

## Editoriale

I contributi presenti in questa edizione della nostra newsletter vertono principalmente su tematiche di interesse clinico. In apertura presentiamo un articolo nel quale Michele Margheriti (psicologo responsabile dell'Aidai Umbria) illustra un piano per orientare la valutazione diagnostica verso un approccio di tipo multidimensionale che preveda la raccolta di informazioni sul comportamento (mediante scale di valutazione) e l'analisi del grado di compromissione funzionale mediante test di tipo neuropsicologico.

Il secondo contributo è una scrittura a più mani. Il dott. Ferdinando Galassi (Psichiatra e Psicoterapeuta responsabile del Centro di Terapia Cognitivo Comportamentale CTCC di Firenze) la Dott.ssa Silvia Quercioli (Psicoterapeuta ad indirizzo Cognitivo Comportamentale) e la Dott.ssa Sara Pezzica (Psicologa, responsabile dell'Aidai-Toscana) conducono da anni gruppi a tempo determinato con Pazienti che soffrono di Attacchi di Panico. Le conoscenze teoriche e pratiche sulla conduzione di gruppi sono quindi state confrontate con l'esperienza Toscana nella conduzione di gruppi di genitori di bambini con DDAI. Il risultato è un articolo in cui trovare spunti per l'organizzazione di gruppi: come si compone un gruppo, le fasi e i fattori terapeutici, i compiti fondamentali del terapeuta.

Il contributo delle Dott.sse *M. Liguori, E. Menotti, M. Pansini (Aidai-Onlus regione Lazio)* si propone come *revisione critica e costruttiva degli interventi psicologici per i bambini con DDAI. Si individua la necessità di "ritagliare" la terapia sul bambino e la famiglia tenendo in considerazione sia la dimensione cognitiva, comportamentale che quella emotiva. Si sottolinea inoltre l'impor-*

*anza di interventi differenziati per adolescenti e adulti. Desideriamo chiudere la parte clinica di questa newsletter con il tema di una ragazza di scuola superiore che ha avuto la possibilità di lavorare sulle sue difficoltà e valorizzare le sue potenzialità (training autoregolativo). Il percorso terapeutico ha coinvolto genitori (colloqui) insegnanti scolastici e la professoressa che lo aiutava a pomeriggio. È stato necessario un grande impegno ma sicuramente ne è valsa la pena. La dott.ssa Tiziana De Meo (responsabile dell'Aidai-Veneto) che lo ha seguito professionalmente ed umanamente ritiene che non siano necessarie molte spiegazioni, il tema "dialogo con il muro" parla da solo, e noi siamo d'accordo con lei!*

Nella seconda parte del Newsletter proponiamo la stesura del Verbale del consiglio Direttivo tenutosi a Ferrara il giorno 8 gennaio 2005, in cui sono descritti importanti cambiamenti e passi di rinnovamento dell'Aidai.

Infine come consueto presentiamo una revisione dei nuovi articoli pubblicati recentemente sul DDAI.

Riguardo al contributo pubblicato lo scorso numero con il titolo "Corsi di formazione per insegnanti, un contributo al dibattito", Cinzia Bizzarri intende precisare che esso è stato scritto utilizzando in parte idee e materiali elaborati nell'ambito del gruppo dei Supervisor del Modulo Integrativo, Elisabetta Annicchino, Cinzia Bizzarri, Francesca Pascolini, Franca Rossi, Amelia Tisano, operante presso l'Università degli Studi di Perugia, Facoltà di Scienze della Formazione, Corso di Laurea in Scienze della Formazione Primaria."

# La diagnosi del bambino con DDAI

Michele Margheriti\*

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (DDAI) si configura come una problematica estremamente complessa, con caratteristiche multidimensionali. In termini schematici potremo dire che:

- altri disturbi possono associarsi al DDAI (comorbidità), caratterizzando ogni singolo caso in maniera del tutto peculiare e condizionandone l'esito. In particolare segnaliamo:
  - il Ritardo Mentale;
  - il Disturbo Specifico di Apprendimento;
  - il Disturbo Oppositivo-Provocatorio;
- altri disturbi possono “mimare” i sintomi del DDAI (diagnosi differenziale):
  - i Disturbi di Personalità;
  - i Disturbi da alterato supporto ambientale – sociale – familiare (ambiente caotico, divorzio, abbandono, abuso).

Le linee guida per la diagnosi elaborate dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA, 2002), raccomandano: “*Nei bambini/adolescenti di età tra i 6 ed i 18 anni che presentino inattenzione, iperattività, impulsività e scarso profitto scolastico il clinico (pediatra, psicologo, neuropsichiatria infantile) deve iniziare o far iniziare la valutazione diagnostica per ADHD.*” (1<sup>a</sup> raccomandazione; Standard Minimo; Forza dell'evidenza: buona) e inoltre “*La diagnosi di ADHD richiede che siano rispettati i criteri del DSM-IV.*” (2<sup>a</sup> raccomandazione; Linea Guida; Forza dell'evidenza: buona).

Qui di seguito riportiamo i criteri previsti dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 4<sup>a</sup> edizione (DSM-IV).

## **A. Sei o più sintomi di Inattenzione (A1) presenti per almeno 6 mesi**

### *Sintomi di Inattenzione (A1)*

1. Scarsa cura per i dettagli, errori di distrazione.
2. Labilità attentiva.
3. Sembra non ascoltare quando si parla con lui/lei.
4. Non segue le istruzioni, non porta a termine le attività.
5. Ha difficoltà ad organizzarsi.
6. Evita le attività che richiedano attenzione sostenuta (compiti etc.).
7. Perde gli oggetti.
8. È facilmente distraibile da stimoli esterni.
9. Si dimentica facilmente cose abituali.

## **Sei o più sintomi di Iperattività/Impulsività (A2) presenti per almeno 6 mesi**

### *Sintomi di Iperattività/ Impulsività (A2)*

#### **Iperattività**

1. Irrequieto, non riesce a star fermo su una sedia.
2. In classe si alza spesso anche quando dovrebbe star seduto.
3. Corre o si arrampica quando non dovrebbe.
4. Ha difficoltà a giocare tranquillamente.
5. Sempre in movimento, come “attivato da un motorino”
6. Parla eccessivamente.

\* *Psicologo, Az. USL di Perugia, Responsabile dell'Associazione Italiana Disturbi di Attenzione e Iperattività, Regione dell'Umbria (AIDAI-Umbria). Per comunicazioni: aidai.umbria@libero.it*

**Impulsività**

7. Risponde prima che la domanda sia completata.
8. Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno.
9. Interrompe o si intromette nelle attività di coetanei o adulti.

È agevole rendersi conto che questi “criteri” sono piuttosto generici e suscettibili di ampi margini lasciati all’interpretazione di un osservatore. Tutti i bambini possono presentare, in determinate situazioni, uno o più dei comportamenti sopra descritti. Qualsiasi bambino (e la gran parte degli adulti) tende a distrarsi ed a commettere errori durante attività prolungate e ripetitive. (SINPIA, 2002). Inoltre non esistono dati normativi che possano indicare quale livello di attività sia effettivamente superiore ai valori critici alle varie età. L’eccesso di attività varia notevolmente, sia tra differenti bambini, sia nello stesso bambino in differenti contesti ambientali o momenti dello sviluppo (Prior, 1991). Non sembra superfluo rammentare che i problemi comportamentali dell’iperattivo sono sempre di natura “transazionale”, riguardano, cioè, l’interazione tra il bambino ed i vari aspetti del suo ambiente sociale e di apprendimento (Prior, 1991).

Quindi è evidente che esistono problemi diagnostici che rimangono in gran parte aperti e non possiamo ancora parlare di modalità oggettive di valutazione. Come avviene per tutte le valutazioni di manifestazioni comportamentali, il punto di vista dell’esaminatore diventa cru-

ciale ed i gradi di tolleranza per le manifestazioni disturbanti possono variare secondo le fonti di informazione (Margheriti e Sabbadini, 1995). Su questo punto anche il DSM-IV suggerisce cautela, anche se piuttosto timidamente. Infatti:

**B. Esordio prima dei 7 anni di età****C. Disturbo presente in almeno due situazioni (scuola, casa, lavoro, gioco, etc.)****D. Compromissione significativa del funzionamento sociale, scolastico, occupazionale.**

Le linee guida della SINPIA raccomandano in modo più risoluto: “*La diagnosi si basa sull’osservazione clinica del bambino/adolescente e sulle informazioni fornita da genitori, insegnanti ed altre figure di riferimento. Da tali informazioni deve risultare evidente la presenza in diversi contesti dei sintomi cardine del disturbo, l’età di esordio, la durata dei sintomi e, soprattutto, il grado di compromissione funzionale.*” (3<sup>a</sup> raccomandazione; Standard Minimo; Forza dell’evidenza: buona).

A questo punto possiamo tentare di delineare una Griglia orientativa per un valutazione corretta del DDAI. È importante e nostro avviso che si considerino separatamente le **informazioni sul comportamento** e l’esame diretto del bambino per accertare la presenza di una **compromissione funzionale**.

<p><b>INFORMAZIONI SUL COMPORTEMENTO</b></p> <p>Fonti multiple (genitori, insegnanti)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionari</li> <li>• Interviste strutturate</li> </ul>
---



<p><b>7<sup>a</sup> Raccomandazione SINPIA (Linea Guida);</b> Forza dell’evidenza: <b>buona</b>):</p> <p><i>In assenza di patologie associate, nessun altro test strumentale od ematologico è routinariamente indicato per la diagnosi di ADHD.</i></p>
---

<p><b>GRADO DI COMPROMISSIONE FUNZIONALE</b></p> <p>Osservazione diretta del bambino</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esame medico e neurologico (patologie associate)</li> <li>• Colloquio clinico</li> <li>• Test neuropsicologici</li> <li>• Scale standardizzate di autovalutazione (ansia, depressione)</li> </ul>
---

Consideriamo ora separatamente i due principali box di questo schema (la 7<sup>a</sup> Raccomandazione SINPIA non necessita di particolari commenti). Relativamente alle **informazioni sul comportamento**, ci si serve di questionari o interviste strutturate. Si tratta di liste più o meno lunghe di situazioni o comportamenti. All'insegnante o ai genitori viene chiesto di giudicare quanto ogni item descriva il reale comportamento del bambino. È importante sottolineare che per essere affidabili questi strumenti devono essere standardizzati. In italiano esistono alcuni strumenti interessanti che proponiamo di seguito.

- Questionario per la valutazione dei deficit di attenzione ed iperattività (*Di Pietro, Bassi, Filoramo, 2001*). Sia per genitori che per insegnanti.
- Scala di valutazione dei comportamenti disruptivi per genitori (SCOD-G) (*Marzocchi e coll., 2003*).
- Scala di valutazione dei comportamenti disruptivi per insegnanti (SCOD-I) (*Marzocchi e coll., 2001*).
- Scale SDAI (Sindrome da Deficit Attentivo versione Insegnanti) e SDAG (Sindrome da

Deficit Attentivo versione Genitori) (*Cornoldi e coll., 1996*).

Occorre consultare **almeno due fonti** (generalmente genitori ed insegnanti).

Passiamo all'accertamento del grado di compromissione funzionale e cioè all'**esame neuropsicologico** del bambino. Non è mai superfluo sottolineare che non esistono test diagnostici specifici per il DDAI. Le linee guida suggeriscono, credo saggiamente, l'importanza di valutare **sempre** le capacità cognitive e l'apprendimento scolastico. Inoltre occorre valutare *"in maniera oggettiva"* le capacità attentive e di pianificazione delle attività (leggi funzioni esecutive).

A questo punto proviamo a delineare alcuni strumenti di indagine clinica che configurano un esame neuropsicologico di minima per il DDAI. Ovviamente si tratta di una proposta suscettibile di modifiche ed integrazioni ed a questo proposito sono graditi commenti o suggerimenti. La proposta si basa sull'esperienza clinica di chi scrive, per un esame parametrato in 4 o 5 incontri di un ora.

CAPACITÀ COGNITIVE



- Matrici Progressive di Raven
- WISC-R: con particolare attenzione al profilo "ACID" (Aritmetica, Cifrario, Informazioni, Digit-span).

APPRENDIMENTO



- Batteria per la valutazione della Dislessia e Disortografia (*Sartori e coll.*). Prove 4, 5, 10, 11.
- Prove MT (*Cornoldi*). Comprensione del testo.

CAPACITÀ ATTENTIVE  
E DI PIANIFICAZIONE  
(FUNZIONI ESECUTIVE)

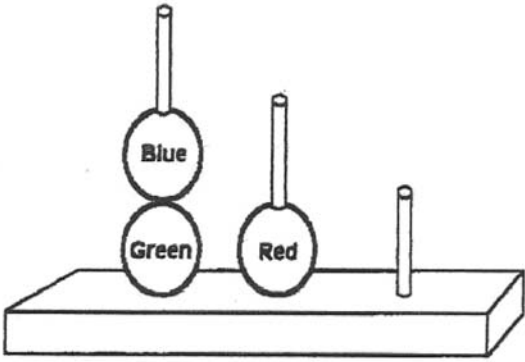


- Prova CP di ricerca di sequenze condizionali di lettere (**Cornoldi e coll., 1996**)
- Test delle "Campanelle" (*Biancardi a coll., 1997*)
- Torre di Londra (*Krikorian e coll., 1994*)
- Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (*Heaton e coll., 2000*)

In merito all'ultimo riquadro, la Prova CP ed il Test delle Campanelle possono essere usati in alternativa, così come anche la Torre di Londra ed il WCST. Quest'ultimo, comunque, è un test molto più approfondito, che fornisce la possibilità di ottenere molti diversi indici. È anche mol-

to più complesso da somministrare e presuppone un training piuttosto accurato.

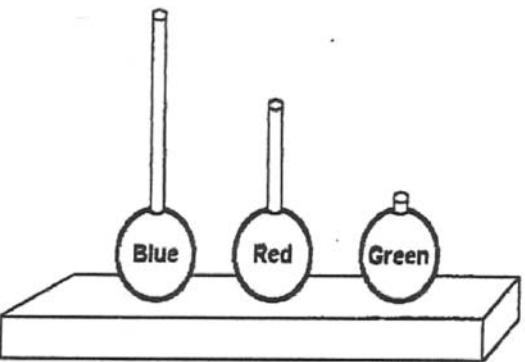
È utile, a mio avviso, soffermarci sulla Torre di Londra, in quanto si tratta di uno strumento molto agevole e divertente da usare, con un tempo di somministrazione intorno ai 15-20 minuti.



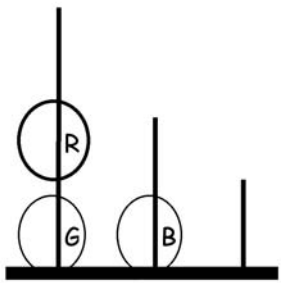
Three-move problem

**TORRE DI LONDRA**

Partendo da una posizione di base, il bambino affronta 12 problemi, per ognuno dei quali deve disporre le biglie colorate secondo un determinato ordine, senza superare un certo numero di mosse. Qui accanto ci sono le posizioni finali di un problema da 3 mosse (in alto) e da 5 mosse (in basso). La posizione di partenza per tutti i problemi è la seguente:



Five-move problem



Tratto da: Krikorian e coll, 1994.

Tentiamo a questo punto alcune considerazioni conclusive, invitando ancora i clinici ad inviarci commenti o suggerimenti sull'impostazione che abbiamo delineato.

È importante ribadire alcuni concetti principali, dai quali non ci sembra sia possibile prescindere. Innanzi tutto la valutazione comportamentale dovrebbe sempre essere effettuata consultan-

do diverse fonti e situazioni (in famiglia, a scuola, nel rapporto con i coetanei) e, comunque, oltre ai genitori, dovrebbero essere consultati sempre anche gli insegnanti.

L'accertamento della presenza dei tratti comportamentali previsti dal DSM-IV, attraverso colloqui o questionari, **non è sufficiente** per formulare una diagnosi di DDAI. È necessaria una valutazione clinica diretta del bambino, che faccia emergere oggettivamente la presenza di un **danno funzionale**.

È inutile dire che la diagnosi di DDAI è una operazione lunga e complessa (qui ne abbiamo affrontato solo una parte), che dovrebbe prevedere un apporto multidisciplinare.

Infine un accenno problematico. Talvolta esiste il rischio che la diagnosi di DDAI rappresenti una "comoda scorciatoia". Prima di tutti per il clinico, che a volte deve formulare un parere in tempi brevi e si sente in dovere di esprimere un giudizio convincente e, in qualche misura, "definitivo". Poi per i genitori e gli insegnanti, a cui viene data la possibilità di attribuire ogni responsabilità alla "malattia del bambino", evitando di valutare criticamente alcuni componenti educative o affettive che talvolta determinano il disagio comportamentale. È bene tener presente tutto ciò in un contesto in cui il DDAI sta diventando di moda.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, 4th ed (DSM-IV)*, Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Biancardi A., Stoppa E. (1997). Il test delle Campanelle modificato: una proposta per lo studio dell'attenzione in età evolutiva. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 64, 73-82.
- Cornoldi C., Colpo G. (1998), *Prove di lettura MT per la scuola elementare - 2*, Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Cornoldi C., Gardenale M., Masi A., Pettenò L. (1996), *Impulsività e autocontrollo*, Trento: Edizioni Erickson.
- Di Pietro M., Bassi E., Filoramo G. (2001), *L'alunno iperattivo in classe*, Trento: Edizioni Erickson.
- Heaton R.K., Chelune G.J., Talley J.L., Kay G.G., Curtiss G. (2000), *WCST Wisconsin Card Sorting Test*, Firenze: Organizzazioni Speciali
- Krikorian R., Bartok J., Nancy G. (1994), Tower of London Procedure: A Standard Method and Developmental Data. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 16, 6, 840-850.
- Margheriti M., Sabbadini G. (1995), L'iperattività e i disturbi dell'attenzione. In Sabbadini G. (ed.), *Manuale di neuropsicologia dell'età evolutiva*, Bologna: Zanichelli.
- Marzocchi G.M., Oosterlaan J., De Meo T., Di Pietro M., Pezzica S., Cavolina P., Sergeant J.A., Zuddas A. (2001), Scala di valutazione dei Comportamenti Dirompenti per insegnanti (SCOD-I): validazione e standardizzazione di un questionario per la valutazione dei comportamenti dirompenti a scuola, *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, 21, 378-393.
- Marzocchi G.M., Oosterlaan J., De Meo T., Di Pietro M., Pezzica S., Cavolina P., Sergeant J.A., Zuddas A. (2003), Comportamenti di disattenzione iperattività e oppositività secondo i genitori: un questionario per la valutazione dei comportamenti dirompenti (SCOD-G) in età evolutiva. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 70, 17-28.
- Orsini A. (1993), *WISC-R Contributi alla taratura italiana*, Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Padovani S. (1998), *L'interpretazione psicologica della WISC-R*, Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Prior M. (1991), L'iperattività. In Cornoldi C. (ed.), *I disturbi dell'apprendimento: Aspetti psicologici e neuropsicologici*, Bologna: Il Mulino.
- Raven J.C. (1984), *CPM Coloured Matrices*, Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Sartori G., Job R., Tressoldi P.E. (1995), *Batteria per la valutazione della dislessia e della disortografia evolutiva*, Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. (2002), *Linee guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva*.
- Wechsler D. (1986), *WISC-R Scala di Intelligenza Wechsler per Bambini Riveduta*, Firenze: Organizzazioni Speciali

# Il gruppo in psicoterapia

## Uno spunto di approfondimento per la conduzione di gruppi con genitori

Ferdinando Galassi, Silvia Quercioli, Sara Pezzica\*

Centro di Terapia Cognitivo Comportamentale (CTCC) Firenze  
U.O. di Psichiatria - Università di Firenze

*“La prima delle virtù è avere cura di sé”  
Spinoza*

Il termine “gruppo” deriva dalla parola germanica “kruppa”, traducibile come nodo, groviglio o rete ed indica una condizione originaria, primariamente non solitaria, fatta di interazioni fra più individui fra loro collegati.

Il gruppo non è quindi soltanto un insieme di persone vicine tra loro, ma un insieme di persone che interagiscono, agiscono ruoli specifici con l’obiettivo di realizzare fini o interessi comuni. Parafrasando una frase cara alla terapia della Gestalt *“il gruppo è qualcosa di più dalla somma dei suoi membri”*

### Perché scegliere di organizzare una terapia di gruppo?

Svariati sono i motivi che possono portare il clinico ad organizzare terapie di gruppo; da un punto di vista pratico è possibile estendere la disponibilità di cura ad un maggior numero di persone con tempi e costi inferiori rispetto alla terapia individuale.

Le statistiche indicano inoltre che circa il 70% delle domande di aiuto dei pazienti che accedono ai servizi di psichiatria-psicologia non sono per una modifica profonda ma per un breve intervento sulla crisi. In un’ottica di tipo cognitivo-comportamentale questo comporta l’utilizzo di tecniche di individuazione-ristrutturazione cognitiva di pensieri e convinzioni “dis-adattive” ed una sollecitazione di strategie di coping (fronteggiamento) rispetto a situazioni problematiche. Riteniamo che il gruppo potenzi l’effi-

cazia di tali tecniche offrendo opportunità di condividere esperienze affettive e recepire feedback dai propri pari (che possono arrivare ad acquisire ruoli paragonabili al co-terapeuta) e fornendo la possibilità di osservare e giocare molti ruoli sociali che aprono prospettive e aumentano le opportunità di modificare i comportamenti dis-adattivi (Budman e Gorman, 1988). In particolare il gruppo di genitori, ponendo a confronto (in un clima di collaborazione) più nuclei familiari, offre la possibilità di visualizzare difficoltà nei rapporti interpersonali all’interno di ogni nucleo. Osservando e ascoltando le difficoltà degli altri i partecipanti al gruppo possono prendere in considerazione le proprie come un fatto oggettivo, pensabile, su cui poter riflettere all’interno di un contesto empatico (sintonizzato) e collaborante. All’interno del gruppo è possibile avviare un processo di pensiero sul modo in cui vengono abitualmente vissuti e gestiti i rapporti difficili all’interno del nucleo familiare, interazioni che tendono a svolgersi da tempo sempre allo stesso modo senza che sia individuabile una possibilità di modificazione. Il gruppo inteso come contenitore del disagio e possibilità di avvalersi di punti di vista differenti si pone in un’ottica dinamica di flessibilizzazione delle modalità relazionali all’interno del contesto familiare “nonostante l’azzurro possa essere un bellissimo colore, povero il pittore che nella sua scatola trovasse solo pastelli azzurri!” (Bruno Bara).

Questo ci sembra utile nel caso di gruppi di genitori di bambini con DDAI. L’osservazione cli-

\* Per comunicazioni: [aidai.toscana@libero.it](mailto:aidai.toscana@libero.it)

nica dimostra che quando un bambino presenta difficoltà nella regolazione comportamentale ed emotiva, l'adattamento reciproco genitore-bambino risulta particolarmente difficile. "Un bambino con difficoltà nei processi di autoregolazione può attivare circoli disfunzionali nell'interazione genitore-bambino che interferiscono con l'evoluzione stessa del disturbo." (Gimundo V., atti del XII Congresso Nazionale Società Italiana Terapia Cognitivo Comportamentale SITCC).

### Come si compone un gruppo

In relazione alla durata del trattamento la psicoterapia di gruppo può essere a "*lungo termine*", "*breve*" oppure "*a tempo limitato*".

Si considerano brevi terapie che prevedono un numero di sedute variabili al di sotto delle 25, o che durano per un periodo inferiore ai 6 mesi. La terapia a tempo limitato differisce dalla terapia breve nel fatto che il termine del trattamento viene prestabilito sin dall'inizio, così come il numero complessivo di sedute; la durata può variare da 12 fino a 70 incontri o più, nell'arco di pochi mesi o anche di anni. La pianificazione dell'intervento è basata sul principio di "parsimonia" e sul concetto di "razionalizzazione del tempo" (Costantini & Sparsoli, 2000). La decisione di intraprendere questo tipo di terapia non deve essere presa solo in ragione della sua "economicità", ma anche e soprattutto in relazione alla sua specificità terapeutica legata all'uso deliberato del concetto di "tempo". Il limite temporale infatti, invece di costituire un ostacolo per la terapia, rappresenta un'opportunità preziosa per esplorare i temi fondamentali dello sviluppo dei pazienti, centrati su questioni riguardanti il tema della "perdita" e "separazione". La fine del trattamento che viene preannunciata sin dall'inizio consente di affrontare questioni fondamentali legate al processo di individuazione dalle figure parentali e come tale processo abbia influenzato i pattern di relazione (MacKenzie, 2000) successivi. Discutere apertamente durante le sedute i vissuti dei parteci-

panti al gruppo relativi all'avvicinarsi del termine della terapia e l'elaborazione delle loro difficoltà nel separarsi dal gruppo consentono di affrontare in modo più consapevole il tema delle loro precedenti separazioni.

La presenza di un limite di tempo stabilito può inoltre favorire una maggiore densità del periodo di lavoro ed una più rapida applicazione alle circostanze esterne della vita di quanto appreso nell'esperienza di gruppo.

A seconda che i partecipanti ad un gruppo inizino e finiscano tutti insieme il trattamento o meno, esso può essere definito "*a formato aperto*" o "*formato chiuso*". Nel primo caso ciascun paziente può essere inserito nel gruppo o terminare il trattamento in qualsiasi momento ed indipendentemente dagli altri, mentre nel secondo tutti i membri iniziano e finiscono la terapia con il costituirsi del gruppo e la terminano con il suo scioglimento, senza che i drop-out siano sostituiti. Il formato chiuso è generalmente indicato per gruppi di terapia breve o a tempo limitato, esso infatti fornisce la possibilità che i membri possano attraversare insieme i diversi stadi di sviluppo del gruppo, sfruttando così al massimo il potenziale terapeutico di ognuno di essi; vista la limitatezza del tempo a disposizione, si fa sì che le energie dei partecipanti vengano concentrate soprattutto nel fondare il gruppo, nel conseguimento degli obiettivi terapeutici, e nel terminare la terapia, piuttosto che nell'elaborazione ed accettazione dell'ingresso di nuovi membri.

Infine in base alla composizione dei partecipanti, i gruppi si classificano in "*omogenei*" ed "*eterogenei*". Nei gruppi omogenei i membri sono accomunati dalla stessa diagnosi o dalla stessa tipologia di problemi presentati (ad esempio gruppi di genitori con bambini con DDAI). Tale composizione dei partecipanti caratterizza generalmente i gruppi di abilità sociali, quelli con focus cognitivo e quelli interpersonali di recupero o di supporto ed ha il vantaggio di favorire una più rapida coesione e un clima di minore conflittualità tra i membri, una più assidua frequenza alle sedute ed un'accelerazione delle fasi iniziali di sviluppo del gruppo, in modo che vi sia maggior tempo a disposizione per il vero e



proprio lavoro condiviso sui problemi comuni: tutto ciò sembra avere conseguenze positive su una più rapida risoluzione delle difficoltà. I gruppi eterogenei sono rivolti invece a pazienti con una varietà di diagnosi e problemi e sono generalmente di tipo esplorativo ad indirizzo interpersonale psicodinamico. Il vantaggio di questo tipo di composizione del gruppo trova la sua principale giustificazione concettuale nella teoria del microcosmo sociale di Yalom (1995). La dimensione preferibile del gruppo dipende dai suoi obiettivi: per i gruppi di genitori la numerosità preferibile può variare da 8 a 12 membri, mentre per i gruppi con focus cognitivo si può arrivare anche a 15/20 partecipanti. Se invece l'obiettivo è quello di utilizzare le interazioni fra i pazienti come principale focus terapeutico la dimensione ideale del gruppo è 9/10 componenti. Il numero elevato consente infatti la discussione di argomenti ma non favorisce l'apprendimento delle dinamiche interpersonali. Considerata la complessità e la ricchezza dell'interazione umana, lo sviluppo di un gruppo nel corso di alcuni mesi o anni sarà complesso ed in ampia misura imprevedibile. Esistono tuttavia forze di massa che operano in tutti i gruppi influenzando notevolmente il corso del loro sviluppo e delineando uno schema generale di massima delle loro fasi di sviluppo (Fossi, 1983); ognuna di esse è centrata attorno ad un compito di interazione a cui sono associati comportamenti tipici dei membri del gruppo (McKenzie, 1997).

### **Le fasi del gruppo**

*Fase di coinvolgimento.* L'obiettivo fondamentale dello stadio iniziale è il coinvolgimento dei partecipanti nel processo di gruppo: è necessario innanzitutto fissare il confine esterno del gruppo, riconoscendo che esso è un "luogo speciale", con caratteristiche uniche che lo rendono diverso dalle situazioni del mondo esterno.

In questa fase i partecipanti ricercano somiglianze, interessi comuni con gli altri membri, in modo da riuscire ad entrare più facilmente in

relazione; essi si valutano reciprocamente, si preoccupano di essere accettati dal gruppo e si mostrano molto dipendenti nei confronti del leader. Il contenuto e lo stile delle comunicazioni sono stereotipati e limitati, sono richiesti ed offerti aiuto e consigli. Generalmente in questa fase il conduttore assume un ruolo piuttosto attivo nella conduzione, favorendo lo sviluppo della coesione di gruppo.

*Fase di differenziazione.* All'atmosfera positiva e collaborativa del primo periodo subentra nella fase di differenziazione la preoccupazione circa il predominio, il controllo ed il potere; vengono abbandonate le convenzioni sociali, emergono disaccordi e potenziali conflitti. L'attenzione passa dalla condivisione dei problemi, caratteristica della prima fase, alla sottolineatura delle differenze tra i partecipanti, che avvertono la necessità di affermare se stessi come individui unici e complessi. È caratteristico il conflitto dei membri tra di loro e con il leader, e si stabilisce una gerarchia di potere. Il compito essenziale per il gruppo durante questa fase è quello di sviluppare dei modelli per risolvere le tensioni che si presentano, arrivando a mettere in atto un processo collaborativo in cui gli argomenti problematici vengono affrontati apertamente.

*Fase di lavoro interazionale.* Una volta che (nelle prime due fasi) il gruppo è riuscito a sviluppare un saldo senso di sé ed una modalità costruttiva di affrontare le tensioni attraverso un confronto positivo, può iniziare il lavoro terapeutico vero e proprio. L'attenzione si sposta dal gruppo come insieme ai soggetti che vi prendono parte: i problemi di ciascuno possono adesso essere affrontati in modo più approfondito. La natura più personale del lavoro terapeutico in questa fase aumenta la vicinanza emotiva tra i partecipanti, fornendo così ulteriori opportunità per esaminare la natura delle relazioni interpersonali che intercorrono tra di loro.

*Fase di conclusione.* Molto importante soprattutto nei gruppi psicoterapeutici chiusi a tempo limitato, in cui tutti i partecipanti concludono la terapia contemporaneamente. Dover accettare un limite temporale imposto sin dall'inizio del trattamento fornisce ai pazienti l'opportunità di

affrontare questioni esistenziali che riguardano la responsabilità verso se stessi e la perdita: essi possono pensare p.e. di non aver ottenuto abbastanza dal gruppo, così come possono ritenere di non aver ricevuto abbastanza dalla vita. Si trovano inoltre a dover accettare la fine delle relazioni con il terapeuta e con gli altri membri, alcune delle quali possono essere diventate anche molto importanti per loro; ciò provoca intense emozioni che risvegliano il dolore relativo a tutte le perdite vissute in passato. Gestire tutto questo materiale legato alla conclusione della terapia è molto impegnativo sia per il terapeuta che per i pazienti, ma non può essere evitato, in quanto tale lavoro di elaborazione emotiva rappresenta un'occasione fondamentale per il processo di maturazione dei soggetti.

### Compiti fondamentali del terapeuta

- *Formazione e mantenimento del gruppo.* È importante che il conduttore lavori sulla coesione (alleanza nella psicoterapia individuale) magari sottolineando spesso passaggi tra membri del gruppo e somiglianze fra loro.
- *Costruzione della cultura del gruppo.* Sono vantaggiosi interventi tesi a rafforzare il senso d'identità del gruppo: promuovere lo sviluppo di un sistema efficace e coeso.
- *Ricerca di temi ed interessi comuni* cercando sempre di coinvolgere tutti i partecipanti in discussioni costruttive
- *Attivazione e chiarificazione del qui e ora.* Osservazione partecipata. Accertarsi che tutti abbiano parlato. Chiedere sempre cosa essi pensino stia succedendo tra loro o cosa hanno provato. Riconoscere sempre l'importanza del materiale esposto. Uso regolare del noi.

### Fattori terapeutici

Yalom (1958) i fattori terapeutici possono essere riassunti in 12 punti:

- 1) *condivisione:* il genitore realizza di non essere solo ad avere certi problemi, pensieri,

impulsi o fantasie angoscianti e che i suoi sforzi sono condivisi o quanto meno compresi dagli altri. Ciò che il genitore vive come una sua particolarità corrisponde a vissuti più generalizzati, e grazie al gruppo può trasformare questi vissuti in situazioni accettabili.

- 2) suscitare la *speranza*, intesa come recupero della fiducia in se stessi e nelle prospettive di cambiamento, sostenuta dal supporto e solidarietà emotiva offerta dal gruppo.
- 3) *accettazione.*
- 4) *conoscenza* come apprendimento di nuovi e inconsueti aspetti di sé e degli altri;
- 5) *altruismo* sapere di poter essere sostegno per l'altro e contributo di idee rafforza l'autostima
- 6) *ricapitolazione correttiva dell'originaria esperienza infantile familiare;* il terapeuta e gli altri componenti possono rappresentare i ruoli dei vari familiari e riproporre le stesse dinamiche del passato. Questo fattore risulta particolarmente utile in gruppi di genitori eterogenei.
- 7) *socializzazione* come sviluppo delle abilità sociali e relazionali con riduzione della tendenza all'isolamento ma anche come apprendimento di modi non funzionanti con gli altri (es. parlare troppo).
- 8) *imitazione o modeling* con acquisizione di nuovi pattern comportamentali nell'identificazione col terapeuta e con gli altri membri provvisti di ruolo positivo.
- 9) *apprendimento interpersonale* basato sull'importanza delle relazioni con gli altri e sul come viverle in maniera vantaggiosa e soddisfacente
- 10) *autostima* e stima pubblica
- 11) *coesione* intesa come senso di appartenenza e di accettazione; equiparabile alla buona relazione in un setting individuale.
- 12) *Apertura di sé:* apertura espressiva di emozioni e di affetti e loro condivisione

Tutti questi fattori risultano interdipendenti, non emergono né agiscono in forma isolata.

## Perché psicoterapie di gruppo?

All'interno delle iniziative per migliorare le organizzazioni delle strutture pubbliche le terapie di gruppo rappresentano tecniche vantaggiose per rispondere alla grande domanda dell'utenza e sembrano rispondere anche ai requisiti di efficacia necessari e confermati dai dati della letteratura.

Le caratteristiche tempo, applicabilità, efficienza ed efficacia teorica sono parametri che fanno di queste tecniche un intervento che sarà sempre più utilizzato in psicoterapia e indirizzano la ricerca verso i fattori di efficacia delle psicoterapie

cognitive di gruppo. La pratica della psicoterapia di gruppo, benché molto diffusa, ancora non ha un adeguato rilievo nell'ambito delle discussioni teoriche; negli ultimi anni vari psicoterapeuti hanno cominciato ad avventurarsi nel tentativo di formulare una teoria del perché e come un gruppo funziona. L'esperienze che stanno fiorendo via via in Italia stanno alimentando tutta una ricerca che porterà le esperienze di gruppo terapeutiche e di auto-aiuto come pratica consueta dell'operare in psicoterapia. Questo lavoro cerca di riassumere lo stato dell'arte della psicoterapia cognitiva di gruppo.

## La terapia cognitivo comportamentale per pazienti con DDAI

### Considerazioni sulla necessità di terapie differenziate

*M. Liguori, E. Menotti\*, M. Pansini*

AIDAI ONLUS Regione Lazio

### Una presa in carico individualizzata

Dall'inizio del 2000 nel Lazio è nata un'equipe, costituita da psicologhe/psicoterapeute, neuropsichiatri e logopediste, che dopo un'attenta valutazione psicodiagnostica – o una lettura approfondita di valutazioni recenti svolte a cura di altri professionisti – lavora sulla messa a punto di una terapia cognitivo comportamentale “ritagliata” intorno al singolo bambino. Il termine “ritagliata” vuole esprimere quanto ogni piccola esigenza, organizzativa, psicologica, emotiva del bambino e della sua famiglia vengano tenute in considerazione quando si prende in carico il caso. Gli utenti che arrivano al nostro Centro sono per lo più bambini nel primo ciclo di scuola dell'obbligo, anche se negli ultimi due anni si è osservato un aumento di richieste da parte di adolescenti ed adulti. Ciò ci pone nella necessità di creare de-

gli strumenti di intervento specifici e diversificati per le tre fasce d'età. Inoltre, la frequente comorbidità con altri disturbi (disturbi del comportamento, dell'apprendimento e d'ansia) impone una maggiore flessibilità ed adattabilità.

### Come è organizzata la terapia base

Il trattamento si basa sulla promozione delle abilità di autoregolazione, che pongono l'accento sulle capacità che ha il soggetto di controllare che le cose vadano per il verso giusto, di non farsi sviare, di inibire risposte disadattive, di non distrarsi ecc.

\* Per comunicazioni: [aidai.lazio@libero.it](mailto:aidai.lazio@libero.it)

Le abilità su cui si focalizza il trattamento vengono potenziate attraverso:

- 1) un training di autoistruzione e di problem solving:
  - a) strategie di autocontrollo
  - b) componenti delle abilità:
    - riconoscimento di problemi;
    - generazione di soluzioni;
    - pensiero consequenziale;
    - anticipazione degli ostacoli;
    - esecuzione di specifici comportamenti;
  - c) prendere decisioni nel problem solving;
- 2) un training di problem solving interpersonale;
- 3) la gestione di rabbia e frustrazione;
- 4) la gestione dello scarso impegno;
- 5) un training di abilità sociali;
- 6) un lavoro sulla metacognizione;
- 7) un lavoro sulla responsabilità di assumere un impegno personale.

Ciascuno di questi punti viene sviluppato mediante l'uso di materiale "ludico" e schede di lavoro che supportano, utilizzando la visualizzazione, il processo di acquisizione di nuove strategie e l'esercizio delle stesse.

Dalla nostra esperienza l'intervento deve avere una durata minima di un anno scolastico per raggiungere gli obiettivi base e, nella maggior parte dei casi, di ulteriori sei mesi per consolidare il cambiamento. È necessario, infatti, lasciare al paziente un tempo personale di elaborazione e all'operatore la possibilità di arricchire, con altri esercizi, alcuni passi che lo richiedano.

Il trattamento cognitivo-comportamentale richiede una frequenza di due incontri a settimana, spesso di difficile realizzazione a causa dell'orario prolungato a scuola e dei numerosi impegni extra-scolastici di cui oggi bambini e adolescenti sono gravati.

### **I limiti e le possibili modifiche della terapia base**

Prendendo in considerazione le tre diverse fasce di età ci sembra importante riflettere su alcune modifiche sostanziali necessarie affinché ogni paziente si senta "accolto e rispettato" nel proprio setting terapeutico. La strutturazione dell'ambiente è infatti

il primo aspetto da tenere in considerazione: si passa da un ambiente più ampio e strutturato per i bambini ad uno più "colloquiale" con gli adulti. Gli adolescenti, per le loro caratteristiche di instabilità emotiva e comportamentale, richiedono al terapeuta sì una flessibilità di setting ma, al tempo stesso, anche un lavoro di ascolto del "qui ed ora" e dei bisogni manifestati in modo sempre diverso. Un altro aspetto importante riguarda la tipologia di materiale utilizzato, che a nostro avviso risulta adeguato per i bambini delle scuole elementari, ma perde progressivamente di efficacia man mano che l'età progredisce. Fermo restando la validità della logica su cui si basano i diversi esercizi del training, appare necessario, per gli adolescenti, aumentarne la complessità e adeguarne la presentazione, affinché venga stimolata la curiosità e la partecipazione. Non per ultimo, ciò permette di far sentire il ragazzo riconosciuto nelle sue competenze cognitive e, di conseguenza, di stabilire una valida alleanza terapeutica.

Per quanto riguarda gli adulti, viene rinnovata l'importanza del lavoro nel "qui ed ora" senza l'ausilio di materiali forniti dal terapeuta ma utilizzando le "produzioni" scritte del paziente (diari, compiti a casa, etc).

### **un sostegno alla terapia...**

In diverse occasioni si è sottolineato come la famiglia giochi un ruolo fondamentale nello sviluppo del bambino. È dunque importante promuovere la collaborazione della famiglia affinché, con le informazioni che derivano dall'esperienza della vita quotidiana con il paziente, aiuti a focalizzare il lavoro e gli obiettivi del terapeuta e sostenga il cambiamento. In particolare con i bambini e gli adolescenti appare fondamentale che le figure di riferimento "credano" nell'efficacia della terapia, anche quando questa presenta momenti di stallo, proprio per supportarne la motivazione.

In molti casi, abbiamo rilevato l'utilità per i genitori di un percorso di parent training effettuato all'inizio della terapia del figlio. Il procedere in parallelo ha fatto sì che l'ambiente si costituisse in modo coerente intorno al paziente, fornendo quel

modello di comportamento tanto importante nello sviluppo dei processi di autoregolazione. Ciò permette, inoltre, di condividere l'accettazione e la risoluzione delle difficoltà relative al DDAI e, di conseguenza, di farsene carico insieme.

### **i nostri progetti**

A conclusione di tali considerazioni l'AIDAI Regione Lazio si pone come obiettivo la raccol-

ta e l'analisi approfondita di tutto il materiale utilizzato nelle terapie dei singoli utenti, con lo scopo di strutturare programmi di intervento che possano soddisfare le diverse necessità correlate all'età.

Da una parte ci sembra necessario un lavoro di arricchimento del trattamento base, a nostro avviso valido per i bambini più piccoli; dall'altra ci proponiamo di realizzare un percorso terapeutico mirato ad affrontare la compresenza del DDAI con le problematiche adolescenziali.

## **“Dialogo con il muro”**

**Tema di un ragazzo con DDAI... che ormai ce la fa da solo!**

*Dott.ssa Tiziana De Meo\**

AIDAI Veneto

Ma com'è l'evoluzione di quei bambini con Disturbo di Attenzione che hanno avuto la fortuna e la possibilità di essere capiti nelle loro difficoltà dai propri genitori e dai propri insegnanti e di essere quindi giunti ad una diagnosi che ha loro permesso di intraprendere un percorso terapeutico ed ambientale a loro più idoneo?

Sicuramente “peculiare” ma positiva; emergono infatti gli aspetti più creativi e dinamici e quel “dialogo interno” che all'inizio veniva loro richiesto, può diventare paradossalmente un “punto di forza” della loro personalità.

Ne è un esempio Carlo, un ragazzo brillante e sensibile che attualmente frequenta il secondo anno di un Liceo Scientifico della provincia di Padova; dalla diagnosi di DDAI avuta presso il Servizio di NPI di San Donà di Piave, il percorso iniziato con Carlo è stato lungo: training autoregolativo, colloqui periodici con i genitori, collaborazione con la scuola (Istituto Bettini, Padova,...lo cito perché preziosissimo!), breve suppor-

to farmacologico, contatti con la professoressa (ormai amica) che lo aiutava il pomeriggio. Il tutto con una buona dose di coraggio, fiducia, pazienza reciproca. Carlo ormai prosegue da solo il suo percorso ed è con affetto che ritengo importante pubblicare questo tema, in cui la disattenzione viene tradotta in momento di riflessione, l'impulsività in organizzazione creativa, l'iperattività in un susseguirsi di ipotesi e pensieri.

E quindi a tutti i genitori o insegnanti che a volte, un po' scoraggiati, si domandano: “Ma vale la pena faticare tanto?” La risposta è: **SÌ!!!**

Premessa di Carlo: *Svolgerò gli argomenti proposti dalla traccia sottoforma di dialogo immaginario con il muro visto che egli può dare una visione neutra e perché arriverò quasi a immedesimarmi con esso in modo da far diventare il*

\* Per comunicazioni: [aidai.veneto@libero.it](mailto:aidai.veneto@libero.it)

*dialogo un particolare e originale esame di coscienza.*

*Sono seduto in classe in ultima fila. La prof., com'era prevedibile, sta interrogando un mio compagno. Durante le interrogazioni mi è difficile seguire. L'ora prima è stata alquanto pesante ed ora il mio pensiero vuole spostarsi altrove. Cerco di trattenerlo prendendo appunti ma la sua forza di volontà è più forte della mia e mi trovo distratto a pensare ai miei problemi, senza curarmi di ciò che mi sta attorno. Mentre ragiono mi metto a guardare il muro e lo osservo con attenzione.*

*Le voci e tutto ciò che mi circonda spariscono e mi ritrovo da solo, circondato da quel bel muro bianco che separa la nostra classe dall'esterno e quasi dalla scuola stessa. A prima vista si vedono subito i suoi anni. Le pareti sono piene di schizzi di scuri colori e di pedate condannate a restare lì per l'eternità. E come se non bastasse, acuminati chiodi lo trafiggono in modo che si possa coprirlo di colorati cartelloni pieni del sudore degli alunni. Nella mia mente lo paragono a un forte vecchietto che sorregge le pesanti finestre, un eterno Atlante per nostro volere.*

*Oggi lo penso amichevole e gli rivolgo la parola: "Chissà che idea ti sarai fatto di noi, tu che ci spii ogni giorno?"*

*Sembrerà strano ma una voce si fa eco in quel silenzio surreale, infrangendolo: "Non c'è male, ho visto di peggio! Voi fate tanto rumore in certe ore, ma al di sotto di questa patina opaca che sbiadisce tutto ci stanno gli aspetti positivi. Ad esempio, e che esempio, siete una classe unita. Vi aiutate tra di voi come un gruppo di amici, al contrario di certe scuole dove si formano gruppi distinti di persone, a seconda del loro carattere o del loro modo di vestire. Questa per me è una grande cosa!"*

*Quando ritorna il silenzio mi accorgo che la voce del muro la sento venire da dentro di me come se fosse la mia coscienza a parlare per mezzo della parete. Impossibile. Ricomincio quasi*

*automaticamente a porre congetture e domande: "È vero però! Non ci avevo pensato! Forse non siamo così male. Ma questa affermazione come si può spiegare ad altri? È un po' personale e perciò difficile da capire. La cosa potrebbe essere male intesa o male interpretata!"*

*"È vero." Controbatte il muro. "Ed è tutto a causa del rumore che avvolge certe ore scolastiche succede tutto ciò. Dovresti sapere che non bisogna giudicare un libro dalla copertina, anche se è più facile credere alla realtà esteriore." "E che idea pensi che abbiano i prof. di noi? Che siamo una classe svogliata? Rumorosa? Oppure alquanto positiva?"*

*"La risposta credo che stia nel mezzo. Ma immagino che dentro di voi ci sia il desiderio essere stimati dai prof. Non per i bei voti! Ma perché diventino amici che ti possono rendere al scuola meno pesante. Tu hai qualche desiderio a riguardo?"*

*Questa volta indugio. Sono tutte cose verissime, i miei propositi in fondo in fondo sono quelli. Ma non solo in ambito scolastico, ma anche come compagno di classe. D'altronde la cosa per cui vale la pena alzarsi il mattino è anche quella di ritrovarsi con i miei compagni per parlare o scherzare con loro. Dopo poco mi rivolgo al muro.*

*"Di desideri ne ho parecchi. La cosa che non capisco è se se questi siano veri e propri desideri oppure se tutto ciò esiste già ... Tu che dici? I rumori che girano per la classe mi avvolgono, noto la prof. che interroga e mi ritrovo circondato dai miei compagni seduti nei loro banchi che sembrano ascoltare la difficile interrogazione. È avvenuta veramente la conversazione? Con chi stavo parlando? Sono domande a cui non trovo risposta, ma poco importa.*

*Credo che questa conversazione con il muro mi abbia reso consapevole di cose che non sparirò al vento.*

Carlo B.

# Verbale del Consiglio Direttivo

Ferrara, 8 gennaio 2005

Presenti tutti i componenti del Direttivo:

G. Marzocchi, M. Margheriti, G. Perticone, S. Pezzica, C. Scheriani.

Partecipa anche la dott.ssa F. Fini, che ospita la riunione.

Si inizia la discussione alle ore 12.

G. Perticone si occupa della stesura del verbale.

Marzocchi fa presente la necessità di convertire l'attuale associazione AIDAI-ONLUS, l'oggetto di discussione più urgente che il direttivo deve esaminare è la stesura definitiva del nuovo statuto nazionale che passa alla forma di Associazione di Promozione Sociale.

Il testo del nuovo statuto nazionale viene letto ed approvato definitivamente.

Il nuovo statuto dell'AIDAI Nazionale sarà disponibile al più presto sul sito [www.aidai.org](http://www.aidai.org)

## SEDE NAZIONALE - SEGRETERIA

La sede nazionale vien trasferita a Bergamo ed ha attualmente una segreteria – tel. 035 223012 – curata da Fulvia Rossi, con il seguente orario: martedì, mercoledì e giovedì dalle ore 9,30 alle ore 12,30.

Attualmente la segretaria si occupa di:

- curare l'elenco scuole a cui andrà il depliant sul DDAI per le scuole;
- collaborare alla realizzazione del depliant;
- lavorare per il prossimo congresso di Milano (tutti gli aspetti organizzativi);
- fornire informazioni telefoniche a chiunque le richieda, sull'AIDAI;
- inviare e/o archiviare materiali AIDAI, tra cui quelli relativi ai corsi nelle scuole.

## NUOVO ASSETTO DA DARE ALL'AIDAI

In parte esse potranno essere risolte dal nuovo assetto organizzativo che il Consiglio Direttivo, dopo approfondita discussione, ritiene debba assumere l'associazione, nei suoi livelli regionali.

Alle associazioni regionali infatti si richiederà di contribuire annualmente, attraverso una quota di iscrizione, alle spese di gestione della associazione a livello nazionale.

La costituzione delle **Aidai regionali** dovrebbe prevedere la realizzazione del seguente **assetto organizzativo**:

- ciascuna regione avrà un **piccolo gruppo di soci** con competenze tecniche accertate ed approfondite nel campo del DDAI; queste persone avranno il compito di promuovere, organizzare, realizzare direttamente e/o tramite collaborazioni con altre persone e/o enti, tutte le iniziative tradizionalmente svolte dall'Aidai, insieme ad altre eventuali, purchè sempre corrispondenti alle finalità associative;
- tale gruppo di persone sarà direttamente responsabile dei rapporti tra livello regionale e livello nazionale e pertanto al suo interno eleggerà un Presidente, un Segretario, un Consiglio Direttivo ecc.;
- il gruppo dei soci con competenze tecniche accertate e responsabilità dirette verso l'Aidai nazionale, potrà accogliere nuovi soci al suo interno, con le medesime caratteristiche, dopo averne vagliato la domanda di iscrizione, il curriculum, la reale disponibilità e serietà;
- vi potranno poi essere soci "sostenitori", tra coloro che desiderano soltanto sostenere economicamente ed occasionalmente l'associazione: a questo proposito ciascuna associazione regionale valuterà se e quanto desidera operare per accrescere il numero di questa tipologia di associati;
- è possibile che molte persone abbiano contatti con le associazioni regionali, ma senza chiedere di associarsi, costituendo semplicemente i "fruitori dei servizi" che l'associazione offre: es. insegnanti che frequentano corsi, pagando la quota di iscrizione, ma senza associarsi; idem per specialisti che

partecipano a convegni; persone interessate al DDAI che vogliono ricevere il newsletter, semplicemente abbonandosi. Si ritiene dunque opportuno che molte persone possano utilizzare i servizi dell' Aidai senza pretendere da loro (come in passato spesso si è chiesto) che si associno. Tra l'altro un alto numero di associati può costituire per l'associazione un impegno non indifferente a livello gestionale (riunioni, avvisi...);

- si chiarisce ulteriormente, su richiesta di alcuni centri regionali, che sulla base del nuovo assetto organizzativo dell' associazione, i genitori potranno essere iscritti all' Aidai come soci "sostenitori", e potranno partecipare all'assemblea, senza essere eletti negli organi previsti. Le regioni che lo desiderino potranno costituire gruppi di genitori o altre forme di vita associativa, ma non esiste più un "comitato genitori" formalizzato, come era nel precedente statuto. Si precisa infine che la qualifica di socio sostenitore può essere richiesta da qualsiasi altro soggetto, per es. un professionista delle categorie previste ma non interessato a partecipare come socio ordinario.

### **ISCRIZIONI DELLE SEZIONI REGIONALI ALL' AIDAI NAZIONALE**

Si stabilisce che:

- per il 2005, le quote di iscrizione delle sezioni regionali all' Aidai nazionale (250 €), dovranno essere versate dal 1° al 30 aprile, sul nuovo numero di CCP che verrà presto comunicato;
- a partire dal 2006 tale versamento dovrà avvenire entro il 31 marzo.

### **ISCRIZIONI DI SOCI ALLE SEZIONI REGIONALI**

- Le eventuali quote di singole persone, che hanno rinnovato l'iscrizione all' aidai nazionale nelle ultime settimane, verranno girate alle relative regioni di residenza, non appena queste comunicheranno il proprio numero di conto;
- a partire dal 2006 le sezioni regionali consentiranno l'iscrizione ai propri soci entro il 28 febbraio.

### **SITUAZIONE ATTUALE, RISPETTO ALLA NASCITA DELLE SEZIONI REGIONALI**

- Hanno depositato il proprio statuto, alla data odierna: Lombardia, Veneto, Puglia, Friuli-veneziana giulia, Lazio-ombria; sono in fase di prossima registrazione: Umbria, Toscana, Piemonte, Marche;
- si resta in attesa di notizie da parte di Emilia Romagna (che ha provveduto all'invio di consuntivo e bilancio nei giorni immediatamente successivi) e Liguria.

### **ALTRI ADEMPIMENTI**

Entro il 30 aprile p.v., le sedi regionali provvederanno ad inviare al nazionale l'elenco aggiornato dei propri soci in regola con l'iscrizione, allo scopo di:

- consentire l'ingresso gratuito al convegno di Milano.
- trasmettere i nominativi alle case editrici con cui si hanno sconti (Erickson, Edizioni Junior).

### **REGIONI NON ISCRITTE**

- Alla data del 30 aprile 2005, le regioni che non avranno regolarizzato la propria posizione assolvendo ai successivi tre punti:
  - 1) registrazione statuto regionale;
  - 2) presentazione proprio bilancio;
  - 3) versamento quota iscrizione

dovranno:

- sospendere tutte le proprie attività svolte a nome o per conto dell' Aidai, per tutto l'anno 2005;
- sospendere la richiesta di finanziamenti, collaborazioni, autorizzazioni ottenute mediante l'utilizzo della sigla Aida;
- in questo periodo gli strumenti informativi dell' associazione (sito, newsletter, spazio convegni, ecc.) non ospiteranno dati e informazioni relative alle regioni non regolarmente iscritte,
- eventualmente possono proporre la propria iscrizione nell'anno 2006, entro i termini previsti.



**APERTURA NUOVE SEZIONI REGIONALI**

Il richiedente presenta domanda al direttivo nazionale, documentando:

- di risiedere nella regione richiesta;
- curriculum;
- disponibilità di una sede;
- segnalazione di altri colleghi interessati.

Il Direttivo nazionale decide in merito.

**APERTURA NUOVE SEZIONI PROVINCIALI**

Il richiedente presenta domanda al direttivo regionale, documentando:

- di risiedere nella provincia richiesta;
- curriculum;
- disponibilità di una sede,
- segnalazione di altri colleghi interessati.

La domanda viene ratificata dal Direttivo regionale.

Il richiedente svolge 12 mesi di tirocinio, operando su attività concordate con il direttivo regionale, in collaborazione con il gruppo regionale stesso.

Al termine del tirocinio, il Direttivo Regionale propone al Nazionale la propria decisione in merito alla concessione della sede provinciale. Il Direttivo Nazionale può confermare tale decisione o chiedere ulteriori spiegazioni.

N.B. Le domande di apertura di nuova sede devono essere riferite ad un solo ambito territoriale (regione o provincia) e non a raggruppamenti. In considerazione di quanto sopra si dovrà provvedere al più presto all'aggiornamento del modulo di iscrizione, che dovrà prevedere:

- la dicitura precisa della Regione a cui la persona chiede di iscriversi;
- la tipologia di socio che desidera essere
  - ordinario
  - sostenitore;
- le modalità con cui riceverà la risposta di accettazione da parte del Direttivo regionale;
- la quota associativa annuale (25,00 €, gli "ordinari" poi parteciperanno comunque con impegno maggiore alle spese di gestione della assoc. regionale, secondo accordi locali).

Anche l'aggiornamento del Sito è strettamente legato a questo problema: esso dovrà avvenire in maniera coordinata, ricevendo l'apporto di tutte le regioni attualmente attive.

**ATTIVITÀ CLINICA**

Sulla questione nata intorno alla possibilità di svolgere attività clinica col nome dell'Aidai, il direttivo ribadisce che: i centri regionali accreditati e iscritti all'Aidai nazionale, **NON possono svolgere attività clinica**, non essendo questa prevista dallo statuto nazionale, nè prevedibile a livello regionale, creando una evidente incompatibilità.

Pertanto il Direttivo, dopo avere esaminato attentamente gli statuti provenienti dai vari centri regionali, comunicherà direttamente ai centri interessati la necessità di provvedere ad eventuali modifiche.

Il Direttivo suggerisce ai centri interessati di costituire eventualmente una piccola società locale (gruppo di professionisti) con proprio statuto, bilancio, organi ecc. che può dichiararsi "in collaborazione" con l'Aidai regionale, e quindi utilizzare questa formula per proporsi all'esterno.

**DIRETTIVO: distribuzione incarichi**

- *Marzocchi*: presidente, responsabile organizzazione convegni
- *Margheriti*: vicepresidente, responsabile aggiornamento bibliografico di tipo clinico
- *Perticone*: responsabile settore scuola, parte amministrativa e organizzativa
- *Scheriani*: responsabile aggiornamento bibliografico settore scuola
- *Pezzica*: responsabile attività editoriali, membro comitato redazione Erickson per Newsletter

**NEWSLETTER**

L'ultimo numero con il vecchio formato uscirà in primavera con gli abstract del convegno di Milano. Porterà anche la presentazione della nuova Aidai nazionale.

Dopodiché la rivista passa alla gestione della

Erickson, che ne fa un allegato semestrale alla rivista "Difficoltà di apprendimento" (circa 9000 abbonati) intitolato "Disturbi di attenzione e iperattività", il cui primo numero è previsto per dic. 2005. Ogni fascicolo avrà 108 pagine, di cui una decina curate direttamente dall'Aidai. Si sta costituendo il comitato di Redazione e il Comitato Scientifico, sulle cui mansioni ci si riserva di fare un approfondimento presso la Erickson, nel frattempo si raccolgono suggerimenti per nominativi da inserire.

Questo fascicolo pubblicato dalla Erickson NON sarà inviato automaticamente agli iscritti Aidai, ma solo a chi si abbona alla loro rivista.

### SITO

Si esamina l'attuale configurazione e si decide di semplificarla ed aggiornarla.

Ogni regione iscritta avrà la sua pagina regionale, possibilmente secondo un formato omogeneo, dalla quale si potranno ricavare informazioni sulle attività locali.

### LIBRETTO PER LA SCUOLA

La casa editrice Armando sta per terminare le operazioni di stampa del libretto scritto da un gruppo di lavoro Aidai e destinato alle scuole.

Ci verranno consegnate come da contratto 300 copie (costo complessivo 4200,00 euro; una copia 14,00 euro); verranno trattenute presso la sede nazionale 150 copie e le altre 150 verranno spedite ai centri regionali, che ne cureranno la vendita come credono, principalmente presso insegnanti e/o altri operatori scolastici. I proventi andranno poi versati all'aidai nazionale, sul nuovo numero di CCP. Potrebbero essere organizzati incontri di presentazione del testo, eventualmente con la presenza di uno o due degli autori.

### CREDITI ECM

Le sezioni regionali possono presentare progetti di corsi/convegni da svolgere in proprio al Direttivo nazionale e quindi chiedere crediti ECM, utilizzando il medesimo provider dell'Aidai nazionale e la medesima password.

### OPUSCOLO PER SCUOLA, SUL DDAI

Il progetto prevede la preparazione di un opuscolo per le scuole, come è avvenuto per es. per la dislessia, curato dall'Aidai. G. Perticone si incarica di predisporre una proposta, in collaborazione con C. Scheriani, sulla base dei contenuti del Libretto Armando per le scuole.

## BILANCIO CONSUNTIVO 2004

Entrate		Uscite	
Descrizione	Importi	Descrizione	Importi
Iscrizioni soci	1550,82	Newsletter	926,00
Donazioni	510,00	Acquisto libri Armando	2100,52
Iscrizioni congresso Bergamo	6250,00	Aggiornamento Sito Internet	516,50
Corsi di formazione nelle scuole	1100,00	Rimborsi formatori	2020,06
		Cancellerie e fotocopie	260,48
		Spese postali	827,50
		Spese telefoniche	365,00
		Spese Congresso Bergamo	2230,30
<b>Totale Entrate</b>	<b>9410,82</b>	<b>Totale Uscite</b>	<b>9246,36</b>
Perdita d'esercizio	- 164,46		
<b>Totale a pareggio</b>	<b>9246,36</b>		

**BILANCIO PREVENTIVO 2005**

<b>Entrate</b>		<b>Uscite</b>	
<i>Descrizione</i>	<i>Importi</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Importi</i>
Iscrizioni soci	2500,00	Newsletter	1500,00
Donazioni liberali	7500,00	Segreteria	4000,00
Residuo congresso Milano	4000,00	Cancellerie e fotocopie	2000,00
Vendita testi Armando	2100,00	Spese postali	1000,00
		Spese telefoniche	1000,00
		Spese conto corrente	200,00
		Spese Rappresentanza	600,00
		Commercialista	500,00
		Anticipo su acquisto testi Armando	2100,00
		Nuovo sito + affitto annuale	1300,00
<b>Totale Entrate</b>	<b>16100,00</b>	<b>Totale Uscite</b>	<b>14200,00</b>
		Accantonamento previsto	1900,00

**NOTIZIE SCUOLA: ACCREDITAMENTO MIUR**

Recentemente si è conclusa positivamente la pratica di accreditamento dell'Aidai nazionale come soggetto che fa formazione al personale della scuola. Questo consente alcuni vantaggi:

- gli insegnanti possono partecipare ai corsi chiedendo l'esonero dal servizio, nei limiti previsti dalla legge;
- la scuola che richiede il corso non ha necessità di nessun altro adempimento formale, se non di inserire il corso nel proprio piano annuale di formazione,
- l'Associazione si presenta alle scuole con una maggiore credibilità,
- le iniziative formative di carattere nazionale possono essere pubblicizzate nel sito MIUR.

L'accredito vale automaticamente per tutte le sezioni regionali che aderiscono all'Aidai nazionale e per tutti i corsi da loro organizzati e diretti al personale della scuola.

Le sedi regionali presenteranno, da ora in poi, le proprie proposte di aggiornamento alle scuole corredandole con la dicitura:

**AIDAI , Assoc... ecc., Soggetto accreditato alla formazione con Decreto MIUR 29/12/2004, ai sensi del DM 177/2000.**

I responsabili regionali Aidai-scuola riceveranno a breve, in proposito, materiale orientativo. Importante: l'accredito viene rinnovato dopo tre anni, durante i quali l'associazione dovrà dimostrare di avere operato su almeno tre regioni. In questo periodo di tempo pertanto tutti i corsi organizzati e svolti dovranno essere censiti dal responsabile nazionale e successivamente archiviati dalla segreteria nazionale. Le modalità di archiviazione sono le consuete, già più volte diffuse:

- programma del corso con date, titoli, relatori ecc.;
- elenco insegnanti partecipanti, con segnalazione della sede di servizio;
- dichiarazione di avvenuto svolgimento da parte del Dirigente Scolastico,
- documentazione di avvenuta valutazione.

Su tutto questo sono in corso e seguiranno ulteriori delucidazioni ai responsabili scuola. Si chiarisce comunque che NON esistono adempimenti dei singoli centri regionali direttamente col MIUR.

La questione più urgente riguarda la stesura di un piano di attività, da far avere presto al MIUR. Esso deve contenere l'indicazione di corsi che si prevede di svolgere nel prossimo anno scolastico, con la segnalazione di: titolo/ destinatari/ luogo/ date/ costo iscrizione/.

Se non sono possibili accordi con le scuole con tanto anticipo di tempo, si invitano comunque i centri regionali ad organizzare ini-

ziative, magari nelle proprie sedi. Si comunica l'elenco aggiornato dei responsabili regionali Aidai-scuola:

<b>Regione</b>	<b>Responsabile</b>	<b>Indirizzo</b>
Friuli	Cinzia Scheriani	<i>cinziascheriani@virgilio.it</i>
Lazio	Manuela Liguori	<i>manuela.liguori@tele2.it</i>
Lombardia	Erminia Botturi	<i>erminiabotturi@yahoo.it</i>
Marche	Mariangela Quatrini	<i>aidai.marche@libero.it</i>
Piemonte	Ombretta Veneziani	<i>ombrettaveneziani@hotmail.com</i>
Puglia	Fernanda Bernabei	<i>f-bernabei@libero.it</i>
Toscana	Gianluca Perticone	<i>aidai-toscanascuola@libero.it</i>
Umbria	Cinzia Bizzarri	<i>aidai.umbria@libero.it</i>
Veneto	Gabriella Trevisi	<i>gabtrev@libero.it</i>

### **Comunicazioni riservate ai centri regionali interessati**

#### **QUESTIONE PUGLIA**

Si richiede alla sezione regionale Puglia di provvedere quanto prima alla modifica del proprio statuto relativamente allo svolgimento dell'attività clinica e di sospendere comunque nell'immediato l'organizzazione e la prestazione di attività sanitarie o cliniche a nome dell'Aidai.

#### **QUESTIONE LAZIO**

A seguito delle richieste provenienti dalla Sezione Lazio e dei chiarimenti telefonici con la dr.ssa Menotti, tenuto conto delle oggettive difficoltà create negli ultimi anni, a seguito delle graduali trasformazioni che la associazione ha deciso di intraprendere al proprio interno, si stabilisce quanto segue:

- l'Aidai Lazio onlus ha presentato alla propria regione domanda di accreditamento come struttura sanitaria;
- sino alla definizione della suddetta pratica, l'Aidai Lazio onlus potrà iscriversi all'Aidai nazionale mantenendo la forma attualmente esistente;
- dopo l'eventuale accreditamento da parte della Regione, i responsabili ne daranno comunicazione al Direttivo nazionale, il quale dichiarerà decaduta dalla veste di socio la

associazione Lazio-onlus; i colleghi del Lazio provvederanno quindi a costituire una seconda associazione parallela (Aidai-Lazio) che possa iscriversi all'aidai nazionale, con uno statuto omogeneo a quello delle altre regioni;

- in caso di mancato accreditamento i colleghi provvederanno a modificare o rifondare l'Aidai Lazio, con uno statuto compatibile con quello nazionale, per poter continuare ad iscriversi all'Aidai nazionale.

#### **CONVEGNO DI MILANO (maggio 2005)**

È stato veramente notevole l'invio di abstract, sul convegno che è molto interesse. Sono stati ottenuti crediti ECM per terapisti e psicologi, siamo in attesa di risposta per medici, logopedisti ed educatori professionali.

Si invita ogni centro regionale Aidai a pubblicizzare con ogni mezzo questo convegno presso le strutture locali che possono essere interessate: scuole di specializzazione, gruppi professionali, centri di diagnosi, ecc.

Al convegno sarà possibile ed opportuno che ogni gruppo regionale Aidai abbia un proprio tavolo su cui presentare materiale divulgativo, ricerche, ecc.

Si propone di chiedere a Lucia Rizzi di organizzare e coordinare i tavoli AIDAI.

## Aggiornamento bibliografico

### ARTICOLI ITALIANI

Ravera, C., Calevo, M.G., Saccomani, L. (2004) Disturbo da deficit di attenzione e Iperattività (ADHD): follow-up di una casistica. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 24, 153-158.

### DDAI

Bauermeister JJ, Matos M, Reina G, Salas CC, Martinez JV, Cumba E, Barkley "Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children." *J Child Psychol Psychiatry*. 2005 Feb;46(2):166-79.

Graetz BW, Sawyer MG, Baghurst P. Gender Differences Among Children With DSM-IV ADHD in Australia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005 Feb;44(2):159-168

Harpin VA. "The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*. 2005 Feb;90 Suppl 1:i2-7.

### PERCEZIONE DEL TEMPO

Mullins C, Bellgrove MA, Gill M, Robertson IH. Variability in Time Reproduction: Difference in ADHD Combined and Inattentive Subtypes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005 Feb;44(2):169-176.

Bauermeister JJ, Barkley RA, Martinez JV, Cumba E, Ramirez RR, Reina G, Matos M, Salas CC. "Time estimation and performance on reproduction tasks in subtypes of children with attention deficit hyperactivity di-

sorder." *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2005 Mar;34(1):151-62.

Booth JR, Burman DD, Meyer JR, Lei Z, Trommer BL, Davenport ND, Li W, Parrish TB, Gitelman DR, Mesulam MM. Larger deficits in brain networks for response inhibition than for visual selective attention in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *J Child Psychol Psychiatry*. 2005 Jan;46(1):94-111.

### DDAI GENETICA

Xu X, Knight J, Brookes K, Mill J, Sham P, Craig I, Taylor E, Asherson P. "Links DNA pooling analysis of 21 norepinephrine transporter gene SNPs with attention deficit hyperactivity disorder: No evidence for association." *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005 Feb 17.

Curran S, Purcell S, Craig I, Asherson P, Sham P. "Links The serotonin transporter gene as a QTL for ADHD." *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005 Feb 17.

Bobb AJ, Addington AM, Sidransky E, Gornick MC, Lerch JP, Greenstein DK, Clasen LS, Sharp WS, Inoff-Germain G, Wavrant-De Vrieze F, Arcos-Burgos M, Straub RE, Hardy JA, Castellanos FX, Rapoport JL. Support for association between ADHD and two candidate genes: NET1 and DRD1. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005 Feb 16.

Bobb AJ, Castellanos FX, Addington AM, Rapoport JL. "Molecular genetic studies of ADHD: 1991 to 2004." *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005 Jan 5;132(1):109-25.

Smith KM, Bauer L, Fischer M, Barkley R, Navia BA. "Identification and characterization of human NR4A2 polymorphisms in attention deficit hyperactivity disorder." *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2005 Feb;133(1):57-63.

## **DDAI E INTERVENTI PSICOLOGICI-PSICOTERAPEUTICI**

Weisz JR, Doss AJ, Hawley KM. YOUTH PSYCHOTHERAPY OUTCOME RESEARCH: A Review and Critique of the Evidence Base. *Annu Rev Psychol.* 2005;56:337-63.

Stanton J. "Talking to families about ADHD." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005 Feb;44(2):111-2

Johnson LA, Safranek S, Friemoth J. "What is the most effective treatment for ADHD in children?" *J Fam Pract.* 2005 Feb;54(2): 166-8.

Farley SE, Adams JS, Lutton ME, Fulkerson RC, Webb A "What are effective treatments for oppositional and defiant behaviors in preadolescents?" *J Fam Pract.* 2005 Feb;54(2): 162-5.

Kapalka GM. "Longer eye contact improves ADHD children's compliance with parents' commands." *J Atten Disord.* 2004 Aug;8(1): 17-23.

Steer CR. "Managing attention deficit/hyperactivity disorder: unmet needs and future directions." *Arch Dis Child.* 2005 Feb;90 Suppl 1: i19-25.

## **TRATTAMENTO MULTIMODALE**

Hoza B, Gerdes AC, Mrug S, Hinshaw SP, Bukowski WM, Gold JA, Arnold LE, Abikoff HB, Conners CK, Elliott GR, Greenhill LL, Hechtman L, Jensen PS, Kraemer HC, March JS, Newcorn JH, Severe JB, Swanson JM, Vitiello B, Wells KC, Wigal T. "Peer-assessed outcomes in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder." *J*

*Clin Child Adolesc Psychol.* 2005 Mar; 34(1): 74-86.

## **FARMACOLOGIA**

Wilens TE, Hammerness PG, Biederman J, Kwon A, Spencer TJ, Clark S, Scott M, Podolski A, Ditterline JW, Morris MC, Moore. "Blood pressure changes associated with medication treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder." *J Clin Psychiatry.* 2005 Feb;66(2):253-9.

Barton J. "Atomoxetine: a new pharmacotherapeutic approach in the management of attention deficit/hyperactivity disorder." *Arch Dis Child.* 2005 Feb;90 Suppl 1:i26-9.

## **ADULTI**

Riccio CA, Wolfe M, Davis B, Romine C, George C, Lee D. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: manifestation in adulthood. *Arch Clin Neuropsychol.* 2005 Mar; 20(2): 249-69

Adler LA, Kunz M, Chua HC, Rotrosen J, Resnick SG. "Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): is ADHD a vulnerability factor?" *J Atten Disord.* 2004 Aug; 8(1): 11-6.

## **STRUMENTI**

Kadesjo B, Janols LO, Korkman M, Mickelsson K, Strand G, Trillingsgaard A, Gillberg C. "The FTF (Five to Fifteen): the development of a parent questionnaire for the assessment of ADHD and comorbid conditions." *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2004;13 Suppl 3:3-13.

Klingberg T, Fernell E, Olesen PJ, Johnson M, Gustafsson P, Dahlstrom K, Gillberg CG, Forssberg H, Westerberg H. "Computerized Training of Working Memory in Children With ADHD-A Randomized, Controlled Trial." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005 Feb;44(2):177-186.



## V CONGRESSO NAZIONALE sul “Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività”

Enti Organizzatori:

**AIDAI** (Associazione Italiana Disturbi di Attenzione Iperattività)

**AIRIPA** (Associazione Italiana Ricerca e Intervento in Psicopatologia dell' Apprendimento)

Con il Patrocinio di Università degli Studi di Milano Bicocca

**12-14 Maggio 2005**

Sede: Milano, Università di Milano-Bicocca

### Comitato Scientifico:

M. Bonati  
C. Cornoldi  
P. Curatolo  
R. De Beni  
S. Di Nuovo  
M. Di Pietro  
L. D'Odorico  
G.M. Marzocchi  
D. Maschietto  
G. Masi  
M.C. Passolunghi  
C. Vio  
G. Vallar  
D. Varin  
A. Zuddas

### Relatori Invitati

K. Rubia (*Institute of Psychiatry, Londra*)  
R. Tannock (*Università di Toronto*)  
R. Shalev (*Shaare Zedek Medical Center, Gerusalemme*)  
C.A. Umiltà (*Università di Padova*)

### Coordinatori Simposi

C. Cornoldi  
D. Maschietto  
M.C. Passolunghi  
C. Vio  
A. Zuddas

### Presidenti Sessioni Tematiche

A. Costantino  
R. De Beni  
M. Di Pietro  
G.M. Marzocchi  
G. Masi

### 12 MAGGIO 2005

- **15.00-17.30 - Aula tesi di Psicologia - Edificio U6 - 4° piano Workshop**  
**Recent advances on ADHD: from research to clinical applications**  
R. Tannock  
*Research Institute of The Hospital for Sick Children & University of Toronto, Canada*

## 13 MAGGIO 2005

---

- **8.00 - Apertura Iscrizioni**
- **9.00 - Inaugurazione e Saluto delle Autorità**
- **9.30 - Aula A - Relazione Magistrale**  
Effects of combined pharmacological and academic intervention on children with ADHD plus comorbid dyslexia  
R. Tannock  
*Research Institute of The Hospital for Sick Children & University of Toronto, Canada*
- **10.30 - Coffe Break**
- **11.00-12.30 - Sessioni Parallele**  
Aula A - Simposio: I bambini con DDAI e la Matematica (coordina M. C. Passolunghi)  
Aula B - Sessione Tematica: Aspetti Neurobiologici (Presiede: P. Curatolo)
- **12.30-14.00 - Pausa Pranzo**
- **14.00• 15.20 - Sessioni Parallele**  
Aula A - Sessione Tematica: La situazione nei Servizi (Presiede: A. Costantino)  
Aula B - Sessione Tematica: Neuropsicologia dell'ADHD (Presiede: G.M. Marzocchi)
- **15.30-17.30 - Aula A - Simposio pre-organizzato "Nuovi strumenti di valutazione"**  
(a cura di C. Cornoldi e A. Zuddas)  
Intervengono: C. Cornoldi, A. Zuddas, M. Lang, S. Di Nuovo, G.M. Marzocchi, A. M. Re.
- **17.45 - Aula A - Relazione Magistrale**  
Mapping abnormal brain function in ADHD, the effects of Methylphenidate and specificity of abnormality  
K. Rubia  
*King's College, Institute of Psychiatry of London, UK*
- **19.00-19.30 - Assemblea dei soci**

## 14 MAGGIO 2005

---

- **9.00-10.20 - Sessioni parallele**  
Aula A - Sessione tematica: Il problema della comorbidità - 1ª parte (Presiede: G. Masi)  
Aula B - Sessione tematica: Processi Cognitivi e Strumenti di valutazione (Presiede: R. De Beni)
- **10.20-10.45 - Coffee Break**
- **10.45-12.30 - Aula A - Simposio pre-organizzato "Protocolli operativi per il DDAI: il trattamento"**  
(coordinano C. Vio e D. Maschietto)  
Intervengono: C. Vio, F.U. Benso, G. Masi, L. Isola
- **12.30-14.00 - Pausa pranzo**
- **14.00 - Aula A - Relazione Magistrale**  
Aspetti e meccanismi dell'attenzione  
C.A. Umiltà  
*Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova*
- **15.15-17.00 - Sessioni parallele**  
Aula A - Sessione tematica: Il problema della comorbidità - 2ª parte (Presiede: G. Masi)  
Aula B - Sessione Tematica: Interventi Psicologici (Presiede: M. Di Pietro)
- **17.00 - Compilazione questionari ECM**
- **18.00 - Consegna crediti**

### Segreteria Organizzativa

AIDAI  
Fulvia Rossi  
Via Locatelli 62  
2412 Bergamo  
Tel / Fax 035 223012  
E-mail [aidai@libero.it](mailto:aidai@libero.it)  
Sito: [www.aidai.org](http://www.aidai.org)