

EDITORIALE

In questo terzo numero di AIDAI-NEWSLETTER abbiamo il piacere di proporre i riassunti delle relazioni del primo convegno organizzato dalla nostra associazione. Vi presentiamo l'introduzione del Presidente, seguita dalle relazioni, molto precise e illuminanti, dei due più prestigiosi studiosi del DDAI in campo europeo: i proff. Eric Taylor e Joseph Sergeant. Il prof. Taylor è direttore del Dipartimento di Psichiatria dell'Infanzia al Maudsley Hospital di Londra (affiliato all'Institute of Psychiatry dell'Università di Londra), il Prof. Sergeant è direttore del Dipartimento di Psicologia Clinica all'Università di Amsterdam e coordinatore del Network Europeo per lo Studio dei Disturbi Ipercinetici.

Seguirà la relazione del Dr. Claudio Vio, psicologo presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile di San Donà di Piave (Ve), sul ruolo dei genitori nella gestione dei comportamenti problematici dei bambini con DDAI. Di seguito la Dr.ssa Francesca Offredi, del Servizio di Neuropsichiatria Infantile di San Donà di Piave

(Ve), espone i risultati che si ottengono con un lavoro terapeutico che coinvolge direttamente il bambino con DDAI.

Il prof. Cesare Cornoldi, del Dipartimento di Psicologia Generale dell'Università di Padova, illustra alcune ricerche sull'apprendimento scolastico e sulla memoria dei bambini con DDAI. Naturalmente, non manchiamo di segnalare qualche episodio molto increscioso che troppo spesso si verifica nel nostro territorio: spesso determinato da un'incapacità di affrontare certe problematiche con competenza, pazienza e tranquillità. Si tratta di una storia di un bambino di 8 anni che ha visto, non solo schiere di medici specialisti ma anche numerosi magistrati che lo hanno etichettato come fonte di disagio per gli insegnanti, i compagni e la scuola, in senso istituzionale.

Infine, su questo numero presentiamo i contenuti dell'assemblea dei soci (che si è tenuta al termine del congresso), il materiale che può essere richiesto dai soci e una bibliografia aggiornata sul DDAI.

LA PRIMA GIORNATA ITALIANA PER IL BAMBINO DISATTENTO/IPERATTIVO

San Donà di Piave (Venezia), 13 febbraio 1999
*Presentazione di Gian Marco Marzocchi
Presidente dell'AIDAI-ONLUS*

Bisogna ringraziare tutti coloro che hanno reso possibile la realizzazione di questo importante evento culturale e sociale. In particolare, bisogna ringraziare l'AIRIPA (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento in Psicopatologia dell'Apprendimento, presieduta dal Prof. Comoldi) che ha contribuito in modo determinante alla nascita dell'AIDAI.

Ci incontriamo oggi per parlare del bambino disattento e iperattivo e per questo motivo è bene che vi elenchi le caratteristiche che i due manuali psicodiagnostici più accreditati hanno redatto (il DSM-IV dell'Associazione degli Psichiatri Americani e l'ICD-10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità).

CRITERI DEL DSM-IV / ICD-10

Difficoltà di attenzione

1. Incontra difficoltà a dirigere l'attenzione sui dettagli o compie errori di negligenza.
2. Viene facilmente distratto da stimoli esterni
3. Quando gli si parla sembra non ascoltare
4. Pur avendo capito le istruzioni e non avendo intenzioni ostili, non esegue le istruzioni o fatica a portarle a compimento
5. Incontra difficoltà nel mantenere l'attenzione nei compiti o nei giochi in cui è impegnato
6. Spesso perde oggetti o materiale necessari per le proprie attività (per es., giocattoli, libri, quaderni, penne)
7. Evita o è poco disposto ad impegnarsi in attività che richiedono uno sforzo mentale prolungato
8. Ha difficoltà nell'organizzare le proprie attività e compiti
9. Spesso dimentica di fare i propri compiti

Iperattività

10. Non riesce a stare in silenzio; parla eccessivamente

11. Spesso si agita con le mani o i piedi, o si dimena sulla sedia
12. Ha difficoltà ad impegnarsi in giochi o attività tranquilli
13. Non riesce a stare seduto in classe o in altre situazioni in cui è richiesto
14. È in continuo movimento come se avesse "l'argento vivo" addosso
15. Corre e si arrampica ovunque in situazioni in cui ciò non è appropriato (in età adolescenziale o adulta si manifesta con un'irrequietudine interna)

Impulsività

16. Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno
17. Spesso interrompe o si comporta in modo invadente con altre persone
18. Spesso risponde prima ancora che la domanda sia stata completata

Perché abbiamo pensato di costituire l'AIDAI

Innanzitutto perché le cause dell'iperattività non sono ancora completamente note: sono stati fatti notevoli passi in avanti, soprattutto grazie all'apporto della neurobiologia, ma ci sono ancora numerosi punti oscuri e pertanto riteniamo fondamentale migliorare le conoscenze scientifiche (cliniche e sperimentali) per arrivare a capire qualcosa di più sulle cause del disturbo e quindi riuscire a trovare efficaci mezzi di intervento.

Tra le cause del DDAI vi è sicuramente una forte componente neurobiologica che a sua volta interagisce con le variabili ambientali (soprattutto a scuola e in famiglia): quindi è fondamentale lavorare in équipe, proprio con le persone che interagiscono quotidianamente con il bambino. La costituzione di un'équipe di lavoro (clinico, insegnanti e genitori) non solo serve ad essere più competenti, sentirsi più preparati ad affrontare le situazioni difficili, ma anche perché le manifestazioni del disturbo si attenuano se il bambino trova un ambiente favorevole che lo sa capire e aiutare.

Gli approcci terapeutici più efficaci sono quelli che coinvolgono tutte le figure importanti: i ge-

nitore, che possono diventare un mezzo privilegiato di intervento abilitativo, gli insegnanti, che convivono con il bambino nei momenti di maggiori difficoltà e che sentono il bisogno di avere maggiori strumenti di intervento, e il bambino stesso, che già a 8 - 9 anni può essere parte attiva del processo terapeutico.

Abbiamo pensato di costituire l'AIDAI e di trovarci insieme oggi (ricercatori, clinici, insegnanti e genitori) anche perché la prognosi del DDAI dipende dal buon inserimento del bambino nel suo ambiente, scolastico e familiare (le peggiori prognosi sono quelle che interessano bambini che vivono in un ambiente ostile che indirettamente insegna loro comportamenti oppositivi, aggressivi e provocatori). Il bambino con DDAI che trova "un buon terreno", accogliente, con persone che lo accettano, lo capiscono, lo aiutano a trovare delle strategie per ridurre le proprie difficoltà è una persona che avrà un futuro migliore in età adolescenziale e adulta.

Per raggiungere questo obiettivo, tutti dobbiamo essere informati, tutti dobbiamo fare lo sforzo di dare il nostro contributo, anche quando costa fatica, anche quando il bambino ci crea tanti problemi o ci fa perdere la pazienza.

Abbiamo costituito l'AIDAI, anche perché in Italia si sente il bisogno di una migliore definizione del DDAI (vedi l'ormai storica ricerca del prof. Cornoldi con il Prof. O'Leary di New York con la quale si scoprì che i clinici italiani diagnosticavano il DDAI come un disturbo di personalità). Per fortuna anche in Italia, rispetto a quei lontani anni Settanta, sono stati fatti passi in avanti, soprattutto in termini di riconoscimento del disturbo, sebbene sia necessario continuare a recuperare il divario che ci separa dai colleghi di area anglosassone.

Per quanto riguarda la diagnosi psicologica del DDAI, girando nei vari centri italiani mi sembra che ci siano ancora due atteggiamenti: da un lato si nega che il DDAI sia un disturbo con precise caratteristiche più o meno omogenee, ma venga semplicisticamente considerata come una reazione del bambino ad un disagio familiare che si manifesta con agitazione, distrazione, su-

perficialità, desiderio di rimanere piccolo. All'opposto, si utilizza l'etichetta del DDAI non appena il bambino è un po' troppo vivace, poco attento o frettoloso: sembra quasi che il DDAI sia un contenitore dove mettere tutti quei bambini che per "disgrazie varie" presentano una serie di difficoltà cognitive e comportamentali generalizzate. Nel primo caso la diagnosi di DDAI non viene mai posta, nel secondo il numero di diagnosi (magari poco sicure) vengono poste con eccessiva facilità.

A nome dell'assemblea dei soci dell'AIDAI mi auguro che questa giornata offra numerosi spunti di riflessione e di approfondimento a tutti voi, qui convenuti: professionisti, insegnanti e genitori".

IL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ (DDAI): PROFILO COGNITIVO E COMPORTAMENTALE

Prof. Eric Taylor

*Direttore del Dipartimento di Psichiatria Infantile
Maudsley Hospital, London*

Le diagnosi di DDAI sono in costante aumento presso i centri psicologici di tutta Europa, non a causa di una maggiore percentuale di casi che presentano tale problematica, ma per un più facile riconoscimento del disturbo da parte dei clinici. Sono state individuate 3 cause che hanno determinato tali cambiamenti: 1) il riconoscimento dell'ereditarietà del disturbo; 2) l'individuazione di specifiche aree cerebrali coinvolte nella genesi del DDAI; 3) l'elevato rischio di disturbi psicologici in soggetti adulti diagnosticati con DDAI in età infantile.

Uno dei maggiori problemi della psicologia clinica è l'identificazione di un disturbo specifico, in quanto il livello di iperattività, impulsività e disattenzione sono normalmente distribuiti nella popolazione, e non sono associati uniformemente nella stessa persona. Oltre a ciò, i casi diagnosticati con DDAI presentano una notevole variabilità, ed è probabile che sotto la stessa etichetta diagnostica si ritrovino casi con carat-

teristiche cognitive e comportamentali molto diverse tra di loro. Sicuramente, i progressi della neurobiologia ci aiuteranno a capire qualcosa di più del DDAI e dei suoi sottotipi.

Le 3 caratteristiche distintive del DDAI sono le difficoltà attentive, l'impulsività e l'iperattività. L'attenzione può essere concepita sia in termini cognitivi che comportamentali ed è legata alla capacità di concentrazione ed alla resistenza alla distrazione. Le manifestazioni comportamentali delle difficoltà attentive sono: il ridotto tempo di lavoro su uno stesso compito, il maggior numero di distrazioni (il soggetto guarda altrove) rispetto al lavoro principale e i frequenti cambi di attività. L'iperattività viene intesa come un eccessivo movimento, sebbene tale manifestazione comportamentale sia strettamente dipendente dal contesto. L'impulsività è la tendenza ad agire prima di aver riflettuto adeguatamente, e può essere intesa come un'eccessiva rapidità nelle risposte, una ricerca di stimolazioni, un'esagerata attrazione verso le gratificazioni immediate, un'avversione ad aspettare o un'incapacità di pianificare le proprie azioni.

La maggior parte dei bambini con DDAI presentano spesso un ritardo nello sviluppo linguistico e motorio, sebbene non sia chiaro se queste caratteristiche avallino l'ipotesi diagnostica o se siano indizi della presenza di sottotipi differenti di DDAI (ad esempio quelli che presentano anche disturbi di apprendimento o disturbi della condotta).

Analizzando le componenti tipiche del DDAI si può notare che le difficoltà attentive possono essere il risultato di uno specifico deficit cognitivo, ma possono essere semplicemente degli artefatti derivati dalle loro scarse prestazioni ai test cognitivi; infatti l'incapacità di prestare attenzione ai compiti per un tempo prolungato potrebbe essere dovuto ad una ricerca di altre stimolazioni nell'ambiente circostante che induce il bambino a dirigere l'attenzione verso altri particolari più interessanti e stimolanti. La difficoltà principale dei bambini con DDAI deriva dalla loro incapacità a dirigere l'attenzione verso le informazioni importanti e ad ignorare le informazioni meno rilevanti per lo scopo di una determinata situazione.

L'impulsività dei bambini DDAI si manifesta con la preferenza verso una un premio ridotto, ma immediato, piuttosto che uno più consistente ma dilazionato nel tempo. L'impulsività riflette, forse troppo semplicisticamente, un deficit di inibizione, sebbene non sia ancora chiaro se si tratti di un'incapacità, o sia mediata da fattori motivazionali, per cui il bambino saprebbe inibire i comportamenti inappropriati, ma preferisce agire in modo impulsivo.

Uno dei parametri che consentono di delineare dei sottotipi di DDAI è la pervasività del disturbo, ovvero la presenza dei sintomi in uno o più contesti (ad esempio a casa e a scuola). A questo proposito, numerose ricerche hanno stabilito che la concordanza tra i valutatori in uno stesso contesto (due genitori o due insegnanti) hanno un grado di accordo del 60%, mentre l'accordo tra insegnanti e genitori non supera il 30%. Sembra quindi che esistano dei casi che presentano i sintomi del DDAI soprattutto a scuola (spesso associati a problemi linguistici) oppure soprattutto a casa (spesso associati a problemi di condotta), in maniera dissociata.

Inoltre, numerosi bambini con DDAI presentano altri disturbi, come Sindrome di Tourette, disturbi generalizzati dello sviluppo o altri disturbi emotivi. Appare chiaro che la compresenza di uno dei primi due disturbi orienta il clinico ad escludere una diagnosi di DDAI, in quanto la causa neurobiologica di tali problematiche è radicalmente diversa. Mentre si potrebbe delineare un sottotipo di DDAI con problematiche emotive: tale differenziazione viene motivata dal fatto che tali soggetti hanno prestazioni del tutto adeguate ai test di inibizione.

Per quanto riguarda gli interventi terapeutici, è sufficiente sottolineare che gli effetti del trattamento farmacologico non sono universali e dipendono dal diverso profilo cognitivo e comportamentale dei casi con DDAI. Le ricerche internazionali dimostrano che i soggetti con basse prestazioni ai test attentivi rispondono bene all'intervento farmacologico, mentre l'iperattività diminuisce indipendentemente dal livello iniziale. I bambini con disturbi emotivi associati al DDAI non rispondono positivamente al Metil-

fenidato, mentre non si è trovata una regolarità di risposta al farmaco nei soggetti che manifestano anche disturbi linguistici, motori o problematiche familiari.

In base all'esperienza maturata dal gruppo dell'Istituto di Psichiatria di Londra si sono ipotizzati i seguenti sottotipi di DDAI: disturbo ipercinetico, deficit specifico di attenzione, disturbo ipercinetico situazionale (a scuola o a casa), iperattività associata a disturbi emotivi, iperattività associata a stereotipie.

Sebbene sia fondamentale che la diagnosi di DDAI venga posta prima dell'intervento terapeutico e non invertire, dopo alcuni incontri con il bambino, da queste indicazioni emerge che il DDAI sia più un'area di ricerca piuttosto che uno specifico disturbo neuropsichiatrico dell'età evolutiva.

LA VALUTAZIONE DEL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ: IL MODELLO ENERGETICO-COGNITIVO

*Prof. Joseph Sergeant
Dipartimento di Psicologia Clinica
Università di Amsterdam*

Recentemente la psicologia clinica ha cominciato a valutare il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (DDAI) in un'ottica neuropsicologica, al fine di identificare quali siano le componenti cognitive compromesse in questi bambini. Tale approccio diagnostico ha preso diverse direzioni: la prima viene identificata come "l'ipotesi frontale", secondo la quale i soggetti con DDAI accusano un deficit nel funzionamento dei lobi frontali della corteccia. La seconda ipotesi sostiene che i bambini con questo Disturbo presentano un deficit in alcune funzioni esecutive, tra cui ricordiamo la pianificazione, il cambio di attività, l'organizzazione delle proprie attività secondo cadenze temporali. La terza ipotesi descrive il DDAI come una mancanza di regolazione dei processi inibitori, tale ipotesi spiegherebbe anche i comportamenti tipici del deficit delle funzioni esecutive.

Appare necessario esaminare accuratamente e criticamente queste ipotesi tra loro complementari, soprattutto valutando la metodologia delle ricerche che hanno condotto gli studiosi a trarre simili conclusioni, anche in rapporto alla diagnosi differenziale di alcuni disturbi associati, quali i disturbi della condotta e i disturbi d'apprendimento. Recenti dati sembrano suggerire che il DDAI e i disturbi associati differiscano in qualche specifica funzione neuropsicologica: al fine di identificare il locus del/i deficit coinvolto nel DDAI viene fatto riferimento al modello cognitivo-energetico descritto da Sanders nel 1983 ed elaborato poi da Sergeant & Van der Meere (1990; 1994) (Figura 1).

Secondo il modello energetico-cognitivo, l'efficacia complessiva dei processi di elaborazione è determinata sia da *fattori di stato* (in riferimento ad alcune condizioni fisiologiche), sia da *fattori elaborativi o computazionali*; entrambi questi fattori sono poi gestiti da funzioni di controllo, che si configurano come meccanismi paragonabili alle funzioni esecutive e controllate dalla corteccia pre-frontale.

I meccanismi di elaborazione, o computazionali, dell'attenzione sono costituiti da quattro stadi: decodifica, ricerca, decisione ed organizzazione motoria. Nello specifico, l'elaborazione di stimoli non degradati (intatti fisicamente) versus stimoli degradati fisicamente è stata localizzata a livello di decodifica; il compito di cercare in memoria o su un display visivo un certo numero di item prevede la ricerca; decidere sulla presenza o assenza di un bersaglio in un range di stimoli implica la decisione; infine la compatibilità stimolo-risposta implica l'organizzazione motoria.

Questa successione di stadi e la loro relazione con le variabili individuate nei compiti sperimentali permette l'identificazione del luogo del deficit del DDAI, a livello di elaborazione delle informazioni.

I fattori di stato includono tre "fonti" energetiche: la prima è lo sforzo, l'impegno (Kahneman, 1973) inteso come l'energia necessaria per far fronte alle richieste di un compito, il cosiddetto carico cognitivo. In particolare, lo sforzo

viene richiesto quando lo stato dell'organismo, in quel momento, non è in grado di fare fronte alle richieste del compito. La fonte energetica dello sforzo, secondo alcuni, ha sede nell'ippocampo (Pribram & McGuinness, 1975).

Sanders (1983) attribuisce allo sforzo la funzione inibitoria ed eccitatoria delle altre due fonti energetiche: l'attivazione e l'arousal.

L'arousal è la risposta fasica (intensa e rapida) che il soggetto manifesta in corrispondenza dell'elaborazione delle informazioni. Le variabili, secondo Sanders (1983), che influenzano l'arousal sono l'intensità e la novità delle stimolazioni. I correlati neurali dell'arousal sono il mesencefalo, la formazione reticolare e l'amigdala.

L'attivazione è la risposta fisiologica tonica (debole e prolungata) dell'organismo alle stimolazioni a cui è sottoposto. I correlati neurali sono da ricercare nei gangli della base e nel corpo striato.

Sanders sostiene che l'attivazione è influenzata dallo stato d'allerta, dalla condizione di preparazione al compito (variabile a seconda del tempo che intercorre tra il segnale di avvertimento e il lavoro da svolgere), dall'ora della giornata (le prestazioni sono migliori dopo colazione che verso sera), dal tempo complessivo di orientamento al compito (verso la fine della prova, la prestazione peggiora). L'attivazione è associata alla preparazione fisiologica a rispondere.

Come hanno sottolineato Sergeant e van der Meere (1990) i farmaci stimolanti influenzano i fattori di stato fisiologico, sebbene il locus d'azione dei farmaci possa essere isolato solamente utilizzando quelle variabili legate ai compiti sperimentali di vigilanza, quali le risposte a specifici stimoli bersaglio. I barbiturici, invece, interagiscono con la decodifica degli stimoli e sono associati all'arousal. Le anfetamine influenzano l'output motorio della risposta e sono legati all'attivazione.

Rispetto al DDAI bisogna sottolineare lo stretto legame che esiste tra sforzo e attivazione e la loro influenza sull'output motorio.

Il modello energetico-cognitivo include anche l'autogestione e vari meccanismi di valutazione i quali sono associati alla pianificazione, al monitoraggio, alla rilevazione degli errori e alla loro correzione.

Tale modello (Figura 1) si configura quindi in tre stadi: in quello inferiore ci sono i 4 stadi di elaborazione delle informazioni, in quello intermedio ci sono le tre fonti energetiche, mentre in quello superiore ci sono le funzioni di controllo e di gestione.

In riferimento a ciò, verrà sottolineata l'importanza dei fattori energetici per la comprensione dei deficit presentati dai bambini con DDAI, soprattutto in funzione dell'ipotesi di un problema di controllo dell'inibizione.

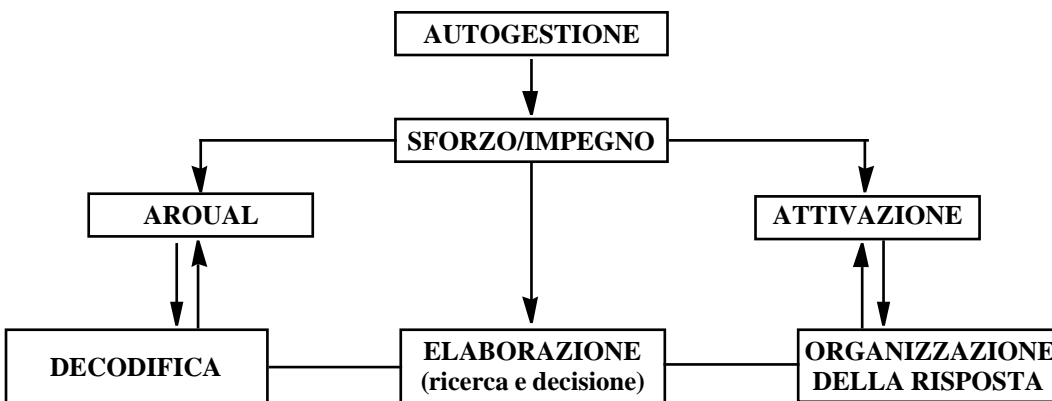


Figura 1. Modello energetico-cognitivo di Sergeant, Van der Meere (1990).

**“DAL FARE AL COSTRUIRE”:
UN PERCORSO FORMATIVO
PER GENITORI DI BAMBINI CON
PROBLEMI DI COMPORTAMENTO**

dr. Claudio Vio

psicologo, Servizio NPI, ASL n. 10

San Donà di Piave (VE)

Dalla fine degli anni sessanta hanno cominciato a comparire una serie di progetti di “Parent Education” e di “Parent Training” in particolare nei Paesi di cultura anglosassone, finalizzati all’incremento delle abilità genitoriali soprattutto nel gestire i problemi che quotidianamente possono insorgere nell’educazione, anche a prescindere dall’eventuale presenza di figli particolarmente “difficili”.

Tuttavia, allorché si verificano delle situazioni di disagio di un bambino, l’intervento con i genitori può essere determinante al fine di meglio gestire le problematiche del figlio, circoscriverle, ridurle e/o risolverle.

Ormai da alcuni anni presso il Servizio in cui opero si stanno studiando le modalità di intervento nei confronti del bambino con problemi di comportamento, e in particolare quando si è in presenza di bambini con Disturbo da deficit Attentivo con Iperattività (DDAI).

La necessità di operare in modo attento e sistematico anche con i genitori di questi bambini nasce da almeno quattro considerazioni:

– la famiglia è una risorsa importante per cercare di favorire comportamenti “autoregolativi” nel bambino, soprattutto quando il bambino è in età prescolare.

– L’istinto materno e paterno (la disponibilità dei genitori ad affrontare le problematiche sollevate dal figlio DDAI) non sono sufficienti a modificare i comportamenti iperattivi e/o la disattenzione; è certamente utile la conoscenza delle caratteristiche psicologiche di questi bambini, l’approfondimento e il monitoraggio degli interventi educativi di volta in volta più appropriati.

– La frequente presenza di alterazione nella modalità di relazione dei membri della famiglia, determinando le condizioni di un mal funziona-

mento della famiglia stessa; infatti, in letteratura, si parla di famiglia “disfunzionale” quando sono presenti nell’atteggiamento e/o nel comportamento dei genitori alcune delle seguenti caratteristiche:

Aspetti cognitivi

1. Attribuzioni disfunzionali

- relative ai tratti di personalità del figlio (es. è cocciuto, non ascolta mai quello che gli si dice, è irritabile, ecc.)
- di autobiasimo (siamo sfortunati, ...)

2. Credenze non realistiche

- fisse e globali verso il figlio (non cambiano mai nel tempo e rispetto alle diverse situazioni della vita che s’incontrano)
- fisse e globali verso se stessi

3. Aspettative non realistiche (attese non adeguate alla reale maturazione psicologica del bambino in base all’età cronologica)

4. “Locus of control” esterno

5. Errori sistematici di percezione della situazione

6. Rabbia impulsiva

Aspetti comportamentali

1. Rinforzi negativi di comportamenti inappropriati (es. uso prevalente del rimprovero e/o della punizione)

2. Pochi rinforzi positivi di comportamenti appropriati (proprio perché sono prevalenti i comportamenti di scarso rispetto delle regole)

3. Disciplina inefficace

4. Scarso monitoraggio di come si comporta il figlio

Aspetti cognitivo - comportamentali

1. Difficoltà a cercare la soluzione di problemi familiari

2. Difficoltà di comunicazione

3. Problemi nel controllo della rabbia

– Infine, l’intervento di aiuto al bambino non consente spesso una generalizzazione dei processi autoregolativi appresi in sede di trattamento, e necessari a ridurre i sintomi di disattenzione/iperattività; la condivisione delle modalità di aiuto al bambino da parte dei genitori può favorire la creazione di un ambiente familiare in gra-

do di arginare e di controllare le intemperanze comportamentali e/o le difficoltà di mantenimento dell'attenzione del bambino.

Recuperare il senso di competenza e di efficacia del ruolo genitoriale

La nostra proposta di aiuto alle famiglie con bambini DDAI nasce all'interno di un'ottica clinica che vede inizialmente l'approfondimento delle caratteristiche psicologiche e comportamentali del bambino DDAI e la ricerca sistematica delle modalità adatte all'aiuto del bambino disattento/ipervigilante.

Molto spesso i comportamenti di instabilità e/o scarso controllo dell'impulsività per essere controllati richiedono uno sforzo costante e prolungato; teniamo presente che le difficoltà autoregolative hanno un'origine costituzionale e pertanto il cambiamento richiesto al bambino deve prevedere la possibilità di creare quelle condizioni che favoriscano un miglior contenimento delle sue intemperanze.

IL PARENT TRAINING di Vio, Marzocchi e Offredi (1999)

Si tratta di un percorso formativo da compiere con i genitori, scandito in nove incontri coordinati da un operatore a questo scopo preparato.

A) La prima fase di introduzione al lavoro con i genitori prevede:

1. la comprensione del problema: si tratta di dare delle informazioni corrette sul DDAI, di creare delle aspettative realistiche riguardo all'intervento, raccogliere informazioni dai genitori rispetto all'attuale situazione e dare informazioni sul training.

2. La preparazione al cambiamento: si tratta di rendere espliciti comportamenti, pensieri e attribuzioni dei genitori rispetto al figlio (una riflessione sugli atteggiamenti che nel tempo si sono consolidati dei genitori verso il figlio, e al tempo stesso ricercare attribuzioni positive e sviluppare aspettative realistiche di cambiamento).

3. L'approccio alla complessità del problema: si tratta di acquisire un metodo di analisi delle situazioni utile a identificare i fattori che favoriscono

l'instabilità del bambino (antecedenti, comportamenti-problema, conseguenze), quindi esaminare lo stretto rapporto tra caratteristiche del bambino, dei genitori e delle situazioni contingenti.

B) La seconda fase serve ad introdurre alcune tecniche educative di gestione del comportamento del bambino, gli incontri prevedono di affrontare le seguenti tematiche:

4. Imparare ad effettuare delle scelte educative che favoriscono l'autoregolazione: si tratta di cercare la strada per rendere il bambino capace di prevedere ciò che accadrà in base a delle regolarità prestabilite e alle informazioni derivate dall'ambiente: le regole in famiglia, le routine, la gestione delle informazioni di ritorno.

5. Individuare i comportamenti negativi del bambino; si dovrebbe affrontare la modalità attraverso la quale sia possibile fornire al bambino modelli di comportamento positivo anche quando si cerca di correggere modi di agire negativi.

6. Ampliare il bagaglio delle strategie educative (es. l'uso time-out; del costo della risposta)

C) La terza fase prevede l'utilizzo di tecniche che nascono dalla capacità di previsione acquisita dal genitore dell'interazione tra evento, risposta del figlio e conseguenze:

7. Agire d'anticipo e con un piano in testa: si tratta di verificare l'importanza di poter prevedere da parte del genitore il prossimo manifestarsi di comportamenti problematici in base alla conoscenza degli antecedenti.

8. Il genitore come modello di abile risolutore di problemi: si tratta di fornire al bambino un modello di comportamento corretto adeguato al livello di sviluppo. Un piano di azione aiuta a gestire meglio le situazioni.

D) L'ultima fase è costituita dal bilancio del lavoro svolto: si tratta di effettuare una revisione delle tecniche utilizzate e risultate maggiormente efficaci; di stabilire in quali ambiti il cambiamento del comportamento del bambino si è stabilizzato e dal controllo esterno si è passati a un'efficace autoregolazione; è anche importante

cercare di individuare i comportamenti indesiderati maggiormente resistenti al cambiamento.

La sperimentazione del parent training

Ad un gruppo di otto genitori di un bambino DDAI abbiamo chiesto di compilare un questionario, prima e dopo il Parent Training, composto da 18 domande relative alla presenza di comportamenti di instabilità e di disattenzione

del figlio. Abbiamo consegnato uno strumento analogo anche ai loro insegnanti, però solo per sei degli otto bambini della sperimentazione abbiamo ricevuto il questionario compilato.

Risultati

Confronti tra punteggi ricavati dalle scale SDAI (per insegnanti) e SDAG (per genitori), prima e dopo il Parent Training.

Scale: SDAI e SDAG

Variabili: comportamenti di disattenzione e iperattività

	Disattenzione		Iperattività	
	Media	(D.s.)	Media	(D.s.)
Genitori prima PT	16.75	(1.34)	(15.37)	(3.85)
Genitori dopo PT	12.5	(2.88)	(9.87)	(3.04)
t- a misure ripetute	3.22	P<.01	4.92	P<.002
	N=8		N=8	
Insegnanti prima PT	20.2	(6.14)	(15.6)	(3.65)
Insegnanti dopo PT	17.8	(6.34)	(12.4)	(4.04)
t- a misure ripetute	2.95	P<.04	1.45	NS
	N=6		N=6	

Tabella 1. Risultati del parent training (Vio, Marzocchi, Offredi, 1999).

Commento alla tabella

- diminuiscono in modo apprezzabile sia per genitori che per insegnanti i comportamenti di disattenzione;
 - i livelli di iperattività diminuiscono solo per i genitori in modo significativo, non per gli insegnanti.
 - si verifica anche un interessante modifica nella dimensione dell'autostima rispetto al ruolo educativo dei genitori: in particolare, le madri sembrano evidenziare un miglioramento nella di-

mensione emotiva del ruolo genitoriale (meno in ansia rispetto alle difficoltà/problemi incontrati), anche se avvertono, come del resto nei padri, la difficoltà ad individuare strumenti efficaci di intervento educativo.

Queste considerazioni ci spingono a ritenere che il Parent Training può essere ritenuto senz'altro efficace e valido. Si tratta ora di stabilire se bontà ed efficacia dell'intervento durano nel tempo.

EFFICACIA NEL MEDIO E LUNGO PERIODO DI UN TRAINING PER IL BAMBINO DISATTENTO E IPERATTIVO

Dr.ssa Francesca Offredi

Psicologa, Servizio NPI, ASL n. 10

San Donà di Piave (VE)

L'individuazione di terapie efficaci per il trattamento del DDAI viene da alcuni anni motivata da studi longitudinali condotti negli Stati Uniti, i quali, hanno sottolineato la necessità e la rilevanza sociale della presa in carico riabilitativa dei bambini con disturbo da deficit di attenzione/iperattività in età scolare.

Le tipologie di trattamento proposte sono molteplici: 1) il parent training, che consiste nel fornire informazioni sul disturbo e nell'individuare insieme ai genitori misure educative adeguate alle problematiche del bambino; 2) l'intervento in ambito scolastico basato sulla gestione delle contingenze comportamentali (corretto utilizzo di premi, punizioni, sistemi a punti); 3) trattamento con il bambino, che può essere di tipo farmacologico, oppure impostato secondo tecniche di gestione comportamentale, mirato cioè a ridurre i comportamenti negativi e incrementare quelli positivi pianificando opportune conseguenze, o di impostazione cognitivo-comportamentale con l'uso di contingenze comportamentali e tecniche cognitive finalizzate alla modificazione del modo di agire e di ragionare del bambino; 4) trattamento multimodale che coinvolga in maniera mirata il bambino, la famiglia e la scuola.

I dati della letteratura suggeriscono che il trattamento multimodale sia quello elettivo per le difficoltà legate al disturbo: ricerche effettuate sui risultati ottenuti dall'applicazione di singole tecniche di trattamento hanno rilevato infatti come vi sia quasi sempre una buona risposta iniziale alla terapia che però perde efficacia nel tempo con effetti a lungo termine scarsi o assenti, dovuti principalmente alla difficoltà di generalizzare e mantenere i risultati conseguiti.

La nostra intenzione è stata quella di verificare gli effetti a lungo termine (con un controllo di follow-up effettuato in media dopo 15 mesi dal-

la fine della terapia), di un trattamento di tipo cognitivo-comportamentale e metacognitivo applicato ad un gruppo di 15 bambini con DDAI frequentanti il secondo ciclo della scuola elementare. Il trattamento da noi utilizzato e strutturato in sedute individuali (il manuale di riferimento è "Impulsività e autocontrollo" di Cornoldi, Gardinale, Masi e Pettenò, 1996) prevede l'applicazione di tecniche quali: a) l'uso delle autoistruzioni (il dialogo interiorizzato che guida il comportamento volto a risolvere i problemi) applicate alle 5 fasi del problem-solving; b) l'utilizzo dell'adulto come modello di comportamento corretto; c) l'applicazione di un sistema a punti in unione con il "costo della risposta" che prevede che il bambino perda alcuni gettoni ogniqualvolta non sia in grado di rispettare le regole concordate per l'esecuzione dei compiti proposti; d) l'autovalutazione che richiede al bambino di monitorare e valutare il proprio comportamento nella seduta; e) un approccio metacognitivo che sostiene il bambino nel compiere riflessioni sul proprio modo di pensare ed agire; f) la realizzazione di corrette attribuzioni del successo all'impegno e allo sforzo; g) l'applicazione delle tecniche apprese anche a problemi di tipo personale e relazionale.

I dati raccolti prima del trattamento (pre-test), alla fine del trattamento (post-test) e in media dopo 15 mesi (follow-up), derivano dalla somministrazione di due questionari riguardanti il comportamento del bambino a scuola e a casa (SDAI e SDAG) e di due test cognitivi: la Prova MF di confronto di figure familiari (il bambino deve individuare fra sei alternative la figura perfettamente identica ad un modello), e la Prova CP di ricerca condizionale di lettere (composta di tre fogli nei quali il bambino deve individuare una sequenza di tre lettere all'interno di un elevato numero di distrattori).

I dati raccolti sono stati confrontati, solo per il pre-test e il post-test, con quelli di un campione di 11 bambini con DDAI non sottoposti a trattamento specifico (gruppo di controllo) (Figura 2). Nel gruppo di controllo non si sono rilevate differenze significative dei punteggi fra pre e post test. Nel gruppo sperimentale per quanto riguarda i

dati dei questionari SDAI e SDAG non ci sono state variazioni significative, che sono state invece rilevate nei punteggi alle prove cognitive. Il tempo medio di prima risposta alla prova MF è significativamente incrementato fra il pre e il post test, andando nella direzione di una minore impulsività; il numero di errori commessi alla stessa

prova è significativamente di minuto. Alla prova CP il numero di omissioni (bersagli non individuati) è significativamente diminuito e nella stessa direzione è variato il dato relativo alla differenza fra il primo e terzo foglio dello stesso test, il che indicherebbe una migliore "tenuta attenta" al ripetersi di un compito uguale.

**Effetti medi del training
(pre test, post test, follow up per il gruppo sperimentale)**

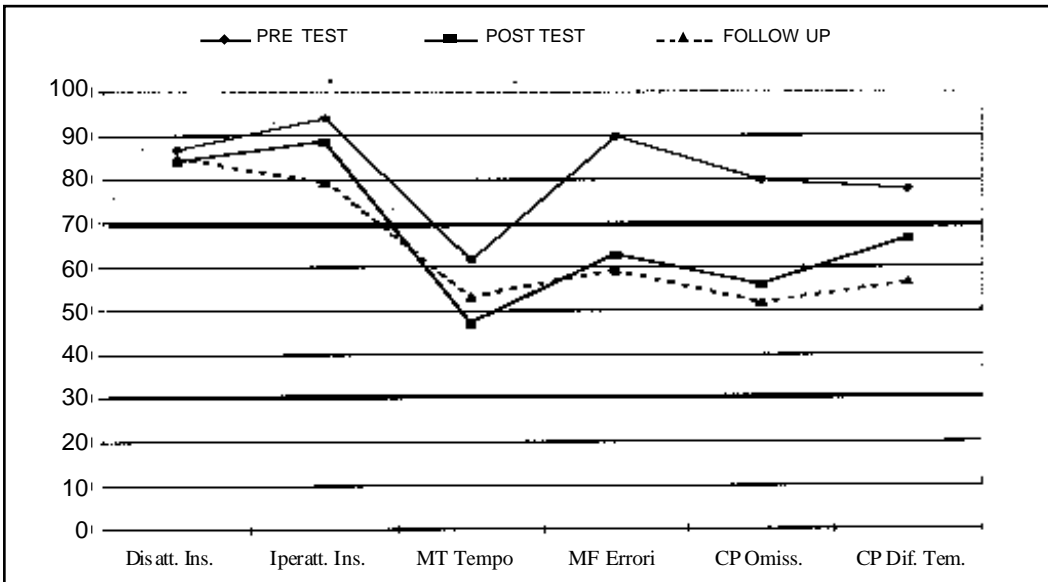


Figura 2. Effetti del training "Impulsività e autocontrollo" con il bambino DDAI.

Un altro risultato interessante deriva dal confronto fra i dati del gruppo sperimentale e quelli raccolti da un campione di bambini normali di pari età (42 soggetti senza DDAI). Come si può osservare in Figura 1, nella quale i punteggi sono stati normalizzati e si interpretano omogeneamente come migliori se più bassi per ogni variabile, quei valori che al pre-test non rientravano all'interno di un range normale (+2 deviazioni standard dalla media), al post-test vi rientrano e mantengono tale quadro anche al follow-up; i dati relativi a disattenzione e iperattività rilevate dagli insegnanti non rientrano nella fascia di norma, anche se le variazioni rilevate

vanno nella direzione di un miglioramento, specie per la subscale iperattività.

In generale, si può dire che il trattamento sia efficace soprattutto in relazione alle variabili cognitive che sono oggetto diretto di training, sia in termini di breve scadenza sia dopo un certo intervallo di tempo durante il quale i cambiamenti ottenuti vengono mantenuti anche se non ulteriormente incrementati (non si sono rilevate variazioni significative fra le misure di post-test e di follow-up). A ulteriore riprova dell'efficacia del trattamento si è verificato che in gruppo di bambini con DDAI che non sono stati sottoposti a trattamento specifico non si riscontrano

le stesse variazioni, il che porta a concludere che i risultati del gruppo sperimentale non siano dovuti a naturale evoluzione nel tempo né al fatto che i bambini siano stati sottoposti più di una volta agli stessi test (effetto apprendimento).

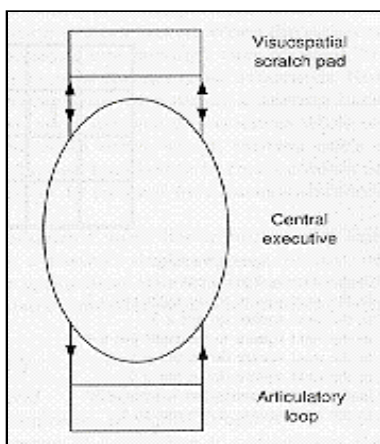
**PROCESSI DI INIBIZIONE
DELL'INFORMAZIONE IRRILEVANTE
NELLA MEMORIA DI LAVORO DI BAM-
BINI CON DISTURBO DA DEFICIT DI
ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ**

Prof. Cesare Cornoldi

*Dipartimento di Psicologia Generale - Univer-
sità di Padova*

La Memoria di Lavoro è un sistema attivo per il mantenimento e la contemporanea manipolazione di informazioni necessarie all'esecuzione di complessi compiti cognitivi (ad es. apprendimento, ragionamento, e comprensione).

Secondo il modello di Baddeley (1986) (Figura 3), la memoria di lavoro è costituita da due servo-sistemi a capacità limitata per il temporaneo immagazzinamento dell'informazione verbale (Ciclo Articolatorio - Articulatory loop) e visiva (Taccuino Visuospatiale - Visuospatial Scratch Pad), e da un sistema di controllo (Esecutivo Centrale - Central Executive) con funzione di supervisione e coordinazione dei due servosistemi.



*Figura 3.
Modello di
Baddeley
(1986).*

In particolare il Sistema Esecutivo Centrale è rilevante nella selezione delle informazioni che entrano nei magazzini sussidiari e sono quindi elaborate. Hasher & Zacks (1988) individuano all'interno di questo processo selettivo/attentivo due meccanismi propri dell'attenzione selettiva: attivazione delle informazioni rilevanti e inibizione di quelle irrilevanti per il compito. Le informazioni attivate sono quelle disponibili per essere elaborate, mentre l'inibizione aumenta l'accuratezza e la velocità di elaborazione delle informazioni selezionate. Un'inefficienza dei meccanismi inibitori aumenterebbe il numero di intrusioni (informazioni irrilevanti) nella Memoria di Lavoro portando ad un suo sovraccarico e conseguentemente ad una scarsa prestazione in compiti di tipo cognitivo.

Sulla base di questo modello è stato ipotizzato (De Meo, Marzocchi, Cornoldi, inviato per la pubblicazione; Pezzica, 1999) che le difficoltà di apprendimento riscontrate in bambini con Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (DDAI) possano essere riconducibili a problemi nella Memoria di Lavoro, e che questi siano a loro volta attribuibili ad inadeguati meccanismi di inibizione.

L'ipotesi è stata analizzata proponendo ad un gruppo di bambini con DDAI il Listening Span Test con Categorizzazione (De Beni, Cornoldi, Pazzaglia, Palladino, 1998), compito che esamina l'efficienza della componente esecutiva centrale della Memoria di Lavoro e permette di analizzare la quantità di materiale irrilevante attivo in memoria. In questa prova vengono presentate coppie o triplette di stringhe di parole, i soggetti hanno il duplice compito di categorizzare l'informazione, ovvero segnalare (battendo sul tavolo) ogni qualvolta percepiscono il nome di un animale, e alla fine di ogni serie di parole ricordare l'ultima di ogni stringa. Ad esempio sono presentate le due stringhe:

Passo, Carrozza, Arco, Camera

Ape, Lacrima, Amica, Delfino

i soggetti devono battere in corrispondenza di Ape e Delfino e poi ricordare Camera e Delfino. L'architettura del test prevede che le informazioni rilevanti e quindi attive nella prima fase

del compito (nomi di animali) possano diventare irrilevanti e quindi debbano essere inibite nella seconda parte (rievocazione). I bambini con DDAI sembrano avere un disturbo proprio a questo livello, infatti ricordano un numero inferiore di item corretti, e in particolare ricordano una quantità maggiore di materiale irrilevante (intrusioni) rispetto al gruppo di controllo. È interessante sottolineare che la significatività statistica è stata raggiunta solo per quelle informazioni che avevano avuto una forte attivazione nel compito parallelo di battuta (nomi di animali); questo dato rende ragionevole supporre che la scarsa prestazione non sia riconducibile ad una debole traccia in memoria, ma sia piuttosto attribuibile all'inefficienza dei meccanismi di inibizione della Memoria di Lavoro che mantengono l'informazione irrilevante ad un livello di attivazione tale che produce interferenza e sovraccarica il sistema.

**...HANNO PERSINO COINVOLTO
IL TRIBUNALE DEI MINORI...
LETTERA DI UN GENITORE**

Spett. presidente dell'AIDAI-ONLUS
La porto a conoscenza della nostra storia:
Noi genitori siamo entrambi insegnanti (il padre di matematica in una scuola media statale e la madre, insegnante di sostegno nella scuola superiore, laureata in pedagogia).
Siamo genitori di un bambino di 9 anni, figlio unico e alquanto vivace.
Con l'inserimento nella scuola elementare (Taranto) sono iniziati i problemi. Il piccolo ha manifestato comportamenti inadeguati inducendo gli insegnanti a considerarlo portatore di handicap e come tale a far scaturire la procedura della "segnalazione" alla competente struttura dell'AUSL (art. 3 DPR. 1994) al fine di chiedere (ai sensi degli artt. 12 e 13 della L. 104/92) un insegnante di sostegno (convinti che questa figura risolvesse i loro problemi).
A questa procedura ci siamo sempre ribellati, anche perché il bambino in casa e nella vita sociale non dà problemi.

1) Tutta la scuola afferma che è violento, ad esclusione degli specialisti che lo hanno "scannerizzato" dalla tasta ai piedi.

2) I maestri ribadiscono che nella loro trentennale esperienza, anche di scuole speciali, non hanno mai visto nulla del genere (mio figlio ha solo 8 anni e non è colorato di verde come il terribile HULK).

Noi, di contro, abbiamo sempre ribadito che sono gli insegnanti non capaci di gestire i comportamenti e non sono in grado di approntare metodi educativi idonei (anche perché carichi di pregiudizi: persino la donna delle pulizie ha paventato sue considerazioni ed epiteti sul bambino).
E gli insegnanti?? Fanno riserve al direttore prospettando la situazione di rischio in cui si trovano loro e la scolaresca.

In seguito, un'insegnante del modulo si reca in ospedale e denuncia il bambino (anni 8) per lesioni: gli lancia un libro in un occhio?? Pochi giorni dopo, alcuni genitori fanno una segnalazione al Tribunale dei Minori di Taranto con la motivazione che i genitori non vogliono far svolgere esami diagnostici per documentare con evidente handicap, l'eccessiva vivacità del bambino, paventando uno stato di abbandono.

Da questo momento inizia il calvario.

Il T.M. appena arriva la segnalazione si attiva e affida il caso ai Servizi Consultoriali e solo dopo attiva l'inchiesta sociale (ci rifiutiamo di collaborare, anche per l'umiliazione subita).

Dopo tre mesi, il T.M. si convince che il bambino è P. di H. (anzi il giudice di ascolto si permette di considerarlo pre-psicotico) e, considerando pregiudizievole il fatto che non *vogliamo l'insegnante di sostegno*, decretano l'affidamento ai Servizi Sociali Consultoriali, al Servizio di Neuropsichiatria dell'AUSL e (udite, udite) l'insegnante di sostegno per 24 ore settimanali (legge dello Stato L. 104/92 e DPR del '94?).

A questo punto, anche se in ritardo, sottoponiamo il bambino ad accertamenti e lo portiamo all'équipe multidisciplinare dell'AUSL che, unica per competenza, è tenuta a diagnosticare l'handicap e suggerire l'eventuale sostegno. Il bambino risulta IPERATTIVO e non portatore

di handicap. Ricorriamo in Appello e scaturisce un'ulteriore perizia del Tribunale che conferma la diagnosi precedente, la non necessità del sostegno, la possibilità che il comportamento del bambino possa acquietarsi solo con idonei interventi pedagogici, e quello che "legalmente" è stato costruito intorno può solo creare danni al bambino. La scuola nonostante sia cosciente che il bambino non ha diritto al sostegno, non essendo portatore di handicap, continua AD INSISTERE su questa figura, in una riunione prima dell'inizio dell'anno scolastico. Anzi avanzava ipotesi di diagnosi (anche un maestro nuovo che ancora non ha conosciuto).

La scuola intanto continua a inviare lettere, comunicando a titolo di pettegolezzo alla Corte d'Appello che in data 8.10.98 ***** *gettava una sedia nella tromba delle scale* (siamo perseguitati!) e i genitori, a loro firma, dichiaravano di ritirare il proprio figlio se ***** non venisse assegnato un insegnante di sostegno.

La Corte d'Appello rigetta il reclamo, individuando nella morte della zia, anni orsono, la scientificità dei comportamenti del bambino e che ***** non può avere la "patente" di handicappato, non essendogli diagnosticata alcuna "minorazione" in senso strettamente tecnico-scientifico???, ma gli effetti, permanenti nel tempo, del comportamento turbato del minore sono certamente, nella realtà, quelli di una minorazione, se non addirittura più preoccupanti, dimenticano però di formulare la diagnosi funzionale e il PDF indispensabili per programmare gli interventi individualizzati del PEP.

Considerazioni:

1) quando i problemi di disagio scolastico (se disagio è?) non riescono ad essere gestiti dagli insegnanti cogli strumenti che la legislazione scolastica mette loro a disposizione, si delegano ad un insegnante di sostegno nominato di ufficio!!

2) Si è aperto un precedente (salvo l'interesse del questo Ministero a rimettere ordine rimpossessandosi di un suo compito istituzionale) dando spazio a chiunque (dirigente scolastico e non) a richiedere un insegnante di sostegno per altre vie istituzionali, con un rapporto in "deroga

uno a uno" (che un portatore di handicap riconosciuto, ogni anno deve lesinare).

3) La scuola voleva un insegnante in più. Perché non si è attivata (secondo la normativa vigente) a realizzare dei Progetti Educativi? Forse la delega o affidamento ad un insegnante di sostegno è più risolutiva?

4) Mio figlio, ora, ha un insegnante privato, personale, statale con funzioni di guardiano per 24 ore settimanali, pagato dai contribuenti (e nella giornata libera, chi se ne occupa??)

5) Se lo è stato possibile per mio figlio lo sarà anche per tutti quei casi che rientrano nelle istituzioni a "rischio" (paradosso: 20 alunni e 24 o 28 insegnanti secondo l'ordine di scuola). E i conti dello Stato??

6) Confusione di ruoli e competenze dell'insegnante di sostegno.

7) Perché il Provveditore non è intervenuto per fare chiarezza, pur messo al corrente di quanto accadeva?

8) Come mai la Magistratura non conosce la normativa scolastica?? Che ruolo ha oggi la scuola?? Si parla tanto di progetti sulla legalità, sulla devianza, sulla mafia, ecc. e poi per un bambino di 8 anni si fa intervenire la magistratura per avere un insegnante di sostegno conferito in modo alquanto illegale.

9) Un Provveditore che nomina l'insegnante di sostegno, anche se non ci sono le condizioni; allora è possibile per tutti. Basta rivolgersi al TM con opportune motivazioni e poi il resto viene da sé.

Tante e altre domande che non troveranno risposta. Volevano un insegnante di sostegno e l'hanno ottenuto (lecitamente o illecitamente non ha importanza) poiché loro sono la SCUOLA e noi la famiglia. In tali condizioni il bambino non può andare a scuola. La scuola ha fallito il suo compito istituzionale: "EDUCARE" e non "EMARGINARE O STIGMATIZZARE".
Evviva la scuola. Evviva la legalità.

Un mamma

ELENCO DEL MATERIALE PER I SOCI**COMITATO SCIENTIFICO/SCUOLA**

- dischetto del CONTINUOUS PERFORMANCE TEST, con i relativi dati di riferimento (età 6- 11 anni);
- numerosi articoli in inglese sul DDAI (l'elenco completo è troppo lungo, sebbene i soci possano richiedere qualsiasi tipo di articolo e l'AIDAI si interesserà al reperimento);
- indicazioni per gli insegnanti tratte dal libro "Il bambino con deficit di attenzione/iperattività" di Vio, Marzocchi, Offredi; Edizioni Erickson.
- Dispense sui processi di attenzione tratte da corsi di aggiornamento per insegnanti.

COMITATO FAMIGLIE

- primi tre capitoli di un testo in corso di realizzazione per genitori di bambini con DDAI
- scala SDAI per la valutazione dei comportamenti problematici del DDAI
- articoli in italiano:
Tutti gli articoli, di seguito elencati, possono essere richiesti dai soci.

**BIBLIOGRAFIA IN LINGUA ITALIANA
SUL DISTURBO DA DEFICIT
DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ****ARTICOLI**

- Barkley (1999), *Deficit di attenzione/iperattività*, Le Scienze (Gennaio, 1999)
- Camerini G.B., Coccia M., Caffo E. (1996). *Il disturbo da deficit dell'attenzione-iperattività: analisi della frequenza in una popolazione scolastica attraverso questionari agli insegnanti*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 63, 587-594.
- Cornoldi (1998). *La testa altrove, Il disturbo da deficit di attenzione*. *Psicologia Contemporanea* n. 147 (Maggio – Giugno 1998).
- Cornoldi, Gardinale, Masi e Pettenò (1996), *Impulsività e autocontrollo*, Edizioni Erickson
- Di Pietro M. (1995). *Disturbi da deficit d'attenzione e iperattività: l'intervento razional-emotivo*. *Difficoltà di apprendimento*, 1, (pp. 107-118).

- Gallucci F., Bird H., Berardi C., Gallai V., Pfanner P., Weinberg A. (1995). *Sintomi di disturbo da deficit d'attenzione-iperattività in un campione scolastico italiano: risultati di uno studio pilota*. *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, 15, 67-179.
- Gardill, Du Paul et al. (1999), *Strategie per gestire in classe gli alunni con disturbo da deficit di attenzione e iperattività*, *Difficoltà di Apprendimento*, 4/4, pp. 567-578.
- Marzocchi e Cornoldi (in corso di stampa). *Una scala di facile uso per la rilevazione dei comportamenti problematici in bambini con deficit di attenzione/iperattività*. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*.
- Marzocchi G. M. & Cornoldi C. (1998), *Disturbi di impulsività e ricerca visiva in bambini con Deficit di Attenzione/Iperattività*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 173-186.
- Nisi A. (1986). *L'allievo iperattivo*. *Psicologia e scuola*, 26, 38-43 (parte prima); 27, 34-42 (parte seconda); 28, 35-42 (parte terza).
- Offredi e Vio (1999), *Il trattamento del disturbo da deficit di attenzione/iperattività: analisi di due casi*, *Difficoltà di Apprendimento*, 4/3 pp. 379/398.
- Saccomani, Battaglia, Rizzo, Ravera, Trompetto, De Negri (1995). *Aspetti neuropsicologici e stile relazionale in bambini con disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (DDAI) a diversa patogenesi*. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* (pp. 111-120).
- Sani e Villani (1995), *La sindrome da deficit attentivo con iperattività*, *Aggiornamento Medico* (Gennaio – febbraio, 1995).
- Sechi E., Corcelli A., Vasques P. (1998). *Difficoltà esecutive e problemi di programmazione prassica nei bambini con Disturbi da Deficit dell'Attenzione con Iperattività*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 187-195.
- Vio, Offredi e Marzocchi (in corso di stampa), *Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività: sperimentazione di un training metacognitivo*, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*.

LIBRI

(tali testi non sono fotocopiabili).

Cornoldi, Gardinale, Masi e Pettenò (1996), *Impulsività e autocontrollo*, Erickson, Trento.

Kirby e Grimley (1989), *Disturbi dell'attenzione e iperattività*, Edizioni Erickson

Margheriti M., Sabbadini G. (1995). *L'iperattività e i disturbi dell'attenzione*. In *Manuale di Neuropsicologia dell'età evolutiva* (G. Sabbadini, a cura di). Zanichelli.

Prior M. (1991). *L'iperattività*. In "I disturbi dell'apprendimento" (C. Cornoldi, a cura di). Bologna: Il Mulino.

Vio, Offredi, Marzocchi (1999). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*. Erickson, Trento.

VERBALE DI ASSEMBLEA ORDINARIA PER L'APPROVAZIONE DEL BILANCIO 1998

Alle ore 18,00 del giorno 13 febbraio 1999, presso la sede del Convegno AIDAI '99 si è riunita l'assemblea ordinaria dell'associazione.

Su nomina dell'assemblea, assume la presidenza il dottor Marzocchi Gian Marco, presidente dell'AIDAI e viene nominato segretario la dottoressa De Meo Tiziana. Il presidente constata che:

- 1) è presente la maggioranza degli associati;
- 2) è presente il consiglio direttivo;
- 3) ciascuno dei presenti dichiara di ritenersi sufficientemente informati sugli argomenti dell'ordine del giorno.

Dichiara l'assemblea validamente costituita. Si dà luogo al seguente ordine del giorno:

- 1) approvazione del bilancio 1998
- 2) varie ed eventuali.

Il presidente dà lettura del rendiconto:

ENTRATE		USCITE	
Contributo AIRIPA	2.500.000	Prestazioni professionali notaio	1.235.000
Contributo Smithkline Beechamp	1.500.000	Abbonamento Internet	600.000
Quote associative 1998	660.000	Cancelleria	808.950
		Spese postali	239.700
		Inps	90.000
		Camera di commercio	50.000
		Edizioni Junior per newsletter	622.500
		Oneri bancari	115.000
		Telefoniche	40.000
Totale entrate	4.660.000	Totale uscite	3.801.150
		AVANZO	858.850

L'assemblea unitamente il bilancio da cui risulta un avanzo di lire 858.850 che viene destinato interamente a cassa.

Per quanto riguarda il secondo punto viene proposto di inserire nel terzo numero del newsletter i riassunti delle relazioni del convegno appena concluso.

Si elegge il Dottor Mario Di Pietro presidente del comitato scientifico e la Dottoressa Gianna Friso presidente del comitato scuola. Nessun socio si è candidato alla carica di presidente del comitato famiglie.

Si propone di sviluppare un network nazionale di

specialisti che si occupano del DDAI e di formare clinici interessati all'argomento. In oltre, si propone di divulgare tali informazioni presso il bollettino dell'ordine nazionale degli psicologi e della società italiana di neuropsichiatria infantile. Il prossimo convegno AIDAI si terrà a Firenze nel marzo 2000 e si propone di fare pagare la quota di iscrizione AIDAI all'ingresso del convegno stesso.

Non registrando altri interventi, il presidente dichiara sciolta l'assemblea.

San Donà di Piave (VE), 13 febbraio 1999.