistono (per almeno 6 mesi) la scuola può trasmettere apposita comunicazione alla famiglia.

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Altre valutazioni neuropsicologiche

Può essere utile la valutazione di altre funzioni neuropsicologiche:

- ✓ Per la lettura: memoria verbale (soprattutto fonologica), attenzione (soprattutto visiva), linguaggio (tutti i livelli), denominazione rapida (RAN), abilità metafonologiche
- ✓ Per la scrittura: integrazione visuo-motoria, abilità metafonologiche, abilità di attenzione visiva e uditiva, memoria a breve termine verbale, abilità grosso- e fino- motorie, competenze visuo-motorie e visuo-percettive, attenzione visiva selettiva e sostenuta, memoria motoria e qualità dell'apprendimento motorio
- ✓ Per il calcolo: abilità prassiche e organizzazione visuo spaziale

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ **Certificazione diagnostica**

Secondo il documento della Conferenza Permanente Stato Regioni del luglio 2012 la certificazione diagnostica va effettuata in base ai criteri stabiliti dalla Consensus Conference del 2010 dell'Istituto Superiore di Sanità e con la codifica diagnostica dell'ICD 10.

Deve contenere gli elementi utili a delineare il profilo di funzionamento e tutte le informazioni necessarie a stilare una programmazione educativa didattica e a favorire l'applicazione mirata delle misure previste dalla legge. Deve essere articolata e formalmente chiara. Il profilo di funzionamento deve essere aggiornato, attraverso una nuova valutazione funzionale, ed eventualmente riformulando la diagnosi, al passaggio da un ciclo scolastico all'altro e comunque, di norma, non prima di 3 anni dalla precedente.

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Comorbidità

La comorbidità in età evolutiva e nei DSA può essere sia omotipica (contemporanea presenza di più disabilità dell'apprendimento) che eterotipica (condizioni cliniche di diversa tipologia associate).

Tra i disturbi associati ai DSA vengono descritti l'ADHD, i disturbi della comunicazione, il disturbo dello spettro autistico, il disturbo dello sviluppo della coordinazione e condizioni psicopatologiche come il disturbo d'ansia, il disturbo depressivo e quello bipolare.

Uno dei modelli teorici più utili a chiarire la natura delle comorbidità è il Modello dell'Eziologia Multifattoriale, secondo cui i fattori causali e gli endofenotipi dei diversi disturbi del neurosviluppo sarebbero parzialmente sovrapposti.

➤ Comorbidità

La comorbidità più frequentemente descritta in letteratura è quella con l'ADHD, con percentuali che vanno dal 18% al 45%, con possibile mascheramento reciproco tra ADHD e DSA.

Per quanto riguarda l'associazione con i disturbi psicopatologici, molti studiosi ipotizzano che si tratti di condizioni secondarie piuttosto che di vere e proprie condizioni associate.

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Cambiamento dell' espressività del disturbo nelle diverse età

- ✓ Età prescolare: mancanza di interesse nel praticare i giochi linguistici, **difficoltà nell'imparare le filastrocche**, pronunciare le lettere, ricordare i nomi delle lettere, dei numeri o dei giorni della settimana, riconoscere le singole lettere che compongono il nome e imparare a contare
- ✓ Scuola dell'infanzia e Primaria: difficoltà a riconoscere e scrivere le lettere, **scrivere il proprio nome**, suddividere le parole in sillabe, riconoscere parole che fanno rima, collegare le lettere con i loro suoni e riconoscere i fonemi, difficoltà nell'apprendimento della corrispondenza lettera-suono, nella decodifica fluente delle parole, nello spelling o nella decodifica dei dati matematici; lettura ad alta voce lenta, imprecisa e stentata; paura o rifiuto di leggere ad alta voce; fatica nel comprendere il valore quantitativo del numero pronunciato o scritto; evitamento dei compiti accademici
- ✓ Adolescenza: decodifica delle singole parole sufficientemente agevole, ma **lettura nel complesso lenta e faticosa**, con problemi nella comprensione del testo e nell'espressione scritta; scarsa padronanza dei fatti matematici; difficoltà nel risolvere i problemi aritmetici

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Cambiamento dell' espressività del disturbo nelle diverse età

- ✓ Età adulta: persistenza di errori di ortografia, lettura lenta, fatica nel decodificare singole parole e testi, problemi nel pronunciare parole multi-sillabiche, **necessità di rileggere frequentemente** il testo per comprenderlo e difficoltà a fare inferenze a partire da un testo scritto, evitamento delle attività che richiedono lettura, uso di approcci alternativi al testo scritto (ad es. audiolibri)

Disturbi Specifici dell'Apprendimento

➤ Intervento

- ✓ Riabilitazione delle abilità di base, quali capacità metafonologiche (consapevolezza fonemica, manipolazione di suoni attraverso attività di spelling e sintesi), abilità di associare rapidamente e correttamente sillabe (sub-lessicale) e parole (lessicale) al loro corrispettivo fonologico mediante facilitazioni percettive, uso del tachistoscopio (strumento in cui si presentano su uno schermo sillabe o parole da leggere in un tempo breve e controllato)
- ✓ Training sulle strategie di apprendimento mediante interventi finalizzati all'acquisizione di strategie metacognitive
- ✓ Potenziamento didattico per l'autonomia mediante tecnologie informatiche quali sintetizzatore vocale, programmi di videoscrittura etc.

➤ Intervento

La legge 170/2010 prevede strumenti compensativi (ad es. sintesi vocale, calcolatrice, videoscrittura con correttore ortografico etc.) e misure dispensative (ad es. dispensa da lettura ad alta voce, scrittura alla lavagna, sostituzione delle verifiche scritte con verifiche orali, valutazione del contenuto e non della correttezza ortografica delle produzioni scritte etc.), commisurate al tipo e alla gravità del disturbo.

➤ Prognosi

Il 75% dei soggetti individuati precocemente e rieducati in modo intensivo e specifico, ottiene un significativo miglioramento delle abilità deficitarie e un'importante riduzione delle conseguenze funzionali del disturbo.

Tuttavia, anche nei casi con compenso molto efficace, l'accesso al codice scritto tende a rimanere meno agevole per tutta la vita e un certo grado di compromissione funzionale è in genere rilevabile, soprattutto quando il soggetto con DSA si confronta con attività altamente mediate dal testo scritto, come quelle del percorso universitario e di alcuni ambiti lavorativi.

Disturbi della Comunicazione

- Vanno considerati tre livelli funzionali: i deficit del **linguaggio**, dell'**eloquio** e della **comunicazione**
 - Il **linguaggio** comprende la forma, la funzione e l'utilizzo di un sistema convenzionale di simboli comunicativi (parole pronunciate o scritte, gesti, segni, immagini etc.) governati da una serie di regole
 - L'**eloquio** è la produzione espressiva dei suoni e comprende l'articolazione, la fluenza, la voce e la qualità di risonanza di un individuo
 - La **comunicazione** comprende qualsiasi comportamento verbale e non verbale, intenzionale o non intenzionale, che rappresenta ciò che il comunicante intende esprimere a un altro individuo

- I **Disturbi del Linguaggio** in epoca prescolare interessano il **5-7% dei bambini**

- In passato i disturbi dello sviluppo del linguaggio venivano indicati come **Disturbi Specifici del Linguaggio (DSL)** per sottolineare il fatto che tali disturbi avvenivano in assenza di:
 - ✓ Deficit dell'udito (trasmissivo o neurosensoriale)
 - ✓ Deficit neurologico maggiore
 - ✓ Disabilità Intellettiva
 - ✓ Disturbo dello Spettro Autistico (oggi questa cosa non è più vera: il Disturbo dello Spettro Autistico può essere in comorbidità con il Disturbo del Linguaggio; il linguaggio oggi è uno specificatore dell'ASD)

Disturbi della Comunicazione

- Lo sviluppo del linguaggio non avviene isolatamente rispetto ad altre abilità cognitive e relazionali.
- Negli ultimi decenni è stata posta molta enfasi alla condizione di Parlatore Tardivo (in inglese *Late Talkers*), in cui il bambino sviluppa **il linguaggio in ritardo rispetto all'usuale traiettoria di sviluppo**. Circa il 12-15% di bambini di età inferiore ai 3 anni mostra un ritardo dello sviluppo lessicale e, di questi, a circa il 50% viene in seguito diagnosticato come Disturbo del Linguaggio.
- Vanno considerati: le variabili ambientali e familiari (status socio-economico-culturale, sesso maschile, familiarità per i disturbi del linguaggio e per i disturbi di apprendimento scolastici), l'ampiezza del repertorio lessicale entro i 24-30 mesi, lo sviluppo grammaticale dopo i 30 mesi.

Disturbi della Comunicazione – LINGUAGGIO (DSM-5)

A. Difficoltà persistenti nell'acquisizione e nell'uso di diverse modalità di linguaggio (cioè linguaggio parlato, scritto, gestuale o di altro tipo) dovute a deficit della **comprensione** o della **produzione** che comprendono i seguenti elementi:

- ✓ lessico ridotto (conoscenza e uso delle parole)
- ✓ limitata strutturazione delle frasi (capacità di mettere insieme parole per formare frasi fondate sulle regole sintattiche e morfologiche)
- ✓ compromissione delle capacità discorsive (capacità di usare le parole e di connettere le frasi tra loro per spiegare o descrivere un argomento o una serie di eventi o per sostenere una conversazione)

B. Le capacità di linguaggio sono al di sotto di quelli attesi per l'età in maniera significativa e quantificabile, portando a limitazioni funzionali dell'efficacia della comunicazione, della partecipazione sociale, dei risultati scolastici o delle prestazioni professionali, individualmente o in qualsiasi combinazione

C. L'esordio dei sintomi avviene nel periodo precoce dello sviluppo

D. Le difficoltà non sono attribuibili a compromissione dell'udito o ad altra compromissione sensoriale a disfunzioni motorie o ad altre condizioni mediche o neurologiche e non sono spiegate da disabilità intellettiva o da ritardo globale dello sviluppo.

Disturbi della Comunicazione – LINGUAGGIO (DSM-5)

➤ Diagnosi differenziale (1):

- ✓ Compromissione uditiva o altro deficit sensoriale
- ✓ Normali variazioni di linguaggio legate allo sviluppo (difficile da definire prima dei 4 anni)
- ✓ Disabilità Intellettiva (spesso il ritardo del linguaggio è la caratteristica di esordio); diagnosi separata se il deficit del linguaggio eccede le limitazioni intellettive, associata o meno a sindromi genetiche (Down, Williams, X-fragile)

➤ Diagnosi differenziale (2):

- ✓ Disturbi Neurologici → Afasia-epilessia

Comprende la Sindrome di Landau-Kleffner, l'AEOS (Acquired Epileptiform Opercular Syndrome, la CSWS (Continuous Spike-Waves during slow Sleep) e la BECTS (Benign Childhood Epilepsy with Centro-Temporal Spikes). Si accompagnano a regressione del linguaggio in età superiore ai 3 anni (una regressione prima dei 3 anni si può avere nel Disturbo dello Spettro Autistico).

Disturbi della Comunicazione – LINGUAGGIO (DSM-5)

➤ Comorbidità:

- ✓ Disturbo Specifico dell'Apprendimento
- ✓ Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività
- ✓ Disturbo dello Spettro Autistico
- ✓ Disturbo dello Sviluppo della Coordinazione
- ✓ Disturbo della Comunicazione Sociale

➤ Comorbidità:

- ✓ In assenza di disturbi associati veri e propri, esiste comunque una possibile comorbidità con difficoltà nell'apprendimento scolastico, nel comportamento sociale, **nei compiti non verbali** (gioco simbolico, imitazione, motricità grosso- e fino-motoria), nel processamento di informazioni uditive in tempo reale, nella gestione di informazioni (memoria di lavoro fonologica e memoria a lungo termine dichiarativa e non dichiarativa, ad es. procedurale), nel **mantenere l'attenzione** selettiva e sostenuta.

➤ Prognosi

- ✓ I bambini con compromissione del linguaggio recettivo hanno una prognosi peggiore rispetto a quelli con compromissioni prevalentemente espressive; sono più resistenti al trattamento e sono frequentemente osservate difficoltà di comprensione della lettura
- ✓ Il Disturbo del Linguaggio condiziona negativamente l'apprendimento degli automatismi della lettura e della scrittura, possono perdurare anche nelle età successive e condizionare negativamente le abilità narrative, la comprensione e la produzione di un testo e, più in generale, lo sviluppo psicologico, comportamentale, accademico e sociale/lavorativo.

Disturbi della Comunicazione – Disturbo Fonetico/Fonologico (DSM-5)

- A. Persistente difficoltà nella produzione dei suoni dell'eloquio** che interferisce con l'intelligibilità dell'eloquio o impedisce la comunicazione verbale di messaggi
- B. L'alterazione causa limitazioni dell'efficacia della comunicazione che interferiscono con la partecipazione sociale, il rendimento scolastico o le prestazioni professionali**, individualmente o in qualsiasi combinazione
- C. L'esordio dei sintomi avviene nel periodo precoce dello sviluppo**
- D. Le difficoltà non sono attribuibili** a condizioni congenite o acquisite, come paralisi cerebrale, palatoschisi, sordità o ipoacusia, danno cerebrale da trauma, o ad altre condizioni mediche o neurologiche.
- La produzione dei suoni dell'eloquio definisce l'articolazione chiara di fonemi che in combinazione danno luogo alle parole. La produzione dei suoni dell'eloquio richiede sia la conoscenza dei suoni dell'eloquio che la capacità di coordinare i movimenti degli organi articolatori con la respirazione e con la vocalizzazione finalizzata all'eloquio.
- Il disturbo può riguardare la dimensione fonetica e/o quella fonologica.

Disturbi della Comunicazione – Disturbo Fonetico/Fonologico (DSM-5)

- Esiste un sottotipo particolare di Disturbo Fonetico-Fonologico, la **Disprassia Verbale Evolutiva o DVE (in inglese: Childhood apraxia of speech=CAS)**
 - La disprassia verbale evolutiva (DVE) ha un'incidenza che oscilla tra 0.4-1 caso ogni 1000 nati. Si tratta di un disturbo centrale della programmazione dei movimenti necessari alla produzione di suoni, sillabe e parole e della loro organizzazione sequenziale.
 - Il disturbo interessa le prassie mirate alla produzione di suoni attraverso il movimento volontario dell'apparato articolatorio costituito dal sistema oro-faringeo.

- La **Disprassia Verbale Evolutiva o DVE** è caratterizzata da tre segni clinici fondamentali:
 - ✓ produzione di errori incoerenti e asistematici a carico di fonemi vocalici e consonantici
 - ✓ difficoltà nella messa in sequenza dei suoni linguistici e nella transizione articolatoria tra segmento e segmento e tra sillaba e sillaba
 - ✓ alterazione della prosodia che condiziona velocità, intonazione e ritmo dell'eloquio

Disturbi della Comunicazione – Disturbo Fonetico/Fonologico (DSM-5)

- Nei bambini con sviluppo regolare possono essere presenti alterazioni fonetico- fonologiche, ma la loro progressione nel gestire la produzione dei suoni dell'eloquio dovrebbe portare ad un eloquio per lo più comprensibile entro l'età di 3 anni, comprensibile a 4 anni. All'età di 2 anni può essere comprensibile solo il 50% dell'eloquio. La maggior parte dei suoni dell'eloquio dovrebbe essere pronunciate in modo chiaro e la maggior parte delle parole dovrebbe essere pronunciata con precisione entro i 7 anni di età.

- **Diagnosi differenziale:**
 - ✓ Normali variazioni dell'eloquio (regionali, sociali o culturali/etniche)
 - ✓ Compromissione uditiva o sensoriale di altro tipo
 - ✓ Deficit strutturali (ad es. palatoschisi)
 - ✓ Disartria (disturbo motorio da lesione cerebrale come nel caso della paralisi cerebrale infantile)
 - ✓ **Mutismo selettivo:** disturbo d'ansia caratterizzato da povertà o assenza dell'eloquio in uno ho più contesti o ambienti

Disturbo della Fluenza con esordio nell'Infanzia (Balbuzie) – DSM5

A. Alterazioni della normale influenza e della cadenza dell'eloquio, che sono inappropriate per l'età dell'individuo e per le abilità linguistiche, persistono nel tempo e sono caratterizzate dal frequente e marcato verificarsi di 1 (o più) dei seguenti elementi:

- ✓ Ripetizioni di suoni e sillabe
- ✓ Prolungamenti dei suoni delle consonanti così come delle vocali
- ✓ Interruzione di parole (ad es. pause all'interno di una parola)
- ✓ Blocchi udibili o silenti (pause del discorso colmate o non colmate)
- ✓ Circonlocuzioni (sostituzioni di parole per evitare parole problematiche)
- ✓ Parole pronunciate con eccessiva tensione fisica
- ✓ Ripetizioni di intere parole monosillabiche (ad es. “lo-lo-lo-lo vedo”)

Disturbo della Fluenza con esordio nell'Infanzia (Balbuzie) – DSM5

- B.** L'alterazione causa ansia nel parlare o limitazioni dell'efficacia della comunicazione, della partecipazione sociale, o del rendimento scolastico o lavorativo, individualmente o in qualsiasi combinazione.
- C.** L'esordio dei sintomi avviene nel periodo precoce dello sviluppo (i casi con esordio tardivo sono diagnosticati come disturbo della fluenza con esordio nell'età adulta).
- D.** L'alterazione non è attribuibile a deficit motorio dell'eloquio o a deficit sensoriali, a disfluenza associata a danno neurologico (ad es. ictus cerebrale, tumore, trauma) o ad altra condizione medica, e non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale.
- Il disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia, o balbuzie dello sviluppo, si verifica entro i 6 anni di età nell'80-90% degli individui affetti, con un età di esordio tra i 2 e i 7 anni. Colpisce l'1% dei bambini in età scolare.
 - È un disturbo con una forte componente genetica. Il rischio di balbuzie tra parenti biologici di primo grado di individui con disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia è maggiore di 3 volte rispetto alla popolazione generale.
 - Clinicamente è tradizionalmente distinta in «clonica» e «tonica».

Disturbo della Fluenza con esordio nell'Infanzia (Balbuzie) – DSM5

- L'esordio può essere insidioso o improvviso. Quando il bambino diventa consapevole delle difficoltà dell'eloquio, può sviluppare meccanismi per evitare le disfluenza e le risposte emozionali, tra cui astenersi dal parlare in pubblico e utilizzare enunciati brevi e semplici.
- Il 65-85% dei bambini si ristabilisce dalla disfluenza. La gravità del disturbo della fluenza all'età di 8 anni predice il recupero o la persistenza del disturbo nell'età adolescenziale e in quelle successive.
- La balbuzie non è espressione di difficoltà prassiche e colpisce soprattutto le parole di classe chiusa (articoli, pronomi, preposizioni, ausiliari) che si trovano all'inizio delle frasi e che sono presenti soprattutto in frasi sintatticamente complesse

Disturbo della Comunicazione Sociale (Pragmatica) - DSM-5

A. Persistenti difficoltà nell'uso sociale della comunicazione verbale e non verbale come manifestato da tutti i seguenti elementi:

- ✓ Deficit dell'uso della comunicazione per scopi sociali, come salutarsi e scambiarsi informazioni, con modalità appropriate al contesto sociale
- ✓ Compromissione della capacità di modificare la comunicazione al fine di renderla adeguata al contesto o alle esigenze di chi ascolta, come parlare diversamente a seconda che ci si trovi in un aula scolastica o in un parco giochi, parlare con un bambino diversamente da come si parla con un adulto, ed evitare l'uso di un linguaggio troppo formale
- ✓ Difficoltà nel seguire le regole della conversazione della narrazione, come rispettare i turni in una conversazione, riformulare una frase quando male interpretata e saper utilizzare i segnali verbali e non verbali per regolare l'interazione
- ✓ Difficoltà nel capire ciò che non viene dichiarato esplicitamente (ad es. fare inferenze) e i significati non letterali o ambigui del linguaggio (ad es. idiomi, frasi umoristiche, metafore, significati molteplici la cui interpretazione dipende dal contesto).



Disturbo della Comunicazione Sociale (Pragmatica) - DSM-5

- B. I deficit causano limitazioni funzionali dell'efficacia della comunicazione, della partecipazione sociale, delle relazioni sociali, del rendimento scolastico o delle prestazioni professionali**, individualmente o in combinazione.
- C. L'esordio dei sintomi avviene nel periodo precoce dello sviluppo** (ma i deficit possono non manifestarsi pienamente fino al momento in cui le esigenze di comunicazione sociale non eccedono le capacità limitate).
- D. I sintomi non sono attribuibili a** un'altra condizione medica o neurologica o a basse capacità negli ambiti della struttura della parola e della grammatica, e non sono meglio spiegati da disturbo dello spettro dell'autismo, disabilità intellettiva, ritardo globale dello sviluppo o da un altro disturbo mentale
- La più comune caratteristica associata al disturbo della comunicazione sociale è la compromissione del linguaggio, che è caratterizzata da una storia di ritardi nel raggiungere le tappe attese dello sviluppo linguistico, e da problematiche attuali o passate del linguaggio strutturato.
 - Tra gli individui affetti sono molto comuni il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, problemi del comportamento e disturbi specifici dell'apprendimento.

Disturbi della Comunicazione - RIABILITAZIONE

- Per quanto riguarda le tipologie di trattamento sui vari disordini dello sviluppo del linguaggio, appare importante sottolineare come, attualmente, si ritenga fondamentale intervenire tanto sulle competenze di base, più marcatamente micro linguistiche (ed es. la **riabilitazione per il completamento dell' inventario fonetico**) quanto con approcci più di tipo psicolinguistico sui processi linguistici compromessi, in modo da favorire l'utilizzo flessibile ed adattivo di tali competenze.
- Appare, inoltre, importante ricordare come una **buona presa in carico logopedica** debba essere sempre caratterizzata da **aggiornamenti** periodici esaustivi circa il "*funzionamento*" del bambino.

Non solamente, infatti, il quadro clinico di disturbo dello sviluppo del linguaggio può evolvere spontaneamente nel corso dei primi anni di vita (a 3 anni è molto più probabile avere un disturbo fonetico-fonologico preminente rispetto a un disturbo morfo-sintattico che, magari, si manifesterà, nello stesso paziente, negli anni successivi), ma possono anche evolvere, sia spontaneamente, sia a seguito di **trattamenti riabilitativi non logopedici**, tanto il funzionamento neuropsicologico (ad es. mnesico e attentivo) quanto quello emozionale, sociale, relazionale del bambino.

Ciò può determinare una conseguente modificazione delle performance linguistiche del bambino, ma anche dell'efficacia stessa della logopedia che trova, a fronte di un bambino più maturo, maggiori punti di forza/aggancio per la conduzione e la realizzazione del lavoro riabilitativo.

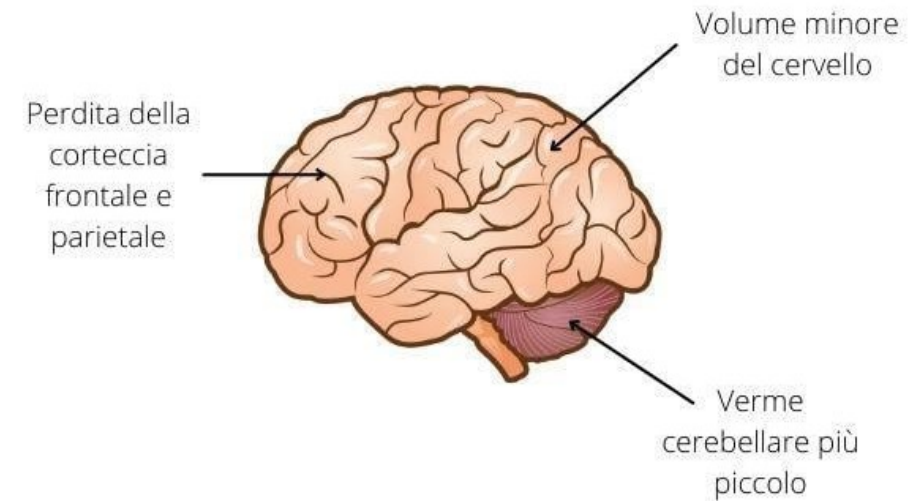
SECONDA PARTE - ADHD

Lo studente deve acquisire gli elementi di base relativi a:

- ✓ Caratteristiche generali dell'ADHD
- ✓ Caratteristiche generali del Disturbo Oppositivo Provocatorio
- ✓ Intervento nel Disturbo Oppositivo Provocatorio (Coping Power Program)
- ✓ Caratteristiche generali del Disturbo della Condotta



Cervello affetto da iperattività



Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione - Iperattività

- L'**ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)** è un disturbo caratterizzato dalle dimensioni psicopatologiche di **inattenzione** e **iperattività-impulsività**.

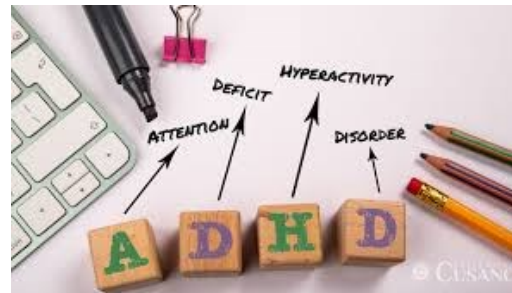
- **Inattenzione**

L'**inattenzione** (o facile distraibilità) è caratterizzata dalla compromissione dell'attenzione focale, di quella sostenuta e dell'auto-organizzazione.

Per attenzione focale si intende la capacità di prestare attenzione su uno stimolo o sullo svolgimento di un determinato compito trascurando qualsiasi elemento irrilevante per lo stesso.

Per attenzione sostenuta si intende la capacità di mantenere nel tempo l'attenzione nello svolgere una determinata attività, come un compito o un gioco, in quanto ogni stimolo esterno può essere fonte di distrazione.

In questi soggetti vi può essere una breve "riserva attentiva", soprattutto per stimoli ripetitivi. Tuttavia la riserva attentiva può variare a seconda delle situazioni e della valenza dello stimolo per cui può diventare significativamente maggiore per attività interessanti e motivanti (ad es. videogiochi).



Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione - Iperattività

➤ Inattenzione

Il deficit dell'auto-organizzazione si evidenzia con l'alta tendenza nel perdere gli oggetti quotidiani, dimenticarsi attività o con la difficoltà nell' eseguire semplici istruzioni.

In età prescolare, quando lo sforzo cognitivo richiesto al bambino è minimo, il deficit attentivo può anche non essere evidente, ma in età scolare e soprattutto nell'adolescenza, si manifesta sotto forma di eccessiva distraibilità, smemoratezza, disorganizzazione nel lavoro e incapacità nello svolgere incarichi.

Quando si parla di deficit di inattenzione non si fa tuttavia riferimento a una specifica funzione neuropsicologica ma al risultato finale della compressione di varie funzioni neuropsicologiche differenziate, non necessariamente alterate in tutti i soggetti con ADHD, per cui potrebbe meglio essere definito come “deficit dell'auto-organizzazione” associato, soprattutto in adolescenza e in età adulta, a deficit di motivazione.



Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione - Iperattività

➤ Impulsività

L'impulsività è l'incapacità di auto-controllare le proprie risposte agli stimoli esterni e interni, così come l'incapacità di regolare le proprie emozioni.

In molti casi è la disregolazione emotiva a costituire l'aspetto più problematico per il paziente e per chi gli sta intorno in quanto i soggetti impulsivi agiscono senza valutare le conseguenze delle proprie azioni, trascurando i possibili danni fisici per se stessi e gli altri. Sono presenti: incapacità di aspettare il proprio turno, intromissione in giochi o discorsi altrui, azioni effettuate senza valutare le conseguenze dei propri comportamenti inappropriati.

➤ Impulsività

L'impulsività tende a mantenersi nel tempo, manifestandosi anche in età adulta e si associa generalmente a iperattività, intesa come irrequietezza motoria e psichica, che si manifesta clinicamente come incapacità del soggetto di stare fermo o di svolgere un'azione tranquilla e il parlare eccessivamente, accompagnata a una sensazione di instabilità interiore e di tensione che diventano più evidenti durante l'adolescenza, con il concomitante ridursi dell'iperattività motoria.

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione - Iperattività

- Inattenzione, iperattività e impulsività possono essere presenti nel normale temperamento dei bambini vivaci.
- Ciò che distingue il bambino con ADHD è la presenza costante di tali sintomi e comportamenti in più contesti di vita (scuola, casa, famiglia, sport), a un tale livello da compromettere la funzionalità dell'individuo, rendendolo incapace di pianificare e portare a termine azioni semplici e complesse, di autoregolarsi a seconda del contesto ambientale.
- In **adolescenza** il disturbo dell'attenzione si manifesta soprattutto come difficoltà nella pianificazione della vita quotidiana, con marcate difficoltà scolastiche che spesso conducono all'abbandono degli studi; l'iperattività motoria si riduce e si manifesta una sensazione soggettiva di instabilità motoria, cognitiva e affettiva, con difficoltà sociali, bassa autostima e ansia.
- In **età adulta** l'inattenzione si manifesta soprattutto come difficoltà nel portare a termine dei compiti (ad es. rispettare appuntamenti e scadenze).

In tarda adolescenza ed età adulta una delle principali manifestazioni cliniche è la ridotta percezione delle gratificazioni, con conseguente deficit di motivazione. L'adulto con ADHD risulta tipicamente una persona irruenta, che si intromette nelle attività degli altri, può avere condotte a rischio in quanto incapace di valutare le conseguenze delle sue scelte e risultare inaffidabile nel lavoro e nei rapporti umani.

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione - Iperattività

➤ Secondo il DSM-V un paziente con ADHD deve presentare:

A. Sei o più sintomi di inattenzione o impulsività-iperattività presenti da almeno 6 mesi e di entità tale da essere disadattivi e contrastare il normale sviluppo (dai 17 anni sono richiesti cinque sintomi):

1. Disattenzione: spesso non è attento ai dettagli o fa errori di distrazione nel fare i compiti o nel gioco; ha difficoltà a rimanere attento nel fare i compiti o nel gioco; spesso non sembra ascoltare quando gli si parla; spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti che gli sono stati assegnati; ha difficoltà ad organizzarsi; spesso evita, prova avversione o è riluttante a intraprendere compiti che richiedono uno sforzo mentale protratto; perde spesso oggetti necessari per effettuare i compiti o attività; viene spesso distratto da stimoli esterni; spesso si dimentica le cose.

2. Iperattività e impulsività: spesso agita mani e piedi o si dimena sulla sedia; si alza spesso dalla sedia fuori contesto; spesso salta, corre e si arrampica in momenti e/o luoghi inappropriati; è incapace di giocare o svolgere attività ricreative tranquillamente; è spesso “sotto pressione”, come se fosse azionato da un “motore”; spesso è logorroico; spesso risponde prima che sia stata finita la domanda; ha difficoltà ad aspettare il proprio turno; spesso interrompe la conversazione degli altri o si inserisce in modo inappropriato in gioco in attività di altri.

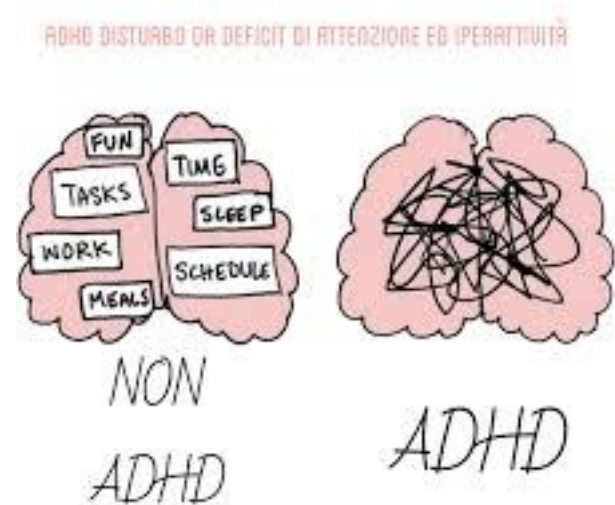
Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione - Iperattività

- B. L'età di esordio deve essere prima dei 12 anni
- C. I sintomi devono essere presenti in almeno due contesti (scuola, casa, gioco etc.)
- D. Deve essere presente una compromissione del funzionamento **globale** nei vari contesti (sociale, scolastico, lavorativo etc.)
- E. I sintomi non devono manifestarsi nel corso di altre patologie psichiatriche non devono essere attribuiti ad altri disturbi

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione

➤ Specificatori dei 3 sottotipi:

- ✓ Prevalentemente iperattivo (ADHD-H), in cui sono presenti almeno 6 sintomi di iperattività-impulsività e meno di 6 sintomi di disattenzione
- ✓ Prevalentemente inattentivo (ADHD -I), in cui sono presenti 6 sintomi di inattenzione e meno di 6 sintomi di iperattività-impulsività
- ✓ Combinato (ADHD-C), in cui sono presenti almeno 6 sintomi di inattenzione ed iperattività-impulsività. La forma combinata è quella diagnostica più frequentemente in età evolutiva.



Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione

➤ Specificatori di remissione parziale

Si definisce l'ADHD in “remissione parziale” quando non tutti i sintomi sono soddisfatti negli ultimi 6 mesi ma questi causano ancora compromissione del funzionamento sociale, scolastico e lavorativo.

➤ Specificatori di gravità:

- ✓ Lieve
- ✓ Moderato
- ✓ Grave



Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione

➤ Comorbidità

- È raro osservare forme “pure” di ADHD. La comorbidità per 1 disturbo associato è dell'80%, per 2 o più disturbi è del 43%.
 - ✓ Disturbo Oppositivo-Provocatorio e Disturbo della Condotta (comorbidità, diagnosi differenziale e complicità) - 30-80%
 - ✓ Disturbo d'Ansia e dell'Umore (il primo può predisporre al secondo) - 10-40%
 - ✓ DSA - 10-40%
 - ✓ Disturbo di Tourette - 60-80%
- L'ADHD peggiora la prognosi di tutti i disturbi con cui è in comorbidità.

➤ Una caratteristica dei bambini e degli adolescenti con ADHD è la presenza di disregolazione emotiva e del tono dell'umore, con umore persistentemente irritabile.

Le forme più gravi e persistenti dovrebbero essere ricomprese nel Disturbo Oppositivo Provocatorio o nel Disturbo Dirompente da Disregolazione del Tono dell'Umore.

Le forme cicliche possono essere ricomprese nel Disturbo Bipolare o nel Disturbo Bipolare NAS se sono identificabili episodi maniacali o ipomaniacali ciclici, assieme a periodi di eutimia.

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione

➤ Epidemiologia

La prevalenza dell'ADHD in bambini e adolescenti è 3.4%. Il Disturbo Ipercinetico (ICD-10) ha una prevalenza intorno all'1.4%.

➤ Neuropsicologia (1)

Nella maggior parte dei soggetti con ADHD sono stati evidenziati deficit significativi in specifiche funzioni neuropsicologiche quali: inibizione della risposta, pianificazione, memoria di lavoro (=le funzioni esecutive), percezione del tempo, memoria, variabilità nei tempi di risposta, decision making.

- ✓ **Deficit delle funzioni esecutive:** soprattutto l'inibizione della risposta (Barkley)
- ✓ **Avversione per l'attesa** (Delay Aversion): stile motivazionale con scelta della ricompensa immediata (Sonuga-Barke)
- ✓ **Modello a tre vie:** via della regolazione dei pensieri e del comportamento (circuiti dopaminergici mesocorticali) responsabile del deficit inibitorio, via motivazionale (circuiti dopaminergici mesolimbici) responsabile dell'avversione per il ritardo nella gratificazione, via del processamento temporale (circuiti fronto-parietali e fronto-striato-cerebellari) responsabile della percezione temporale (Sonuga-Barke)

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione

➤ Neuroimaging

L'ADHD è associato, secondo alcuni studi, a minore dimensione dell'encefalo, con riduzione della sostanza grigia, in particolare di alcune aree cerebrali (globo pallido e putamen, nucleo caudato, cervelletto).

Studi di fMRI hanno documentato un'ipoattivazione dei network fronto-striatali, fronto-parietale (modula le azioni «goal-directed») e ventrale dell'attenzione (controllo inibitorio, memoria di lavoro, attenzione) e dello striato ventrale (previsione della ricompensa).

Nessuno di questi dati ha una rilevanza tale da assumere significato diagnostico.

➤ Genetica

L'ADHD ha un'elevata familiarità. Il suo rischio relativo è 5-9 volte superiore nei parenti di 1° grado. L'ereditabilità si verifica nel 76% dei casi, una grandezza simile a quelle evidenziate per autismo e schizofrenia.

Come in questi casi, vi sono varianti genetiche rare e comuni.

Sono coinvolti soprattutto geni che codificano per proteine coinvolte nei meccanismi di crescita e sviluppo neuronale e di crescita neuritica.

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione

➤ **Interazione geni-ambiente**

- Fattori prenatali e perinatali (basso peso alla nascita e prematurità, esposizione in utero a stress materno, fumo di sigaretta, alcool, farmaci e sostanze d'abuso)
- Tossine ambientali
- Fattori dietetici e psicosociali

➤ **Valutazione diagnostica**

- ✓ Anamnesi accurata, con intervista specifica sui sintomi ADHD
- ✓ Informazioni dai diversi contesti di vita (scuola, casa, altri ambienti) anche mediante l'uso di questionari
- ✓ Valutazione delle eventuali altre difficoltà di funzionamento globale (ad es. disturbi dello sviluppo neurologico e di apprendimento, sintomi internalizzanti di ansia e depressione) mediante osservazione comportamentale diretta e intervista clinica
- ✓ Valutazione dello sviluppo psicomotorio e del livello intellettivo
- ✓ Anamnesi per epilessia e problemi cardiovascolari (in previsione del trattamento farmacologico)

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione

➤ Test standardizzati (1)

✓ **Conners-3**

Indagano comportamenti psicopatologici o problematici di bambini e adolescenti, con una focalizzazione sull'ADHD e una valutazione ad ampio spettro di disturbi e/o difficoltà che possono verificarsi in comorbidità, come problemi di condotta, di apprendimento, d'ansia, di depressione, familiari e sociali.

Comprende tre versioni: per genitore, per insegnante e di autovalutazione. Mentre le prime due valutano bambini e adolescenti di età compresa tra 6 e 18 anni, il range di età di somministrazione per l'autovalutazione è compreso tra 8 e 18 anni.

➤ Test standardizzati (2)

✓ **BIA-R (Batteria Italiana per l'ADHD)**

Offre utili strumenti per la comprensione dei problemi specifici presentati dai bambini con disattenzione e iperattività e/o con difficoltà nei processi esecutivi, nel controllo della risposta, dell'attenzione e della memoria. Comprende vari test quali, ad esempio: Test delle Ranette, Test di Attenzione Uditiva (TAU), Test di Stroop Numerico etc.

Interventi terapeutici

✓ Interventi comportamentali e psicoeducativi

Gli interventi comportamentali psicoeducativi sono le modalità di intervento più studiate e raccomandate. Tali interventi si basano su una serie di principi ben collaudati di rinforzo positivo e negativo e di apprendimento sociale.

In età prescolare e scolare: parent-training e teacher-training, con effetto favorevole principalmente sui sintomi oppositivi e di condotta del bambino e sulla qualità della genitorialità piuttosto che sui sintomi ADHD.

Negli adolescenti più grandi e negli adulti: terapia cognitivo-comportamentale (training su autocontrollo, problem solving cognitivo e sociale, strategie compensative etc.)

✓ Interventi farmacologici

- Farmaci psicostimolanti: metilfenidato (inibisce la ricaptazione sinaptica soprattutto della dopamina) e atomexina (inibisce la ricaptazione sinaptica della noradrenalina).
- Non è ben noto come l'aumento dei livelli extracellulari di dopamina e noradrenalina modulino l'attenzione e le performance cognitive.
- L'effetto su irrequietezza, impulsività e disattenzione è rapido e intenso.
- Viene somministrata inizialmente una dose test per valutare gli effetti indesiderati e poi segue una lenta titolazione.

Disturbo Oppositivo - Provocatorio

- Il **Disturbo Oppositivo-Provocatorio** è una patologia neuropsichiatrica caratterizzata da umore collerico/irritabile, comportamento polemico/provocatorio e vendicatività.
- Fa parte dei **Disturbi da Comportamento Dirompente, del Controllo degli Impulsi e della Condotta**

- **Criteri Diagnostici DSM-5 (1)**

A. Un pattern di umore collerico/irritabile, comportamento polemico/provocatorio o vendicativo che dura da almeno 6 mesi evidenziato dalla presenza di almeno 4 sintomi di qualsiasi tipo tra le seguenti categorie, e manifestato durante l'interazione con almeno 1 individuo diverso da un fratello.

Umore collerico/irritabile

1. Va spesso in collera
2. È spesso permaloso o facilmente contrariato
3. È spesso adirato e risentito

Disturbo Oppositivo - Provocatorio

➤ **Criteri Diagnostici DSM-5 (2)** Comportamento polemico/provocatorio

4. Litiga spesso con figure che rappresentano l'autorità o, per i bambini e gli adolescenti, con gli adulti
5. Spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste provenienti da figure che rappresentano l'autorità o le regole
6. Spesso irrita deliberatamente gli altri
7. Spesso accusa gli altri per i propri errori o il proprio cattivo comportamento

Vendicatività

8. È stato vendicativo almeno 2 volte negli ultimi 6 mesi.

• **Nota: Persistenza e frequenza**

- ✓ Per i bambini di età <5 anni, il comportamento dovrebbe verificarsi quasi tutti i giorni
 - per un periodo di almeno 6 mesi
- ✓ Per individui i 5 anni o >, il comportamento dovrebbe verificarsi almeno 1 volta alla settimana per almeno 6 mesi
- La frequenza e l'intensità dei comportamenti sono al di fuori dei limiti considerati normali per il livello di sviluppo, il genere e la cultura dell'individuo.

Disturbo Oppositivo - Provocatorio

➤ Criteri Diagnostici DSM-5 (4)

B. L'anomalia del comportamento è associata a disagio dell'individuo o di altre persone nel suo immediato contesto sociale (ad es. famiglia, coetanei, colleghi di lavoro), oppure ha un impatto negativo sul funzionamento in ambito sociale, educativo, lavorativo o in altre aree importanti.

C. I comportamenti non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un disturbo psicotico, da uso di sostanze, depressivo bipolare. Inoltre non vengono soddisfatti i criteri per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente.

➤ Criteri Diagnostici DSM-5 (5)

Specificatore di gravità attuale:

- ✓ Lieve: i sintomi sono limitati a 1 unico ambiente
- ✓ Moderata: alcuni sintomi sono presenti in almeno 2 ambienti
- ✓ Grave: alcuni sintomi sono presenti in 3 o più ambienti

Disturbo Oppositivo - Provocatorio

➤ Classificazione di Khrista Boylan:

✓ DOP Stimolo-Dipendente

- Presenza di severi sintomi di ADHD e scarsa sensibilità alla gratificazione e alle punizioni (sottotipo provocatorio)

✓ DOP da Sovraccarico Cognitivo

- Maggiori difficoltà di linguaggio e di apprendimento, scarse funzioni esecutive,
- inadeguati abilità sociali e frequenti sintomi d'ansia

✓ DOP Pauroso

- Reattività e sensibilità allo stress con frequenti storie di trauma o attaccamento
- ansioso/ambivalente (sottotipo collerico/irritabile)

Disturbo Oppositivo - Provocatorio

➤ Epidemiologia

il DOP è piuttosto frequente in età evolutiva, con una prevalenza stimata tra 1-11% e tassi di prevalenza ancora più elevati in età prescolare, pari al 9-12%.

➤ Comorbidità

Il DOP frequentemente si associa ad altri disturbi psichiatrici.

Nel 10-20% dei casi è puro. La comorbidità con l'ADHD e il Disturbo della Condotta sono ben note e ampiamente studiate giustificando la loro comune inclusione nel gruppo dei disturbi dirompenti del comportamento:

- ✓ ADHD - fino al 60% - esordio più precoce dei sintomi, maggiore aggressività fisica, maggiore propensione alla delinquenza e peggiore prognosi
- ✓ Disturbi internalizzanti - 10-20% in età prescolare, più elevata in adolescenza. Ricordiamo che l'oppositività può essere un sintomo di numerosi altri disturbi psichiatrici per cui il clinico deve essere in grado di discriminare tra le diverse condizioni.

➤ **Eziologia e fattori di rischio**

Come altri disturbi psichiatrici, il DOP ha un'eziopatogenesi multifattoriale alla cui base vi è l'interazione geni-ambiente.

I fattori genetici contribuiscono allo sviluppo del disturbo con una ereditabilità stimata intorno al 50% e sono la base della comorbidità con l'ADHD e con il disturbo depressivo.

Tra i fattori di rischio ambientali sono stati individuati il basso ceto socio- economico, vivere in un quartiere a rischio, scarsa coesione familiare, modalità educative inadeguate, disaccordo coniugale, psicopatologia dei genitori, compreso l'uso di sostanze.

➤ Neuropsicologia

- ✓ Deficit sia a carico delle funzioni esecutive “fredde” (ad es. inibizione, memoria di lavoro, pianificazione, set-shifting e gestione del interferenza) che “calde” (ad es. avversione per l'attesa).
- ✓ Alterata risposta allo stress con rilascio di cortisolo, mediato dall' asse ipotalamo-ipofisi-surrene, inversamente proporzionale ai sintomi di aggressività
- ✓ Minore attivazione del sistema nervoso autonomico con una maggiore propensione per i comportamenti a rischio “sensation seeking” e minore capacità di avvertire da paura.

➤ Trattamento (1)

Interventi di supporto alla genitorialità o trattamenti psicoterapici ad indirizzo cognitivo- comportamentale: hanno l'obiettivo di modificare le modalità relazionali familiari e di aiutare i genitori a identificare i punti di forza dei figli e ad acquisire competenze rispetto gestione dei comportamenti disadattivi.

Si basano tutti su: training delle abilità di problem solving, training del riconoscimento delle emozioni e della gestione della rabbia, potenziamento delle competenze sociali e di auto-controllo cognitivo ed emotivo mediante tecniche di modeling, rehearsal, self-management:

- ✓ Incredible Years
- ✓ Triple P-Positive Parenting Programme
- ✓ **Coping Power Program**

Disturbo Oppositivo - Provocatorio

➤ Trattamento → Coping Power Program

Il Coping Power nasce come un modello di intervento cognitivo-comportamentale evidence-based sviluppato per bambini con problemi di aggressività e per i bambini con diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio e disturbo della condotta.

Dal suo sviluppo iniziale di oltre 20 anni fa (Lochman e Wells, 1996), il Coping Power è stato valutato in numerosi studi e c'è stata una serie sistematica di adattamenti del programma tra cui quelli per la Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria.



➤ **Trattamento (4)**

- Il programma prevede:
 - attività di gruppo
 - attività didattiche incentrate sulla storia di un personaggio che si imbatte in problemi e situazioni simili a quelli dei bambini con disturbi del comportamento
 - token economy di tipo cooperativo che coinvolge tutti gli alunni della classe

➤ **Trattamento (5)**

I diversi moduli proposti affrontano le seguenti tematiche:

- porsi obiettivi a breve e a lungo termine
- acquisire consapevolezza delle proprie emozioni
- modulare e gestire le emozioni (autocontrollo)
- assumere punti di vista diversi dal proprio
- acquisire capacità di problem solving
- riconoscere le qualità proprie e altrui.

Disturbo della Condotta

- Il **Disturbo della Condotta** è caratterizzato da un pattern ripetitivo e persistente di comportamenti che violano i diritti fondamentali degli altri, osservabile prima dei 18 anni di età.
- La diagnosi è fortemente associata a scarso rendimento scolastico, isolamento sociale e, in adolescenza, ad abuso di sostanze con frequenti contatti col sistema di giustizia penale minorile.
- Secondo il **DSM-5** la diagnosi di Disturbo della Condotta richiede la presenza di **3 criteri su una lista di 15, categorizzati in 4 dimensioni comportamentali**: aggressività verso persone o animali, distruzione di proprietà, frode o furto, gravi violazioni delle regole. I criteri devono essere presenti negli ultimi 12 mesi e almeno 1 deve essere stato presente negli ultimi 6 mesi

Criteri Diagnostici DSM-5

A. Modalità di comportamento ripetitiva e persistente in cui diritti fondamentali degli altri o le principali norme e regole sociali, in riferimento all'età, vengono violati, che si manifesta con la presenza nei 12 mesi precedenti di almeno 3 dei seguenti 15 criteri in qualsiasi delle categorie sotto indicate, con almeno 1 criterio presente negli ultimi 6 mesi **Aggressione a persone o animali**

1. Spesso fai il prepotente, minaccia o intimorisce gli altri
2. Spesso dà il via a colluttazioni
3. Ha usato un'arma che può causare seri danni fisici ad altri (per es. un bastone, un mattone, una bottiglia rotta, un coltello, una pistola)
4. È stato fisicamente crudele con le persone
5. È stato fisicamente crudele con gli animali
6. Ha rubato affrontando direttamente la vittima (aggressione, scippo, estorsione, rapina a mano armata)
7. Ha costretto qualcuno ad attività sessuali

- **Distruzione della proprietà**

8. Ha deliberatamente appiccato il fuoco con l'intenzione di causare seri danni
9. Ha deliberatamente distrutto proprietà altrui (in modo diverso dall'appiccare il fuoco)

➤ **Criteri Diagnostici DSM-5 (3) Frode o furto**

- 10. È penetrato nell'abitazione, del caseggiato o nell'automobile di qualcun altro
- 11. Spesso mente per ottenere vantaggi o favori o per evitare dei doveri (cioè raggira gli altri)
- 12. Ha rubato articoli di valore senza affrontare direttamente la vittima (per es. furto nei negozi, ma senza scasso; contraffazione)

➤ **Gravi violazioni di regole**

- 13. Spesso, già prima dei 13 anni di età, trascorre la notte fuori, nonostante le proibizioni dei genitori
- 14. Si è allontanato da casa di notte almeno 2 volte mentre viveva nella casa dei genitori o di chi ne faceva le veci, o una volta senza ritornare per lungo periodo
- 15. Spesso, già prima dei 13 anni di età, marina la scuola

➤ Criteri Diagnostici DSM-5 (5)

C. L'anomalia del comportamento causa una compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo

D. Se l'individuo ha 18 anni o più, non sono soddisfatti i criteri di disturbo antisociale di personalità

Specificatori

- ✓ Tipo con esordio nell'infanzia: almeno un sintomo caratteristico prima di 10 anni di età
- ✓ Tipo con esordio nell'adolescenza: nessun sintomo caratteristico prima dei 10 anni di età
- ✓ Esordio non specificato

➤ Criteri Diagnostici DSM-5 (6) Specificatori:

Emozioni prosociali limitate

Per assegnare questo specificatore l'individuo deve aver mostrato in modo persistente, per almeno 12 mesi e in diversi tipi di relazioni e ambienti, almeno due delle seguenti caratteristiche:

✓ **1. Mancanza di rimorso o senso di colpa**

Non prova rimorso o senso di colpa quando compie qualcosa di sbagliato (escludere il rimorso se questo viene espresso solo dall'individuo in arresto e/o messo di fronte a una punizione). L'individuo mostra una generale mancanza di preoccupazione per le conseguenze negative delle sue azioni. Per esempio, non è pentito dopo aver ferito qualcuno e non si preoccupa delle conseguenze derivanti dal infrangere le regole

➤ Criteri Diagnostici DSM-5

✓ 2. Insensibilità-mancanza di empatia

Disprezza ed è incurante dei sentimenti degli altri. L'individuo è descritto come freddo e indifferente. Appare preoccupato più per gli effetti che le situazioni hanno su di lui che per quelle sugli altri, anche quando comportano un grave danno per gli altri.

✓ 3. Indifferenza per i risultati

Non mostra preoccupazione per lo scarso rendimento a scuola, al lavoro o in altre attività importanti. L'individuo non mette l'impegno necessario per una buona riuscita, anche quando le aspettative sono chiare, e tipicamente incolpa gli altri per i suoi scarsi risultati.

✓ 4. Affettività superficiale o anaffettività

Non esprime sentimenti né mostra emozioni verso gli altri, se non in modo che sembrano poco profondi, insinceri o superficiali (per es. le azioni contraddicono le emozioni mostrate, può “accendere” o “spegnere” in fretta) o usando espressioni emotive per il proprio vantaggio (per es. mostrare emozioni per manipolare o intimidire gli altri).

➤ **Aggressività (1)**

Gli studi hanno dimostrato che l'aggressività si può suddividere in:

1. Proattiva o Predatoria

È significativamente associata con iperattività, costante violazione delle regole (delinquenza), scarsa motivazione per la frequenza scolastica, scarse relazioni con i coetanei e avversità psicosociali (es. famiglia monoparentale, genitori che abusano di sostanze). In adolescenza appare più frequentemente associata con appiattimento affettivo, reati violenti, psicopatia (tratti callosi anemozionali) e relativi correlati neurobiologici (scarso arousal, risposta appiattita delle frequenze cardiaca e del cortisolo allo stress).

2. Reattiva o Impulsiva

È spesso associata con impulsività, ostilità, ansia sociale, problemi di decodifica e interpretazione degli stimoli sociali, atteggiamento subalterno ("gregario"); bullismo (come vittima), mancanza di amici intimi in adolescenza.

➤ Sintomi aggressivi e non aggressivi

- ✓ **Sintomi aggressivi** (scontro fisico, bullismo, minacce)
 - Sono correlati con compromissione delle funzioni esecutive, dell'intelligenza verbale e tendono ad attenuarsi nel tempo (adolescenza)
- ✓ **Sintomi non aggressivi** (menzogna, violazioni subdole delle regole, furto senza minacce alla vittima)
 - Tendono a persistere, costituendo un importante fattore prognostico negativo

➤ Epidemiologia e comorbidità

- La prevalenza del disturbo della condotta tende ad aumentare durante l'infanzia e il disturbo risulta più frequente tra i maschi.
- La prevalenza varia tra il 4% e il 13% nei minori di 18 anni (3-16% per il disturbo oppositivo provocatorio).
- I Disturbi della Condotta comunemente coesistono con altri problemi di salute mentale: il
- 46% dei ragazzi e il 36% delle ragazze hanno almeno una comorbidità psichiatrica: es. ADHD (40%), frequentemente disturbi depressivi in età adulta.

➤ **Eziologia e fattori di rischio (1)**

Numerosi fattori possono predisporre, favorire o aggravare la gravità clinica dei disturbi di condotta.

Sicuramente l'abuso e la trascuratezza, specie se cronicizzati da un successivo comportamento aggressivo e violento nei confronti del minore, sono considerati un fondamentale fattore di rischio per il disturbo di condotta, sia per le interiorizzazione del comportamento aggressivo dell'abusante da parte dell'abusato (modeling) sia per le conseguenze cognitive, affettive e neuro ormonali dell'abuso.

➤ **Eziologia e fattori di rischio (2)**

L'**aggressività reattiva ed impulsiva** sono legate a relazioni di attaccamento insicuro derivanti da trauma, abuso e privazione che renderebbero i bambini/adolescenti ipervigilanti per stimoli erroneamente valutati come potenzialmente ostili con conseguenti attribuzioni incongrue e paure immotivate ("ti aggredisco io prima che lo faccia tu")

L'**aggressività proattiva e predatoria** sarebbe invece correlabile con un modello educativo coercitivo e aggressività ambientale, che determinerebbe lo sviluppo di un repertorio comportamentale ristretto ("l'unico mezzo per ottenere qualcosa è prenderlo con la forza")

➤ Etiologia e fattori di rischio (3)

L'uso di nicotina o di sostanze d'abuso in gravidanza, lo scarso apporto nutritivo prenatale, l'esposizione postnatale ad agenti tossici e le complicanze alla nascita contribuirebbero a rendere stabili gli effetti dell'abuso e della trascuratezza postnatale, alterando lo sviluppo neuronale e determinando un deficit di diverse funzioni neuropsicologiche e, conseguentemente, la genesi dell'aggressività, soprattutto di tipo impulsiva/affettiva.

➤ Trattamento

✓ Interventi psicoeducativi

Vedi DOP

✓ Terapie farmacologiche

Psicostimolanti (ADHD)

Antipsicotici (Risperidone,

Aripiprazolo)

➤ Protocollo diagnostico

- ✓ Livello cognitivo (Qi verbale)
- ✓ Presenza di altri disturbi del neurosviluppo
- ✓ Presenza di altre patologie psichiatriche
- ✓ Possibile uso/abuso di sostanze
- ✓ Presenza di altre patologie mediche neurologiche (es. epilessia)
- ✓ Modalità di relazione con i coetanei
- ✓ Struttura e tipo di supporto familiare
- ✓ Borse della comunità

Strumenti diagnostici: **CBCL, K-SADS-PI DSM-V, Scale Conners**



GRAZIE PER LA CORTESE ATTENZIONE