

Giugno 2002

C.N.I.S.

AIDAI

2° supplemento a CNIS n. 1
Febbraio 2002 - Anno 17 -
Semestrale - Autorizzazione
Tribunale di Bergamo N. 20
del 7/4/1986 - Edizioni Ju-
nior - Viale dell'Industria -
24 052 Azzano San Paolo
(BG) - Direttore Responsabi-
le: Ferruccio Piazzi - Se-
mestrale - Aut. Trib. di Bergamo
N. 20 del 7-4-1986 - Sped. in
A.P. - 45%, Art. 2, Comma 20/b,
Legge 662/96, Filiale di Berga-
mo ISSN: 1122-1488

Newsletter

In questo numero:

Editoriale ●

ADHD: deficit nelle funzioni
esecutive e nell'automaticità
della codifica?

(Fabio Rosa Angela,
Losa simona) ●

il disturbo di attenzione
e iperattività in età adulta:
una prospettiva europea

(Sara Pezzica) ●

Lettera dei Soci ●

La terapia farmacologica
(Laura Arcari) ●

Riunione dei Soci AIDAI,
del 3/05/2002 ●

Bibliografia
di approfondimento ●

ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PER I DISTURBI
DELL'ATTENZIONE
E IPERATTIVITÀ

SEDE LEGALE: VIA BOLOGNESI, 35
44034 COPPARO (FERRARA)
TELEFONO E FAX: 0532 388175
C.F. / P. IVA: 01435870389
C/C POSTALE: 10077444
Internet: www.aidai.org
e-mail: aidai@tin.it



Editoriale

In questo numero ospitiamo un articolo di ricerca scientifica di Rosangela Fabio, sui processi cognitivi, automatici o controllati, dei bambini con DDAI. Di seguito, Sara Pezzica riporta quanto è stato detto al meeting europeo delle associazioni no-profit per il DDAI (coordinate da un'organizzazione danese) in cui si è discusso soprattutto del disturbo in età adulta. Questa organizzazione, "Knowing me - knowing you", si prefigge soprattutto di studiare le ragioni di esclusione sociale dei soggetti portatori del DDAI. Il fine ultimo è proprio quello di smuovere politici e amministratori per creare migliori condizioni di inserimento sociale e lavorativo dei bambini e dei giovani con DDAI.

Riprendendo le iniziative di "Knowing me - knowing you", una coppia di Vicenza racconta la loro esperienza dopo aver partecipato all'incontro europeo per genitori di bambini con DDAI. Da questo resoconto-racconto emerge quanto sia importante che tutti noi soci ci muoviamo sempre di più per fare conoscere all'opinione pubblica i reali problemi dei bambini iperattivi, senza lasciarci "schiacciare" da mezzi informativi quasi diffamatori che cercano di negare l'esistenza del disturbo. Non si vuole negare che ci si riferisce esplicitamente alla trasmissione Report trasmessa su RaiTre a settembre dell'anno scorso!

La voce dei lettori continua con la tonalità di quella del bambino stesso, Tommy, il cui vissuto personale viene raccontato dalla mamma. È una lettera molto toccante che ci aiuta a capire come sta un bambino con DDAI e come si sente quando si accorge di non riuscirci come gli altri. Il problema dell'introduzione o meno dei farmaci per il

DDAI ha sollevato recentemente numerose discussioni e dibattiti. Anche nel nostro sito, www.aidai.org, ospitiamo un forum in cui ciascuno può scrivere la propria opinione circa l'opportunità o meno di introdurre farmaci per il trattamento del DDAI. Nel newsletter abbiamo riportato l'opinione di una mamma sulle remore dell'onorevole Guidi all'introduzione del metilfenidato. Altre opinioni sul farmaco, i lettori le possono trovare sul sito di Raffaele D'Errico: www.erreddi.it.

Il 3 maggio scorso si è tenuto a Padova un simposio di carattere scientifico, organizzato dall'Università di Padova e dall'AIDAI, in cui sono state presentate dieci ricerche italiane originali. Il meeting ha visto la partecipazione di circa 150 persone, soprattutto operatori professionali interessati alle ultime novità sul DDAI. Molto probabilmente nel prossimo numero del newsletter riporteremo i riassunti dei lavori. Al termine del simposio si è tenuta una riunione dei soci, il cui verbale è stato inserito in questo numero del newsletter. Durante la riunione dei soci è stata approvata la costituzione dei centri regionali che si occuperanno di diffondere in modo più capillare in tutto il territorio nazionale le informazioni sul DDAI. Nell'ultima pagina del newsletter potete trovare gli indirizzi e i numeri di telefono dei centri regionali ai quali fare riferimento per stabilire un contatto con un professionista più vicino alla vostra residenza. Con i centri regionali vogliamo dare un impulso alle iniziative di sensibilizzazione sul disturbo, per cui invitiamo tutte le persone, disposte a collaborare, a contattare direttamente i loro referenti territoriali per organizzare iniziative di divulgazione culturale sul DDAI.

ADHD: deficit nelle funzioni esecutive e nell'automaticità della codifica?

*Fabio Rosa Angela, Losa Simona
Università Cattolica di Milano e Piacenza*

Introduzione

È ormai accertato il deficit nelle funzioni esecutive dei soggetti con ADHD (Cornoldi, 2001; Sechi, Corcelli e Levi, 1999; Sechi, Corcelli e Vasques, 1998; Shallice, Marzocchi, Coser, Del Savio, Menter e Rumiat, 2001; Sergeant, 1999; Barkley, 1997; 1998; Pennington e Ozonoff, 1996). Altri dati suggeriscono che i soggetti ADHD presentano, accanto ad un deficit nei processi centrali, un deficit nell'acquisizione dell'automaticità (Hazell, Carr, Lewin, Dewis, Heathcote e Brucki, 1999). Lo scopo delle due ricerche sperimentali è capire se i deficit riscontrati nelle funzioni esecutive dei soggetti con ADHD siano specifici delle funzioni esecutive o siano da ascrivere, almeno in parte, ad un mancato accesso agli automatismi nelle funzioni di codifica. Tale problematica viene analizzata con soggetti che presentano solo ADHD, soggetti ADHD con comorbidità (di disturbo d'apprendimento) e soggetti normali.

Ricerca 1

Le ipotesi sono.

- 1) Valutare se, quando l'attenzione selettiva è concentrata su caratteristiche fisiche dello stimolo, i soggetti impiegano meno risorse cognitive, diminuiscono i tempi d'esecuzione e aumentano l'accuratezza; quando l'attenzione selettiva si sposta sul riconoscimento di uno stimolo a livello semantico, i soggetti impiegano più risorse cognitive, aumentano i tempi d'esecuzione e diminuiscono l'accuratezza.
- 2) Analizzare la teoria dell'automaticità con la procedura di Merrill (1992); l'ipotesi sotto-

stante è che se i soggetti normali e ADHD riescono ad eseguire ugualmente bene i compiti di selezione, sia in assenza sia in presenza di carico mnestico, si può pensare che la selezione sia automatica; se invece evidenziano una penalizzazione dovuta all'interferenza mnestica, ciò indica che la selezione non è automatica. Se solo il gruppo dei soggetti con ADHD evidenzia una performance bassa in presenza di carico mnestico, si può assumere un deficit specifico nel ADHD nell'accesso all'automatizzazione.

Disegno sperimentale

Il disegno sperimentale è composto da 1 fattore between e 2 within-subjects: 3 (tipo di soggetti: Normali vs ADHD vs ADHD+LD) X 2 (condizione sperimentale: identificazione percettiva vs identificazione semantica) X 3 (intensità del carico: carico 0, mezzo carico e carico pieno).

Soggetti

I soggetti sono 30, selezionati da un campione iniziale di 243 alunni di 9 anni, divisi in 3 gruppi: 10 bambini normali, 10 con ADHD "puro" e 10 con ADHD + difficoltà di apprendimento. La selezione è fatta in modo randomizzato sulla base dei risultati ottenuti al test SDAI (Marzocchi e Cornoldi, 2000), SCOD-I (Marzocchi, Oosterlaan, De Meo, Di Pietro, Pezzica, Cavolina, Sergeant e Zuddas, 2001) e WISC.

Risultati

I dati raccolti sono analizzati in relazione a tre parametri: tempo, risposte corrette, errori. Tali dati evidenziano che i tre gruppi di soggetti (ADHD "puri", ADHD+LD e Normali) non risentono dell'influenza del carico mnestico, quindi non c'è

un chiaro effetto dovuto all'interferenza. Emerge, invece, un effetto dovuto alla condizione "identificazione semantica vs identificazione percettiva". Ciò interessa, in misura maggiore, il gruppo dei soggetti con ADHD "puro". I dati sono difficili da interpretare all'interno della diatriba processi automatici/controllati. Il fatto che i soggetti ADHD peggiorino l'accuratezza nell'accesso ad un livello di elaborazione presumibilmente più centrale, come quello implicato nella condizione di identificazione semantica, potrebbe significare la presenza di un deficit nelle funzioni esecutive, particolarmente nei processi di autoregolazione, ma potrebbe anche indicare che il processo di automatizzazione (non "spendere" troppo nelle funzioni di base) non si è innescato del tutto e, quindi, si produce una perdita quando il compito diventa più difficile. Cercando di delineare i profili dei tre gruppi di soggetti si rileva che, i soggetti ADHD sono veloci, quanto e più dei normali, però emettono, nell'area semantica, un numero di risposte corrette più basso e un numero d'errori maggiore rispetto agli altri due gruppi; al contrario i soggetti ADHD+LD sembrano essere i più lenti in assoluto, ma presentano un numero di risposte corrette e di errori assimilabile a quello dei normali.

Ricerca 2

In questa ricerca viene applicato un paradigma che, analizza in modo più lineare l'accesso all'automatizzazione usando il "Clock Test" di Moron (1997) in 4 fasi successive. Nelle prime tre fasi lo stimolo target da discriminare è l'ora 4, nella quarta è l'ora 5.

Nello specifico le ipotesi sono:

1) Dal momento che la differenza fra il numero di items corretti identificati nella prima prova e quelli identificati nella terza è un indice dell'automatismo acquisito, si vuole verificare se i soggetti con ADHD e con ADHD+LD presenteranno indici di automatizzazione più bassi (numero di risposte corrette più basso, numero di errori più alto) rispetto ai normali;

2) Dal momento che la differenza fra il numero di items corretti identificati nella terza prova e quelli identificati nella quarta è un indice del grado di rigidità della codifica, si vuole verificare se i soggetti con ADHD e con ADHD+LD siano più rigidi dei normali.

Disegno sperimentale

In questo lavoro sono utilizzati due disegni sperimentali: uno per calcolare l'automatizzazione selettiva e uno per calcolare la rigidità di tale automatizzazione.

Per quanto riguarda l'automatizzazione, il disegno sperimentale è un 3 (tipo di soggetti: Normali vs ADHD vs ADHD+LD) X 3 (numero prova: prima vs seconda vs terza). Per la rigidità è 3 (tipo di soggetti: Normali vs ADHD vs ADHD+LD) X 2 (numero prova: terza vs quarta).

Soggetti

Il campione coinvolto in questo secondo lavoro è lo stesso della prima ricerca.

Risultati

Automatizzazione

L'analisi dei dati mette in evidenza come, in merito al parametro della velocità, tutti e tre i gruppi fanno registrare un miglioramento, nel passaggio dalla prima alla terza prova. Per quanto riguarda, invece, l'accuratezza solo il gruppo dei soggetti normali presenta, nelle tre prove, prestazioni simili, mentre i due gruppi "patologici" fanno registrare un progressivo peggioramento: il peggioramento dei soggetti con solo ADHD è legato alla perdita di accuratezza, mentre il peggioramento dei soggetti con ADHD+LD è legato all'aumento della lentezza. Questi dati confermano la prima ipotesi: entrambi i gruppi dei soggetti con disturbo presentano indici di automatizzazione più bassi rispetto ai normali.

Rigidità

In merito al parametro della velocità tutti e tre i gruppi presentano un decremento nel passaggio dalla terza alla quarta prova. La penalizzazione è, però, maggiore nel gruppo dei soggetti con

ADHD “puro” e nel gruppo dei normali. Anche l’accuratezza fa registrare un lieve decremento, passando dalla terza alla quarta prova, che interessa in modo pressoché uguale tutti i soggetti. Riassumendo i dati della prima ricerca sono poco chiari rispetto al deficit nell’automaticità della codifica mentre i dati della seconda ricerca evidenziano una difficoltà di accesso all’automaticità da parte di entrambi i gruppi “patologici”.

Bibliografia

CORNOLDI C., DE MEOT, OFFREDI F., VIO C. (2001). *Iperattività e autoregolazione cognitiva*. Trento, Erickson.

CORNOLDI C., MARZOCCHI G. M. (2000). “Una scala di facile uso per la rilevazione dei comportamenti problematici dei bambini con Deficit di Attenzione e Iperattività”. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, IV, 1, 43-62.

FABIO R. A., COSSUTTA R. (2001). “Selezione automatica e modello multimodale in soggetti normali e con ritardo mentale”. *Giornale italiano di psicologia*, XXVIII 3, 557 – 573.

HAZELL P. L., CARR V. J., LEWIN T. J., DEWIS S. A. M., HEATHCOTE D. M., BRUCKI B. M. (1999). “Effortful and automatic information processing in boys with ADHD and specific learning disorders”. *Journal child psychology and psychiatry*, Vol. 40, n. 2, 275 – 286.

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., MOLIN A., POLI S. (2000). *Attenzione e metacognizione*. Trento, Erickson.

SZYMURA B., SLABOSZ A., ORZECZOWSKI J. (2001). *Some benefits and costs of the selectivity automatisation*. Atti XII conferenza annuale ESCOP, Edimburgo.

VIO C., MARZOCCHI G. M., OFFREDI F. (1999). *Il bambino con deficit di attenzione-iperattività*. Trento, Erickson.

Il disturbo di attenzione e iperattività in età adulta: una prospettiva europea

Dott.ssa Sara Pezzica

*Centro Terapia Cognitivo Comportamentale (CTCC) Unità Operativa Psichiatria.
Dipartimento Scienze Neurologiche e Psichiatriche Università di Firenze.*

Alcuni cenni sul ddaa in età adulta

È opinione comune che il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività vada lentamente scomparendo con la crescita fino a scomparire durante l'adolescenza. Questa erronea credenza nasce probabilmente dal fatto che i sintomi centrali (iperattività/impulsività/disattenzione) diminuiscono in intensità quando il bambino entra nella fase adolescenziale e – nonostante siano ancora presenti – diventano di importanza secondaria rispetto ad altre difficoltà (es. scarso rendimento scolastico, bassa autostima, difficoltà nelle relazioni sociali). Studi che hanno seguito l'evolvere del disturbo, hanno rilevato la persistenza del DDAI in varie forme sia durante l'adolescenza che nell'età adulta.

Come si presentano gli adulti con DDAI?

Spesso vengono descritti come immaturi e con difficoltà a mantenere l'attenzione. I/Le compagni/e lamentano il fatto che non ascoltino quello che dicono e non rispettano i turni di conversazione. Quando gli altri parlano perdono parti del discorso non cogliendone quindi il senso. Si distraggono facilmente; il loro treno di pensieri o atti vivà è spesso interrotto da cose irrilevanti (rumori, altri pensieri ecc) rendendo difficile e spesso impossibile il completamento di ciò che avevano incominciato. Dimenticano spesso o perdono cose (es. le chiavi, il portafoglio)

Le caratteristiche di iperattività – se presenti durante l'infanzia – persistono in forma differente negli adulti. Essi riferiscono uno stato di "nervosismo" non intendendo con ciò uno stato d'ansia o preoccupazione, ma una sensazione di "impazienza" soprattutto per compiti sedentari prolungati. Trovano difficoltà a rimanere seduti mentre leggono il giornale o durante le riunioni

di lavoro. Si sentono meglio nel "fare" e non riescono a rimanere inattivi.

Riportano difficoltà di autocontrollo (impulsività). Hanno difficoltà a tollerare la frustrazione e spesso agiscono d'impulso piuttosto che pensare. Tendono a fare cose sulla scia del momento e pentirsi delle loro azioni successivamente. Guardando al presente senza considerare il futuro possono essere acquirenti impulsivi, possono iniziare attività di lavoro con investimenti ad alto rischio, o gettarsi in relazioni occasionali.

Presentano difficoltà di organizzazione nel risolvere problemi o strutturare la loro giornata. A casa ed al lavoro passano da un'attività all'altra senza completarne alcuna. Presentano difficoltà a rispettare gli appuntamenti o a rispettare gerarchie di importanza nelle cose che stanno facendo (difficoltà di pianificazione).

A livello emotivo vengono spesso descritti come teste calde, con scatti d'ira che possono portare a perdita di controllo. La rabbia non è tuttavia una caratteristica persistente. Tendono a presentare instabilità emotiva con cambiamenti da affettività normale/depressione/euforia/eccitazione. La depressione viene descritta come "noia", "sentirsi giù", scontenti. I cambiamenti di umore sono generalmente reattivi ad esperienze di vita, possono durare da poche ore a qualche giorno e si presentano senza i sintomi fisici della depressione.

Soggetti con DDAI sono ad alto rischio di comorbidità in età adulta. I disturbi associati descritti in letteratura sono: disturbi dell'umore, disturbi di personalità, disturbi d'ansia, abuso di sostanze.

È importante sottolineare che un adulto con DDAI è stato nell'infanzia un bambino con DDAI. Ciò significa che è cresciuto con le diffi-

coltà tipiche del disturbo e può aver sviluppato (con l'aiuto di professionisti o personalmente) delle strategie per far fronte o addirittura rendere vantaggiose le sue caratteristiche. Coloro che non hanno avuto la possibilità di sviluppare tali strategie possono tuttavia non rendersi conto delle loro difficoltà proprio perché vi hanno convissuto una vita intera. Essi sono paragonabili a persone daltoniche, con la differenza che chi presenta daltonismo diventa consapevole della sua difficoltà non appena esegue le pratiche per la patente di guida. Scopre che le due tonalità di grigio che vede sono chiamate dalla maggior parte delle persone "rosso" e "blu". La persona con DDAI può non realizzare mai di avere un disturbo, tanto più che solo recentemente è iniziata la divulgazione di informazioni su tale condizione in età adulta. Una volta che invece ne venga a conoscenza, può imparare a riconoscere i suoi sintomi e per la prima volta guardarsi alle spalle per considerare come questi abbiano giocato un ruolo nelle sue prestazioni scolastiche, nella sua carriera e nelle sue relazioni. Quando i pazienti cominciano a comprendere cosa è successo, riescono finalmente a spiegarsi molte cose della loro vita che prima interpretavano con grande senso di colpa e impotenza. Tuttavia la consapevolezza è un'arma a doppio taglio che può portare al dispiacere per avere sofferto tutta una vita per una condizione che poteva essere trattata e avrebbe potuto prevenire le loro continue e ricorrenti difficoltà.

Il meeting europeo

Il 15-17 Febbraio si è svolto a Stoccolma il meeting sul tema "Inclusione/esclusione sociale" di adulti con Disturbo di Attenzione/Iperattività. La conferenza ha visto la partecipazione di 10 stati (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Germania, Islanda, Italia, Norvegia, Gran Bretagna, Spagna, Svezia) rappresentati da specialisti e adulti con Disturbo di Attenzione e Iperattività, allo scopo di condividere esperienze e definire insieme un piano d'azione per lo sviluppo di servizi per persone con DDAI nei paesi europei.

Il meeting è stato suddiviso in due parti:

- 1) presentazione dello stato attuale dei pazienti con riferimento alle problematiche presenti nelle singole nazioni e le misure prese per aiutare e supportare gli adulti con DDAI.
- 2) definire i bisogni urgenti e gli obiettivi per il futuro.

In relazione al primo punto la situazione europea presenta problematiche sintetizzabili in: scarsa conoscenza del problema, mancanza di formazione e pregiudizi. Gli specialisti in grado di fare diagnosi di DDAI in età adulta e avviare trattamenti multimodali non sono molti; i pochi centri esistenti sono sovraccarichi e i pazienti devono aspettare anche anni per averne accesso. Da qualche tempo in alcune nazioni sono stati istituiti corsi di formazione per psicologi e psichiatri interamente dedicati al DDAI in età adulta (Belgio, Danimarca, Olanda, Norvegia, Svezia).

In Austria, Belgio, Danimarca, Germania, Olanda, Regno Unito, Svezia, Svizzera sono stati formati gruppi di auto-aiuto, forum di discussione e servizi telefonici di informazione e sostegno.

In Danimarca sono iniziati studi per formulare linee guida di trattamento cognitivo-comportamentale, mentre in Norvegia è avviato un protocollo di ricerca sul trattamento farmacologico.

In Spagna è in corso di validazione una scala di valutazione per la diagnosi del DDAI negli adulti.

In Islanda sono presenti solo pochi professionisti, per lo più psichiatri.

Infine l'Italia. Nel nostro paese ad oggi non sono presenti parametri chiari di diagnosi, l'AI-DAI sta cercando di fare quanta più informazione e formazione per il riconoscimento e la tutela dei diritti dei bambini con DDAI e solo recentemente si sta occupando dell'area adulti. Non ho conoscenza di alcun professionista che si occupi di tale tematica, anche se la maggior parte degli psichiatri toscani con cui ho avuto modo di parlare si sono dimostrati molto interessati e desiderosi di aggiornamento. Da qualche mese è stato pubblicato un libro interamente dedicato al DDAI negli adulti.

In riferimento al secondo punto la discussione si è centrata su due quesiti fondamentali: perché è importante occuparsi di adulti con DDAI e come è possibile migliorare la situazione.

Perché?

- 1) Il DDAI è causa di esclusione sociale e/o può condurre a varie forme di esclusione sociale:
 - difficoltà scolastiche
 - difficoltà di inserimento lavorativo e mantenimento del lavoro
 - difficoltà relazionali (isolamento sociale), problematiche familiari
 - gravidanze "precoci"
 - abuso di sostanze
 - problemi psichiatrici
- 2) può condurre a situazioni di deprivazione economica
- 3) può portare ad azioni pericolose (guida pericolosa, ricerca di stimoli forti)

Come?

Obiettivi per il futuro:

- Fare prevenzione a partire dalle scuole elementari
- Sviluppare linee guida europee per la diagnosi negli adulti
- Organizzare corsi di formazione per preparare professionisti alla diagnosi e alla presa in carico
- Facilitare la possibilità di trattamento tramite informazioni dettagliate e programmi di riabilitazione
- Istituire gruppi di auto-aiuto
- Creare una maggiore consapevolezza sociale del disturbo, anche nei suoi (molti) aspetti positivi
- Cercare fondi Europei per avviare ricerche
- Istituire un'Associazione Europea per il DDAI

Un'ultima riflessione

L'incontro di Stoccolma ha visto la partecipazione sia di professionisti sia di persone che pre-

sentavano i sintomi di DDAI. Personalmente l'arricchimento maggiore è venuto proprio da questi uomini e donne che hanno avuto la disponibilità di raccontare la loro storia, le loro sofferenze e il loro sollievo quando hanno compreso che determinati comportamenti per loro socialmente invalidanti e fonti di grande frustrazione non erano attribuibili a pigrizia, disinteresse negli altri, volubilità ecc.

Voglio concludere riportando una breve sintesi di un colloquio che ho avuto con una splendida ragazza danese con DDAI. D è una giovane donna di 25 anni, spicca per le sue eccezionali doti intellettive e la sua energia, ma conserva nel suo intimo i segni di una storia molto travagliata.

"Fin da piccola sono stata una bambina con la testa fra le nuvole, sapevo di poter fare molte cose ma non riuscivo a realizzarne nemmeno una. Ho sempre subito prediche di insegnanti, rimproveri dei miei genitori, mi hanno sempre definito una sfaticata, una su cui non fosse possibile fare affidamento. Nella mia adolescenza ho avuto notevoli difficoltà con i ragazzi, facevo le cose senza pensarci e poi vivevo piena di sensi di colpa, di insoddisfazione. I ragazzi stessi pensavano che io fossi disinteressata a loro perché non riuscivo a seguire le cose anche importanti che mi dicevano, dimenticavo di andare agli appuntamenti... non mi sentivo assolutamente a posto con me stessa. Poi è cominciato il periodo lavorativo, ho fatto per qualche anno la maestra di asilo...mi piaceva molto...ma sentivo di essere in difficoltà. Quando i bambini erano in fila io riuscivo a vedere solo una parte di loro, la mia attenzione era veramente limitata...gli altri rimanevano senza controllo...sono successi episodi spiacevoli e sono stata licenziata. È stato un fallimento intollerabile, non ero capace a nulla e forse non meritavo di vivere... ho tentato il suicidio. Sono stata ricoverata in un istituto psichiatrico e mi fecero diagnosi di disturbo maniaco-depressivo. La situazione è migliorata parzialmente, ma nonostante le cure farmacologiche e psicoterapeutiche mi sembrava che mancasse qualcosa, troppi interrogativi rimanevano irrisolti, nonostante tutto non mi sentivo ancora a posto... non riuscivo ad avere una relazione stabile... tramite il sistema sanitario mi è

stato offerto un lavoro, ma non mi sentivo in grado di adempiervi. Ho tentato per la seconda volta il suicidio e sono stata ricoverata di nuovo. Poi ho letto sul giornale un articolo che parlava del Disturbo di Attenzione e Iperattività, mentre scorrevo con gli occhi le lettere la mia mente andava alla mia infanzia...mi sembrava di riscrivere una storia, la mia storia. Mi sono rivolta ad un centro specializzato in DDAI negli adulti e mi è stata riconosciuta la diagnosi. Ho seguito un trattamento farmacologico e terapeutico. Da allora mantengo le mie difficoltà ma ho imparato alcuni accorgimenti per strutturare le mie attività, per migliorare le mie prestazioni attentive e frenarmi in determinate situazioni. Mi sento più consapevole di ciò che faccio e le persone che mi circondano hanno cominciato a valorizzare anche i miei lati positivi (compreso il ragazzo con cui convivo da circa un anno).”

Bibliografia

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC Author.

BARKLEY R.A., MURPHY K.R. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A clinical Workbook* (2nd ed.) New York: Guilford Press.

GOMEZ R.L., JANOWSKY D., ZEITIN M., HUEY L., & CLOPTON P.L. (1981). “Adult Psychiatric diagnosis and symptoms Compatible with Hyperactive child Syndrome: a retrospective study”. *Journal of clinical Psychiatry* (42): 389-394.

MANNUZZA, S., GITTELMAN-KLEIN R., BESSLER A., MALLOY P., & LA PADULA M. (1993). *Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank, and psychiatric status*. *Archives of general Psychiatry* (50), 565-576.

ROBERT J. RESNICK (2002). *Impulsività, disattenzione e iperattività nell'adulto. Guida al trattamento dell'ADHD*. Ed. Mc Graw-Hill.

WEISS, G., & HECTMAN, L.T. (1986). *Hyperactive children Grown up*. New York: Guilford Press.

WEISS, G., & HECTMAN, L.T. (1993). *Hyperactive children Grown up (2nd ed): ADHD in children adolescents and Adult*. New York: Guilford Press.

Lettera dei Soci

Tre giorni a Copenhagen per parlare di ADHD tra genitori

A metà novembre 2001 abbiamo avuto il piacere ed il privilegio di partecipare, su invito della direzione dell'AIDAI, ad un importante seminario europeo riguardante l'ADHD. Siamo i genitori di Tommaso, un bambino di 5 anni al quale all'età di appena 2 anni fu diagnosticata questa "strana" patologia neuro-psicologica, e solo da pochi mesi eravamo iscritti all'AIDAI; non conoscevamo quasi nulla circa la realtà italiana, né tantomeno europea, di questa patologia infantile abbastanza rara. Cosetta, mia moglie, in qualità di assistente per l'infanzia in asili nido aveva visto, nella sua carriera quindicennale, decine di bambini cosiddetti "ipervivaci" o "iperattivi", ma io come medico di base a Vicenza non avevo conoscenze né esperienze dirette di questi piccoli pazienti, avevo soltanto sentito parlare superficialmente in qualche convegno di pediatria di questa sindrome.

A quest'incontro, il primo d'un programma organizzato dal Fondo Sociale dell'UE denominato "KNOWING ME, KNOWING YOU" (cioè ...conoscendo me, conoscendo te) erano presenti una trentina circa di genitori rappresentanti associazioni europee di aiuto e solidarietà sociale per famiglie con problemi di ADHD. Scopi di questo primo passo era delineare strategie comuni a livello europeo volte a combattere non tanto clinicamente (nessuno di noi convenuti era infatti un esperto) l'ADHD, quanto invece il disagio familiare e l'emarginazione sociale da essa derivanti.

Il clima dell'incontro ci stupì da subito: nonostante differenze di lingua, cultura, età, nazionalità, tutti si collaborò per far sentire l'un l'altro capito, rassicurato, incentivato a far tesoro comune delle proprie esperienze. In breve le nostre difficoltà quotidiane con questi figli "speciali", le nostre angosce per il presente e per il

nostro-loro futuro, le nostre quotidiane sconfitte di ventarono (anche grazie alla sensibilità ed all'intelligenza di animatori preparati) patrimonio comune, e tra molti di noi nacque dell'empatia. Non vi erano relatori (si trattò infatti d'un "open-meeting"), non furono ascoltati medici o psichiatri, fummo noi tutti a creare e sviluppare l'assemblea, a far emergere opinioni, idee, esperienze concrete le più disparate.

Da subito fu chiaro che l'ADHD è visto da noi genitori come una patologia complessa e dalle molte facce, causa di problemi e drammi familiari collegati all'impulsività e talvolta all'aggressività dei nostri figli, e come spesso tutto ciò porti ad atteggiamenti di rassegnazione e depressione. È emerso anche come i ragazzi affetti da questo disturbo neurologico, indipendentemente dallo stato in cui vivano, vadano inevitabilmente incontro a problemi scolastici anche gravi, a gradi diversi di esclusione sociale, a una vita di relazione problematica e fonte spesso di frustrazioni; essi sono inoltre, come emerge purtroppo da vari studi, soggetti più dei coetanei ad abuso di sostanze stupefacenti e a lasciarsi coinvolgere in attività malavitose fin dall'adolescenza, e le ragazze più soggette al rischio di gravidanze indesiderate dagli effetti purtroppo devastanti sotto il profilo evolutivo e familiare.

Ma è anche emerso come il problema non sia conosciuto né riconosciuto in tutta la sua gravità in molte parti d'Europa: la situazione infatti socio-assistenziale si presenta a "macchia di leopardo", con alcune regioni (come ad es. i paesi scandinavi, il Regno Unito) molto progredite nella qualità e nell'organizzazione dei vari trattamenti possibili per i bambini ipercinetici, e nel sostegno alle loro famiglie, ed altre invece (come ad es. l'Italia, la Grecia, alcune regioni della Spagna) dove invece non esistono programmi governativi di sostegno e cura della malattia né iniziative di formazione degli insegnanti.

I lavori dei tre giorni del meeting si svilupparono

in piccoli gruppi secondo 5 filoni di discussione:

- 1) riconoscimento socio-sanitario del problema,
- 2) la diagnosi precoce di ADHD,
- 2) intervento precoce,
- 4) il trattamento olistico,
- 5) le attitudini umane ed esistenziali dei soggetti con ADHD.

Per quanto riguarda il primo punto si è molto puntato il dito sul ruolo (attualmente molto carente, almeno in Italia) dei media per informare correttamente l'opinione pubblica su questa malattia sommersa ed aumentare la consapevolezza e la conoscenza. Spesso infatti il problema non è solo medico, bensì culturale, perché la gente comune non sa cosa voglia dire "bambino ipercinetico o dislessico o disgrafico". Si è auspicata al riguardo la creazione di materiale informativo per le scuole, gli ambulatori di pediatri e medici di base, per i servizi ospedalieri di pediatria e neuro-psichiatria infantile, indirizzato a genitori ignari del problema e ad associazioni di volontariato sociale.

Circa il secondo punto l'opinione un po' di tutti è che sia importante arrivare a diagnosi di ADHD a partire dai 4-5 anni di vita: esperienze di genitori con figli ADHD diagnosticati tardivamente (a causa soprattutto di insegnanti poco preparati) rivelano come l'evoluzione psico-sociale di questi ragazzi sia stata nel divenire molto, molto difficoltosa. Fondamentale a questo scopo si rivela la presenza nel territorio di centri per la diagnosi precoce di ADHD (di solito servizi di neuro-psicologia infantile) e di centri per la formazione di insegnanti di asili, scuole elementari e materne.

Si è inoltre notato che un po' dappertutto in Europa i primi sospetti si maturano tra insegnanti e genitori o tra genitori e pediatra di base, e che la definitiva diagnosi viene completata da un pool multi disciplinare (Neuropsichiatra Infantile, psicologo dell'età evolutiva, psico-pedagoga). Ma in special modo i genitori sono chiamati a "vincere" la loro paura di etichettare i loro figli come handicappati o come "bambini strani", stimolando gli insegnanti ad un dialogo con loro sereno e coscienzioso.

Per quanto riguarda il terzo punto (l'intervento precoce) va sottolineato come in questo ambito si siano evidenziate le maggiori differenze tra le varie regioni europee. In Italia ad esempio, non essendo disponibile il DMF (Dimetilfenidato - nome commerciale RITALIN o CONCERTA RETARD-) si sono avolute negli anni metodologie psicomotorie e psicoterapeutiche sempre più efficaci per il contenimento della motricità ed il controllo dell'attenzione. Nei paesi nord-europei invece il DMF si usa da oltre 20 anni, esistono quindi numerosi studi di confronto e ricerca farmacologia e consolidati protocolli di trattamento, ma all'opposto la psicomotricità infantile non è così evoluta e praticata come da noi. In Svizzera esistono centri di terapia "olistica" dove bambini ipercinetici e dislessici vengono curati con diete appositamente studiate (previa effettuazione di test per le intolleranze alimentari - per es., il Test di Bryan -), sedute di psicomotricità, counseling mirato per la famiglia, ippoterapia se possibile, ed a volte anche farmaci (soprattutto per i "sleeping-disorders"). In Irlanda infine sono stati condotti studi su alunni ipercinetici, dislessici e disgrafici-disortografici di una scuola speciale con supplementazione giornaliera per circa 90 giorni di PUFA-omega 3 (acidi grassi polinsaturi già usati in Europa e negli USA per dislipidemie e cardiopatie), con risultati lusinghieri ora al vaglio di ricercatori universitari.

Emerge insomma anche in questo settore come manchi in Europa un approccio sistematico al problema, e come molto sia affidato all'iniziativa dei singoli specialisti o di scuole universitarie particolarmente sensibili a progetti di diagnosi e cura dell'ADHD: scopo di questo incontro è stato anche quindi diagnosticare questi punti di debolezza e di promuovere di conseguenza linee guida sistematiche ed il più possibili omogenee per le famiglie, gli operatori negli ospedali e sul territorio, e gli insegnanti della scuola dell'obbligo.

Siamo tornati da questo incontro di Copenhagen con la consapevolezza che non siamo soli, che molte famiglie in Europa hanno i nostri medesimi problemi (slogan conclusivo del simposio è

in fatti... "There are no borders in Europe concerning ADHD!"). Ma che essi possono essere risolti con il contributo di tutti noi, favorendo soprattutto una coscienza diversa verso il problema nella pubblica opinione (che bello sarebbe ad es. che Michele Mirabella dedicasse una puntata del suo seguitissimo ELISIR alla malattia ipercinetica - dislessica del bambino...!). Sappiamo anche che attraverso delle terapie mirate ma anche globali (psicomotricità, insegnanti di sostegno formati, farmaci, integrazioni alla dieta quotidiana, etc.) i nostri figli potranno avere una vita autonoma, indipendente, ricca: "NORMALE". Essi potranno trovare la loro strada e non essere un peso per la società. Sappiamo che è decisivo per questi bambini fare le stesse esperienze degli altri coetanei ed essere inseriti nella scuola normale, e per far ciò occorre attuare una rete di sostegno e di informazione per le famiglie e canali di incontro tra loro, i medici specialisti e gli insegnanti. In questa maniera si sarà in grado, forse in un futuro non lontano, di abbattere le barriere culturali e psicologiche che finora hanno inglobato noi ed i nostri figli.

*Massimo Omerini, Cosetta Gonzato
Vicenza*

Dal mio punto di vista

Scritto dalla mamma di Tommy in base ai pensieri ed alle parole che il suo bimbo le riporta

Ciao, sono Tommy, sono un bambino di 8 anni e la mia vita è un pò un disastro. Nulla di quello che faccio mi viene bene, nulla di quello che voglio mi viene concesso e nulla di quello che devo fare mi piace.

Alcune volte dico alla mia mamma che vorrei morire e lei si arrabbia molto e mi spiega che è una cosa brutta da fare e da dire, e non capisce se lo dico per davvero o solo per farla arrabbiare, perché io faccio tante cose apposta per farla arrabbiare, non sempre ma se mi sento triste perché non vuole giocare con me o se abbiamo litigato perché non ho fatto i compiti o ho picchiato la mia sorellina mi viene di farla arrab-

biare ancora di più con me e così butto in terra apposta quello che ho in mano, non le rispondo se mi chiama, o le dico che è la mamma più cattiva che c'è e che non le voglio bene e che vorrei un'altra mamma o che vorrei morire. Non è vero che non le voglio bene, gliene voglio moltissimo, e dopo poco non resisto più e le chiedo se possiamo fare la pace e allora lei mi abbraccia forte-forte e le viene da piangere e anche a me. A volte le dico che quando mi comporto male non sono io ma è come se dentro di me c'è qualcosa che mi costringe ad essere così, che non mi piace essere così, che vorrei cambiare ma che non ci riesco, allora lei mi stringe ancora di più ed io sono felice. Ma dura poco. Dopo un po' ne combino un'altra e litighiamo di nuovo.

Devo sempre andare a scuola e non mi piace per niente perché si deve stare zitti e fermi a sedere ed io non ce la faccio ed anche i miei compagni mi dicono che li disturbo e mi danno sempre la colpa di tutto e poi le maestre dettano troppo alla svelta ed io non riesco a stargli dietro e loro non mi vogliono aspettare perché dicono che perdo troppo tempo, ma non è vero io stavo solo cancellando con la gomma e poi fuori c'è un bel sole... Tutti dicono che io sono il peggiore della classe ed io lo so che non posso essere bravo come loro ma forse il peggiore no, la mia mamma mi dice sempre che sono molto intelligente e che se mi impegno posso essere il più bravo ma io non lo so se ci credo perché solo poche volte ci riesco. Io non sono capace di fare le cose bene ci provo ma mi vengono dei gran pasticci allora mi arrabbio e butto via tutto.

Quando usciamo da scuola corro all'oratorio e mi arrampico in cima all'albero più alto, in questo nessuno mi batte, poi corro per il prato e gioco con il mio amico migliore, lui non mi dice quelle brutte cose, ma subito la mamma mi dice che si deve andare a casa a fare i compiti e che è già più di un'ora che corro e salto, ma non è vero siamo appena usciti! La faccio gridare per un pò, mi chiama, mi chiama ancora ed io corro più lontano così non mi vede ma poi alla fine vedo che è molto arrabbiata e mi avvicino, così mi porta a casa, ma quando siamo in macchina la mia sorellina mi da fastidio perché vuole parlare anche lei con la

mamma o vuole stare in mezzo come me così la spingo più in là e poi litighiamo e la mamma grida di nuovo... “mamma ma perché sei sempre così arrabbiata con me?” le chiedo e lei mi guarda con una faccia strana, poi le dico che quando arriviamo non voglio fare subito-subito i compiti perché non ho ancora giocato e lei dice che ho giocato più di un’ora all’oratorio, ma non capisce che quello non conta che devo prima giocare con i miei cani e girare un pò in giardino poi in casa... poi avevo da fare una macchinina di cartone da colorare con la tempera come ho visto in TV, ma lei interrompe i miei pensieri e mi dice che mi concede dieci minuti perché sono già quasi le sei ed entra in casa. Non faccio neanche in tempo a pensare a cosa voglio fare per prima cosa che già mi chiama per i compiti e questa volta non ci sono proroghe, e quando mi siedo al tavolo della cucina, a volte mi trascina la mia mamma, decido che ho fame, e lei non vuole darmi la merenda perché dice che me l’aveva offerta prima cento

volte! Io non l’ho sentita e poi non avevo tempo e voglio farla ora prima di fare i compiti perché non ce la faccio più e ho fame e sono stanco e non ce la posso fare a fare i compiti sono troppo stanco, ho giocato troppo, mamma io non ce la faccio!!!! Adesso la mamma è davvero arrabbiata con me e mi tira anche una botta ma non capisce che ho altro da fare e non mi interessano i compiti? Alla fine li facciamo insieme e le chiedo se mi aiuta e se scrive lei e se legge lei e se colora lei e se mette a posto lei le cose ma alla fine faccio quasi tutto io e poi quando arriva il papà devo ancora finire e sono stanco, devo andare a salutare i nonni e non posso studiare, ma non lo capisce!! Così litigo anche con il papà e poi mi tocca andare a letto, e devo dormire ma non ho sonno, devo ancora giocare e poi a quest’ora mi piace parlare con la mia mamma e le faccio tante domande e lei un pò mi risponde poi dice basta che devo dormire ma io voglio parlare ancora e vedere la TV e così litighiamo ancora...

La terapia farmacologica

Laura Arcari

Quando ho letto le affermazioni pubbliche dell'On. Guidi in merito alla diagnosi dell'ADHD e la sua scarsa considerazione anche rispetto alla terapia farmacologica, ho urlato: "PERCHÉ...?".

Lo stesso PERCHÉ?... urlato l'11 settembre scorso, quando in America morivano tanti innocenti...

Lo stesso PERCHÉ?... urlato quando una mia amica, madre di 3 bambini, colpita da ictus, li ha lasciati orfani e disperati...

Lo stesso PERCHÉ?... urlato in altri momenti di impotenza che ho vissuto, rispetto agli eventi gravi che i miei occhi e il mio cuore sono stati costretti a subire...

Le affermazioni dell'On. Guidi quel giorno mi hanno devastato con sentimenti di rabbia e conforto... come madre, come donna, come cittadina italiana. Ecco perché oggi rinnovo quel PERCHÉ?... carico però di speranza che un giorno ci siano delle risposte che leniscano il senso d'ingiustizia che mi pervade.

PERCHÉ... non accettare la 23... 24... 25esima malattia mentale (in tutta la sua complessità) riconosciuta ormai dalla scienza... visto che a tutt'oggi si ammette di conoscere solo il 15% delle patologie mentali? PERCHÉ non spaventano la presenza di 4...5 bambini con gli occhiali nella stessa classe ma ci si allarma, o addirittura si nega, la possibilità di avere nella scuola 1 o più bambini con problemi comportamentali dovuti ad una turba biologica...come se gli ammalati potessero scegliere di cosa essere ammalati... PERCHÉ si vuole solo psicoanalizzare per anni bambini e genitori colpevolizzandoli, ingiustamente, per la loro incapacità di vivere in questa società...facendogli subire, oltre al danno, le "beffe" di chi semplicemente non si adegua alle linee internazionali della neuropsichiatria infantile...che si avvale

di conferme e non di chiacchiere!!! Chi oserebbe curare un diabetico in età precoce solo con la psicoterapia? (Nonostante questa sia indispensabile per supportare la malattia di questi piccoli...). PERCHÉ tutti malsopportano questi bambini intorno, e continuano a malsopportarli da grandi nel lavoro, o se poi si drogano... o se diventano cattivi... e allo stesso tempo puntano il dito a chi vuole aiutarli concretamente con un farmaco che permetterà, alla tanto amata psicoterapia, di ben strutturarli...insinuando che vogliono "addormentare" il problema...? E pensare che mio figlio, prima di assumere il Ritalin era in "letargo" da 10 anni per le conseguenze di un'ADHD mai diagnosticata...e solo adesso, adeguatamente curato, ha ripreso in mano la sua vita! Sapete quanti altri PERCHÉ vorrei avessero una risposta...ma tenendo conto del prezioso tempo che mi state riservando concluderò dicendo che spero che l'On. Guidi voglia rivedere e chiarire pubblicamente la sua posizione... non tanto per noi genitori o per i medici o per gli insegnanti... che lo faccia per questi bambini che saranno gli uomini e le donne di domani ! Con questi problemi dovremo farci i conti sempre in futuro visto che, nella scuola e in tutti gli altri ambienti, vengono richieste sempre più prestazioni tecniche e le aspettative sono sempre più alte... Come tutti i malati, i nostri figli hanno diritto, qualora se ne riscontri reale beneficio, di essere curati con tutte le risorse esistenti e accessibili... È comodo dare sempre un colpo al cerchio e uno alla botte... bisognerebbe realmente schierarsi con i più deboli accertando il loro reale disagio... le storie delle famiglie colpite dall'ADHD sono vere... chi più di noi può confermare la necessità di un cambiamento? Spero che l'On. Guidi presto ci faccia urlare...ma di gioia per essere finalmente capiti e ascoltati!

Riunione dei Soci AIDAI del 3/05/2002

La riunione si è svolta al termine della Giornata sul Disturbo di Attenzione con Iperattività del 3/05/02 presso l'Aula Magna della Pediatria di Padova. I presenti sono stati: GianMarco Marzocchi (Presidente), Cesare Cornoldi, Claudio Vio, Dino Maschietto, Tiziana De Meo, Mario Di Pietro, Sara Pizzica, Michela Cendron, Federica Asuni, ed altri esponenti del comitato scientifico.

Gli argomenti trattati sono stati i seguenti:

- 1) Definizione del prossimo Convegno: si terrà ad Ostuni l'ultimo Sabato di Settembre in associazione con La Nostra Famiglia di Ostuni. Il tema prevalente sarà la valutazione diagnostica. È possibile ipotizzare due modalità di svolgimento:
 - ciascun gruppo di lavoro descrive il proprio protocollo diagnostico
 - si definisce un protocollo diagnostico standard a cui i vari gruppi di lavoro si adeguano esponendo le loro esperienze;Secondo GianMarco Marzocchi si potranno mantenere entrambe le modalità, magari suddividendo la giornata in due parti. Claudio Vio ipotizzava di prendere in considerazione, come protocollo comune, quanto

esposto nel volume in fase di pubblicazione edito dal Mulino.

- 2) Informazione utile: la casa farmaceutica Lilly organizza una conferenza a Roma il 28-29 Giugno a scopo divulgativo per le varie Associazioni ed Enti;
- 3) Attivazione dei Centri Regionali: ogni regione avrà un Centro coordinatore, e vari operatori di riferimento della zona, allo scopo di divulgare quante più informazioni possibili sul DDAI. Saranno gestiti in piena autonomia, cercando di coinvolgere genitori ed insegnanti nell'organizzazione delle riunioni, delle attività e della promozione. Potrà essere gestita regionalmente anche la distribuzione dei newsletters, o altre iniziative, possibilmente incoraggiando l'intervento di volontari che desiderano investire il loro tempo in attività socialmente utili. Ogni Centro terrà la propria contabilità, avendo cura di registrare ogni entrata e uscita; sarà possibile utilizzare un timbro AIDAI per la fatturazione, con indicate le generalità del Centro di Riferimento e la partita IVA dell'Associazione. È utile che ogni Centro Regionale dia le proprie coordinate via e-mail, al fine di creare una lista di riferimento.

Bibliografia di approfondimento

Articoli

BARKLEY R. A. (1999), *Deficit di attenzione/iperattività*, Le Scienze (Gennaio, 1999).

BERNABEI P., ROMANI M. & LEVI G. (1995). *ADHD: sintomo o sindrome? Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 62, 359-366.

BIGOZZI L. (2001). "L'intervento metacognitivo nel deficit di attenzione: un caso felice". *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 5, 117-131.

BURANI R., MEZZALANA E. & PETRUCCI M. N. (1996). "Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività e

Disturbo della Condotta: riflessioni sulla comorbilità". *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 63, 447-453.

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.

CARBONE E. (2002). "Adattare l'ambiente della classe ai bisogni degli alunni con disturbo da deficit di attenzione e iperattività". *Difficoltà di Apprendimento*, 7(4), 499-520.

- CORNOLDI C. (1998). "La testa altrove, Il disturbo da deficit di attenzione". *Psicologia Contemporanea* n. 147 (Maggio - Giugno 1998).
- DI NUOVO S., TORRISI A.M., GELARDI D. (1999). "Deficit di attenzione/iperattività: un confronto tra soggetti con o senza ritardo mentale". *Ciclo evolutivo e disabilità*, 2(1), 59-78.
- DI PIETRO M. (1995). "Disturbi da deficit d'attenzione e iperattività: l'intervento razional-emotivo". *Difficoltà di Apprendimento*, 1 (1), 107-118.
- FABIO R.A. (2000). "Migliorare l'attenzione nel contesto individuale e in classe: metodi di intervento". *Difficoltà di apprendimento*, 6 (1), 37-46.
- 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), 567-578.
- MAZZOTTA G. & VALLAI V. (1992). "La terapia farmacologica nei soggetti con disturbo dell'attenzione. Revisione critica della letteratura". *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 59, 599-608.
- MARZOCCHI G.M. & CORNOLDI C. (2000). "Una scala di facile uso per la rilevazione dei comportamenti problematici in bambini con deficit di attenzione/iperattività". *Psicologia Clinica dello Sviluppo* 4, 43-63.
- 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.
- 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.
- 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 F. & VIO C. (1999), "Il trattamento del disturbo da deficit di attenzione/iperattività: analisi di due casi". *Difficoltà di Apprendimento*, 4, 379-398.
- POLIRSTOK S.R. (1999). "La comorbidità nel deficit di attenzione/iperattività: manifestazioni concomitanti di disturbi della condotta, oppositività, ansia, somatizzazione e disturbi di apprendimento". *Ciclo evolutivo e disabilità*, 2, 9-16.
- ROMANI M., SOGOS C. & LEVI G. (1998). "ADHD e percorsi evolutivi: appunti di ricerca". *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 247-256.
- 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*, 15, 111-120.
- SACCOMANI L., RIZZO P. & RAVERA G. (1998). "Farmacoterapia nei disturbi dell'attenzione esperienza clinica in età evolutiva". *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 105-112.
- SANIE 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 pratica nei bambini con Disturbi da Deficit dell'Attenzione con Iperattività". *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 187-195.
- SIRONI E., FRINCO M. (1997). "Iperattività e disturbi dell'attenzione nella scuola elementare". *Psicologia e Scuola*, 83, 10-19.
- VIO C., OFFREDI F. & MARZOCCHI G.M. (1999). "Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività: sperimentazione di un training metacognitivo". *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2, 241-262.
- ZUDDAS A., ANCILETTA B., DEMURO S., MARONGIU A. & CIANCHETTI C. (1999). "Protocollo diagnostico, test di somministrazione acuta e terapia cronica con metilfenidato in bambini con disturbo da deficit attentivo ed iperattività: uno studio pilota". *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 66, 735-746.

Libri

- CORNOLDI C., GARDINALE M., PETTENNO L. & MASI A. (1996). *Impulsività e autocontrollo*. Edizioni Erickson.
- CORNOLDI C., DE MEO T., OFFREDI F. & VIO C. (2001). *Iperattività e autoregolazione cognitiva*. Edizioni Erickson.
- DI PIETRO M., BASSI E. & FILORAMO G. (2001). *L'alunno iperattivo in classe*. Edizioni Erickson.

DOUGLAS M.L. *Quella peste di mio figlio. Collana "Le comete"*. Franco Angeli Editore.

FABIO R. A. (2001). *L'attenzione*. Franco Angeli Editore.

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.

MUNDEN A. & ARCELUS J. (2001). *Il bambino iperattivo*. Edizioni Ecomind.

PREKOP J. & SCHEWEIZER C. (1999). *Bambini iperattivi*. Como: RED.

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

ROBERT J. RESNICK (2002). *Impulsività, disattenzione e iperattività nell'adulto - Guida al trattamento dell'ADHD*. Ed. Mc Graw-Hill.

VIO C., MARZOCCHI G.M. & OFFREDI F. (1999). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*. Erickson, Trento.

INDIRIZZI CENTRI REGIONALI

PIEMONTE, VENEZIANI OMBRETTA

Via S. Antonio da Padova, 1 Torino 3476888263 ombrettaveneziani@hotmail.com

LIGURIA, ROSSI FEDERICA

Via Cipro, 4/4 Scala A Genova 0105707062 rossifede@libero.it

LOMBARDIA, DORIA MARIA LUISA

Via Cave, 19 Brescia 0302010788 madoria@tin.it

TRENTINO ALTO ADIGE, ROCCHETTI KATIA

Via Buonarroti, 47 Trento 0461983065 karocc@katamail.com

FRIULI VENEZIA GIULIA, SCHERIANI CINZIA

Via delle Vigne, 20 Monfalcone (GO) 0481410667 cscheria@tin.it

VENETO, DE MEO TIZIANA

Riviera del Brenta, 65/a Fiesso d'Artico (VE) 3383985390 ti.dem@libero.it

EMILIA ROMAGNA, FINI FEDERICA

Via Aldighieri, 61 Ferrara 0532792065 fedepphil@libero.it

TOSCANA, PEZZICA SARA

P.zza Giudici, 2 Firenze 3286980428 sapezzic@tin.it

MARCHE, QUATRINI MARIANGELA

Convitto Nazionale Macerata 3381449353 mquatrini@libero.it

ABRUZZO, MARIMPIETRI ANNA ELVIA

Viale De Gasperi, 24 L'Aquila 0862411431 aemarimpietri@katamail.com

LAZIO, MENOTTI ERICA

Via Britannia, 54 Roma 067001847 erikmen@libero.it

BASILICATA, ACCIARO MARIA

Via Filippo Tristano, 44 Policaro (MA) 0835596257

PUGLIA, CICCARESE VINCENZO

Via B. Papaia, 8 Lecce 3356145162 istsantachiara@hotmail.com