

# LE PROBLEMATICHE COMPORAMENTALI IN ETA' EVOLUTIVA



6/09/2017

Istituto Comprensivo Badia Polesine  
Dott.ssa A. Gallani e Dott.ssa I. Trevisan

# DEFINIZIONE DI COMPORTAMENTO

Il comportamento è il modo di agire e reagire di un individuo messo in relazione con altri o con l'ambiente. E' ciò che il bambino fa.

Indica qualcosa di osservabile, di cui si può contare la frequenza e che si può modificare.

Il comportamento NON E' ciò che il bambino non fa.

**Es.** “Non lavora” VS “Giocare con una matita (invece di fare i compiti)”



# DEFINIZIONE DI PERSONALITÀ



La personalità è costituita da 2 componenti fondamentali:

- Temperamento: insieme delle tendenze innate, geneticamente determinate, dell'individuo a reagire agli stimoli ambientali con determinate modalità anziché altre.
- Carattere: complesso unitario e organizzato di forme di vita psichica, che dà un'impronta particolare al comportamento dell'individuo. Come tale il carattere è una struttura risultante da una costante interazione tra individuo e ambiente. Il carattere si riferisce alle differenze degli individui basate sull'apprendimento e la relazione tra sé e gli altri. È ciò che noi facciamo di noi stessi intenzionalmente.

# DEFINIZIONE DI DISTURBO



- un disturbo è una disfunzione dannosa
- é caratterizzato da deficit grave o mancanza di adattamento (meccanismi funzionali evolutivi)
- produce un danno all'individuo
- spesso ha un correlato neurobiologico

# I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- difficoltà di controllo e di gestione delle proprie emozioni
- incapacità di conformare il proprio comportamento alle richieste dell'ambiente



- scarsa capacità di prendere in considerazione il punto di vista altrui
- bisogno impellente di soddisfazione delle proprie necessità con pretesa di priorità su tutto e su tutti
- rendimento scolastico al di sotto delle competenze intellettive
- aggressività, rabbia, oppositività, provocazione, trasgressione delle norme sociali e morali



Fortunatamente, *non* tutti i problemi di comportamento assumono la connotazione di un vero e proprio disturbo.

Si può parlare di **disturbo** solo quando:

- il comportamento *assume caratteristiche estreme*;
- tali caratteristiche *tendono a cronicizzarsi*;
- il comportamento *provoca conseguenze*.



“Possiamo dire che è presente un **disturbo del comportamento** quando il bambino mostra *eccessi o deficit comportamentali* che adulti autorevoli nell’ambiente circostante giudicano particolarmente rilevanti. Tali caratteristiche comportamentali sono considerate atipiche in quanto *la loro frequenza, la loro intensità o la loro durata si scosta dalla norma*. Gli eccessi comportamentali o deficit possono manifestarsi attraverso *uno o più repertori (cognitivo, verbale, emotivo, fisico, motorio)* ed essere presenti in una *varietà di situazioni* (Gresham, 1985)”.



*Tutti* abbiamo qualche tratto di un “disturbo”,  
ma i soggetti “diagnosticati” si collocano  
all'estremo.







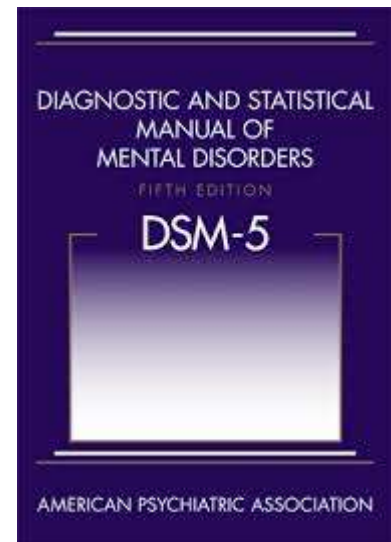
# DSM-5

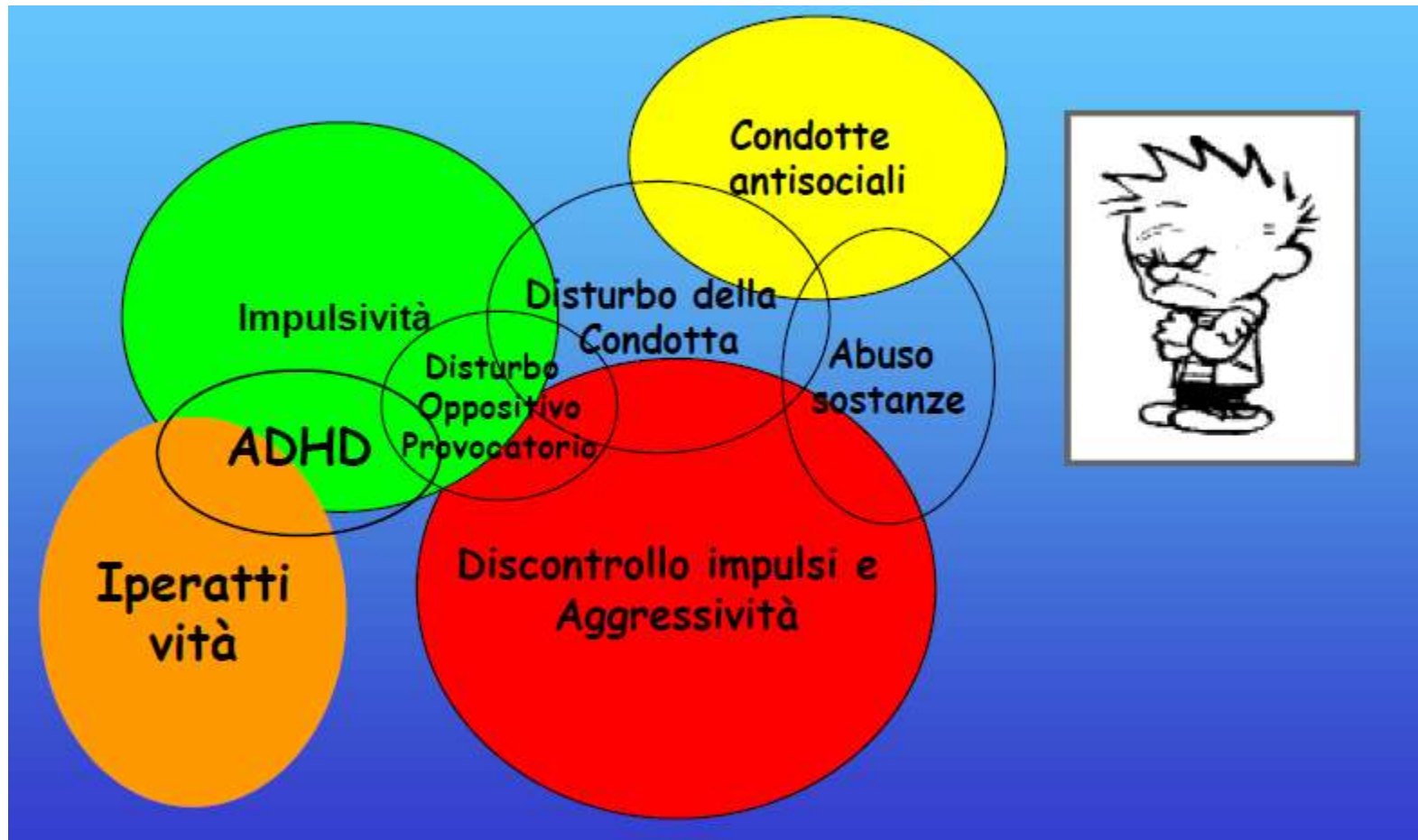
## Disturbi Dirompenti, del Controllo degli Impulsi e della Condotta (DSM - 5):

- **disturbo oppositivo-provocatorio (DOP)**
- disturbo esplosivo intermittente
- **disturbo della condotta (DC) (esordio: infanzia; adolescenza; non specificato)**
- disturbo di personalità antisociale (DPA)
- piromania
- cleptomania
- altri specificati disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta
- altri non specificati disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta

## Disturbi di Sviluppo (DSM - 5)

- **disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD)**





La prevalenza dei DCD è umentata negli ultimi decenni:  
Tra il 6 el 16% nei M e tra il 2 e 9% nelle F (Loeber e Keenan, 1994)

I comportamenti aggressivi e i disturbi del comportamento sociale sono uno dei più frequenti motivi di consultazione nei Servizi per l'età evolutiva (Speranza, 2001).

Tuttavia, la prima consultazione specialistica avviene tardivamente.

Il contesto scolastico è particolarmente sensibile a problematiche di questo tipo.



Tali disturbi si associano ad un significativo peggioramento del funzionamento del bambino in diversi ambiti:

- in ambito *scolastico* (scarso rendimento, deficit attentivo, fallimento scolastico, espulsione)
- in ambito *familiare* (conflittualità verbale, aggressività fisica, fughe)
- in ambito *sociale* (emarginazione, abbandono scolastico, ingresso in gruppi dissociali)

Sono disturbi ad elevato costo sociale (Loeber et al. 2000).

# Disturbi Dirompenti, del Controllo degli Impulsi e della Condotta (DSM - 5)

- mancanza di controllo nel comportamento ed emozioni
- disturbi che violano i diritti degli altri e le norme sociali



# **DISTURBO OPPOSITIVO- PROVOCATORIO (DOP)**

- pattern comportamentale di irritabilità, ostilità, oppositività e sfida, persistente e inappropriato all'età
- due differenti ordini di problematiche: l'aggressività e la tendenza ad infastidire/irritare gli altri



- *Tutti* i bambini possono attraversare periodi “oppositivi”
- Circa il 5% presentano una franca patologia
- Primi segnali si manifestano prima degli 8 anni (già identificati a 5-6 anni)
- L’evoluzione dipende dalla gravità del disturbo e dalle caratteristiche dell’ambiente di sviluppo dalle esperienze di vita
- Può evolvere in Disturbo della condotta



# EPIDEMIOLOGIA DEL DOP

- Studi dimostrano che il **DOP si presenta nel 5-15% dei bambini in età scolare**
- Il DOP ha una prevalenza nel sesso maschile doppia rispetto al sesso femminile nei bambini più piccoli; in quelli più grandi la prevalenza è identica
- Il 50% dei bambini che hanno una diagnosi di DOP hanno anche una diagnosi di ADHD
- Approssimativamente il 15-20% di bambini con DOP sono anche affetti da Disturbo d'Ansia e Disturbo Depressivo

# ASPETTI CLINICI

- interpretazione del comportamento dei pari come ostile
- spesso ha scarsa capacità dialettica nella risoluzione verbale del conflitto
- locus of control esterno: questi bambini hanno difficoltà nel percepirsi come autoregolati
- difficoltà nel percepire la responsabilità delle proprie azioni

# Cause del DOP

- Non sono state del tutto accertate
- Le problematiche di solito compaiono tra gli 1 e i 3 anni
- Molti comportamenti sono solitamente normali all'età di 2 anni, ma nel DOP non scompaiono mai

## Fattori biologici

- Familiarità per disturbi del comportamento, abuso di sostanze, disturbo dell'umore
- Fattori esogeni: esposizione prenatale a tossine, alcool, denutrizione
- Anomalie corteccia prefrontale
- Disequilibrio neurotrasmettitoriale nel cervello (serotonina, noradrenalina, dopamina)
- Basso cortisolo
- Alto testosterone

# Problematicità Familiare:

- Se un genitore è alcolista o ha avuto problemi con la legge, i bambini hanno una probabilità 3 volte maggiore di sviluppare un DOP

## ALTRE SITUAZIONI PROBLEMATICHE:

- instabilità
- difficoltà economiche
- disturbi psichiatrici
- comportamenti duramente punitivi
- parenting inconsistente
- traslochi continui

# **DISTURBO DELLA CONDOTTA**



# **DISTURBO DELLA CONDOTTA**

- **Il Disturbo di Condotta è un disturbo psichiatrico ad esordio in età evolutiva, relativamente frequente, caratterizzato da un pattern ripetitivo e persistente di comportamenti antisociali, aggressivi / non aggressivi, di violazione delle regole e norme sociali appropriate all'età.**
- **Tali comportamenti sono correlati ad una disfunzione dell'individuo Il Disturbo comporta un considerevole carico di sofferenza per il paziente stesso, la sua famiglia e la società.**
- **In molti casi, il Disturbo di Condotta è preceduto e associato al DOP.**

# L'AGGRESSIVITÀ È UN COMPORTAMENTO “FISIOLOGICO”:

- l'abilità di difendere se stessi contro gli attacchi fisici e verbali contribuisce alla sopravvivenza ed allo sviluppo delle capacità di adattamento
- i comportamenti aggressivi (colpire, spingere, schiaffeggiare, mordere, dare pugni, sputare, tirare i capelli) sono **comuni nei bambini piccoli.**  
**Crescendo la gran parte dei bambini tendono a socializzare e inibire tali comportamenti aggressivi**
- le interazioni con gli adulti giocano un ruolo importante nel modellare il repertorio comportamentale del bambino verso modalità più appropriate di difesa dei propri diritti ( e beni) ed espressione dei propri desideri
- alcuni bambini non riescono a sviluppare tali capacità e continuano frequentemente a manifestare comportamenti aggressivi e di violazione delle regole



# DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITA' (ADHD)

- E' un disturbo del neurosviluppo con eziologia complessa, base neurobiologica e possibile impatto negativo su molteplici aree di funzionamento.
- L'ADHD è caratterizzato da 2 gruppi di sintomi o dimensioni psicopatologiche definibili come inattenzione e impulsività/iperattività.
- I sintomi non sono causati da deficit cognitivo (ritardo mentale) ma da difficoltà oggettive nell'autocontrollo e nella capacità di pianificazione





**L'impulsività si manifesta come difficoltà ad organizzare azioni complesse, con tendenza al cambiamento rapido da un'attività ad un'altra e difficoltà ad aspettare il proprio turno in situazioni di gioco e/o di gruppo.**

Tale impulsività è generalmente associata ad iperattività: questi bambini vengono riferiti "come mossi da un motorino", hanno difficoltà a rispettare le regole, i tempi e gli spazi dei coetanei, a scuola trovano spesso difficile anche rimanere seduti.

**NON ESSERE  
IMPULSIVO  
FAI COME ME:  
CONTA FINO A UNO.**

**L'inattenzione (o facile distraibilità) si manifesta soprattutto come scarsa cura per i dettagli ed incapacità a portare a termine le azioni intraprese:**

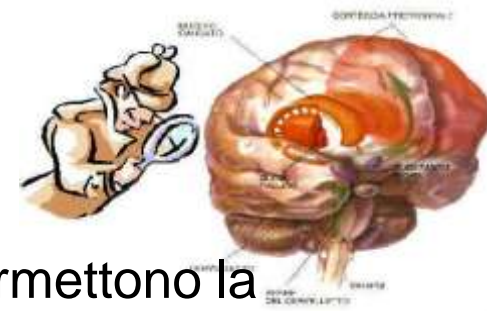
- i bambini appaiono costantemente distratti come se avessero sempre altro in mente
- evitano di svolgere attività che richiedano attenzione per i particolari o abilità organizzative
- perdono frequentemente oggetti significativi o dimenticano attività importanti



- Qualsiasi bambino (e la gran parte degli adulti) tende a distrarsi ed a commettere errori durante attività prolungate e ripetitive.
- La ricerca delle novità e la capacità di esplorare rapidamente l'ambiente devono essere considerati comportamenti positivi dal punto di vista evolutivo e come tale stimolati e favoriti. Quando tali modalità di comportamento sono persistenti in tutti i contesti (casa, scuola, ambienti di gioco) e nella gran parte delle situazioni (lezione, compiti a casa, gioco con i genitori e con i coetanei, a tavola, davanti al televisore, etc.) e costituiscono la caratteristica costante del bambino, esse possono **compromettere le capacità di pianificazione ed esecuzione di procedure complesse (le cosiddette FUNZIONI ESECUTIVE).**



# IL SISTEMA DELL'ATTENZIONE E LE FUNZIONI ESECUTIVE



- Specifiche aree della corteccia prefrontale mediale permettono la scelta tra i diversi possibili comportamenti o attività mentali in risposta a ciò che accade intorno all'individuo, coordinano un comportamento o attività ed inibiscono gli altri.
- La capacità di inibire alcune risposte motorie ed emotive a stimoli esterni, al fine di permettere la prosecuzione delle attività in corso (autocontrollo), è necessario per l'esecuzione di qualsiasi compito.
- Durante lo sviluppo, la maggior parte dei bambini matura la capacità ad impegnarsi in attività mentali che li aiutino a non distrarsi, a ricordare gli obiettivi ed a compiere i passi necessari per raggiungerli (FUNZIONI ESECUTIVE).
- Numerose evidenze indicano che il fattore patogenetico fondamentale del ADHD possa essere costituito da un deficit nelle capacità di inibizione delle risposte impulsive (*response inhibition*) mediate dalla corteccia prefrontale. Nei bambini con ADHD questi distretti (corteccia prefrontale-nuclei della base) risultano essere più piccoli ed ipofunzionanti; sono stati inoltre riportati deficit di dopamina, noradrenalina e serotonina

- L'incapacità a rimanere attenti ed a controllare gli impulsi fa sì che, spesso, i bambini con ADHD abbiano una minore resa scolastica e sviluppino con maggiore difficoltà le proprie abilità cognitive.
- Frequentemente questi bambini mostrano scarse abilità nell'utilizzazione delle norme di convivenza sociale, in particolare in quelle capacità che consistono nel cogliere quegli indizi sociali non verbali che modulano le relazioni interpersonali.
- Questo determina una significativa interferenza nella qualità delle relazioni tra questi bambini ed il mondo che li circonda. Il difficoltoso rapporto con gli altri, le difficoltà scolastiche, i continui rimproveri da parte delle figure di autorità, il senso di inadeguatezza a contrastare tutto ciò con le proprie capacità fanno sì che questi bambini sviluppino un senso di demoralizzazione e di ansia, che accentua ulteriormente le loro difficoltà.
- Mentre la normale iperattività, impulsività e instabilità attentiva non determinano significative conseguenze funzionali, il vero ADHD determina conseguenze negative a breve e lungo termine.

Recentemente è stato posto l'accento sulla **difficoltà di autoregolazione**, cioè sull'incapacità di regolare autonomamente il proprio comportamento.

Buona capacità di comportamento  
eteroregolato

VS

difficoltà nel comportamento autoregolato.



Fig. 1.1 Difficoltà di autoregolazione a scuola (Cornoldi et al., 2001).

**Dimensione  
iperattività**

# Tipologia dell'ADHD

Sottotipo  
con iperattività  
predominante

Sottotipo  
combinato

**Dimensione  
disattenzione**

Assenza di  
disturbo

Sottotipo  
con disattenzione  
predominante

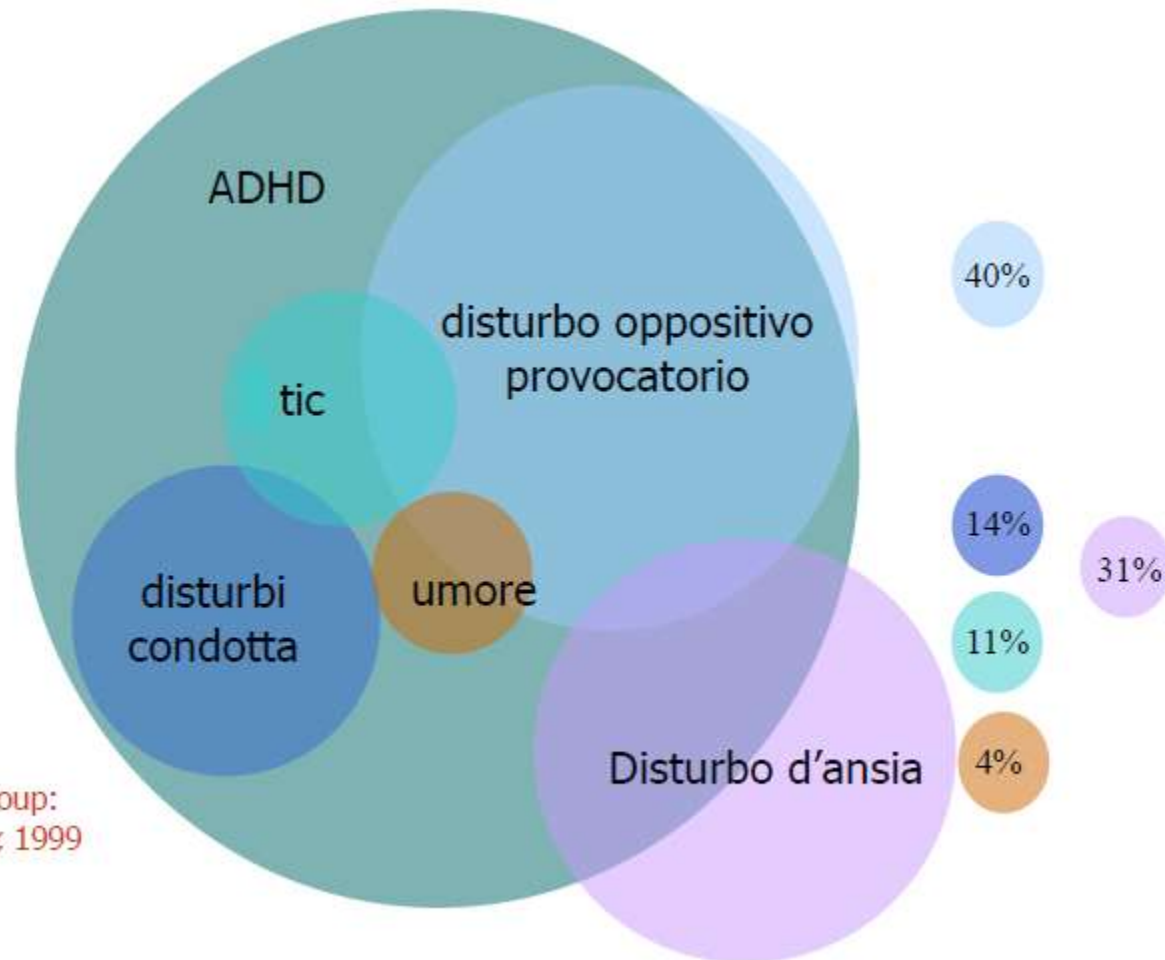




# EPIDEMIOLOGIA

- La prevalenza è di circa il 4% (cioè 1 bambino in ogni classe di 25 alunni) L'ADHD può essere presente già in età prescolare. A quest'età è però difficile formulare una diagnosi differenziale con altri disturbi e determinare con sicurezza la significativa compromissione del funzionamento globale. Circa 1/3 dei bambini con ADHD da adulti non manifestano più sintomi, indicando che il disturbo era da correlarsi ad un ritardo di sviluppo delle funzioni esecutive (attentive). Circa la metà dei bambini con ADHD continuano a mostrare anche da adolescenti e spesso anche da adulti i sintomi d'inattenzione ed iperattività, accompagnati talvolta da difficoltà sociali ed emozionali. Altri soggetti (15-20 %) divenuti adolescenti e poi adulti, mostrano oltre che sintomi di inattenzione, impulsività ed iperattività, anche altri disturbi psicopatologici quali alcolismo, tossicodipendenza, disturbo di personalità antisociale. Il più importante indice predittivo di tale evoluzione è la presenza, già nell'infanzia, di un DC associato all'ADHD.

# COMORBILITA'



MTA Cooperative Group:  
*Arch Gen Psychiatry*, 1999

# DECORSO



## Sintomi nucleari

- Inattenzione
- Iperattività
- Impulsività

+



## Comorbidity psichiatrica

- Disturbi comportamentali (disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo della condotta)
- Disturbi d' ansia e dell' umore

## Compromissione funzionale *Sè*

- Bassa autostima
- Incidenti e traumatismi
- Fumo/abuse di sostanze
- Dissocialità

### *Scuola/lavoro*

- Difficoltà scolastiche
- Difficoltà lavorative

### *Casa*

- Stress familiare
- Conflitti familiari

### *Relazioni sociali*

- Relazioni con coetanei
- Deficit di socializzazione
- Difficoltà relazionali

# ADHD IN ETÀ PRESCOLARE

- Massimo grado di iperattività
- Crisi di rabbia (“tempeste affettive”)
- Ridotta quantità ed intensità del gioco
- Litigiosità, provocatorietà
- Assenza di paura, tendenza a incidenti
- Comportamenti aggressivi
- Disturbo del sonno



# PROBLEMI PRINCIPALI DELLA DIAGNOSI PRECOCE DI ADHD

- *Non c'è una descrizione puntuale* dei sintomi caratteristici del disturbo dai 2 ai 5 anni.
- *I sintomi essenziali sono dei comportamenti abbastanza comuni* nei bambini in età prescolare.
- *La grande variabilità* nello sviluppo che caratterizza i primi 5-6 anni di vita del bambino;
- *La difficoltà nel distinguere l'ADHD da altri problemi*, a causa della sua sovrapposizione con altri disturbi a manifestazione prevalentemente comportamentale (Campbell, 1994).

Nonostante le difficoltà di diagnosi precoce esistono degli **indici** che possono predire quali bambini sono maggiormente a rischio di sviluppare ADHD nel corso del loro sviluppo (Connor, 2002):

- Severità
- Pervasività
- Disfunzioni sociali



# STUDI SULL'ADHD IN ETA' PRESCOLARE

- **Zito e coll. (2000)** hanno trovato un aumento nel numero di bambini in età prescolare (sotto i 5 anni) che ricevono la diagnosi di ADHD e conseguentemente un trattamento con psicostimolanti.
- **Wilens e coll. (2002)** da un campione di 1658 bambini, 200 di età inferiore ai 6 anni, con problemi di tipo psichiatrico e di questi l'86% incontrava i criteri per una diagnosi di ADHD,
- I sintomi cardine dell'ADHD emergono tra i tre e i cinque anni (**Wilens et al., 2002b**).
- Alcuni studi con analisi fattoriale suggeriscono che disattenzione, iperattività e impulsività possono essere distinti da altri problemi comportamentali anche nei bambini in età prescolare



# ADHD IN ETÀ SCOLARE

- Più frequente la prima diagnosi
- Possibile riduzione della iperattività
- Maggiore evidenza di sintomi cognitivi (disattenzione, impulsività)
- Difficoltà scolastiche
- Evitamento di compiti cognitivi prolungati
- Comportamento oppositivo-provocatorio



# ADHD IN ADOLESCENZA

- 35%: superamento dei sintomi, prestazioni scolastiche talvolta inferiori ai controlli
- 50%: permanenza della sindrome, attenuazione della componente iperattiva, disturbo attentivo (difficoltà scolastiche, di organizzazione della vita quotidiana), compromissione emotiva (depressivo-ansiosa) e sociale, instabilità nelle scelte scolastiche o relazionali, condotte pericolose.
- 15%: permanenza della sindrome, disturbi comportamentali e di adattamento sociale.



I clinici stanno divenendo maggiormente consapevoli che l'ADHD nell'infanzia **non regredisce** nel corso dello sviluppo e che molti soggetti che presentano il disturbo nella fanciullezza continueranno a manifestare il disturbo in età adulta.

Il disturbo persisterà nell'adolescenza in più dell'80% dei casi e nell'età adulta in più del 50% dei casi.

# ADHD IN ETÀ ADULTA



- Difficoltà di organizzazione nel lavoro (strategie per il disturbo attentivo)
- Intolleranza alla vita sedentaria
- Condotte rischiose
- Rischio di marginalità sociale
- Bassa autostima, tendenza all'isolamento sociale, vulnerabilità psicopatologica

# PREVALENZA

- Da 1.5% (Ashenafi et al., 2001) a 19.8% (Gadow et al., 2000).
- Le diversità delle stime dipende dalla scelta dei campioni esaminati, dai criteri diagnostici utilizzati e dagli strumenti di rilevazione usati.
- Tre studi epidemiologici condotti in **Italia**: Gallucci e coll. (1993), Camerini e coll. (1999), Marzocchi e Cornoldi (2000).
- Frequenza di **4-5%** (in pratica un bambino in ogni classe di 25 alunni), simile dalle stime Nord Americane e Nord-Europee.
- Più frequente nei **maschi** (3:1).



# EZIOLOGIA

Le **cause** dell'ADHD rimangono **sconosciute**, ma la ricerca suggerisce che sia un disturbo di natura *neurobiologica* (alcune parti del cervello sono meno sviluppate in soggetti con ADHD) o *genetica* (l'ADHD tende a ricorrere all'interno della famiglia).

Sebbene fattori *ambientali e sociali* (come lo stile educativo) possano influenzare l'accentuarsi della sintomatologia, essi non causano il disturbo.

# EZIOLOGIA: GENETICA COMPORTAMENTALE

## **Studi familiari**

- Alta prevalenza di ADHD e di altri disturbi mentali nei parenti dei pazienti

## **Studi sulle adozioni**

- Maggiore prevalenza di ADHD nei genitori biologici rispetto ai genitori adottivi

## **Studi sui gemelli**

- Concordanza dei sintomi ADHD: MZ > DZ
- Coefficienti di ereditarietà: 0,65-0,91

# EZIOLOGIA: FATTORI BIOLOGICI ACQUISITI

- Esposizione intrauterina ad alcool o nicotina
- Nascita pre-termine e basso peso alla nascita
- Disturbi cerebrali (encefaliti, traumi)

# EZIOLOGIA: FATTORI PSICOSOCIALI

Fattori modulanti il quadro clinico includono

- Grave instabilità familiare
- Grave conflitto fra i genitori
- Patologia psichiatrica dei genitori
- Inadeguatezza delle capacità educative
- Relazioni negative genitore-figlio
- Basso livello socio-economico



# INTERVENTI EVIDENCED-BASED PER L' ADHD

Trattamenti di efficacia dimostrata:

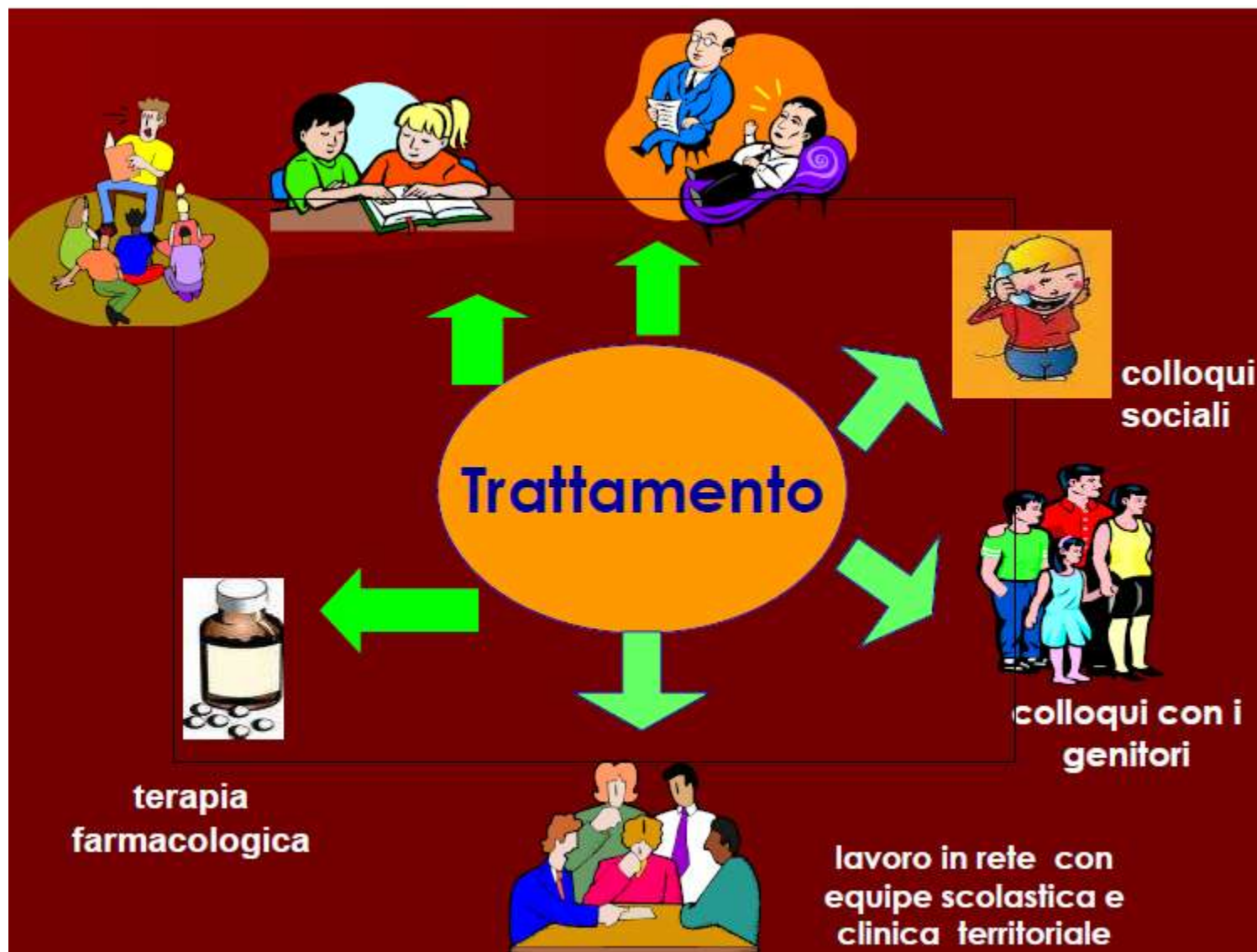
- Terapia del comportamento
- Parent Training
- Interventi comportamentali in classe
- Farmaci stimolanti

La terapia si basa su un **approccio multimodale** che combina interventi psicosociali con terapie mediche (Taylor et al. 1996; NICE 2000; AACAP 2002).

I genitori, i pediatri, gli insegnanti e lo stesso bambino devono sempre essere coinvolti in un programma terapeutico individualizzato.

Inattenzione, impulsività ed iperattività: terapia farmacologica efficace in circa l'80- 90% dei casi.

I disturbi della condotta, di apprendimento e di interazione sociale: interventi psicosociali, ambientali e psicoeducativi, centrati sulla famiglia, sulla scuola e sui bambini.



# Intervento terapeutico multimodale



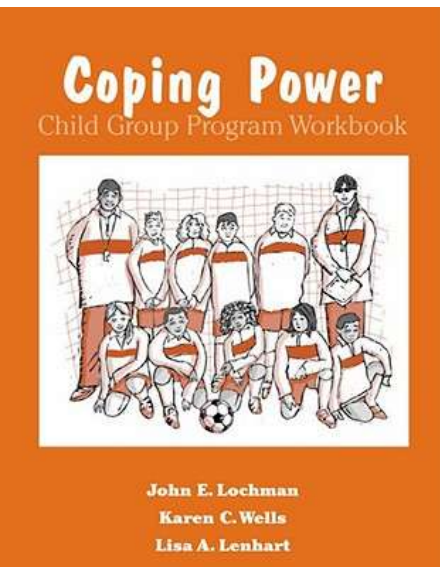
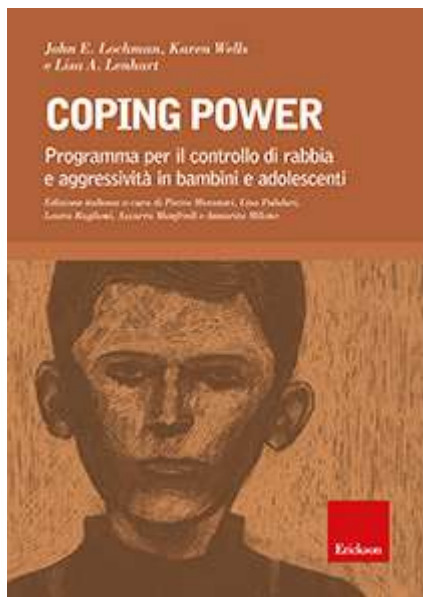
# I PROGRAMMI DI PREVENZIONE PRIMARIA IN AMBITO SCOLASTICO



- E' risaputo che b. con alti livelli di comportamenti aggressivi, iperattività e problemi di condotta creano un grave problema di gestione nel contesto scolastico e interferiscono con lo sviluppo dell'apprendimento dei compagni, nonché con le loro stesse prestazioni accademiche;
- Insegnanti con buone capacità di supporto e una buona formazione, che usano frequentemente rinforzi e strategie di insegnamento proattive, giocano un ruolo estremamente importante nel favorire lo sviluppo di abilità sociali ed emozionali e nel prevenire l'insorgenza di problemi comportamentali più gravi nei giovani adulti (Burchinal et al., 2000).

# COPING POWER PROGRAM: COS'È?

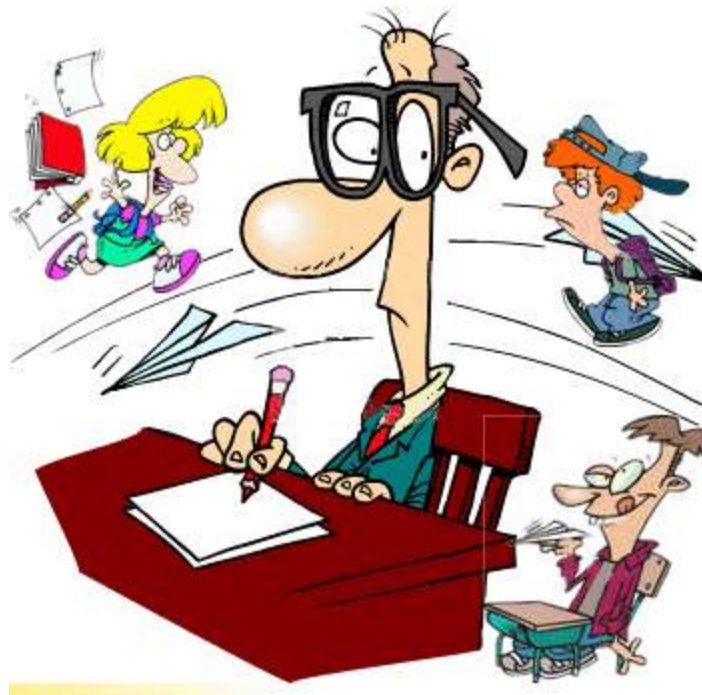
- Il Coping Power nasce come un modello di intervento cognitivo-comportamentale evidence-based sviluppato per bambini e preadolescenti con problemi di aggressività e per bambini con diagnosi di DOP e DC.
- Il CPP è stato progettato per affrontare l'aggressività nei b. e preadolescenti alla fine della scuola primaria, per prepararli ai rischi che sperimenteranno durante la transizione all'adolescenza e alla scuola secondaria
- Il programma originale include una parte dedicata ai b. e una ai genitori ed è stato progettato per essere proposto integralmente (Lochmann, Wells e Lenhart, 2012). La componente per i b prevede 32 sessioni di psicoterapia di gruppo nell'arco di 12 mesi: la componente genitori 16 sessioni in parallelo sempre di gruppo



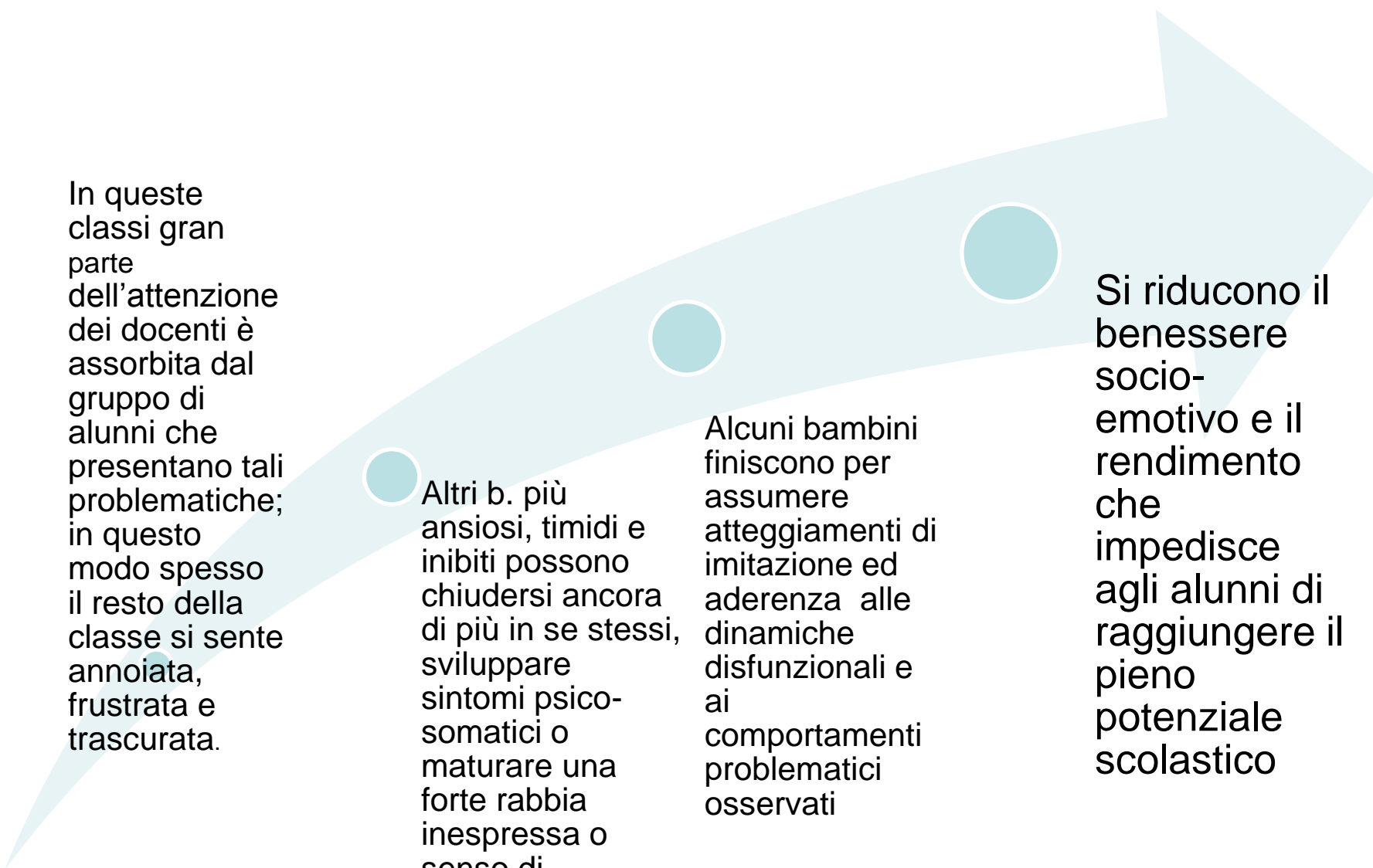


- I problemi di condotta, aggressività e, più in generale, le problematiche di comportamento si manifestano in modo vivido nell'ambiente scolastico e si esprimono soprattutto nella difficoltà di stare alle regole della classe e nel mettere in atto comportamenti che possono creare danni agli altri, ma anche alla persona stessa.

- Nelle classi sono spesso presenti una serie di comportamenti e condotte che, anche se non arrivano a caratterizzarsi come disturbi conclamati, hanno effetti negativi all'interno della classe e sono difficili da gestire per i docenti.







In queste  
classi gran  
parte  
dell'attenzione  
dei docenti è  
assorbita dal  
gruppo di  
alunni che  
presentano tali  
problematiche;  
in questo  
modo spesso  
il resto della  
classe si sente  
annoiata,  
frustrata e  
trascurata.

Altri b. più  
ansiosi, timidi e  
inibiti possono  
chiudersi ancora  
di più in se stessi,  
sviluppare  
sintomi psico-  
somatici o  
maturare una  
forte rabbia  
inespressa o  
senso di  
ingiustizia per le  
proprie necessità  
non accolte

Alcuni bambini  
finiscono per  
assumere  
atteggiamenti di  
imitazione ed  
aderenza alle  
dinamiche  
disfunzionali e  
ai  
comportamenti  
problematici  
osservati

Si riducono il  
benessere  
socio-  
emotivo e il  
rendimento  
che  
impedisce  
agli alunni di  
raggiungere il  
pieno  
potenziale  
scolastico

# COS'E' IL COPING POWER SCUOLA



E' l'adattamento del Coping Power Program al contesto scolastico italiano, per tre ordini di scuola.

E' un percorso di prevenzione primaria, svolto dai docenti sulla classe, finalizzato a sviluppare abilità sociali-emotive-relazionali, integrato nella programmazione didattica.

E' costituito da diversi moduli, collegati tra di loro da una storia.

Sulla storia è stata ideata una serie di attività sia di tipo didattico che di tipo esperienziale.

# COME NASCE IL COPING POWER SCUOLA



- Prof. Lochman, dell'Università dell'Alabama, sviluppa un programma di intervento per la modulazione della rabbia e dell'impulsività in bambini e ragazzi da applicare a scuola: Il Coping Power Program (CPP)
- L'équipe del Servizio "Al di là delle Nuvole" - IRCCS Fondazione Stella Maris, Università di Pisa – traduce e riadatta al contesto clinico la prima versione in Italia del CPP.
- 2009: adattamento della versione italiana del CPP - componente Bambini al contesto scolastico italiano (Bertacchi , Giuli) all'interno del progetto La Danza delle Api: nasce il Coping Power Scuola.

La scuola permette di attuare interventi precoci

La scuola è un contesto unico di apprendimento e generalizzazione di tutte le abilità sociali e pro-sociali e di regolazione emotiva. Gli interventi che coinvolgono solo il b. e la famiglia non hanno efficacia se non è coinvolto il contesto scolastico in cui i b. passano la maggior parte del loro tempo

## VANTAGGI

Fare prevenzione a scuola significa dare la possibilità a molti minori che non potrebbero accedere a nessun trattamento

Consente un intervento di gruppo per eccellenza di tipo cooperativo (tutoraggio tra pari,) in quanto ambiente naturale dei b. e permette di intervenire sulle condotte gravi ma anche sulle sfumature

# A QUALI ESIGENZE DELLA SCUOLA RISPONDE

- Gestire classi sempre più diversificate nei bisogni e negli apprendimenti (Direttiva del 17/12/12. C.M. n. 8 del 6/3/2013).
- Favorire l'acquisizione delle competenze (Competenze europee, 2006; Competenze di cittadinanza, 2007).
- Favorire l'inclusività (Indicazioni nazionali, 2012).
- Fornire ai docenti strumenti di screening.
- Divenire parte integrante del Piano Annuale Inclusività (PAI).
- Permettere di strutturare un percorso di continuità.
- Favorisce una continuità orizzontale.

# RISULTATI



Il modello elaborato si è dimostrato in grado di:

- ❑ Ridurre le problematiche emotivo-comportamentali e relazionali;
- ❑ Aumentare le condotte pro-sociali;
- ❑ Migliorare il rendimento scolastico della classe (Bertacchi, Giuli, Muratori, 2012, 2016; Bertacchi et al., 2012, 2013, 2014, 2015; Muratori et al., 2014, 2016).

SCUOLA DELL'INFANZIA	SCUOLA PRIMARIA	SCUOLA SECONDARIA
<p>“Ap Apetta e il viaggio in lambretta”</p>	<p>“Le avventure di Barracudino Superstar”</p>	<p><a href="http://www.siamoungruppo.it">www.siamoungruppo.it</a>,</p>
<p>Il programma è strutturato sotto forma di una Guida didattica ideata seguendo le indicazioni nazionali e il modello del Coping Power Program scolastico.</p> <p>Le abilità sociali-emotive-relazionali sono le stesse affrontate nei sei moduli della scuola primaria (ad eccezione del IV modulo), con attività sia esperienziali di gruppo sia didattiche strutturate in moduli bimestrali.</p> <p>La storia di “AP Apetta” accompagna le attività del gruppo classe che coprono tutti i campi dell’esperienza per l’intero anno scolastico (conoscenza di sé e dell’altro, conoscenza del mondo, il corpo, il linguaggio, la quantità e i numeri, spazio e tempo ecc) e tutti gli aspetti della vita scolastica (attività strutturate della classe, la mensa, l’ingresso e l’uscita da scuola ecc).</p> <p>Il manuale per i docenti è costituito dalla Guida Didattica con allegata la</p>	<p>Il programma è diviso in 6 moduli della durata di circa un mese ciascuno, e comprende sia attività esperienziali di gruppo per circa 1 ora a settimana, sia attività didattiche svolte durante le lezioni curricolari, oltre alla valutazione giornaliera e settimanale dei traguardi degli alunni.</p> <p>Le tematiche dei moduli sono collegate tra di loro da una storia illustrata in un libro con tavole a colori.</p> <p>Ogni modulo ha una serie di schede operative che riguardano le attività didattiche.</p> <p>Il protocollo dispone di un Manuale docenti che guida l’insegnante in tutto il programma, un libro illustrato della storia di Barracudino, e un CD allegato con le schede di lavoro come una sorta di sussidiario (schede in b/n stampabili in formato A4).</p>	<p>Un storia che parla di un gruppo di preadolescenti illustrata a fumetti, accompagna le attività dei 6 moduli del programma</p> <p>I moduli sono costituiti da attività sia esperienziali, svolte dal docente, sia didattiche, condotte ed ideate dagli alunni stessi.</p> <p>Il contratto educativo-comportamentale con la classe è costituito dai contributi dei singoli alunni ed ha l’obiettivo finale di stare bene a scuola, con se stessi e con i compagni, e diventare un gruppo classe</p> <p>Gli obiettivi specifici del programma restano gli stessi, ovvero la riduzione dei comportamenti inadeguati in classe, l’aumento di quelli pro sociali e del rendimento scolastico, mentre quelli generali riguardano il contrasto della dispersione scolastica, la prevenzione delle condotte a rischio e la funzione orientativa della scuola</p>

# CONTATTI

ANNA GALLANI

[anna.gallani@gmail.com](mailto:anna.gallani@gmail.com)

ILARIA TREVISAN

[Ilaria85.trevisan@gmail.com](mailto:Ilaria85.trevisan@gmail.com)